

La réponse sanitaire au tremblement de terre en Haïti janvier 2010

Leçons à retenir pour la prochaine
grande catastrophe soudaine

La réponse sanitaire au tremblement de terre en Haïti : janvier 2010. Leçons à retenir pour la prochaine grande catastrophe soudaine



Parmi les nombreuses catastrophes naturelles de grande ampleur qui ont frappé Haïti de manière soudaine au cours des 10 dernières années, c'est le séisme du 12 janvier 2010 qui a été le plus dévastateur. L'impact sanitaire du séisme en termes absolus (nombre de morts et de blessés) compte parmi les plus importants de ces dernières années. Une comparaison des besoins avec la capacité de réponse du pays fait prendre conscience du caractère véritablement sans précédent de cette catastrophe.

Le niveau de réponse, en particulier dans le secteur sanitaire, a été généreux, affluant même massivement. L'organisation de la réponse mondiale massive a constitué un défi, et bon nombre des problèmes rencontrés lors de catastrophes passées se sont de nouveau posés en Haïti. Les informations étaient limitées, souvent les décisions n'étaient pas basées sur des éléments probants, et il existait des lacunes flagrantes au niveau de la coordination globale ou sectorielle.

Ce livre présente les leçons à tirer de la situation en Haïti en vue d'améliorer la réponse du secteur sanitaire en cas de futures grandes catastrophes soudaines. Il identifie également les opportunités que présente cette catastrophe pour apporter des changements majeurs dans les services sanitaires en Haïti. Une des leçons clés tirées de cette tragédie en Haïti est que la coordination n'est efficace que lorsque les autorités nationales sont équipées pour assumer un rôle de leadership et définir les priorités en matière de secours et de reconstruction.

Les auteurs se sont inspirés de leur vaste expérience dans le domaine de la gestion des catastrophes internationales, et ont fait la synthèse de données tirées de rapports, d'évaluations, de publications scientifiques évaluées par les pairs, et de plus de 150 entretiens. Un groupe d'étude a été organisé par l'OPS/OMS en vue de corroborer les constats et conclusions de cette publication.

Ce livre met l'accent en particulier sur les enseignements qui présentent un intérêt général, c'est à dire qui ne sont pas spécifiques à Haïti. La communauté internationale a beaucoup à apprendre de la réponse en Haïti, où elle a démontré sa capacité à répéter ses erreurs et lacunes des catastrophes précédentes.

Ce document peut être consulté sur Internet à l'adresse:
www.paho.org/disasters



Area on Emergency Preparedness and Disaster Relief
www.paho.org/disasters
disaster-publications@paho.org



La réponse sanitaire au tremblement de terre en Haïti

Janvier 2010

Leçons à retenir
pour la prochaine
grande catastrophe soudaine

Claude de Ville de Goyet

Juan Pablo Sarmiento

François Grünewald



Publié également en anglais sous le titre:
Health response to the earthquake in Haiti: January 2010
ISBN: 978-927513252-4

Catalogage à la source – Bibliothèque de l'OPS

Organisation panaméricaine de la Santé
Réponse sanitaire au tremblement de terre en Haïti : janvier 2010
Washington, D.C.: OPS, © 2012

ISBN: 978-927523252-1

I. Titre

1. TREMBLEMENTS DE TERRE
2. CATASTROPHES – prévention et contrôle
3. PLANIFICATION DES MESURES D'URGENCE EN CAS DE CATASTROPHE
4. GESTION DU RISQUE
5. MAIN-D'ŒUVRE EN SANTÉ
6. HAÏTI

NLM WA 295.DH2

L'Organisation panaméricaine de la Santé examine volontiers les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction de ses publications, en partie ou en intégralité. Ces demandes doivent être adressées aux services des publications à l'adresse suivante : *Editorial Services, Area of Knowledge Management and Communications (KMC), Pan American Health Organization, Washington, D.C., U.S.A.* Le Domaine de la préparation aux situations d'urgence et secours en cas de catastrophes ; téléphone (202) 974-3399 ; mél. disaster-publications@paho.org sera ravi de communiquer les dernières informations en date sur les éventuelles modifications apportées au texte, les plans de publication de nouvelles éditions, et les réimpressions et traductions déjà disponibles.

© Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), 2012. Tous droits réservés.

Les publications de l'Organisation panaméricaine de la Santé bénéficient d'une protection des droits d'auteur conformément aux dispositions du Protocole 2 de la Convention universelle sur le droit d'auteur. Tous droits réservés.

Les appellations employées et la présentation de l'information dans cette publication n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation panaméricaine de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes ou de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes ou produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation panaméricaine de la Santé de préférence à d'autres de nature analogue qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Cette publication a pu être imprimée grâce au soutien financier de l'Agence canadienne de développement international (ACDI), du Bureau pour l'aide d'urgence en cas de catastrophe de l'Agence des États-Unis pour le développement international (OFDA/USAID), du Ministère britannique du développement international (DFID), de l'Agence espagnole pour la coopération internationale et le développement (AECID), et du département de l'aide humanitaire et de la protection civile (ECHO) de la Commission européenne.

Conception graphique et photo de couverture : OPS/OMS, Victor Ariscain.

Table des matières

| | |
|--|------------|
| Avant-propos | V |
| Remerciements..... | VII |
| Les auteurs | IX |
| Préface | XI |
| Chapitre 1 | |
| Haïti avant le séisme | 1 |
| Chapitre 2 | |
| Le séisme du 12 janvier 2010 | 13 |
| Chapitre 3 | |
| L'impact sanitaire..... | 21 |
| Chapitre 4 | |
| Qui a apporté de l'aide ? | 41 |
| Chapitre 5 | |
| Les interventions qui sauvent des vies | 57 |
| Chapitre 6 | |
| Au-delà des soins post-traumatiques | 87 |

Table des matières

| | |
|---|------------|
| Chapitre 7 | |
| La gestion de l'information | 119 |
| Chapitre 8 | |
| La coordination | 135 |
| Chapitre 9 | |
| Leçons stratégiques clés pour la prochaine catastrophe soudaine | 149 |
| Bibliographie | 156 |
| Liste des acronymes | 168 |
| Annexe 1. Situation en Haïti avant le séisme | 171 |
| Annexe 2. Chronologie des événements après le séisme en Haïti | 181 |

Avant-propos

Chaque catastrophe permet de tirer de nouvelles leçons d'application générale que nous devons apprendre avant la prochaine catastrophe soudaine. Le tremblement de terre en Haïti ne fait pas exception à la règle.

Cette publication, pour des raisons pratiques, se concentre sur les trois premiers mois de la réponse. Une étude similaire pourrait être nécessaire pour le relèvement à moyen et long terme et le processus de reconstruction après les trois premiers mois.

Les principaux enseignements décrits dans cette publication ne reflètent pas simplement les opinions de l'auteur, Claude de Ville de Goyet et des co-auteurs, Juan Pablo Sarmiento et François Grünewald. Ils reflètent la vision collective d'un grand nombre de partenaires et d'experts. Les experts internationaux du groupe d'étude ont contribué de façon significative aux constats et conclusions de cette importante publication.

Le tremblement de terre du 12 janvier 2010 n'aurait pas pu survenir dans un environnement plus vulnérable que celui de la capitale haïtienne. L'impact immédiat sur la santé du séisme en termes absolus — nombre de morts et de blessés — a été parmi les plus considérables de ces dernières années. Une comparaison des besoins et de la capacité d'intervention nationale montre à quel point cette catastrophe a été véritablement sans précédent.

La communauté internationale a réagi rapidement avec un afflux massif de générosité. Outre les bailleurs de fonds mondiaux traditionnels, le secours est venu des voisins immédiats d'Haïti, ainsi que de tous les pays d'Amérique latine et de la Caraïbe. Ce soutien constitue un exemple encourageant de solidarité dans un véritable esprit de panaméricanisme.

Si l'impact était sans précédent, cela n'a pas été le cas de l'organisation de la réponse. Elle a suivi le même schéma chaotique que lors des catastrophes passées. Les informations étaient limitées, souvent les décisions n'étaient pas fondées sur des éléments probants, et la coordination globale et sectorielle a présenté de graves lacunes. Les problèmes de gestion constatés lors des crises passées se sont reproduits et amplifiés en Haïti. La communauté humanitaire n'a pas su mettre en pratique les enseignements passés.

La « prolifération d'acteurs », pour reprendre une expression utilisée dans l'évaluation du tsunami, a assuré une offre massive de services de la part de partenaires compétents. Compte tenu du nombre extrêmement élevé de personnes ayant besoin d'une assistance immédiate, chaque personne un tant soit peu préparée et équipée apportant un secours sanitaire a pu fournir une assistance précieuse. Toutefois, cette prolifération comprenait également un certain nombre d'acteurs

de la santé dépourvus de toute préparation voire incompetents, qui avaient réussi à court-circuiter les mécanismes de coordination surchargés. L'initiative de l'OMS pour le lancement d'un processus mondial d'enregistrement des équipes médicales étrangères et des hôpitaux de campagne arrive à point nommé. Il devrait constituer une première étape vers l'accréditation nationale de ces acteurs.

La gestion de l'information et de la coordination a représenté un défi qui n'a pas été relevé de façon adéquate. L'une des leçons clés à réapprendre à la suite du séisme en Haïti est la suivante : la coordination ne peut être efficace que si les autorités nationales (protection civile, santé et autres ministères techniques) sont équipées et sont véritablement en mesure d'assumer le vrai leadership et l'autorité en matière de coordination. Les mécanismes de coordination externes sont vraiment utiles lorsqu'ils peuvent apporter un minimum d'ordre dans les premiers jours ou les premières semaines, jusqu'à ce que les autorités se relèvent de l'impact. Mais seul le gouvernement d'un pays touché a la légitimité pour définir et mettre en œuvre les priorités sur le plan des secours et de la reconstruction.

Les catastrophes sont des tragédies, mais elles offrent aussi des opportunités. Le principe d'accès gratuit aux soins de santé de base est maintenant plus largement accepté. L'accent mis au niveau international sur la santé mentale et le soutien psychosocial a mis en lumière l'insuffisance de l'institutionnalisation comme fondement pour le traitement des malades mentaux. Le nombre élevé d'amputations et autres blessures graves résultant du tremblement de terre a entraîné un changement spectaculaire et positif dans les attitudes du public envers les handicapés et un engagement ferme envers les programmes de réadaptation.

Cette publication vise à étoffer les preuves techniques. De nombreux rapports, ainsi que des articles revus par des pairs, ont été publiés sur cette catastrophe. Cette publication de l'OPS/OMS présente une synthèse sous l'angle de la santé publique.

En conclusion, nous savons que d'autres catastrophes frapperont les zones métropolitaines de pays en développement. La question qui se pose n'est pas celle de savoir si ce sera le cas, mais quand. Ce n'est qu'en intégrant ces leçons à un processus amélioré d'atténuation des risques et en particulier à la préparation sanitaire, qu'on pourra éviter de reproduire les mêmes erreurs dans les pays qui seront touchés par la suite.

Réduire au maximum les décès, les handicaps et les souffrances évitables demeure notre objectif ultime.

Mirta Roses Periago

Directrice

Organisation panaméricaine de la Santé

Remerciements

L'auteur et les co-auteurs de cette publication tiennent à remercier tous ceux qui ont partagé leur expérience, leurs points de vue et leurs observations à l'occasion de nombreuses réunions et visites sur le terrain. Ils nous ont permis d'apprécier le dévouement d'un si grand nombre face à un défi insurmontable.

Nos remerciements vont tout d'abord aux professionnels de la santé haïtiens qui ont décrit en toute franchise leur odyssée au cours des premières semaines qui ont suivi le séisme, et leur gratitude mais aussi leur frustration face à une assistance bien intentionnée mais parfois contreproductive. Parmi ceux qui ont influencé notre réflexion, on peut citer : Ariel Henri, chef de Cabinet au Ministère de la Santé ; Daniel Henrys, consultant principal ; Jean Hughes Henrys, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Notre Dame ; Alix Lassègue, Directeur de l'hôpital universitaire d'Haïti ; Claude Surena, Association médicale haïtienne ; et Yolene Surena, Direction de la Protection civile/projet de la Banque mondiale.

Au sein de la communauté internationale, parmi les nombreuses personnes qui nous ont aidés à reconstruire les schémas complexes de la réponse, nous tenons à remercier en particulier Edmond Mulet, Représentant spécial du Secrétaire général de l'ONU. Diplomate remarquable qui a su juger avec discernement notre coordination collective sans éclat, M. Mulet a su nous rassurer dans notre quête de nouvelles idées critiques. Le soutien et la contribution du personnel de l'UNICEF lors des entretiens initiaux, mais aussi dans le processus d'examen, ont également été exceptionnels.

Un grand nombre de collègues de l'OPS/OMS nous ont guidés, ont corrigé notre interprétation des implications et conséquences à mi-parcours de la réponse, et nous ont permis de mieux comprendre tous les faits pertinents. Parmi eux, les deux représentants de l'OPS/OMS qui étaient chargés de la réponse de l'OPS/OMS, Henriette Chamouillet et Lea Guido ; Dana Van Alphen, coordinateur du Groupe de Responsabilité Sectorielle (Cluster) Santé ; et Cristian Morales, conseiller en services de santé. Ils nous ont aidés à naviguer entre les deux mondes parfois contradictoires de la réponse humanitaire visant à sauver des vies et du renforcement des capacités à long terme des homologues nationaux.

Ce document n'aurait jamais vu le jour sans le soutien visionnaire du Programme de Préparation aux Urgences du siège de l'OPS/OMS. Les encouragements de Jean-Luc Poncelet et sa capacité à mobiliser des ressources pour la préparation et la publication de ce document, le soutien en matière de gestion de Sam Vigersky et Cristina Estrada, et les contributions éditoriales de Liz Stonaker ont été extrêmement précieux. Nous remercions également Beatrice Carpano et Julie Mauvernay pour leur contributions à la version française de cette publication.

Nous tenons en outre à souligner les contributions apportées par les personnes suivantes qui ont participé au comité d'étude : Ellen Wasserman (Johns Hopkins School of Public Health), Shannon Strother (académie du leadership face aux catastrophes, Université de Tulane), Alana Officer (OMS), Andre Griekspoor (OMS), Jon Andrus (OPS), Jean-Luc Poncelet (OPS), Sylvain Aldighieri (OPS), Cecilia Acuña (OPS), Peter Graaff (OPS) et Nicolas Lagomarsino (OPS).

Ne nommer que quelques-uns peut constituer une injustice pour les nombreuses autres personnes qui nous ont aidés. Rares sont les idées et les principales conclusions qui viennent directement de nous. Elles nous ont toutes été révélées par l'un de nos collègues. Nous adressons nos remerciements et notre gratitude à ces penseurs anonymes qui viennent d'ONG, des Nations Unies ou d'autres organismes. Nous espérons que ces leçons, leurs leçons, seront apprises et mises en pratique lors des futures catastrophes.

Les auteurs

Claude de Ville de Goyet, MD MPH

Claude de Ville de Goyet est diplômé de l'Université de Louvain (Belgique) en 1965 et a obtenu un BSc en recherche opérationnelle à l'Université d'Afrique du Sud. Après avoir travaillé pendant six ans dans la santé publique en Afrique, le Docteur de Ville de Goyet est devenu le premier directeur du Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes (CRED) à l'Université de Louvain en Belgique.

De 1977 à 2002, il a été Directeur du Programme de préparation aux urgences et de coordination des secours en cas de catastrophe de l'Organisation panaméricaine de la Santé, Bureau régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé (OPS/OMS). À partir de 1976, il a voyagé fréquemment en Haïti.

Depuis qu'il a pris sa retraite de l'OPS/OMS en 2002, le Docteur de Ville de Goyet a mené des évaluations indépendantes à la suite de la plupart des grandes catastrophes, y compris le tsunami de l'océan Indien et les tremblements de terre de Bam et du Cachemire. Le Docteur de Ville connaît très bien la situation en Haïti, où il a été coordinateur des secours après le cyclone de 2004 aux Gonaïves et représentant et conseiller spécial de l'OMS au début de 2011 au cours de l'épidémie de choléra.

Juan Pablo Sarmiento, MD MPH

Juan Pablo Sarmiento est diplômé de l'Université de Rosario (Colombie) en 1980 et a fait des études supérieures en Gestion des catastrophes (Royaume-Uni), en Administration publique (Colombie), en Éducation médicale (Colombie), en Nutrition (États-Unis) et en Administration de projets (Costa Rica).

De 1981 à 1994, le Docteur Sarmiento a travaillé pour des institutions colombiennes à différents postes, notamment : Chef de l'unité de la santé, pour la défense civile colombienne ; Chef des Services d'urgence de l'hôpital militaire central ; Coordinateur pour les catastrophes nationales, au Ministère de la Santé ; Professeur à l'Université de Javeriana et Directeur du secours national pour la Croix-Rouge colombienne.

Entre 1994 et 2008, le Docteur Sarmiento a travaillé pour le Bureau des États-Unis pour l'aide d'urgence en cas de catastrophe de l'Agence internationale pour le développement international (USAID/OFDA) comme directeur technique pour le Programme régional chargé des catastrophes en Amérique latine et dans les Caraïbes, basé au Costa Rica.

Le Docteur Sarmiento travaille actuellement en tant que professeur de recherche au Centre d'Amérique latine et des Caraïbes et à l'École de santé publique Stempel de l'Université internationale de Floride (États-Unis).

François Grünewald

François Grünewald est ingénieur agronome, spécialisé dans les économies rurales, et professeur associé à l'Université de Paris XII. Il travaille depuis 30 ans dans le développement, les situations d'urgence et les projets de réhabilitation après les catastrophes en Afrique, en Asie, en Europe centrale et en Amérique centrale et latine, travaillant avec des ONG, les agences de l'ONU et le Comité International de la Croix-Rouge (CICR).

En 1997, il devient président du Groupe URD (*Urgence-Réhabilitation-Développement*), institut français de recherche, d'évaluation et de formation. À ce titre, Grünewald a mené des projets de recherche et d'évaluation pour l'Union européenne, le CICR, les Nations Unies et des ONG. Il est l'auteur de plusieurs livres et articles sur les situations d'urgence complexes et la gestion des catastrophes socio-naturelles.

M. Grünewald a été chef d'équipe pour l'évaluation de la réponse à la famine de Bahr el-Ghazal, l'évaluation des ONG lors de l'ouragan Mitch, l'évaluation par l'UNICEF et le Royaume-Uni de la crise du Darfour, l'évaluation de la réponse française au tsunami de l'océan Indien, l'évaluation IASC de la réponse internationale à la crise dans la corne de l'Afrique et toute une série d'évaluations après le séisme en Haïti.

Préface

Haïti a été frappé par un grand nombre de catastrophes naturelles soudaines au cours des dix dernières années, la dernière en date et la plus dévastatrice étant le séisme du 12 janvier 2010. C'est aussi l'une des nombreuses urgences soudaines qui ont mobilisé la communauté internationale à l'échelle mondiale.

La réponse pour Haïti, en particulier dans le secteur de la santé, a été généreuse, voire extrêmement massive. Cette réponse interne et externe a rencontré des défis considérables et des problèmes, dont certains qui lui sont d'ailleurs imputables. Comme ce fut le cas pour la réponse au tsunami de l'océan Indien et le tremblement de terre au Pakistan, ces défis n'ont pas tous été relevés efficacement.

L'objectif de cette publication est de tirer des leçons pour améliorer la réponse sanitaire lors de futures catastrophes soudaines. Nous savons que des séismes massifs se produiront à nouveau et que certains vont dévaster des zones métropolitaines voire des capitales, comme ce fut le cas en Haïti. Haïti est le sujet de cette étude, nous espérons qu'il n'en est pas l'objet, étant donné qu'Haïti a déjà eu sa part de catastrophes.

Le champ couvert par ce livre est limité à la réponse sanitaire, la santé étant définie au sens large, pas uniquement en termes de soins médicaux ou de contrôle des maladies. L'examen est limité à la réponse immédiate et rapide, au cours des trois premiers mois, période pendant laquelle la majorité de l'assistance internationale a été mobilisée et qui influence, pour le meilleur ou pour le pire, la réhabilitation et la reconstruction.

La publication se concentre en particulier mais pas exclusivement sur les leçons qui présentent un intérêt général, c'est-à-dire qui ne portent pas spécifiquement sur le cas spécial d'Haïti. La communauté internationale a beaucoup à apprendre de la réponse en Haïti, où elle a démontré sa capacité à répéter ses erreurs et lacunes des catastrophes précédentes.

La méthodologie utilisée pour cette étude est commune à la plupart des évaluations : examen approfondi des rapports, des évaluations, des études et des publications scientifiques revues par les pairs ; plus de 150 entretiens, dont la moitié ont été effectués exclusivement pour cette étude et les autres pour des évaluations similaires menées par l'un des trois auteurs ; la distribution du projet de texte à toutes les personnes interrogées pour obtenir une validation factuelle et des commentaires sur l'interprétation des conclusions par les auteurs ; et, enfin, des discussions avec un conseil d'étude organisé par l'OPS/OMS.

Hàïti, le pays le plus pauvre de l'Hémisphère occidental, a subi la violence politique pendant la majeure partie de son histoire récente. Pauvreté, corruption, absence d'industries exportatrices, vaste déficit et grave détérioration environnementale et déforestation, figurent parmi les plus grands obstacles en Hàïti.



Haïti avant le séisme

Ce chapitre résume la situation en Haïti avant le tremblement de terre.¹ La description détaillée de la situation figure à l'annexe 1.

Chaque fois que possible, il présente une comparaison avec le pays voisin d'Haïti, la République dominicaine (pour placer le pays dans un contexte régional) et avec les trois pays touchés au cours de la dernière décennie par de grandes catastrophes naturelles soudaines, et qui ont bénéficié d'une aide internationale massive : l'Indonésie et le Sri Lanka (tsunami de l'océan Indien en 2004) et le Pakistan (tremblement de terre au Cachemire en 2005).

Haïti, pays de langue française et créole situé au milieu du bassin des Caraïbes, a une population estimée à 10 millions d'habitants². Il occupe un tiers de l'île d'Hispaniola, le reste étant occupé par la République dominicaine, qui a une population comparable.

La moitié de la population vit dans les zones urbaines, la plus grande étant la zone métropolitaine de la capitale (« agglomération » de Port-au-Prince), avec une population estimée à 2,3 millions d'habitants.

1 Les sources pour ce chapitre comprennent : l'Institut haïtien de Statistique et Informatique (IHSI 2010) ; Banque mondiale, *Haïti at a glance* (2006) ; OPS/OMS, *Santé dans les Amériques* (2007) ; OMS, *Profil sanitaire d'Haïti* (2010) ; Nations Unies, *Perspectives de la population mondiale : révision de 2008* (2009).

2 Les estimations dans les documents officiels et scientifiques varient entre 8 et 10 millions. L'absence d'informations de base de ce type en tant que données de recensement convenues en Haïti illustre le manque de données fiables ou précises sur de nombreux aspects de la vie publique du pays. C'est pourquoi les chiffres sont arrondis dans cette publication.

Déterminants sociaux, politiques et économiques

Caractéristiques d'Haïti ayant une incidence sur la réponse à la catastrophe

Inconvénients au niveau de la réponse :

- Un petit pays, parmi les plus pauvres du monde et donc avec une capacité de réponse limitée.
- Des institutions faibles avec peu de contrôle sur des milliers d'ONG appuyées par les bailleurs de fonds.
- Absence de gouvernance et niveau élevé de corruption.
- L'absence des forces armées.

Avantages au niveau de la réponse :

- Accès facile par terre ou mer.
- Présence des forces de maintien de la paix, agences onusiennes et un grand nombre d'ONG humanitaires.

En 1991, un coup d'État militaire a paralysé le développement du pays, débouchant en 1993 sur un embargo de l'OEA/ONU. L'une des premières décisions du gouvernement démocratique nouvellement élu en 1994, a été de démanteler l'armée — cause de tant des coups d'État militaires en Haïti — la police devenant ainsi la seule institution nationale chargée de la sécurité.

Suite à une longue série de bouleversements politiques, la Mission de stabilisation des Nations Unies en Haïti (MINUSTAH) a été créée en 2004.³ Tandis que la Police nationale haïtienne se positionnait progressivement comme un organisme d'application de la loi, des forces militaires étrangères dans le cadre de la MINUSTAH assuraient la sécurité de base à la fois pour la population, qui était de plus en plus ambivalente face à cette présence, et pour une communauté humanitaires et de développement des Nations Unies de plus en plus nombreuse. La MINUSTAH était la seule entité avec des actifs significatifs et la discipline pour apporter un soutien logistique à la communauté humanitaire en cas de catastrophe soudaine. Cependant, cette fonction ne figurait pas dans son mandat. Il convient de noter que la présence d'une force de maintien de la paix en l'absence de conflit civil faisait que les acteurs des Nations Unies étaient assujettis à des règles de sécurité particulièrement strictes.

La situation socio-économique en Haïti au moment du séisme peut être décrite en quelques mots :



3 La MINUSTAH a été initialement mise en place par la résolution 1542 du Conseil de sécurité des Nations Unies, en date du 30 avril 2004, pour « Pourvoir, à titre d'appui au Gouvernement de transition, à la sécurité et à la stabilité propices au bon déroulement du processus constitutionnel et politique en Haïti, surveiller, restructurer et réformer la Police nationale haïtienne ; aider à mettre en œuvre des programmes de désarmement, de démobilisation et de réinsertion complets et durables ; aider au rétablissement et au maintien de l'état de droit, de la sécurité publique et de l'ordre public en Haïti ; protéger le personnel, les locaux, les installations et le matériel des Nations Unies ; protéger les civils contre toute menace imminente de violence physique ; appuyer le processus constitutionnel et politique ; aider à organiser, surveiller et tenir des élections municipales, parlementaires et présidentielles libres et régulières ; soutenir le Gouvernement de transition et les institutions et groupes haïtiens de défense des droits de l'homme dans leurs efforts de promotion et de défense des droits de l'homme ; et surveiller la situation des droits de l'homme dans le pays et en rendre compte... En prolongeant le mandat de la mission d'un an le 13 octobre 2009, le Conseil de sécurité, dans sa résolution 1892, a en outre chargé la MINUSTAH de fournir une aide logistique et en matière de sécurité pour les élections prévues pour 2010 » (Nations Unies 2011).

- L'un des pays les plus pauvres et les plus petits au monde et le moins développé dans la région des Amériques ;
- Un niveau élevé de corruption, d'iniquité et d'inégalités ;
- Grave détérioration de l'environnement et déforestation ;
- Absence d'industries d'exportation et déficit important ;
- Processus constant de fuite des cerveaux, principalement vers les États-Unis, le Canada et la France ;
- La plupart des services sont fournis par des ONG avec une supervision et des consultations symboliques du gouvernement. Haïti a été appelé une « République d'ONG ».

La situation en Haïti est fort différente de celle du pays voisin, la République dominicaine et des autres pays en développement récemment frappés par des catastrophes soudaines qui ont déclenché des afflux massifs d'aide étrangère. Les données comparatives sont présentées dans le tableau 1.1. Alors qu'Haïti peut être comparé au Sri Lanka en termes de taille, son niveau de développement est bien moindre. Le niveau de développement d'Haïti est comparable à celui du Pakistan, mais la taille de ce pays et l'étendue de ses ressources sont très différentes.

La figure 1.1 montre le classement d'Haïti selon l'indice de l'État de droit par rapport à ces quatre mêmes pays.

Piétons dans une rue de Haïti



Tableau 1.1 Indicateurs de la population, du revenu, de la gouvernance et de la sécurité en Haïti, en République dominicaine, au Sri Lanka, au Pakistan et en Indonésie

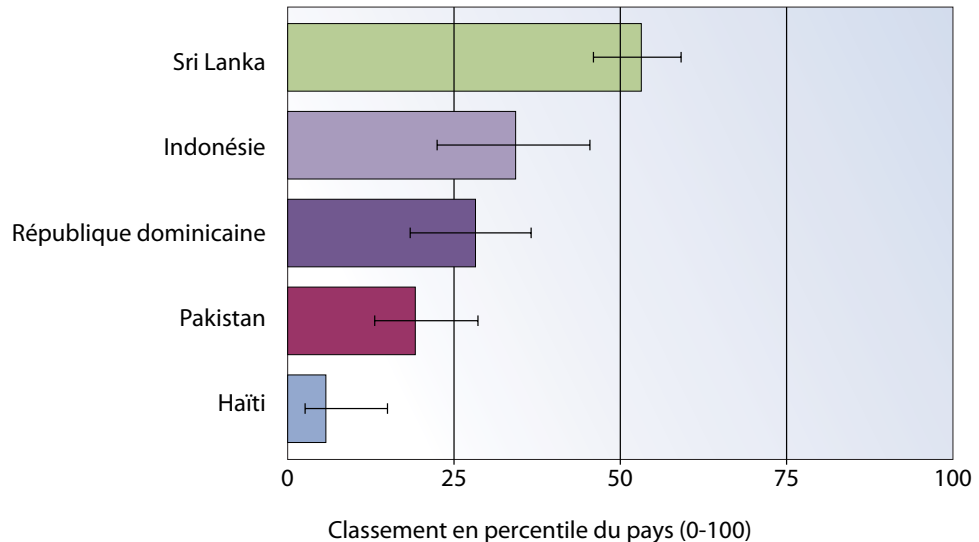
| Indicateur | Haïti | République dominicaine | Sri Lanka | Pakistan | Indonésie |
|---|--|---|--|--|---|
| Population (millions) | 10 | 10 | 20 | 161 | 228 |
| RNB par habitant (USD; 2010) ^a | 650 | 4 860 | 2 290 | 1 050 | 2 580 |
| Indice de pauvreté multidimensionnel (plus il est bas mieux c'est) ^b | 0,31 | 0,05 | 0,02 | 0,28 | 0,1 |
| Indice de corruption (classement 2010) ^c | 2,2 (146) | 3,0 (101) | 3,2 (91) | 2,3 (143) | 2,8 (110) |
| Sécurité pour le personnel international | Pas de conflit civil mais des restrictions de mouvement strictes | Bonne sécurité | Guerre civile; accès restreint dans certaines zones | Bonne sécurité; pas de conflit. Province frappée par le séisme sous autorité militaire | Faible sécurité; guerre civile à Aceh |
| Présence de militaires | Pas de militaires nationaux; forte présence des forces de maintien de la paix de l'ONU | Forces militaires nationales actives dans la défense civile | Forte présence de militaires nationaux; des zones sous le contrôle des rebelles | Forte présence de militaires nationaux | Forte présence de militaires nationaux |
| ONG | L'une des plus fortes densités d'ONG au monde; supervision symbolique du gouvernement | Nombre important d'ONG avec supervision modérée du gouvernement | Nombreuses ONG locales, mais peu d'ONG internationales actives avant le tsunami; forte supervision gouvernementale | Peu d'ONG internationales autorisées au Cachemire, mais un grand nombre au Pakistan; forte supervision gouvernementale | Pas d'ONG internationales autorisées à Aceh avant le tsunami (seulement ONU et CICR); forte supervision gouvernementale |

a Le revenu national brut (RNB) par habitant (anciennement PNB par habitant) est le revenu national brut, converti en dollars des États-Unis, divisé par la population en milieu d'année. Il comprend la valeur de tous les produits et services générés dans un pays en un an (c'est-à-dire, son produit intérieur brut), ainsi que son revenu net provenant d'autres pays (notamment, les intérêts et les dividendes). Les chiffres proviennent de la base de données de la Banque mondiale (2010).

b L'indice de pauvreté multidimensionnel (Alkire et Santos 2010) utilise 10 indicateurs pour mesurer les dimensions critiques de la pauvreté au niveau des ménages. La valeur MPI résume l'information sur des multiples privations en un nombre unique.

c L'indice de corruption classe les pays sur une échelle de 10 (très propre) à 0 (très corrompu); le classement dans le monde est indiqué entre parenthèses (Transparency International 2011).

Figure 1.1 Classements pour l'état de droit pour Haïti, la République dominicaine, le Sri Lanka, le Pakistan et l'Indonésie (2009)



Note: L'indice de l'État de droit est l'un des six indicateurs utilisés pour évaluer la qualité de la gouvernance dans les pays. Ces indicateurs agrègent les opinions sur la qualité de la gouvernance fournies par l'entremise d'un grand nombre d'enquêtes auprès des entreprises, des citoyens et d'experts dans les pays industrialisés et en développement. Figure compilée à partir du site Web de la Banque mondiale sur les indicateurs de gouvernance dans le monde : http://info.worldbank.org/governance/wgi/mc_countries.asp.

Situation de la santé⁴

Caractéristiques de la santé en Haïti

Aspects négatifs:

- Absence de statistiques de base fiables de la santé.
- Niveau élevé des maladies les plus transmissibles.
- Seulement la moitié de la population a accès à des services de qualité médiocre pour la santé, l'eau, ou les services d'assainissement.
- 75 % des services de santé sont dispensés par des ONG et des groupes confessionnels, la plupart ne sont pas disposés à suivre les normes et les lignes directrices du Ministère de la Santé.

Aspects positifs:

- Un système pharmaceutique et d'approvisionnement solide qui est administré à l'échelle internationale.
- Présence sur place d'organisations médicales externes (ONG ou bilatérales).

⁴ Les sources pour cette section comprennent: OPS/OMS, *La santé dans les Amériques* (2007), OPS/OMS, *Situation sanitaire dans les Amériques, indicateurs de base 2009*; Haïti, PDNA (matrice analytique) (2010).

Une revue de la **gouvernance** du secteur de la santé, menée par le Ministère de la Santé en 2007 montre que le leadership et les fonctions réglementaires en Haïti étaient « faibles ou très faibles » au niveau central, ministériel et périphérique (MSPP, 2007). Au niveau intersectoriel, les bailleurs de fonds doivent se partager la responsabilité d'une situation qui permet aux ONG de refuser de se conformer aux normes et standards ou aux tentatives de coordination du Ministère de la Santé.

Sur le plan de la **gestion de l'information**, on constate un manque d'informations adéquates pour appuyer l'analyse et la prise de décisions au niveau stratégique et opérationnel. L'absence de données de base acceptables complique toute activité de suivi de la réponse. Les indicateurs de la santé, lorsqu'ils sont disponibles en Haïti, font apparaître une morbidité/mortalité excessive et des services préventifs et curatifs médiocres.

Pour tous les indicateurs, on constate en Haïti une plus grande vulnérabilité ou faiblesse que chez ses voisins. L'espérance de vie est inférieure de plus de 10 ans en Haïti par rapport à la région ; la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans est deux fois plus élevée que la moyenne régionale et trois fois plus élevée qu'en République dominicaine.

Les maladies transmissibles comprennent, entre autres, les maladies diarrhéiques aiguës,⁵ la plus forte incidence de tuberculose dans les Amériques, une épidémie généralisée de VIH et la dengue (présence de sérotypes chez 85 % de la population de Port-au-Prince). Les maladies tropicales telles que la lèpre, la filariose lymphatique et l'anthrax restent prévalentes.

Les maladies évitables par la vaccination demeurent trop fréquentes en raison de la très faible couverture vaccinale obtenue.

5 Il convient de noter que jusqu'à l'épidémie de 2010, il n'y avait pas eu de choléra dans le pays depuis plus de 100 ans.



Prestation de services de santé

Le système de santé actuel est essentiellement privé, avec un très petit secteur public. Des établissements de santé liés à des groupes confessionnels et des ONG fournissent la plupart des soins de santé, ces services sont complétés par les Brigades médicales cubaines, qui fournissent en moyenne 400 médecins dans les zones rurales. Ensemble, ces organismes fournissent environ 75 % des soins. Dans la capitale et les grandes villes, les cliniques privées, à but lucratif et les pharmacies fournissent des services de santé aux personnes qui peuvent payer. L'élite va souvent se faire traiter aux États-Unis ou dans d'autres pays étrangers.

En termes réels, 47 % de la population haïtienne n'a pas accès aux soins de santé de base.⁶ Ce chiffre passe à plus de 50 % pour les femmes. L'accessibilité est faible en raison des obstacles financiers ; lorsqu'ils sont accessibles, ces services sont de mauvaise qualité.

Des services spécialisés tels que la réadaptation, la santé mentale et les banques de sang sont bien en deçà du niveau des pays voisins. Les services de santé mentale en Haïti ont été centrés sur deux hôpitaux psychiatriques qui manquent de personnel et d'équipements, situation qui est loin de l'approche axée sur la communauté recommandée par l'OMS.

En plus d'une industrie pharmaceutique privée florissante, PROMESS (Programme de médicaments essentiels), géré par l'Organisation panaméricaine de la Santé, fait office de pharmacie nationale, fournissant des produits et médicaments essentiels à prix coûtant ou moins.



Eau et assainissement

Seulement 58 % de la population a accès dans une certaine mesure à des sources d'eau potable améliorées (Schuftan, Hoogendoorn, Capdegelle 2007). Il est notoire que l'accès est meilleur en milieu urbain (70 %). L'accès à l'assainissement amélioré et à l'élimination des excréments est extrêmement limité (total 19 %, urbain 29 %, rural 12 %). En résumé, 8 millions d'habitants sur une population de 10 millions n'ont pas accès à l'eau et l'assainissement.

Nutrition

Les niveaux de malnutrition aiguë globale ainsi que ceux du retard de croissance (malnutrition chronique) sont élevés, mais nettement inférieurs à ceux qui sont considérés comme constituant une urgence humanitaire. Les priorités des projets en cours n'ont pas été suffisamment alignées sur les problèmes prioritaires de sécurité nutritionnelle d'Haïti ou sur les meilleures pratiques internationales. Avant tout, la malnutrition en Haïti est le résultat ultime de l'extrême pauvreté associée à un faible niveau de scolarité. Il s'agit principalement d'un problème économique et d'une question d'équité plutôt que de santé.

⁶ Une enquête réalisée en 2005–2006 a montré que 24 % des enfants avaient eu un ou plusieurs épisodes de diarrhée au cours des deux dernières semaines, seulement 40 % avaient été traités avec des sels de réhydratation oraux. De même, sur les 40 % d'enfants présentant de la fièvre ou des symptômes compatibles avec une infection respiratoire aiguë au cours des deux semaines précédentes, 20 % seulement avaient été examinés pour leur prescrire un traitement (OPS/OMS 2007, pp. 415, 419).

Violence et criminalité

Le taux de violence est très élevé en Haïti. On ne dispose pas de chiffres fiables ou uniquement de façon fragmentée. La violence faite aux femmes est endémique et sous-déclarée. Il y a peu de suivi, que ce soit au niveau des forces de l'ordre ou des services de santé, sur les cas signalés de violence envers les femmes.



Tableau 1.2 Statistiques sur la santé des pays sélectionnés

| Indicateur | Haïti | République dominicaine | Sri Lanka | Pakistan | Indonésie |
|---|-------|------------------------|-----------|----------|-----------|
| Espérance de vie (années) | 62 | 73 | 69 | 63 | 67 |
| Mortalité chez les moins de 5 ans (décès pour 1000 naissances vivantes) | 76 | 24 | 17 | 97 | 34 |
| Vaccination contre la rougeole | 58 % | 95 % | 98 % | 85 % | 83 % |
| Médecins pour 10 000 habitants | 3 | 19 | 6 | 8 | 1 |
| Lits d'hôpitaux pour 10 000 habitants | 13 | 10 | 29 | 10 | 6 |

Sources: OMS, *Statistiques sanitaires mondiales*, 2009 www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Tableau6.pdf ; Banque mondiale, Haïti en bref ; République dominicaine en bref.

La situation sanitaire en Haïti avant le séisme est particulièrement sombre par rapport à son voisin ou aux autres pays frappés par une catastrophe soudaine (voir le tableau 1.2). Les services restent très médiocres en dépit d'un investissement considérable de la part des ONG et de la densité plus élevée de médecins et de lits d'hôpitaux dans le pays par rapport, par exemple, à l'Indonésie.

Enfin, il convient de noter le caractère « singulier ou exceptionnel » d'Haïti dans la région des Amériques. C'est le seul pays de langue française/créole indépendant, dans les Caraïbes ou en Amérique latine. Haïti a une culture sociale, économique et politique qui ne ressemble à aucune autre. Bien que le pays fasse un effort continu pour devenir membre d'institutions régionales, peu ou pas d'autres membres partagent les mêmes défis ou les mêmes antécédents, ou même comprennent sa culture. Haïti n'est pas pleinement intégré comme un membre à statut égal dans les Caraïbes ou en Amérique latine. C'est un orphelin, sans frères et sœurs, mais avec de nombreux parents nourriciers.

Vulnérabilité face aux catastrophes, réduction des risques y compris la préparation aux situations d'urgence

Vulnérabilité

- Haïti est particulièrement vulnérable aux catastrophes. Les principaux facteurs à l'origine de cette vulnérabilité sont sociaux et économiques.
- La préparation aux situations d'urgence en Haïti était extrêmement axée sur les événements climatiques saisonniers. Les événements rares mais catastrophiques n'étaient pas envisagés.
- Les pays les plus pauvres sont ceux qui sont le moins à même et le moins désireux d'investir dans la réduction des risques, y compris la préparation aux situations d'urgence. Compte tenu du caractère urgent des besoins quotidiens auxquels font face ces pays, la charge de la réduction des risques et de la préparation aux catastrophes devrait être davantage supportée par la communauté internationale.
- Les agences internationales et les bailleurs de fonds devraient accroître leurs efforts afin de centrer l'attention des autorités sanitaires sur des scénarios crédibles de graves catastrophes soudaines.



Parmi les nombreux facteurs influant sur la vulnérabilité d'Haïti aux catastrophes figurent la concentration de la population (39 %) et des ressources (66 % du PIB) à l'intérieur et autour de la capitale (département de l'Ouest), la déforestation, la présence de communautés vivant dans les plaines qui sont sujettes aux inondations, la densité élevée de la population urbaine et une prolifération de bâtiments et infrastructures peu sûrs sur le plan sismique et construits sur des sols instables.

La vulnérabilité environnementale et des facteurs sociaux tels que la pauvreté, l'instabilité politique, l'urbanisation rapide et la fragilité de l'État haïtien exacerbent les effets dévastateurs des événements naturels.

Ces observations ont été confirmées par la tendance alarmante des catastrophes successives : 56 catastrophes reconnues internationalement, y compris 20 grandes catastrophes au XXe siècle et 3 saisons d'ouragans catastrophiques au cours de la dernière décennie (voir le tableau 1.3).

Tableau 1.3 Résumé des grandes catastrophes récentes en Haïti

| Evènement | Impact sur PIB | Affectés | Tués |
|---|----------------|-----------|-------|
| 2004 : Ouragan Jeanne | 7 % | 300 000 | 5 000 |
| 2007 : Ouragans Dean et Noel | 2 % | 194 000 | 330 |
| 2008 : Tempêtes tropicales Fay et Gustav et ouragan Ike | 15 % | 1 000 000 | 800 |

Compilé sur la base des évaluations pertinentes des besoins après la catastrophe.

Réduction des risques

Bien que la réduction des risques comprenne la préparation aux situations d'urgence, cet aspect sera traité séparément.

Le risque de séisme n'était pas méconnu par le secteur de la santé et a été souligné dans le profil sanitaire du pays élaboré par l'OPS/OMS en 2007 (pg 414) :

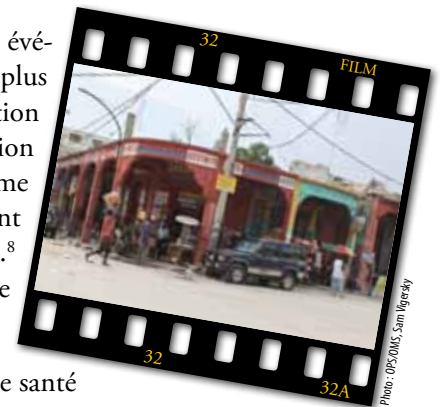
« [...] Haïti est extrêmement vulnérable aux tremblements de terre. Le pays compte huit lignes de faille, les deux plus importantes sont situées l'une tout à fait au nord et l'autre traversant le territoire d'Est en Ouest. L'activité sismique enregistrée en Haïti de 2003 à 2005 a ravivé le spectre d'un grave tremblement de terre de forte amplitude (7-8 sur l'échelle de Richter), que prévoient les experts depuis plusieurs années. Le taux extrêmement élevé d'urbanisation responsable du fait que la région métropolitaine de la commune de Port-au-Prince compte plus de deux millions d'habitants (10 000 à 18 000 personnes au km²) empirera les dégâts. »

Comme le souligne François Grünewald, le tremblement de terre « s'est produit dans un contexte où les problèmes les plus fréquents viennent cacher les problèmes les plus graves. Bien qu'Haïti ait connu des tremblements de terre qui ont détruit Cap Haïtien en 1840 et Port-au-Prince en 1700, ces tragédies du passé n'ont eu qu'une influence marginale sur la stratégie nationale de gestion des risques » (2010, 2).

Comme c'est souvent le cas, les questions importantes (préparation pour des événements graves mais rares⁷) ont été occultées par des priorités immédiates plus pressantes (s'occuper des urgences quotidiennes et saisonnières). La Direction de la Protection civile (DPC) d'Haïti a commencé à travailler sur l'élaboration de normes de construction pour les installations essentielles avant le séisme et sur une stratégie de réduction des risques dûs aux catastrophes. Ils avaient l'intention de publier un projet de code de construction en Janvier 2010.⁸ Aucun décret sur la réduction du risque sismique au moyen de l'adoption et de l'application de normes de construction n'avait jamais été adopté auparavant.

La façon la plus simple et la moins onéreuse de protéger les établissements de santé (et autres) contre les risques sismiques consiste à inclure des normes strictes pour les nouvelles constructions. Cependant, peu, voire pas, de nouvelles installations de santé ont été construites en Haïti au cours des dernières années. L'adaptation des installations existantes est techniquement plus complexe et plus onéreuse et n'a jamais sérieusement été considérée comme une mesure possible et rentable par le Ministère de la Santé ou la communauté des bailleurs de fonds.

Aucune attention sérieuse n'a été accordée par le secteur de la santé au scénario possible d'un séisme de grande amplitude. Les efforts limités étaient centrés sur les ouragans saisonniers.⁹ Certes, Haïti a l'indice le plus élevé de vulnérabilité aux cyclones de tous



7 L'intervalle de récurrence sismique a été estimé à environ 150 ans.

8 Au niveau multisectoriel, les principaux bailleurs de fonds (Banque mondiale et bailleurs de fonds européens) ont apporté un soutien important à la fin de la dernière décennie pour renforcer la Direction nationale de la Protection civile. L'accent a été initialement mis sur le niveau national et puis réorienté plus tard vers la décentralisation et le renforcement au niveau départemental.

9 Les cyclones sont appelés ouragans dans les Caraïbes ou typhons dans l'océan Pacifique.

les petits états insulaires en développement.¹⁰ Environ 96 % de la population d'Haïti vit en étant constamment menacés par deux risques ou plus. En outre, étant donné que le pays fait partie d'une île au milieu des Caraïbes, il est exposé aux risques liés à l'élévation du niveau de la mer et à ceux concernant les impacts possibles d'évolution des phénomènes El Niño et La Niña (DARA 2010).

Préparation du secteur de la santé

Dans le secteur de la santé, des formations et d'autres activités de coopération technique ont été régulièrement fournies au Ministère de la Santé haïtien dans les limites des modestes fonds alloués par les bailleurs de fonds pour la préparation aux catastrophes. Les principes de gestion des victimes en masse à la suite de séismes ont été régulièrement promus en Haïti et dans d'autres pays des Caraïbes.

Les résultats et l'impact des efforts régionaux de la protection civile en Haïti sont restés limités. Le programme de préparation aux situations d'urgence dans le secteur de la santé ne s'est jamais vu accorder la priorité, l'autorité ou les ressources nécessaires pour cette tâche. Il n'y a eu aucune planification efficace ni mesures de préparation en Haïti sur les établissements de santé. Et là encore, investir pour faire face à des victimes en masse peut sembler quelque peu irréaliste alors que l'on ne peut s'occuper comme il se doit des urgences quotidiennes.



¹⁰ Sur la base du nombre estimé de personnes tuées chaque année (par million de personnes exposées) (Banque mondiale 2005).

Le 12 janvier 2010, un séisme de 7,0 sur l'échelle de Mercalli modifiée a secoué Haïti, soit le séisme le plus puissant qui ait frappé le pays en 200 ans. L'impact était sans précédent ; plus encore si l'on tient compte du fait qu'il a touché la zone la plus peuplée du pays ainsi que son centre économique et administratif, limitant d'autant plus une capacité de réponse déjà très faible.



Le séisme du

12 janvier 2010

L'impact du séisme qui a frappé Haïti était véritablement sans précédent parmi les catastrophes naturelles récentes:

- L'ampleur des pertes et destructions en termes absolus, mais surtout par rapport à la taille et à la pauvreté du pays, empêchant toute capacité de secours.
- La destruction de la capitale et ses effets sur l'appareil gouvernemental.
- Les pertes en leadership encourues par les forces de maintien de la paix de l'ONU, les agences de l'ONU, et les autres acteurs potentiels.
- L'impact logistique des dégâts importants subis à la fois par les grandes installations aéroportuaires et portuaires.

Le 12 janvier 2010, peu avant 17 heures, un séisme de 7,0 sur l'échelle MMS a secoué Haïti pendant 35 secondes.¹¹ Il s'agissait du tremblement de terre le plus puissant qui ait frappé le pays depuis 200 ans. L'hypocentre du séisme était proche de la surface de la terre (à 13 km de profondeur) et son épïcêtre se situait à environ 25 km au sud-ouest de la capitale Port-au-Prince, dans le département de l'Ouest. Bien que les départements du Sud-est et de Nippes aient également été touchés, seule une zone limitée, mais très peuplée (d'un rayon de 45 km) a été frappée par le tremblement de terre.

Il ressort d'une étude réalisée par la U.S. Geological Survey que la faille dont on avait pensé initialement qu'elle avait déclenché ce séisme dévastateur est encore probablement soumise à beaucoup de pressions et continue à présenter un risque sismique important.¹² Cela remet en question l'idée répandue mais erronée selon laquelle une

11 Les estimations initiales ont indiqué une magnitude de 7,3 sur l'échelle de Richter. La U.S. Geological Survey et d'autres sources suggèrent une magnitude de 7,0. La différence s'explique en partie du fait de l'utilisation croissante de l'échelle de la magnitude de moment (MMS) qui diffère légèrement de l'échelle de Richter. Comme avec l'échelle de Richter, une augmentation d'un échelon sur cette échelle logarithmique correspond à une augmentation de 1015 de la quantité d'énergie libérée, soit ≈ 32 fois, et une augmentation de deux échelons correspond à une augmentation de 103 (c'est-à-dire 1000 fois) de l'énergie. Il convient de noter que l'échelle de Richter est notoirement moins précise pour mesurer des séismes très forts.

12 La géologue Carol Prentice de la U.S. Geological Survey a dirigé une équipe de scientifiques en Haïti immédiatement après le tremblement de terre à la recherche de traces de ruptures cosismiques. Les chercheurs ont cherché des preuves de la déformation du séisme de 2010 et ont déterminé qu'il n'y a pas eu rupture de la ligne principale de la faille de Enriquillo-Plantain-Garden (EPG) lors du séisme de janvier, comme on l'avait pensé initialement. Ils ont aussi trouvé des preuves de ruptures géologiquement jeunes sur la faille EPG, dont ils pensent qu'elles auraient pu se former lors des tremblements de terre qui ont frappé Haïti en 1751 et 1770. Étant donné que la faille EPG n'a pas occasionné de rupture de la surface, peu, voire aucune, des pressions accumulées sur cette faille ont été libérées pendant le tremblement de terre et le danger demeure élevé (Koontz 2010).

région touchée par un grand événement sismique est vulnérable à des répliques plus faibles mais protégée de tremblements de terre plus forts.

La région métropolitaine de Port-au-Prince a subi des dégâts considérables.¹³ La ville de Léogâne (à 17 km au sud-ouest de Port-au-Prince) a été détruite à 80 %.

Le tremblement de terre a occasionné une situation sans précédent, amplifiée du fait que la zone touchée était la plus densément peuplée du pays et abritait aussi son centre économique et administratif. Il a aussi gravement touché les organisations internationales en Haïti (y compris la MINUSTAH, les agences des Nations Unies et les ONG).

Les zones rurales des départements de l'Ouest et du Sud-est, y compris les zones montagneuses ont été aussi gravement touchées. Des milliers de maisons rurales dans des zones reculées et difficiles d'accès ont été détruites et de nombreux glissements de terrain ont été déclenchés par le tremblement de terre.

L'étendue des dégâts et des pertes reflète la très forte vulnérabilité d'Haïti. Alors que la U.S. Geological Survey a enregistré 22 séismes de magnitude 7,0 ou plus en 2010, la quasi-totalité des décès ont résulté du séisme du 12 janvier en Haïti. En 2010, environ 227 000 personnes sont mortes en raison de tremblements de terre, et plus de 98 % d'entre elles lors du séisme d'Haïti.¹⁴

Ce vaste tremblement de terre, peu profond, a produit des secousses violentes qui peuvent endommager même les bâtiments bien construits partout dans le monde. En Haïti, ces secousses de haute intensité conjuguées à la vulnérabilité des bâtiments aux séismes et à la forte exposition de la population ont été catastrophiques.

L'évaluation des besoins après la catastrophe (PDNA)

Comme cela se fait systématiquement après un tel événement, le gouvernement haïtien et la communauté internationale ont lancé une évaluation des besoins après la catastrophe (PDNA) à laquelle le PNUD, la Banque mondiale, la Commission européenne et d'autres bailleurs de fonds ont pris part.

« Les objectifs de la PDNA, exercice transversal consistant à fournir une estimation financière des dégâts et des besoins, étaient multiples ; chaque acteur soulignant un aspect en particulier :

- « Un outil pour la prise de décisions et la définition de priorités pour les bailleurs de fonds et les organismes devant se réunir à la Conférence des bailleurs de fonds à New York (31 mars 2010) ;
- « une nouvelle vision pour une réforme en profondeur, saisissant les opportunités offertes brièvement par de graves catastrophes ; toutefois, certains se sont demandé si une vision progressive visant à « mieux reconstruire » n'était pas plus réaliste qu'une nouvelle vision onéreuse ;
- « Un pas vers l'élaboration d'un plan d'action et d'une stratégie pour les secteurs ; il s'agit d'un résultat qui a été obtenu dans le secteur de la santé, mais qui n'a pas été pleinement mis en œuvre ;
- « Des données statistiques nécessaires à des fins de comparaison et de documentation au niveau mondial pour l'investissement important dans le processus de reconstruction » (Griekspoor 2010).

13 Y compris les communes de Port-au-Prince, Carrefour, Pétienville, Delmas, Tabarre, Cité Soleil, et Kenscoff.

14 Un séisme de magnitude 8,8 au large des côtes du Chili le 27 février est le plus important enregistré dans le monde en 2010. Il a tué 577 personnes d'après les estimations ; la moitié environ de ces décès résulte d'un tsunami provoqué par le tremblement de terre. L'énergie libérée par le séisme chilien a été plus de 500 fois supérieure à celle qui a frappé Haïti. Cependant, les victimes ont été nettement moins nombreuses au Chili du fait des codes de construction stricts que le pays applique et des intensités maximales des secousses plus faibles (USGS 2011).

Impact global sur l'infrastructure

Le séisme a causé la destruction massive d'infrastructures. Selon l'enquête réalisée dans le cadre de l'évaluation des besoins après la catastrophe (PDNA)¹⁵ (voir encadré), quelque 105 000 logements ont été complètement détruits et plus de 208 000 endommagés. Plus de 1 300 établissements d'enseignement et plus de 50 hôpitaux et centres de santé se sont effondrés ou ne sont plus utilisables. Une partie du principal port du pays a cessé d'être opérationnelle. Les dommages subis par le système de guidage de l'aéroport ont limité l'arrivée rapide de la réponse essentielle, amenant les autorités haïtiennes à déléguer leur autorité sur l'espace aérien et l'aéroport à l'armée des États-Unis.

Le Palais présidentiel, le Parlement, les tribunaux, de nombreux autres bâtiments emblématiques de la nation ainsi que la plupart des bâtiments des ministères et de l'administration publique, y compris le Ministère de la Santé, ont été détruits. Ces dommages ont encore restreint la capacité limitée du gouvernement à diriger des efforts de réponse énergiques.

La seule catastrophe naturelle qui a eu un effet dévastateur proche de celui de ce séisme sur les capacités de gouvernance et les structures administratives était le séisme de Managua (Nicaragua, 23 décembre 1972).

¹⁵ La principale source pour cette section est : *Évaluation des besoins après le séisme en Haïti (PDNA) : évaluation des dégâts, des pertes, des besoins sectoriels et généraux*, publiée par le Gouvernement d'Haïti, mars 2010.

Ministère de la santé



Palais présidentiel



- Managua avait une population de 325 000 habitants contre 2,5 millions à Port-au-Prince ;
- Il y a eu relativement peu de morts (de 3 000 à 7 000) contre plus de 200 000 en Haïti ;
- Il y avait un gouvernement dictatorial fort au Nicaragua tandis qu'en Haïti le gouvernement était fragile mais démocratique.

Impact économique

- Le séisme a fait reculer de 10 ans le développement économique d'Haïti.
- Le processus d'évaluation économique des dégâts et pertes ne reflète pas l'ampleur des pertes humaines et de la souffrance.
- Lorsqu'elles sont traduites en valeur monétaire, les pertes sociales ne représentent qu'un coût économique relativement faible.

Le secteur de la santé ne fonctionne pas dans le vide. Il dépend entièrement de la santé économique du pays et de sa population. Un séisme qui a un impact sur le bien-être économique a aussi un impact sur la santé publique.

L'impact de la catastrophe sur la performance économique, l'emploi et la pauvreté peut être évalué sur la base de deux mesures :

1. Les dégâts : c'est-à-dire la valeur de remplacement des biens matériels entièrement ou partiellement détruits ;
2. Les pertes : les flux économiques résultant de l'absence temporaire d'actifs endommagés.

Il ressort de l'évaluation des besoins après la catastrophe que la valeur totale des dommages et pertes causés par le séisme du 12 janvier 2010 est estimée à 7 804 milliards USD, soit un montant supérieur au PIB de pays en 2009. C'est la première fois en 35 ans d'application de la méthodologie d'évaluation élaborée par la Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et la Caraïbes¹⁶ pour l'estimation des dommages et pertes que le coût d'une catastrophe est si élevé en termes économiques par rapport au PIB du pays.

Le secteur privé (y compris les organismes sans but lucratif) a subi la majeure partie des dommages et pertes (5 722 milliards USD, 73 % du total), tandis que la part du secteur public se montait au total à 2 081 milliards USD, soit 27 %. Il existe deux exceptions : le secteur de la santé, où seulement 40 % des dommages et pertes ont été subis par le secteur privé (à savoir des entités non gouvernementales, qu'elles soient

¹⁶ La méthodologie d'évaluation des dommages et pertes (DaLA) a été élaborée initialement par la Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC-ONU) en 1972. Elle a par la suite été améliorée grâce à la coopération étroite avec l'OPS/OMS, la Banque mondiale, la Banque interaméricaine de développement, l'UNESCO et l'OIT afin de refléter la meilleure approximation possible des dommages et des pertes dues à des catastrophes. C'est un outil flexible qui peut être adapté à des types spécifiques de catastrophe et aux besoins des gouvernements en termes d'appropriation. La méthodologie DaLA fonde ses évaluations sur l'ensemble de l'économie du pays touché.

à but lucratif ou non) et le secteur de l'environnement (principalement pour l'élimination des déchets et débris) où les pertes sont supportées presque entièrement par le secteur public.

La valeur des biens matériels détruits, y compris les logements, les écoles, les hôpitaux, les routes et les ponts, les ports et les aéroports, a été estimée à 4 302 milliards USD (55 % du total des pertes dues à la catastrophe). La variation des flux économiques (production perdue, chute du chiffre d'affaires, pertes d'emploi et de salaire, accroissement des coûts de production, etc.) a atteint 3 561 milliards USD (équivalent à 45 % du total).

Le logement est le secteur qui a été le plus touché par le tremblement de terre (dommages de 2,3 milliards USD). En comparaison, l'impact économique (dommages et pertes) dans le social secteur est faible en termes monétaires. Les secteurs de la santé et de l'éducation ne représentent que 6 % chacun de l'impact économique (voir le tableau 2.1).

**Tableau 2.1 Dommages et pertes causés par le séisme de 2010 en Haïti
(arrondis au million USD)**

| Secteurs | Public | Privé | Total |
|--|----------------|----------------|----------------|
| Social | 352 (23,2 %) | 1 161 (76,8%) | 1 513 (19,4 %) |
| Eau et assainissement | 29 (12,3 %) | 206 (87,7%) | 235 (3 %) |
| Santé | 282 (60 %) | 188 (40%) | 470 (6 %) |
| Éducation | 40 (8,4 %) | 437 (91,6 %) | 477 (6,1 %) |
| Nutrition et sécurité des aliments | 0 | 330 (100%) | 330 (4,2 %) |
| Infrastructure, y compris le logement | 1 402 (31,4 %) | 3 059 (68,6%) | 4 461 (57,2 %) |
| Secteurs de production | 3 | 1 327 (100%) | 1 330 (17 %) |
| Environnement^a | 324 (64,3 %) | 175 (35,7 %) | 499 (6,4 %) |
| TOTAL | 2 081 (26,7 %) | 5 722 (73,3 %) | 7 803 (100 %) |

Source: Adapté des chiffres présentés dans le tableau 2 de la PDNA (Haïti 2010, 7).

a Les dommages et pertes pour le secteur de l'environnement comprennent surtout l'élimination des déchets solides (débris, déchets des hôpitaux, substances dangereuses, etc.).

Il ressort de l'évaluation des besoins après la catastrophe que :

- Le déficit global du gouvernement central augmenterait probablement, passant de 4,4 % du PIB pour l'exercice 2008/09¹⁷ à 7,1 % du PIB au cours de l'exercice 2009/10, malgré une nette augmentation du revenu global au cours des années qui ont précédé la date de l'impact.
- Le séisme entraînera une perte de 8,5 % des emplois existants à très court terme.
- Les indices de pauvreté sont revenus aux niveaux de 2001 (71 % dans la pauvreté modérée et 50 % dans l'extrême pauvreté), annulant ainsi tous les modestes progrès réalisés au cours de la dernière décennie.¹⁸

Tous ces facteurs ont un impact direct à court et à long terme sur la santé publique.

17 L'exercice financier en Haïti va du 1er octobre au 30 septembre.

18 Cette projection ne tient pas compte des perspectives prometteuses des activités de reconstruction.

Impact sur les organisations internationales et bilatérales

- Les Nations Unies et les forces de maintien de la paix ont perdu leurs dirigeants et leur siège.
- De nombreuses agences internationales ont été directement touchées par le séisme et n'ont pas pu répondre aussi rapidement que prévu.

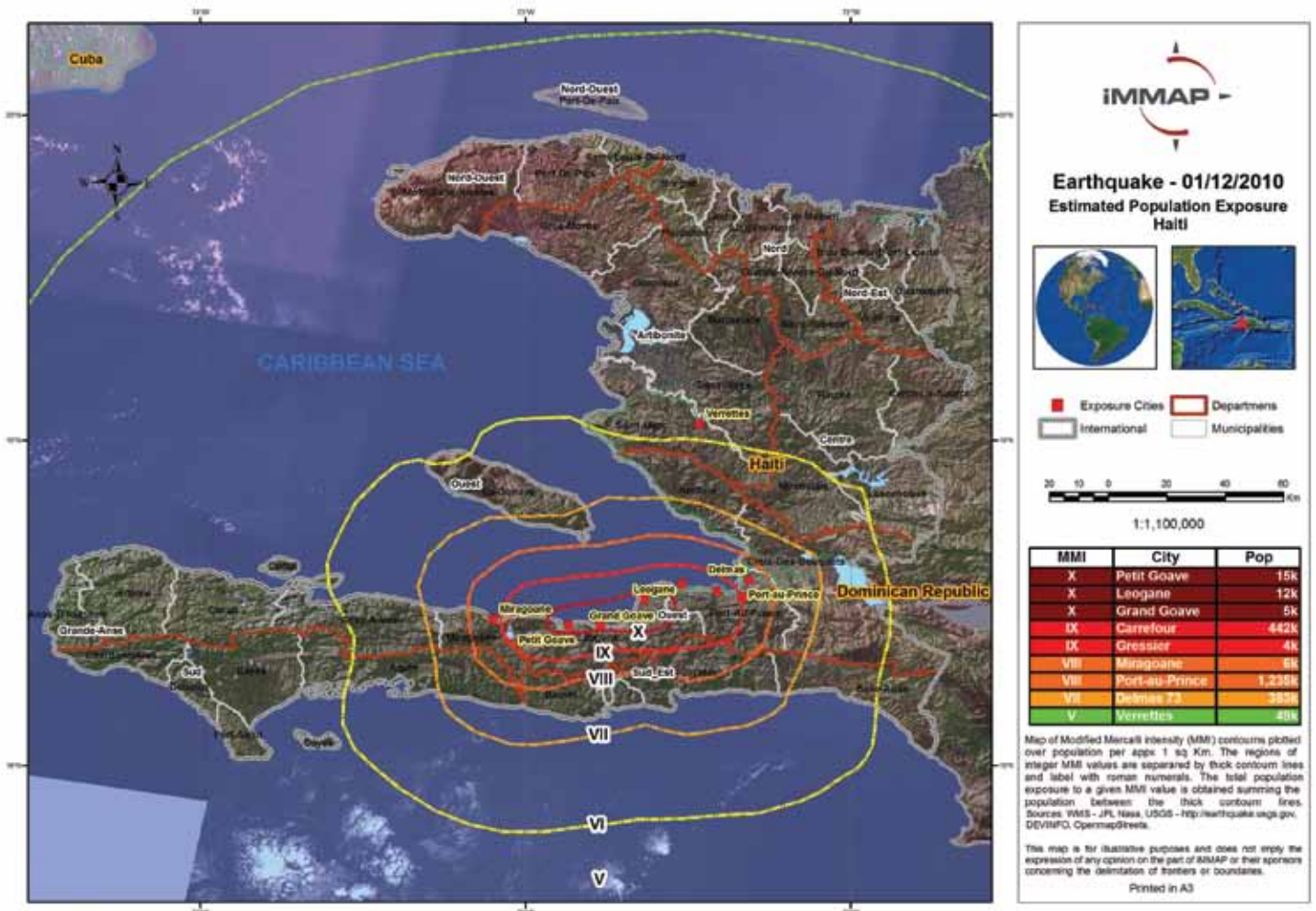
Les bureaux de la plupart des agences bilatérales ou internationales présentes en Haïti se trouvaient à Port-au-Prince. Bon nombre d'entre elles ont subi des pertes en termes d'infrastructure et de personnel.

Les pertes de la mission des Nations Unies (MINUSTAH) ont été considérables : 102 employés internationaux de l'ONU ont perdu la vie, y compris le Représentant spécial et le Chef de Mission de l'ONU, 7 autres membres du personnel civil de haut niveau, 36 militaires et 7 agents de police des Nations Unies.

Bien que ces pertes représentent moins de 1 % de l'ensemble du personnel des Nations Unies en Haïti, la structure de commandement de la MINUSTAH et la capacité opérationnelle de certaines agences de l'ONU ont été temporairement affectées. La destruction de l'hôtel Christopher, qui abritait le siège de la MINUSTAH, a entraîné la perte de la plupart des officiers et a laissé les opérations dans le chaos. Les efforts de recherche et de sauvetage de la Mission des Nations Unies ont porté principalement sur ses propres dirigeants et son personnel. Ses moyens de transport, pour la plupart, n'ont pas été touchés par le tremblement de terre.

Les bureaux d'un grand nombre d'agences des Nations Unies, y compris ceux de l'OPS/OMS, ont été soit endommagés soit jugés non sûrs, tandis qu'une partie de leur personnel s'est retrouvé sans logement.





Source: Reproduit depuis Information Management & Mine Action Programs (iMMAP) (2010) Earthquake in Haiti: Estimated Population Exposure. Disponible sur www.immap.org/index.php?do=map_view&id=56&cat=12.

Plusieurs agences de coopération bilatérales ainsi que des ONG internationales ont subi des pertes matérielles et humaines. Le bâtiment de la Délégation de la Commission européenne, par exemple, n'est plus utilisable, et le personnel a été évacué vers Saint-Domingue.

Des pertes, matérielles et humaines, d'une telle ampleur, qui ont touché les agences extérieures ont contribué à rendre l'organisation rapide d'une réponse d'urgence d'autant plus précaire et plus dépendante des sièges en dehors d'Haïti.

Comme indiqué dans l'évaluation des besoins après la catastrophe, le séisme qui a frappé au cœur même de l'économie et de l'administration d'Haïti a durement touché la capacité de réponse humaine et institutionnelle des secteurs public et privé, des partenaires techniques et financiers internationaux, et de certaines ONG.

Dans la zone touchée, 30 hôpitaux sur 49 ont été endommagés ou détruits. Le HUEH d'Haïti, le plus grand hospital du pays, a subi d'importantes pertes physiques et fonctionnelles. L'hôpital a perdu plusieurs employés pendant le séisme.



L'impact sanitaire

La plupart des pertes sanitaires ont résulté d'une extrême vulnérabilité aux catastrophes, de la détérioration du système de soins médicaux et de dysfonctionnements des programmes de santé publique.

Il ressort de l'évaluation des besoins après la catastrophe (PDNA) réalisée conjointement par les autorités haïtiennes et les partenaires internationaux en février-mars 2010 les éléments suivants :¹⁹

- Quelque 1,5 million de personnes, représentant 15 % de la population du pays, ont été directement touchées.
- Plus de 220 000 personnes sont mortes et plus de 300 000 ont été blessées.²⁰
- Environ 1,3 million de personnes ont vécu dans des abris temporaires dans la zone métropolitaine de Port-au-Prince dans les mois suivant l'impact.
- Plus de 600 000 personnes ont quitté la zone sinistrée pour chercher refuge ailleurs dans le pays.

Des problèmes qui existaient déjà en termes d'accès aux soins de santé, d'alimentation et de services de base se sont ainsi trouvés exacerbés dans tout le pays.

L'impact sanitaire en Haïti a eu beaucoup plus d'ampleur que dans les pays touchés par le tsunami ou au Pakistan (voir le tableau 3.1).

¹⁹ Il convient de noter que toutes ces statistiques ont fait l'objet de nombreuses interrogations et font encore l'objet de débats.

²⁰ Le tsunami de 2004 a fait plus de 228 000 morts dans 14 pays (Telford, Cosgrave, Houghton 2006).

Tableau 3.1 Proportion de la population tuée ou blessée lors de graves catastrophes

| | Population (millions) | Nombre de tués | Morts /1000 | Number injured | Blessés /1000 |
|--------------------------|-----------------------|----------------------------------|-------------|----------------------|---------------|
| Indonésie (tsunami 2004) | 228 | 167 540 ^a | 0,7 | 25 572 ^b | 0,1 |
| Sri Lanka (tsunami 2004) | 20 | 35 322 ^a | 1,8 | 21 441 ^c | 1,1 |
| Pakistan (séisme 2005) | 161 | 73 338 ^d | 0,5 | 128 309 ^d | 0,8 |
| Haïti (séisme 2010) | 10 | de 65 275 à 300 000 ^e | 6,5 à 30 | >300 000 | 30 |

a Telford, Cosgrave, Houghton 2006.

b Doocy et al. 2009.

c FICR 2005.

d CRED EM-Data.

e Voir la section suivante sur la mortalité.

Mortalité

- La communauté internationale attache beaucoup trop d'importance aux chiffres de la mortalité.
- Les dons ne devraient pas être fonction du nombre de morts mais plutôt du nombre de survivants et de l'ampleur de leurs besoins.
- Des techniques et des méthodes sont disponibles pour obtenir des estimations objectives du nombre de personnes tuées. Il faut y avoir recours lorsqu'il n'est pas possible de procéder à un recensement complet.
- Le fait que la communauté humanitaire avalise des statistiques officielles exagérées est contre-productif et a un impact négatif.

Si les statistiques du développement (santé ou autres) sont insuffisantes ou peu fiables en période normale, chacun sait qu'à la suite de catastrophes massives les données sont inexactes. Les estimations initiales du nombre de morts ou de blessés résultent rarement du décompte effectif des dépouilles ou des blessés, de listes détaillées des établissements de santé ou des organisations humanitaires, ou de recensements ou d'enquêtes menés ultérieurement.

À la suite de la plupart des catastrophes, le nombre de morts est une statistique que s'arrachent les médias et le public. C'est le chiffre qui renferme le plus grand potentiel de susciter des émotions et la générosité. L'utilité des statistiques de la mortalité pour évaluer l'ampleur des besoins (des survivants) est surestimée.

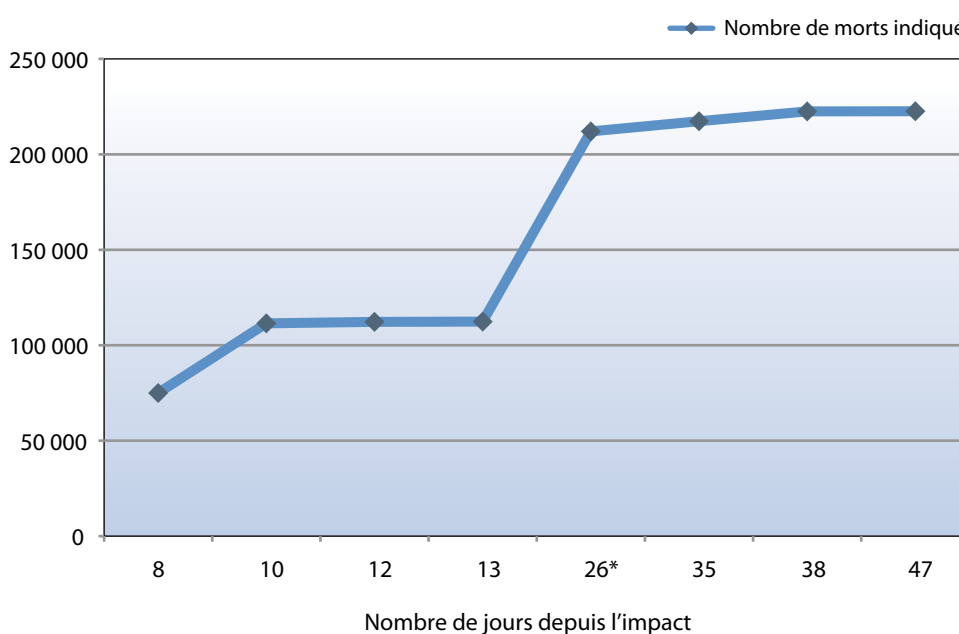
Après les séismes, une première estimation approximative est habituellement annoncée au cours des premiers jours. Le nombre annoncé augmente ensuite rapidement jour après jour, avec parfois une montée en flèche pour refléter les estimations plus élevées ou contradictoires avancées par les organisations humanitaires (les sociétés nationales de la Croix Rouge par exemple) ou une déclaration publique des hautes autorités.

En Haïti, la publication du nombre de morts estimé par la Direction de la Protection civile (et avalisé, de facto, par le Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires [BCAH] et la communauté internationale), a suivi le même processus. Une première



estimation approximative de 75 000 morts a été publiée après une semaine, ce nombre a augmenté progressivement pour atteindre 112 392 morts le 13^e jour. Il n'y a pas eu de nouvelle révision officielle pendant encore 10 jours. Le 4 février, 24 jours après la catastrophe, le Premier Ministre a déclaré publiquement que « le nombre de morts pourrait atteindre les 200 000 et celui des blessés pourrait dépasser les 300 000. » Le bilan a été porté à 212 000 et le compteur a continué à tourner pour atteindre 222 570 morts (voir la Figure 3.1).

Figure 3.1 Nombre de morts publié en fonction du nombre de jours écoulés depuis le séisme



*Le Premier Ministre a fait une déclaration chiffrant le bilan à plus de 200 000 morts le 4 février 2010 (24^e jour).

Les chiffres de la mortalité estimée reflètent-ils la réalité ?

Les scientifiques s'interrogent constamment sur l'exactitude des estimations des décès à la suite d'une grande catastrophe. Les divergences d'opinion sont généralement raisonnables et ne remettent pas en question la crédibilité de l'ensemble du processus.

Lors du tsunami de l'océan Indien, les premières estimations en Indonésie et au Sri Lanka ont décompté séparément les corps retrouvés et les personnes disparues. Ces dernières étaient exceptionnellement nombreuses en raison du grand nombre de personnes emportées par les vagues ou ensevelies sous des tonnes de boue et de débris. À mesure que des corps ont été retrouvés au cours des jours et des semaines qui ont suivi, la première estimation (corps des victimes) a augmenté rapidement tandis que le nombre de personnes disparues restait inchangé car aucun des pays n'a essayé de procéder à l'identification des corps. Les médias et les agences ont rapidement combiné les deux chiffres en un seul. Les statistiques finales comprenaient manifestement des victimes comptabilisées dans les deux catégories.

Dans le cas du séisme au Pakistan en 2005, étant donné que les zones touchées étaient reculées, le chiffre était très approximatif, reflétant probablement le nombre de morts avec une marge raisonnable. Les possibilités d'enquêtes ou de controverse étaient limitées.

Le séisme de Bam en République islamique d'Iran en 2003, qui était peu profond, localisé et d'une taille gérable, illustre une approche adéquate. Comme à l'accoutumée, les premières estimations surestimaient le nombre de morts : pendant des mois, les estimations officielles faisaient état de plus de 41 000 morts. À la suite d'un recensement spécial, les autorités ont officiellement revu à la baisse l'estimation précédente en la ramenant à 26 271 morts sur un total de 142 376 habitants dans les zones touchées. Aucun autre exemple de correction n'est répertorié.

En Haïti, il est reconnu que le nombre de morts (et de personnes disparues) dans le séisme était extraordinairement élevé. Reste à savoir à quel point.

Ce n'est qu'après la publication de plusieurs études réalisées des mois après l'impact que le processus officiel de publication des chiffres de mortalité a fait l'objet de controverses, son intégrité et sa crédibilité étant mises en cause. Une étude effectuée par l'Université du Michigan et par la suite une étude commandée par USAID/Haïti ont suggéré des estimations plus basses mais statistiquement plus crédibles du nombre de tués : 149 095 (Université du Michigan)²¹ ou 65 575 (étude USAID) (voir encadré). On ne sait pas avec certitude si et quand les autorités des opérations de secours ont été informées des résultats de cette étude publiée neuf mois seulement après l'impact. Le Gouvernement d'Haïti a inopinément relevé le chiffre officiel à plus de 300 000 lors de la commémoration du premier anniversaire du séisme, soit près de cinq fois l'estimation scientifique la plus basse (voir le tableau 3.2). En dépit des différences méthodologiques entre les deux études, leurs chiffres sont nettement plus bas que ceux qui ont été publiés officiellement par les autorités nationales.

Décès en Haïti : deux enquêtes contestent les chiffres officiels

Étude de l'USAID

Le nombre de morts a été déterminé à partir de deux sources d'informations : 1) l'évaluation des constructions par code-couleur effectuée par le Ministère des Travaux publics, des Transports et de la Communication (MTPTC) d'Haïti par l'entremise d'une entité internationale²² et 2) l'enquête d'évaluation des constructions et du déblayage des décombres (BARR) où il a été demandé, entre autres questions, aux personnes interrogées combien de résidents dans chacune des maisons évaluées étaient morts. Le groupe a calculé le nombre de morts par résidence en utilisant le taux d'occupation moyen par maison (5,2) et le taux moyen de mortalité par maison jaune, verte et rouge. L'étude a conclu que le séisme avait tué 65 575 personnes (la fourchette de l'estimation à $p < 0,01$ est de 46 190 à 84 961 morts) (Schwartz, Pierre, Calpas 2011).

Étude de l'Université du Michigan

Le taux de mortalité est déterminé en comparant deux enquêtes : 1) une enquête de 2009 (pré-séisme) réalisée par l'Université du Michigan, auprès de 1800 ménages dans la région de Port-au-Prince ; et 2) une enquête post-séisme menée en 2010, dans laquelle 1732 (93,1 %) membres des ménages interrogés lors de l'enquête de 2009 ont été localisés. Sur la base d'estimations de la population pour la région métropolitaine de Port-au-Prince de 2 713 599 personnes et d'une moyenne de 5,7 personnes par ménage, le nombre de morts a été estimé à 158 679 : 111 794 sont morts pendant ou immédiatement après le tremblement de terre, 37 301 sont décédés de leurs blessures, et 9 583 sont morts de maladie dans une période de six semaines suivant l'impact (Kolbe et al., 2010).

21 Ce chiffre ne comprend pas le nombre estimé de décès par maladie sans lien avec le tremblement de terre.

22 Miyamoto International a formé 270 ingénieurs haïtiens dans le domaine des techniques d'évaluation des constructions, à l'aide d'un système de code de couleurs : vert = sans danger ; jaune = habitable après réparations ; rouge = occupation des locaux dangereuse. De février 2010 à janvier 2011, l'équipe a évalué 382 256 bâtiments de Port-au-Prince avec les résultats suivants : 205 539 verts (54 %), 99 043 jaunes (26 %), et 77 674 rouges (20 %). Cette initiative a été approuvée par le Ministère des Travaux Publics, des transports et des communications, le Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets (UNOPS) et la Fondation pour le développement panaméricain (PADF).

Tableau 3.2 Estimation de la mortalité due au séisme en Haïti

| Source | Number killed |
|-------------------------|---------------|
| Gouvernement (2010) | 222 570 |
| Gouvernement (Jan 2011) | 300 000 |
| Etude Univ. du Michigan | 149 095 |
| Étude USAID | 65 575 |

Il est important de noter que l'absence de données ventilées par âge et par sexe dans les statistiques officielles a eu un impact à la fois sur la compréhension du séisme et de ses effets, ainsi que sur la programmation des efforts de secours en Haïti.²³

La principale leçon pour les catastrophes futures n'est pas de savoir qu'elle était la meilleure estimation en Haïti, mais la nécessité de suivre une méthodologie transparente pour produire les statistiques officielles. La crédibilité de la communauté humanitaire internationale est également en jeu : bien que de nombreux membres du personnel international privé aient mis en doute la crédibilité des chiffres, tous les organismes et les médias se sont emparés des chiffres les plus élevés possibles pour leurs propres objectifs (la collecte de fonds, le lectorat, ou d'autres motifs).

Dans bon nombre de catastrophes, la gestion du nombre de morts, tâche technique difficile dans tous les cas, se fait au niveau politique. Ce qui est nouveau dans le cas d'Haïti c'est la divergence importante et croissante entre les chiffres officiels et les estimations scientifiques. Cela a conduit, plus d'un an après l'événement, à une controverse publique, étant donné que le montant du financement que mérite une catastrophe est étroitement liée, aux yeux du public, au nombre de personnes tuées.²⁴ C'est en effet la reconnaissance de ce lien qui incite les gouvernements et les agences à opter pour les chiffres les plus élevés possibles.

Cette perception doit être changée : les principaux critères d'assistance devraient être le nombre de personnes dans le besoin (les morts n'ont pas besoin d'aide) ainsi que l'urgence et l'ampleur de leurs besoins.

Indépendamment de la controverse, le taux de mortalité a été très élevé (près de 10 % de la population dans la région métropolitaine de la capitale si le chiffre officiel de 220 000 est accepté). La question qui se pose est : pourquoi ?

La seule lecture de l'échelle de Richter pour un séisme n'est pas un bon élément de prévision de la morbidité/mortalité attendue. C'est une question de contexte géologique (type de sol, épicode et hypocentre) et de vulnérabilité physique et socio-économique. L'événement déclencheur est naturel, la catastrophe elle-même n'est pas naturelle.

Toutes les estimations illustrent assez bien la gravité de la tragédie, et sont aussi adaptées aux fins d'information du public et de collecte de fonds. Qu'il y ait moins de 100 000 victimes ou plus de 300 000, il s'agit d'une immense tragédie pour un pays

²³ Des données très partielles en Indonésie suggèrent que la mortalité chez les femmes due au tsunami est significativement plus élevée dans certains villages de pêcheurs.

²⁴ Voir, par exemple, l'article « Les États-Unis abaissent leurs estimations des sans-abri à la suite du séisme en Haïti », New York Times, 31 mai 2011.

pauvre de la taille d'Haïti (6,5 à 30 morts pour 1 000 habitants selon le chiffre sélectionné). Par comparaison, le taux de mortalité du tsunami dans l'océan Indien a été de 1,8/1 000 au Sri Lanka et de 0,7/1 000 en Indonésie (voir le tableau 3.1). Les familles ou institutions à Port-au-Prince qui n'ont pas eu de morts sont peu nombreuses.

Tout d'abord, un taux de mortalité si élevé n'est pas rare dans le cas d'un séisme peu profond se produisant directement sous une zone densément peuplée. Dans la ville de Bam, en Iran, le séisme de 2003 a tué 18 % de la population.

D'autres facteurs influant sur la vulnérabilité sont mentionnés dans une étude de Mompelat (2010) :

- Extrême vulnérabilité des constructions ;
- Densité d'occupation élevée des logements ;
- Sol très instable (pentes) ;
- Installations ayant des taux d'occupation élevés (écoles, universités, administration) gravement endommagées ;
- Mortalité dans les rues étroites ;
- Manque d'accès aux soins médicaux.

La plupart de ces facteurs auraient pu être minimisés par l'adoption d'une approche de réduction des risques, y compris la gestion foncière et des normes de construction.

Sur le plan positif, l'heure (16h53) a contribué à en minimiser l'impact. De nombreux adultes et enfants étaient dans les rues. Une heure plus tôt, les bureaux publics et les écoles auraient été occupés ; quelques heures plus tard, la plupart des Haïtiens auraient été chez eux.

Morbidité immédiate

- Le nombre de blessures par type et degré de gravité constitue une donnée statistique essentielle qui fait défaut dans la plupart des catastrophes.
- Une liste très simple présentant en détail le type de blessures et qui serait publiée à la suite de catastrophes doit être élaborée de toute urgence au niveau mondial.

Cette section passe en revue l'impact sanitaire immédiat, c'est-à-dire principalement en termes de blessures et de traumatismes. L'impact retardé, tel que sur la transmission de maladies, la santé mentale, la violence et la nutrition, est traité au chapitre 6.

Les estimations du nombre de personnes blessées sont aussi notoirement inexacts dans la plupart des catastrophes dans les pays moins développés. Elles offrent au mieux une estimation raisonnable de l'ampleur du problème. En Haïti, il a été presque impossible de donner une estimation scientifique du nombre de blessures. Il n'y avait aucun registre de patients et aucun système d'information dans la plupart des installations. La situation est clairement illustrée par les observations d'une équipe arrivant à Port-au-Prince 10 jours après le séisme avec pour mission de rétablir les services chirurgicaux à l'Hôpital universitaire (Peranteau et al., 2010) :

« Il n'y avait aucun identifiant des patients et aucun rapport physique n'accompagnait les patients pour indiquer leur diagnostic, opérations ou plan de soins... Dans un premier temps, nous avons utilisé des bouts de papiers ou de carton scotchés sur les patients indiquant leur nom et leurs blessures... Lorsque le papier est devenu disponible, une simple feuille est devenue le dossier médical de fortune scotché sur le côté de la civière. »

Si une telle situation prévalait après deux semaines dans le plus grand hôpital du pays, il n'est pas surprenant que, à l'exception des installations militaires autonomes, aucune donnée compilée n'ait été disponibles pour la gestion globale ou les rapports.

Bien que le nombre de blessés soit un indicateur essentiel du besoin d'assistance, la pression externe pour obtenir des chiffres à jour était nettement moins forte que pour les données sur la mortalité. Par conséquent, ces statistiques ont été publiées moins fréquemment par la Direction de la Protection civile d'Haïti.

Comme c'était le cas pour la mortalité, les chiffres de la morbidité ont évolué au fil du temps, commençant par une estimation approximative de plus de 200 000 blessés le 9e jour (20 janvier), revue à la baisse pour passer à 194 000 le 15e jour puis relevée à 196 501 le lendemain. Le 4 février, une estimation de « plus de 300 000 blessés » a été annoncée publiquement par le Premier Ministre et adoptée officiellement par la Direction de la Protection Civile, à compter du 6 février (26e jour). Ces chiffres doivent être considérés avec prudence et constituent seulement une indication de l'ampleur de l'impact.

Hôpital de campagne



Le défi consistant à estimer le nombre et les types de blessures subsiste :

- Ce qui définit une personne blessée, et la méthodologie utilisée pour calculer les chiffres ne sont pas connus ;
- Il n'y a pas eu de collecte systématique de données auprès des nombreuses équipes médicales s'occupant des blessés.

Une ventilation par âge, sexe ou type de blessures n'était disponible qu'auprès de certaines équipes médicales étrangères ou hôpitaux les mieux organisés. Leurs patients représentent un échantillon de très petite taille et biaisé. Souvent, ces données ont été analysées rétrospectivement, après l'intervention et les conclusions n'ont pu être partagées qu'après publication dans des publications faisant l'objet d'un examen par les pairs.

Le tableau 3.3 montre la répartition des patients selon le type de blessure pour les patients admis à l'hôpital de campagne University of Miami Global Institute/Projet Medishare à Port-au-Prince, sur une période de trois mois (CDC, 2011b, 1675). Cet hôpital de campagne a servi également de centre de traitement vers lequel des patients étaient référés et les données présentées peuvent ne pas être totalement représentatives de la pathologie générale. En particulier, les groupes au diagnostic le plus grave (tête/colonne vertébrale, le syndrome d'écrasement) sont probablement surreprésentés parmi les patients. Le taux de syndrome d'écrasement de 5,6 % ne saurait être généralisé à toute la population blessée bien que des éléments prouvent que l'incidence du syndrome d'écrasement puisse atteindre 2 % à 5 % globalement chez les victimes de la catastrophe (Sheng 1987).

Tableau 3.3 Distribution des patients par type de blessures admis dans un hôpital de campagne, 21 janvier–28 mai 2010

| Groupes de diagnostic de blessure | Nombre de patients admis | % |
|---------------------------------------|--------------------------|------|
| Tête/colonne vertébrale | 142 | 16,6 |
| Fracture : Extrémité | 188 | 21,9 |
| Brûlure | 40 | 4,7 |
| Blessure par pénétration | 27 | 3,1 |
| Fracture : autre qu'une extrémité | 43 | 5,0 |
| Syndrome d'écrasement/du compartiment | 48 | 5,6 |
| Entorse/Foulure/Contusion | 18 | 2,1 |
| Infection de la blessure/Abcès | 158 | 18,4 |
| Abrasion/Lacération/Coupure | 133 | 15,5 |
| Avulsion traumatique/Amputation | 22 | 2,6 |
| Autres | 38 | 4,4 |
| Total | 857 | 100 |

Source: CDC 2011b, 1675.

Les autorités de la santé ont établi un Système de Site de Surveillance Sentinelle National (SSSN) pour compléter le système de surveillance sentinelle de base (COSE) pour couvrir spécifiquement les conditions post-séisme. Le SSSN a été mis en place avec le soutien de l'OPS/OMS et du CDC. À partir du 25 janvier (soit près de deux semaines après le choc) 51 sites de surveillance au sein et en dehors de la zone touchée signalaient les nouvelles admissions ventilées par cause principale, maladies et blessures. Le SSSN et le COSE contiennent tous deux à fonctionner. Les données du SSSN sont présentées au tableau 3.4.

Tableau 3.4 Reported post-earthquake injuries by age group, 25 January –24 April 2010

| Type de blessure | Groupe d'âge (années) | | | Total |
|---|-----------------------|--------------|------------|----------------|
| | < 5 ans | > 5 ans | Non connu | |
| Traumatisme | 141 | 947 | 60 | 1 148 (22,7 %) |
| Fracture | 61 | 321 | 85 | 467 (9,2 %) |
| Traumatisme crânien | 2 | 23 | 2 | 27 (0,5 %) |
| Blessure à l'arme à feu ou arme blanche | 4 | 96 | 11 | 111 (2,2 %) |
| Brûlures | 37 | 99 | 13 | 149 (2,9 %) |
| Blessures infectées | 195 | 2,691 | 175 | 3 061 (60,4 %) |
| Syndrome d'écrasement | 5 | 78 | 5 | 88 (1,7 %) |
| Amputations | 3 | 11 | 0 | 14 (0,2 %) |
| Total | 448 | 4 266 | 351 | 5 065 |

Source: Adapté de Magloire et al. 2010.

Comme indiqué par Magloire et al. (2010), le système de surveillance ne pouvait pas décrire les effets traumatiques immédiats du séisme dans la mesure où de nombreuses victimes sont mortes ou ont été traitées avant que le mécanisme de présentation de rapports n'ait été créé. Il est important de noter que les 51 sites présentant des rapports ont été sélectionnés parmi les installations existantes associées au Plan d'urgence pour la lutte anti-sida du Président des États-Unis (PEPFAR). Ils offraient des soins généraux payants, mais n'étaient pas équipés pour les soins post-traumatiques d'urgence. Les hôpitaux de campagne spécialisés et leurs équipes n'étaient pas inclus parmi les sites présentant des rapports. Enfin, les données comprennent toutes les blessures, qu'elles soient ou non liées au séisme. Il convient de noter que la violence et les accidents de la circulation sont d'importantes sources de blessures quotidiennes en Haïti.

Tout d'abord, les 5 065 cas de traumatisme signalés représentaient seulement 12 % du total des nouveaux patients présentant des pathologies devant être signalées (16 pathologies infectieuses et non infectieuses supplémentaires ont été incluses). Comme indiqué par Magloire et al., dans les deux départements proches de l'épicentre, les blessures représentaient 9,2 % des cas, tandis que dans les huit départements plus éloignés de l'épicentre, elles représentaient 15,2 % des cas. La migration de la population, la présence en concurrence d'équipes de traumatologie et d'hôpitaux dans les départements concernés et la fréquentation généralement faible par le public des sites communiquant des rapports pourraient expliquer ce résultat surprenant.

Néanmoins, ces données sont utiles pour guider les équipes étrangères arrivant deux semaines ou plus après un séisme :

- Les plaies infectées constituent la principale pathologie une fois passée l'urgence immédiate ;
- Les fractures restent un lourd fardeau même deux semaines après l'impact ;
- La demande liée à des pathologies normales de routine dépasse rapidement celle relative au traitement de traumatismes liés au séisme.

L'enquête consolidée par Handicap International (Calvot, et Shivji, à paraître) constitue une autre source de données. Elle fournit le meilleur tableau de la situation basée sur des visites dans 17 hôpitaux et des entretiens et examens de près de 2 600 patients. Comme avec n'importe quelles autres données partielles, elle n'est pas totalement représentative. Parmi leurs observations (tableau 3.5), on trouve l'incidence relativement plus élevée de blessures parmi le groupe de population active (18–59 ans). Dans ce groupe, les femmes ont été particulièrement vulnérables (57 % de femmes contre 43 % d'hommes).

Tableau 3.5 Échantillon de personnes blessées vues dans les hôpitaux en Haïti, par groupe d'âge et par sexe, janvier 2010

| Groupe d'âge | Homme | Femme | Total | Pourcentage par groupe d'âge | Pourcentage du groupe d'âge dans la population totale |
|--|-------|-------|-------|------------------------------|---|
| < 5 | 80 | 52 | 132 | 5 % | 12 % |
| 5 à 17 ans | 188 | 207 | 395 | 15 % | 32 % |
| 18 à 59 ans | 741 | 1 039 | 1 780 | 69 % | 49 % |
| > 60 ans | 94 | 193 | 287 | 11 % | 7 % |
| Total | 1 103 | 1 491 | 2 594 | 100 % | 100 % |
| Population présentant des blessures | 43 % | 57 % | | | |
| Population totale | 48 % | 52 % | | | |

Note: Ces chiffres reposent sur les personnes présentant des blessures vues par les équipes de Handicap International dans les hôpitaux entre le 15 et le 29 Janvier 2010. L'équipe s'est concentrée sur les personnes dont les blessures nécessitaient des soins post-traumatiques urgents ou des soins de réadaptation post-opératoires, de sorte que ces données ne peuvent pas être interprétées comme représentant toutes les blessures résultant du séisme. Reproduit avec l'autorisation des auteurs (Calvot et Shivji, à paraître).

Cette même étude décrit la ventilation par type de blessure. Comme indiqué au tableau 3.6, environ la moitié correspondait à des fractures et 16 % étaient des amputations.

Tableau 3.6 Type de blessure chez les personnes vues dans les hôpitaux en Haïti, Janvier 2010

| Type de blessure | Nombre | Pourcentage |
|--|--------|-------------|
| Fractures | 1 233 | 48 % |
| Amputations | 407 | 16 % |
| Moelle épinière et traumatismes crâniens | 41 | 2 % |
| Brûlures | 27 | 1 % |
| Blessures aux yeux | 20 | 1 % |
| Autres, non précisé | 866 | 33 % |
| Total | 2 594 | 100 % |

Note: Voir la note se rapportant au tableau 3.5 ; reproduit avec l'autorisation des auteurs (Calvot et Shivji, à paraître).

Compiler des statistiques auprès des équipes médicales, si et lorsque celles-ci sont disponibles, est encore compliqué par l'absence de nomenclature type et de définitions des types de blessures.

Syndrome d'écrasement

Le syndrome d'écrasement continue à être sous-déclaré dans la plupart des catastrophes partout dans le monde.

Le syndrome d'écrasement est une pathologie causée par la compression prolongée des muscles squelettiques provoquant une insuffisance rénale. Il n'y a aucune source unique consolidée sur l'incidence de cette pathologie après le séisme en Haïti. En plus des 48 cas référés vers l'hôpital de campagne de l'Université de Miami et des 88 cas signalés par le système de surveillance,²⁵ l'équipe de secours aux sinistrés souffrant de pathologies rénales de la société internationale de néphrologie travaillant par l'entremise de Médecins Sans Frontières (MSF) a comptabilisé 51 cas d'insuffisance rénale aiguë (AKI) (Vanholder et al., 2010). Il est impossible de savoir si ces cas sont différents de ceux qui ont été signalés ailleurs.

En comparant les 51 patients souffrant de lésion rénale aiguë avec des traumatismes d'écrasement dans le cadre de l'événement en Haïti avec ceux d'autres catastrophes, le groupe de travail spécialisé dans les pathologies rénales a constaté que la prévalence d'AKI était faible en Haïti. Lors de l'évaluation de ces résultats, le groupe de travail (Vanholder et al. 2011) a observé ce qui suit :

« ... plusieurs facteurs peuvent avoir influencé ce résultat, par exemple : le fait que la catastrophe se soit produite durant la journée, lorsque les gens sont debout, position plus favorable à des traumatismes crâniens et thoraciques et qui réduit les traumatismes de compression des muscles ; la présence de nombreux bâtiments qui n'étaient pas suffisamment solides pour provoquer des traumatismes



²⁵ Alors qu'on peut faire confiance aux hôpitaux et aux équipes spécialisés dans les traumatismes chirurgicaux pour établir ce diagnostic difficile, les sites sentinelles du système de surveillance sont des établissements de soins généraux qui traitent le sida et ne connaissent pas bien cette pathologie. Cela amène à douter des quelque 88 cas signalés par le système de surveillance plusieurs semaines après l'impact.

musculaires sévères ; les difficultés rencontrées par les premiers secours ; le dégagement de la plupart des victimes par les voisins ou les membres de la famille qui a conduit à sélectionner les personnes les moins gravement blessées, et le manque d'aide médicale immédiate pour les victimes gravement touchées occasionnelles. »

Une autre explication plausible peut être la forte mortalité associée à une forte sous-déclaration en raison de l'absence de collecte de données centralisée au cours des deux premières semaines.

Lésions de la moelle épinière

Les informations sont très limitées sur le nombre de patients présentant des lésions de la moelle épinière (SCI) qui ont survécu les premiers jours après le séisme. Une enquête réalisée par Handicap International (Calvot et Shavji, à paraître) a estimé ce nombre à plus de 100. Ce nombre a par la suite été révisé à la hausse et il est fait état de près de 150 patients. Les informations dans la base de données SCI en Haïti²⁶ vers le milieu de 2011 font état de plus de 200 bénéficiaires, dont 135 ayant subi une lésion de la moelle épinière directement à la suite du séisme ; la majorité des patients présentait une paraplégie complète. Les statistiques continuent d'être recueillies et ce nombre va augmenter. Le nombre de morts au sein de ce groupe n'est toujours pas connu.

La plupart des cas graves (lésions cervicales ou multi-traumatisme) n'ont probablement pas survécu à la manipulation énergétique par les personnes autour et au manque initial de soins médicaux (Burns et al., 2010).

Il est important de rappeler le fait que de nombreux blessés n'ont pas été envoyés dans les établissements de santé à temps en raison des difficultés de circulation dans la ville détruite au cours de la première nuit (l'électricité a été coupée dans la plupart des endroits). Beaucoup sont probablement morts dans la rue en dépit du fait que les voisins et la famille les aient retirés des gravats. Le très faible niveau de la culture des « premiers secours » a eu pour effet d'augmenter le taux de mortalité sur place dans la mesure où la plupart des actes simples qui sauvent des vies n'étaient pas connus.

Impact sur les services de santé

Impact sur l'infrastructure de santé

- L'impact immédiat sur la capacité des services de santé a été énorme, tant en termes d'infrastructures que d'agents de santé.
- La capacité des secteurs public et privé à apporter une assistance médicale immédiate s'est trouvée considérablement réduite au moment où on en avait le plus besoin.

Dans les départements touchés, 30 des 49 hôpitaux ont été endommagés ou détruits. La capacité de réponse du système de santé a été affectée de façon permanente par la destruction, et la prestation de services est désorganisée. Le Ministère de la Santé s'est trouvé dans l'incapacité de remplir son rôle de leadership, principalement parce que son bâtiment principal a été complètement détruit.

²⁶ La base de données confidentielle sur les SCI en Haïti a été créée en mars 2010 et continue d'être administrée par Healing Hands for Haiti/Haiti Hospital Appeal.

Les dommages ont principalement touché les établissements secondaires et tertiaires, tandis que 90 % des centres de soins de santé primaires dans les départements touchés sont restés intacts ou n'ont subi que des dommages légers (voir le tableau 3.7).

Les installations spécialisées ont également été touchées :

- Avant le séisme, il y avait au moins quatre unités d'hémodialyse en Haïti, traitant une centaine de patients chroniques. Une unité a été perdue au cours du séisme ;
- Le séisme a détruit les bâtiments abritant le Centre National pour les transfusions et le Programme National de la sécurité du sang. Les huit premiers jours après le séisme, il n'y avait pas de sang haïtien disponible pour les transfusions ;
- Le seul hôpital pour les maladies mentales chroniques a été gravement endommagé lors du séisme. La plupart des 76 patients ont dormi sur le terrain de l'hôpital sans aucune protection pendant une longue période.

Tableau 3.7 Dommages subis par type de structure sanitaire

| Niveau de dommages en fonction du type de structure | Pas ou très peu de dommages | Dommages légers | Dommages importants | Complètement détruit | Total |
|--|-----------------------------|-----------------|---------------------|----------------------|------------|
| Hôpitaux secondaires et tertiaires | 14 | 5 | 22 | 8 | 49 |
| Centres de santé et cliniques | 215 | 38 | 12 | 9 | 274 |
| Ministère de la Santé et autres bâtiments administratifs | 4 | 8 | 1 | 10 | 23 |
| Université et instituts de formation | 23 | 2 | 3 | 19 | 47 |
| Total | 256 | 53 | 38 | 46 | 393 |
| Total en pourcentage (%) | 65 | 14 | 10 | 12 | 100 |

Source: Haïti, PDNA 2010, tableau 16.

Dans plusieurs établissements, les membres du personnel ont refusé de réintégrer les locaux qu'ils jugeaient dangereux bien que les dégâts aient été mineurs sur le plan structurel ou d'ordre cosmétique et en dépit des assurances données par les ingénieurs. Ce cas de figure n'est pas rare. On a constaté cette même réticence à réintégrer les installations évacuées trop hâtivement après les séismes à Mexico (1985) et El Salvador (2001). Il est beaucoup plus facile de prendre la décision d'évacuer un hôpital que de le réintégrer. La solution à long terme consiste à procéder à une réduction des risques avant un séisme au moyen d'une évaluation minutieuse structurelle et non structurelle des installations essentielles afin de déterminer lesquelles présentent des risques et peuvent nécessiter une évacuation. Celles qui sont considérées comme résistantes aux séismes ne devraient pas être évacuées au premier signe d'activité sismique. Peu d'installations à Port-au-Prince rentreraient dans cette catégorie.

Les ONG sont des acteurs majeurs dans la prestation de soins médicaux en Haïti. Elles n'ont pas été épargnées par l'impact. Toutes les structures de MSF (à l'exception d'une installation d'urgence) ont été gravement endommagées, dont certaines avec les patients et les membres du personnel coincés à l'intérieur.

L'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti (HUEH—aussi connu sous le nom d'Hôpital général), le plus grand du pays, a subi des pertes physiques et fonctionnelles importantes (tableau 3.8).

Tableau 3.8 Dégâts occasionnés par le séisme à l'HUEH d'Haïti

| Bâtiments déclarés dangereux | Bâtiments sûrs et utilisables |
|------------------------------|--|
| Département de chirurgie | Administration |
| Consultations ambulatoires | La plupart de la médecine interne |
| Département de pédiatrie | La plupart des services d'urgence |
| | Maternité |
| | Nouvelles installations (urologie et dermatologie) |
| | Radiologie |

Les ingénieurs de l'HUEH ont ordonné l'évacuation immédiate de tous les locaux en cas de réplique sismique. Cette recommandation aurait été confirmée par la suite par différentes évaluations de l'USAID, du U.S. Army Corps of Engineers, de l'OPS/OMS et des pompiers experts de l'Espagne. Après la deuxième réplique, l'utilisation des services d'urgence a été réduite. Après la troisième réplique, les patients ont refusé de réintégrer les bâtiments et le personnel médical a exprimé sa crainte de travailler dans les bâtiments les plus anciens. Par conséquent, il a été décidé de placer tous les patients et la plupart des salles d'opération sous des tentes.²⁷

Cette réaction ne s'est pas limitée aux établissements publics gérés par le Ministère de la Santé. La plupart des hôpitaux de MSF ont été endommagés et sont devenus inutilisables et, lorsqu'ils étaient encore intacts, les patients et le personnel avaient trop peur pour y entrer, de sorte que tous les services et les hôpitaux de MSF ont été installés sous des tentes.

PROMESS, l'entrepôt pharmaceutique central est resté intact pour l'essentiel. Heureusement, son stock avait été reconstitué à la fin de 2009.

Impact sur le personnel de santé

Le séisme n'a pas épargné le personnel du Ministère de la Santé. Des estimations très élevées mais non confirmées des pertes ont circulé et ont parfois été publiées. Ces chiffres se sont révélés inexacts suite à une étude rétrospective sur l'impact du séisme sur le personnel de santé effectuée deux mois après l'impact par la Direction des ressources humaines du Ministère de la Santé (MSPP 2010a).

Dans le cadre de cette enquête, un recensement a été effectué dans les trois ministères touchés. Sur 6 812 salariés, 5 879 agents de santé (86 %) ont été identifiés sur la base de questionnaires envoyés à toutes les institutions du Ministère de la Santé. Sur ces 5 879 employés, 61 ont été déclarés morts, dont 59 dans le département de l'Ouest, où se trouve la capitale. Ces chiffres n'incluent que les employés du ministère. Ils ne comprennent pas les étudiants (en médecine ou soins infirmiers), dont la mortalité a été probablement plus élevée en raison notamment de l'effondrement de l'école de soins infirmiers.²⁸ Les raisons qui expliquent cette mortalité relativement faible sont simples: comme mentionné précé-

²⁷ Tiré et traduit d'un rapport du Directeur de l'HUEH au Ministre de la Santé.

²⁸ L'école de soins infirmiers de l'Université Lumière—l'une des trois écoles officielles de soins infirmiers du pays—n'est plus qu'un amas de décombres. On estime à 150 le nombre d'étudiants tués (FNUAP 2010).

demment, au moment du séisme, les employés avaient quitté pour l'essentiel leurs lieux de travail et effectuaient le trajet pour rentrer chez eux.

La plupart des médecins praticiens divisent leur temps de travail entre leurs fonctions officielles dans un établissement public et leur cabinet privé. Il s'agit d'une nécessité vitale compte tenu des salaires maigres et irréguliers payés par le gouvernement. Relativement peu de médecins étaient présents dans les établissements de santé au moment de l'impact. Par exemple, dans le principal établissement de niveau tertiaire, l'hôpital universitaire, seul l'équipe de nuit était présente.

En outre, l'enquête du Ministère de la Santé a conclu que 245 (2,2 %) membres du personnel du ministère avaient perdu un membre de leur famille immédiate (conjoint ou enfants) et 3 955 (67 %) se sont retrouvés techniquement sans-abri (30 % de leurs logements ont été détruits et 37 % ont été endommagés et étaient potentiellement dangereux). Le fait que beaucoup de membres du personnel du ministère aient été signalés absents pendant un certain temps est largement attribuable au fait qu'ils devaient retrouver des membres de leur famille et s'organiser pour leur survie avant de reprendre leurs fonctions.

On estime que 50 % des agents de santé ont vécu sous des tentes pendant des périodes prolongées.

Personnel infirmier local dans un hôpital de campagne



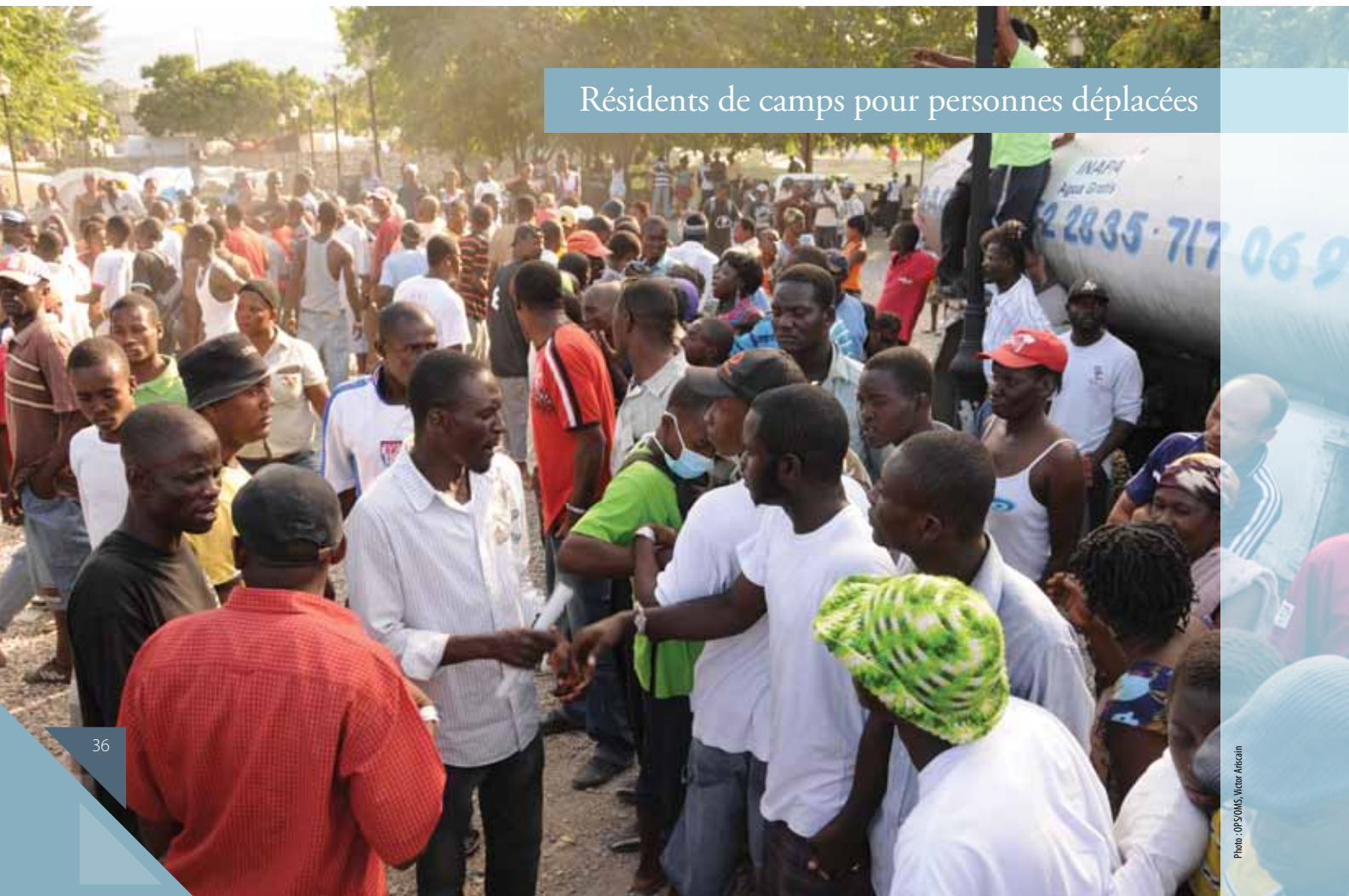
Impact sur le déplacement des populations

- Des estimations raisonnables sur l'ampleur et le lieu des déplacements sont essentielles pour la planification de la prestation de services de santé, d'approvisionnement en eau et d'assainissement.
- Les statistiques sur les déplacements ont tendance à être exagérées au départ et puis contestées par la suite.
- Les effets des déplacements sur la santé ne se limitent pas aux zones physiquement touchées par le séisme.

Le niveau de destruction et la perte de leur emploi et de leur logement ont conduit beaucoup de gens à chercher un abri dans des camps temporaires. La concentration de familles déplacées dans des milliers de petits camps présente un risque pour la santé en soi et un défi pour la fourniture de services de santé dans la mesure où cela occasionne une redistribution massive de la zone de captage. La situation était très différente de celle observée dans d'autres pays où l'espace permettait la mise en place de camps organisés de taille moyenne (10 000 personnes ou plus). Il n'y avait aucun terrain vacant à Port-au-Prince même et tous les petits espaces publics étaient surpeuplés, ce qui ne laissait dans un premier temps que 2 ou 3 mètres carrés par personne. Les installations communes (eau, électricité, élimination des déchets) étaient inexistantes et étaient en concurrence pour l'occupation de ces espaces.

Le suivi du flux constant des ménages déplacés dans les conditions qui prévalaient en Haïti se prêtait particulièrement à des inexactitudes. Il y avait près de 1 200 camps, certains n'abritaient que quelques centaines de personnes. Les familles (ou certains de leurs

Résidents de camps pour personnes déplacées



membres) se déplaçaient d'un endroit à l'autre en fonction des avantages (aide) attendus. Une description détaillée de la stratégie d'enregistrement utilisée par le Groupe de Responsabilité Sectorielle (Cluster) Coordination et Gestion des Camps a été distribuée par l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM) en avril 2010.

Un chiffre officiel de personnes déplacées en interne après le tremblement de terre (1,5 million dans des camps temporaires) a été publié par l'OIM et accepté initialement par tous les partenaires, puis remis en question un an plus tard par les scientifiques (et par les médias). Les écarts entre les sources ainsi que les contradictions internes dans les chiffres sont illustrés au tableau 3.9.

Tableau 3.9 Nombre de Personnes vivant dans des abris temporaires en Haïti a la suite du tremblement de terre, par source

| Source | Données |
|---|---|
| PDNA (mars 2010) | 1,5 M de personnes directement touchées Autour de 1,3 M vivant dans des abris temporaires dans la zone métropolitaine de Port-au-Prince; 500 000 déplacés dans le reste du pays |
| Stratégie d'enregistrement de l'OIM (avril 2010) | 450 000 ménages vivant dans des abris ^a (c'est-à-dire au moins 2 M de personnes) |
| Note d'information à la presse de l'OIM (déc. 2010) | Pic atteint dans les camps : 1,5 M |
| Enquête de l'USAID (Schwartz et al. 2011) | Le nombre de personnes estimé à être allées dans des camps en janvier est de 866 412 à 894 588 (p <0,01) En avril 2010, environ la moitié de ceux qui étaient allés dans des camps ou à la campagne étaient rentrés chez eux |

a Selon l'OIM, la taille estimée d'un ménage se situe entre 5,2 et 5,7 personnes.

La leçon à retenir de ceci est que toute statistique, pas uniquement les données sur la mortalité, n'est qu'une estimation approximative susceptible d'être remise en question. Encore une fois, il est essentiel de résister à la tentation d'opter systématiquement pour les chiffres les plus élevés et de partager la méthodologie adoptée comme cela a été fait ici. Il n'y a aucun avantage réel pour la population touchée à retenir la fourchette supérieure de toutes les mesures. Une approche intermédiaire a plus de chance de ramener les divergences entre experts à une question de débat scientifique plutôt qu'à une crise publique nuisant à la crédibilité d'une agence.

Face à la situation à Port-au-Prince, le gouvernement a encouragé la migration vers les départements non touchés et des autobus ont été rapidement mis à disposition pour le transport des personnes. Puisque les routes dans la zone touchée étaient impraticables, les autobus étaient situés à la périphérie. Les mouvements de personnes quittant la capitale ont commencé spontanément, durant la nuit du 12 janvier ; les premières arrivées des blessés ont été signalées au petit matin le 13 janvier dans les hôpitaux de Saint-Marc et des Gonaïves. Le flux de « blessés évacués » a continué pendant quelques jours, dépassant rapidement la capacité de réponse de ces établissements. Les services de santé dans les zones d'accueil, qui étaient déjà insuffisants pour répondre aux besoins les plus élémentaires de

la population locale, devaient répondre à un flux d'entre 500 000 et 600 000 personnes touchées par la catastrophe, selon les chiffres publiés, dont un grand nombre présentaient des blessures et avaient besoin de soins d'urgence. Ces établissements de santé faisaient normalement payer pour les services et ne voyaient habituellement que quelques patients par jour, et ne disposaient pas de stocks de produits médicaux pour faire face à l'augmentation du nombre de patients. On ne sait pas exactement combien de temps ce fardeau médical supplémentaire a pesé sur les départements non touchés.

Si des efforts ont été déployés par le gouvernement pour encourager et surveiller les premiers mouvements de population quittant Port-au-Prince, peu de données ont été recherchées par la communauté humanitaire ou lui ont été fournies sur le retour des personnes déplacées.

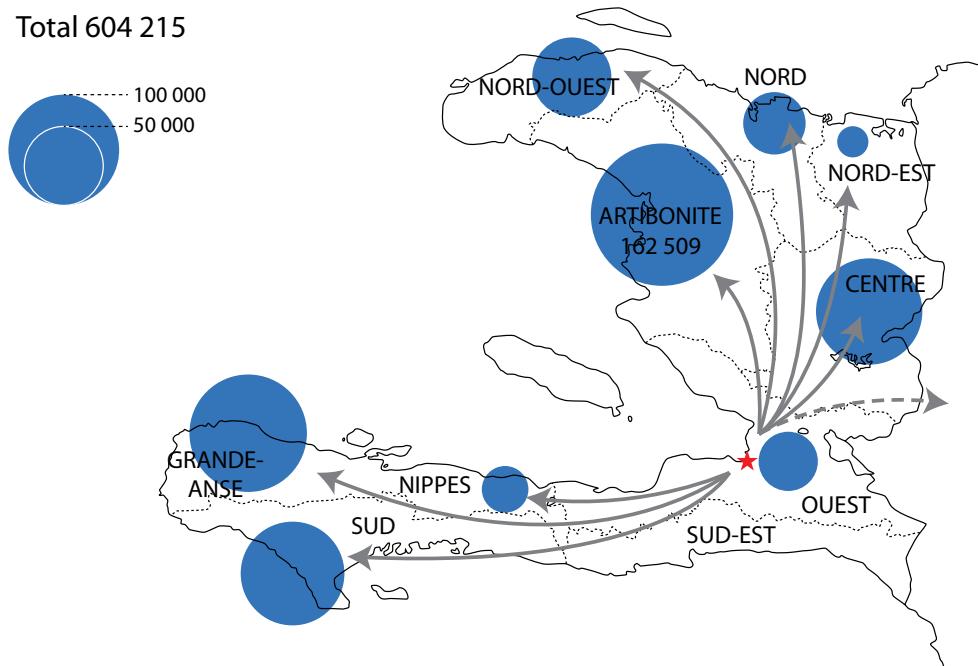
L'évaluation rapide des besoins initiaux pour Haïti (RINAH) est l'une des rares études qui explore cette question avec un certain niveau de détail.²⁹ Une autre enquête commandée par le FNUAP confirme que plus d'un quart de la population de la région métropolitaine est parti après le séisme du 12 janvier (Services de données sur Haïti 2010). La moitié a migré dans les zones urbaines des départements non touchés (figure 3.3). Toutefois, l'étude est allée plus loin et s'est penchée sur la durée de ce déplacement : « les données montrent que ceux qui sont partis après le 12 janvier sont rentrés peu de temps après. Environ un sur trois (27,7 %) est resté éloigné moins d'un mois et 55 % entre un et trois mois. En conclusion, moins de 20 % d'entre eux sont restés plus de trois mois à l'extérieur de la zone métropolitaine. »³⁰

La distribution internationale massive de biens et services dans la région métropolitaine a influencé ou déterminé ces retours. L'aide matérielle est en effet devenue beaucoup plus accessible à Port-au-Prince, incitant les populations déplacées à rentrer. Étant donné que les distributions ont été organisées dans les camps temporaires, certains des bénéficiaires n'étaient pas les personnes touchées par le tremblement de terre mais en fait les populations démunies à la recherche de meilleures opportunités (abri, nourriture, eau, santé et éducation). On ignore le poids de ce facteur.

Il est assez révélateur de noter une autre conclusion de l'enquête du FNUAP : la municipalité de Cité Soleil, la zone la plus pauvre de la ville, mais l'une des moins touchées par l'impact, a reçu la plus faible proportion de personnes déplacées d'autres municipalités (2,9 %) mais a enregistré le plus fort taux de déplacement. Plus de 20 % des résidents ont migré vers d'autres municipalités (plus touchées).

29 Voir : Assessment Capacities (ACAPS), 2010, Rapid initial needs assessment for Haiti (RINAH).

30 Cela est étayé par l'étude réalisée pour USAID par Schwartz, Pierre, et Calpas (2011).

Figure 3.3 Migrations internes à la suite du séisme en Haïti, par département

Source: Système national de gestion des risques et des désastres SNGRD, Rapport n°15, Février 2010.

Le personnel de santé local, les Haïtiens vivant à l'étranger (la « diaspora ») et les pays voisins ont joué un rôle important dans la réponse. Les acteurs humanitaires qui travaillaient déjà en Haïti ainsi que les équipes médicales étrangères sont également devenus des atouts précieux pour les opérations de secours.



Qui a apporté de l'aide ?

- Certes, l'impact du séisme en Haïti était sans précédent, mais la réponse à court terme présentait tous les points forts et faibles notés dans les évaluations de catastrophes précédentes.
- Les leçons du passé n'ont pas été apprises.

Les défis logistiques auxquels étaient confrontés les équipes de secours étaient énormes :

- *Accès international* : Les installations de l'aéroport, brièvement fermé, ont été rouvertes grâce à l'intervention de l'armée américaine. Toutefois, son utilisation a été initialement réservée aux mouvements de l'armée américaine et aux opérations de secours bilatérales sélectionnées ou aux évacuations. Le port a été sévèrement endommagé ;
- *Transport terrestre* : L'absence de véhicules, surtout compte tenu de l'indisponibilité de la flotte de la MINUSTAH pendant 7 jours,³¹ a été aggravée par les conditions de circulation chaotiques. Il fallait souvent plusieurs heures pour se déplacer du lieu d'une réunion à une autre au sein de Port-au-Prince ;
- *Électricité* : Les opérations de secours modernes dépendent d'une source fiable d'électricité, condition rarement remplie même des mois après l'impact en Haïti ;

³¹ Comme indiqué au chapitre 1, le mandat de la MINUSTAH ne comprenait pas de soutien logistique aux agences humanitaires.

- *Communications* : Les lignes de téléphone fixes, qui n'étaient pas fiables en temps normal, ont été suspendues ; les lignes de téléphone mobile étaient indisponibles la plupart du temps, les circuits téléphonique par satellite étaient surchargés, et l'accès à internet était limité ;
- *Langue*: La barrière de la langue a constitué un obstacle important pour certaines équipes étrangères qui se sont trouvées dans l'incapacité de communiquer correctement en français ou en créole avec leurs partenaires et bénéficiaires locaux ;
- *Obstacles administratifs* : Un processus lourd à la fois pour le dédouanement en Haïti et l'approbation des déplacements et modalités d'escorte, lorsque les règles de sécurité de l'ONU l'exigeaient, occasionnant des difficultés et des retards ;

Une augmentation considérable du nombre d'employés, pour coordonner et gérer la réponse du secteur de la santé sans augmentation du soutien logistique, ne se serait pas traduite par une réponse plus efficace.

Les acteurs humanitaires

- Si l'impact du séisme était sans précédent, ce n'était pas le cas de la réponse qui a suivi les tendances observées lors de catastrophes passées.
- Les professionnels nationaux et les pays voisins ont joué un rôle important. La réponse étrangère a été extrêmement généreuse.

Les premiers intervenants et donc les plus efficaces ont été ceux qui étaient déjà en Haïti et en particulier à Port-au-Prince : parents et voisins, services de santé locaux et les nombreux organismes humanitaires déjà sur place. On ne saura jamais par exemple combien de vies les voisins et parents ont sauvé. La contribution locale a été inestimable mais a été éclipsée par des acteurs internationaux ayant plus d'expertise en relations publiques.

Les acteurs haïtiens

Il ressort de la plupart des descriptions que la solidarité entre les Haïtiens a été massive, les habitants s'entraidant au milieu des décombres, partageant le peu qu'ils avaient et essayant de sortir le plus grand nombre de personnes possible des ruines. Malgré quelques incidents pendant la distribution de l'approvisionnement, qui ont été exagéré par les médias, les nombreux récits de solidarité confirment une fois de plus que le désordre social rampant et la violence qui suivent les catastrophes naturelles ne sont, en fait, qu'un mythe.

Personnel de santé local

Dans toutes les catastrophes, les services de santé locaux jouent un rôle clé, notamment au cours des premiers jours, avant l'arrivée de l'aide. Haïti n'a pas fait exception à la règle.

Une question qui fait l'objet de débats nourris porte sur le conflit auquel les agents de santé font face entre leur rôle qui consiste à prendre soin de leurs propres familles et leurs obligations professionnelles. Concrètement, qu'en a-t-il été en Haïti ?

En Haïti, les installations et les services de santé locaux étaient en sous-effectif et certains ont même fermé pendant plusieurs jours. Ces observations isolées sont éclipsées par le nombre de personnes qui ont travaillé en première ligne, récupérant des médicaments et des pansements dans les pharmacies ou des établissements de santé privés endommagés et détruits.

La situation initiale à l'hôpital universitaire a été bien documentée : « Le matin du 2e jour, le personnel clé s'est rendu à l'HUEH et à la suite de messages publics à la radio, le personnel infirmier et auxiliaire est progressivement et partiellement retourné au travail. »³²

Les raisons pour lesquelles le personnel médical n'est pas venu au travail les premiers jours étaient nombreuses :

- Certains avaient subi de lourdes pertes personnelles (famille et logements) et ne pouvaient pas apporter leur contribution ;
- D'autres fournissaient des soins d'urgence dans leurs propres quartiers ;
- Le transport au sein de la ville était presque impossible (perte de véhicules, aucun transport public et routes souvent bloquées par les décombres).

Les Haïtiens qui regagnaient leur poste travaillaient dans des conditions professionnelles et personnelles extrêmement difficiles qui n'avaient rien à voir avec celles des équipes étrangères autonomes mieux équipées qui arrivaient progressivement dans la région. Parmi les besoins prioritaires exprimés par l'HUEH au cours des premiers jours figuraient des fonds pour le personnel (« pour le transport et pour nourrir leurs familles ») ainsi que pour des tentes afin de les héberger.

Il n'y a pas de données chiffrées sur le personnel haïtien travaillant au cours de cette première période. Deux mois après l'événement, une enquête menée par le Ministère de la Santé a présenté les premières statistiques sur la disponibilité des ressources humaines (MSPP 2010a). Cette enquête montre que 79 % du personnel du ministère avait repris ses fonctions sept semaines après l'impact. Toutefois, dans le département le plus touché (Ouest), seulement 48 % des médecins étaient présents.³³ La plupart du personnel médical manquant venait des trois principaux hôpitaux ou de la maternité ; 190 médecins n'avaient pas repris leurs fonctions à l'HUEH. Il convient donc d'accorder une mention spéciale au personnel infirmier dont la présence continue a été véritablement essentielle.

Les facteurs qui contribuent à expliquer le faible nombre de médecins ayant regagné leur poste dans les installations gouvernementales deux mois après l'impact sont les suivants :

- Un certain nombre ont pu accompagner les 600 000 personnes qui se sont installées dans les départements non touchés ou ont émigré à l'étranger ;
- Autre facteur plus important, un grand nombre d'entre eux ont été recrutés par des organismes humanitaires avec des salaires plusieurs fois supérieurs à leurs revenus d'avant le séisme.³⁴ Cette pratique du « braconnage » international est très commune dans la réponse humanitaire.³⁵ Bien que ces agents de santé aient choisi de travailler où ils pouvaient obtenir l'équipement, les fournitures, et le soutien nécessaires pour

32 Dr Alex Larsen (HUEH), (nd), *Rapport au Ministre de la Santé Publique et de la Population*.

33 Il n'existe pas de données sur le taux d'absentéisme « normal », qui devrait également être relativement élevé.

34 La rémunération par les ONG internationales est quatre ou cinq fois plus élevée que le salaire versé par le ministère.

35 Dans la période post-séisme, MSF avait 372 employés internationaux et 2960 nationaux. Si un grand nombre de ces agents de santé locaux venaient à être libérés, on peut s'interroger sur la capacité du Ministère de la Santé à les absorber.

répondre aux besoins de la population pendant une période donnée, cette pratique affaiblit les institutions nationales et peut entraver la reconstruction après le sinistre.³⁶

Le point clé tient au fait que la dotation en personnel réduite dans les établissements publics ne veut pas nécessairement dire que les médecins et les agents de santé manquants n'aidaient pas la population.

Dans le secteur privé, sans but lucratif (ONG et organisations confessionnelles), l'absentéisme n'était pas un problème comme en témoigne le commentaire d'un organisme : « malgré les énormes pertes personnelles subies par de nombreux membres du personnel nationaux et malgré le chaos qui a suivi le séisme, la majorité des membres du personnel haïtien survivants de MSF se sont immédiatement remis au travail pour aider leurs compatriotes et ont continué tout au long de cette période difficile » (MSF 2011, 7).

Ce qui est plus surprenant dans le contexte économique difficile d'Haïti, c'est que le secteur à but lucratif n'a pas été à la traîne côté générosité. Les cliniques et les hôpitaux privés à but lucratif ont ouvert leurs portes, ont offert leurs services et ont partagé leurs fournitures dès l'impact. Le personnel de plusieurs cliniques a immédiatement fourni des soins gratuits et a fait office d'hôpitaux de campagne.³⁷

Les Haïtiens de l'étranger

Les associations de personnel de santé expatrié peuvent jouer un rôle clé. Toutefois, elles devraient planifier pour le futur et être en première ligne pour coordonner et faciliter les efforts de leurs membres.

L'importance de la présence d'expatriés haïtiens (la « diaspora ») au cours de la période qui a suivi la catastrophe a été bien documentée. Leur connaissance de la culture, de langue et des coutumes haïtiennes, conjuguée au large éventail de leurs compétences techniques et professionnelles, leur a donné un avantage unique par rapport aux autres groupes au cours de la réponse sanitaire.

Bien que les équipes internationales déployées en Haïti aient fait souvent référence au travail des Haïtiens du pays et expatriés, il est rare de trouver des chiffres ou des descriptions précises de leur contribution. Par exemple, le University of Miami Global Institute/Project Medishare (UMGI/PM), qui entretient une relation de 15 ans avec des médecins haïtiens, a observé que l'une des caractéristiques clés de cette opération a été la participation de professionnels et techniciens haïtiens vivant en Haïti et à l'étranger. Cependant, il n'y a aucun chiffre spécifique concernant ce phénomène.

Le tableau 4.1 résume les quelques données auxquelles les auteurs ont eu accès sur la participation du personnel national et des expatriés haïtiens avec certains groupes ayant pris part aux opérations sanitaires post-séisme.³⁸

36 Le Ministère de la Santé a mis au point des lignes directrices pour le paiement du personnel public haïtien par les acteurs internationaux. Les organismes ont jugé difficile de changer leur grille de salaires, créant des divergences au sein de leur personnel local (selon qu'un contrat avait été signé avant ou après la publication des lignes directrices) et se sont montrés réticents à compliquer encore leur recherche concurrentielle de compétences locales rares. La plupart du temps, les lignes directrices ont été ignorées.

37 L'Alliance pour l'action médicale internationale (ALIMA), une ONG internationale qui est arrivée quelques jours après la catastrophe, avait des contacts préalables au séisme avec la clinique privée Lambert et a décidé de la soutenir. Le personnel international impliqué dans cette opération a été impressionné par le dévouement du personnel haïtien de la clinique, qui a travaillé 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 dans des conditions très difficiles.

38 Bien que l'expertise et la contribution des expatriés haïtiens aient été appréciées par les agences qui recrutaient, le fait qu'ils soient en concurrence avec les intérêts locaux (familiaux, sociaux ou politiques) a parfois compliqué leur intégration dans l'équipe.

Tableau 4.1 Participation des Haïtiens locaux et expatriés à la réponse sanitaire à la suite du séisme

| Organisation | Haïtiens locaux | Haïtiens expatriés | Personnel international |
|---------------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------------|
| Médecins Sans Frontières ^a | 2 844 | n/a ^b | 260 |
| USNS Comfort | n/a | 70 ^c | 550 ^d |
| Project Medishare/UM Global Institute | n/a | 30 ^e | 300 |

a MSF 2011, pg. 6.

b s/o = données non disponibles.

c La Croix-Rouge américaine a recruté, formé et équipé 70 bénévoles parlant le créole à travers les États-Unis, qui ont appuyé le personnel médical en tant que traducteurs à bord de l'USNS Comfort, un navire hôpital de la marine des États-Unis.

d « U.S. Navy Ship Comfort Heads to Haiti » <http://medicalexecutivepost.com/2010/01/18/us-navy-ship-comfort-heads-to-haiti>. Consulté le 30 mai 2011.

e « Nurses from the Haitian American Nursing Association (HANA) participating in the Medishare initiative. » <http://theglobalinstitute.wordpress.com/2010/01/21/haitian-american-doctors-and-nurses-working-with-umglobal-institute-in-haiti>. Consulté le 30 mai 2011.

Acteurs humanitaires déjà présents en Haïti

La présence à Port-au-Prince d'une société de la Croix-Rouge nationale forte, d'ONG médicales spécialisées, d'un grand nombre de médecins cubains et de beaucoup d'autres est devenue un atout spécifique en Haïti.

Haïti est le pays avec l'une des plus fortes densités par habitant d'ONG locales ou internationales, d'agences de l'ONU et de projets bilatéraux. Les chiffres font état de 9 000 à 10 000 ONG. Le nombre d'ONG locales et d'organisations confessionnelles ayant des activités dans le secteur de la santé avant l'impact est également élevé, mais les chiffres sont difficiles à trouver.



Comme indiqué précédemment, environ 75 % des services de santé avant l'impact étaient fournis par le secteur privé à but non lucratif, 5 % par le secteur à but lucratif et le reste par le gouvernement. Dans d'autres pays touchés par des catastrophes (Indonésie, Sri Lanka et Pakistan), les proportions sont inversées, le secteur de la santé publique fournissant la plupart des services et les ONG comblant certaines lacunes.

Certains de ces acteurs ont été touchés par le séisme, mais la plupart ont pu se mobiliser rapidement pour répondre aux besoins les plus urgents et les plus immédiats. Quelques heures après le séisme, toutes les sections de MSF présentes dans le pays ont organisé leur première mission de reconnaissance dans la ville (même si la nuit était déjà tombée) et ont commencé à traiter les blessés. Les fournitures médicales du Comité international de la Croix-Rouge (CICR) se trouvant dans le pays, et stockées pour faire face à des tensions urbaines et à la saison des cyclones ont été immédiatement mobilisées et utilisées dès le lendemain matin.

D'autres plus directement et plus gravement touchés, comme la Mission de l'ONU, certaines agences des Nations Unies et d'autres ont eu besoin de temps pour répondre aux besoins critiques de leur propre personnel et rétablir leur capacité (sur le plan matériel et psychologique). L'OPS/OMS a perdu son bureau et bon nombre des membres de son personnel ont perdu leurs logements. Sans responsabilités, compétences ou

matériel cliniques, la première nuit a été passé à s'assurer de la sécurité et du bien-être de tout son personnel (national ou expatrié), rétablir le contact avec les autorités sanitaires et trouver des installations pour reprendre les opérations. Peu de travail productif pouvait être accompli du jour au lendemain par les agences techniques ou de coordination qui étaient privées de bureaux et de communications.³⁹

L'impact direct sur les agences qui dirigent habituellement la réponse internationale était spécifique à la catastrophe haïtienne. Dans d'autres pays touchés par des catastrophes soudaines, la capacité des Nations Unies pour aider, répondre et coordonner n'a pas été affectée. Cependant, la planification de futurs scénarios de catastrophes urbaines devrait inclure cet aspect.

Les agences bilatérales ont fait face aux mêmes difficultés. Elles étaient aussi confrontées à une autre priorité découlant de leur obligation de s'occuper de leurs ressortissants (résidents ou visiteurs) qui ont été portés disparus ou blessés.⁴⁰ Cette préoccupation légitime a grandement influencé les priorités de leur participation stratégique et opérationnelle (transport, contrôle du trafic aérien, recherche et sauvetage, soins médicaux, etc.). Beaucoup ont envoyé des services de recherche et de sauvetage (SAR) et des équipes médicales, financé d'autres acteurs et apporté des fournitures.

Acteurs externes

L'évaluation de la réponse internationale par la Coalition d'évaluation du tsunami (TEC) (Telford, Cosgrave, Houghton 2006, 55) s'applique aussi pour Haïti:

« Le nombre d'organismes internationaux impliqués dans la réponse a augmenté sans cesse. Des agences disposant de beaucoup de ressources et d'autres très petites, certaines compétentes d'autres incompétentes, bien préparées ou mal préparées, laïques ou confessionnelles, fiables ou peu recommandables, connues de tous ou inconnues, ambitieuses ou humbles, opportunistes ou engagées, gouvernementales ou non gouvernementales, nationales ou internationales, bilatérales ou multilatérales, bien implantées ou juste constituées — elles étaient toutes là. »

Les équipes étrangères arrivant dans le pays pour fournir une assistance sanitaire à la suite du séisme appartenaient à l'un des groupes suivants :

- *Composantes médicales des équipes de recherche et de sauvetage urbains (USAR).* Plus de 30 pays ont envoyé des équipes USAR, bon nombre d'entre elles avec des équipements de santé (des kits de stabilisation de base jusqu'à de vrais hôpitaux de campagne). Cela a constitué la première réponse de nombreux organismes gouvernementaux bilatéraux (les donateurs humanitaires traditionnels mais aussi les pays d'Amérique latine et des Caraïbes et beaucoup d'autres d'un peu partout dans le monde) ;
- *Agences des Nations Unies ou liées à l'ONU,* y compris l'OPS/OMS, l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), le Programme alimentaire Mondial (PAM) et l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM) ;

³⁹ Comme mentionné précédemment, le service de téléphone par ligne terrestre a été suspendu, les systèmes mobiles étaient indisponibles pour la plupart, les téléphones satellitaires ont été rapidement surchargés (« pas de circuit »). Seuls les postes de radio portatifs ont fourni un soutien dans la plupart des sites. Les services Internet et Skype étaient disponibles par intermittence.

⁴⁰ Les estimations faisaient état de 27 199 citoyens américains qui étaient rentrés aux États-Unis au 19 février, pour la plupart avec l'aide logistique du gouvernement américain.

- *Système de la Croix Rouge* (IFCR, CICR et de nombreuses sociétés nationales participantes). Le système de la Croix Rouge a mobilisé ses six unités sanitaires d'intervention d'urgence (ERU) qui consistent en un « kit de services de santé » pouvant être expédié en moins de 24 heures avec du personnel spécialisé et de soutien (logistique) ;
- *ONG internationales* (de celles qui sont très bien implantées et expérimentées jusqu'à des organisations petites ou moins connues) ;
- *Institutions bilatérales non-étatiques* (hôpitaux ou universités, par exemple), avec de nombreuses activités en cours et des homologues haïtiens bien établis ;
- *Équipes d'associations sociales ou religieuses*. Cette catégorie comprend de nombreux petits acteurs mais avec l'avantage d'avoir des relations existantes, individuelles au niveau local ;
- *Initiatives ad-hoc de la part de personnes ou de groupes* mises en place uniquement pour cet événement (l'ONG « champignon » qui sort du jour au lendemain après chaque crise majeure).

Au cours de la dernière décennie, le nombre de ces acteurs a augmenté rapidement et sans stratégie ni plan directeur, ce qui a amené le Rapport sur les catastrophes dans le monde de la FICR (2004) à appeler la communauté humanitaire la « plus grande industrie non réglementée ». Les médias jouent un rôle important dans cette expansion sauvage. Si les médias ayant une couverture considérable contribuent à générer une générosité et une compassion mondiale envers la population touchée, ils représentent aussi une incitation presque irrésistible à la politisation du processus ou à son exploitation à des fins de publicité (ou même de prosélytisme de la part de certains groupes confessionnels, comme cela a été le cas en Haïti).

L'efficacité est une question de contexte

Les résultats de la prolifération des intervenant du domaine de la santé ont été atypiques en Haïti par rapport à d'autres catastrophes passées (et probablement à la plupart des catastrophes futures) :

- En Haïti, l'ampleur des besoins, le mauvais état des services avant l'impact, et l'absence de capacité de secours nationale après l'événement ont fait qu'un grand nombre de ces acteurs ont fourni une aide considérable à la population.
- Dans d'autres catastrophes (tsunami de l'océan Indien, séismes en Iran ou au Pakistan), la plupart de ces équipes relevaient plus du fardeau que de l'assistance.

Cette prolifération d'organisations internationales est loin d'être nouvelle (comme on l'a déjà signalé dans l'évaluation du tsunami), ce qui suggère que peu d'enseignements ont été tirés.

Le nombre de petites missions médicales de courte durée en Haïti est inconnu, mais vraisemblablement élevé en raison de la visibilité du séisme et de la proximité avec l'Amérique du Nord. Dans une évaluation du bénévolat en Haïti, Kathleen Jobe (2011) a précisé les conditions qui doivent être réunies pour que ces équipes soient efficaces : « les missions médicales à court terme doivent bien connaître les messages de santé publique plus larges qui sont déterminés par les responsables de la santé publique dans le pays et les ONG implantées dans le pays ». Dans la même veine, c. Bajkiewicz (2009) observe :

« Les bénévoles feraient bien d'évaluer non seulement l'avantage personnel qu'ils tirent de leur participation à la mission, mais aussi l'impact global de la mission sur les soins de santé locaux et les priorités de santé publique. »

Les voisins proches

Les acteurs humanitaires bilatéraux traditionnels ont joué un rôle majeur dans la réponse sanitaire. Parmi eux se trouvait le Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis (HHS), un organisme offrant un large éventail de services, y compris le National Disaster Medical System (NDMS) et les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), qui ont tous deux été activés en Haïti. Comme indiqué dans l'encadré, la gamme et l'étendue des services étaient inhabituelles par rapport aux catastrophes passées dans le monde.

Exemples de soutien du Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis

Soins médicaux : a déployé les services médicaux du NDMS, composé de près de 1000 intervenants de la santé au cours de la mission de 42 jours ;

Évacuation : a aidé les citoyens américains à rentrer et a organisé le renvoi des Haïtiens blessés vers des institutions de soins tertiaires aux États-Unis ;

Surveillance des maladies : a fourni une assistance pour la surveillance épidémiologique et le soutien des laboratoires ;

Corps : stockage, identification et rapatriement des corps des citoyens américains.

De nombreux pays d'Amérique latine ou des Caraïbes ont fourni une aide considérable. Parmi ces derniers, deux pays étaient particulièrement bien placés pour jouer un rôle sanitaire important au cours des premiers jours : Cuba et la République dominicaine, en raison de leur présence médicale ou de leur proximité géographique.

Cuba

Cuba maintient une forte présence médicale en Haïti depuis 1998. Au cours de cette période, plus de 6 000 agents de santé ont servi dans le pays, souvent dans des environnements ruraux difficiles. Au moment de l'impact, les Brigades médicales cubaines comptaient plus de 330 professionnels de soins de santé primaires dans le pays. Ces experts ont fourni une source immédiate de personnel médical connaissant bien le pays. Ils déclarent avoir vu leurs premiers patients moins de 90 minutes après l'impact et avoir réalisé 1000 consultations d'urgence dans les 24 heures. À la fin, plus de 1500 employés avaient contribué à la réponse. Un résumé des activités répertoriées au cours des 10 premiers jours est présenté au tableau 4.2.

Tableau 4.2 Assistance médicale cubaine en Haïti, 12–22 janvier 2010

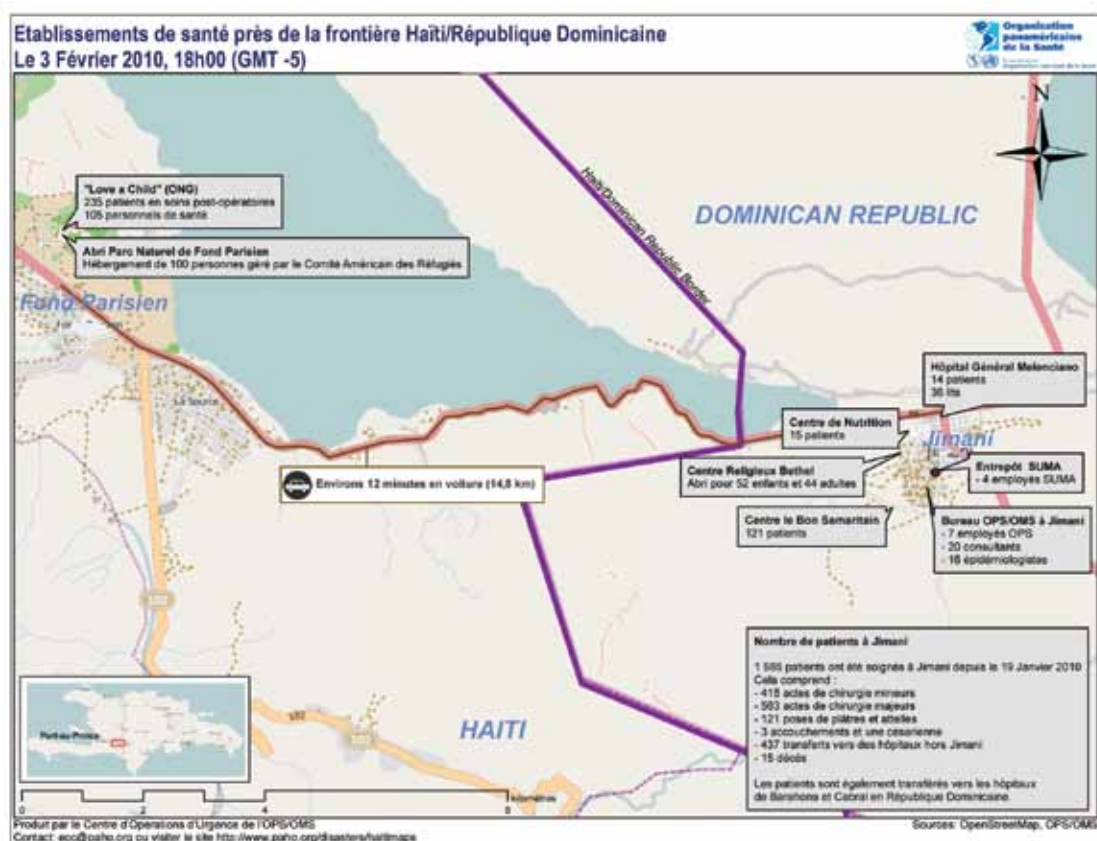
| Zone touchée | Nombre de cas | Chirurgie | | | Décès | | |
|----------------|---------------|--------------|------------|--------------|-----------|-----------|------------|
| | | Mineure | Majeure | Total | Enfants | Adultes | Total |
| Port-au-Prince | 11 354 | 113 | 622 | 735 | 19 | 49 | 68 |
| Banlieue | 3 553 | 63 | 80 | 143 | 37 | 28 | 65 |
| Autres | 5 188 | 896 | 180 | 1 076 | 1 | 14 | 15 |
| Total | 20 095 | 1 072 | 882 | 1 954 | 57 | 91 | 148 |

Source: Rapport remis à l'OPS/OMS par la Brigade médicale cubaine, le 22 février 2011.

République dominicaine

La République dominicaine, pays qui a parfois des relations tendues avec son voisin plus pauvre, a joué plusieurs rôles :

- Tout d'abord, la République dominicaine a reçu des dizaines de milliers de réfugiés, dont un grand nombre ayant besoin de soins chirurgicaux urgents. Le pays a fourni une assistance sanitaire à tous les principaux points de passage frontaliers (notamment Jimaní).
- Le pays a rapidement déployé une équipe de la protection civile à Port-au-Prince afin de fournir une assistance et une expertise sur le site de la catastrophe.
- Au cours des premières semaines, la République dominicaine a été une connexion vitale pour les opérations de secours en Haïti. Saint-Domingue est devenue une plateforme majeure pour la plupart de l'aide étrangère étant donné que l'accès à l'aéroport de Port-au-Prince était limité par le déploiement de l'armée américaine, la Protection civile et les opérations consulaires (évacuations). Il y avait peu d'exceptions et ceux qui étaient autorisés à atterrir à Port-au-Prince devaient se soumettre à un processus de dédouanement complexe. En outre, le port de Port-au-Prince est resté inutilisable en raison de l'ampleur des dommages subis, et une fois que les réparations ont été effectuées, il était encombré. Atterrir à Saint-Domingue puis se déplacer par voie terrestre jusqu'aux postes frontaliers avec Haïti est devenu la procédure normale. La République dominicaine a facilité les procédures de douane et d'immigration ou a renoncé à les appliquer à l'aéroport de Saint-Domingue et au poste frontière de Jimaní.



Le nombre de personnes cherchant un abri et des soins médicaux en République dominicaine était énorme et a nécessité le soutien de l'ensemble du système de santé dominicain. Il faut plusieurs heures par la route dans des circonstances normales pour relier la capitale haïtienne à Jimaní (62 km), grande ville frontière du côté de la République dominicaine (voir carte). Pour la République dominicaine, il ne s'agissait pas d'une urgence mineure, localisée, mais d'un événement majeur où le nombre de blessés dépassait sa capacité de réponse normale. C'était une catastrophe locale qui avait lieu parallèlement à la plus grande catastrophe de Port-au-Prince. Elle ne pouvait attendre aucune orientation ou aucun soutien de la part des autorités du pays sinistré. La République dominicaine a dû gérer seule la situation.

Comme nous le verrons plus loin, la catastrophe en Haïti a suivi un modèle désormais bien connu de réorientation des priorités, des soins de traumatologie permettant de sauver des vies aux préoccupations postopératoires et de bien-être. La réponse à la « catastrophe frontalière » a suivi un modèle similaire mais a été considérablement accélérée. Le calendrier était plus proche de celui observé dans les autres catastrophes lorsqu'un pays tout entier aide une petite partie de sa population. Par exemple, les mesures de surveillance épidémiologique et d'autres maladies transmissibles avaient déjà été adoptées au niveau central de la République dominicaine le 3^e jour, un système d'alerte précoce a été activé le 4^e jour et, sur le terrain, des épidémiologistes se sont rendus dans les camps temporaires le 5^e jour (OPS/OMS 2010b). En Haïti, deux semaines s'étaient écoulées avant que les premiers systèmes de surveillance et de contrôle des maladies transmissibles aient pu être effectivement mis en place.

De toute évidence, l'ampleur des besoins était beaucoup plus vaste à Port-au-Prince qu'à Jimaní. Toutefois, l'ampleur de la tâche à laquelle faisaient face les services de santé dominicains et la défense civile ne saurait être sous-estimée. Du 18 au 23 janvier, les rapports indiquent une grave surcharge des services de santé dans toutes les provinces frontalières en République dominicaine. Pendant 10 jours, le personnel clé est resté à son poste sans relâche, et le 15^e jour, les hôpitaux des départements frontaliers avaient encore plus de patients haïtiens que de patients locaux.

L'exode des familles touchées et des populations vers la République dominicaine a ralenti après 10 jours et le nombre de nouveaux patients a commencé à baisser. En janvier, les services de santé dominicains se sont occupés de 1985 patients, ont effectué un grand nombre d'amputations (212), ont immobilisé 121 fractures et ont répertorié 15 décès dans les hôpitaux (OPS/OMS 2010b).

Le mérite pour les réalisations à Jimaní doit être partagé avec les pays et les ONG qui ont soutenu la République dominicaine avec des équipes à la frontière. Peu de soutien extérieur a été reçu de la part des bailleurs de fonds.

Autres pays de la région

- Bon nombre des pays d'Amérique latine ou des Caraïbes n'ont pas déclaré leur aide dans le système de suivi financier du BCAH. Ils ont perdu une occasion d'enregistrer de façon permanente la nature et la valeur de leurs contributions en nature.
- Certains des pays qui sont des nouveaux venus dans les opérations de secours médical internationales tireraient parti de l'organisation de leur propre exercice de « leçons apprises » et d'une formation accrue pour la préparation aux catastrophes.

Outre les rôles particuliers joués par Cuba et la République dominicaine, il n'y a sans doute pas un seul pays en Amérique latine et dans les Caraïbes qui n'ait contribué d'une manière ou d'une autre à sauver des vies et à fournir des soins à la population touchée en Haïti. Les contributions ont pris des formes diverses : déploiement d'équipes de recherche et de sauvetage, déploiement d'hôpitaux de campagne ou de navires-hôpitaux, l'envoi d'équipes médicales ou le détachement de bénévoles pour la gestion des fournitures reçues ou d'experts pour aider l'une des organisations humanitaires. La réponse au séisme en Haïti a été mondiale mais aussi véritablement régionale.

Les informations sur la réponse médicale régionale proviennent principalement d'entretiens et, dans une moindre mesure, des rapports des médias. Il existe des lacunes importantes au niveau des informations administratives (déclaration des dons en nature dans le système de suivi financier en ligne ONU/BCAH, documentation technique ou analyses scientifiques) sur ces activités. Sur les 280 articles ayant fait l'objet d'un examen par les pairs énumérés dans Medline,⁴¹ aucun ne traitait des leçons apprises ou des activités des équipes médicales d'Amérique latine ou des Caraïbes.⁴² Cela doit être traité à la fois du point de vue pédagogique et des relations publiques.

Organisations régionales

Il convient de noter le rôle de soutien au niveau opérationnel des organisations régionales auxquelles Haïti appartient. Dans les 24 heures, l'organe régional d'intervention en cas de catastrophes pour les Caraïbes (CDEMA) a appuyé le Gouvernement de la Jamaïque pour mobiliser son personnel médical. La Jamaïque est devenue un lieu de rassemblement pour obtenir d'autres aides des Caraïbes. Dès le 14 janvier (3e jour), la Communauté des Caraïbes (CARICOM) a identifié le secteur de la santé comme étant le secteur convenu d'intervention régionale coordonnée. Les ressources modestes des Caraïbes ont été complétées par l'Australie, qui a canalisé 1 million de dollars australiens vers CDEMA (c'est à dire 10 % de l'engagement initial de ce pays).

41 Un examen des articles dans la base de données MEDLINE de la U.S. National Library of Medicine du 7 août 2011.

42 Un éditorial sur les leçons apprises en Haïti a été publié dans la West Indian Medical Journal (Vaughan 2010).

Hôpital El Buen Samaritano

Drapeaux des pays ayant envoyé des équipes médicales à la frontière entre Haïti et la République dominicaine.



À quel point la réponse de la République dominicaine et d'autres pays des Caraïbes aurait été plus efficace si d'autres bailleurs de fonds avaient suivi cet exemple ?

Aide bilatérale institutionnelle

- Une expérience préalable dans le pays touché ou une étroite collaboration avec une ONG implantée sur place est essentielle.
- Un engagement important doit être maintenu sur le plan humanitaire, mais surtout sur le plan administratif, financier et logistique.
- Une vision à moyen terme est essentielle. Des opérations improvisées, au jour le jour, ont peu de probabilités d'être productives, quelle que soit la valeur scientifique de l'institution. Être un centre universitaire ou une clinique de renommée internationale ne suffit pas pour devenir un acteur humanitaire majeur.

L'ampleur de la catastrophe et la proximité d'Haïti avec l'Amérique du Nord, entre autres facteurs, ont entraîné une très forte réponse de la part d'institutions privées (non gouvernementales) de la santé, en particulier des États-Unis. Certaines de ces institutions, mais pas toutes, avaient des projets de santé en cours dans le pays. Une réponse similaire n'a pas été observée après le tsunami de l'océan Indien ou le tremblement de terre au Pakistan (Cachemire).

Trois des réponses de plus grande ampleur et les mieux documentées d'institutions universitaires des États-Unis ont été organisées par des centres médicaux à Chicago, les hôpitaux affiliés à l'Université de Harvard et le University of Miami Project Medishare (voir encadré). Ces initiatives partageaient de nombreuses caractéristiques qui étaient essentielles pour leur réussite :

Soins médicaux à la frontière entre Haïti et la République dominicaine



- La participation de diverses initiatives de santé mondiale ou de programmes internationaux de médecine d'urgence dans ces institutions ;
- Partenariat préexistant avec de grandes ONG à travers lesquelles le personnel médical a été déployé en Haïti (Chicago) ou projets permanent préexistants dans le pays ;
- Une vision à moyen terme (plusieurs mois) ;
- Un soutien administratif, logistique et en communication solide⁴³ ;
- Un processus systématique de débriefing (leçons apprises) pour tous les bénévoles ;
- La participation d'un grand nombre d'Haïtiens (locaux ou expatriés) ;
- La proximité géographique avec Haïti (un facteur important, quoique non critique).

Exemples de réponse des établissements d'enseignement

Réponse médicale de Chicago

Cette initiative a été constituée par six centres médicaux universitaires de la ville de Chicago. Au 1er avril, elle avait déployé 158 bénévoles médicaux pour travailler avec des ONG bien implantées en Haïti. La durée minimum de déploiement était de deux semaines. Cette initiative a soutenu l'Hôpital universitaire (HUEH), a doté en personnel plusieurs cliniques mobiles et a collaboré avec la station postopératoire de Fond Parisien près de la frontière dominicaine.

Programme humanitaire de Harvard

Partners in Health (PIH), une entité affiliée à Harvard à but non lucratif avec une présence établie en Haïti a été en première ligne de l'assistance médicale liée à l'Université. Le groupe gère neuf sites médicaux en Haïti. Au 19 juin, 50 professionnels médicaux et chirurgicaux avaient été déployés en Haïti depuis les hôpitaux affiliés à Harvard. Les hôpitaux universitaires de Harvard ont envoyé des avions de fournitures médicales, y compris de l'équipement chirurgical et d'anesthésie.

University of Miami Global Institute/Project Medishare (UMGI/PM)

Au cours des neuf premiers jours après le séisme, l'hôpital du Project Medishare a fonctionné à l'intérieur du complexe des Nations Unies avec 250 lits, 12 employés et aucune unités de soins intensifs ni de salle d'opération organisée. L'assainissement et les autres conditions de travail dans les premiers jours étaient désastreux. L'hôpital a été par la suite organisé à l'aéroport de Port-au-Prince dans une installation de quatre tentes, avec trois salles d'opération complètement organisées et 17 lits de soins intensifs. Y travaillaient 220 bénévoles des États-Unis et du Canada qui ont fait des rotations de 7 jours. Il a bénéficié d'un soutien logistique et administratif solide en Haïti ainsi qu'à Miami. Le groupe a coordonné des vols pour le transport de personnel médical, de fournitures, d'équipement et de victimes entre Haïti et les États-Unis. Ce soutien comprenait des consultations de télémédecine et des communications (voir Ginzburg et al., 2010).

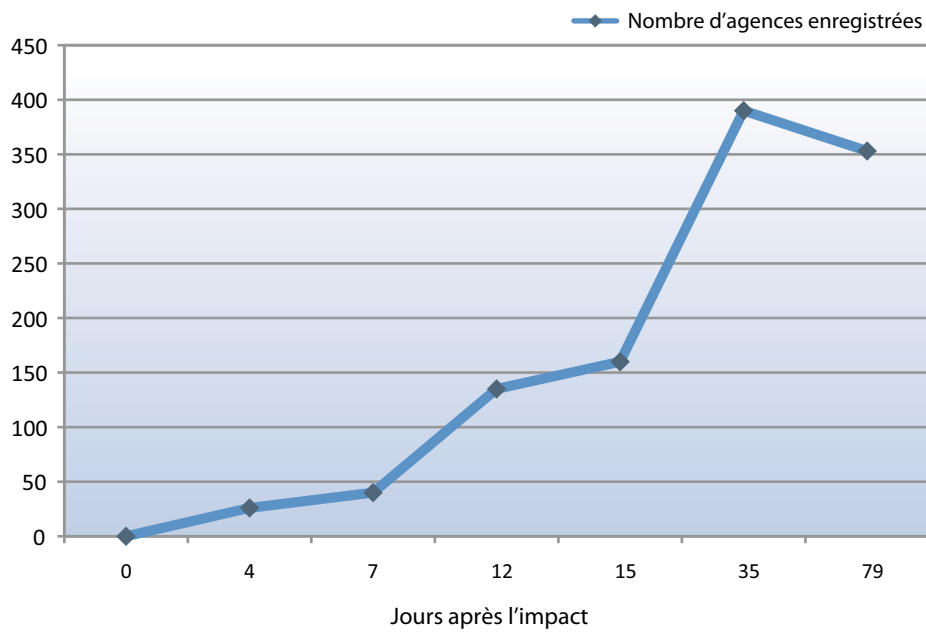
Une prolifération d'organisations internationales

À Banda Aceh, en Indonésie, environ 180 agences (représentant tous les secteurs) se sont enregistrées auprès de l'ONU après le tsunami. En outre, la TEC a estimé qu'il avait pu y avoir jusqu'à 200 petites agences internationales qui ne sont restées que quelques semaines (Telford, Cosgrave, Houghton 2006, 55).

⁴³ On estime que les institutions de Chicago ont consacré 1500 heures du corps professoral et de l'administration à leurs opérations en Haïti.

À Port-au-Prince, la prolifération d'organisations internationales a été beaucoup plus importante qu'à Banda Aceh. Dans le seul secteur de la santé, 390 agences, principalement internationales, se sont enregistrées auprès du mécanisme de coordination externe (Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé) (voir Figure 4.2). De nombreux autres acteurs de santé ne se sont pas enregistrés.

Figure 4.2 Nombre d'agences internationales enregistrées auprès du Groupe Santé après le séisme en Haïti



Note: Les chiffres ont été compilés à partir des rapports de situation et Bulletins du Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé.



Missionnaires d'œuvres caritatives

La réponse au séisme en Haïti n'était pas une anomalie, une erreur « sans précédent » dans le cadre d'une réponse par ailleurs rationnelle. C'était plutôt une confirmation et l'accélération d'une tendance humanitaire mondiale observée lors des catastrophes soudaines récentes (séisme au Pakistan et tsunami de l'océan Indien). Au cours de la dernière décennie, les seuls pays qui n'ont pas connu cette situation chaotique ont été ceux qui avaient des ressources suffisantes pour répondre aux besoins les plus urgents ou ceux capables de surveiller et de réglementer les flux d'aide extérieure et de s'assurer qu'elle complétait les efforts locaux.

L'encadré ci-après différencie ces conclusions en fonction de leur spécificité pour Haïti.

Leçons nouvelles ou spécifiques à Haïti

- Une demande en soins médicaux dépassant largement l'offre au cours des premières semaines.
- Réponse rapide des ONG médicales internationales et d'autres acteurs humanitaires présents avant l'impact.
- Arrivée rapide en raison de la proximité (18 heures au lieu de 3 jours).
- Vaste diaspora médicale à l'étranger répondant à titre individuel.
- Manque de moyens militaires nationaux mais intervention ou présence massive des militaires américains et des forces de maintien de la paix de l'ONU.
- Initiatives de santé fortes et soutenues de grands hôpitaux universitaires des États-Unis.

Leçons tirées lors de catastrophes passées

- Réponse très généreuse conduisant à une augmentation exponentielle du nombre de « partenaires » de la santé.
- Nombre important d'acteurs non qualifiés ou non préparés.
- Les mécanismes de coordination externe (groupes de Responsabilité Sectorielle) ne reflètent pas le mandat local des ministères techniques.
- Pas de participation et de renforcement des autorités locales pour le transfert en temps opportun des responsabilités/autorité.
- L'accent est trop mis sur la coordination (réunions) plutôt que sur la collecte de renseignements et les orientations stratégiques.
- Accroître la priorité accordée au « reconstruire mieux » (lien entre les secours, la remise en état et le développement).



À l'hôpital Buen Samaritano à la frontière avec la République dominicaine, les priorités des secours changeaient chaque jour, même si l'écart entre les besoins et les ressources n'était pas aussi extrême qu'à Port-au-Prince.

La réponse qui sauve des vies

Les phases de réponse

Le cycle traditionnel de gestion des catastrophes, de la préparation à la reconstruction, comme on le voit à la Figure 5.1, est devenu trop simpliste pour décrire la réponse humanitaire moderne. Les limites respectives entre secours, rétablissement précoce et reconstruction deviennent de plus en plus floues. La phase de secours d'urgence tend à durer aussi longtemps que le financement humanitaire est disponible. Cela est particulièrement vrai dans des cas comme Haïti, où les crises se succèdent (lorsqu'il n'y a pas de chevauchement) et où le développement à long terme semble si insaisissable.

Figure 5.1 The disaster management cycle



Les secours en cas de catastrophes évoluent considérablement au fil du temps. Les priorités des secours changent jour après jour : de la recherche et du sauvetage et des interventions médicales de sauvetage, à l'eau, la nourriture, les abris temporaires, la reprise des programmes courants et la réponse aux besoins de groupes spécifiques. Les priorités et leur calendrier varient d'événement en événement.

Lors de catastrophes d'ampleur plus réduite, ces changements sont accélérés, comme on l'a vu à Jimaní, la ville frontière en République dominicaine. Le déséquilibre entre les besoins et les ressources n'était pas aussi extrême à Jimaní qu'à Port-au-Prince : une planification plus ordonnée a été possible, les changements pouvaient être anticipés et un calendrier a été rapidement convenu entre les principaux acteurs. En Haïti, l'ampleur de l'impact et des besoins a garanti qu'à quelques exceptions près, le sauvetage des vies, la fourniture de nourriture, d'eau et d'abris et d'autres priorités se chevauchaient et étaient en concurrence en termes de temps et d'attention pendant une période beaucoup plus longue que d'habitude.

Nous pouvons identifier deux périodes dans la phase de secours après le séisme :

- Une phase de sauvetage des vies « immédiate », qui, en Haïti, a duré environ deux semaines (16 jours). Les activités cruciales étaient la recherche et le sauvetage (10 jours) et les urgences traumatologiques. Il y avait certes d'autres préoccupations, mais elles étaient secondaires.
- Une deuxième phase — d'une durée encore indéterminée — a commencé lorsque l'attention s'est focalisée essentiellement sur les soins postopératoires, de réadap-

tation, les soins de santé primaires pour les populations déplacées, la reprise des programmes clés et les priorités de l'aide sociale sur le plan de la nourriture, de l'eau et des abris (y compris la gestion des camps), entre autres. Les priorités transversales comme la question des femmes et la protection des droits de l'homme ont été soulevées dans les premiers jours après le séisme par les agences compétentes ou des ONG et se sont progressivement vu accorder l'attention qu'elles méritent.

Le tournant entre les deux phases semble être intervenu le 28 janvier (17^e jour)⁴⁴ quand, selon le Bulletin du Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé Haïti (n° 9) :

- « Les rapports indiquent que presque tous les blessés ont reçu des soins médicaux ; cependant, certains ont encore besoin de soins chirurgicaux » ;⁴⁵
- « Les priorités actuelles du Ministère de la Santé comprennent les soins postopératoires et la réadaptation des personnes handicapées, les soins primaires aux personnes déplacées à l'intérieur du pays et la fourniture de services médicaux à l'extérieur de Port-au-Prince. »

On a constaté que les activités et les priorités se recoupaient de plus en plus. La plupart des besoins liés au bien-être énumérés lors de la deuxième phase étaient urgents et exigeaient une attention au cours des premiers jours qui ont suivi l'événement. Même dans la phase immédiate, toutes les agences ont réalisé leurs activités (qu'elles aient été critiques ou même pertinentes à l'époque), en concurrence pour obtenir des ressources et des installations. L'absence d'un organe de coordination ayant la capacité et l'autorité de définir et faire respecter des priorités claires a permis à chaque acteur de déterminer son propre programme.

La réponse « immédiate » pour sauver des vies

Comme c'est toujours le cas, la première réponse en Haïti est venue de la population locale et des agents de santé (ressortissants ou expatriés haïtiens présents dans le pays).

Plusieurs priorités de santé ont dominé cette première phase : recherche et sauvetage, traumatologie, et gestion des corps. Beaucoup d'autres préoccupations et activités sont intervenues en parallèle : eau, nourriture, et abris. Ces questions sont passées en haut de la liste de priorité une fois que les activités visant à sauver des vies ont pris fin. Toutes ces priorités partageaient les mêmes impératifs (ou contraintes) tels que la disponibilité de données de l'évaluation rapide, une logistique efficace et la gestion de l'approvisionnement.

Recherche et sauvetage en milieu urbain (RSMU) : son impact sur la santé

- L'impact du RSMU international en termes de vies sauvées est relativement faible comparé à d'autres mesures. Le renforcement de la capacité ReS locale devrait être une priorité pour les catastrophes futures.
- La fourniture de cette forme d'assistance onéreuse présente toutefois d'autres avantages et objectifs humains et institutionnels manifestes.

⁴⁴ Le mode d'évolution des priorités (des traumatismes aux maladies transmissibles et aux soins de santé primaires) est commun à de nombreux séismes. Cependant, les phases sont généralement beaucoup plus courtes. Le nombre de blessés et la capacité locale limitée en Haïti ont prolongé la phase chirurgicale à plus de deux semaines au lieu de quelques jours, comme c'est généralement le cas.

⁴⁵ Une diminution du nombre d'interventions chirurgicales urgentes était déjà notée le 10^e jour (Bulletin du Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé n°3, 22 janvier).

Les activités de recherche et de sauvetage ne font pas partie de la responsabilité du secteur de la santé. Elles constituent cependant une activité de sauvetage des vies qui comprend des composantes médicales. En outre, au niveau international, ce « secteur » a été systématiquement organisé et renforcé, ce qui présente des enseignements potentiels pour l'amélioration de la gestion de la réponse sanitaire.

Comment les activités de recherche et de sauvetage ont contribué à sauver des vies ?

Les activités RSMU internationales ont démarré dans les 24 heures qui ont suivi l'impact et ont pris fin le 22 janvier, lorsque le gouvernement a déclaré que la phase de recherche et de sauvetage était terminée. Aucune personne en vie n'avait été retrouvée au cours des jours précédents. Mettre un terme aux activités de recherche et de sauvetage constitue toujours une décision politique difficile. On sait que des survivants ont été secourus des semaines après l'impact. Les facteurs qui influent sur la durée de survie sont nombreux, mais le plus fondamental est la « formation d'un espace vide viable » (c'est-à-dire une « poche » ou « espace de survie » afin que le survivant évite des blessures mortelles alors que les décombres se stabilisent) pendant l'effondrement structurel. Cet espace vide est plus susceptible de se produire dans les bâtiments consolidés avec du béton et moins probable dans les constructions en terre (Macintyre, Barbera, Petinaux 2011).

Les équipes RSMU internationales ont signalé que 132 personnes en vie avaient pu être secourues. Il s'agit du deuxième nombre le plus élevé jamais enregistré par les équipes internationales.⁴⁶ Ce résultat a été le fruit du travail de plus de 60 équipes RSMU de 30 pays qui ont répondu avec plus de 1800 sauveteurs (Nations Unies/BCAH 2010).

Les difficultés logistiques étaient énormes et le coût économique très élevé.⁴⁷ La rentabilité peut être une question controversée dans la réponse humanitaire où « aucun coût ne doit être épargné pour sauver une vie. » Toutefois, les ressources sont limitées et les fonds utilisés pour une activité de secours peuvent ne pas être disponibles pour une autre. Les résultats attendus pour les bénéficiaires de chacune des différentes interventions devraient jouer un rôle accru pour décider quel type d'assistance fournir.

Un pays, ardent défenseur du Groupe consultatif international de recherche et de sauvetage (INSARAG), a décidé de ne pas envoyer son équipe RSMU, qui avait été postée en attente à l'aéroport de départ. Le principal facteur de cette décision était qu'il était prévu que le délai pour le déploiement serait de plus de 50 heures. Le pays a choisi de réorienter ses ressources pour déployer une équipe médicale spécialisée en pédiatrie et en obstétrique.⁴⁸ On estime que cette décision pragmatique a sauvé la vie de 150 à 200 patients, un nombre beaucoup plus élevé que ceux que l'équipe de RSMU aurait pu secourir.

La rentabilité n'importe pas dans les activités de secours, mais il existe de nombreuses considérations importantes et légitimes autres que le nombre de vies sauvées au moment de décider d'envoyer ou non une équipe RSMU (SDC 2011).

⁴⁶ Davantage de personnes ont été retrouvées vivantes dans les décombres lors du séisme de 1999 en Turquie.

⁴⁷ Les équipes de recherche et sauvetage des États-Unis ont sauvé 34 personnes pour un coût de plus de 40 millions USD.

⁴⁸ Il convient de noter que l'opinion publique dans ce pays bailleur de fonds était initialement contre la décision de ne pas envoyer d'équipes RSMU.



Le facteur temps est essentiel dans les opérations de recherche et de sauvetage (Macintyre et al 2011). Leur efficacité diminue rapidement au fil des heures et des jours qui suivent l'impact. C'est ce qui explique pourquoi les deux équipes locales de la Direction de la Protection Civile haïtienne ont sauvé 78 personnes en dépit de leurs compétences limitées et du manque d'équipements.⁴⁹ Cette statistique n'est pas mentionnée dans les rapports sur la performance RSMU en Haïti.

Les indicateurs de performance RSMU (« personne en vie secourue ») amènent à se poser quelques questions :

- La plupart des équipes étrangères RSMU ont concentré leurs efforts sur des sites institutionnels, des installations hôtelières et des bâtiments résidentiels. Bon nombre de ces structures étaient construites en béton armé, où les victimes coincées dans les décombres ont de meilleures chances de survie. Les équipes RSMU ont une obligation de rechercher leurs compatriotes, et les occupants de ces bâtiments étaient en grande partie des étrangers. Aucune information compilée n'a été communiquée concernant la nationalité des personnes sauvées, mais de nombreux interlocuteurs locaux pensaient qu'elles étaient majoritairement étrangères.
- Sortir quelqu'un en vie des décombres ne garantit en rien qu'il ou elle survivra. En effet, la capacité médicale des équipes ReS se limitait à la stabilisation et aux premiers soins et les équipes médicales ont été submergées par les patients en état critique à traiter. Quelques équipes ont suivi l'issue pour ces survivants quelques jours ou semaines plus tard. On ne sait pas combien de personnes sorties en vie des décombres peuvent avoir succombé à leurs blessures peu après le sauvetage, mais il faut garder à l'esprit que beaucoup de rescapés étaient probablement des étrangers qui ont été évacués rapidement par voie aérienne vers des installations médicales sophistiquées.

La grande leçon à tirer sur le plan de la santé résultant du processus des opérations RSMU internationales est que des efforts soutenus doivent être réalisés pour en améliorer la qualité et la coordination. Les mécanismes utilisés par l'INSARAG afin de relever les défis de la coordination sont décrits ci-dessous.⁵⁰

- L'INSARAG est un réseau de pays sujets aux catastrophes et de pays et d'organisations répondant aux catastrophes, dédié à la recherche et au sauvetage en milieu urbain (RSMU) et à la coordination opérationnelle. Il s'attache à développer et promouvoir des procédures et systèmes internationalement acceptés pour une coopération durable entre les équipes nationales de RSMU opérant sur la scène internationale.
- Un processus d'examen par les pairs volontaire et indépendant des équipes internationales de RSMU (classification externe de l'INSARAG — IEC), est une fonctionnalité qui n'existe pas mais dont les équipes médicales étrangères ont besoin. L'IEC est considérée comme un outil de renforcement des capacités et un moyen de s'assurer que des normes internationales minimales sont reconnues par les équipes de RSMU. C'est aussi un travail en cours : sur les 60 à 70 équipes internationales RSMU en Haïti, seules 8 figuraient dans la classification IEC tandis que 8 étaient dans la liste d'attente pour la classification IEC (Nations Unies/BCAH 2010, 25).

49 Ce chiffre a été cité dans une présentation du Directeur de la Direction de la Protection civile haïtienne lors de la réunion mondiale de l'INSARAG en 2010, à Kobe, au Japon, qui s'est tenue du 14 au 16 septembre 2010. Outre ces 78 personnes, un plus grand nombre de personnes ont été secourues par de la famille ou des voisins, même si l'on ne connaît pas les chiffres et résultats de ces interventions.

50 Voir le site internet de OCHA ONU pour une description complète des activités de l'INSARAG www.unocha.org/what-we-do/coordination-tools/osocc-rdc/overview.

- Un centre de Coordination des opérations sur place (OSOCC) basé sur un concept initialement élaboré par l'UNDAC dans le cadre de la méthodologie INSARAG a été activé en Haïti. Son objectif est d'aider les pays touchés à coordonner les efforts internationaux de recherche et de sauvetage après un séisme.
- Un OSOCC « virtuel », composante de l'OSOCC, a également été créé par l'UNDAC et activé avec la première alerte en Haïti. Il a permis de répertorier « qui, quoi et quand » (à savoir, qui avait quelles ressources, qui était prêt à partir, et quand ils atteignaient le lieu de la catastrophe). L'OSOCC virtuel vise à enregistrer tous les groupes de RSMU entrants tandis que l'OSOCC lui-même est déployé avec des unités de réception aux points d'entrée du pays touché par la catastrophe (principalement les aéroports ou les ports maritimes).
- Une tentative systématique d'évaluer ces mécanismes se déroule lors des examens post-action (AAR). Les résultats et recommandations de cet examen sont pris en compte dans les lignes directrices de l'INSARAG.

L'examen entrepris par l'UNDAC lors de la réunion d'examen post-action est parvenu à une conclusion encourageante : « les équipes de la classification IEC en Haïti ont fait la preuve de leur professionnalisme, ont suivi les lignes directrices de l'INSARAG tout au long de leur déploiement et ont vraiment fait la différence durant la réponse au séisme. La réunion a suggéré des mesures pour s'assurer que la priorité était donnée aux équipes de la classification IEC par les pays touchés lors de la réponse à un séisme » (Nations Unies/BCAH 2010, 28). On ne dispose pas de données toutefois permettant de déterminer dans quelle mesure ces mécanismes ont permis de filtrer efficacement les équipes ne répondant pas aux normes dans le contexte très difficile de la première semaine en Haïti.

Il pourrait être utile pour le secteur de la santé d'examiner et, le cas échéant, de reproduire ce processus de contrôle de la qualité.

Traumatologie

Dans cette section, plusieurs questions seront examinées : le rôle et la contribution des équipes médicales étrangères (EME) et des hôpitaux de campagne étrangers (HCE, terrestres ou maritimes), l'application des techniques de triage, les défis chirurgicaux, les traitements postopératoires, les patients référés vers un autre établissement et les problèmes d'évacuation.

Les séismes se distinguent des autres catastrophes en ce qu'ils peuvent produire un nombre énorme de blessures en l'espace de quelques secondes ou de quelques minutes. Dans le cas des tsunamis, relativement peu de survivants ont besoin de soins médicaux : la plupart de ceux qui se trouvent sur la trajectoire de la vague sont tués. Le défi que présente un séisme pour le système de santé est significativement différent des situations de conflit où le nombre de victimes est souvent annoncé ou prévisible et s'étale sur plusieurs jours ou plusieurs semaines. Dans le cas des séismes, les services d'urgence sont pris par surprise (quel que soit leur niveau de préparation), et ils peuvent aussi souffrir de l'impact.



Avant le séisme de 2010, les services médicaux d'urgence dans le système sans but lucratif (État ou ONG) en Haïti étaient mal équipés et manquaient de personnel pour répondre même à un événement à petite échelle occasionnant des pertes massives. En dépit des formations sur la gestion de pertes humaines massives et d'autres initiatives de coopération internationale sur la préparation, ils n'étaient pas prêts à faire face à des urgences de grande ampleur. Le secteur privé à but lucratif était presque aussi mal équipé pour traiter plus de quelques patients dans un état critique. L'impact direct du tremblement de terre a encore réduit cette capacité.

La traumatologie d'urgence est restée la priorité pendant plus de deux semaines en Haïti, jusqu'à ce que tous les patients aient reçu des soins médicaux fournis tout d'abord par le personnel local, puis dans le cadre de l'assistance d'un nombre croissant de partenaires externes.

L'écart entre le nombre de blessés (estimé à 300 000) et les données sur le nombre de personnes traitées (jusqu'à 173 000 « consultations » dans 24 hôpitaux au cours des quatre premiers mois) (hiver 2011)⁵¹, suggère que durant les premiers jours un grand nombre de personnes sont probablement mortes faute de soins médicaux immédiats et plus tard à la suite d'infections secondaires. L'enquête de l'Université du Michigan fournit un ordre de grandeur pour cette mortalité différée : pour un nombre estimé de 111 794 personnes tuées lors de l'impact, 37 301 autres personnes n'auraient pas survécu à leurs blessures au cours des six semaines suivantes. C'est-à-dire 12 % du nombre de blessés estimé (plus de 300 000) et un décès sur quatre attribuables au séisme (Kolbe et al., 2010).

Pendant les premières 24 heures : le pays a été livré à lui-même. La réponse immédiate, pour laquelle on ne dispose d'aucune donnée chiffrée, est venue des Haïtiens et d'autres acteurs déjà présents à Port-au-Prince. Ces acteurs ont connu le stress terrible d'un séisme majeur ; certains avaient subi des pertes personnelles.

Les ambulances, à peine disponibles pour la population avant le choc, n'étaient pas une option. Les familles ont recueilli leurs proches blessés et les ont accompagnés jusqu'à l'établissement de santé le plus proche ou jusqu'à son emplacement s'il avait été détruit. Certains ont décidé de se rendre à la frontière avec la République dominicaine où ils pouvaient s'attendre à trouver des installations intactes et mieux équipées.

Le premier rapport de l'hôpital universitaire illustre bien les conditions de travail difficiles dans les installations restantes :

« Au moment du séisme, il y avait près de 600 patients dans l'Hôpital. Moins de 30 minutes après l'impact, environ 800 personnes avaient pénétré dans les locaux ; la plupart étaient blessées, et 95 % présentaient des traumatismes. Tous les patients étaient dans le périmètre de l'hôpital au moment où l'instruction a été donnée d'évacuer immédiatement les bâtiments. Initialement 1500 patients avaient besoin de soins. À 17 heures, seul le personnel de nuit était présent. »

⁵¹ Ce chiffre est approximatif et n'est communiqué qu'à titre d'illustration du fait qu'un grand nombre de personnes pourraient ne pas avoir reçu de soins médicaux.

« Avec l'arrivée du Directeur général du Ministère de la Santé, le personnel médical a pu surmonter ses craintes et sa réticence et entrer dans les bâtiments, où se trouvaient les stocks de médicaments et de fournitures (alcool, gaze, pansements, désinfectant, coton, etc.). Le stock a été entièrement utilisé pendant la nuit. Les stocks de produits pharmaceutiques des services d'urgence, de la chirurgie et de la médecine interne, ainsi que l'entrepôt de la pharmacie centrale ont été vidés. »⁵²

Cette situation s'est répétée dans de nombreux établissements de santé publics ou des ONG. À la tombée de la nuit, bon nombre des blessés les plus graves attendaient qu'on s'occupe d'eux ou mourraient. Bon nombre de médecins haïtiens qui, au moment de l'impact, étaient dans leur cabinet privé ou à la maison, se sont occupés de leurs voisins. Comme mentionné précédemment, il ne leur était pas possible de regagner leurs hôpitaux : les routes étaient bloquées, il n'y avait plus d'électricité, les communications (y compris les téléphones mobiles) ne fonctionnaient plus, et on avait besoin de leurs compétences dans leurs propres quartiers de toute urgence.

Les organisations humanitaires, après un inventaire rapide de la santé de leur personnel et l'état de leurs propres installations, devaient faire face à un nombre croissant de victimes arrivant devant leurs portes.⁵³

Certes, Haïti n'était pas préparé à faire face à quelque situation de pertes massives que ce soit. Mais aucun pays ou système n'aurait pu organiser une réponse méthodique face à une catastrophe de cette ampleur qui a touché le centre politique, administratif et économique du pays.

Après les premières 24 heures, une assistance extérieure a commencé à arriver alors que le flux des patients et de la population touchée s'accumulait à la frontière avec la République dominicaine et dans les départements non touchés.

Le témoignage d'un expert de Handicap International connaissant bien Haïti résume la situation à Port-au-Prince :

« Nous avons passé environ deux semaines dans quelques 17 hôpitaux, cliniques et hôpitaux de campagne à évaluer le nombre/type de blessures catastrophique, les besoins critiques (en personnel et matériel/fournitures) et à contribuer à la planification des besoins à plus long terme en réhabilitation et soins.

La capacité de chaque site s'occupant des patients souffrant de traumatismes variait énormément — certains sites avaient plusieurs équipes sur place, d'autres sites n'avaient qu'un seul prestataire... La plupart des structures hospitalières dans la zone métropolitaine de Port-au-Prince comprenaient un mélange de personnel local (médecins, infirmières), d'organisations d'aide internationales (par exemple : la Croix-Rouge, MSF, Merlin) et de petit groupes indépendants ou de personnes arrivés avec ou sans invitation à aider (groupes hospitaliers, confessionnels, etc.).

52 Dr. Alex Larsen (HUEH), (nd), Rapport au Ministre de la Santé Publique et de la Population.

53 À la fin de la première semaine, MSF a estimé avoir traité plus de 3000 blessés dans la capitale haïtienne et avoir effectué plus de 400 interventions chirurgicales. En fait, MSF a été l'un des acteurs majeurs des soins chirurgicaux d'urgence parmi les 30 hôpitaux de campagne étrangers déployés au cours de cette première phase d'urgence de trois mois. Les chirurgiens de MSF ont effectué 5 707 interventions chirurgicales majeures, dont 150 avec des amputations (MSF 2011).

Il y avait clairement et manifestement peu de coordination entre les sites... Le plus souvent, un hôpital n'avait aucune idée de ce que pouvaient offrir les autres installations dans la région de Port-au-Prince en termes de services chirurgicaux, ou de la façon de trouver cette information, ou de la façon de transporter un patient vers un autre site. Dans chaque hôpital où plusieurs organisations étaient « sur le terrain », il y avait parfois peu de communication même entre ces différents groupes.

À la fin de la deuxième semaine, beaucoup d'hôpitaux avaient mis en place des systèmes de suivi des patients ; chaque patient restant était inscrit dans une base de données. Cependant, il semble que cela n'ait pas été coordonné à l'échelle nationale — chaque hôpital établissant son propre système. Chaque organisation semblait avoir son propre formulaire de renseignements sur les patients.

L'un des problèmes que j'ai pu constater tenait au fait que de nombreux intervenants n'étaient jamais venus en Haïti auparavant, n'avaient pas de téléphone cellulaire local, n'avaient aucun moyen de communiquer avec les autorités locales, et ne semblaient pas savoir « qui était en charge ».⁵⁴

Équipes et hôpitaux étrangers arrivés en Haïti

- Le nombre d'équipes médicales étrangères ou d'hôpitaux de campagne augmente pour chaque catastrophe de même que la diversité de leur lieu d'origine.
- En Haïti, ils sont arrivés beaucoup plus tôt qu'en Indonésie ou au Pakistan. Leur efficacité était également plus grande compte tenu de l'écart exceptionnel entre les besoins et les ressources médicales locales.
- Les lignes directrices de l'OPS/OMS n'ont pas été appliquées de façon générale. Une approche différente en termes de contrôle-qualité de ces ressources est nécessaire.

Comme pour la plupart des activités de réponse au cours des premières semaines, il n'y a pas de données officielles ou de dossiers sur le nombre d'équipes médicales étrangères (EME) ou d'hôpitaux de campagne étrangers (HCE) arrivés en Haïti à la suite du séisme, sur le moment où ils sont arrivés et leur rôle.⁵⁵ Les *lignes directrices pour l'utilisation des hôpitaux de campagne étrangers à la suite de catastrophes soudaines* (2003) de l'OPS/OMS ont défini un hôpital de campagne comme « une installation de soins mobile, autonome, et capable d'être déployée rapidement et d'être étendue ou réduite pour répondre aux besoins urgents immédiats pendant une période déterminée. »

La distinction entre les équipes médicales totalement équipées et les petits hôpitaux de campagne s'est progressivement estompée. Un grand nombre d'équipes médicales étrangères autonomes opérant sous des tentes répondraient en effet à cette définition des HCE. En partie, cela peut expliquer pourquoi les « équipes » médicales impatientes de se déployer lors des rares catastrophes soudaines dans le monde ont souvent ignoré ces lignes directrices qui sont trop spécifiques pour les hôpitaux de campagne.

⁵⁴ Communication personnelle avec le Dr. Colleen O'Connell, MD, PMR, 31 janvier 2011.

⁵⁵ L'Institut Karolinska en Suède s'est efforcé de reconstruire une chronologie (Gerdin et Von Schreeb 2011).

Les délais pour l'arrivée des équipes médicales étrangères est un facteur essentiel de leur efficacité à sauver des vies. En Haïti, elles sont arrivées et ont été opérationnelles relativement rapidement (de 1 à 2 jours) en raison de la proximité des principaux prestataires. Dans les autres catastrophes examinées dans cette publication, elles sont arrivées bien plus tard (de 3 à 5 jours), ce qui a considérablement réduit leur impact.

Le moment de l'arrivée ou du déploiement suscite également des controverses. De nombreuses équipes ne communiquent que la première heure d'arrivée au point d'entrée dans le pays, donnant à penser qu'elles étaient opérationnelles à ce moment-là. On trouve souvent des déclarations telles que « Nous avons été en mesure de fournir des secours médicaux d'urgence, du personnel médical et d'établir le premier hôpital de campagne dans les 24 heures qui ont suivi le séisme » dans la littérature.⁵⁶

Des entretiens avec les autorités nationales et des experts internationaux suggèrent que les services concrets (soins) ont été fournis en réalité beaucoup plus tard. Cette présentation des faits plus transparente et plus pratique a été adoptée par certains des intervenants : « l'hôpital a commencé à fonctionner 89 heures après le séisme » (Bar-On et al 2011). Comme on l'a vu lors des catastrophes passées, les fournisseurs d'équipes médicales ne sont pas toujours entièrement transparents à cet égard.⁵⁷

Le nombre d'hôpitaux de campagne étrangers (HCE) présents à un moment ou à un autre est illustré au tableau 5.1.

Tableau 5.1 Installations sanitaires, y compris les hôpitaux de campagne étrangers (HCE) et les navires-hôpitaux opérationnels dans les départements touchés par le séisme en Haïti

| | |
|----------------------|---|
| 10 ^e jour | 40 installations de santé, y compris 8 HCE |
| 13 ^e jour | 48 installations de santé, y compris 12 HCE et 2 navires-hôpitaux |
| 15 ^e jour | un hôpital militaire part ; plusieurs autres planifient leur départ |
| 21 ^e jour | 2 navires-hôpitaux arrivent |
| 24 ^e jour | 91 hôpitaux (59 à Port-au-Prince, y compris 21 HCE) |

Source: Communiqué par le Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé.

C'est peut-être en Haïti qu'on a pu voir le plus grand nombre d'hôpitaux de campagne (terrestres ou sur un navire) fournissant une assistance. Contrairement à la situation au lendemain de la plupart des autres catastrophes où ces installations externes ont été sous-utilisées, les navires-hôpitaux travaillaient presque à pleine capacité en Haïti et ont remplacé fort utilement, quoiqu'à court terme, les installations du niveau secondaire et tertiaire perdues dans l'impact (ou qui faisaient défaut avant la catastrophe). En raison de l'effondrement de l'infrastructure de santé haïtienne, l'USNS Comfort est devenu la principale installation de niveau tertiaire.

Les spécifications pour les navires-hôpitaux pour lesquels des données sont disponibles sont indiquées au tableau 5.2.

56 La même question a été notée dans la promotion de la capacité des hôpitaux de campagne, où les courts délais de déploiement vont du statut « alerte », à « prêt », à « embarquement », ce qui est très différent du délai entre la demande et la fourniture effective des soins médicaux sur place.

57 À la suite du séisme de Bam (Iran), les installations et les équipes étrangères ont commencé à fournir des services plus de trois jours après l'impact. C'est-à-dire, 24 heures après que presque tous les cas de traumatisme aient été évacués par voie aérienne et répartis dans les 13 provinces du pays. Cela n'a pas empêché certains prestataires de prétendre dans des publications avoir réalisé des interventions de triage et de stabilisation des victimes.

Tableau 5.2 Navires-hôpitaux servant en Haïti après le séisme

| | Colombie ^a | France ^b | Mexique ^c | Espagne ^d | États-Unis ^e |
|---------------------------------|---|--|--|---|---|
| Navire | Cartagena de Indias | Sirico | Huasteco | Castilla | USNS Comfort |
| Date d'arrivée | 22 jan (10e jour) | 24 jan (12e jour) | 20 jan (8e jour) | 4 fév (23e jour) | 20 jan (8e jour) |
| Date de départ | 14 fév | 6 fév | s/o | 4 mai | 10 mars |
| Durée du séjour (jours) | 23 | 10 | s/o | 64 | 36 |
| Capacité | Polyvalent | 50 lits | Polyvalent / 25 lits | 70 lits | 50 lits en traumatologie ; 400 lits de soins intermédiaires, 500 lits de soins minimum |
| Blocs opératoires | 1 | 2 | 1 | 2 | 10-12 |
| Réanimation | Non | Non | s/o | 8 lits | 30 lits |
| Prescriptions | s/o | s/o | Oui | Non | Oui |
| Laboratoire | s/o | s/o | s/o | Oui | Oui |
| Nb. de personnes traitées | 200 | s/o | s/o | 7 568 | 869 |
| Nb. de procédures chirurgicales | 27 | 45 | s/o | 104 | 821 |
| Commentaires | 8 docteurs de l'hôpital de la marine de Cartagena | La marine française en partenariat avec un hôpital de campagne et une unité médicale avancée | Des professionnels médicaux de la marine mexicaine | Une unité sanitaire mobile à Petit Goâve fournissait les SSP et renvoyait les patients sélectionnés vers le navire, ce qui explique le grand nombre de patients traités | La U.S. Navy a coordonné les transferts de patients avec les installations de santé haïtiennes, internationales, et des ONG |

Note : Seuls les navires pour lesquels des rapports ou des sources d'information sont disponibles ont été inclus. « s/o » = information non disponible.

a Interview de Radio Santa Fe avec Guillermo Barrera.

b Site internet pour le navire Sirico : <http://tcd.siroco.free.fr/actualites2010haiti.htm>.

c Site internet pour la U.S. Navy: http://www.navy.mil/search/display.asp?story_id=50975.

d Revista Española de Defensa (2010).

e Galeckas (2011).

Quelques observations peuvent être formulées au sujet de ces navires :

1. Tous sont arrivés une semaine ou plus après le séisme ;
2. Le USNS Comfort était de loin le plus sophistiqué sur le plan technique ;
3. Deux navires sont restés plus de 30 jours.

Tous les navires ont développé leur propre système référant; souvent par l'entremise d'une seule institution (p. ex., le HUEH pour le USNS Comfort, le lycée français pour le navire français Sirico). Les équipes dans d'autres installations ne connaissaient pas nécessairement les critères utilisés par les navires-hôpitaux pour accepter les patients.

Outre les hôpitaux de campagne autonomes, un grand nombre d'équipes médicales étrangères (EME) ont construit leur propre capacité reproduisant presque celle des HCE,

la seule différence étant que les services étaient fournis dans des installations locales qui leur avaient été attribuées ou avaient été réquisitionnées.

Il a été difficile de concilier les données des déclarations internationales et des rapports ou interviews locaux sur le nombre d'EME. Il n'était pas possible d'opérer un suivi de toutes les EME, mais une reconstruction de ce qui s'est passé à l'hôpital universitaire, par exemple, illustre la situation sur de nombreux sites.

Un rapport du HUEH indique clairement que « l'aide importante et bienvenue des humanitaires étrangers est arrivée dans la soirée du 14 janvier avec deux urgentistes, puis trois autres sont arrivés le 15 janvier mais sans matériel ni médicaments ».⁵⁸

Des entrevues avec des intervenants internationaux et des responsables nationaux ne donnent pas toujours la même chronologie des événements, la différence dans certains cas n'étant que de 24 heures. Cependant, ces 24 heures peuvent faire la différence entre la vie et la mort pour certains patients. Ces différences sont importantes pour les homologues locaux : ils ont du mal à accepter les déclarations exagérées des équipes étrangères tout en ayant l'impression que leurs propres efforts et contributions sont minimisés ou ignorés. Cela est représentatif d'un sérieux problème de communication.

Les affirmations selon lesquelles les hôpitaux de campagne n'étaient pas opérationnels aussi rapidement que nécessaire ne suggèrent en aucune façon que la réponse a été différée ou que les choses ont progressé à un rythme tranquille. Compte tenu de toutes les contraintes logistiques, opérationnelles et politiques, le déploiement a été remarquablement rapide et massif, et cela en dépit des problèmes causés par la gestion militaire qui restreignait l'accès à l'aéroport.

Intégration des actifs étrangers avec les autorités locales

Le rythme de l'arrivée des EME et HCE s'est accéléré rapidement. Toujours selon l'exemple du HUEH :

*« Le soutien de l'unité d'urgence de l'Association des médecins haïtiens de l'étranger (AMHE) est arrivé le 16 janvier (4e jour) avec 60 personnes... [Cette association] mettra en place la première section de soins d'urgence post-traumatique à l'hôpital universitaire... Cette équipe apporte du matériel, des équipements et des médicaments comme la situation l'exige... Dix autres ONG, avec un total de 200 étrangers, se succéderont par roulements d'une ou deux semaines jusqu'à la fin mars ».*⁵⁹

Il ressort d'entretiens réalisés avec les autorités de l'hôpital et les acteurs internationaux que certaines des équipes non haïtiennes opérant au cours de la première semaine au HUEH auraient réquisitionné une partie des locaux, auraient recruté du personnel à l'extérieur de l'hôpital, et auraient refusé de laisser le personnel du HUEH jouer les rôles qu'elles considéraient comme les leur. Au lieu d'aider les autorités locales, elles les ont déplacées et ont pris le contrôle. Cette même situation a été signalée dans d'autres établissements en Haïti. Des entretiens et des rapports sur le tsunami de l'océan Indien

58 Dr. Alex Larsen (HUEH), (nd), Rapport au Ministre de la Santé Publique et de la Population. Le texte souligné figurait dans l'original.

59 Sous ce titre d'ONG, le rapport comprenait des équipes gouvernementales bilatérales telles que la coopération suisse pour le développement. Dr Alex Larsen (HUEH), (nd), Rapport au Ministre de la Santé Publique et de la Population.

et le séisme au Pakistan indiquent qu'il s'agit d'un problème courant au sein de la communauté humanitaire. Toutefois, ce problème se pose moins dans les pays plus grands dotés d'un gouvernement fort et où les institutions n'ont pas été directement touchées par l'événement.

La question de l'intégration du personnel national au sein des équipes étrangères est complexe. Dans les hôpitaux de campagne de type militaire entièrement équipés et bien implantés, faire de la place au personnel de santé local dans une équipe entraînée et homogène peut causer des problèmes. Cependant, l'intégration du personnel local de l'installation d'accueil devrait être moins difficile pour les équipes qui sont assemblées pour un événement spécifique ou pour celles qui travaillaient déjà dans le pays avant l'événement. La plupart des agences ont trouvé plus facile de recruter du personnel local sous leur autorité directe que de partager la gestion avec leurs homologues locaux.

La durée de la présence des équipes et des hôpitaux varie énormément : un hôpital de campagne militaire très spécialisés a été rapidement opérationnel, a effectué le triage et a traité les patients à la cadence la plus rapide possible et est parti après 10 jours. Certains, comme les navires-hôpitaux, sont arrivés plus tard, se sont spécialisés dans les cas les plus difficiles et sont restés plus longtemps. D'autres, comme l'hôpital de la Croix-Rouge, peuvent rester indéfiniment et être administré par les autorités locales. Cela est vrai dans le cas de certaines installations d'urgence temporaires qui sont construites encore mieux que les installations existantes de l'État qui étaient destinées à durer des années (par exemple, l'hôpital « conteneur » de MSF à Léogâne). C'est une question de choix et de décision stratégique du donateur, mais qui ne coïncide pas toujours avec les plans du Ministère de la Santé.

Cette diversité présente des avantages tant que, comme dans un orchestre, il existe une partition ou un plan directeur que tous suivent. Ce n'était pas le cas en Haïti. Chaque « musicien » a joué de son instrument aussi bien que possible avec la partition sélectionnée. Il n'est pas surprenant que le résultat en ait été une « cacophonie » (terme utilisé par Zanotti, 2010).

Contrôle de la qualité

La qualité et le professionnalisme de l'aide médico-chirurgicale semblaient être, de l'avis de la plupart des interlocuteurs, relativement satisfaisants compte tenu des circonstances. Il y a eu, bien entendu, des exceptions notables et des exemples d'éventuels comportements contraires à l'éthique. Mais ils étaient de loin l'exception. Comme l'a souligné l'expert de Handicap International qui s'est rendu dans 17 hôpitaux en deux semaines :

« Les soins administrés aux patients dans la plupart des cas semblaient appropriés compte tenu des ressources disponibles. Les moignons résultant d'amputations étaient enveloppés ; les patients ont été nourris et ont reçu de l'eau ; les fractures ont été traitées soit à l'aide de fixateurs externes (jusqu'à ce qu'il y ait pénurie de fixateurs) soit par immobilisation dans le plâtre ».⁶⁰

Le problème, c'est qu'il n'y a aucune norme ou mécanisme acceptés permettant de surveiller et d'évaluer la qualité de la traumatologie. Les opinions sont formulées sur la base d'observations occasionnelles et de conversations avec des collègues. Les pratiques repré-

⁶⁰ Communication personnelle, Colleen O'Connell, MD, dans un courriel sur ses constatations lors de son travail avec Handicap International.

hensibles ou douteuses n'ont pas été découragées ou pénalisées.⁶¹ Les opérations de secours demeurent le « Far West » de la médecine, où seuls les groupes les plus expérimentés et professionnalisés (militaires, Croix-Rouge, MSF, entre autres) ont élaboré leurs propres lignes directrices, normes et procédures. Cette situation n'est pas spécifique à Haïti, mais se retrouve généralement dans toutes les crises où l'assistance est apportée massivement.

Des changements s'imposent, comme l'explique avec éloquence un article rédigé par plusieurs experts de MSF (Chu et al., 2001) :

« Alors qu'un nombre croissant d'acteurs participent désormais à la prestation de soins chirurgicaux humanitaires, la nécessité d'établir un cadre de la qualité chirurgicale devient plus pressante. La qualité des soins chirurgicaux peut être régulée grâce à une combinaison de structures, processus et de mesures de résultats qui pourrait inclure des normes minimales pour une chirurgie sûre, le déploiement de chirurgiens et d'anesthésistes convenablement formés pour ces situations, des protocoles d'évaluation préopératoire, la prise en charge péri-opératoire et les soins postopératoires et des bases de données normalisées pour répertorier les infections postopératoires et les taux de mortalité. Une simple liste de contrôle pour chaque patient peut être utilisée afin d'assurer le respect de ces procédures. Normaliser la collecte de données peut aider à évaluer la prestation chirurgicale ».

Comme les auteurs l'ont noté dans leur article, il peut y avoir une résistance à l'adoption de telles mesures.

Triage des victimes en grand nombre

- Une forme de triage a été utilisée par la plupart des équipes médicales étrangères. Contrairement aux autres catastrophes, il n'y n'avait pas d'alternative en Haïti car le nombre de victimes attendant sur les marches des cliniques ou des hôpitaux dépassaient largement les ressources disponibles.
- Les critères de triage variaient énormément. Le but était de maximiser l'utilisation des ressources et la capacité de chaque prestataire de soins de santé.

Le concept de triage a vu le jour en France à la fin du XVIII^e siècle.⁶² Il est axé principalement sur les situations de victimes en très grand nombre où un processus systématique de tri visait à définir des priorités en matière de soins afin de sauver le plus grand nombre de vies possible.

Le triage n'est pas un concept unique. Aujourd'hui, il y a au moins deux scénarios différents au cours desquels le triage est appliqué : 1) sur les lieux de l'événement ayant fait un grand nombre de victimes, également appelé soins préhospitaliers et 2) dans les établissements de soins de santé.

Dans le premier cas, la communauté des premiers secours sélectionne les blessés qui seront prioritaires pour la stabilisation primaire et le transport vers un établissement de santé. Des premiers soins médicaux peuvent être prodigués dans un poste de santé avancé sur le site de la situation d'urgence. Cela ne s'applique qu'aux situations de pertes massives localisées où un centre de commandement médical peut être mis en place. Son efficacité réside dans

61 Aucune suite n'a été donnée aux rapports faisant état d'un groupe de religieux étranger contactant les patients dans les hôpitaux pour les convaincre de chercher la guérison par le biais de rituels plutôt que par des traitements médicaux.

62 Robertson-Steel (2006) déclare que le Baron Jean Dominique Larrey, chirurgien en chef de la garde impériale de Napoléon, a été le tout premier à appliquer un processus de triage vers 1792.

le nombre limité de patients et le contrôle des transports/envois par les établissements d'accueil. Le dilemme consiste à déterminer qui sera traité en premier ou dernier.

Dans les installations de soins de santé, les personnes blessées sont parvenues jusqu'aux hôpitaux et établissements de santé (ou jusqu'à leur emplacement si ces installations ont été détruites). Elles sont souvent accompagnées de proches qui s'expriment haut et fort pour exiger des soins. Contrairement à ce qui se passe au cours de situations normales, où la gravité de l'état du patient détermine la priorité des soins, en cas de catastrophe, le déséquilibre entre la demande et les ressources disponibles font que les prestataires de soins doivent tenir compte non seulement de la gravité de l'état du patient, mais aussi d'autres critères tels que le pronostic et le bénéfice que les mesures prises (soins et/ou transport en fonction des capacités disponibles) offriront au patient. Ceux qui présentent un mauvais pronostic (qui vont probablement décéder, dans la plupart des cas) ou ceux qui ne subiront pas de dommages irréversibles si les soins sont retardés, sont placés en liste d'attente ou se voient refuser l'accès à l'installation.

Le triage doit donc être plus rigoureux et plus sélectif à mesure que l'ampleur de la catastrophe augmente et que la disparité entre les besoins et les capacités et ressources s'accroît. Le dilemme dans ce scénario subsiste : qui va être traité ? C'est une chose que les patients et leurs proches ont du mal à comprendre et accepter.

Pendant plus de 72 heures en Haïti, le processus de transport des blessés a été massif, spontané et chaotique. Les hôpitaux et centres de santé étaient entourés de blessés et de cadavres acheminés par la population. Alors que les établissements de santé locaux n'étaient pas préparés pour une utilisation systématique du triage, la plupart des équipes et hôpitaux étrangers avaient certains critères pour le triage des patients qu'ils accepteraient. Le tableau 5.3 illustre ce point avec les résultats de trois hôpitaux.

Transport des blessés



Tableau 5.3 Expériences de triage dans divers établissements de santé après le séisme en Haïti

| | Établissements de santé locaux appuyés par MSF | Hôpital de campagne (Forces de défense israéliennes) | Navire-hôpital (USNS Comfort) |
|--|--|--|--|
| Période de performance | Opérationnels en Haïti avant le séisme et continuent d'être présents en Haïti ^a | A démarré le 4e jour et a continué pendant 10 jours | A démarré le 8e jour et a continué pendant 40 jours |
| Critères d'acceptation des patients | « Immédiatement après le séisme...il n'était pas possible... d'effectuer un triage systématique en raison du nombre si élevé de personnes blessées affluant vers l'hôpital » (MSF 2011) ^b | Patients gravement blessés (y compris présentant des blessures ouvertes et infectées) ; les patients devant recevoir un traitement de courte durée (de 24 à 48 heures) ; et les patients qui avaient simplement été secourus par l'USAR (Merin et al., 2010) ^c | Seulement les patients dont les blessures étaient liées au séisme (p. ex., blessures des extrémités compliquées, cas obstétriques et blessures maxillo-faciales) (Etienne et al., 2010 ; Auerbach et al. 2010) |
| Critères de refus de soins | Aucun patient n'a été rejeté. Certains des patients ont été référés à Saint-Domingue pour recevoir un traitement avancé et certaines brûlures graves blessures ont été référées à l'USNS Comfort | Les patients atteints de lésions cérébrales ; paraplégie secondaire à des blessures de la moelle épinière ; ayant un faible score de Glasgow. Dans un premier temps les soins aux patients présentant des blessures d'écrasement ont été refusés, mais ce critère a changé une semaine plus tard quand du matériel de dialyse est devenu disponible. | Les patients moins grièvement blessés qui pouvaient être traités dans d'autres établissements de santé à Port-au-Prince Cas non acceptés incluaient : les fractures du bassin, les traumatismes crâniens fermés, les lésions de la moelle épinière complètes et les cas nécessitant une assistance ventilatoire (Auerbach et al., 2010) |
| Patients traités | 5 707 grandes interventions chirurgicales (premier mois : 2 386 ; deuxième mois : 1 902 ; troisième mois : 1 419) | 1 100 patients traités 242 interventions chirurgicales sous anesthésie ont été réalisées sur 205 patients | 821 interventions chirurgicales sur 446 patients (Ray et al., 2010) |

a Deux des trois structures de santé de niveau secondaire opérées par Médecins Sans Frontières à Port-au-Prince ont été détruites ; une seule installation d'urgence était toujours fonctionnelle.

b Quelques heures après le séisme, plus de 400 patients grièvement blessés et des mourants sont arrivés en même temps. Le personnel s'est consacré principalement à panser les blessures mineures, à essayer d'organiser un triage et à pratiquer immédiatement les procédures chirurgicales pour sauver des vies et à fournir des soins de fin de vie.

c Les patients souffrant de blessures légères (patients ambulatoires) et les femmes enceintes ont été référés en interne vers d'autres départements.

Étant donné les lacunes dans la gestion de l'information, il est impossible d'établir le nombre de blessés, le nombre de patients acceptés et le nombre de patients rejetés pour des blessures jugées trop graves, et plus difficile encore d'estimer la morbidité et la mortalité ultérieures. Dans ce scénario, il est donc très difficile de déterminer l'efficacité des techniques de triage mises en œuvre dans le nombre de vies sauvées.

En revanche, le triage a clairement permis une meilleure utilisation des installations opérationnelles très rares. Les blocs opératoires et le temps des chirurgiens ont été optimisés dans la plupart des cas. Il convient de souligner que la chirurgie n'est que l'une des étapes essentielles du processus de traitement.

Les équipes indépendantes ont amélioré leur propre performance, mais il s'agit de résultats initiaux et axés sur les installations.⁶³ Le succès d'une équipe pourrait impliquer l'échec d'autres équipes qui n'étaient pas équipées pour fournir des soins post-

63 Gouvernement d'Israël (2010), « Triage dans les situations de victimes en grand nombre » [non-publié]

pératoires ou des patients référés avec l'augmentation de la morbidité et la mortalité en résultant. L'impact du triage devrait également être considéré au sein d'un réseau de soins de santé qui partage des informations, des ressources et des capacités.

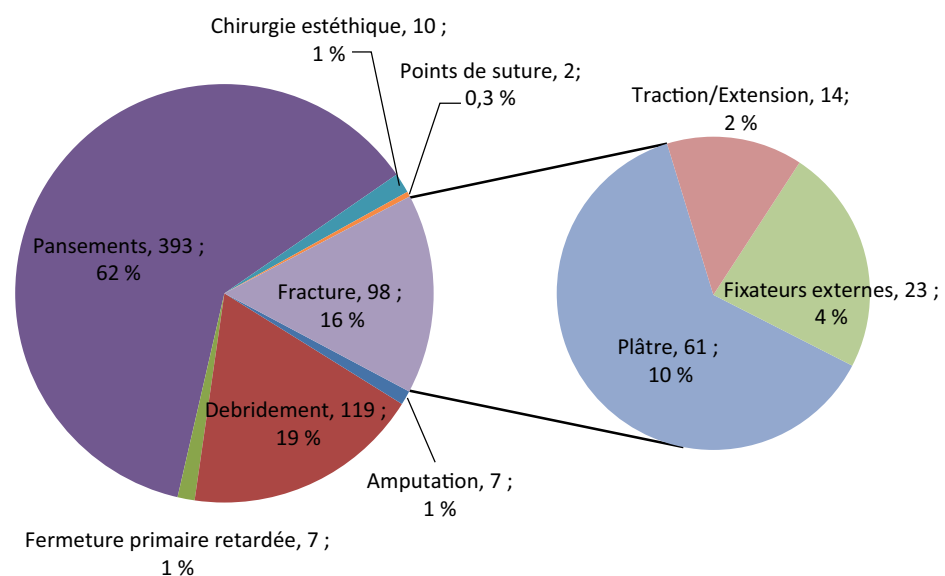
En Haïti, il manquait une vision globale du flux des blessés.

Les questions et les approches chirurgicales

Le séisme du 12 janvier a donné lieu à de nombreux articles scientifiques examinés par des pairs.⁶⁴ Un grand nombre de ces articles portent sur le caractère adéquat des diverses techniques pour l'anesthésie ou la chirurgie, sujets qui ne sont pas couverts par la présente publication. D'autres thèmes comprennent les progrès réalisés dans la gestion électronique des dossiers médicaux et l'enregistrement des patients dans des conditions d'urgence, l'utilisation de laboratoires de pointe, les technologies de diagnostic au point de service, l'utilisation de dispositifs diagnostiques portatifs (échographie par exemple).⁶⁵ Le potentiel des technologies robustes et testées sur le terrain est important pour les soins médicaux lors de catastrophes futures dans les pays pauvres.

Plusieurs articles ont été publiés qui ventilent les cas en fonction de la pathologie, mais peu donnent des détails sur le type de procédures ou de traitement. Les figures 5.2 et 5.3, qui montrent les interventions chirurgicales et orthopédiques à l'hôpital universitaire et dans les installations de MSF, illustrent ce qui semble être un modèle courant au cours des premières semaines suivant le séisme.

Figure 5.2 Caractéristiques des interventions de traumatologie au HUEH, Haïti, janvier–février 2010

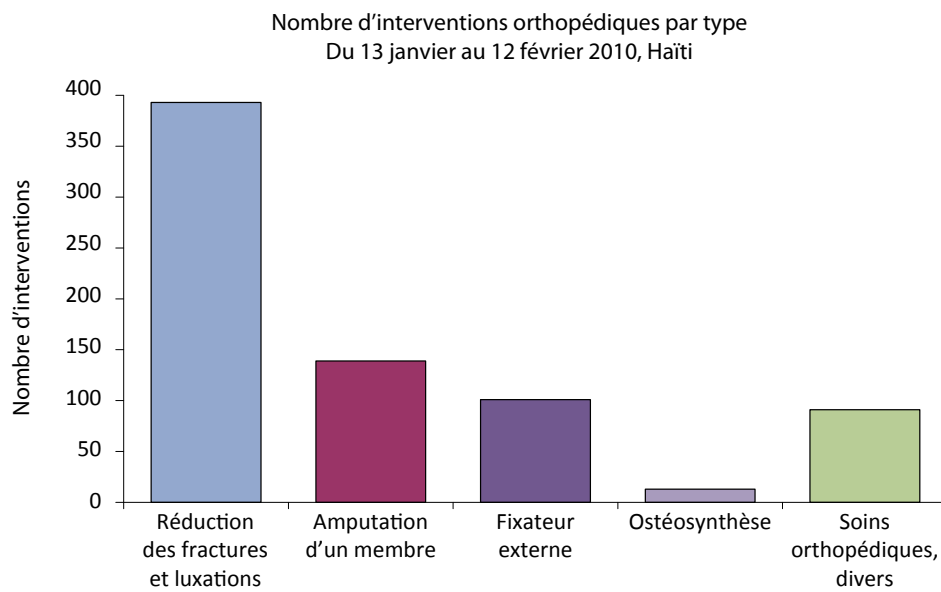
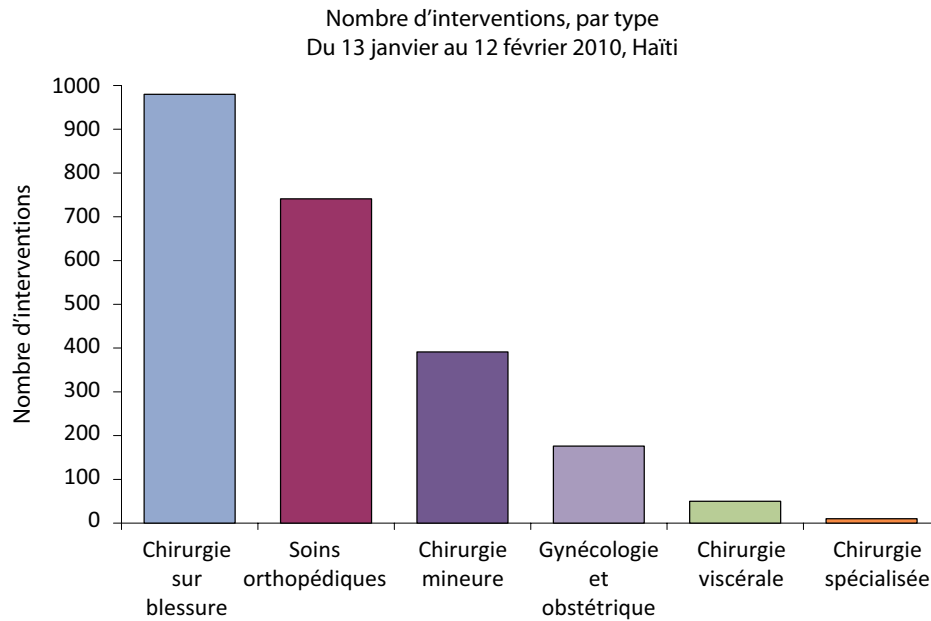


Source : Adapté des données officielles communiquées par la Swiss Development Corporation. Reproduit avec son autorisation

⁶⁴ En août 2011, une recherche Medline sur le séisme en Haïti a produit 280 titres.

⁶⁵ L'utilisation de la technologie de la santé dans la réponse humanitaire a fait l'objet d'un sommet d'un jour entre les experts civils et militaires et les ONG. Baltimore, Maryland, 29 septembre 2010.

Figure 5.3 Interventions chirurgicales et orthopédiques réalisées dans les installations de MSF



Source : Axelle Ronse, Médecins sans frontières, « Réponse chirurgicale au séisme de 2010 en Haïti » (présentation PowerPoint). Utilisé avec autorisation.

Quatre pathologies médicales exigent une attention particulière : le syndrome d'écrasement avec son insuffisance rénale mortelle, les lésions de la moelle épinière (LME), les amputations et, plus généralement, les fractures. Il est intéressant de noter que la prolifération générale des agences humanitaires a également provoqué l'émergence de partenaires nouveaux ou de plus en plus proactifs qui offrent une expertise hautement spécialisée et une assistance pour certaines de ces pathologies.

La « catastrophe rénale »

L'expression « catastrophe rénale » utilisée dans un article scientifique sur le syndrome d'écrasement (Sever, Lameire, Vanholder 2009) illustre le potentiel de perte de vies humaines en raison de lacunes dans le diagnostic et le traitement des cas graves de syndrome d'écrasement. Comme l'ont noté ces mêmes auteurs : « même si un grand nombre de patients présentant cet écrasement peuvent survivre les premières heures ou même les premiers jours jusqu'au sauvetage, le décès sera inévitable pour la plupart d'entre eux une fois qu'ils auront été sortis des décombres si des mesures d'urgence pour la prévention de [lésions rénales aiguës] LRA... ne sont pas prises. »

Les patients atteints du syndrome d'écrasement et, par extension, les victimes rénales sont habituellement ignorés ou négligés. « Ils sont généralement perçus comme constituant un groupe relativement mineur nécessitant des mesures thérapeutiques complexes et exigeantes et sont rarement inclus dans les plans gouvernementaux ou locaux élaborés pour faire face aux catastrophes » (Sever, Lameire, Vanholder 2009). Des enquêtes informelles et empiriques réalisées par l'OPS/OMS, lors des catastrophes passées en Amérique latine ont montré un manque de sensibilisation à cette pathologie. Soit les tremblements de terre en Amérique latine n'ont pas occasionnés de nombreux syndromes d'écrasement soit cette pathologie a été sous diagnostiquée.

L'équipe de secours pour les catastrophes rénales (« Renal Disaster Relief Task Force » ou RDRTF) de la société internationale de néphrologie a été créée pour fournir des soins spécialisés (y compris de dialyse) à ce groupe spécial de patients. Forte sur le plan de l'expertise mais faible sur la logistique et les compétences opérationnelles, cette équipe travaille en partenariat avec MSF.

Un centre de dialyse doté de huit unités était opérationnel en Haïti le 5^e jour, à temps pour éviter des décès (qui se produisent généralement entre le 4^e et 10^e jour après le traumatisme).⁶⁶ Les efforts déployés par l'équipe de secours pour faire connaître sa disponibilité et son expertise aux autres partenaires médicaux à Port-au-Prince étaient limités. En particulier, ils ne participaient pas régulièrement aux réunions de coordination et par conséquent, ils n'ont pas reçu un grand nombre de patients référés dans leurs installations (seulement 19). Parmi les nombreuses annonces importantes de services disponibles publiées dans le Bulletin du Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé, il n'a pas été fait mention du syndrome d'écrasement ni des ressources existantes pour le diagnostic (y compris les dispositifs de laboratoire au point de service) et le traitement. Du fait que cette équipe n'a pas participé aux réunions du Groupe de Responsabilité Sectorielle, une installation qui pouvait accueillir jusqu'à 200 patients a fonctionné à 20 % de sa capacité.⁶⁷

Comme cela était expliqué dans une lettre de cette équipe au rédacteur en chef de *Lancet*, l'une des principales leçons qu'elle a tirées de la catastrophe en Haïti est la néces-

⁶⁶ Les décès immédiats une fois les victimes sorties des décombres sont causés par l'hyperkaliémie.

⁶⁷ Il n'existe pas de données sur le nombre de syndromes d'écrasement non traités en Haïti, on estime qu'il représente plusieurs fois la capacité de 200 patients du centre de dialyse.

sité d'améliorer la communication inter-agence (Vanholder et al., 2010). Dans ce cas particulier, il aurait été rentable d'affecter à temps plein un technicien/agent de liaison pour participer aux nombreuses réunions. C'est un exemple où l'on peut démontrer que la participation à des réunions de coordination aurait sauvé plus de vies.

Une autre observation porte sur la nécessité d'une étiquette et d'une surveillance médicale spéciales pour les patients sous dialyse périodique. Lorsqu'ils étaient mélangés aux autres patients, les médecins traitants et même les visiteurs médicaux bénévoles d'autres groupes leur prescrivaient des traitements incompatibles avec la dialyse ou sélectionnaient même ces patients pour un transfert immédiat vers d'autres installations.⁶⁸

Lésions de la moelle épinière (LME)

Avant le séisme, on estimait que le taux de survie à moyen terme des patients haïtiens souffrant de lésions de la moelle épinière était quasiment nul. À la suite de cette catastrophe, plus de 150 cas de ce type sont parvenus jusqu'aux installations médicales, passant par ou contournant le système de triage conçu pour sélectionner les patients ayant les meilleures chances de survie au coût le plus bas en ressources médicales, critère auquel les LME ne répondent pas. Lors des catastrophes passées, dans les pays sous-développés médicalement, le pronostic de ces patients aurait été mauvais.

En Haïti, un plaidoyer pour l'action a été publié tôt dans des journaux professionnels (éditoriaux, commentaires invités et forums). Des appels pour obtenir des spécialistes et les physiothérapeutes ont été lancés et entendus. Plusieurs groupes ont consacré des ressources spéciales à ces cas. Parmi eux se trouvaient le Project Medishare de l'Université de Miami, qui comprenait une unité de soins de la moelle épinière dans son hôpital sous tente (Ginzburg et al 2010 ; Wang 2010) ; la Haiti Hospital Appeal,⁶⁹ une petite ONG qui a transformé son installation pédiatrique qui allait ouvrir en centre de réadaptation pour adultes pouvant accueillir jusqu'à 22 LME (Landry et al 2010a ; Stephenson 2011) ; Healing Hands for Haiti International, une ONG bien établie spécialisée dans la réadaptation ; et enfin, le navire-hôpital de la marine américaine, l'USNS Comfort (Landry et al 2010a ; Burns et al., 2010). Par la suite, d'autres organismes comme l'Institut de réadaptation de Toronto ont apporté une aide spécialisée dans les lésions de la moelle épinière.

Alors qu'une lésion de la moelle épinière condamnait auparavant pratiquement le patient à mort en l'espace de quelques années, les patients en Haïti reçoivent maintenant des soins plus appropriés. C'est un domaine où la catastrophe a déclenché une amélioration permanente des services de santé.

Traitement des fractures

Comme l'ont noté les médecins travaillant avec Handicap International (O'Connell et al., 2010, 8), les fractures étaient le diagnostic le plus courant :

« Tous les modes de prise en charge des fractures ont été signalés, notamment : la traction, la réduction fermée, la réduction ouverte, la fixation interne, le fixateur externe, le plâtre et attelle et plâtre complet sur la cir-

68 Dans les premières semaines, il n'était pas rare que des médecins étrangers se rendent à plusieurs reprises dans un établissement de santé pour examiner un patient en particulier et donnent des instructions au personnel de soins infirmiers local de cet établissement.

69 Voir www.haitihospitalappeal.org.

conférence. Le manque de capacité d'imagerie dans de nombreux établissements a limité les capacités diagnostiques, et les médecins ont noté que certaines fractures ont dû être diagnostiquées par palpation uniquement. D'autres centres ont manqué de film et d'agents de traitement, ce qui a entraîné des restrictions semblables ».

En raison de cette situation, des mois après le séisme, un grand nombre de fractures ont dû être réopérées pour réaligner les os.

Une question encore débattue par les professionnels de l'urgence porte sur l'utilisation de fixateurs externes par rapport aux fixations internes, ces dernières exigeant des conditions stériles d'opération qui existent rarement en cas de catastrophe (Lebel et al., 2011).

Amputations

Les amputations peuvent sauver des vies, mais elles menacent aussi la vie sociale et la survie économique des patients. Il s'agit d'une procédure qui ne devrait pas être réalisée à la légère. Les services de réadaptation et de soutien sont inférieurs à la norme en Haïti, comme dans de nombreux pays. Les personnes handicapées quels que soient la cause de leur handicap et leur statut antérieur, sont rejetées par la société. Elles sont considérées comme « punies par Dieu pour leurs péchés » et sont cachées à la maison.⁷⁰ Une amputation est assortie d'un coût social et humain très élevé.

⁷⁰ « Dans un pays où 10 % de la population est handicapée, vous pourriez y passer une semaine sans jamais voir un seul handicapé », a déclaré Josué Joseph, porte-parole pour le Secrétariat haïtien pour l'intégration. Consulté sur : www.terraviva.com/afp/100609015616.nv60byyh.html, juin 2010.

Soins post-opératoires



Après le séisme au Pakistan en 2005, des préoccupations non publiées concernant d'éventuelles amputations non nécessaires avaient déjà vu le jour. Dans les interviews sur place, des équipes médicales présentaient apparemment le nombre élevé d'amputations faites dans des conditions difficiles sur le terrain comme autant d'indications de l'héroïsme de leur intervention.

En Haïti, cette question a été rendue publique à la suite du rapport préliminaire d'Handicap International, qui projetait le nombre de personnes amputées à de plus de 2 000, voire jusqu'à 4 000.

Par la suite, ce chiffre a été ramené à une fourchette comprise entre 1 200 et 1 500. À titre d'illustration, MSF, le plus grand fournisseur de soins chirurgicaux d'urgence au cours des premières semaines, a déclaré avoir effectué 173 amputations sur un total de 147 patients (16 de ces patients ont subi de multiples interventions, portant parfois sur deux membres différents). Les équipes médicales à la frontière avec la République dominicaine ont signalé 217 amputations.

Comme indiqué dans l'enquête préliminaire réalisée par Handicap International (O'Connell et al., 2010), un grand nombre de raisons expliquent pourquoi des amputations sont réalisées, notamment : comme intervention primaire pour des blessures graves complexes et des fractures rendant le membre non viable ou en tant que « traitement secondaire pour des plaies infectées, le syndrome des loges et des fractures mal traitées ».

Les techniques d'amputations ont également mises en question. L'utilisation de la technique appelée « de la guillotine » garantit la nécessité d'interventions répétées, correctives sur le moignon afin d'adapter la prothèse. Cette technique est beaucoup plus rapide (elle prend quelques minutes au lieu de plusieurs heures) et n'exige pas de grandes compétences ni beaucoup d'instruments. Le traitement conservateur d'infections sévères nécessite des soins infirmiers qui sont longs et soutenus (or le personnel infirmier est une profession sous-représentés dans la réponse humanitaire), et son succès est loin d'être certain. La plupart des interlocuteurs ont reconnu que face à une charge de travail extrêmement lourde et au manque d'installations adéquates, souvent il n'y avait pas de meilleure option que d'amputer un membre qui aurait pu être sauvé dans des établissements mieux équipés (suivant le principe de triage afin de maximiser les avantages).

Le niveau d'amputation est primordial pour les indications en matière de prothèse. Dans 107 cas revus par Handicap International, les amputations au-dessus du genou représentaient la plus grande proportion des amputations des membres inférieurs (63 %) contre 37 % pour les amputations au-dessous du genou (voir tableau 5.4). Les données sont insuffisantes pour effectuer une comparaison avec d'autres catastrophes.



Patient avec des fixateurs externes

Photo : OPS/OMS, Victor Arscain

Tableau 5.4 Niveau d'amputation chez les patients blessés lors du séisme en Haïti

| Niveau d'amputation | Nb. | Pourcentage de personnes amputées |
|---------------------|------------|-----------------------------------|
| Au-dessous du genou | 27 | 25 % |
| Au-dessus du genou | 46 | 43 % |
| Membre supérieur | 17 | 16 % |
| Non précisé | 17 | 16 % |
| Total | 107 | 100 % |

Note : Données de Handicap International (O'Connell et al. 2010).

La publicité autour de ce problème présentait certains avantages pour la population et a permis de tirer quelques leçons :

1. Tout d'abord, il est crucial de répertorier centralement le nombre d'amputations, de surveiller l'utilisation de cette procédure et de revoir ses indications ;
2. Une étape clé du développement des systèmes de santé locaux est la mise en place d'une surveillance des résultats chirurgicaux. Cette surveillance peut optimiser le suivi des patients et favoriser la responsabilité professionnelle pour le traitement des patients amputés dans le cadre de catastrophes et d'urgences humanitaires (Knowlton et al., 2011) ;
3. Le nombre de personnes amputées n'est pas le même que le nombre de ceux qui veulent des prothèses ou en ont besoin. En effet, certaines amputations peuvent ne pas être adaptées au port de prothèses et certaines personnes amputées pourraient préférer tirer parti de leur handicap. En 2010, Healing Hands for Haiti s'est associée avec Handicap International pour fournir quelque 500 prothèses. Environ la moitié des bénéficiaires avaient subi des amputations avant l'impact ;
4. Cette intervention devrait exiger une seconde opinion médicale et, lorsque cela est possible, le consentement éclairé du patient. C'était la procédure standard pour la plupart des équipes médicales en Haïti, mais pas pour toutes ;
5. Enfin, des spécialistes en réadaptation doivent intervenir tôt dans le traitement, dans l'idéal avant l'amputation et doivent informer l'équipe chirurgicale des considérations liées aux prothèses. Des spécialistes de la santé mentale doivent être inclus pour aider le patient à se réintégrer dans la communauté.

Chirurgie reconstructive

La reconstruction chirurgicale de blessures graves n'est que rarement abordée lors de la phase de première réponse lors de séismes. En Haïti, ce service spécialisé a été disponible mais son offre restait inférieure à la demande en dépit du niveau massif de ressources déployées pour cet événement. La contribution apportée pour traiter les survivants souffrant de blessures craniofaciales qui exigeaient des procédures complexes et multiples pour obtenir des résultats optimaux a été plutôt remarquable. Grâce aux installations modernes sur l'USNS Comfort, 34 cas ont pu être améliorés, exigeant pour cela 93 interventions chirurgicales craniofaciales. La durée moyenne d'hospitalisation pour ces patients a été de 17 jours (allant de 5 à 38 jours) (Ray et al. 2011). Ces interventions chirurgicales ont également été réalisées dans un hôpital de campagne brésilien.

La proximité avec les territoires d'Amérique du Nord et français, la présence des installations de la MINUSTAH et la mobilisation très rapide de certaines autres installations militaires ont été des facteurs clés conduisant à une qualité de soins de chirurgie orthopédique et reconstructive d'un niveau rarement constaté lors de catastrophes survenues dans des endroits plus éloignés.



Soins postopératoires, patients référés et évacuations médicales étrangères

- Dans la plupart des catastrophes, il y a beaucoup plus d'aide pour les soins chirurgicaux que pour les soins ultérieurs aux patients chirurgicaux : trop de médecins et pas assez de personnel infirmier.
- La procédure visant à référer les patients aux différents niveaux de soins a été entravée par des contraintes logistiques, mais surtout par un manque d'information sur les services spécialisés et l'espace disponible ainsi que les procédures et les critères applicables pour référer les patients.

Les soins postopératoires ont posé problème dès les premiers jours de la réponse jusqu'à tard durant la phase de récupération. En moins d'une semaine, ils sont devenus l'une des priorités majeures. L'ensemble des hôpitaux de campagne étrangers et des équipes médicales ne traitaient pas cette question de la même manière.

L'un des hôpitaux de campagne les plus actifs a appliqué strictement le principe de triage afin de tirer pleinement parti de ses ressources chirurgicales. La rotation des patients a été optimisée et les patients faisaient l'objet d'un triage pour parvenir à l'utilisation la plus efficace des blocs opératoires. Les patients ayant subi une intervention chirurgicale sortaient en moyenne, moins de 39 heures après la procédure.⁷¹ Aucune disposition n'a été prise pour les soins postopératoires, qui n'étaient pas considérés comme faisant partie des fonctions de cette installation.

Les hôpitaux de campagne se concentraient sur ce qu'ils faisaient de mieux, et ce pour quoi ils étaient équipés : fournir des soins chirurgicaux immédiats ou différés. Le suivi et les soins postopératoires qui prenaient beaucoup de temps devaient être fournis par des installations ou des équipes moins sophistiquées. Malheureusement, ces installations n'étaient pas disponibles ou elles étaient surchargées. Bien qu'on ne dispose d'aucunes données sur l'impact de cette situation sur l'état de santé des patients, des doutes ont été exprimés au sujet de cette approche compte tenu des conditions qui prévalent en Haïti : c'est-à-dire l'absence de coordination efficace entre les acteurs, et les autorités sanitaires locales qui n'étaient pas en mesure d'assumer un leadership fort. La plupart des composantes du système de réponse médicale ont travaillé efficacement, mais indépendamment les unes des autres, occasionnant ainsi de graves problèmes dans l'ensemble de la chaîne de soins complets. Il y a beaucoup d'exemples d'excellence, mais il s'agissait de « bulles » d'excellence qui n'étaient pas interconnectées (voir encadré).

Les soins postopératoires sont une activité qui exige beaucoup de temps et un nombre important de personnel auxiliaire, personnel infirmier en particulier. On ne constate pas de manque d'intérêt et de dévouement de la part de cette profession, comme on l'a clairement vu en Haïti.⁷² Après le tremblement de terre au Pakistan et le tsunami de l'océan

71 Gouvernement d'Israël, 2010 (non publié).

72 Sur les 280 articles enregistrés dans la base de données Medline de la U.S. National Library of Medicine (l'auteur ayant fait des recherches en utilisant les mots-clés « séisme en Haïti » le 7 août 2011), 43 portaient sur le soutien en soins infirmiers apporté à Haïti ou avaient été publiés dans un Journal de soins infirmiers.

Indien, le personnel infirmier était aussi en nombre insuffisant, par rapport au nombre de médecins bénévoles. Il y a souvent une pénurie chronique de personnel infirmier dans les pays donateurs et dans les établissements qui envoient des bénévoles.

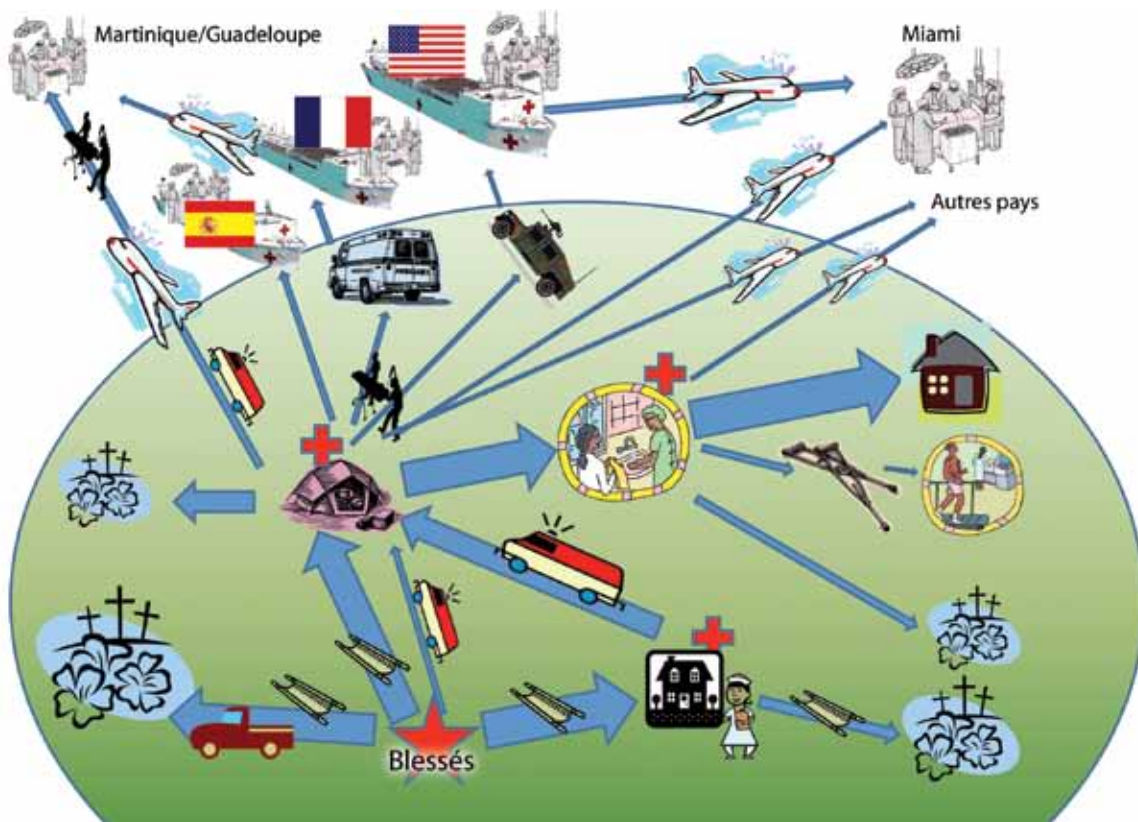
Un partenariat fructueux fournit des soins postopératoires

Un partenariat couronné de succès est celui qui a été mis en place entre un hôpital à Jimaní (hôpital Buen Samaritano), une ONG en Haïti (Love a Child) et l'OPS/OMS. Il offre un modèle pour la planification du suivi des patients.

- Dès le 3^e jour, la pression sur les installations médicales dominicaines ont clairement souligné la nécessité d'organiser des soins postopératoires, de préférence en Haïti.
- Le 4^e jour, le Ministère de la Santé dominicain et l'OPS/OMS ont contacté des ONG implantées à Fond Parisien, du côté haïtien de la frontière, pour envisager la mise en place d'une installation qui accueillerait les patients des services chirurgicaux ayant quitté l'hôpital et leurs familles. Une école conçue pour 400 étudiants et gérée par Love a Child a été identifiée comme installation de première ligne pour le traitement postopératoire de patients provenant des installations locales et dominicaines.
- Au cours des jours suivants, des équipements, des matelas et d'autres fournitures ont été fournis par le Ministère de la Santé dominicain et l'OPS/OMS.
- Le 8 jour, l'établissement a reçu ses 65 premiers patients.
- Le 9^e jour, hôpital Eau de vie de Fond Parisien a été évalué et renforcé pour servir d'installation de réserve, au cas où les 400 lits de l'école utilisée seraient insuffisants.

Transformer une idée en une réalisation concrète en l'espace d'une semaine est une réalisation remarquable, rendue possible par un partenariat informel entre un gouvernement, une ONG et une organisation des Nations Unies, sans entrave due à des obstacles bureaucratiques.

Flux des patients: évacuation, patients référés, soins postopératoires



Patients référés

Les soins postopératoires ne constituent qu'un aspect de la question plus vaste relative à la façon de référer les patients entre les installations.

Le flux des patients entre les niveaux de soins a été particulièrement problématique en Haïti. Les problèmes allaient du manque de transport au manque de connaissances sur les options possibles.

Les équipes médicales fournissant des soins primaires ou secondaires ignoraient souvent la capacité potentielle des installations plus sophistiquées. Une pression énorme dans le travail a considérablement limité la communication entre les équipes médicales et les hôpitaux. Ils étaient peu nombreux à pouvoir consacrer du personnel aux nombreuses réunions de coordination. La sous-utilisation de la capacité de dialyse mentionnée plus tôt n'en est qu'un exemple.

Un témoignage d'un expert en traumatologie est révélateur :

« La plus grande difficulté tenait à l'absence d'un plan clair transmis à tous les intervenants/groupes, expliquant qui était en mesure de gérer quoi et comment référer et transférer les patients. Les lésions de la moelle épinière en sont un bon exemple. D'après mon expérience, dans de nombreux sites où les patients souffrant de lésions de la moelle épinière ont été identifiés (souvent allongés sur des matelas dans les rues et les parkings, ou même sur des plaques de contreplaqué les médecins et infirmières qui

s'occupaient d'eux ne savait pas où les envoyer. Je me suis rendu sur de nombreux sites, et je savais lesquels acceptaient des patients LME et j'ai pu aider dans l'organisation du triage, ainsi que pour référer et transporter les patients quand j'ai « découvert » des patients LME sur d'autres sites. Il s'agissait d'une approche très ponctuelle et même dans les centres qui acceptaient des patients LME, si la « mauvaise » personne était au triage lorsque le patient LME arrivait, il pouvait être refoulé. »⁷³

Ce n'est que quatre semaines après l'impact qu'une liste d'une page des ressources pour référer les patients a été mise à disposition. Cette liste donnait les noms et parfois les adresses des services spécialisés comme pour le traitement des brûlures, la chirurgie pédiatrique, la dialyse, la neurochirurgie, l'ophtalmologie, la chirurgie cranio-faciale, les évacuations médicales ou simplement l'obstétrique, un besoin souvent négligé dans un environnement axé sur la traumatologie. Lors des catastrophes à venir, l'une des premières priorités devrait consister à diffuser une liste des installations vers lesquelles référer les patients.

Les problèmes ne se limitaient pas aux patients référés du niveau inférieur au niveau tertiaire, mais aussi l'inverse. Le navire-hôpital USNS Comfort a trouvé difficile d'identifier les établissements qui pouvaient accueillir ses patients qui avaient besoin de soins moins spécialisés mais d'un suivi à plus long terme.

73 Communication personnelle avec le Dr. Colleen O'Connell, MD, PMR, 31 janvier 2011.



Évacuations médicales à l'étranger

L'évacuation à l'étranger devrait être une option de dernier recours adoptée avec prudence et sous une stricte supervision des services de santé nationaux. La préférence doit plutôt aller au renforcement de la capacité des homologues locaux.

Contrairement aux catastrophes en Indonésie, au Sri Lanka, au Pakistan et en Iran (tremblement de terre de Bam), en Haïti il n'y n'avait pas d'installation de réserve vers laquelle les patients pouvaient être évacués. L'évacuation des patients vers des établissements étrangers est un processus totalement différent de la redistribution des patients au sein des services de santé nationaux, comme cela a été fait massivement en Iran (15 000 évacués en l'espace de quelques jours)⁷⁴ et au Sri Lanka.⁷⁵

Le transfert de patients haïtiens vers des installations à l'étranger (principalement en République dominicaine, aux États-Unis et sur les territoires français) a été largement pratiqué au cours des premiers jours. Là encore, comme pour beaucoup d'autres aspects des opérations de secours, il est difficile d'obtenir des données quantifiées. Les pays et les hôpitaux destinataires faisaient souvent appel aux évacuations médicales comme une alternative ou pour soutenir leurs installations médicales sur le terrain. Les critères de sélection, s'ils étaient jamais définis, n'ont pas été largement diffusés et ne sont pas connus.

Des évacuations sélectives de cas de blessures de la moelle épinière à l'étranger se sont déroulées peu de temps après l'impact, mais ont été vite réduites (en partie une fois qu'on s'est rendu compte que ces patients occuperaient des lits chers pendant une période indéterminée). Il était impossible sur le plan éthique de renvoyer ces patients chroniques en Haïti où il n'existait aucune installation d'accueil appropriée. Les considérations économiques, surtout pour les établissements de soins destinés à des patients nécessitant des soins de longue durée et onéreux, devraient être prises en compte tôt dans le processus.⁷⁶

Dans plusieurs cas, les proches ne disposaient pas de renseignements sur l'endroit où se trouvaient les membres de leur famille blessés qui avaient été évacués. Des questions d'immigration et de subsistance se posaient aussi pour la famille du patient dans le pays hôte.

L'évacuation médicale à l'étranger des blessés est une expression de solidarité avec la population touchée, mais elle occasionne souvent plus de problèmes que prévu. Comme on l'a vu dans les pays et territoires hôtes, comme la Martinique, accepter un patients nécessitant des soins à long terme est la partie la plus facile, décider de le renvoyer soulève des questions éthiques.

Les autorités nationales des pays sinistrés ou une agence désignée par elles devraient jouer un rôle de surveillance et de suivi, voire un rôle d'approbation, dans ce processus. C'est une approche qui ne devrait pas être laissée entièrement à l'initiative et aux critères d'équipes étrangères. Les établissements destinataires doivent être responsabilisés envers les familles et les autorités de la santé des pays touchés, et ne laisser aucune ambiguïté subsister quant à la durée de leur engagement.

74 Presque tous blessés lors du tremblement de terre de Bam ont été évacués avant l'arrivée des premiers hôpitaux de campagne étrangers.

75 Tous les ressortissants blessés lors du tsunami ont été traités et référés vers des soins de troisième niveau dans les établissements du département. Aucun n'a eu besoin d'être évacué vers l'hôpital général de 2000 lits de la capitale, Colombo.

76 Aux États-Unis, le gouvernement a conclu un accord officiel avec les établissements d'accueil pour le remboursement à 110 % des tarifs Medicare pour les patients haïtiens autorisés.



Gestion des corps

- Dans presque toutes les catastrophes à grande échelle, les fosses communes sont pratiquées non pas pour des raisons sanitaires, mais parce qu'il n'existe pas d'autres solutions pratiques. Leur coût psychologique n'est pas connu.
- Aucune ONG et très peu d'équipes bilatérales disposent des compétences et des ressources nécessaires pour l'identification et la prise en charge respectueuse des cadavres. C'est un créneau humanitaire qui n'a pas encore été pourvu.

Il existe maintenant une vaste documentation sur l'élimination adéquate des corps à la suite de catastrophes naturelles soudaines. La communauté humanitaire semble avoir accepté le fait que les corps des victimes tuées à la suite d'un traumatisme (tremblement de terre et conflits) ne présentent pas de risque significatif de maladies transmissibles. C'est une étape importante vers la gestion plus rationnelle et efficace des maigres ressources de la santé publique.

Élimination des dépouilles et des décombres



Tranchées pour les fosses communes



Peu de temps après le tsunami de l’océan Indien et à la suite des ouragans en Haïti, des responsables, y compris d’organisations expérimentées dans le domaine des secours, propageaient la crainte que des épidémies incontrôlables ne résultent inévitablement de la décomposition des corps. Les fosses communes, les crémations ou d’autres techniques de « désinfection » ne sont pas justifiées d’un point de vue sanitaire. Il est remarquable que, après un séisme ayant fait un si grand nombre de victimes dont les corps n’ont pas été pris en charge pendant des jours, aucune annonce sans fondement similaire n’ait été faite localement par les responsables de la santé ou des opérations humanitaires. Cela devrait être attribué aux communications officielles formulées très rapidement par l’OMS, indiquant que les cadavres ne sont pas une source d’épidémies à grande échelle. Néanmoins, ce mythe proliférait encore largement dans les médias en Europe et en Amérique latine.

Les Haïtiens ont le plus grand respect pour leurs proches décédés et exécutent des rituels de funérailles élaborés, onéreux et importants pour s’assurer de la bonne volonté du défunt. Les proches décédés sont toujours considérés comme faisant partie de la famille. Comme indiqué dans la publication de l’OMS Culture et santé mentale en Haïti (2010a, 20), « la question des rites d’inhumation et des funérailles appropriées est particulièrement importante à la suite du séisme. Un grand nombre de personnes n’ont pas eu la possibilité de trouver et d’enterrer leurs proches ou ont dû les abandonner, ou les voir enterrés dans une fosse commune sans aucune cérémonie. Cela peut donner lieu à plus d’ambiguïtés et d’incertitudes sur le sort des morts... ».

Les lignes directrices de l’OPS/OMS (2004) recommandent que les corps soient stockés, identifiés et rendus à la famille afin de leur permettre de faire leur deuil et de suivre les rituels funéraires. Étant donné l’ampleur des pertes et l’urgence d’autres mesures visant à sauver des vies, cela n’était pas une option pratique en Haïti, pas plus qu’après les catastrophes au Pakistan, en Indonésie et au Sri Lanka. Cependant, la Thaïlande a fait exception à la règle.⁷⁷

La morgue de l’hôpital universitaire qui a été conçue pour une trentaine de cadavres a rapidement dépassé sa capacité et s’est retrouvée submergée, selon le rapport de son directeur, « par plus de 10 000 corps ». Dans le même temps, la MINUSTAH a indiqué le 3e jour avoir recueilli et enterré plus de 13 000 corps dans des fosses. Reste à voir dans quelle mesure ces chiffres sont précis compte tenu des conditions chaotiques et émotionnelles. Néanmoins, ils sont représentatifs de la tâche écrasante qui restait à accomplir. Les autorités municipales et de l’État ont mobilisé une flotte de camions privés et ont travaillé jour et nuit pour remplir des fosses communes improvisées à l’extérieur de la ville.

Aucune statistique et peu de preuves documentaires (photos ou documents) ont été recueillies pour permettre une identification différée des dépouilles. L’apparente acceptation de cette procédure menée à la hâte par la population profondément religieuse d’Haïti a été remarquable et reflète le sentiment de choc ainsi que le fait que la population était focalisée sur les difficultés liées à la survie. On ne connaît pas les impacts psychologiques à long terme.

⁷⁷ En Thaïlande, près de 5 400 corps ont été retrouvés après le tsunami. Des efforts particuliers, sur une durée de plus d’un an, ont été déployés pour identifier les morts, y compris à partir de photos, d’empreintes digitales et d’analyse d’ADN. Un des facteurs qui a influé sur ces efforts a été la présence de presque 2 000 étrangers parmi les victimes (Sribanditmongkol et al., 2005).

Au-delà des soins post-traumatiques

La réponse différée (jusqu'à 3 mois)

Pendant les deux premières semaines qui ont suivi le séisme, les activités sanitaires étaient loin de se limiter au sauvetage des victimes prisonnières des décombres et à la fourniture de soins traumatologiques. L'eau et l'assainissement, la nourriture et les abris et l'accès aux soins de santé primaires comptaient parmi les nombreux besoins de la population touchée. Ils sont devenus les premières priorités des agences humanitaires une fois que les interventions de sauvetage ont été achevées, de pair avec la surveillance des maladies transmissibles, la réadaptation et un grand nombre de questions transversales.

Cette publication ne peut pas examiner ou analyser en détail les nombreux défis qui se sont présentés ni les solutions trouvées pour répondre à ces grandes questions sociales. Ce chapitre traite de thèmes choisis présentant un intérêt particulier sur le plan de la santé publique pour de futures catastrophes massives.

Les cliniques et les équipes mobiles d'intervention dans les camps

Les termes « cliniques » et « équipes mobiles » recouvrent un large éventail de services : des installations bien implantées fixes ou temporaires établie et pleinement dotée en personnel dans un grand camp jusqu'à la petite tente où une infirmière ou un médecin fournissaient occasionnellement des soins minimum aux patients.

Le Ministère de la Santé d'Haïti, se remettant lui-même de l'impact, s'est rendu compte qu'il avait en fait très peu d'influence sur le processus de soins traumatologiques immédiats, qui, comme on le voit au Chapitre 5, suit sa propre dynamique et ses propres règles. Très rapidement, le ministère a centré son attention sur la mise en place de « cliniques mobiles » pour fournir des soins de santé primaires aux populations déplacées ou remplacer temporairement les installations détruites par le séisme. Une chronologie des déclarations du ministère sur la mise en place de cliniques de soins de santé primaires après le séisme figure dans l'encadré.

Le Ministère de la Santé cible les soins de santé primaires après le séisme

Quelques jours seulement après le séisme, le Président d'Haïti a créé une Commission nationale pour la gestion de la crise, qui comprenait le Ministère de la Santé. Les priorités nationales du ministère comprenaient « la mise en place de cliniques mobiles dans tous les camps spontanés qui avaient été créés, assurant des soins obstétricaux et la fourniture de kits pour l'accouchement au plus près des concentrations de population, en veillant à ce que la prestation de services de santé soit bien coordonnée. »

- Le 21 janvier (10e jour), le Ministère de la Santé a affirmé un peu plus son leadership et a diffusé des directives sur ce qui devrait être disponible dans des cliniques de niveau primaire et secondaire. Les ONG et les organisations ont été invitées à faire part de leurs commentaires sur les mesures de base proposées par le ministère. Un groupe de travail spécial sur les cliniques de soins primaires/mobiles s'est réuni deux fois par semaine au sein du ministère.
- Le 25 janvier (14e jour), le ministère a demandé aux partenaires de concentrer leur attention sur les soins de santé primaires, les centres de santé et les hôpitaux. La phase initiale de sauvetage des vies s'achevait. Tous les partenaires de la santé en Haïti ont appuyé cette stratégie, au moins en principe. Dans la pratique, la décision d'implanter ces services sur les lieux des installations de santé existantes a été ignorée par de nombreuses ONG.
- Le 2 février (22e jour), le ministère a précisé sa vision des soins post-séisme, en définissant les services et les ressources humaines nécessaires aux trois niveaux de soins (voir le tableau 6.1).
- Le 8 février, le Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé a indiqué : « des cliniques mobiles sont déployées dans 250 camps spontanés tels qu'identifiés par le gouvernement. »

Source : Bulletins du Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé, janvier-février 2011.

L'accent mis sur les soins de santé primaires ne se limitait pas à la zone touchée directement par le séisme, mais couvrait également les besoins des nombreuses personnes qui ont été déplacées dans d'autres départements. Le 25 janvier, le ministère a fait la déclaration suivante : « les installations de santé dans les départements à l'extérieur de la capitale sont dépassées en raison du nombre de personnes déplacées et n'ont pas la capacité de traiter les personnes arrivant ». Le lendemain, le ministère a réitéré son message aux partenaires : « encourageant les partenaires du Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé à se déplacer à l'extérieur de la région de la capitale pour fournir les services nécessaires et s'engager à moyen et long terme dans les activités de santé » (Bulletin du Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé n° 7). Cela a considérablement contribué à établir un lien entre secours et développement.

Il ne manquait pas de plans et de documents stratégiques dans la réponse au séisme, mais ils n'étaient pas toujours suivis d'actions concrètes. Cette notion de cliniques mobiles a-t-elle été mise en œuvre et en pratique ?

Le ministère a défini l'offre minimum de services qu'il a jugée nécessaire au niveau des soins primaires (voir tableau 6.1). Pour déterminer l'efficacité de la stratégie de cliniques mobiles, l'OPS/OMS et l'International Rescue Committee (IRC) ont chargé Management Science for Health (MSH) en mars 2010 d'identifier les sites où on avait toujours besoin de cliniques mobiles.

Tableau 6.1 Offre minimum de services pour les cliniques de premier niveau (mobiles ou fixes)

| Composantes des soins | Ressources humaines |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Traitement des blessures mineures • Soins prénataux, accouchements normaux et soins post-partum • Contraception • Traitement des maladies infantiles (diarrhée et déshydratation, fièvre et surveillance nutritionnelle) • Programme de vaccination • Traitement de la malnutrition • Traitement de maladies aiguës et chroniques (par exemple, asthme, hypertension) • Accueil et transfert immédiat des victimes de viol ; enregistrement des cas avec des allégations de violence • Traitement régulier pour le VIH et distribution d'ARV | Une équipe multidisciplinaire comprenant : <ul style="list-style-type: none"> • Un docteur (facultatif) • Du personnel infirmier • Étudiants en formation dans le domaine des sciences de la santé • Des travailleurs sociaux • Un psychologue/motivateur social |

Note : Adapté de Provision des services dans les camps/zones de regroupement de la population (MSPP 2010e).



Une étude portant sur 206 des plus grands camps temporaires (sur une liste de 400 camps fournie par l'OIM) a été effectuée du 18 au 29 mars pour déterminer la couverture existante et le niveau de prestation d'un paquet minimum de services (tableau 6.2). Toutefois, il était clair qu'aucune clinique (fixe ou mobile) s'occupant des camps n'offrait l'ensemble de services complet. Aux fins de l'enquête, le paquet minimum a été redéfini pour inclure six services : 1) consultation générale, 2) consultation prénatale, 3) consultation pédiatrique, 4) soins néonataux, 5) planning familial, 6) vaccination.

Cette enquête a donné des résultats contrastés. Sur les 206 camps accueillant 163 000 familles, 72 seulement avaient accès localement à des soins de santé, soit une couverture de 35 %. Sur les 79 postes de santé, 46 % des structures étaient des cliniques mobiles.⁷⁸ Seulement 10 % offraient le paquet minimum complet (pour les six services tels que redéfinis pour l'enquête). La répartition des services est présentée au tableau 6.2.

⁷⁸ Certains des plus grands camps comportaient deux centres/cliniques de santé.

Tableau 6.2 Services de santé primaires fournis dans les 79 postes de santé couverts par l'enquête en Haïti, mars 2010

| Services fournis | Fourniture de services de santé au point de service (%) |
|----------------------------|---|
| Consultations générales | 96 |
| Consultations pédiatriques | 94 |
| Consultations prénatales | 87 |
| Soins néonataux | 71 |
| Immunisations | 43 |
| Planning familial | 39 |

Source : Management Science for Health (MSH) (2010).

Il est possible que les objectifs officiels n'aient pas été atteints, mais il existe un consensus sur le fait que le niveau, la qualité et la proximité des soins de santé primaires fournis ont été généralement supérieurs au niveau disponible pour la majeure partie de la population avant la catastrophe. Il y avait des exceptions : les soins prénataux étaient réalisés pour l'essentiel sans aucuns tests de laboratoire⁷⁹ ; trop de cliniques utilisaient des dons de médicaments qui ne figuraient pas dans la liste des médicaments essentiels ; et les agents de santé étrangers dans des cliniques travaillaient avec des traducteurs et ne comprenaient pas correctement les plaintes des patients. Autre point beaucoup plus important, souvent les cliniques mobiles n'avaient pas de lien avec les installations de santé existantes. Cette situation a entravé la capacité à reconstruire le système de santé et à fournir des soins aux personnes plus près de leurs communautés.

La question de savoir à quel point ces efforts ont été soutenus se pose aussi. Une enquête commandée par le Ministère de la Santé en juillet 2010, a conclu que sur les 286 établissements/cliniques mobiles inclus dans l'échantillonnage de l'enquête, 171 seulement avaient pu être trouvés ou étaient opérationnels au moment où les données ont été recueillies sur le terrain (MSPP 2010b).

Politique de la gratuité des soins

Les soins et médicaments ont été fournis gratuitement pendant la durée de la situation d'urgence.⁸⁰ Il s'agit d'un écart important par rapport à la politique du gouvernement de soins payants, qui est promue par les institutions financières internationales. Cette politique de soins gratuits a été prolongée de facto pendant plusieurs mois, même si aucun document de politique officielle n'a été publié par le Ministère de la Santé.

La promulgation d'une politique de soins gratuits avait ses désavantages. Les paiements étaient utilisés par les établissements de santé publique pour recruter du personnel supplémentaire et subventionner certains de leurs services. Sans ce mécanisme de rémunération, la politique des soins gratuits était préjudiciable aux établissements publics qui n'avaient pas de médicaments gratuits et des financements pour les services et les fournitures de base (matériel de nettoyage, papier, Internet et téléphone). Les groupes élec-

79 Avant le séisme, les analyses d'hémoglobine et d'urine et les tests pour le VIH et la syphilis étaient gratuits dans un grand nombre de dispensaires.

80 Les entretiens donnent à penser que la disponibilité de médicaments gratuits n'a pas d'effet économique sur les pharmacies privées, dont un grand nombre avaient été touchées directement par le séisme. La plupart des revenus des pharmacies privées provient du segment le plus riche de la population. Certains pensent même que l'accès gratuit aux médicaments essentiels pour le segment le plus pauvre de la population peut occasionner une prise de conscience de la valeur des médicaments modernes et, par conséquent, créer un nouveau marché.

trogènes dans ces établissements étaient aussi souvent payés ainsi. Cela a eu pour effet d'aggraver la situation des établissements publics. Les bureaux de santé communale qui ont reçu 5 % des bénéficiaires se sont retrouvés dans une position difficile. Les implications à long terme de la gratuité des services de base sont abordées plus tard dans la section sur les liens entre les secours, la réhabilitation et le développement (LRRD).

Réadaptation post-traumatique

- La réadaptation doit être planifiée très tôt.
- Une enquête et une campagne devraient démarrer dans les premiers jours qui suivent l'impact.

Le nombre de personnes pouvant avoir besoin d'une réadaptation était élevé ; selon les estimations de Handicap International « au moins 7 500 personnes pourraient souffrir d'incapacités permanentes si elles ne sont pas traitées correctement ».⁸¹

Les points forts d'Haïti dans ce domaine aux niveaux institutionnel et législatif étaient considérables. Haïti a ratifié la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées, un Conseil national de réadaptation a été créé (*Conseil national pour la réhabilitation des personnes handicapées*) et un Secrétaire d'État pour l'Inclusion des personnes handicapées (SEIPH) a été créé en 2006 ; toutefois aucune législation d'application n'avait été approuvée. Après le séisme, un groupe de travail sur la réadaptation regroupant 55 organismes déclarant des activités ou un intérêt dans ce domaine a été mis en place⁸².

Parmi les obstacles figuraient les « soins postopératoires inadéquats. Environ 10 % des patients ont dû subir une révision de leur moignon afin de permettre la pose d'une prothèse. »⁸³ Les conditions dans lesquelles les amputations initiales ont été effectuées sont souvent citées comme étant à l'origine de ce problème. Un problème plus systématique encore tient au manque de données et d'informations sur les handicaps avant ou après l'impact.

Les catastrophes présentent également des opportunités. Le débat public sur les amputations et la coopération sur les lésions de la moelle épinière a eu des résultats positifs, conduisant à un débat nourri qui n'avait que trop tardé parmi les professionnels.

La grande visibilité donnée à cette question est à l'origine d'un soutien considérable du public et du gouvernement, et même de l'inversion des comportements et des attitudes individuelles. Avec le séisme, les pauvres et les privilégiés ont subi les mêmes blessures invalidantes. Les personnes handicapées qui avaient été cachées et souffraient de discrimination sont maintenant plus facilement acceptées. Les institutions gouvernementales ont été renforcées et une législation favorable, sous forme d'ébauche avant l'impact, devrait maintenant être adoptée.

Plusieurs leçons importantes peuvent être tirées de cette situation :

1. L'enquête rapide effectuée par Handicap International a contribué à encourager l'action de la communauté internationale et des autorités nationales. C'est un exemple d'une évaluation qui a eu un poids au niveau du processus décisionnel.

81 Calvot et Shivji (article à paraître).

82 Rapport de mission OPS/OMS, 29 mars–9 avril 2010.

83 Calvot et Shivji (article à paraître).

2. Le succès s'accompagne de ses propres défis, et ils doivent être gérés. Il y a une décennie de cela, l'ajustement des prothèses relevait du domaine d'un nombre très limité d'agences (moins de cinq) qui avaient l'habitude de travailler ensemble. Après le séisme, 38 agences ont été répertoriées dans ce domaine en Haïti ; toutes n'étaient pas compétentes et bien équipées. Les patients se sont rendus dans plusieurs agences, ont été découragés par les retards inévitables de la conception des prothèses, ou ont été influencés par les rumeurs relatives à un meilleur fournisseur.
3. Les dons du public ou des bailleurs de fonds doivent être adaptés aux conditions locales. Les fauteuils roulants électriques, d'une grande aide dans les pays développés, ne sont pas adaptés pour Port-au-Prince où de nombreuses routes urbaines nécessitent des 4x4 dans des conditions normales et sont mal adaptées aux piétons, et plus encore aux personnes handicapées.
4. Les professionnels médicaux internationaux ont besoin d'être prêts à assurer la continuité et la cohérence et à éduquer rapidement du personnel local (en particulier dans la spécialité nouvellement reconnue des lésions de la moelle épinière). Il est également impératif que les éducateurs parlent la langue locale afin de réduire les erreurs d'interprétation et une mauvaise information.

Contrôle des maladies transmissibles

Les responsables de la santé, les organismes humanitaires et les médias ont pris l'habitude d'exagérer le risque d'épidémies à la suite de catastrophes soudaines. Les épidémies massives prédites au lendemain des séismes passés ne se sont jamais concrétisées au cours des 40 dernières années. Les déclarations sur le caractère inévitable d'épidémies dévastatrices résultent souvent de l'ignorance quant aux expériences de passé, mais il y a des cas où une mauvaise information calculée a été utilisée pour mobiliser des ressources pour les activités de la santé (cela s'est produit à la suite du tsunami de 2004). Alarmer inutilement un public déjà traumatisé est contre-productif et lorsque cela est délibéré, c'est contraire à l'éthique.

Au cours des deux dernières décennies, l'OPS/OMS et d'autres organismes ont mené une campagne d'éducation afin de démystifier la question des épidémies à la suite des catastrophes et d'encourager une approche plus objective et plus équilibrée en termes de prévention. D'une part, les épidémies restent fort possibles en l'absence de toute mesure préventive. Les facteurs de risque comprennent les déplacements de population, la contamination de l'eau, la surpopulation dans les camps et la détérioration de l'assainissement. Les cadavres ne figurent pas parmi ces facteurs (Watfils et al., 2007). D'autre part, des mesures de santé publique sont mises en œuvre plus efficacement du fait des craintes profondes du public et des autorités quant à une éventuelle épidémie, même lorsque ces craintes ne sont pas exacerbées par les acteurs humanitaires.

La surveillance d'urgence et les systèmes d'alerte précoce constituent la première ligne de défense contre les maladies transmissibles et doivent être mis en œuvre avec souplesse et rapidement après l'impact.

Surveillance d'urgence post-séisme

Un système de surveillance d'urgence doit :

- Démarrer dans les premiers jours qui suivent l'événement ;
- Comprendre des postes sentinelles parmi les acteurs médicaux et humanitaires ;
- Être simple, en ciblant un nombre très limité des pathologies les plus critiques (syndromes).

Un système de surveillance doit être complété par un système d'alerte où tous les partenaires peuvent signaler directement les situations sanitaires anormales.

Aucune épidémie majeure n'a été détectée après les séismes en Haïti et au Pakistan ou après le tsunami en Indonésie et au Sri Lanka.

Avant le séisme du 12 janvier, le système de surveillance en Haïti portait sur six maladies à déclaration obligatoire : la fièvre hémorragique aiguë, les cas présumés de méningite à méningocoque, les cas présumés de diphtérie, les cas présumés de paralysie flasque aiguë, les cas présumés de rougeole et les morsures d'animaux soupçonnés d'avoir la rage.

Un système amélioré était nécessaire pour la situation d'urgence. Il devait être mieux adapté aux besoins et aux préoccupations dans des situations de catastrophe, devait aussi être plus souple et devait pouvoir être rapidement analysé et diffusés.

Il a fallu 13 jours pour le lancement de ce système : des entretiens avec des épidémiologistes de l'OPS/OMS présents pendant l'impact ont permis une reconstitution des étapes de la mise en place d'un système de surveillance d'urgence (tableau 6.3).⁸⁴

⁸⁴ La République dominicaine a mis en place son propre système de surveillance et d'alerte précoce à Jimaní et dans les provinces voisines. En l'espace de quelques jours, le système était en place. La République dominicaine a bénéficié d'une situation d'urgence localisée plus gérable et du soutien plein et entier de son gouvernement, qui n'avait pas été touché par le séisme.

Tableau 6.3 Chronologie des mesures pour la mise en place d'un système de surveillance d'urgence, janvier 2010

| Jour de l'urgence | Mesures |
|--|---|
| 1 ^{er} jour, 12 janvier (18h) | Évacuation des bureaux de l'OPS/OMS et récupération de la documentation clé et de l'équipement de communication. |
| 2 ^e jour | Aucune information ; confirmer le bien-être du personnel (retrouver le personnel, nourriture, logement). Décision de déménager le bureau de l'OPS dans l'entrepôt de PROMESS. |
| 3 ^e jour | Tout le personnel (national et international) a été retrouvé (pas de victimes). Tentative de visite au Laboratoire National (siège de l'épidémiologie) – toutes les routes bloquées. |
| 4 ^e jour | Contact avec les autorités de santé publique à PROMESS. Visite au Laboratoire National ; intact mais aucun personnel sur place. |
| 5 ^e jour | Locaux du Laboratoire National occupés par deux hôpitaux de campagne étrangers. Rencontre avec le directeur du Laboratoire National et les Centres pour le Contrôle et la Prévention des Maladies des États-Unis (CDC). |
| 7 ^e jour | Début formel d'un groupe de travail ad-hoc pour planifier un système de surveillance, avec notamment le Ministère de la Santé, l'OPS/OMS, les CDC, MSF (épicerie), des épidémiologistes cubains, chinois et taiwanais, etc. |
| 12 ^e jour | Lancement officiel du système national de surveillance. |
| 13 ^e jour | Mise en place d'un groupe de travail sur la surveillance au sein de la structure du Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé (40 participants à des réunions quotidiennes). |

Un groupe de travail international ad-hoc a convenu des 25 pathologies pour lesquelles de nouveaux cas doivent être signalés dans tout le pays (voir le tableau 6.4). Il est maintenant reconnu que ce nombre était trop élevé et comprenait des pathologies de moins en moins pertinentes au fil des jours (par exemple les nouvelles amputations ou les syndromes d'écrasement). Il s'agit d'un résultat courant de décisions prises par consensus au sein de comités.

Dans l'ensemble du pays, 51 postes sentinelles ont été sélectionnés parmi les 94 établissements de santé qui existaient déjà affiliés au Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR). Les sites choisis devaient faire rapport quotidiennement par courriel ou par téléphone sur les nouveaux cas correspondant aux 25 pathologies devant être déclarées. Le niveau de communication de rapports était variable mais généralement faible. Des rapports quotidiens étaient trop lourds même pour des installations ne participant pas principalement à la réponse humanitaire.

Tableau 6.4 Pathologies déclarables post-séisme ; Haïti

| Maladies infectieuses | Maladies non infectieuses | |
|---|--|---|
| | Non liées à la traumatologie | Liées à la traumatologie |
| <ul style="list-style-type: none"> • Fièvre de cause inconnue • Paludisme présumé • Fièvre dengue présumée • Syndrome de fièvre hémorragique aiguë • Diarrhée aqueuse aiguë • Diarrhée sanglante aiguë • Fièvre typhoïde présumée • Infections respiratoires aiguës • Rougeole présumée (fièvre et une éruption cutanée) • Tuberculose • Tétanos | <ul style="list-style-type: none"> • Malnutrition aiguë • Trouble cutané • Insuffisance rénale • Complications de la grossesse ou 3e trimestre sans soins prélabiles • Santé mentale ou psychologique • Maladies chroniques non expliquées par d'autres pathologies • Autres, non précisé | <ul style="list-style-type: none"> • Traumatisme • Fracture • Commotion cérébrale due à un traumatisme crânien • Lacération due à une blessure par arme à feu ou arme blanche • Brûlures • Plaies infectées • Syndrome d'écrasement • Amputation • Autres, non précisé |

Le 24 avril (plus de trois mois après l'impact), les Centres pour le Contrôle et la Prévention des Maladies des États-Unis (CDC) ont assumé la responsabilité de l'analyse des données (Magliore et al. 2010).

Compte tenu des conditions difficiles qui ont entouré sa création, le système présentait inévitablement de graves défauts comme un démarrage tardif, une sous-déclaration chronique, des définitions floues et le caractère limité du soutien de laboratoire ou de la supervision sur le terrain pour le contrôle de la qualité. Ce qui est plus important encore, c'est que les équipes et installations médicales étrangères qui fournissaient le plus de services liés au séisme n'étaient pas incluses dans le système de communication de rapports, qui était fondé sur les institutions préexistantes, de niveau primaire, actives dans les programmes de lutte contre le sida.

Néanmoins, le réseau a permis d'établir des bases pour écarter toute augmentation inattendue des pathologies à déclaration obligatoire, en particulier des syndromes infectieux. Jour après jour, le système a rapporté qu'aucune augmentation inattendue ou anormale de maladies n'avait été détectée. Avec la préoccupation sous-jacente partagée par la plupart des acteurs quant à d'éventuelles épidémies et une densité de personnel médical plus élevée que jamais auparavant en Haïti, l'absence de toute épidémie significative mérite d'être soulignée.⁸⁵

Les trois pathologies les plus signalées au cours de la période allant du 25 janvier au 24 avril étaient : les maladies respiratoires aiguës (16,3 %), les cas de malaria présumés (10,3 %) et la fièvre de cause inconnue (10 %) (Magliore et al., 2010). Il s'agit de constatations courantes dans les pays en développement.



⁸⁵ Une épidémie majeure de choléra a commencé en octobre 2010. Elle n'était pas liée à la catastrophe dans la mesure où elle a démarré dans un département qui n'avait pas été directement touché par l'événement. En outre, la morbidité/mortalité due au choléra a été plus faible chez les personnes déplacées dont s'occupaient les organisations humanitaires que dans les groupes non touchés par le séisme. Si l'émergence de cette épidémie de choléra avait coïncidé dans le temps et dans l'espace avec la réponse au séisme, le mythe des inévitables épidémies à la suite des catastrophes aurait été beaucoup plus difficile à dissiper.

Soutien des laboratoires

Le renforcement du laboratoire a connu une grande réussite en Haïti.

La capacité limitée en santé publique et en services de laboratoire clinique a été considérablement réduite par l'impact. Plusieurs agences ont travaillé en partenariat avec le Gouvernement haïtien pour rétablir la capacité du Laboratoire National de Santé Publique d'Haïti. Parmi elles, CDC en collaboration avec USAID a commencé par envoyer du matériel de laboratoire, y compris des microscopes, des tests de diagnostic rapide et d'autres équipements critiques et réactifs à la fin du mois de janvier. Des experts en la matière ont également été envoyés pour la surveillance des maladies après la catastrophe (paludisme, typhoïde, rougeole, choléra, dengue, etc.).

La formation du personnel de laboratoire a commencé le 8 février, et le Laboratoire National a testé le premier échantillon de dengue le 10 février, soit moins d'un mois après l'impact du séisme.

Deux mois après l'impact, le Laboratoire National a commencé à envoyer des rapports consolidés au Ministère haïtien de la Santé.

Programmes de vaccination

- En Haïti, le Ministère de la Santé s'est abstenu d'avaliser des campagnes de vaccination de masse improvisées ou indiscriminées comme cela était arrivé à la suite de certaines autres catastrophes.
- Le ministère a plutôt recommandé des vaccinations ciblées des groupes vulnérables exposés à des risques spécifiques. Les acteurs privés n'ont pas systématiquement suivi ces directives.

Parce qu'une épidémie généralisée mortelle n'est pas un scénario raisonnable, des programmes de vaccination improvisés d'urgence n'ont généralement pas lieu d'être au lendemain de la catastrophe. Cela n'empêche pas, cependant, la nécessité de procéder à des vaccinations spécifiques et soigneusement planifiées pour répondre à une menace spécifique ou afin de tirer parti du déplacement de la population pour améliorer la couverture de la vaccination systématique.

Facteurs spécifiques devant être pris en compte en Haïti :

- Une augmentation de l'incidence du tétanos était attendue en raison du nombre élevé de blessures (de nombreuses blessures n'avaient pas été nettoyées et s'infectaient) ;
- Une campagne de vaccination DTC avait été prévue pour la semaine où le séisme a eu lieu en réponse à une épidémie de diphtérie en cours à Port-au-Prince ;
- Enfin, l'opportunité (et les risques) liés à une importante population ayant une couverture vaccinale très faible (la plus basse de la région des Amériques) vivant dans des camps temporaires, dont s'occupaient des ONG ou des bailleurs de fonds.

Tétanos

On ne dispose pas d'estimations fiables du nombre de cas de tétanos post-blessures en Haïti. Au 8 février 2010, 16 cas avaient été signalés par le système de surveillance. Des équipes médicales cubaines et dominicaines ont également signalés des cas périodiquement.

Le vaccin contre le tétanos et le sérum étaient disponibles en quantités suffisantes chez PROMESS, l'entrepôt pharmaceutique géré par l'OPS/OMS. Étonnamment, un grand nombre d'équipes médicales étrangères arrivant pour traiter les blessés ne disposaient pas de ces produits essentiels. Une campagne a été lancée afin d'informer toutes les équipes sur la nécessité et la disponibilité du vaccin et de sérum.

La diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC)

Dans la plupart des pays, le DTC fait partie du programme de vaccination systématique des enfants. En Haïti, on estimait que 50 à 60 % de la nouvelle cohorte (les enfants de moins d'un an) n'étaient pas couverts au moment du séisme.

Une fois l'urgence aiguë passée, le Ministère de la Santé a décidé de planifier une campagne à la fin-février (6 semaines après impact) pour le DTC et la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR). Certaines grandes ONG se sont opposées à cette décision et se sont abstenues de collaborer. En outre, des problèmes logistiques sont apparus rapidement au cours du premier cycle (cartes des camps temporaires imprimées en anglais) suivis par la fatigue du vaccin au cours du deuxième cycle.⁸⁶

Rougeole

Bien qu'il y n'ait eu aucun cas confirmé de rougeole depuis 2001, le risque d'épidémie subsiste en raison de la faible couverture vaccinale. En 2007, la couverture était estimée à seulement 58 % chez les enfants de moins d'un an. Les nouvelles cohortes d'enfants présentaient un risque potentiel.

Dans un document d'information préparé pour les intervenants en Haïti, l'OMS a recommandé que toutes les personnes déplacées âgées de six mois à 35 ans qui vivent dans un camp surpeuplé soient vaccinées contre la rubéole et la rougeole (OMS 2010b). Comme indiqué précédemment, une stratégie nationale visant à améliorer la couverture dans les camps a été adoptée en février, mais n'a pas été appuyée par certaines des plus grandes ONG.

Aucun cas de rougeole n'a été signalé depuis le séisme.

Eau, assainissement et hygiène (WASH)

- L'eau potable et l'assainissement apparaissent rapidement comme la principale priorité de santé publique dans toutes les catastrophes donnant lieu à des déplacements massifs de population.
- Le Ministère de la Santé, bien qu'il ne soit souvent pas responsable de la prestation de ces services, doit assumer le contrôle de la qualité de l'eau et de l'assainissement.

⁸⁶ Toutes les maisons dans la région métropolitaine étaient référencées par GPS avant le séisme. Avec le déplacement massif de populations après le séisme, cette prouesse technique n'a eu que peu d'utilité pour les campagnes de vaccination.

L'eau et l'assainissement ne sont pas des thématiques aussi populaires ou aussi facilement financées que la fourniture de soins médicaux aux blessés. La couverture médiatique de cette question a été limitée. Sur les 258 publications sur la santé répertoriées dans une recherche dans Medline (mai 2011), une seule traitait spécifiquement de l'eau et de l'assainissement tandis que près de 50 traitaient de la gestion des traumatismes. Heureusement, le financement des bailleurs de fonds et leur soutien a été mieux équilibré dans la réponse.

Les implications sanitaires de l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) sont évidentes. À la suite de catastrophes en Haïti antérieures à 2006, la gestion de ces deux questions de santé publique — soins de santé et WASH — a été intégrée dans le cadre d'un leadership national international unique pour la réponse sur le plan du développement et de l'aide humanitaire. Récemment, à la suite de la « réforme humanitaire » adoptée par les Nations Unies, la gestion d'urgence de ces deux aspects d'un même élément a été séparée au niveau international⁸⁷. L'eau et, dans une moindre mesure, l'assainissement, ont été des questions fréquemment débattues lors des réunions du Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé.

Une caractéristique remarquable de la réponse dans le domaine WASH tenait au fait que, dès le début, la DINEPA, agence haïtienne responsable de l'eau et l'assainissement (*Direction Nationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement*) a su s'affirmer et assurer le leadership. Contrairement à beaucoup d'autres institutions haïtiennes, telles que le Ministère de la Santé, la DINEPA n'a subi que des dommages très limités en termes de capacité de gestion et de bureaux. En outre, la DINEPA était déjà fortement soutenue par les bailleurs de fonds du développement qui avaient affecté du personnel de soutien spécialisé (coopération française — AFD) et des fonds (Coopération espagnole [AECID] et Banque Mondiale) avant le séisme. Ces bailleurs de fonds ont maintenu leur soutien afin d'assurer que la DINEPA était en mesure de remplir son rôle pendant la phase de la réponse. La Banque Interaméricaine de Développement (BID) a fait montre de beaucoup de souplesse en permettant la reprogrammation immédiate de fonds de développement pour des interventions d'urgence. La DINEPA était mieux à même de faire valoir son rôle de coordinateur de la réponse internationale en prenant la tête du Groupe de Responsabilité Sectorielle WASH avec le soutien de l'UNICEF.⁸⁸ Il convient de noter que quelques semaines après l'impact, les rapports et les réunions ont été réalisés principalement en français, facilitant ainsi la participation et leadership d'une institution nationale dans ce processus. Dans d'autres secteurs l'anglais est resté la seule langue utilisée tout au long de la réponse et de la récupération.



Photo: OPS/OMS, Victor African

87 Cette division est le résultat de la nouvelle structure de coordination (groupes de Responsabilité Sectorielle) définie par la réforme de l'aide humanitaire. De l'avis d'un grand nombre d'interlocuteurs, la sélection d'une structure de Groupes de Responsabilité Sectorielle et d'« agences chefs de file » reflétait les mandats des agences des Nations Unies et répondait à ces mandats plutôt qu'à ceux des autorités nationales. Voici une description du rôle de l'OMS dans la direction des groupes de responsabilité sectorielle après le séisme en Haïti : « l'OMS est l'agence chef de file du Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé. Elle est responsable de la définition de priorités d'intervention et du suivi de la réponse de la santé sur le terrain dans les situations d'urgence. L'UNICEF remplit un rôle similaire dans les domaines de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH). Cependant, au sein de ce Groupe de Responsabilité Sectorielle, deux domaines thématiques sont coordonnés par l'OMS, à savoir les questions liées à la qualité de l'eau et les interventions en santé environnementale dans les installations de soins de santé » (OMS 2010e).

88 L'OPS/OMS n'avait pas les compétences en ingénierie sanitaire nécessaires à l'époque.

Approvisionnement en eau

- L'autorité haïtienne de l'eau a donné un exemple positif en affirmant dès le début son rôle primordial dans la coordination.
- Il faut faire preuve de pragmatisme dans l'établissement de normes minimales pour la réponse humanitaire. Le principe de « triage » pour la prestation de services au plus grand nombre de bénéficiaires doit s'appliquer.
- Les sources d'eau potable à Port-au-Prince étaient atypiques : points de vente au détail d'eau de haute qualité (et onéreuse) pour l'essentiel. La réponse faisait intervenir essentiellement des fournisseurs commerciaux privés.

L'impact du séisme du 12 janvier sur l'approvisionnement en eau à Port-au-Prince a été plutôt atypique. Lors de tremblements de terre urbains, l'attention se concentre normalement sur les dégâts subis par les canalisations d'eau et le système d'égouts qui entraînent une pénurie d'eau et le risque de contamination croisée entre les deux réseaux. On a fréquemment vu des personnes accédant par effraction aux canalisations pour avoir accès à l'eau au cours des dernières catastrophes.

Ces problèmes ne se sont pas véritablement posés en Haïti où la distribution de l'eau reposait essentiellement sur trois systèmes : un réseau de distribution commerciale étendue d'eau de haute qualité (osmose inverse et autres techniques) ; l'établissement de réseaux de distribution de l'eau aux points de livraison collectifs (bornes et fontaines) gérés par des comités locaux (Comités de l'eau) ; et l'eau livrée au niveau des logements par des réseaux gérés par la compagnie municipale (CAMEP).

Le défi a donc consisté à rétablir ces trois réseaux et s'assurer de la disponibilité d'eau potable gratuite pour les bénéficiaires. Quatre jours après l'impact, on estimait que le secteur commercial était en mesure de produire 4 millions de litres d'eau par jour. La difficulté était de savoir comment la distribuer. Le secteur commercial a joué un rôle majeur dans cette distribution, tout d'abord spontanément puis plus tard en tant que sous-traitants financés ou subventionnés par la DINEPA et de nombreuses organisations humanitaires.

Au niveau opérationnel, la réponse sur le plan de l'eau a été pragmatique avec pour objectif de fournir un minimum d'eau à autant de personnes que possible. Bien que toutes les personnes interrogées en Haïti aient été informées des « normes humanitaires minimales » établies dans le cadre du projet Sphere (2011) (par exemple, 15 litres par personne et par jour), personne ne l'a mentionné spontanément lors de nos entretiens. Au lieu de cela, ces personnes ont évoqué l'accroissement progressif du volume initial d'eau potable mis à la disposition de tous (de 3 litres à 5 litres d'eau potable) en l'espace de quelques semaines et mois.

Cette approche constitue une nette amélioration par rapport à la mauvaise utilisation fréquente des normes Sphere par les bailleurs de fonds qui les présentent comme des objectifs obligatoires et quantifiés à atteindre sous peine de sanction. Cela a été observé lors des autres catastrophes (naturelles ou causées par l'homme), où les agences ont choisi de limiter le nombre de leurs bénéficiaires recevant un niveau « minimum » si élevé qu'il en était irréaliste afin d'éviter des critiques pour non-conformité de la part des évaluateurs ou des bailleurs de fonds. C'était en fait exactement le contraire du principe de triage : le meilleur bénéfice pour le plus grand nombre.

Comme indiqué dans le Bulletin du Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé (n° 20) près de cinq semaines après l'impact :

« Le Groupe de Responsabilité Sectorielle WASH continue de fournir de l'eau potable (5 litres par personne et par jour) à plus de 780 000 personnes au moyen de citernes d'eau et d'installations de traitement de l'eau dans 300 sites à Port-au-Prince, Léogâne et Jacmel. Le Groupe a pour but d'intensifier la fourniture d'eau potable pour un total de 1,1 million de personnes par jour. Environ 2,1 millions de litres d'eau sont livrés chaque jour à environ 500 000 personnes déplacées dans 184 sites. »



Douze mois après le séisme, une grande quantité d'eau était toujours livrée dans les camps et les sites et des douzaines de citernes étaient utilisées tous les jours, ce qui témoigne de la difficulté à trouver des solutions « au-delà des camions d'eau ». La fourniture d'eau potable en Haïti constitue une tâche humanitaire sans fin.

Santé environnementale dans les camps temporaires

De nouvelles approches sont nécessaires pour la gestion des excréments et des déchets dans les camps temporaires dans les zones urbaines fortement peuplées.

Souvent, la responsabilité de l'assainissement et de l'hygiène (élimination des déchets, excréments humains, etc.) ne rentre pas dans le mandat du Ministère de la Santé, mais ces éléments sont néanmoins essentiels pour la santé publique. Le 28 janvier (17^e jour), le Groupe de Responsabilité Sectorielle WASH a réorienté sa priorité de l'eau vers l'assainissement : un changement qui reflète les progrès relatifs dans l'approvisionnement en eau et la crainte persistante d'épidémies possibles dans des camps surpeuplés sans même un système d'assainissement rudimentaire. Rapidement, la fourniture de latrines, et non plus l'approvisionnement en eau, est devenue la priorité et le défi majeurs.

Les conditions de l'assainissement en Haïti, y compris dans la capitale, étaient très médiocres avant le séisme. La surpopulation normale à Port-au-Prince est telle qu'il existe peu d'espaces ouverts (parcs, squares, espaces verts, etc.). Après le séisme, les populations déplacées s'y sont rapidement agglutinées. Dans un environnement urbain, l'installation de latrines traditionnelles (des tranchées, par exemple) à une bonne distance des tentes et des abris n'a pas été possible. Au cours des trois premiers mois, plus de 3 000 latrines portables (chimiques ou non) ont été installées par des ONG dans des camps ciblés en zone métropolitaine. Les principaux défis ont consisté à trouver des espaces inoccupés où elles pourraient être installées et à organiser un système continu de collecte et d'élimination des excréments urbains. Cette question n'a pas été résolue au cours de la période considérée (Grünewald, Binder, Georges 2010).



L'objectif d'élimination des déchets a largement profité au secteur commercial. Il n'a été atteint que partiellement en raison de difficultés prolongées sur le plan du dédouanement et de l'enregistrement des camions de l'UNICEF.

Malgré les efforts déployés pour installer des latrines, les progrès étaient encore lents 30 jours après le choc :

« L'assainissement demeure un défi majeur particulièrement préoccupant. On estime actuellement que moins de 5 % des besoins en latrines sont couverts (une latrine pour 50 personnes). Cela représente un défi énorme pour la santé publique dans les camps temporaires. »⁸⁹

Ce défi se trouve cependant atténué par une réduction progressive du nombre de familles dans les camps temporaires. Toutefois, pour un grand nombre de personnes interrogées, il apparaît que les services fournis par la communauté internationale étaient en fait meilleurs que ceux dont disposait la population en général, bien qu'ils aient été bien en-deçà de la norme « minimum » internationale fixée à une latrine pour 20 personnes.⁹⁰

Santé environnementale dans les installations médicales

Les déchets médicaux et hospitaliers sont un problème majeur dans toutes les catastrophes. C'est une question onéreuse qui doit être abordée dès le début.

La nécessité de disposer d'eau potable dans les hôpitaux (installations nouvelles ou existantes) a été portée à l'attention des décideurs très tôt. La coordination entre la DINEPA et le Ministère de la Santé ainsi que le contrôle de la qualité par le personnel formé de l'OPS/OMS ont permis de s'assurer que ce problème était traité dès la première semaine suivant l'impact.

La prestation de soins médicaux par des milliers de professionnels de la santé ou de bénévoles a créé un besoin important en termes d'élimination sûre des déchets humains mais aussi médicaux (pansements, seringues, aiguilles, médicaments périmés, etc.). L'Agence Suédoise de Protection Civile (mars 2010) a estimé que de 15 % à 20 % des déchets des soins de santé était dangereux ou infectieux (y compris des tissus humains ou des membres amputés).

La nécessité d'élaborer « une stratégie claire pour traiter les déchets des soins de santé » a été identifiée comme une priorité dès le 6e jour et a conservé ce statut pendant des semaines. Le 13e jour a été lancé un système de collecte des déchets médicaux qui ont ensuite été éliminés dans un site d'enfouissement. Des progrès ont été constatés dans les principaux hôpitaux, mais le problème a subsisté en raison de la négligence de certaines équipes ou installations indépendantes.

Le manque de planification préalable pour l'élimination sûre des déchets médicaux est un problème récurrent lors de catastrophes et les organisations humanitaires n'ont pas à le redécouvrir lors de chaque situation d'urgence.



89 Indiqué dans le Bulletin du Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé n° 18. Le chiffre d'une latrine pour 50 personnes a été considéré comme trop optimiste par certaines personnes interrogées qui pensaient que le nombre d'utilisateurs était en fait d'environ 200 par latrine pendant au moins trois mois.

90 Voir les normes du projet Sphere pour l'élimination des excréments sur : www.sphereproject.org/content/view/43/83/lang.english.

Aliments et nutrition

Il n'est pas fait état de malnutrition généralisée en Haïti ou dans d'autres pays touchés par des catastrophes. Cela est peut-être dû en partie à la distribution massive de nourriture et au renforcement des activités nutritionnelles, mais aussi au fait que les séismes n'affectent pas la disponibilité d'aliments au niveau national. Le problème tenait à la perte de revenus et pouvait être résolu au moyen d'une aide financière directe aux ménages.

Des publications antérieures de l'OPS/OMS sur les catastrophes naturelles ont souligné que l'impact des séismes sur l'approvisionnement alimentaire et la malnutrition est différent de celui des catastrophes hydrologiques telles que les inondations, les ouragans ou la sécheresse. Les séismes n'affectent pas directement les cultures ou les stocks alimentaires au niveau national. Ils peuvent avoir un impact indirect et retardé sur le niveau nutritionnel en réduisant l'accès d'une partie de la population touchée aux stocks existants en raison de la perte de revenus ou de problèmes de logistique.

Haïti n'a pas fait exception à la règle. Les magasins d'alimentation et les marchés ont été fermés provisoirement (1 à 2 semaines au plus). La nourriture et les fournitures de base ont été rapidement disponibles à condition qu'on ait les moyens de les acheter. Les prix ont augmenté, mais pas au point d'affecter ceux qui avaient eu la chance de conserver leur activité et leur revenu. La destruction du port de Port-au-Prince et d'autres défis logistiques (routes bloquées) n'étaient que temporaires, aggravant les problèmes au niveau du flux de marchandises humanitaires et commerciales.

L'impact le plus important d'un point de vue nutritionnel est le fait que les populations les plus vulnérables sur le plan économique et qui n'avaient déjà pas accès à un régime alimentaire adéquat ont vu celui-ci se réduire considérablement en raison de la perte de leurs moyens d'existence. La perte de moyens de subsistance déjà très faibles n'a été compensée que partiellement par l'augmentation considérable des envois de fonds de l'étranger, et 89 % des bénéficiaires utilisaient ces versements avant le tremblement de terre pour se procurer des aliments. Certains bailleurs de fonds et experts ont suggéré peu de temps après l'impact que si la cause primaire en était une perte de revenu, l'aide en espèces devrait remplacer en partie l'importation et la distribution d'aliments après la réponse d'urgence initiale (PAM 2010).

Avant le séisme, la structure de la Responsabilité Sectorielle était considérée comme très particulière (Binder et Grünwald 2010) : la nutrition, l'aide alimentaire et la sécurité alimentaire à la suite de catastrophes soudaines étaient considérées comme des questions distinctes, quoique liées, qui étaient coordonnées séparément. Le Groupe de Responsabilité Sectorielle Nutrition sous l'égide de l'UNICEF, le Groupe de Responsabilité Sectorielle Aide Alimentaire dans le cadre du PAM et le Groupe de Responsabilité Sectorielle Sécurité Alimentaire sous la houlette de la FAO étaient trois entités différentes et déconnectées. Pourtant, la prévention de la malnutrition aiguë à la suite d'une catastrophe géologique, résultat ultime de l'insécurité alimentaire, n'entre pas pour l'essentiel dans le mandat du secteur de la santé.

La réactivation du Groupe de Responsabilité Sectorielle Nutrition a offert la possibilité à l'UNICEF de renforcer la capacité de ses homologues au sein du Ministère de la Santé en fournissant un instrument permettant d'exercer un leadership sur les acteurs



humanitaires. Les priorités fixées par le Groupe de Responsabilité Sectorielle Nutrition, qui s'est réuni le 20 janvier (9^e jour), comprenaient les points suivants :

- Protection et soutien pour les femmes qui allaitent ;
- Suivi des laits maternisés et autres produits laitiers arrivant dans le pays ;
- Suivi de la fourniture de laits maternisés et d'autres produits laitiers ;
- Compléments alimentaires pour les enfants de plus de six mois ;
- Traitement de malnutrition aiguë.

Entre 40 et 50 agences ont participé aux réunions du Groupe Sectorielle Nutrition. Seulement 25 d'entre elles avaient une expertise nutritionnelle professionnelle tandis qu'une quinzaine étaient considérées comme des « amateurs », sans aucune idée de la valeur nutritionnelle des aliments. Rapidement, les offres et demandes nutritionnelles ont été examinées d'un œil critique et filtrées, en mettant davantage l'accent en dernière analyse sur les produits thérapeutiques. Le département du ministère chargé de la nutrition était le seul qui disposait de lignes directrices actualisées sous format électronique, qui étaient généralement respectées par tous les partenaires. Cependant, les lignes directrices spécifiques sur les laits maternisés n'étaient souvent pas respectées.

Le Groupe Sectorielle Aide Alimentaire, dirigé par le Programme Alimentaire Mondial, s'est concentré en février sur les compléments alimentaires destinés aux enfants (de 6 à 59 mois) et aux femmes enceintes ou qui allaitaient dans des camps temporaires de Port-au-Prince. Ce programme reposait sur la distribution de biscuits très énergétiques ou d'aliments prêts à l'emploi à 88 000 bénéficiaires. En mars 2010, le programme de compléments alimentaires a été étendu à ces mêmes groupes vulnérables dans les zones urbaines départementales ayant reçu un grand nombre de personnes déplacées. En parallèle, les biscuits et les aliments prêts à l'emploi ont été progressivement et en partie remplacés par la ration complémentaire habituelle du PAM constituée d'un mélange de maïs-soja (CSB), huile et sucre (PAM 2010).

Les activités normales de prévention et de traitement de la malnutrition aiguë au sein du Ministère de la Santé avec l'UNICEF, qui n'étaient pas adéquates avant l'impact, ont repris en mars (6 semaines après impact).

La distribution générale d'aliments était d'une portée beaucoup plus vaste que les programmes nutritionnels ciblés. Au pic de cette activité, les vivres auraient été distribués à plus de 4 millions de bénéficiaires. Il convient de noter que la PDNA a estimé la population touchée à 1,5 million. Selon une évaluation externe du PAM, « des facteurs politiques ont influé sur la position du Gouvernement haïtien à l'égard de la mise en œuvre du programme, y compris l'élimination progressive de la distribution générale d'aliments au profit d'activités de protection sociale plus ciblées » (PAM 2011).

D'autres experts sont d'avis que l'aide alimentaire à grande échelle a été en grande partie une réponse impulsée par certains gouvernements et qui s'est globalement achevée à temps pour éviter des effets négatifs. Certains bailleurs de fonds interrogés ont également mentionné leurs efforts qui n'ont été couronnés de succès qu'en partie, visant à promouvoir plus de programmes axés sur les liquidités (pas simplement les modalités



Photo: OPS/OMS, Victor Africain

traditionnelles d'espèces ou de bons en échange du travail, mais aussi des allocations de liquidités directes, sans affectation spéciale). Pourtant, comme l'ont recommandé certaines études, un grand nombre d'acteurs de l'aide se sont finalement détournés des programmes axés sur l'alimentation et se sont orientés vers des activités de secours basées sur des contributions en espèces,⁹¹ notamment des programmes d'espèces contre du travail (par exemple, enlever les décombres et améliorer l'environnement urbain et l'assainissement).

La fourniture de produits laitiers est également un point intéressant. Les dons non supervisés de lait en poudre sont fortement déconseillés à la suite de catastrophes soudaines. En dehors de programmes bien gérés, souvent ils ne sont pas bons pour la santé et peuvent causer des diarrhées. La qualité de l'eau étant une préoccupation particulière en Haïti, il a été nécessaire de rappeler à plusieurs reprises aux ONG et aux fournisseurs de soins de santé ne pas de distribuer de lait en poudre.⁹² Le succès n'a été que partiel.

En conclusion, d'autres enquêtes ont indiqué que la malnutrition n'a pas augmenté à la suite du séisme. Compte tenu de l'ampleur de la distribution alimentaire et des compléments alimentaires, ce résultat était à prévoir. Par ailleurs, les envois de fonds de la diaspora ont augmenté considérablement, ce qui a eu pour effet d'accroître le pouvoir d'achat des populations touchées et leur accès aux denrées alimentaires. Les marchés alimentaires sont devenus très actifs en l'espace de quelques semaines et le flux de produits des zones rurales vers les zones urbaines touchées a augmenté rapidement. Il n'existe pas de données disponibles concernant la rentabilité ou les impacts négatifs possibles (par exemple, sur la production alimentaire locale et les marchés, la dépendance, etc.) de la distribution massive d'aliments par rapport à d'autres mesures. On n'a pas suffisamment débattu de la question de savoir si une aide financière aux ménages n'aurait pas été plus efficace du point de vue de la nutrition et du bien-être dans le cas d'Haïti. Cela aurait certainement contribué à préserver le sentiment de dignité et la fierté qui sont si importants dans la culture haïtienne.

Santé mentale et aide psychosociale

- Les besoins en aide psychosociale ne doivent pas être négligés en partant du principe que les communautés pauvres sont plus résistantes.
- Le domaine psychosocial attire actuellement un trop grand nombre d'acteurs des situations d'urgence qui n'ont pas forcément l'expertise et les ressources nécessaires.
- Des programmes spécialisés dans les interventions post-catastrophes soudaines devraient servir de point d'entrée pour la prestation de services de santé mentale aux niveaux des services de santé primaires et de la communauté.

91 Voir, par exemple, ALNAP/Provention (2009), « Responding to Urban Disasters: learning from previous relief and recovery operations ». Disponible sur : www.alnap.org/pool/files/alnap-provention-lessons-urban.pdf.

92 À la place, des boîtes prêtes à boire ont été fournies, ce qui a contribué aux tonnes de déchets produits au quotidien et à l'engorgement du système de drainage à Port-au-Prince.



Lors des catastrophes soudaines passées, l'impact de la santé mentale sur les populations touchées a été l'objet de débats, conduisant à des interventions diverses.⁹³ Celles-ci vont de l'envoi de jeunes travailleurs sociaux non préparés provenant de zones urbaines occidentales vers l'environnement rural, conservateur et islamique de Bam (Iran) jusqu'à la médicalisation excessive d'une réaction par ailleurs commune à la suite d'une catastrophe soudaine.⁹⁴

Les différentes perspectives qui sous-tendent les interventions de santé mentale et le soutien psychosocial sont bien énoncées dans les lignes directrices OMS/IASC et sont résumées ci-dessous (OMS/IASC 2007) :

- Les organismes d'aide à l'extérieur du secteur de la santé ont tendance à parler de « soutenir le bien-être psychosocial ». Les organismes du secteur de la santé ont tendance à parler de « santé mentale ». Les définitions exactes de ces termes varient entre et au sein des organismes humanitaires, disciplines et pays ;
- Les problèmes de santé mentale et psychosociaux dans les situations d'urgence sont fortement interconnectés mais peuvent être principalement d'ordre social ou psychologique (plutôt que médical) ;
- Des problèmes importants de nature principalement sociale comprennent :
 - Les problèmes sociaux préexistants (pré-urgence) (par exemple, extrême pauvreté) ;
 - Les problèmes sociaux résultant de l'urgence (par exemple, séparation des familles ; perturbation des réseaux sociaux ; destruction des structures communautaires, des ressources et de la confiance ; recrudescence de la violence faite aux femmes) et
 - Les problèmes sociaux résultant de l'aide (par exemple, affaiblissement des structures communautaires ou des mécanismes de soutien traditionnels).
- De même, parmi les problèmes de nature essentiellement psychologique, on peut citer :
 - Les problèmes préexistants (par exemple, les troubles mentaux graves, l'abus d'alcool) ;
 - Les problèmes résultant de l'urgence (par exemple, le chagrin, la détresse non pathologique, la dépression et des troubles de l'anxiété, y compris le syndrome de stress post-traumatique [SSPT]) ; et
 - Les problèmes liés à l'aide (comme l'anxiété en raison d'un manque d'informations).

Le point clé des lignes directrices de l'OMS/IASC tient au fait que « la santé mentale et les problèmes psychosociaux dans les situations d'urgence vont bien au-delà du SSPT ». Ce point a été bien compris par les autorités sri-lankaises qui ont recommandé « d'écouter les victimes [du tsunami] sans formuler d'opinions et sans diagnostiquer ou étiqueter les personnes comme souffrant de stress post-traumatique » (Mahoney et al., 2006).

⁹³ Le soutien psychologique aux travailleurs des opérations de secours, sujet important, n'est pas traité dans cette section.

⁹⁴ Une enquête réalisée six mois après le tsunami au Sri Lanka a conclu que 56 % de la population déplacée souffrait du syndrome de stress post-traumatique (SSPT). En d'autres termes, plus de la moitié de la population souffrait d'un trouble pathologique (Kennedy, 2008).

Les catastrophes sont des événements très émotionnels. Le manuel de l'État du Minnesota sur la reprise après une catastrophe donne la description par un néophyte des différentes phases dans la réaction de la population touchée par les catastrophes (tableau 6.5). Il est à noter que ce scénario peut s'appliquer à la plupart des cultures.

Tableau 6.5 Quatre phases de la réponse à la catastrophe

| Phase | Durée habituelle | Actions | Émotions |
|--------------------------------|---|--|--|
| Phase héroïque | Avant l'impact et jusqu'à une semaine après | Lutte pour éviter la perte de vies humaines et minimiser les dégâts sur les biens | Peur, anxiété, on est abasourdi |
| Phase de lune de miel | De deux semaines à deux mois | Les activités de secours mobilisent les survivants ; l'espoir d'une récupération rapide est bon ; l'optimisme est souvent de courte durée | Euphorie d'être en vie, reconnaissance, chagrin, incrédulité |
| Phase de désillusion | De plusieurs mois à plus d'un an | Les réalités de la paperasse bureaucratique et des délais de récupération s'imposent ; l'aide extérieure part ; les survivants se rendent compte qu'ils ont beaucoup à faire eux-mêmes et que leur vie ne sera peut-être plus jamais la même ; | Frustration, dépression, doutes, perte/chagrin, isolement |
| Phase de reconstruction | Plusieurs années | Un fonctionnement normal est progressivement rétabli | Satisfait des progrès ; émotions appropriées compte tenu des événements en cours |

Source: Minnesota Department of Public Safety (n.d.) Recovery from disaster handbook (Chapitre 1).

Interventions de santé mentale en Haïti⁹⁵

On manque d'informations chiffrées ou objectives concernant l'importance de l'impact sur la santé mentale de la population haïtienne touchée. Cela a également pu être observé dans les catastrophes en Indonésie, au Sri Lanka et au Pakistan.

L'OPS/OMS a estimé qu'à un moment donné plus de 110 organisations différentes fournissaient des services de santé mentale et/ou psychosociaux, ou menaient des activités de formation auprès de professionnels de la santé et de la santé mentale (OPS/OMS 2011a). Comme cela a également été observé après le tsunami de l'océan Indien et le tremblement de terre au Pakistan, l'aide psychosociale prend plusieurs formes, y compris des activités aussi simples que de divertir des enfants.

La santé mentale n'était pas un sujet orphelin dans la réponse au séisme en Haïti ; elle avait plusieurs parents. Immédiatement après le séisme, des réunions d'un comité de



95 Z. Abaakouk a donné un aperçu des services de santé mentale disponibles avant et après l'impact en Haïti. Voir Abaakouk, « la santé mentale en Haïti en 2010 : un besoin de santé publique, une valeur ajoutée dans la pratique des soins de santé et une pierre angulaire pour la reconstruction » dans la publication de l'OPS/OMS, « Santé mentale et soutien psychologique dans les situations d'urgence dans les Caraïbes » (à paraître).

travail de responsabilité inter-sectorielle sur la santé mentale et le soutien psychosocial ont été convoquées tout d'abord par l'UNICEF et plus tard par l'OIM pour aider à coordonner les nombreuses organisations présentes sur le terrain. Le Ministère de la Santé, avec l'appui de l'OMS, a également dirigé un groupe de travail sur la santé mentale composé d'acteurs sélectionnés (principalement des prestataires de services psychologiques et psychiatriques) qui mettait l'accent sur les questions stratégiques spécifiques liées au modèle de santé mentale pour une intervention à l'échelle nationale. Il s'agissait notamment d'une liste des médicaments psychotropes essentiels, des protocoles de la santé mentale, de la collecte de données de la santé mentale, de la rédaction d'un plan pour la formation des professionnels de la santé et de la santé mentale, etc.

Afin de guider la réponse initiale, l'OMS a fourni certaines projections ou estimations indicatives de ce à quoi on pouvait s'attendre à la suite de catastrophes :

- « Le pourcentage de personnes atteintes de troubles mentaux graves (par exemple, psychose et de troubles de l'humeur et d'anxiété fortement incapacitants) augmente de 1 % au-dessus du point de référence estimé de 2 à 3 % ;
- « De plus, le pourcentage de personnes présentant des troubles mentaux légers ou modérés, y compris des troubles de l'humeur et de l'anxiété (tels que le syndrome de stress post-traumatique, ou SSPT), peut augmenter de 5 à 10 % par rapport au niveau de base estimé de 10 % ;
- « Dans la plupart des situations une récupération naturelle au fil du temps (c'est à dire une guérison sans intervention) se produira pour un grand nombre — mais pas la totalité — des survivants souffrant de troubles légers et modérés » (OMS/IASC 2007, 123).

Apparemment aucune tentative n'a été faite de valider ces chiffres dans le contexte d'Haïti, pays ayant fait preuve d'une résistance extraordinaire au cours des années, mais également soumis à un choc considérable (le séisme, des pertes massives, des amputations, la gestion des cadavres et les effets secondaires d'une réaction internationale ne traitant pas toujours les priorités perçues). La résistance, une caractéristique de la survie, ne réduit pas le stress émotionnel et la nécessité d'un soutien psychosocial.

L'étendue de la réponse de santé mentale est mieux documentée. En plus des ressources humaines locales, une assistance supplémentaire est arrivée en masse en Haïti, avec notamment 10 psychiatres, 4 psychologues, des professionnels de la Brigade Médicale Cubaine, travaillant au niveau des communautés, trois formateurs en santé mentale de l'International Medical Corps, des experts et des praticiens cliniques de grandes ONG médicales (MSF, Médecins du Monde) ainsi que de nombreuses sociétés de la Croix-Rouge.⁹⁶

Yves Lecomte (2010) a décrit la situation comme suit :

« Selon une recension faite par la MHPSS WORKING GROU-HAITI, il y aurait une centaine d'ONG qui interviennent maintenant en santé mentale, soit 1% des ONG actuellement actives. Dix-sept modalités d'interventions sont offertes : psychologiques comme le soutien psychologique individuel, de groupe, psychothérapie, etc., médicales (médication) et sociales : advocacy, apprentissage d'habiletés vocationnelles, soutien social, etc. »⁹⁷

⁹⁶ Basauri, V. Rapport de Mission: La Santé mentale et le soutien psycho-social in Haïti [OPS/OMS Rapport de mission, 3-6 fév. 2010].

⁹⁷ Lecomte Y., La santé mentale en Haïti : le nouvel Eldorado? Revue Haïtienne de santé mentale Vol.2, pp 9-12 (2010)

Une telle prolifération d'acteurs n'est pas toujours dans le meilleur intérêt de la population touchée. Tous les intervenants ne sont pas aussi professionnels ou efficaces qu'on pourrait s'y attendre. La première priorité dans l'aide humanitaire est de « ne pas faire de mal ». La santé mentale externe et le soutien psychosocial sont un moyen important d'aider les personnes touchées par les situations d'urgence, mais présentent le potentiel de leur causer un préjudice, parce qu'ils traitent de questions culturelles très sensibles.

Lecomte a exprimé des réserves au sujet de la nature d'une partie de cette aide :

« Alors que depuis les années soixante-dix, la "psychiatrie ne fait pas partie des problèmes de santé publique en Haïti, ce n'est pas une priorité d'Etat", et que « Haïti ne prend pas en charge ses malades mentaux », voilà que "tout le monde fait de la santé mentale" depuis le 12 janvier 2010. De fait, selon certains, "Haïti est envahie par une faune bigarrée de 'spécialistes en santé mentale' qui ne sont ni médecins, ni psychiatres, ni psychologues professionnels. [...] Beaucoup d'intéressés de l'étranger ne parlent ni français, ni créole. [...] Soudainement la santé mentale en Haïti est devenue un objet internationalement convoité. »

Sur le plan positif, ce même auteur a fait remarquer que « de nombreuses organisations internationales sont intervenues dans les camps et les hôpitaux et ont donné des formations aux praticiens de la santé mentale. »

Ces constatations mitigées ont également été observées à la suite de catastrophes majeures attirant une aide et des financements considérables (tremblements de terre à Bam, en Iran, en 2003, au Pakistan en 2005 et tsunami de l'océan Indien en 2004).

En dépit de ces excès occasionnels, la réponse a produit des changements significatifs en termes d'approche de la santé mentale en Haïti. Son efficacité peut être évaluée de façon subjective au moyen de la liste de l'OMS/IASC des « choses à faire et à ne pas faire » (2007, 123). Les éléments les plus pertinents pour la réponse en Haïti sont présentés au tableau 6.6.



Plus de 110 organisations ont fourni des services de santé mentale

Tableau 6.6 Recommandations sur les « choses à faire et à ne pas faire » et les activités de santé mentale et de soutien psychosocial après le séisme en Haïti

| À faire | Réponse en Haïti |
|--|---|
| Mettre en place un groupe de coordination globale sur la santé mentale et le soutien psychosocial | Deux processus parallèles : l'un géré par les Nations Unies et l'autre par le Ministère de la Santé. La priorité aurait dû être accordée au renforcement du leadership du ministère. |
| Tenir compte des différences entre les sexes | Semble être une préoccupation prise en compte par la plupart des acteurs. |
| Apprendre les pratiques culturelles locales et utiliser à la fois des méthodes locales et externes en fonction des besoins | L'OMS a publié très tôt une revue de la littérature sur ce sujet. ^a Une véritable approche et stratégie locales étaient une priorité du groupe de travail instauré par le ministère de la santé. ^b |
| Renforcer les capacités gouvernementales et intégrer les soins de santé mentale pour les survivants dans les soins de santé généraux | Les ONG et acteurs internationaux ont mis l'accent sur le renforcement des capacités et la formation. La stratégie élaborée par le groupe de travail du Ministère de la Santé se centre sur la décentralisation et l'intégration de la santé mentale dans les services de santé (en s'écartant des Hôpitaux psychiatriques spécialisés). Les médias ont donné de la visibilité à cette approche. ^c |
| Intégrer les considérations psychosociales dans tous les secteurs de l'aide humanitaire | Les réunions organisées par l'UNICEF puis par l'OIM comprenaient des sessions thématiques sur l'éducation, les enfants, la religion, etc. |

| À ne pas faire | Réponse en Haïti |
|--|---|
| Ne pas procéder à des évaluations qui font doublon et ne pas accepter de données préliminaires sans sens critique | Un point faible étant donné qu'aucune évaluation objective et quantifiée n'était disponible. Le manque de critères clairs sur les besoins de santé mentale et des questions concurrentes plus urgentes peut expliquer cette lacune. |
| Ne pas supposer que tout le monde est traumatisé, ou que les gens qui semblent résistants n'ont besoin d'aucun soutien | Les services de nombreux organismes chevronnés semblaient être adaptés spécifiquement aux besoins de la population. On n'a noté aucune médicalisation excessive ni utilisation à outrance de définitions de SSPT. |
| Ne pas utiliser un modèle d'œuvre caritative qui traite les personnes dans la communauté principalement comme des bénéficiaires de services | Il ressort des entretiens que la réponse a contribué aux problèmes de dépendance et de frustration chez les « bénéficiaires ». La focalisation institutionnelle égocentrique de nombreux acteurs semble avoir eu un impact négatif. |
| Ne pas fournir de médicaments psychotropes sans formation et supervision | Hormis des observations occasionnelles non confirmées ou non documentées, l'utilisation de médicaments a été limitée et on estimait qu'ils étaient donnés sous surveillance. |
| Ne pas institutionnaliser les personnes à moins que l'institutionnalisation ne soit une solution temporaire et indiscutablement de dernier recours | Une grande réalisation a été le passage d'une approche d'institutionnalisation avant la catastrophe à une focalisation sur des services communautaires et des services de santé. |

Source : OMS/IASC 2007.

a Voir OMS (2010a).

b Des observations sur la stratégie et l'approche locale de soutien de la santé mentale ont été publiées dans D. Henrys. Réflexions sur une politique de santé mentale en Haïti. *Revue haïtienne de santé mentale*. Vol 2 ; 217-219.

c Un article publié dans le New York Times (19 mars 2010) déclarait : « En fait, les experts internationaux encouragent le Ministère de la Santé haïtien, dont ils indiquent qu'il est réceptif et désireux d'aider, à intégrer des soins de santé mentale dans le système de soins de santé primaire et faire en sorte qu'ils soient disponibles dans tout le pays ».

Toutes les informations signalent clairement une amélioration significative dans l'approche et la priorité accordée par le Ministère de la Santé à une question longtemps négligée en Haïti.

La santé génésique / violence faite aux femmes

Les urgences de santé génésique devraient être prises en charge dès les premiers jours de la réponse.

Alors que la traumatologie peut être la préoccupation dominante et plus visible immédiatement après un tremblement de terre, les accouchements et les urgences obstétriques continuent de se produire et exigent une attention constante pour sauver des vies. L'augmentation de la violence faite aux femmes est régulièrement signalée à la suite de la plupart des catastrophes. Il est essentiel de s'occuper de ces groupes particulièrement vulnérables.

Soins de santé génésique

Le taux d'accouchements augmente souvent temporairement dans les premiers jours et les premières semaines qui suivent une catastrophe soudaine (on peut supposer que c'est le résultat du stress). Bien qu'aucune donnée ne soit disponible sur le nombre d'accouchements, des rapports officiels tendent à confirmer cette observation en Haïti. De même, le nombre de grossesses après l'impact augmente souvent. Cela a été souligné dans une enquête réalisée dans des camps temporaires par le Ministère de la Santé.

Le taux de grossesses signalé dans une étude post-séismes était de 12 %.⁹⁸ Avant le séisme, ce taux était de 6 % à l'échelle nationale (4 % dans les zones urbaines et 8 % en zone rurale) (MSPP 2006). Le taux très élevé observé dans les camps peut refléter une promiscuité accrue dans ces installations, une augmentation de l'incidence de rapports non protégés dans un contexte perturbé et/ou d'insuffisance des services de planification familiale. Le désir de grossesse ou d'avoir un enfant pourrait aussi s'expliquer par des raisons psychologiques, comme on l'observe souvent après des catastrophes majeures (MSPP 2010b).

Dans les jours qui suivent l'impact, les groupes qui se spécialisent en santé génésique ont intensifié leurs efforts pour assurer la bonne prise en charge des femmes sur le plan sanitaire. Ceci s'inscrivait dans un contexte dominé par l'envoi d'hôpitaux de campagne militaires pour les traumatismes ou de polémiques sur les amputations et les syndromes e double écrasement.

Dans la semaine, le Consortium de réponse de santé génésique dans les situations de crise (RHRC) a exhorté les intervenants à « mettre en place des services pour traiter les complications de la grossesse, y compris les césariennes d'urgence, fournir un accès immédiat aux soins cliniques pour les survivants de violence sexuelle, reprendre la prévention du VIH, et remettre en place les méthodes de planification familiale habituelles. »⁹⁹

Un groupe de travail sur la santé génésique a été mis en place à Port-au-Prince pour répondre à ces questions et un ensemble de services initiaux minimum pour la santé génésique a été promu par la distribution en temps opportun de trousse d'urgence par le FNUAP.



Photo: OPS/OMS, Victor Ariscan

98 Un échantillon de 2 391 femmes, âgés de 15 à 49 ans a été utilisé dans cette étude.

99 Le Consortium de réponse de santé génésique dans les situations de crise (RHRC) se compose de sept membres : American Refugee Committee (ARC), CARE, Columbia University, International Rescue Committee (IRC), John Snow Research and Training Institute (JSI), Marie Stopes International (MSI) et Women's Refugee Commission.

Une étude auprès de 171 cliniques¹⁰⁰ desservant des camps temporaires en juillet 2010 suggère que cinq mois après l'impact, il y avait toujours des déficits importants en termes de prestations de services (paquet de services minimum) fournis. Selon les auteurs de l'étude, ces déficits observés étaient probablement liés à la désorganisation des services de santé et au non-respect des normes établies par le Ministère de la Santé concernant le paquet de services minimum. En outre, les auteurs de l'enquête notent que le manque de disponibilité de certains services pour les urgences obstétriques et néonatales et la santé sexuelle peut être dû à la nature spécialisée de ces interventions (MSPP 2010b).

Cette même enquête a confirmé que l'accès aux soins de santé génésique, bien qu'ils ne répondent pas encore aux normes minimales, s'est amélioré considérablement dans les camps temporaires par rapport à la situation qui prévalait avant le séisme.

Violence faite aux femmes

- Une augmentation de la violence faite aux femmes est régulièrement signalée après la plupart des catastrophes. Bien que ce problème ait été mieux documenté après le séisme en Haïti, il conviendrait de remédier au manque de preuves quantifiées relatives à cette question.
- Une stratégie transversale pour traiter de ce problème chroniquement ignoré doit être élaborée et mise en œuvre sous l'égide du Ministère de la Santé.

En plus de la nécessité de rétablir d'urgence les services de santé génésique normaux, une « flambée de violence faite aux femmes » a été rapportée dans les médias et dans les rapports techniques.

On ne sait pas clairement à quel point cette flambée de violence faite aux femmes post-séisme est significative et fondée sur des preuves.¹⁰¹ Amnesty International (2010) a observé : « les mécanismes de protection pour les femmes et les filles victimes de violence sexuelle étaient insuffisants avant le séisme, maintenant ils sont totalement absents. C'est une cause majeure de la sous-déclaration de ces actes de violence. » Le rapport fournit de nombreuses observations de cas tragiques, mais ne présente pas de preuve quantifiées.

La violence sexuelle est un problème beaucoup plus difficile à documenter que les amputations ou les maladies transmissibles, mais le manque de statistiques n'excuse en rien l'inaction. En Haïti, l'ampleur du problème avant et après le séisme a donné lieu à une vaste gamme d'initiatives allant de la prestation de soins médicaux spécialisés, jusqu'à la mise en place de forces de maintien de l'ordre dans les camps par les Nations Unies et la Police nationale, en passant par l'adoption de mesures de protection, comme l'installation de 200 lampadaires durables dans 40 des camps.

En mars 2010, le Ministère de la Santé a lancé un programme national de prise en charge des victimes de violences sexuelles. Selon les entretiens, le protocole proposé par le ministère s'est heurté à une résistance de certaines ONG qui ne voulaient pas modifier leurs propres protocoles et kits de réponse, insistant plutôt pour que le programme national soit modifié et adapté à leur approche.

100 Dans l'enquête menée par le Ministère de la Santé (MSPP 2010b), des visites ont eu lieu dans 171 institutions dans les 12 municipalités touchées par le tremblement de terre pour évaluer la prestation des soins et services. Parmi elles, 86 fonctionnaient à l'intérieur de camps temporaires et 85 à l'extérieur. Ces installations offraient des soins de santé généraux et pas exclusivement de santé génésique.

101 L'enquête auprès des ménages menée par l'Université du Michigan (Kolbe et al., 2010) a estimé que « au cours des six semaines qui ont suivi le séisme, 10 813 personnes (intervalle de confiance de 95 %, 6 726–14 900) ont été agressées sexuellement, dont une grande majorité étaient des femmes. Au cours de la même période 4 645 personnes (intervalle de confiance de 95 %, 1 943–7 347) ont été agressées physiquement. »

Il y a des leçons fort utiles à tirer des efforts de réponse ou de prévention de la violence sexuelle à la suite du séisme.

- Comme indiqué après le tsunami, il est impossible de déterminer si la violence faite aux femmes a effectivement augmenté (Felten-Biermann, 2006). Cela ne signifie pas pour autant qu'elle n'existe pas ;
- Une stratégie nationale, que ce soit pour la violence faite aux femmes ou d'autres priorités de santé publique, ne peut être mise en œuvre à moins que tous les acteurs de la santé, étrangers ou nationaux, acceptent le leadership des autorités de la santé.

Comme c'est le cas pour d'autres problèmes négligés, la haute visibilité de la réponse et du financement disponible a mis en lumière les lacunes qui subsistent et a provoqué un processus de réforme. Cette réforme bénéficiera probablement aux victimes futures de violence faite aux femmes en Haïti.

Fournitures

- Les dons sanitaires inappropriés constituent un grave problème dans toutes les grandes catastrophes ; cependant, cela s'est produit à un moindre degré dans le cas d'Haïti.
- L'existence d'un entrepôt pharmaceutique central géré par l'OPS/OMS a été un atout inégalé dans d'autres pays touchés par des catastrophes.

Comment la réponse en Haïti peut-elle être comparée à celle des catastrophes mondiales récentes en termes d'apport de produits de santé et de capacité d'approvisionnement ?

La réponse en Haïti a fait face à des problèmes de logistique semblables à ceux des autres grands déploiements humanitaires dans le passé :

- La quantité de produits entrants (et de personnel) a augmenté rapidement au cours des premières semaines ;
- Le transport vers Haïti a été un facteur limitant important. La gestion de l'aéroport de Port-au-Prince et le contrôle de l'espace aérien haïtien ont été rapidement assurés par les militaires américains, qui avaient leur propre série de priorités sécuritaires et bilatérales, distinctes de celles de la communauté humanitaire civile. Des équipements médicaux absolument essentiels, y compris certains hôpitaux de campagne et des équipes de santé, ont été déroutés par Saint-Domingue en République dominicaine ;
- Le transport au sein d'Haïti a été compliqué par la destruction, les gravats sur les routes et l'absence de véhicules pour répondre aux arrivées massives d'experts et d'autres personnels en nombre croissant. Les capacités de transport considérables de la MINUSTAH n'ont pas été mises à la disposition de la communauté humanitaire ou même des agences de l'ONU jusqu'à ce que le Conseil de Sécurité ait adopté une résolution exigeant de la MINUSTAH qu'elle apporte son aide à cet égard (7^e jour).¹⁰²

Le manque de fournitures médicales est rapidement devenu un obstacle majeur dans le traitement des blessés. Les produits manquants étaient les mêmes que ceux dont la pénurie est signalée dans tous les tremblements de terre : pansements, gaze, désinfectant, matériel de suture, équipement pour la pose de plâtres et film de rayons X. Des kits d'urgence types (y compris des kits pour les traumatismes) ont été rapidement

mis à disposition, mais selon plusieurs interlocuteurs ils ne répondaient pas de façon adéquate aux pénuries les plus courantes à la suite d'un séisme massif.

Un équipement en nombre insuffisant qui n'était pas souvent mentionné dans les autres catastrophes était les fixateurs osseux externes. La demande pour ce dispositif médical orthopédique était étonnamment élevée étant donné que les conditions nécessaires pour l'utilisation de fixations internes (compétences chirurgicales et environnement stérile) étaient rarement présentes au cours des premières semaines. PROMESS (voir ci-dessous) ne pouvait pas satisfaire à la demande pour cet équipement inhabituel (inhabituel au sens qu'il ne fait pas partie de la liste « normale » de produits essentiels).¹⁰³ Le stockage de cet équipement à l'échelle mondiale semble être la seule approche pratique.

PROMESS

PROMESS, le système central des achats de santé géré par l'OPS/OMS, était un atout international inhabituel mais inestimable au cours des premières semaines. Les installations de PROMESS n'avaient pas subi de dommages critiques. Son stock venait d'être reconstitué à la fin de 2009 et son personnel travaillait non seulement dans les établissements publics mais aussi dans des installations ou organisations éligibles à but non-lucratif. Ce mécanisme efficace et bien réglé était en place pour soutenir tous les acteurs de la santé humanitaire. Cependant, les bureaux de santé publique locaux qui étaient à court de stocks n'avaient pas tous connaissance de l'existence de ce service.

Immédiatement après le séisme, PROMESS a reçu une moyenne de 30 clients par jour, tels que les hôpitaux publics et des ONG locales et internationales. Au cours des 45 premiers jours, PROMESS a distribué plus de 345 000 boîtes de médicaments essentiels et produits de santé, y compris des antibiotiques, des vaccins, des médicaments pour les troubles mentaux, des médicaments pour le traitement du diabète, de la tuberculose et du paludisme et des anesthésiques. En mars, 100 kits de cliniques mobiles ont été distribués dans tous les secteurs prioritaires. Au début avril, le Ministère de la Santé a prolongé l'accès gratuit aux médicaments jusqu'au 12 juillet 2010, et PROMESS a continué à travailler en partenariat avec le ministère pour la distribution de kits de santé à la plupart des cliniques mobiles, des hôpitaux publics et des ONG.

Plusieurs facteurs qui limitaient l'efficacité de PROMESS ont été résolus avec le soutien du gouvernement américain :

- Réparation des murs entourant l'installation et amélioration de la sécurité ;
- Mise à jour de l'inventaire des fournitures ;
- Organisation de la chaîne de distribution pour tenir compte de l'augmentation du nombre de clients et de l'urgence des livraisons ;
- Création d'un accès aux zones de stockage et d'un espace en nettoyant les décombres.

¹⁰² La Résolution du Conseil de Sécurité des Nations Unies 1908 a été adoptée le 19 janvier 2010 pour « accroître les niveaux de force globale de la MINUSTAH afin de soutenir les efforts immédiats de récupération, de reconstruction et de stabilité ».

¹⁰³ Face à la demande urgente et importante en fixations externes, PROMESS a passé une commande portant sur 2 000 unités. Ce chiffre n'était pas excessif étant donné le nombre de fractures. Cependant, le système d'approvisionnement (centralisé au siège de l'OPS/OMS) ne connaissait pas de sources pour cet élément spécialisé, qui n'est pas systématiquement en stock chez ses fournisseurs habituels. Finalement, 50 unités ont été livrées mais elles sont arrivées trop tard.

Dons de médicaments

Les réponses apportées aux questions spécifiques posées lors des entretiens et de l'examen des rapports techniques indiquent qu'il existe un consensus général sur le fait que la qualité des dons de médicaments s'est améliorée. Les lignes directrices de l'OMS sur les dons de produits pharmaceutiques (OMS, 1999) ont été suivies plus systématiquement que lors des catastrophes passées ou dans d'autres régions. Cependant, progrès ne signifie pas rendement satisfaisant. Le 15^e jour, comme indiqué dans le Bulletin du Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé (n° 8), « la majorité des médicaments arrivant en Haïti ont la bonne classification ; il y a toutefois encore beaucoup de médicaments sans étiquette, ayant expiré ou arrivant dans des assortiments, ce qui gêne leur distribution. »

Bien que PROMESS exige des informations détaillées (listes, date d'expiration, certificats d'analyse) avant d'accepter des dons, les produits rejetés trouvaient habituellement un autre point d'entrée. Le département pour l'autorité de réglementation des produits pharmaceutiques du Ministère de la Santé est resté trop faible pour opposer son veto aux dons non sollicités et inappropriés. Ce bureau n'a pas reçu l'appui de la communauté internationale.

Les dons inappropriés émanaient généralement de nouveaux acteurs humanitaires (groupes n'ayant aucune expérience préalable) ou de nouveaux pays donateurs, y compris des Amériques. Dans l'ensemble, les bailleurs de fonds traditionnels et les organismes bilatéraux bien implantés semblent avoir exercé un leadership plus fort dans le contrôle de la qualité des dons provenant de leurs pays et de leurs constituants.



PROMESS a distribué des médicaments et des fournitures essentiels aux hôpitaux et aux ONG internationales et locales.

Lien avec la récupération rapide et le développement

- Il n'est jamais trop tôt pour entamer les activités de récupération et pour « reconstruire mieux » dans le secteur de la santé.
- Les catastrophes offrent des opportunités de changement, même si elles sont progressives. Certaines ont été saisies en Haïti.

Dans cette section, les perspectives se projettent au-delà de la période initiale de trois mois. On tentera de déterminer l'impact de la réponse rapide sur le processus de récupération et de reconstruction en Haïti.

Les premières activités de secours ont une justification et une dynamique qui leur sont propres. Conçues pour sauver des vies, elles peuvent véritablement le faire ou également évoluer vers des activités de type développement. Elles peuvent être réalisées de manière à préparer le terrain et se fondre dans les processus de récupération et de reconstruction, ou d'une façon qui complique ce processus.

Les activités de récupération rapide représentent la frontière ou la transition mal définie entre les secours d'urgence et la reconstruction. Quant à déterminer s'il s'agit d'une fonction humanitaire élargie ou d'une étape initiale vers le développement, c'est une question de point de vue et d'origine des financements : c'est-à-dire humanitaire/urgence ou développement (Banque mondiale 2008, 31–32).

Au cours de la dernière décennie, les acteurs du développement sont devenus plus proactifs et plus rapides pour déclencher le processus de reconstruction, qui se recoupe dans le temps avec la réponse immédiate. L'évaluation économique des dommages réalisée par la Commission Economique pour l'Amérique Latine et les Caraïbes (CEPALC) était habituellement lancée plus d'un mois après l'impact ; elle est désormais démarrée en l'espace de quelques semaines. En Indonésie, les institutions financières internationales ont entrepris une évaluation économique dans les trois semaines, à laquelle ont participé un grand nombre d'experts appuyés par de jeunes diplômés. Il y avait plus d'experts s'occupant de la compilation, de l'examen, et de la validation des données financières et sur les coûts de toutes les sources que ceux qui étaient employés pour recueillir et compiler les informations sur la réponse. Des activités similaires ont été lancées au Sri Lanka et au Pakistan.

En Haïti, la même approche a entraîné une planification rapide pour une évaluation des besoins après la catastrophe (PDNA). Vingt ans plus tôt, on ne pensait à la récupération rapide et à la reconstruction qu'après coup, une fois que les secours étaient presque terminés ; en Haïti, elles sont intervenues tôt dans le programme. Le 19 janvier (7^e jour), le Groupe de Responsabilité Sectorielle Récupération Rapide a été activé en Haïti.

Ces deux processus (réponse et reconstruction) peuvent fonctionner indépendamment ou être étroitement liés. Le lien entre les secours, la réhabilitation et le développement (LRRD) était une caractéristique présente dans cette situation d'urgence. Ce lien a été un atout pour les agences ayant un mandat fort dans le développement et une capacité d'intervention d'urgence.

Il y avait des points forts mais aussi des lacunes au niveau de ce lien.

Les succès du LRRD

La reconstruction, qui fait partie du développement, se heurte à des obstacles considérables en Haïti. Les mécanismes les plus brillants ne peuvent pas réussir sans un minimum d'efficacité du gouvernement disposant d'une autorité vis-à-vis de ses partenaires.

Alors que la plupart des « nouvelles idées ambitieuses » formulées dans le cadre du processus PDNA n'ont pas été mises en œuvre, les graines de nombreuses modifications graduelles de thématiques ont été semées en Haïti. Des initiatives pour le changement préexistantes mais dormantes ont été réactivées, encouragées et dans certains cas financées. Il se peut que les progrès dans certaines de ces initiatives ne dure pas, mais d'autres vont changer la santé publique en Haïti. Les succès initiaux sont énumérés ci-dessous. La plupart ont été évoqués plus tôt. Aucune de ces initiatives n'est révolutionnaire, mais le développement est toujours le résultat d'un processus.

- *Accès gratuit aux soins de santé primaires* — les SIG et les SOG : Avant l'impact du séisme, de modestes efforts avaient été entrepris par l'OMS pour conclure des accords de compensation avec les différentes institutions à but non-lucratif disposées à fournir des soins obstétricaux gratuits (SOG) (OMS, 2010d). Cela s'écartait singulièrement de la politique de soins payants strictement appliquée mais mal contrôlée dont les établissements de santé locaux étaient devenus dépendants pour la plupart de leurs opérations. Le programme SOG est devenu opérationnel après février 2010 avec un mécanisme simplifié de rapport d'activités. Non seulement il a continué à fournir gratuitement des soins obstétricaux aux femmes enceintes immédiatement après le tremblement de terre, mais au cours de 2010, il a élargi le contenu des services de santé, devenant le SOG-2 en juillet 2010. Soixante-trois établissements de santé fournissent actuellement des services dans le cadre de ce programme partout dans le pays. En conséquence, le nombre d'accouchements dans des établissements de santé a augmenté, passant de 2 953 par mois en moyenne en 2007 à 6 828 par mois en 2010 d'après les estimations dans les établissements participants (OPS/OMS 2011a).¹⁰⁴

Le programme SIG (soins infantiles gratuits) fournit des soins gratuits aux enfants de moins de 5 ans grâce à un accord financier avec les hôpitaux publics et privés similaires à celui des SOG. Il a été lancé et mis en œuvre après le tremblement de terre afin d'alléger les difficultés financières que rencontraient la population et les établissements de santé. Vingt-sept des plus grands hôpitaux du pays participaient aux SIG entre juillet et novembre 2010. Pendant cette même période, plus de 15 000 enfants en sus des chiffres de base ont pu avoir accès à des soins de qualité avec dignité.

Le soutien temporaire pour ces programmes émanant de financements humanitaires a été remplacé par une subvention de développement assurant ainsi la pérennité de l'accès gratuit aux soins pour ces groupes.¹⁰⁵

- *Santé mentale* : Comme nous l'avons vu, une nouvelle approche communautaire vient compléter les soins hospitaliers traditionnels de santé mentale de troisième niveau. Cela représente un changement d'attitude et d'approche qui est susceptible de durer.

¹⁰⁴ Certaines ONG, il s'agissait là d'une question de politique interne, ont fourni des soins gratuits sans adhérer officiellement aux SOG.

- *Réadaptation et acceptation des handicaps* : Le tremblement de terre a aussi entraîné un changement de perception et de politiques en matière de handicap en Haïti. Il s'agit d'une modification profonde et permanente d'un comportement public. Des changements institutionnels suivront.
- *Sensibilisation à la violence faite aux femmes* : La situation d'urgence a donné l'occasion au Ministère de la Santé d'élaborer une stratégie, qui est encore débattue, visant à fournir des soins normalisés aux victimes de la violence faite aux femmes. Elle a mis en lumière ce problème de longue date qui a été largement négligé.
- *Contrôle et surveillance des maladies transmissibles* : La mise en place d'un système de surveillance basé sur 51 postes sentinelles est une première pour Haïti. Bien qu'elle soit intervenue tardivement et qu'elle présente de gros défauts de qualité, cette expérience a renforcé le département d'épidémiologie du Ministère de la Santé. L'importance d'un nouveau renforcement de ce département a été démontrée lors de l'épidémie de choléra à la fin de 2010.
- *Services en eau* : DINEPA, une institution relativement solide responsable de la distribution de l'eau en Haïti, est sortie plus forte de la réponse à la catastrophe. La qualité des services offerts aux populations déplacées en interne (PDI) par les partenaires internationaux a dépassé celle disponible dans les zones non touchées. Le bénéfice à long terme a été démontré une fois de plus au cours de l'épidémie de choléra ultérieure. Les taux de morbidité et de mortalité dans les camps temporaires ont été considérablement plus faibles dans les camps de PDI.
- *Nutrition* : Selon l'UNICEF, du fait de la situation d'urgence, le Ministère de la Santé a accordé une plus grande priorité aux questions de nutrition et il a été possible de renforcer les programmes au niveau départemental.
- *Décentralisation de la gestion et des services* : La réponse à la crise a contribué à la revitalisation de la tendance à la décentralisation des services vers les départements et les communautés. Le niveau central a pu être affaibli par la réponse internationale, mais le niveau local en a probablement bénéficié en termes de visibilité et d'accès direct à la communauté internationale. Cela a conduit à relancer le débat au niveau national.
- *Réduction de la vulnérabilité aux tremblements de terre* : Comme c'est souvent le cas après de grands séismes, la sensibilisation et l'engagement sur le plan de la réduction des risques ont augmenté considérablement. Les nouveaux établissements de santé (réparés ou reconstruits) seront conformes aux normes de sécurité en cours d'examen. Un projet conjoint Banque mondiale et OPS/OMS s'attachera à promouvoir et surveiller l'élaboration de directives et la mise en œuvre du concept d'hôpitaux sûrs dans le cadre du processus de reconstruction.

En Haïti, la tragédie a donné un nouvel élan pour un changement progressif à moyen terme.

Lacunes du LRRD

Plusieurs aspects de la réponse dans les premiers mois n'étaient pas favorables à une récupération rapide et réussie. Les plus notables sont le manque de soutien des ONG aux

105 Sur une échelle plus internationale, les programmes SIG et SOG ont contribué à la position du Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé mondial de l'IASC qui a recommandé la suppression du paiement des soins de santé primaires lors de crises humanitaires. Voir IASC (2010b).

initiatives en matière de politiques et de stratégies du Ministère de la Santé, la pratique du « braconnage » des ressources humaines, la fermeture d'un hôpital privé à but lucratif et l'affaiblissement du rôle et du leadership potentiel des institutions nationales.

- Le Ministère de la Santé avait peu d'influence sur la réponse immédiate des ONG et des autres acteurs. Il s'est concentré avec pragmatisme sur la planification de la récupération. Des stratégies et des normes ont été élaborées uniquement pour être ignorées ou dans certains cas contredites par les ONG qui étaient censées les mettre en œuvre. Certes, la reconstruction et le développement ne sauraient être dictés par une planification trop détaillée au niveau central, mais ils ne se concrétisent pas non plus lorsque les normes techniques émanant des ministères responsables sont systématiquement ignorées.
- La pratique du recrutement de professionnels de la santé nationaux auprès des services de santé locaux, ou « braconnage » est une pratique commune à l'ensemble des grandes catastrophes naturelles ou des conflits. À moyen terme, comme indiqué précédemment, cette pratique affaiblit sérieusement la capacité de récupération du pays.

Les tentatives du ministère et du Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé de convenir d'une approche type en matière de recrutement et de salaires n'ont jamais été sérieusement prises en considération par les grandes ONG médicales qui étaient en concurrence entre elles (et avec les Nations Unies) pour les services des quelques professionnels de la santé locaux disponibles. C'est un marché où la demande dépassait largement l'offre locale. Le personnel qualifié était recruté non seulement dans le secteur public, mais aussi auprès des ONG locales dévouées incapable d'offrir les mêmes salaires que ceux qu'offraient les ONG internationales. Il n'y a pas de solution facile lorsque le secteur de l'humanitaire opère selon les modalités d'un marché libre et non réglementé.

- La faillite d'un grand établissement privé a marqué la fin d'une époque d'ouverture du secteur à but lucratif aux patients pauvres. Le Centre de diagnostic et traitement intégré (CDTI) a fermé le 1er avril, une situation dans laquelle tout le monde sort perdant. Dès les premières heures qui ont suivi l'impact, cet hôpital a fourni gratuitement des soins d'urgence à la population touchée. Le CDTI a déclaré avoir traité 10 500 patients et a effectué quelque 2 000 interventions chirurgicales en 10 semaines.¹⁰⁶

Dans une interview avec le *Nouvelliste*, le principal journal d'Haïti, le Directeur du CDTI a assuré : « nous n'avons pas reçu de fonds d'urgence au cours des trois mois de services que nous avons fournis. »¹⁰⁷ Toutefois, cet établissement a reçu un montant d'aide important sous forme de produits médicaux essentiels, d'équipement et de ressources humaines. En fait, le CDTI connaissait de graves difficultés économiques bien avant le tremblement de terre. La question n'est pas tant le sort d'un hôpital, mais plutôt le fait que la communauté internationale soit mal équipée pour traiter de la question de la compensation monétaire pour les soins fournis gratuitement par le secteur à but lucratif. Cette question devrait être abordée surtout dans les situations où le rôle d'un établissement donné est crucial.

- L'affaiblissement des établissements de santé sera discuté plus en détail dans la section sur la coordination nationale au chapitre 8.

¹⁰⁶ Il est intéressant de noter que certains interlocuteurs des ONG ont vanté la qualité des soins et noté que c'était l'un des rares établissements offrant un juste équilibre entre le nombre de docteurs et le personnel infirmier.

¹⁰⁷ Le *Nouvelliste*. 6 avril 2010.

Gestion de l'information

- La gestion de l'information, y compris dans le secteur de la santé, semble être l'un des points les plus faibles de la réponse lors de catastrophes passées. Cette situation est aggravée par la prolifération d'acteurs généraux et d'agences répondant à des besoins extrêmement spécifiques.
- Un niveau de ressources humaines beaucoup plus élevé devrait être consacré à la collecte de renseignements : celui qui est le mieux informé est celui qui a l'autorité morale pour coordonner.
- La coordination ne peut pas être efficace sans informations sur lesquelles baser l'action.

La gestion des catastrophes tient essentiellement à la gestion de l'information. La principale différence entre la prise de décisions en temps de crise et dans des situations normales n'a pas essentiellement trait aux conséquences humanitaires mais au niveau plus élevé d'incertitudes. Les décisions dans les catastrophes soudaines doivent être prises avec peu ou pas d'informations factuelles précises. Par conséquent, les émotions, les intérêts institutionnels ou les considérations politiques l'emportent souvent.

Le Groupe mondial de Responsabilité Sectorielle Santé dirigé par l'OMS a établi une liste d'indicateurs de santé base suggérés.¹⁰⁸ Peu d'entre eux ont été compilés et surveillés avant l'impact, et encore moins dans les conditions chaotiques et de pressions extrêmes pour une action immédiate.

¹⁰⁸ Voir IASC, Global Health Cluster (2009), « Global health cluster suggested set of core indicators and benchmarks by category. »

Besoins en informations

Les besoins en informations ne sont pas limités aux indicateurs traditionnels du nombre de morts (chiffre sans aucune valeur immédiate pratique), du nombre de blessés (lorsque qu'il est compilé, il est souvent trop tard pour agir), du nombre de sans-abri ou de personnes déplacées (données difficiles à obtenir mais utiles pour agir) et du nombre de bâtiments/maisons endommagées. Ce qui est nécessaire est une information relativement spécifique sur l'étendue des besoins humains supplémentaires et critiques occasionnés par la catastrophe, et le volume de ressources déjà sur place ou sur le point d'arriver pour y répondre. Trop souvent, on part de l'hypothèse que la capacité locale est inexistante ou submergée. Cette perception était malheureusement plus exacte dans le cas du séisme du 12 janvier en Haïti que pour les catastrophes en Indonésie, au Pakistan et au Sri Lanka, où les ressources et la solidarité locales ont été lourdement sous-estimées ou négligées par la communauté internationale.

Ce qui importe, ce ne sont pas les besoins en soi, mais les besoins qui ne peuvent pas être satisfaits à l'aide des ressources existantes.

Évaluation initiale rapide

- Au cours de l'évaluation initiale « rapide », la vitesse devrait l'emporter sur la perfection.
- Un consensus démocratique sur tous les indicateurs et l'inclusivité sont incompatibles avec la rapidité. Contentons-nous de ce qui est acceptable.
- Les évaluations doivent déboucher sur un processus décisionnel en comparant les besoins observés et la capacité existante à la lumière de contraintes pratiques.

Dans le cas de catastrophes telles que le tsunami de l'océan Indien ou les tremblements de terre au Pakistan et en Haïti, les partenaires humanitaires déploieront immédiatement leur assistance, avant que toute donnée ne puisse être compilée et validée.

Les besoins peuvent prendre de nombreuses formes et changer rapidement avec le temps et en fonction du lieu. La réponse (locale ou internationale) peut rapidement satisfaire à certains besoins, rendant d'autres interventions décalées ou contre-productives ; cela peut amener à ignorer certains besoins essentiels pour sauver des vies ou des groupes vulnérables. Une évaluation initiale rapide (EIR) intersectorielle (interagence) devrait être la première étape avant une action plus décisive et spécifique. Il s'agit potentiellement d'un outil essentiel pour la mise en place de larges domaines prioritaires pour guider la réponse humanitaire mondiale.

La rapidité est plus importante que l'exhaustivité ou la haute précision. Des informations tirées d'une « enquête grossière et rapide », devraient être disponibles avant que les donateurs et les agences aient pris toutes leurs décisions. Il est préférable d'avoir confiance à 60 % dans les données avant la décision, que d'attendre deux semaines pour obtenir une probabilité statistique de 95 %.

Les EIR en Haïti et dans les pays touchés par le tsunami présentent les deux extrêmes. Dans le cas du tsunami, l'évaluation initiale a été rapide, mais tellement sommaire

(quelques pages) qu'elle n'a eu que peu d'utilité. En Haïti, la recherche de la perfection technique s'est traduite par des données qui étaient trop complexes et sont arrivées trop tard pour aider les partenaires dans leur prise de décisions opérationnelles.

En Haïti, une EIR spécifique, appelé l'évaluation initiale rapide des besoins pour Haïti (RINAH), a été lancée le 23 janvier. Pour accélérer le processus, des modèles internationaux convenus au préalable ont été élaborés — mais pas utilisés. Des tentatives de parvenir à un consensus sur les domaines de préoccupation et les priorités de tous les acteurs clés ont conduit à de longues négociations entre les partenaires. Comme cela est souvent le cas, le grand nombre de parties dans la discussion a donné lieu à un questionnaire très long, comprenant certaines des préoccupations de chacune des agences, quelle qu'en soit la pertinence (en termes d'importance ou de calendrier) pour les bénéficiaires.

Une conception définie par un comité est particulièrement lente, comme le montre la séquence ci-après :

- 12^e jour (23 janvier) : le travail effectif sur le terrain pour l'évaluation a commencé ; il se termine le 6 février.
- 29^e jour (9 février) : le Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé signale : « l'évaluation initiale rapide des besoins pour Haïti (RINAH)¹⁰⁹ a évalué plusieurs secteurs, y compris l'eau, l'hygiène, la sécurité et l'assainissement, se rendant sur 108 sites dans Port-au-Prince et 98 à l'extérieur de Port-au-Prince. Des données sont toujours en cours d'analyse et seront disponibles prochainement. »¹¹⁰
- 39^e jour (19 février) : Des annonces ont été faites indiquant qu'un appel d'urgence révisé (processus conjoint pour la levée de fonds d'urgence) avait été lancé.¹¹¹ On supposerait que les résultats de l'enquête préliminaire de RINAH, bien qu'ils n'aient pas été officiellement publiés, ont été utilisés dans ce processus. Au même moment, trois autres évaluations présentant un intérêt pour le secteur de la santé ont été terminées ou lancées :
 - Des partenaires clés de la santé qui maintiennent des réseaux de fournisseurs de services en Haïti ont mené à bien une évaluation de l'impact du séisme sur la prestation de leur services ;
 - Une évaluation rapide a été menée par le Ministère de la Santé, avec le soutien de l'ONUSIDA, sur la prestation de services de prévention de la transmission du sida de la mère à l'enfant dans le département de l'Ouest ;
 - L'évaluation des besoins post-catastrophe (PDNA) a été organisée par le Gouvernement d'Haïti afin de guider les activités de récupération.
- Le 45^e jour (25 février), les résultats de la RINAH (données avec des centaines de tableaux et de graphiques) ont été communiqués à tous les partenaires. Pendant ce

109 Assessment Capacities Project (ACAPS), Évaluation initiale rapide des besoins pour Haïti (RINAH). Réalisée du 23 janvier au 6 février 2010.

110 Bulletin n° 19 du Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé, 11 février 2010.

111 L'appel éclair révisé n'a pas fait mention de la RINHA, mais prévoyait que plus d'informations sur les besoins à plus long terme seraient incluses dans l'évaluation des besoins après la catastrophe (PDNA), qui n'avait pas encore été lancée.

temps, à la demande du Ministère de la Santé, une « cellule d'urgence sur les informations sanitaires » se réunissait au sein du Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé afin de « rassembler des informations claires sur la situation sanitaire dans le pays. »

Cette méthodologie présente certains défauts de conception : un questionnaire non adapté au contexte haïtien et à la langue du pays, une liste de questions beaucoup trop longue (les entretiens duraient trois heures) et une certaine confusion entre une évaluation de l'impact du séisme ou de la pauvreté existante (CDC 2010a). Les « restrictions sévères en matière de sécurité imposées par les Nations Unies » ont été également considérées comme un facteur important qui a retardé cette évaluation rapide et d'autres du même genre (ACAPS 2010, Grünewald et 2010 Renaudin).

Les coûts financiers (estimés à 3 millions de dollars) et les ressources nécessaires (128 travailleurs, 18 évaluateurs, 23 hélicoptères et 51 véhicules) étaient disproportionnés compte tenu de l'absence d'utilité des résultats. La RINAH n'était que la première de 10 enquêtes transversales.

Mais ce qui est beaucoup plus grave c'est le fait que ces exercices oublient systématiquement que l'évaluation des besoins ne suffit pas : l'évaluation des capacités (ressources existantes et celles qui vont arriver) et une bonne analyse des contraintes sont des composantes essentielles pour que les évaluations initiales présentent la moindre valeur pour les décideurs. Ces deux éléments étaient pour la plupart absents des évaluations initialement menées dans les catastrophes examinées.

Ces questions et problèmes n'étaient pas spécifiques à Haïti. Après le tsunami de l'océan Indien, les évaluateurs de la Commission d'Évaluation du Tsunami (TEC) ont conclu que la plupart des évaluations interagences n'étaient pas parvenues à influencer les décideurs et les bailleurs de fonds. Il convient de noter que lors des catastrophes passées, les investissements en temps et en ressources pour l'évaluation rapide ont été bien plus modestes. Ajouter des ressources et des fonds n'a pas contribué à obtenir de meilleures informations ou plus d'avantages de la réponse en Haïti.

L'évaluation des besoins après la catastrophe (PDNA)

- L'appropriation par le gouvernement est essentielle : La PDNA est un exercice utile dans la mesure où il s'appuie sur la capacité du Ministère de la Santé et focalise rapidement le gouvernement et ses partenaires sur la reconstruction du secteur de la santé. Elle devrait déterminer la forme du système de santé qui verra le jour à la suite de la catastrophe.
- Une large participation du secteur de la santé au processus de récupération transversal est cruciale pour s'assurer que les besoins de base et les priorités en santé se voient accorder l'attention requise dans le processus de réhabilitation et de récupération.

Le processus de la PDNA est englobant et prend donc beaucoup de temps.¹¹² Cette évaluation rassemble des informations sur les impacts physiques d'une catastrophe, la valeur économique des dommages (coût de remplacement) et des pertes (en revenus ou en services) et les impacts humains subis par la population touchée.

L'un des atouts de la PDNA est son appropriation par le gouvernement du pays touché. Bien qu'encouragée et soutenue par la communauté internationale (ONU, Banque mondiale, institutions financières régionales, Commission européenne et autres), la PDNA devrait être demandée et dirigée par le gouvernement.

En Haïti, dès le 7^e jour, des démarches initiales avaient été faites pour une mission de dimensionnement avant la fin-janvier.¹¹³ Toutefois, la demande officielle a été retardée jusqu'au 16 février car le gouvernement a exigé que les termes de référence soient modifiés afin de s'approprier véritablement le processus.

Comme c'est souvent le cas, cette étude a porté particulièrement sur l'infrastructure alors que la plupart des contraintes se trouvent au niveau du développement des ressources humaines et du renforcement institutionnel. La PDNA a également été influencée (certains ont dit « s'est laissée emporter ») par l'anticipation de promesses de dons, qui, comme on l'a vu lors de catastrophes passées, ne se sont pas entièrement matérialisées.

L'efficacité du document lui-même (et non le processus) pour guider et influencer les donateurs est considérée comme limitée. Les principaux donateurs ont participé activement au processus, mais la plupart d'entre eux avaient probablement déjà défini leurs propres priorités.

Selon certains interlocuteurs, le produit était un « document représentant une source d'inspiration avec des idées et des horizons nouveaux et ambitieux. » Cependant, la plupart de ces idées « nouvelles » étaient déjà testées en pilote quelque part en Haïti. Dans le secteur de la santé, un effort a été fait pour ne pas introduire d'orientations politiques qui auraient été complètement étrangères.

Les réussites de la reconstruction (LRRD) telles que la décentralisation des services, l'offre de certains services de santé gratuitement (obstétriques et pédiatriques), et d'autres ont été préconisées dans la PDNA et donc facilitées. Un résultat positif de cet exercice a été de parvenir à un consensus dans le secteur de la santé sur le plan de santé intérimaire (six mois) élaboré par le Ministère de la Santé.¹¹⁴

L'expérience acquise en Haïti sera très utile pour guider le processus de reconstruction de la santé lors de catastrophes futures (OMS 2010c).

112 En Haïti, le projet initial de texte de la section sur la santé a exigé les efforts à temps plein de plusieurs experts de l'UNICEF, du FNUAP, de la Commission intérimaire pour la reconstruction d'Haïti (IHRC), de la Fondation Clinton et de l'ACDI ainsi que de trois professionnels de l'OMS pendant quatre semaines. Plus de 15 professionnels du Ministère de la Santé y ont participé au quotidien, dont un presque à temps plein.

113 Au moins deux fois plus tôt qu'à la suite des autres catastrophes (tremblement de terre au Pakistan et tsunami de l'océan Indien).

114 Haïti, Ministère de la Santé (2010), Plan intérimaire du secteur santé: mars 2010 - septembre 2011.

Évaluations spécifiques

- Il faut que la gestion consolidée des informations obtienne la plus haute priorité lors des catastrophes futures.
- Des ressources humaines considérables sont nécessaires pour transformer les nombreuses enquêtes et évaluations en planification stratégique collective.

En Haïti, comme dans les pays touchés par d'autres grandes catastrophes, il y a eu une prolifération d'enquêtes et d'évaluations spécifiques, presque autant qu'il y avait d'acteurs ou de problèmes à traiter. Le défi de la compilation et de l'interprétation des résultats a été énorme. Un groupe de travail sur la gestion de l'information a été créé au sein du Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé, un groupe Google sur l'évaluation a été dirigé par le BCAH pour mettre en place et actualiser une « enquête sur les enquêtes »¹¹⁵ tandis que, comme cela a déjà été mentionné, une « cellule d'urgence sur les informations sanitaires » a été créée par le Ministère de la Santé.

La nécessité d'obtenir des informations en temps opportun était constante : qui fait quoi, et où ? Les établissements de santé existants sont-ils opérationnels ? Quelles sont les fournitures clés nécessaires ? Quels dons ont été reçus et sont potentiellement disponibles ? Où sont les hôpitaux de campagne et quelles sont leurs capacités ? Combien y a-t-il de camps temporaires et combien de personnes se trouvent dans ces camps (lorsque de nouveaux camps sont créés spontanément tous les jours) ? Combien de personnes ont migré vers les départements et quelle est la capacité d'absorption de leurs services ? Quel est l'impact sur les stocks de nourriture, les revenus et la disponibilité et les besoins ? Quelle est la disponibilité de l'eau et sa qualité dans les camps et les hôpitaux ?

La liste des questions fluctuait et s'allongeait tous les jours. Les agences et les Groupes de Responsabilité Sectorielle se sont efforcés de répondre séparément à bon nombre de ces questions. Ces mini-évaluations n'ont peut-être pas donné la perspective complète requise pour définir les orientations stratégiques au niveau macro, mais dans la plupart des cas, elles ont répondu aux besoins de l'agence qui réalisait l'enquête.

Se pose encore la question de savoir dans quelle mesure les rapports d'évaluation mieux ciblés et les informations compilées arrivaient en temps opportun et étaient suffisamment convaincants pour influencer les décisions opérationnelles des autres partenaires de la communauté humanitaire.

Informations sur l'assistance et les acteurs arrivant en Haïti

Informations sur les ressources humaines arrivant dans le pays (les intervenants)

- Des informations sur les ressources disponibles (ou qui le seront bientôt) sont essentielles pour déterminer quels sont les besoins non couverts.
- La capacité à opérer un suivi de l'arrivée et de la contribution potentielle des équipes de santé arrivant sur le terrain (qui a fait défaut lors des catastrophes précédentes) a été d'autant plus affaiblie par la prolifération des organisations en Haïti.

Comme on le voit au chapitre 4, un nombre anormalement élevé de personnes, d'équipes, d'hôpitaux de campagne et d'organisations ont inondé les zones touchées. Les efforts déployés au niveau international pour surveiller, à défaut d'influencer, ce flux étaient loin d'être efficaces.

À titre de première mesure, les acteurs arrivant sur le terrain étaient tenus de s'enregistrer. Cette approche par ailleurs logique a été compliquée par une duplication des efforts et des processus exigés par les institutions nationales. Les organisations de la santé devaient s'inscrire, en principe, auprès du Ministère de la Planification, du Ministère de la Santé, de la Commission de la Santé créée par le Président et enfin du Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé. Alors que le Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé déclarait plus de 200 agences inscrites, le nombre de celles qui s'étaient enregistrées auprès du Ministère de la Santé n'était que de 46. Un nombre beaucoup plus élevé mais inconnu d'acteurs (plus petits) n'étaient enregistrés auprès d'aucune institution.¹¹⁶

Un produit d'information très utile est la liste des 3 questions clés : « Qui fait Quoi et Où » (ou la version à 4 questions : « Quand ? » et pour combien de temps). La compilation de cette liste prend du temps et dépend de la collaboration et de la transparence des acteurs (en l'absence d'enquêtes proactives ou de visites systématiques). Elle doit être constamment actualisée afin de ne pas devenir rapidement obsolète. Pendant des mois, on ne disposait que de cartographies des 3 questions très grossières. La compilation de ces listes, même incomplètes, a marqué une réussite appréciée en Haïti, bien qu'aucune évaluation de l'utilisation effective de l'information (ou de son efficacité) ne soit disponible.

On peut en dire autant des nombreuses cartes élaborées pour le secteur de la santé avec le soutien du PAM et du BCAH. Les acteurs de la santé ont fréquemment cité des difficultés dues à l'absence d'une cartographie précise des services de santé dans les camps et établissements temporaires.¹¹⁷

L'assurance de la qualité est indispensable pour une bonne gestion de la réponse, notamment dans le domaine de la santé. Les informations fournies lors de l'inscription ou dans les listes à 3 questions reposent presque entièrement sur ce que les acteurs disent faire (ou ont l'intention de faire). Elles ne couvrent pas les informations sur leur capacité opérationnelle ou leur compétence professionnelle. Puisqu'il n'y avait pas de dispositions ni de ressources pour le contrôle de la qualité des acteurs arrivant, les renseignements fournis par les acteurs ne pouvaient pas être validés. Cette question grave s'est posée dans toutes les catastrophes récentes, elle a simplement été aggravée en Haïti avec l'explosion du nombre de partenaires.¹¹⁸

116 Un bon nombre des ONG enregistrées auprès de la Commission présidentielle de la santé (ou du Groupe de Responsabilité Sectorielle) estimaient qu'elles étaient automatiquement enregistrées auprès du Ministère de la Santé. Ce n'était pas le cas, ce qui reflète la tension entre les branches administrative et politique du secteur.

117 C'était la responsabilité de l'organisme chargé de la coordination et de la gestion des camps, et pas du secteur de la santé. C'est un autre résultat de l'approche internationale fragmentée dans le secteur de la santé.

118 De nombreux interlocuteurs ont raconté des histoires terribles de comportement contraire à l'éthique ou incompétent, allant du « tourisme » de la catastrophe jusqu'à la fermeture inopinée du projet et du bureau d'une organisation à Port-au-Prince, laissant le personnel sur le terrain isolé dans les départements, sans information et sans soutien.



Renseignements sur les produits entrants

Le système de soutien logistique (LSS/SUMA) a fait montre de sa valeur en tant qu'outil de gestion des fournitures humanitaires lors des catastrophes récentes. En Haïti, c'était l'un des rares instruments internationaux directement gérés par les autorités nationales.

Dans la plupart des situations de catastrophe, la gestion des stocks entrants est l'un des principaux goulets d'étranglement dans le système humanitaire. Dans le secteur de la santé, de grandes quantités de produits non sollicités et inappropriés (médicaments périmés, matériel d'occasion et inadapté, etc.) se disputent les rares capacités de stockage et de transport. Dans les conflits ou les catastrophes naturelles passés en Haïti et ailleurs, l'élimination en toute sécurité des fournitures médicales inutilisables a entraîné des dépenses significatives.

Le principal défi consiste non seulement à gérer physiquement ces dons inappropriés, mais aussi à savoir ce qui est arrivé où et pour qui. Dans les situations de catastrophes majeures, il est courant que les agences et les autorités lancent des appels publics pour des dons urgents de produits médicaux qui sont déjà disponibles en grandes quantités dans les entrepôts dans un aéroport ou encore dans les installations gouvernementales ou d'ONG. L'agence de coordination intersectorielle (la Direction de la Protection Civile) et le Ministère de la Santé n'avaient aucun pouvoir décisionnel général sur les flux des dons en Haïti.

L'OPS/OMS a développé et systématiquement mis en œuvre SUMA, une initiative intersectorielle pour l'inventaire et la gestion des fournitures humanitaires. Elle est utilisée depuis plus de 20 ans dans toutes les catastrophes dans les Amériques et dans de nombreuses situations d'urgence dans d'autres régions du monde. Plus récemment, l'OPS/OMS a uni ses forces avec d'autres acteurs des Nations Unies (parmi eux le PAM, l'organisme responsable du Groupe de Responsabilité Sectorielle Logistique) pour transférer SUMA vers le Système de Soutien Logistique (LSS), plus puissant.

LSS/SUMA offre deux services différents : inventaire consolidé aux points d'entrée et soutien à la gestion des entrepôts. Ce système est dédié à la gestion de l'information, pas des fournitures elles-mêmes, dont la responsabilité incombe au Groupe de Responsabilité Sectorielle Logistique.

LSS/SUMA a été activé très tôt dans la réponse au séisme en Haïti (voir tableau 7.1). Basé à Port-au-Prince et à Saint-Domingue, il a fourni aux décideurs (à la Direction de la Protection Civile) des données intersectorielles afin de leur permettre de mieux surveiller et coordonner l'entrée de produits dans leur propre pays. En République dominicaine, le LSS/SUMA a contribué à la gestion des entrepôts.



Tableau 7.1 Chronologie des activités LSS/SUMA en Haïti ; Janvier–mars 2010

| | |
|-------------|---|
| 12 janvier | Impact du séisme |
| 15 janvier | Arrivée de l'équipe avancée (Haïti et République dominicaine) |
| 16 janvier | Début des activités en Haïti et à Saint-Domingue ; coordination avec le Groupe de Responsabilité Sectorielle Logistique et BCAH |
| 23 janvier | Ouverture d'un entrepôt à Jimaní (République dominicaine) pour des fournitures médicales en transit |
| 1er février | Soutien des Casques blancs (Argentine) ; coopération avec l'OIM |
| 10 février | Début de l'inventaire dans les installations portuaire de Port-au-Prince (récemment rouvertes) |
| 17 mars | Réunion avec la Direction de la Protection Civile sur les leçons apprises ; début du projet développement |
| En cours | Projet visant à appuyer la capacité de la Direction haïtienne de la Protection Civile |

Une caractéristique importante tient au fait que les homologues de LSS/SUMA étaient principalement à la Direction haïtienne de la Protection Civile.¹¹⁹ C'était le gouvernement haïtien qui était propriétaire de l'information et la gérait plutôt que de l'ONU ou un autre organisme externe. Toutefois, le fait d'avoir certaines informations post facto sur les fournitures déjà sur le site n'était pas suffisant pour influencer et filtrer les dons eux-mêmes. La Direction de la Protection Civile a joué un rôle de premier plan dans l'activation et l'installation du système LSS/SUMA à deux points d'entrée (l'aéroport et plus tard le port) ; ce fut l'une des très rares initiatives internationales directement gérées par cette institution haïtienne. L'organisation du système LSS/SUMA en Haïti et les catégories de fournitures inventoriées sont présentées dans les figures 7.1, 7.3.

Dans le secteur de la santé, LSS/SUMA a appuyé PROMESS, le principal canal de distribution de produits médicaux au nom du Ministère de la Santé.

LSS/SUMA fonctionne pendant les urgences en mobilisant des bénévoles des pays voisins (en l'occurrence de la République dominicaine, du Nicaragua et de l'Argentine). Sa capacité d'emploi est impressionnante en raison des milliers de bénévoles formés en Amérique latine et dans les Caraïbes (ainsi qu'en dehors des Amériques). Il s'agit d'un véritable exemple de solidarité régionale en action.

¹¹⁹ Les homologues et les experts locaux sont formés dans tous les pays des Amériques, y compris en Haïti. Comme cela se produit souvent lors de grandes catastrophes, les ressortissants formés faisaient face à des demandes concurrentes et peu étaient immédiatement disponibles pour ce qui était perçu comme une activité moins critique (pas vitale).

Figure 7.1 Coordination logistique des produits en Haïti et en République Dominicaine par LSS/SUMA

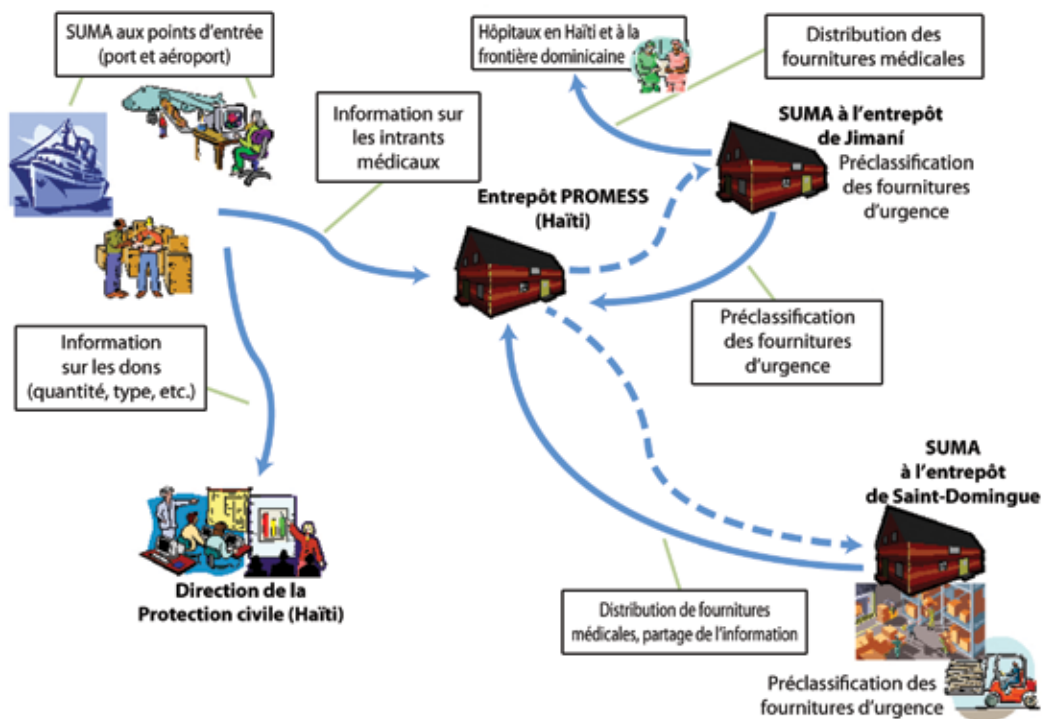


Figure 7.2 Catégories de produits arrivant à l'aéroport de Port-au-Prince, 16 janvier–25 février 2010

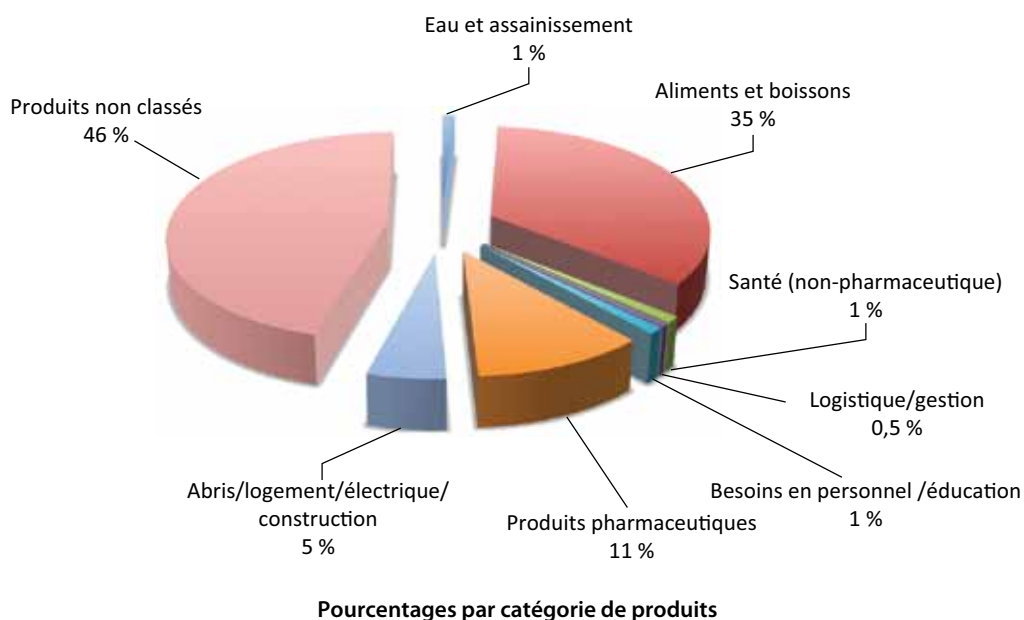
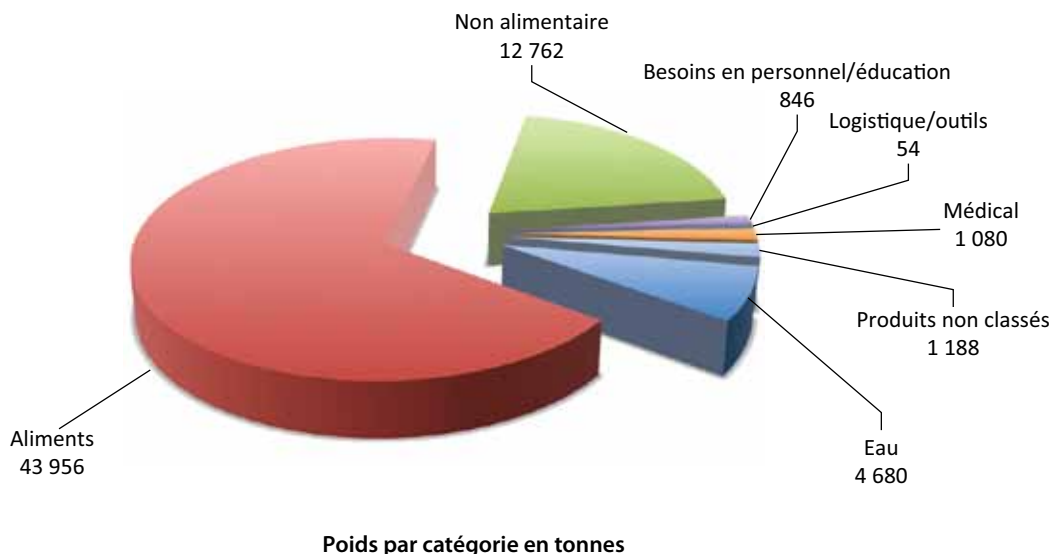


Figure 7.3 Poids des produits par catégorie arrivant au port de Port-au-Prince



Source : Adapté des chiffres fournis par V. Martinez and J. Venegas, OPS/OMS, SUMA.

Diffusion de l'information

- Les informations doivent être disponibles pour la prise de décisions sur place ainsi que pour la mémoire institutionnelle pour les catastrophes futures.
- Un centre d'information commun sur les services, comme celui qui a été déployé après le tsunami, faisait défaut en Haïti.

Collecter et interpréter des informations significatives et en temps opportun peut représenter un défi presque impossible à relever lors de catastrophes. Cela a été noté à la suite de toutes les catastrophes impliquant un grand nombre d'acteurs. Pour influencer la prise de décision et apporter des changements, les informations doivent être disponibles dans le format qui répond aux demandes et besoins spécifiques des utilisateurs visés.

À la suite du tsunami de l'océan Indien, l'ONU/BCAH a mis en place le Centre d'Information Humanitaire (CIH), un comptoir d'informations commun sur les services, où les nouveaux arrivants pouvaient s'inscrire, recevoir des copies des informations existantes et des cartes, et déposer leurs propres rapports pour diffusion.

En Haïti, le CIH n'a pas été formellement activé en dépit du flux de visiteurs et de demandes de renseignements généraux beaucoup plus importants.¹²⁰ Les secteurs ont eu pour tâche d'informer tous les visiteurs arrivant sur place quel qu'ait été leur potentiel de contribution positive.

¹²⁰ Le Centre des cartes, mis en place par le BCHA a fourni les cartes imprimées et informatiques.

Cela a détourné les experts de la santé de tâches plus sérieuses et plus productives. Une autre source importante de distraction était la demande constante sur le temps des coordinateurs et du personnel de terrain de réorganiser les mêmes informations (qui parfois n'existaient pas) dans différents formats et styles selon l'objet précis de la demande (informations administratives, pour la direction exécutive de l'agence, collecte de fonds, relations publiques, ou simplement pour justifier une demande de soutien).

Certes, des efforts ont été déployés pour améliorer la diffusion immédiate d'informations auprès des partenaires opérationnels¹²¹, mais moins d'attention a été accordée à la préservation de ces données périssables pour une utilisation future. Au cours de la réponse au tsunami, le CIH a joué le rôle de dépositaire. Il n'y avait aucun point unique lorsque les documents clés produits au cours des premiers mois en Haïti ont été systématiquement enregistrés en format électronique pour l'accès public ou universitaire.¹²² Il aurait été particulièrement intéressant d'avoir accès à la « boîte de réception » et aux « éléments envoyés » des Groupes de Responsabilité Sectorielle afin d'évaluer l'évolution des schémas et des flux de demandes et d'action. Les premiers échanges de courriel des Groupes de Responsabilité Sectorielle n'étaient pas disponibles à des fins de recherche (fichiers pour le secteur de la santé perdus ou endommagés et accès non accordé pour d'autres). Par souci de transparence et dans le but de constituer une mémoire collective, les fichiers des Groupes de Responsabilité Sectorielle et leurs archives devraient être dans le domaine public.

Pour remédier à ce manque de mémoire institutionnelle, plusieurs projets de sauvegarde des données ont été lancés, comme si on y avait réfléchi après-coup.¹²³ Ces projets ne remplacent pas une politique de conservation systématique, à long terme, et de partage de fichiers comme celle qui avait été lancée par le CIH après le tsunami.

121 Cela est devenu la raison d'être d'un grand nombre de réunions.

122 Le Centre d'opérations d'urgence (COU) de l'OPS/OMS n'était pas loin de remplir ce rôle en interne. Il possède une remarquable collection de documents, de rapports de situation et de documentation liés à la santé. Sa fonction, cependant, n'est pas la conservation et l'accès aux documents.

123 La National Library of Medicine des États-Unis et l'OPS/OMS collaborent sur le « projet de collecte, de préservation et de diffusion d'informations sur la santé et la catastrophe après le séisme de janvier 2010 ». L'Université d'Haïti et l'Académie pour le leadership pour la résistance en cas de catastrophe (DRLA) de l'Université de Tulane ont procédé à un examen de plus de 500 documents relatifs au séisme, dont 94 ont été classés dans une base de données (disponible sur www.drlatulane.org).

Personnel en train de préparer les fichiers à partager



Médias traditionnels et médias sociaux

- La réponse en Haïti a confirmé le rôle de premier plan des médias. Compte tenu de leur influence sur le flux et la nature de l'aide, le secteur de la santé aurait intérêt à les faire participer plus étroitement à ses activités de gestion de l'information.
- Pour la première fois, les médias sociaux ont joué un rôle dans la diffusion de l'information. Leur potentiel devrait être exploré et, si possible, exploité avant la prochaine catastrophe.

Les médias traditionnels et les nouveaux médias sociaux ont tous deux joué un rôle crucial pour encourager un soutien généreux en faveur d'Haïti. C'était une épée à double tranchant : ils avaient un effet positif lorsqu'ils motivaient le public et les gouvernements à fournir une aide financière et opérationnelle, mais un effet négatif lorsqu'ils étaient à l'origine d'un déluge de matériels ou de personnel qui partait d'une bonne intention mais n'était pas adapté.

Médias traditionnels

Lors des crises humanitaires passées, les médias ont assuré une vaste couverture dès le premier jour de l'impact.¹²⁴ Leur capacité à réagir rapidement et à obtenir de l'information est impressionnante. Leur capacité à déployer des ressources est largement supérieure à celle de la plupart des organismes humanitaires.

Il est difficile d'évaluer dans quelle mesure les affectations publiques de financement et les déploiements ont été influencés par les perceptions du public façonnées par la couverture médiatique rapide plutôt que par des évaluations officielles de l'ONU et d'autres organismes humanitaires. Des entretiens en Haïti et des études similaires des dernières catastrophes suggèrent que les médias jouent un rôle majeur à cet égard, bien que leurs informations ne soient pas toujours véritablement fiables ou objectives.¹²⁵

Dans toutes les grandes catastrophes, l'exactitude des informations dans les médias peut être déterminée par la nécessité de simplifier à l'extrême des situations complexes, la perception étant que le public préfère des histoires en noir et blanc. L'exactitude est également influencée par la qualité des séances d'information fournies par les partenaires et les intervenants. Des commentaires apaisants tels que « nous contrôlons la situation » sont généralement mal reçus. Des informations alarmantes, même si elles sont destinées à générer un soutien pour un groupe ou une question spécifique trouvent généralement une audience plus réceptive. La responsabilité d'améliorer la qualité de la couverture médiatique incombe aux acteurs humanitaires qui devraient accorder plus de priorité à l'information du public sur la réponse effective plutôt qu'à une couverture favorable de leurs activités.

¹²⁴ Au cours des deux premiers mois après le séisme, il n'y a eu aucune couverture locale par les médias traditionnels en Haïti (journaux télévisés ou journaux nationaux) en raison des dégâts considérables subis par les infrastructures de communications et des transports et des graves lacunes au niveau des services publics. Les médias étrangers actifs comprenaient, entre autres, CNN, le New York Times, et le Los Angeles Times.

¹²⁵ Les auteurs d'une évaluation de la réponse au tsunami de l'océan Indien font l'observation suivante : « ce sont les médias, pas l'ONU ou un autre organisme humanitaire, qui ont pu fournir une évaluation rapide et « convaincante », globale et étayée, des besoins immédiats » à la suite du tsunami. « La qualité de cette information, et surtout la tendance à diffuser les déclarations les plus négatives, les plus effrayantes ou les plus exagérées recueillies auprès de sources non qualifiées, a longtemps été un sujet de plainte légitime des responsables de la gestion des catastrophes et des professionnels » (de Ville de Goyet et Morinière 2006 ; 14, 58).

Lorsque l'objectif des séances d'information des médias est d'informer le public sur les impacts sanitaires ou l'éduquer, par exemple, sur la nécessité de l'assainissement ou l'absence de risque causé par les cadavres, le message est généralement compris.

En Haïti, les relations entre les acteurs de la santé et les médias semblaient surtout axées sur l'impact sur les relations publiques (l'image de l'agence) plutôt que sur un partenariat pour mieux informer et éduquer le public quant aux mesures susceptibles d'être efficaces. La population touchée bénéficierait davantage d'une meilleure collaboration entre les organismes humanitaires et les médias, par exemple en intégrant certains journalistes dans les missions d'évaluation initiale.¹²⁶

Médias sociaux

Le 22 janvier, un journaliste de la BBC (MacLeod 2010) commentait :

« Les médias nouveaux et émergents ont joué un rôle clé pour la diffusion des dernières nouvelles du séisme en Haïti auprès du monde extérieur. Les citoyens se sont tournés vers une gamme d'outils de mise en réseau dans le but de partager les nouvelles et les histoires personnelles grâce aux micro-blogs sur Twitter et au partage de vidéos sur YouTube et à l'application téléphonique sur internet Skype, et aux médias sociaux du site Facebook. Pendant plus de 24 heures après le tremblement de terre, d'innombrables récits et d'images sont venus non seulement des grandes organisations journalistiques bien implantées mais aussi de gens ordinaires sur place... ».

« Toutefois, les organismes d'aide, les œuvres caritatives et autres ont souligné que, alors que l'actualité brûlante était diffusée en dehors du pays via les médias nouveaux et émergents, ces plates-formes étaient souvent dans l'incapacité d'apporter une aide pratique aux victimes. »

Il est trop tôt pour conclure ce que pourrait être le rôle des médias sociaux dans la gestion des catastrophes futures. Comme cela a été souligné pour Haïti, les médias sociaux « remettaient en question la perspective bien ancrée des diffusions d'informations unidirectionnelles, des responsables vers le public. Les médias sociaux peuvent aussi offrir un avantage psychologique potentiel aux populations vulnérables résultant de leur participation en tant que parties prenantes dans la réponse » (Keim et Noji 2011).

Toutefois, cette nouvelle forme de collecte et de partage d'informations entre pairs a joué un rôle important dans l'identification des besoins. Des plates-formes internet telles que Ushahidi¹²⁷ sont devenues des fournisseurs d'informations liés à des systèmes d'information géographiques et ont produit des cartes interactives grâce à Google

126 C'était une recommandation de la Coalition d'évaluation du tsunami (recommandation n° 11) (de Ville de Goyet et Morinière 2006).

127 Ushahidi (qui signifie « témoignage » en Swahili) est une plate-forme de cartographie des données qui a d'abord été utilisée en 2007 au Kenya. Les développeurs l'ont utilisé « pour compiler et localiser les rapports d'agitation envoyés par le public par sms, courriel et sur les médias sociaux... Ushahidi est rapidement devenu la plate-forme par défaut du monde pour faire des cartographies des crises, des catastrophes et des bouleversements politiques. [En mai 2011] Ushahidi, qui peut être téléchargé gratuitement, a été utilisé 14 000 fois dans 128 pays pour faire une cartographie de toute une série d'événements, du séisme de l'année dernière en Haïti jusqu'au tsunami de cette année au Japon... » (Perry 2011).

maps. On peut formuler des mises en garde à l'égard de ces nouveaux réseaux, mais ils se sont révélés très utiles au moment d'envoyer les ambulances chercher les blessés ou les malades et d'attribuer les secours.

Les rapports officiels du gouvernement et des organisations humanitaires ont peu de probabilités de rester la seule source d'informations (en dehors des médias traditionnels) et pourraient avoir à faire face à l'avenir à un flux croissant d'informations du bas vers le haut.

Les lacunes signalées ne reflètent pas un manque de dévouement ou de préoccupation de la part des coordinateurs et des gestionnaires, mais plutôt la complexité des besoins et de la réponse aux facettes multiples et évoluant rapidement sans investissements institutionnels correspondants.



Le coordinateur du Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé dans son rapport sur un mois identifie clairement la gestion de l'information comme étant l'un des deux piliers des activités futures. Elle a été définie comme : « la construction d'un système de gestion d'informations/salle de commandement qui permette de décider des actions à prendre au moyen d'une présentation claire sur les besoins initiaux, les tendances, la prestation de services, les alertes épidémiologiques, la situation du système national de santé (installations, personnel) et la coopération internationale, afin de déterminer quelles sont les priorités et les lacunes, pour définir les actions, surveiller la mise en œuvre et évaluer les résultats » (Van Alphen 2010).

L'un des plus grands défis auxquels le Dr. Alex Larsen, alors Ministre de la Santé (au milieu), ait eu à faire face au cours des premiers mois de la réponse consistait à répertorier l'ensemble des différentes organisations qui se trouvaient en Haïti : à la mi-avril, 396 agences internationales s'étaient inscrites auprès du Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé, et parmi elles, 50 étaient inscrites auprès du Ministère de la Santé. 76 agences ont quitté le pays deux semaines après le séisme.



Coordination

- La principale responsabilité pour la coordination incombe aux autorités nationales.
- Bien qu'une coordination directe externe puisse être nécessaire pendant une courte période après une catastrophe naturelle soudaine, elle ne peut pas exercer la même autorité sur les partenaires humanitaires qu'un gouvernement légitime.
- Un mécanisme et une date fixe pour le transfert de responsabilité ont fait défaut dans toutes les catastrophes récentes.

La coordination a été traitée à plusieurs reprises dans cette publication. Dans l'ensemble, il existe un fort consensus sur le fait que la réponse de tous les secteurs a été désorganisée et mal coordonnée en Haïti.

Ces mêmes critiques ont été formulées pour la réponse au tsunami et au séisme au Pakistan. Toutefois, à la suite de l'impact en Haïti, plusieurs éditoriaux et articles de revues professionnelles ont soulevé des questions graves et fondamentales quant à la situation actuelle de la réponse internationale. Des extraits des titres choisis illustrent le malaise : « Croissance de l'aide et déclin de l'humanitaire », « Conséquences imprévues du bénévolat humanitaire » et « Les cacophonies de l'aide. »¹²⁸ Le fait que ces critiques ont été publiées dans des publications scientifiques revues par des pairs et pas seulement dans les médias est significatif.

Ce chapitre résumera les conclusions du secteur de la santé tirées de nombreux entretiens et d'un examen d'une bibliographie exhaustive. Les alternatives et la voie à suivre seront examinées dans le chapitre suivant sur les leçons clés.

¹²⁸ Voir « Éditorial : Growth of aid and the decline of humanitarianism » *Lancet* (2010), 375(9711):253; Jobe K., « Disaster relief in post-earthquake Haiti: unintended consequences of humanitarian volunteerism » *Travel Med Infect Dis* (2011), 9(1):1–5 ; et Zanotti L., « Cacophonies of aid, failed state building and NGOs in Haiti: setting the stage for disaster, envisioning the future » *Third World Q* (2010), 31(5):755–71.

Qu'est-ce que la coordination et qui en est responsable ?

La coordination a une signification différente pour chaque acteur. Certains voient la coordination simplement comme un forum pour apprendre ce que font les autres, tandis que pour d'autres, c'est le mécanisme de définition des priorités par l'organe de coordination, qui a l'autorité voulue, les activités et les ressources étant autorisées et allouées en conséquence. Pour beaucoup, c'est aussi un mécanisme de contrôle de la qualité qui permet d'éliminer les opérateurs de type « champignon » (qui poussent pendant la nuit) et n'ont ni expérience ni ressources.

Tous affirment être prêts à coordonner leurs activités *avec* les autres. Peu acceptent d'être coordonnés. De nombreux partenaires opérationnels, tout en dénonçant le vide au niveau de l'autorité qui constitue selon eux un obstacle majeur à une reconstruction efficace, le considère en fait comme pratique.

On ne sait pas toujours clairement qui a le pouvoir de coordonner la réponse sanitaire. Cela ne devrait pas être le cas : la Résolution 46/182 de l'Assemblée générale des Nations Unies reconnaît clairement que le gouvernement assume la responsabilité première de l'organisation de l'aide humanitaire en cas de catastrophe. À la suite d'une catastrophe naturelle dans un pays doté d'un gouvernement reconnu, l'autorité pour toutes les questions de santé devrait incomber au Ministère de la Santé du pays sinistré, et non à des structures internationales, ad hoc. La question peut être floue ou discutable dans les situations de conflit ou lorsque l'État est inexistant. Mais ce n'était pas le cas en Haïti.

Quant à savoir si une institution faible dans un pays aussi sévèrement paralysé par une catastrophe pourrait coordonner le réseau extrêmement complexe d'organismes et d'acteurs à *elle seule* c'est une autre question. Les agences spécialisées et les mécanismes des Nations Unies jouent un rôle clé pour aider les autorités de la santé et dans certains cas acceptent *temporairement* la tâche de coordonner la réponse de facto. De même que le gouvernement haïtien a officiellement délégué son autorité sur l'exploitation de l'aéroport et de l'espace aérien haïtien aux États-Unis, il a délégué implicitement la coordination globale ou sectorielle de la réponse externe à l'ONU. Comme ce fut le cas au Pakistan, les autorités se sont félicitées initialement de la création des Groupes de Responsabilité Sectorielle des Nations Unies étant entendu qu'ils renforceraient la capacité des ministères techniques tandis que ceux-ci se prépareraient à assumer le leadership.

Coordination nationale

Coordination nationale intersectorielle

- Des organisations nationales faibles et fonctionnant mal ont tendance à être marginalisées et affaiblies davantage par la réponse internationale tandis que les plus fortes peuvent s'en sortir renforcées.
- De même que les personnes les plus vulnérables au sein de la population touchée devraient se voir accorder une attention particulière par les intervenants humanitaires, les institutions nationales faibles ou « vulnérables » devraient bénéficier tôt d'un soutien spécifique de la part de la communauté internationale et des bailleurs de fonds. Cela est particulièrement important lorsque le mandat de ces institutions est crucial pour la survie et la reconstruction, comme c'est le cas du Ministère de la Santé.

Les mécanismes de coordination pour faire face aux catastrophes sont relativement complexes en Haïti.¹²⁹ Le bras opérationnel du système est la Direction de la Protection Civile (DPC). La présence de la DPC au niveau provincial et municipal est inégale.

En cas d'urgence, le gouvernement active le Centre d'Opération d'Urgence (COU), qui réunit les institutions pertinentes. Il est surprenant que ce centre n'ait pas été activé après le tremblement de terre. Cela a eu des conséquences, car bon nombre d'institutions nationales se sont senties relativement perdues dans ce « vide institutionnel ».

Au cours des premiers mois, le financement externe et le soutien logistique pour la coordination globale ont continué d'affluer vers les Nations Unies et les agences internationales, court-circuitant les coordinateurs de la DPC. Le personnel de la DPC se retrouvait presque sans moyens personnels ou professionnels, tandis que de jeunes bénévoles étrangers inexpérimentés avaient des moyens de transport, accès à l'internet et aux communications, de la nourriture et un logement.

L'adoption de l'anglais comme langue de travail de toutes les réunions de coordination et sessions d'information, le lieu où se tenaient ces réunions dans la base de la MINUSTAH (« Logbase ») avec accès restreint pour les ressortissants haïtiens, et le simple déséquilibre dans le nombre de participants, (« un responsable haïtien pour 150 responsables internationaux » comme l'a dit l'une des personnes interrogées) ont fait qu'il a été extrêmement difficile pour la DPC de retrouver son leadership et d'assumer son rôle de coordination.

129 En 1999, le Système national pour la gestion des risques et des catastrophes (SNGRD) a été mis en place. Le SNGRD comprend 26 organisations gouvernementales et non gouvernementales actives dans la préparation et la réponse aux catastrophes. La Direction de la Protection civile (DPC) est une direction centrale du ministère de l'Intérieur et est la branche exécutive du SNGRD.

Coordination de l'information par la Défense Civile



Pour les populations touchées, le fait que les agences internationales prennent la tête des opérations lors des premières semaines présente un avantage clair. Ces agences avaient une plus grande expérience et plus de compétences pour cette tâche.¹³⁰ Leur leadership était nécessaire dans la réponse immédiate lorsque rapidité était synonyme de vies sauvées. Toutefois, le fait que leur contrôle ait perduré tout au long du processus de reconstruction et de réhabilitation avec une participation seulement symbolique de la DPC est préoccupant.¹³¹

Les Commissions présidentielles

Un mécanisme ad hoc a été créé quelques jours après le tremblement de terre afin d'affirmer le leadership de l'État haïtien dans la réponse : les Commissions présidentielles. Directement rattachées au Président et perçues comme un « double pouvoir » par certains ministères techniques qui se sentaient privés de leurs responsabilités administratives, ces commissions ont contribué à brouiller les frontières et à affaiblir les liens éprouvés des mécanismes normaux.

Dans le secteur de la santé, l'une des valeurs ajoutées de la Commission de la santé présidentielle était la participation des acteurs nationaux de la santé, universitaires et autres, en plus du personnel du ministère. Le premier emplacement de son bureau à proximité de l'aéroport (centre de facto de toutes les activités de coordination humanitaires et siège temporaire de la plupart des agences des Nations Unies)¹³² a grandement facilité des contacts plus étroits. Les opinions varient quant à l'intérêt de la création de cette Commission de la santé dans une atmosphère de tensions prolongées entre les décideurs politiques et les administrateurs au sein du Ministère de la Santé, problème mentionné par plusieurs interlocuteurs clés. Certains considèrent que cette initiative a atténué le problème alors que d'autres considèrent une tierce partie prenante comme un facteur de complication.

Ministère de la Santé

Étant donné qu'il s'agit d'un ministère technique dans un domaine très spécialisé et réglementé (plutôt qu'une direction centrale, comme la DPC), on s'attendrait à ce que le pouvoir du Ministère soit moins contesté. Il n'a pas été contesté — il a été essentiellement ignoré.

Plus de 70 % du budget de la santé est financé en externe. La plupart des ressources de la santé (installations, personnel et budget) ne sont pas contrôlées et gérées par l'État, mais par les donateurs et les ONG, élément souvent essentiel du manque de leadership et de gouvernance dans le secteur. Il s'agit d'un cercle vicieux qui se perpétue étant donné que les décisions importantes sont en fait prises à l'extérieur du ministère.

Le Ministère de la Santé n'avait pas investi sérieusement dans sa préparation aux grandes urgences. L'unité de préparation aux catastrophes est restée nettement en sous-effectif et a été inefficace et marginalisée dans cette méga-crise. Suite à la perte de son bâtiment principal, avec le personnel, les dossiers et l'équipement, le ministère était mal équipé pour exercer un leadership sur une communauté humanitaire

¹³⁰ Le calibre, l'ancienneté et l'expérience des coordinateurs inter-Groupes Sectoriels, ainsi que la rapidité de leur arrivée ont fait l'objet de questions dans les entretiens et les rapports d'évaluation externes.

¹³¹ Il semble que la situation soit similaire 18 mois après l'impact.

¹³² Faisant partie de l'état-major militaire de maintien de la paix, l'accès à Logbase a été dans un premier temps refusé et par la suite a simplement été difficile pour les Haïtiens qui n'étaient pas des employés d'organismes internationaux, y compris les fonctionnaires du gouvernement.

indisciplinée. Une institution faible encore affaiblie par l'impact ne pouvait tenir tête aux ONG financièrement indépendantes qui estimaient avoir le soutien de l'ONU, des donateurs (agences de coopération ou opinion publique) et de leurs propres circonscriptions. Les ONG pouvaient décider de ne pas suivre une politique ou stratégie définie par le ministère, ce qu'elles faisaient régulièrement.

Cette marginalisation a persisté tout au long de l'année en dépit du soutien accordé par l'UNICEF et l'OMS au ministère.¹³³ Le renforcement des capacités de planification stratégique et de la capacité à mettre en œuvre du ministère, domaines qui présentaient les plus grandes faiblesses aux yeux des partenaires, n'était pas une priorité pour la communauté humanitaire internationale.¹³⁴ Cette situation était loin d'être spécifique à Haïti. Elle a été signalée en Indonésie et au Sri Lanka (bien que l'approche de Groupes de Responsabilité Sectorielle n'ait pas encore été adoptée en 2004) et au Pakistan. Toutefois, dans ces pays, la dépendance envers l'aide extérieure était minime et les institutions ont pu réaffirmer leur autorité dans une grande mesure. Cela était dû aux efforts des autorités nationales ; il ne s'agissait pas d'une stratégie planifiée par les acteurs internationaux.

Histoire d'une réussite : la Direction nationale de l'eau potable et de l'assainissement

Comme mentionné au chapitre 6, DINEPA, l'institution chargée de l'eau potable et de l'assainissement en Haïti, a donné un exemple de la façon dont une entité nationale pouvait récupérer et assumer son leadership et coordonner avec succès les activités des partenaires dans son domaine de compétence.

La question de savoir dans quelle mesure il aurait été facile de reproduire cet exemple dans d'autres secteurs — dans la santé en particulier — est discutable. L'eau et l'assainissement constituent un domaine beaucoup moins émotionnel et visible (et par conséquent moins politique à l'échelle internationale) que les soins médicaux. DINEPA, une institution relativement bien organisée et efficace avant le tremblement de terre, recevait déjà un financement direct des principaux donateurs et n'a pas souffert terriblement de l'impact du séisme.

Pour conclure, un commentaire publié le 3 février (trois semaines après le choc) par une ONG travaillant en Haïti en parle le mieux (Ivers et Cullen 2010) :

« [L]a communauté internationale doit donner la priorité aux investissements à moyen et long terme dans le système de soins de santé d'Haïti, qui était faible avant même le séisme. Il faut obtenir du soutien et tenir les promesses si l'on veut reconstruire Haïti non seulement avec des bâtiments plus solides, mais aussi avec un Ministère de la Santé considérablement renforcé qui définisse les priorités. Les ONG doivent ensuite adopter ces priorités et travailler en partenariat avec le gouvernement haïtien pour les atteindre. Nous, Partners in Health, qui travaillons en Haïti depuis 20 ans, continuons de croire que le peuple haïtien peut être autonomisé et s'entraider si on lui accorde un soutien monétaire et qu'on fait preuve de solidarité à son égard. »

¹³³ En fait, l'OMS lors de la crise a établi des liens beaucoup plus étroits et un dialogue plus ouvert avec les plus hautes autorités que jamais auparavant.

¹³⁴ Une critique commune porte sur la prolifération de documents officiels stratégiques ou de plans qui n'ont jamais été mis en œuvre par le Ministère de la Santé. Cependant, les ressources et les moyens de mise en œuvre n'étaient souvent pas du ressort du ministère mais étaient contrôlés par ses partenaires faisant preuve d'un esprit très indépendant.



Coordination internationale

La réforme humanitaire et le secteur de la santé

The Comité permanent inter-agence (IASC) est le forum inter-institution pour la coordination, l'élaboration des politiques et la prise de décisions auquel participent les principaux partenaires humanitaires des Nations Unies et autres. Il a été établi en juin 1992, en réponse à la résolution 46/182 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le renforcement de l'aide humanitaire. La résolution 48/57 de l'Assemblée générale a affirmé son rôle comme mécanisme principal de la coordination inter-institution de l'aide humanitaire.

Les membres sont composés des agences opérationnelles de l'ONU et une sélection d'agences humanitaires qui ne font pas partie des Nations Unies sont des invités permanents.¹³⁵ Il n'y a aucune représentation ni contribution des pays touchés par les catastrophes.

En 2005, l'IASC a adopté une ambitieuse réforme humanitaire couvrant plusieurs domaines : le financement de l'assistance, le renforcement de la fonction du Coordinateur humanitaire des Nations-Unies et une attention plus systématique et plus prévisible sur tous les principaux secteurs de la réponse (« l'approche de Responsabilité Sectorielle ») (Holmes, 2007). Cette approche de Responsabilité Sectorielle intéresse plus directement les Ministères de la Santé des pays touchés.

Cette approche vise à introduire un système de coordination sectorielle convenue entre les acteurs humanitaires externes. Elle est conçue comme un mécanisme qui peut contribuer à combler les lacunes identifiées dans la réponse et améliorer la qualité de l'action humanitaire.¹³⁶

135 Le Comité international de la Croix Rouge (CICR) et la Fédération internationale de la Croix-Rouge et des sociétés du Croissant-Rouge (FICR) sont des invités permanents. Les ONG sont représentées par le Conseil International des agences bénévoles (CIAB) ou InterAction qui sont des associations d'ONG.

136 Résumé à partir de la Note d'orientation IASC sur l'utilisation de l'approche de la Responsabilité Sectorielle pour renforcer la réponse humanitaire (24 novembre 2006).

Réunion du Groupe à Responsabilité Sectorielle Santé à la Base Logistique des Nations Unies



En septembre 2005, l'IASC est convenu de désigner des « chefs de file sectoriels » mondiaux dans neuf secteurs ou domaines d'activité. Ces secteurs mondiaux (Groupes de Responsabilité Sectorielle) tels que définis par l'IASC reflètent étroitement la répartition des mandats parmi les principales agences de l'ONU :

Domaines techniques :

1. Nutrition
2. Santé
3. Eau/Assainissement
4. Hébergement d'urgence

Domaines transversaux :

5. Coordination/gestion des camps
6. Protection
7. Reconstruction rapide

Domaines de services communs :

8. Logistique
9. Télécommunications d'urgence

La santé, qui est un concept inclusif,¹³⁷ a ainsi été divisée en trois domaines techniques (nutrition, santé et eau et assainissement).

Les dirigeants de l'IASC (chefs des agences) ont convenus qu'au niveau des pays l'approche par Groupes de Responsabilité Sectorielle devrait être appliquée, avec une certaine souplesse, dans toutes les nouvelles situations d'urgence.

La nature des liens entre les Groupes de Responsabilité Sectorielle et le gouvernement hôte « sera fonction de la situation dans chaque pays et de la volonté et de la capacité de chacun de ces acteurs à mener des activités humanitaires ou à y participer.¹³⁸ Conformément aux procédures pour l'activation sur le terrain des Groupes de Responsabilité Sectorielle, le coordinateur résident des Nations Unies, après consultations avec l'équipe humanitaire dans le pays, soumet la décision à l'approbation du Sous-Secrétaire Général des Nations Unies et du Coordinateur des secours d'urgence. Le gouvernement du pays hôte et tous les autres partenaires sont ensuite informés de la décision prise.

¹³⁷ La constitution de l'OMS définit la santé comme « un état de bien-être physique, mental et social complet et pas la simple absence de maladie ou d'infirmité ».

¹³⁸ Voir le site Internet One Response: <http://onerresponse.info/Coordination/ClusterApproach/Pages/Global%20Cluster%20Leads.aspx>.

Coordination mondiale, régionale et locale

- Les catastrophes qui déclenchent une réponse mondiale ont besoin d'une coordination mondiale.
- La définition des priorités et la coordination effective doivent intervenir dans le pays touché pour garantir que la réponse est adaptée au contexte local spécifique.

La coordination internationale doit être entreprise là où l'action se déroule et où se trouvent tous les partenaires humanitaires : au niveau national et infranational.

Le niveau régional et le niveau mondial devraient être en mode de soutien. Les bureaux-pays des agences de développement sont conçus pour une coopération à long terme et ne sont pas toujours particulièrement adaptés à la gestion des informations relatives à la situation d'urgence et à la coordination d'une réponse massive de « nouveaux acteurs » à la suite d'une catastrophe soudaine. Le bureau national, quel que soit son mandat sectoriel, devrait se voir offrir, et devrait accepter, un renforcement considérable du personnel de direction avec une expérience humanitaire.¹³⁹

En Haïti, l'ampleur de la catastrophe et la nature de la réponse globale exigeaient une forte participation des mécanismes de coordination mondiale. En dépit de leurs efforts pour jouer un rôle de premier plan, les organisations régionales (politiques ou techniques) n'avaient pas la masse critique pour assumer ce leadership. Les contributions de l'OEA, de la CARICOM, et de la CDEMA, entre autres, ont été extrêmement utiles, mais ont été éclipsées par le volume de l'assistance internationale.¹⁴⁰ L'OPS/OMS, en tant qu'organisme régional de la santé, n'avait pas la capacité de mobiliser rapidement un nombre suffisant d'experts, surtout compte tenu de la nécessité spécifique de connaître le français ainsi que le pays, ce qui est inhabituel par rapport aux autres pays de la région.

L'atout le plus précieux d'un bureau régional reste sa proximité avec les autorités sanitaires, les services de santé et les conditions sanitaires. Cette familiarité avec le contexte local est un atout important pour s'assurer que la coordination future renforce plutôt qu'elle n'entrave la capacité du Ministère de la Santé.

Application de la Responsabilité Sectorielle et implications pour la santé en Haïti

- Les Groupes de Responsabilité Sectorielle dans un pays donné doivent refléter le mandat des ministères techniques.
- Lorsque cela est nécessaire, la participation doit se limiter à ceux qui sont en mesure d'apporter une contribution importante.
- Un petit comité exécutif doit être mis en place rapidement et des groupes de travail techniques doivent être créés sous l'égide du Ministère de la Santé.

¹³⁹ Envoyer plus de personnel en Haïti a occasionné une certaine résistance dans les agences de développement, tant pour ce qui est de trouver les bonnes personnes au siège de l'agence que d'accepter l'expertise supplémentaire dans le bureau dans le pays.

¹⁴⁰ Une initiative originale et très appréciée de la CDEMA a consisté à parrainer de courtes périodes de repos en Jamaïque pour le personnel clé du Ministère de la santé d'Haïti. Cette initiative était très semblable au congé statutaire de « repos et de récupération » (RR) accordé avec salaire intégral au personnel international de l'ONU qui était tenu de travailler pendant de longues périodes dans les lieux d'affectation où la situation était dangereuse, stressante et difficile.

Au niveau mondial, les travaux normatif des Groupes de Responsabilité Sectorielle mondiaux ont abouti à une série de lignes directrices techniques qui ont facilité et guidé le travail de terrain (par exemple, sur les frais en cas de situation d'urgence, la santé mentale et l'aide psychosociale, la violence faite aux femmes, etc.).

Au niveau du pays, Haïti avait déjà une expérience de travail avec des Groupes de Responsabilité Sectorielle au cours de la réponse aux tempêtes tropicales et aux ouragans qui ont frappé le pays en août et septembre 2008. Bon nombre des conclusions et des recommandations de l'évaluation de Responsabilité Sectorielle pour Haïti (Binder et Grünwald 2010), qui avaient été formulées avant le tremblement de terre, demeurent pertinentes. Certaines des plus pertinentes sont les suivantes :

- « Détérioration de l'appropriation locale en raison d'une approche du haut vers le bas et d'une participation qui exclut les ONG locales et le gouvernement ou les donateurs ;
- Absence de critères précis pour l'activation et la désactivation ;
- Amélioration de l'identification des lacunes existantes, mais aucune preuve que ces lacunes sont mieux comblées ;
- Amélioration du partage de l'information mais mauvaise gestion de l'information (information perdue ou non obtenue en temps opportun) ;
- Faiblesse de la coordination inter-Groupes de Responsabilité Sectorielle... »

Dans le cas du séisme du 12 janvier, du fait de l'impact dévastateur sur la faible capacité du gouvernement haïtien, l'activation des Groupes de Responsabilité Sectorielle est apparue comme l'approche la plus prometteuse pour obtenir un certain degré de coordination au moins pendant les premières semaines de la réponse. Le nombre de secteurs/Groupes de Responsabilité Sectorielle activés en Haïti dépasse le nombre initialement envisagé dans le cadre de la réforme humanitaire : agriculture, coordination/gestion des camps, reconstruction rapide, éducation, télécommunications d'urgence, distribution alimentaire, santé, logistique, nutrition, protection (qui comprenait deux sous-groupes : protection de l'enfance et violence faite aux femmes), hébergements, produits non alimentaires et enfin eau, assainissement, et hygiène—soit un total de 12 Groupes Sectoriels et deux sous-secteurs. Tous les Groupes de Responsabilité Sectorielle étaient dirigés par un organisme international à l'exception du Groupe Sectoriel Eau, Assainissement et Hygiène, initialement assigné à l'UNICEF, mais en fait dirigé par la DINEPA à sa propre demande.

La structure adoptée ne cherchait pas à correspondre à la structure de l'État haïtien que le système était conçu pour aider. Par exemple, les responsabilités du Ministère de la Santé ont été assignées aux trois Groupes Sectoriels, mais aussi à un plus grand nombre de groupes de travail, dont plusieurs qui étaient rattachés à d'autres Groupes de Responsabilité Sectorielle (gestion des camps, protection, etc.). Cela devrait être évité lors des catastrophes futures en faisant correspondre la structure des Groupes de Responsabilité Sectorielle à la portée du mandat des ministères techniques.

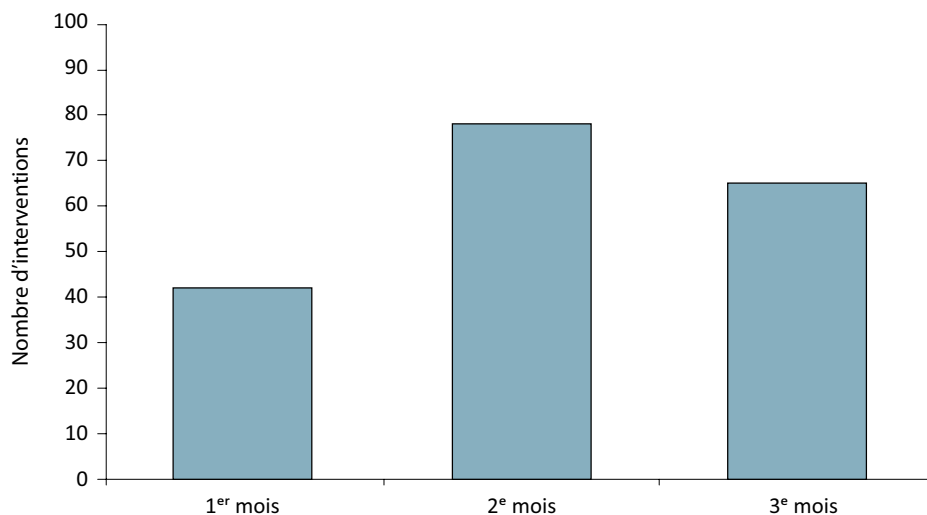
La section ci-dessous se concentre sur le Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé. Il a été responsable de tous les aspects liés à la santé pour lesquels un autre Groupe Sectoriel n'avait pas été mis en place.

La mise en œuvre initiale du Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé s’est heurtée à des difficultés considérables et a eu une courbe d’apprentissage lente. Ces défis comprenaient :

- De graves limitations sur le plan logistique, parmi lesquelles figuraient des restrictions en matière de sécurité. Comme l’a souligné le coordinateur humanitaire des Nations Unies en mai 2010, « il y a eu des discussions sur la protection de « l’espace humanitaire ». Pourtant Haïti n’est pas la [République démocratique du Congo] ; la réponse humanitaire ne se déroule pas dans une zone en guerre, dans un environnement de conflit civil entre factions belligérantes. » Cette déclaration est appuyée par des preuves que « entre 2007 et 2009, la violence collective avait considérablement diminué même si d’autres formes de violence — c’est-à-dire, la violence sexuelle et la violence faite aux femmes — sont devenues plus visibles » (Muggah 2010).
- Une enquête aléatoire auprès des ménages (n = 2 940) au cours des mois qui ont suivi le séisme a montré que le taux de criminalité et de victimisation était inférieur à celui annoncé dans les médias du monde entier. « Contrairement à ce qu’affirment les médias au sujet des pillages généralisés et des vols organisés, la grande majorité des habitants de Port-au-Prince ont indiqué que ni eux, ni aucun membre de leur foyer n’avaient été victimes de vols ou n’avaient vu leurs biens détruits volontairement par d’autres depuis le séisme » (Muggah 2010) Seulement 20 % des personnes interrogées estimaient que l’insécurité et la criminalité étaient un problème grave ou très grave après le séisme, contre 62,9 % avant le tremblement de terre. (Kolbe 2009, Kolbe et Muggah 2010).

Ces conclusions sont étayées par le faible nombre de blessures par balle traitées par MSF au cours du premier mois après le séisme (voir figure 8.1). Comme noté par MSF, les interventions pour blessures par balle font partie de la vie quotidienne en Haïti, mais elles ont été moins fréquentes au cours du premier mois après le séisme.

Figure 8.1 Nombre d’opérations réalisées suite à des blessures par balle dans les installations de MSF, du 13 janvier au 12 avril 2010, Haïti



Source: Axelle Ronsse, Médecins sans Frontières, réponse chirurgicale au séisme de 2010 en Haïti (présentation PowerPoint). Utilisé avec autorisation.

- La perception distincte au niveau international et les restrictions en résultant, qui étaient peut-être dues à l'alarmisme irréaliste des scénarios et à des considérations extérieures, a accentué le clivage entre les acteurs des Nations Unies et leurs homologues et la population.¹⁴¹ Un nouveau système de gestion de la sécurité de l'ONU était destiné à transformer le processus décisionnel auparavant basé sur un système de « feu vert/stop » pour passer à un système d'équilibre entre les risques et les opportunités.¹⁴² Son application n'a pas encore été ressentie en Haïti.
- Un grand nombre d'organisations ont obtenu des résultats nettement supérieurs aux attentes, mais un nombre important d'entre elles étaient des acteurs mineurs sans expérience ni ressources significatives et par conséquent incapables d'offrir une valeur ajoutée. Les réunions du Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé sont devenues une opportunité d'acquiescer de la visibilité (en agitant son drapeau) ou, pour les nouveaux arrivants, de recueillir des renseignements de base sur ce qu'il fallait faire et où aller. L'objectif de coordination stratégique avait été perdu de vue. Pour éviter que les Groupes de Responsabilité Sectorielle ne s'effondrent sous leur propre poids lors de futures catastrophes, il peut être nécessaire de filtrer ou d'opérer un « triage » des participants. Le soutien du Groupe de Responsabilité Sectorielle doit s'adresser aux organismes et aux acteurs qui sont les plus susceptibles de fournir des avantages importants pour la santé de la population touchée.



Une courbe d'apprentissage lente a résulté de la pression extrême sur les quelques hauts responsables participant au processus de Responsabilité Sectorielle. La réponse aux besoins urgents a retardé des décisions importantes. Parmi les mesures positives prises tardivement, on peut citer :

- La mise en place d'un groupe restreint d'organismes travaillant en Haïti, avant, pendant et après le séisme pour s'accorder sur des options stratégiques et collectivement guider le processus : initialement le Groupe de Responsabilité Sectorielle avait été initialement conçu précisément pour fournir cette orientation. La construction d'un consensus sur une base démocratique parmi tous les participants s'avère ne pas être efficace dans la gestion de la réponse aiguë. Après plusieurs semaines, ce « petit comité », au sein duquel les options et décisions clés étaient débattues, a été créé discrètement parmi 19 grandes agences qui ont un engagement à long terme en Haïti.¹⁴³

¹⁴¹ L'excellente décision prise rapidement par l'OPS/OMS de s'installer dans les locaux de PROMESS plutôt que dans la base de la MINUSTAH (« LogBase ») — selon les instructions de la sécurité de l'ONU — a eu un impact positif sur ses activités futures, ce qui a compensé l'inconvénient d'être relativement éloigné du lieu de réunion des Groupes de Responsabilité Sectorielle.

¹⁴² Cette réorientation de l'aversion aux risques vers la gestion des risques représente l'aboutissement de l'évolution de la dernière décennie dans la pensée et la méthodologie de programmation dans des conditions non sécurisées. La clé de ce changement est le concept de l'approche sécuritaire habilitante, c'est-à-dire, une approche qui met l'accent sur « la façon de fournir », par opposition à « quand cesser de fonctionner ». En vertu de cette nouvelle approche, l'utilisation des escortes militaires ou armées pour les agences humanitaires est purement une mesure d'atténuation du risque sécuritaire afin de faire passer le risque sécuritaire d'un niveau de risque acceptable à un autre niveau de risque acceptable (plutôt que de réduire le risque d'un niveau inacceptable à un niveau acceptable comme cela est resté principalement le cas dans la réponse au séisme).

¹⁴³ Malheureusement le Ministère de la Santé n'a pas été systématiquement invité à participer aux réunions du « petit comité ».

- L'organisation de groupes de travail techniques où des thématiques spécifiques pouvaient être discutées au niveau des détails pratiques : en fin de compte ces groupes de travail se penchaient sur les sujets suivants : hôpitaux, cliniques mobiles, santé mentale et soutien psychosocial, lutte antivectorielle, épidémiologie, handicap et information. L'expérience a montré dans les catastrophes en Haïti, en Indonésie, au Sri Lanka, au Pakistan et ailleurs que le travail en sous-groupes thématiques était beaucoup plus concret et plus productif qu'au sein de grands forums. Lors de catastrophes futures, la mise en place de certains ou de la totalité de ces groupes à un stade précoce de l'urgence est à envisager.
- La décentralisation du Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé dans les départements (loin de la capitale) : une mesure très efficace qui devrait être prévue plus tôt à l'avenir lors de grandes catastrophes.

Outre la coordination des résultats de tous ces sous-groupes, le secteur de la santé s'est également efforcé de préserver la cohérence dans les activités de santé publique qui étaient coordonnées par d'autres Groupes de Responsabilité Sectorielle (nutrition, éducation sanitaire des communautés, santé génésique, VIH/sida et violence faite aux femmes, entre autres).

Comme indiqué dans l'évaluation de 2009 de la Responsabilité Sectorielle dans six études de pays (notamment en Haïti, ouragan de 2008), la coordination inter-Groupes sectoriels était inefficace dans la plupart des cas et n'a pas débouché sur l'intégration de questions transversales (IASC 2010a, 6). Cette observation était encore valable en 2010.

En dépit des graves lacunes en termes de propriété nationale, cette approche appuyée par les donateurs a une utilité considérable dans les premières semaines, surtout lorsque les organismes de coordination nationaux qui ont été gravement touchés sont encore sous le choc de l'impact. Si la coordination a été difficile à mettre en place, c'est en raison de l'absence d'autorité juridique ou formelle sur les « partenaires », qui est normalement l'apanage exclusif de l'État, et de l'escalade désordonnée et exponentielle de l'aide humanitaire, plutôt qu'en raison de la conception défectueuse de ce modèle de coordination visant à combler les lacunes. Il faut dire, cependant, que lors de catastrophes à l'échelle de celle qui a frappé Haïti, une coordination efficace est presque impossible à obtenir.

Les Groupes de Responsabilité Sectorielle sont rapidement devenus inutiles — et de ce fait ont été moins bien accueillis par les homologues haïtiens. L'échec de la communauté humanitaire à mettre en œuvre un transfert rapide quoique progressif et surveillé de leadership et de responsabilité vers la Direction nationale de la Protection Civile, le Ministère de la Santé et d'autres ministères a rapidement érodé la maigre légitimité des Groupes de Responsabilité Sectorielle dans un pays doté d'un gouvernement établi et reconnu. Il en a résulté un affaiblissement des institutions : le principe du « avant tout ne pas nuire » avait été ignoré.

Malheureusement, la situation après le séisme en Haïti n'était pas l'exception qui confirme la règle. Cela a été observé et signalé lors des dernières grandes catastrophes.

L'argument de l'incapacité inhérente des autorités haïtiennes à gérer une telle crise s'est avéré fallacieux compte tenu du rôle joué par la DINEPA. Il a démontré qu'une telle transition ou un partage du pouvoir était en effet possible même dans l'environnement difficile d'Haïti.

La coordination par les agences chefs de file, principalement les agences des Nations Unies, aurait pu être largement améliorée. Cependant, les défis et obstacles à la coordination n'étaient pas limités au système international. La réponse a aussi éprouvé les mécanismes de coordination des plus grands donateurs. Dans le secteur de la santé, le Département de la Santé et des Services sociaux (HHS) des États-Unis a travaillé dans un environnement où le Département d'État dirigeait la mission de gestion des victimes, l'USAID dirigeait la santé publique et les soins médicaux à la population haïtienne, le Département de la sécurité du territoire dirigeait les opérations de rapatriement des citoyens américains et le Département d'État avec l'Agence fédérale pour la gestion des urgences (FEMA) a coordonné le transfert des patients. Cela portait uniquement sur les activités propres de Santé et des Services sociaux. En outre, une assistance sanitaire a été fournie par des agences du Ministère de la Défense et du Département d'État.

S'il était déjà difficile de parvenir à une communication et une coordination efficace de la réponse d'un seul pays, la tâche visant à coordonner tous les acteurs était beaucoup plus complexe et ambitieuse encore.

L'objectif ultime du secteur de la santé au cours d'une catastrophe est toujours de réduire le nombre de décès évitables, les handicaps et les souffrances..

(Photo prise dans l'unité pédiatrique de l'hôpital de l'Université d'État d'Haïti).



Leçons stratégiques clés pour la prochaine catastrophe soudaine

Dans ce chapitre, l'accent est mis sur les leçons stratégiques d'application mondiale. Parmi les catastrophes soudaines, les tremblements de terre posent un défi particulièrement difficile pour la communauté internationale. Vitesse et professionnalisme au cours de la réponse sont essentiels. Parmi les séismes, la situation d'Haïti était exceptionnelle. Par conséquent, toutes les leçons tirées d'Haïti ne seront pas pertinentes pour le prochain séisme catastrophique.

L'ampleur de la réponse internationale a considérablement augmenté d'une catastrophe à l'autre. Cette montée en puissance présente de nombreux aspects positifs :

- Premièrement, beaucoup de pays en développement, voisins ou non, se joignent désormais aux donateurs humanitaires plus traditionnels pour répondre aux catastrophes. Un certain nombre d'agences spécialisées occupent les petits créneaux négligés par le passé et de nouvelles ONG fournissent des services collectifs aux autres partenaires (communication, information, logistique, etc.). Il existe aujourd'hui de nombreuses organisations actives dans toute une gamme de disciplines de la santé, créant ainsi le potentiel d'une grande diversité et couverture de services.

- Cette croissance rapide s'est faite dans la douleur et le changement. Dans le secteur de la santé, un processus double émerge : d'un côté, les organisations humanitaires bien implantées deviennent plus professionnelles en développant leurs propres normes et en formant leur personnel. De l'autre côté, le nombre de nouveaux arrivants inexpérimentés (ONG, universités, pays et autres) augmente rapidement. Certains de ces nouveaux acteurs prévoient de rester dans le domaine humanitaire, ce qui justifie l'investissement réalisé par des agences mieux implantées pour guider leurs premiers pas. Dans le vide sanitaire très spécifique à Haïti, ils ont apporté une contribution positive et amélioreront leur performance. Cependant, une minorité croissante de nouveaux acteurs, avec des compétences en santé douteuses ou des motifs discutables, ont représenté certainement plus un obstacle qu'une aide. Ils devraient être filtrés et éliminés par les autorités de santé.

Peu de leçons tirées de la réponse sanitaire au séisme en Haïti sont nouvelles ou inédites. La plupart ont été « apprises » lors d'une série d'ateliers régionaux et publiées dans des évaluations formelles, par exemple l'atelier régional suite au tsunami de l'océan Indien (ONU, 2005), l'analyse de la réponse au séisme en Haïti publiée par ALNAP (2010), une évaluation du secteur de la santé en Haïti un an après le séisme (Merlin 2011), ou les notes sur les leçons préliminaires tirées d'Haïti (2010 Fisher).

La communauté humanitaire semble avoir peu de mémoire institutionnelle ou de capacité de changement.

Une réponse mieux organisée est-elle possible ?

L'absence de partage de l'information et de coordination (deux concepts liés) est la critique la plus courante formulée à la suite de catastrophes. Elle est facilement documentée par des évaluateurs externes, véhiculée avec enthousiasme par les médias, et il est commode pour les agences chefs de file d'utiliser cet argument pour appeler à plus de ressources et de personnel.

Il y a deux questions pertinentes qui se posent : 1) est-il possible d'améliorer de façon significative l'information ? 2) est-il possible de coordonner efficacement un monde aussi désordonné que celui des organisations humanitaires ?

Est-il possible d'améliorer de façon significative l'information ? Dans le domaine de la santé, la réponse est assurément « oui ».

La première étape consiste à identifier (avec prudence et pragmatisme) ce qui doit être connu afin d'améliorer les secours et ce qui doit être compilé à temps pour que ces informations aient l'impact concret (pas ce que nous aimerions savoir). En matière de soins de traumatologie immédiats, un domaine qui évolue rapidement, il n'est peut-être pas possible de savoir grand-chose et de diffuser les informations avant qu'elles ne deviennent obsolètes.

La deuxième étape consiste à déployer des ressources humaines qualifiées à temps. Cela implique des accords inter-agences et la capacité de partager des listes d'experts. Il faut pour cela un investissement important dans le déploiement des ressources humaines et le soutien logistique au moment de la crise, et une réorientation des priorités des agences chefs de file de la prestation visible de services concrets vers la gestion d'informations.

Est-il possible de coordonner efficacement un monde aussi désordonné que celui des organisations humanitaires ? Dans le domaine de la santé, la réponse est un « oui » plus nuancé.

Plus de ressources humaines et financières et certainement plus de réunions ne sont pas nécessairement la solution. La coordination ne devrait pas être une fin en soi. Un certain degré de chaos fait partie intégrante de la réponse initiale aux grandes catastrophes. La question de savoir dans quelle mesure « plus » de coordination améliorera le sort de la population touchée mérite un examen approfondi. Un haut fonctionnaire des Nations Unies en Haïti a conclu en privé que le manque de coordination au cours des deux premiers mois avait peut-être en fait permis des contributions significatives, à l'échelle communautaire, de nombreux acteurs petits ou marginaux. Ces mêmes acteurs étaient considérés comme un fardeau majeur lors des dernières catastrophes dans des pays disposant de plus de capacité nationale. La réponse et la coordination doivent être déterminées en fonction du contexte.

Un domaine particulier qui peut bénéficier du contrôle de la qualité et de l'amélioration de la coordination est celui de l'aide médicale étrangère. La prochaine catastrophe pourrait exiger une mobilisation rapide et importante de hauts responsables et d'experts thématiques, avec un soutien logistique considérable, ce qui est très problématique dans les premiers jours, lorsqu'on en a le plus besoin. L'OMS et ses bureaux régionaux doivent chercher à mettre en place des partenariats avec des institutions bilatérales et autres afin d'élaborer une liste d'experts et d'augmenter considérablement leur capacité d'intervention pour coordonner les flux entrants d'intervenants médicaux. Le réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) peut servir de modèle. De nombreux groupes bilatéraux et ONG ont démontré un niveau élevé de compétences techniques et d'analyse critique. Leur soutien et leur participation seront extrêmement utiles.

Les efforts d'INSARAG pour améliorer l'aide sur le plan de la recherche et du sauvetage peuvent fournir des indices supplémentaires sur la voie à suivre dans le secteur de la santé. Un examen indépendant de son impact en Haïti n'a toutefois toujours pas été réalisé (à savoir, « que se serait-il passé si cet investissement soutenu n'avait pas été réalisé par INSARAG ? »).

En d'autres termes, nous devons passer d'un système d'indicateurs de résultats (« davantage de coordination est préférable ») à l'évaluation de l'impact en démontrant qu'utiliser des fonds initialement prévus pour des activités de secours pour les investir dans la coordination et le contrôle de la qualité permet en réalité de sauver plus de vies.

Appropriation de la catastrophe

Mobiliser plus de coordinateurs extérieurs ne permettra pas, en soi, d'améliorer la coordination. Une coordination sans participation significative et leadership de la part des autorités nationales de la santé est en fait vouée à l'échec.

L'une des principales conclusions de l'auto-évaluation de l'équipe humanitaire de l'ONU en Haïti a été la nécessité d'assurer l'appropriation nationale de la réponse à la catastrophe. « Le Gouvernement, même faible, doit jouer un rôle central en matière de leadership humanitaire et de coordination à la suite d'une catastrophe naturelle. Nous, en tant que dirigeants et acteurs humanitaires, devons l'accepter et le faciliter. »

A la suite de ces conclusions, l'IASC a recommandé que :

- « Dans toute la mesure du possible, les acteurs humanitaires internationaux doivent s'organiser eux-mêmes pour appuyer ou compléter les mécanismes de réponse nationale existants plutôt que de créer des mécanismes parallèles qui peuvent véritablement affaiblir ou saper les efforts nationaux.
- Lorsque cela est approprié et réalisable, les dirigeants gouvernementaux doivent être activement encouragés à co-présider des réunions de Groupes de Responsabilité Sectorielle avec leurs homologues de l'agence dirigeant le Groupe. Comme avec toutes les modalités de coprésidence, les responsabilités respectives doivent être clairement définies dès le départ » (IASC 2011).

Les catastrophes soudaines créent une vague de générosité (et donc un nombre élevé de bénévoles qui ont besoin de coordination, et une forte concurrence en matière de financement et de visibilité entre les acteurs qui doit faire l'objet d'un arbitrage). Lors de telles catastrophes, l'approche de la Responsabilité Sectorielle doit être mise en œuvre différemment afin d'assurer l'appropriation nationale.

Faire valoir le rôle principal du gouvernement national dans la coordination et le filtrage sélectif de l'aide extérieure n'est pas facile pour les autorités nationales, même lorsque les ressources de santé locales ont la capacité de réagir efficacement.¹⁴⁴ La perception par le public que la communauté internationale est mieux placée pour coordonner la réponse garantit que les institutions nationales plus faibles continueront d'être marginalisés et affaiblis plus encore. La coordination doit être un élément clé de la préparation nationale aux catastrophes.

Un accord officiel sur l'approche de la Responsabilité Sectorielle avec les gouvernements avant la catastrophe constitue une étape préliminaire indispensable.

Dans le cadre des efforts conjoints de préparation, une entente officielle pour la coordination intersectorielle (approche de la Responsabilité Sectorielle) doit être discutée avec les pays les plus vulnérables à des catastrophes naturelles soudaines à grande échelle. De nombreux scénarios présentant les pires cas de séismes urbains potentiels ont déjà été identifiés et ces pays reçoivent une coopération technique pour la préparation aux urgences de la part d'agences de l'ONU et d'organismes bilatéraux. En vertu de cet accord :

- Le gouvernement déterminera le nombre et la portée des responsabilités des secteurs/Groupes de Responsabilité Sectorielle au niveau national afin de mieux refléter l'organisation du gouvernement et les mandats respectifs des ministères techniques. Ajuster les Groupes de Responsabilité Sectorielle à la structure nationale est nécessaire pour faciliter le transfert rapide et sans heurts de la responsabilité vers le gouvernement. La structure de secteur/Groupe de Responsabilité Sectorielle au niveau national variera d'un pays à l'autre (conformément à la flexibilité recommandée dans les directives de 2006 de l'IASC reconnaissant que « la solution unique n'est pas adaptée à tous »).

¹⁴⁴ À la suite du tremblement de terre de Mexico (1985), l'occupation des lits d'hôpital, n'a jamais dépassé 95 % et les vastes ressources de ce grand pays ont été mobilisées. Initialement, le gouvernement a refusé une aide médicale externe. Dans les 24 heures, toutefois, une campagne lancée par les médias internationaux a forcé le gouvernement à revenir sur sa décision et à ouvrir ses frontières aux équipes médicales étrangères.

- Le gouvernement, en consultation avec l'équipe humanitaire des Nations Unies dans le pays, désignera à l'avance un ou plusieurs organismes (co-chefs de file) afin d'aider l'institution nationale (le ministère technique) responsable de chaque secteur. Ces agences chefs de file peuvent être ou ne pas être les mêmes que celles au niveau mondial (une autre recommandation des lignes directrices de l'IASC). Cela n'affecterait pas le rôle de l'agence dirigeant le Groupe de Responsabilité Sectorielle au niveau mondial. Il est également entendu que, dans la phase immédiate visant à sauver des vies, les agences des Nations Unies co-chefs de file peuvent être appelées à gérer et coordonner effectivement l'ensemble de la réponse dans des situations exceptionnelles comme en Haïti.
- Cet accord entérinera le mécanisme d'activation en 24 heures existant pour les Groupes de Responsabilité Sectorielle mais assurera une participation explicite du gouvernement dans le processus décisionnel des Nations Unies (au-delà du simple fait d'informer les autorités).
- Enfin, une date butoir claire (par exemple, trois semaines) sera établie, soit pour le transfert des responsabilités vers l'institution nationale, soit pour formuler une demande officielle pour la prolongation du rôle de chef de file des organismes internationaux pour une période déterminée, si les autorités nationales l'estiment nécessaire.

En bref, la communauté humanitaire doit reconnaître qu'afin de renforcer la capacité des autorités nationales, il convient de prendre le risque, à court terme, d'avoir une coordination moins « efficace » ou avec moins d'« expérience ». En effet, le risque de désorganisation supplémentaire pourrait être moins important que prévu compte tenu de la faible performance de la coordination externe au cours des premiers mois en Haïti et dans d'autres catastrophes. Au lieu de gérer la crise eux-mêmes, les partenaires internationaux doivent accompagner et renforcer la capacité de leurs homologues — ce qui représente certes une tâche plus exigeante et plus difficile.

La zone métropolitaine de Port-au-Prince a été durement touchée. La ville de Léogâne (à 17 km au sud-ouest de Port-au-Prince) a été détruite à 80 %.



Contrôle de la qualité dans le secteur médical

De nombreux organismes qui fournissent régulièrement des équipes médicales et des hôpitaux de campagne consacrent énormément d'efforts à l'amélioration de la qualité de leur performance en effectuant des évaluations systématiques et des formations. Certains sont allés plus loin en analysant le rapport coût-efficacité de leurs interventions en termes de développement et de secours.¹⁴⁵ Toutefois, tous les groupes n'ont pas un haut niveau d'assurance-qualité.

Les soins médicaux sont l'un des secteurs de service les plus réglementés dans tous les pays, même dans les pays moins avancés. L'accréditation des médecins, des techniciens paramédicaux et des pharmaciens ou des établissements est l'une des fonctions clés d'un Ministère de la Santé en temps « normal ». À la suite d'une catastrophe, n'importe quelle équipe médicale ou n'importe quel individu peut faire valoir (à juste titre ou non) des compétences et des qualifications pour amputer des membres ou entreprendre une intervention chirurgicale majeure. L'entreprise humanitaire médicale a trop grandi pour ne pas être mieux réglementée. Il doit y avoir un équilibre entre l'approche actuelle de laissez-faire et une accréditation rigide. Les réglementations doivent être adaptées en fonction de l'ampleur et de l'urgence des besoins qui ne peuvent être satisfaits à l'échelle nationale.

Certaines définitions sont utiles à ce stade :

- *L'enregistrement* est un simple processus de saisie d'informations dans une base de données ou un registre. Il ne valide pas la compétence de l'entité enregistrée.
- *La certification* implique une évaluation technique de la conformité avec des exigences ou critères préétablis. Une tierce partie indépendante procède normalement à cette évaluation. À la lumière de la responsabilité éventuelle de l'agence de certification, INSARAG a adopté les termes « classification externe ».
- *L'accréditation* est « un processus officiel par lequel un organisme reconnu reconnaît qu'une organisation de soins de santé répond aux normes applicables, prédéterminées et publiées. » Dans les situations normales, et non en temps de crise, « une décision d'agrément sur un organisme de santé spécifique est prise à la suite d'une évaluation périodique sur place par une équipe de pairs, généralement effectuée tous les deux ou trois ans. L'accréditation est souvent un processus volontaire auquel les organisations choisissent de participer, plutôt qu'un processus exigé par la Loi et la réglementation » (Rooney et van Ostenberg 1999).
- *L'homologation* est un processus aux termes duquel une autorité gouvernementale accorde l'autorisation à un praticien individuel ou à une organisation de soins de santé. Dans une situation normale, l'homologation est accordée suite à une inspection sur place afin de déterminer si des normes de sécurité et de santé minimum ont été respectées.

À ce stade, l'enregistrement est le seul processus qui peut être envisagé de façon réaliste dans le secteur médical.

¹⁴⁵ Selon une analyse (Gosselin et al. 2011), les coûts économisés par année de vie corrigée du facteur invalidité (AVCI) pour les courtes missions chirurgicales pour la chirurgie élective et ceux des missions de secours post-séismes dans le même pays étaient contre toute attente très similaires.

Comme entériné par le Groupe mondial de Responsabilité Sectorielle Santé, l'établissement d'un registre mondial de fournisseurs de services de ce type et l'élaboration de normes prédéterminées et publiées pour le déploiement des équipes médicales est des hôpitaux sont les étapes initiales vers une amélioration du contrôle de la qualité de la riposte sanitaire.

Le Ministère de la Santé doit recevoir ces informations de base sur la capacité des équipes médicales étrangères et des hôpitaux de campagne *avant* qu'une catastrophe survienne.

Les leçons du passé

Il y a eu beaucoup d'évaluations de la réponse au tremblement de terre en Haïti ; un certain nombre d'interlocuteurs ont dit qu'elles étaient trop nombreuses. Néanmoins, il est difficile de noter une amélioration significative ou un changement d'attitude dans la réponse. L'une des principales lacunes tient peut-être à la portée de ces évaluations : comment les objectifs et les politiques sont-ils mis en œuvre efficacement ? Comment avons-nous mobilisé nos ressources et coordonné nos activités pour atteindre les objectifs que nous nous étions fixés ?

Quant à savoir si les objectifs fixés étaient réalisables et souhaitables, ou si les politiques allaient dans l'intérêt à long terme des bénéficiaires, ces questions échappaient au champ couvert par les termes de référence de la plupart des évaluations.

Certains de ces sujets stratégiques et politiques doivent être confiés aux chercheurs plutôt qu'à des évaluateurs embauchés à cette fin. Cependant, pour mener des recherches appropriées, les scientifiques bénéficieraient d'un accès plus large aux documents et rapports internes (y compris au courrier électronique) que ce que permet actuellement le niveau de transparence des principaux acteurs.

Enfin, pour paraphraser Nigel Fisher, le coordinateur humanitaire en Haïti, les « enseignements tirés tendent à se concentrer sur la résolution de ce qui n'a pas très bien fonctionné. Mais encore une fois, nous ne devons pas oublier les nombreuses réalisations considérables de la communauté humanitaire ». En Haïti, de nombreuses vies ont été sauvées, des personnes ont été nourries et hébergées, et elles ont reçu des soins de bien meilleure qualité qu'auparavant. La catastrophe a apporté des changements positifs importants dans les mentalités, les comportements et les attitudes. C'est aux Haïtiens et à la communauté internationale de s'assurer que ces changements perdurent.

Bibliographie

- Abaakouk Z. (à paraître). Mental health in Haiti in 2010: a public health need, an added value within health care practice and a cornerstone for reconstruction. Dans OPS/OMS, *Mental health and psychosocial support in emergencies in the Caribbean*. Washington, D.C. : OPS/OMS.
- Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP)/Provention. 2009. *Responding to urban disasters: learning from previous relief and recovery operations*. Disponible sur : www.alnap.org/pool/files/alnap-provention-lessons-urban.pdf.
- . 2010. *Haiti earthquake response: context analysis*. Disponible sur : www.alnap.org/pool/files/haiti-context-analysis-final.pdf.
- Adams P. 2010. Rainy season could hamper Haiti's recovery. *Lancet* 375(9720):1067–9.
- Afshar, M., M. Raju, D. Ansell, T. P. Bleck. 2011. Narrative review: tetanus—a health threat after natural disasters in developing countries. *Ann Intern Med* 154(5):329–35.
- Alkire, S., M. E. Santos. 2010. *Multidimensional Poverty Index: 2010 Data*. Oxford Poverty and Human Development Initiative. Disponible sur : www.ophi.org.uk/policy/multidimensional-poverty-index.
- American Medical Association. 2010. *Medical and public health responders: preparing for the Haitian earthquake disaster relief efforts*. [Programme de formation via l'internet.] Disponible sur : www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/haiti-earthquake-response.page.
- American Red Cross. 2011. *Haiti earthquake relief, one-year report*. Disponible sur : www.redcross.org/wwwfiles/Documents/pdf/international/Haiti/HaitiEarthquake_OneYearReport.pdf.
- Amnesty International. 2010. *Haiti: after the earthquake: initial mission findings, March 2010*. Londres: Amnesty International Publications. Disponible sur : www.amnesty.org/en/library/info/AMR36/004/2010.
- Anderson, A. J., C. L. Powell. 2011. "The role of humanitarian efforts: lessons from Haiti." Lecture, 45th Annual Uniformed Services Pediatric Seminar, American Academy of Pediatrics. Washington, D.C., 12–15 mars.
- Archibold, R.C. 2011. U.S. reduces estimates of homeless in Haiti quake. *New York Times*, 31 mai.
- Assessment Capacities Project (ACAPS). 2010. *Rapid initial needs assessment for Haiti (RINAH)*. Réalisé du 23 janvier au 6 février 2010, Port-au-Prince. Disponible sur : www.acaps.org/img/documents/rinah-report-final-rinah-report-feb2010.pdf.
- Association of Schools of Public Health. *Haitian earthquake relief: schools of public health respond*. Consulté le 20 juillet 2011. www.asph.org/document.cfm?page=1141.
- Auerbach, P. S., R. L. Norris, A. S. Menon, et al. 2010. Civil–military collaboration in the initial medical response to the earthquake in Haiti. *N Engl J Med* 362(10):e32.

- Babcock, C., C. Baer, C. Bayram, et al. 2010. Chicago medical response to the 2010 earthquake in Haiti: translating academic collaboration into direct humanitarian response. *Disaster Med Public Health Prep* 4(2):169–73.
- Bajkiewicz, C. 2009. Evaluating short-term missions: How can we improve? *J Christ Nurs* 26(2):110–4.
- Bar-On, E. E. Lebel, Y. Kreiss, et al. 2011. Orthopaedic management in a mega mass casualty situation: the Israel Defense Forces Field Hospital in Haiti following the January 2010 earthquake. *Injury*, 18 avril. [Publication électronique avant impression].
- Barrera, G. 2010. *Regreso al país del buque ARC Cartagena de Indias procedente de Haití* [Radio Santa Fe broadcast, interview with Commander Guillermo Barrera, Colombian National Navy]. Consulté le 20 mai 2011. www.radiosantafe.com/2010/02/10/regreso-al-pais-el-buque-arc-cartagena-de-indias-procedente-de-haiti.
- Basauri, V. 2010. *Rapport de Mission: La Santé mentale et le soutien psycho-social in Haïti* (Rapport de mission OPS/OMS, 3–6 février 2010). Non publié.
- Bassett, L. 2010. *Nutrition security in Haiti: pre- and post-earthquake conditions and the way forward*. En Breve Series No. 157 banque mondiale (juin 2010). Disponible sur : www.worldbank.org/enbreve.
- Bennett, J., W. Bertrand, C. Harkin, et al. 2006. *Coordination of international humanitarian assistance in tsunami-affected countries*. London: Tsunami Evaluation Coalition.
- Binder, A., F. Grünwald. 2010. *IASC Cluster approach evaluation, 2nd phase. Country study: Haiti*. Groupe URD (avril 2010). Disponible sur : www.gppi.net/fileadmin/gppi/GPPi-URD_Cluster_II_Evaluation_HAITI_e.pdf.
- Born, C.T., T.R. Cullison, J.A. Dean, et al. 2011. Partnered disaster preparedness: lessons learned from international events. *J Am Acad Orthop Surg* 19 (suppl 1): S44–S48.
- Burns, A. S., C. O’Connell, M.D. Landry. 2010. Spinal cord injury in post-earthquake Haiti: lessons learned and future needs. *PM&R* Vol. 2, 695–7.
- Calvot, T., A. Shivji. (Forthcoming). *Haiti, du Traumatisme au Relèvement, Quelles Perspectives?* In Conoir, Y. (ed.). Laval, Canada : Presses de l’Université Laval.
- CdeBaca, L. 2010. *Best practices: human trafficking in disaster zones*. Keynote remarks to the Harvard Kennedy School’s Ash Center for Democratic Governance and Innovation, Washington, D.C., 24 mai 2010. Disponible sur : www.reliefweb.int/node/355692.
- Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED). Emergency Events Database (EM-DAT). Disponible sur : www.emdat.be.
- Chu, K. M., M. Trelles, N. P. Ford. 2011. Quality of care in humanitarian surgery. *World J Surg* 35(6):1169–72.
- Cochran, J. 2010. *Statistics without Borders assists with Haitian data collection project*. Statistics Without Borders/Amstat News, 2010. Consulté le 1er janvier 2011. www.magazine.amstat.org/blog/2010/05/13/swb5_10.
- Cosgrave, J. 2007. *Synthesis report: expanded summary. Joint evaluation of the international response to the Indian Ocean tsunami*. London: Tsunami Evaluation Coalition. Available at: www.alnap.org/pool/files/Syn_Report_Sum.pdf.

- DARA. 2010. *Climate vulnerability monitor*. Rapport. Disponible sur <http://daraint.org/climate-vulnerability-monitor/climate-vulnerability-monitor-2010>.
- de Ville de Goyet, C., L. Morinière. 2006. *The role of needs assessment in the tsunami response*. Tsunami Evaluation Coalition. Disponible sur : www.alnap.org/initiatives/tec/thematic/needs.aspx.
- Doocy C., C. Robinson, C. Moodie, G. Burnham. 2009. Tsunami-related injury in Aceh Province, Indonesia. *Global Public Health* 4(2):205–14.
- Dowell, S. F., J.W. Tappero, T.R. Frieden. 2011. Public health in Haiti: challenges and progress. *N Engl J Med* 364(4):300–1.
- Eckes-Roper, J. 2010. *Operation Haiti relief: South Florida health/medical response*. Philadelphia Public Health Forum: Current Issues in Public Health and Preparedness.
- Etienne M., C. Powell, B. Faux. 2010. Disaster relief in Haiti: a perspective from the neurologists on the USNS Comfort. *Lancet Neurology* 9(5): 461–3.
- Farfel A., A. Assa, I. Amir, et al. 2011. Haiti earthquake 2010: a field hospital pediatric perspective. *Eur J Pediatr* 170(4):519–25.
- Farmer, P. 2011. *Haiti after the earthquake*. New York: Public Affairs.
- Felten-Biermann, C. 2006. Gender and natural disaster: sexualized violence and the tsunami. *Development* 49(3):82–6.
- Ferris, D. 2010. Pharmacist's assistance after Haiti earthquake. *Am J Health Syst Pharm* 67:1138–41.
- Fisher, N. 2010. *Notes on preliminary lessons learnt from Haiti*. Address to IASC Principals Meeting, 6 mai 2010, New York. Non publié.
- Florida Department of Health. 2010. *Recommendations/guidelines for initial infection control, medical screenings and vaccinations of Haitian earthquake evacuees*. 3 février 2010.
- Florida Hospital Association. *National Disaster Medical System Overview and Contact Information*, 5 févr., 2010. www.fha.org/Article.html?ArtID=8774.
- Food and Agriculture Organization and World Food Programme. 2010. *Evaluation de la Récolte et de la sécurité alimentaire en Haïti*. [Rapport de mission spéciale, 21 septembre 2010]. Disponible sur : www.fao.org/docrep/012/ak353f/ak353f00.htm.
- France. Ambassade de France aux États-Unis. 2010. *Earthquake in Haiti—update on French effort (02/04/10)*. Consulté le 20 mai 2011. <http://ambafrance-us.org/spip.php?article1504>.
- Galeckas, K. 2011. Dermatology aboard the USNS Comfort: disaster relief operations in Haiti after the 2010 earthquake. *Dermatologic clinics* 29(1):15–9.
- Gerdin M. et J. Von Schreeb. 2011. Presentation at the 17th World Congress on Disaster and Emergency medicine in Beijing, mai 2011.
- Ginzburg E., W.W. O'Neill, P. J. Goldschmidt-Clermont, et al. 2010. Rapid medical relief—Project Medishare and the Haitian earthquake. *N Engl J Med* 362(10):e31.
- Goodman A. 2010. Ministry of touch—reflections on disaster work after the Haitian earthquake. *N Engl J Med* 362(11):e37.

- Gosselin R. A., G. Gialamas, D. M. Atkin. 2011. Comparing the cost-effectiveness of short orthopedic missions in elective and relief situations in developing countries. *World J Surg* 35(5):951–5.
- Griekspoor, A. 2010. *Key issues from the Haiti PDNA*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Growth of aid and the decline of humanitarianism. [Editorial]. 2010 *Lancet* 375(9711):253.
- Grünewald, F. 2010. *The health response in Haiti after the earthquake: some food for thought*. Groupe Urgence Réhabilitation Développement (URD): 9 juin. Disponible sur : www.urd.org/IMG/pdf/The_health_response_in_Haiti_after_the_earthquake_Some_food_for_thought.pdf.
- Grünewald, F., A. Binder, Y. Georges. 2010. *Inter-agency real-time evaluation in Haiti: 3 months after the earthquake*. Groupe Urgence Réhabilitation Développement; Global Public Policy Institute.
- Grünewald, F., B. Renaudin. 2010. *Etude en temps réel de la gestion de la crise en Haïti après le séisme du 12 janvier 2010: Mission du 9 au 23 février 2010. Pour la Délégation des Affaires stratégiques du Ministère de la Défense*, France; 4 avril 2010.
- Haïti. Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). 2006. Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS IV 2005–2006. Port-au-Prince. Disponible sur : www.paho.org/english/d/csu/haiprelreportemmus-iv.pdf.
- . 2007. *Bilan vision et gouvernance. Forum nationale pour le realignement de la reforme du secteur sante (FRRSS)*. Port-au-Prince.
- . 2010a. *Analyse des résultats du recensement des ressources humaines post-séisme*. 16 mars 2010. Port-au-Prince.
- . 2010b. *Goudougoudou - Timoun boum Enquête sur la santé dans les sites d'hébergement-Haïti*. Port-au-Prince.
- . 2010c. *Plan intérimaire du secteur santé: Mars 201–Septembre 2011*. Port-au-Prince.
- . 2010d. *Protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë globale en Haïti—Version révisée, Mai 2010*. Port-au-Prince.
- . 2010e. *Provision des services dans les camps / zones de regroupement de la population*. Port-au-Prince.
- Haïti, Bureau du Premier Ministre. 2010. *Haiti earthquake PDNA: Assessment of damages losses, general and sectoral needs. Annex to the Action Plan for National Recovery and Development of Haiti*. Port-au-Prince.
- Handicap International. 2010. Joint study to analyze outcomes of surgical and rehabilitation intervention in response to the Haiti earthquake in January 2010 (2 pages). Port-au-Prince.
- Henry J. Kaiser Family Foundation, U.S. Global Health Policy. 2010. *Health in Haiti and the U.S. Government involvement*. Fact Sheet février 2010. Disponible sur : www.kff.org/globalhealth/upload/8053.pdf.
- Henrys D. Réflexions sur une politique de santé mentale en Haïti. *Revue haïtienne de santé mentale*. Vol 2; 217–219.
- Holmes, J. 2007. Humanitarian action: a Western dominated enterprise in need of change. *Forced Migration Review* 29: 4–5.

- Huerta-Alardín, A.L., J. Varon, et P. E. Marik. 2005. Review: Bench-to-bedside review: Rhabdomyolysis – an overview for clinicians. *Critical Care* 9(2):158–69.
- Hussey S.M., P. J. Dukette, S. H. Dunn, et al. 2011. The 2010 Haiti earthquake: a pathology perspective aboard the USNS Comfort. *Arch Pathol Lab Med* 135(4):417-21.
- Information Management & Mine Action Programs (iMMAP). 2010. Earthquake in Haiti: estimated population exposure [Map]. Disponible sur www.immap.org/index.php?do=map_view&id=56&cat=12.
- InterAction. 2010. “InterAction members respond to the earthquake in Haiti.” Consulté le 24 décembre 2010. www.interaction.org/print/3063.
- Inter-Agency Standing Committee (IASC), Global Health Cluster. 2009. *Global health cluster suggested set of core indicators and benchmarks by category*. Disponible sur www.iawg.net/resources/coreindicators_31jul09.pdf.
- Inter-Agency Standing Committee (IASC). 2010a. *Cluster approach evaluation 2nd phase: Executive Summary* [6 avril 2010].
- Inter-Agency Standing Committee (IASC)/Global Health Cluster. 2010b. Position Paper: Removing user fees for primary health care services during humanitarian crises (24 mars 2010). *Prehosp Disaster Med* 25(4): 374–6.
- Inter-Agency Standing Committee. 2011. *Operational guidance for Cluster lead agencies on working with national authorities* (avalisé le 1er juillet 2011).
- Interim Haiti Recovery Commission. 2011. *Haiti one year later: the progress to date and the path forward: a report from the Interim Haiti Recovery Commission, January 12, 2011*. Consulté le 20 juillet 2011. http://en.cirh.ht/files/pdf/ihrc_oneyear_en_20110112.pdf.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. 2004. World disaster report. Genève : IFRC.
- . 2005. *Tsunami two-year progress report*. Consulté le 20 juillet 2011. www.ifrc.org/Docs/Appeals/04/2804srilankapr.pdf.
- International Organization for Migration (IOM). 2010. Significant drop in numbers of internally displaced in camps in Haiti. Press briefing (10 December 2010). Accessed at: www.iom.int/jahia/Jahia/media/press-briefing-notes/pbnAM/cache/offonce?entryId=28848.
- International Rescue Committee. 2011. *The earthquake in Haiti: the IRC responds*. Disponible sur : www.rescue.org/sites/default/files/...file/IRC_Report_HaitiAnniversary.pdf.
- Ireland C. 2010. Medical workers gain momentum. *Harvard Gazette*, 19 janvier.
- Israel Government. 2010. *Triage in mass casualty events—taking stock of the Haitian experience*. Papier non publié, 17 pages.
- Ivers, L.C., K. Cullen. 2010. Coordinating and prioritizing aid in Haiti. *N Engl J Med* 362(7):e21.
- Jobe, K. 2011. Disaster relief in post-earthquake Haiti: unintended consequences of humanitarian volunteerism. *Travel Med Infect Dis* 9(1):1–5.

- Kaufmann, D., A. Kraay, M. Mastruzzi. 2010. *The worldwide governance indicators: methodology and analytical issues*. World Bank Policy Research Working Paper No. 5430. Disponible sur : <http://ssrn.com/abstract=1682130>.
- Keim, M.E., E. Noji. 2011. Emergent use of social media: a new age of opportunity for disaster resilience. *Am J Disaster Med* 6(1):47–54.
- Knowlton, L.M., J. E. Gosney Jr, S. Chackungal, et al. 2011. Report of the 2011 *Humanitarian Action Summit Surgical Working Group on Amputations Following Disasters or Conflict. Consensus Statements Regarding the Multidisciplinary Care of Limb Amputation Patients in Disasters or Humanitarian Emergencies* [à paraître].
- Koenig, S., L.C. Ivers, S. Pace, et al. 2010. Successes and challenges of HIV treatment programs in Haiti: aftermath of the earthquake. *HIV Ther* 4(2):145–60.
- Kolbe A.R., R.A.Hutson, H. Shannon, et al. 2010. Mortality, crime and access to basic needs before and after the Haiti earthquake: a random survey of Port-au-Prince households. *Journal of Medicine, Conflict and Survival* 26(4):281–97.
- Kolbe, A. 2009. *Household survey of insecurity in Port-au-Prince: preliminary findings. Small arms survey*. Ann Arbor: Université du Michigan.
- Kolbe, A., R. Muggah. 2010. *Assessing needs after the quake: preliminary findings from a randomized survey of Port-au-Prince residents*. Genève : PNUD et Ottawa : Development Research Centre.
- Kolbe, A. R., R.A. Hutson. 2006. Human rights abuse and other criminal violations in Port-au-Prince. *Lancet* 368(9538):864–73.
- Koontz, H. 2010. *Haiti quake risk may still be high*. United States Geological Survey Newsroom. Consulté le 12 septembre 2011. Disponible sur : www.usgs.gov/newsroom/article.asp?ID=2627.
- Kopp, J.B., L. K. Ball, A. Cohen, et al., 2007. Kidney patient care in disasters: lessons from the hurricanes and earthquake of 2005. *Clinical Journal Am Soc Nephrol* 2(4):814–24.
- Landry, M.D., C.S. Singh, L. Carnie. 2010a. Spinal cord injury rehabilitation in post-earthquake Haiti: the critical role for non-governmental organizations. [Editorial] *Physiotherapy* 96 (4):267–8.
- Landry, M.D., M. McGlynn, E. Ng, et al. 2010b. Humanitarian response following the earthquake in Haiti: reflections on unprecedented need for rehabilitation. *World Health Popul* 12(1):18–22.
- Lebel E., N. Blumberg, A. Gill, et al. 2011. External fixator frames as interim damage control for limb injuries: experience in the 2010 Haiti earthquake. *J Trauma*. 15 avril [Publication électronique avant impression].
- Lecomte Y. 2010. La santé mentale en Haïti : le nouvel Eldorado? *Revue haïtienne de santé mentale* Vol 2. pp 9–12.
- Macintyre, A. G., J. A. Barbera, B. P. Petinaux. 2011. Survival interval in earthquake entrapments: research findings reinforced during the 2010 Haiti earthquake response. *Disaster Med Public Health Prep* 5(1):13–22.
- MacLeod, L. 2010. *New media vital in breaking Haiti earthquake story*. BBC World Service. www.bbc.co.uk/worldservice/worldagenda/2010/01/100122_worldagenda_haiti_monitoring.shtml.

- Magloire, R., K. Mung, S. Harris, et al. 2010. Launching a national surveillance system after an earthquake—Haiti. *MMWR* 59:933–8.
- Mahoney J., V. Chandra, H. Gambheera, et al. 2006. Responding to the mental health and psychological support needs of the people of Sri Lanka in disasters. *Int Rev Psychiatry*. 18(6):593–7.
- Management Sciences for Health (MSH). 2010. Final report: *L'accès aux services de santé primaires dans 206 camps de déplacés de la zone métropolitaine de Port-au-Prince, Haïti*. Port-au-Prince.
- Médecins Sans Frontières (MSF). 2011. *Haiti one year after: a review of Médecins Sans Frontières' humanitarian aid operations*. www.msf.org.au/uploads/media/Medecins_Sans_Frontieres_Haiti-one-year-report.pdf.
- Merin O., N. Ash, G. Levy, et al. 2010. The Israeli field hospital in Haiti—ethical dilemmas in early disaster response. *N Engl J Med* 362(11):e38.
- Merlin. 2011. *Is Haiti's health system any better? A report calling for a more coordinated, collaborative approach to disaster response*. www.merlinusa.org/wp-content/uploads/2011/01/MerlinUSA_Is-Haiti-health-system-any-better1.pdf.
- Miskin I.N., R. Nir-Paz, C. Block, et al. 2010. Antimicrobial therapy for wound infections after catastrophic earthquakes. *N Engl J Med* 363(26):2571–3.
- Mompelat, J.M. 2010. *Mission d'expertise post-sismique du BRGM en Haïti. Bureau de Recherches Géologiques et Minières (BRGM)*. [rapport de mission en Haïti, 4 mars 2010]. (France) Disponible sur : www.planseisme.fr/IMG/pdf/haiti_brgm.pdf.
- Muggah, R. 2010. The effects of stabilisation on humanitarian action in Haiti. *Disasters* 34(S3):S444–63.
- National Human Rights Defense Network (RNDDH). 2010. *Second report on the overall situation in the country after the earthquake of January 12, 2010–March 2, 2010*. Port au Prince. Disponible sur : www.rnddh.org/IMG/pdf/RNDDH_Earthquake_January_12_2010.pdf.
- Nemeroff, C.B., P.J. Goldschmidt-Clermont. 2011. In the aftermath of tragedy: medical and psychiatric consequences. *Academic Psychiatry* 35(1):4–7.
- O'Connell. C. A. Shivji, T. Calvot. 2010. *Handicap International. Preliminary findings about persons with injuries*. Port-au-Prince, 15–26 janvier. <http://reliefweb.int/node/343807>.
- Organization of American States (OAS). Inter-American Commission on Human Rights. nd. *The right of women in Haiti to be free from violence and discrimination*. Disponible sur: www.cidh.org/countryrep/Haitimujer2009eng/HaitiWomen09.Intro.Chap.IandII.htm#II.
- Pan American Health Organization (OPS/OMS). 2003. *Guidelines for the use of foreign field hospitals in the aftermath of sudden-impact disasters*. Washington, D.C: OPS/OMS.
- . 2004. *Management of dead bodies in disaster situations*. (PAHO/WHO Disaster Manuals and Guidelines Series, No. 5). Disponible sur : www.paho.org/english/dd/ped/deadbodiesbook.pdf.
- . 2007. *Health in the Americas, 2007*. Vol. II. Washington, D.C.:PAHO/WHO.
- . 2009. *Health situation in the Americas, basic indicators, 2009*. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- . 2010a. Editorial: Field hospitals and medical teams in the aftermath of earthquakes. *Disasters: Pre-*

- paredness and Mitigation in the Americas* (No. 114). Consulté le 25 janvier 2010. http://new.paho.org/disasters/newsletter/index.php?option=com_content&view=article&id=429&Itemid=266&lang=en.
- . 2010b. Editorial: What can we really learn from the earthquake in Haiti? *Disasters: Preparedness and Mitigation in the Americas* (No. 113). Consulté le 25 décembre 2010. <http://new.paho.org/...e&id=99%3Awhat-can-we-really-learn-from-the-earthquake-in-haiti&catid=79%3Aissue113-may-2010-editorial&Itemid=123&lang=en>.
- . 2010c. *Haiti Health Cluster Bulletins*—Earthquake, janvier–mars 2010, Nos. 1–25. Disponible sur : http://new.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&task=view&id=1108&Itemid=1.
- . 2010d. *Special report: update on the health response to the earthquake in Haiti* (16 février 2010). Washington, D.C.: OPS/OMS.
- . 2011a. *Earthquake in Haiti—One Year Later: PAHO/WHO Report on the Health Situation*. Washington, D.C.: OPS/OMS. Disponible sur : http://new.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&task=view&id=1475&Itemid=1.
- . 2011b. *A Year of Health Challenges for Haiti*. Office of the Director. Newsletter janvier 2011. Disponible sur http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=4609&Itemid=1926&lang=en.
- Peranteau W.H., J.M. Havens, S. Harrington, et al. 2010. Re-establishing surgical care at Port-au-Prince General Hospital, Haiti. *J Am Coll Surg* 211(1):126–30.
- Perry, A. 2010. Silicon savanna: mobile phones transform Africa. *Time Magazine*, 30 juin 2011 www.time.com/time/magazine/article/0,9171,2080702,00.html#ixzz1XrbBPKuI.
- Ratha, Dilip. 2010. *Mobilizing the diaspora for reconstruction of Haiti via diaspora bonds*. World Bank Blog. Disponible sur : <http://blogs.worldbank.org/peoplemove/mobilizing-the-diaspora-for-reconstruction-of-haiti-via-diaspora-bonds>.
- Ravenscroft K. 2010. Images in psychiatry: Haiti earthquake psychiatric relief. *Am J Psychiatry* 167(9):1038.
- Ray, J. M., R.W. Lindsay, A.R. Kumar. 2010. Treatment of earthquake-related craniofacial injuries aboard the USNS Comfort during Operation Unified Response. *Plast Reconstr Surg* 126(6): 2102–8.
- Revista Española de Defensa. 2010. *Misión en Haití*. (février) 23(26).
- Rice M.J., A. Gwertzman, T. Finley, T.E. Morey. 2010. Anesthetic practice in Haiti after the 2010 earthquake. *Anesthesia and Analgesia* 111(6):1445–9.
- Robertson-Steel, I. 2006. Evolution of triage systems. *Emergency Medicine Journal* 23(2): 154–5.
- Rooney A.L., P. R. van Ostenberg. 1999. *Licensure, accreditation, and certification: approaches to health services quality*. Bethesda, MD:USAID Quality Assurance Project.
- Schuftan C., A. Hoogendoorn, P. Capdegelle. 2007. *Analyse de la situation humanitaire: évaluation ex-ante Haïti: Rapport final d'évaluation*. [Report prepared for DG ECHO by Particip GmbH; Channel Research, juin 2007].
- Schwartz, T.T., Y-F. Pierre, E. Calpas. 2011. *Building assessments and rubble removal in quake-affected neighborhoods in Haiti: BARR Survey Final Report*. Washington, D.C.: LTL Strategies and USAID.

- Sever, M. S., J. Kellum, E. Hoste, R. Vanholder. 2011. Application of the RIFLE criteria in patients with crush-related acute kidney injury after mass disasters. *Nephrol Dial Transplant* 26(2):515–24.
- Sever, M. S., N. Lameire, R. Vanholder. 2009. Renal disaster relief: from theory to practice. *Nephrol Dial Transplant* 24(6):1730–5.
- Sever, M.S., R. Vanholder, N. Lameire. 2006. Management of crush-related injuries after disasters. *N Engl J Med* 354(10):1052–63.
- Sheng, Z.Y. 1987. Medical support in the Tangshan earthquake: a review of the management of mass casualties and certain major injuries. *J Trauma* 27(10):1130–5.
- Siroco. Site Internet. Consulté le 10 septembre 2011. <http://tcd.siroco.free.fr/actualites2010haiti.htm>.
- Sphere Project. 2011. *Humanitarian Charter and minimum standards in humanitarian response*. Disponible sur : www.sphereproject.org/content/view/40/84/lang,English.
- Sribanditmongkol, P., P. Pongpanitanont, N. Porntrakulserree, et al. 2005. *Forensic aspect of disaster casualty management: tsunami victim identification in Thailand*. Presentation at WHO conference. Available at: www.who.int/hac/events/tsunamiconf/presentations/2i6_forensic_pongruk_doc.pdf.
- Stephenson, F. 2011. Simple wound care facilitates full healing in post-earthquake Haiti. *Journal of Wound Care* 20(1): 5–6.
- Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC). 2011. *Evaluation 2011/1: SDC humanitarian aid: emergency relief*. Disponible sur : www.deza.admin.ch/ressources/resource_en_202917.pdf.
- Telford, J., J. Cosgrave, R. Houghton. 2006. *Joint evaluation of the international response to the Indian Ocean Tsunami*. Synthesis report. London: Tsunami Evaluation Coalition.
- “Timeline of relief efforts after the 2010 Haiti earthquake.” Consulté le 20 mai 2011. <http://cheapnewyorkho.tels.tv/timeline-of-relief-efforts-after-the-2010-haiti-earthquake-sodium-tripolyphosphate-food-grade>.
- Transparency International. 2011. *Corruption Perceptions Index 2010*. Table 1. Consulté le 1er août 2011. www.transparency.org/policy_research/surveys_indices/cpi/2010/results.
- Tulane University, University of Haiti. 2011. *Haiti humanitarian aid evaluation: structured analysis summary report*. Tulane University, Disaster Resilience Leadership Academy.
- United Nations. 2005. Rapport et résumé des principales conclusions de l’atelier régional des Nations Unies sur les leçons apprises et les meilleures pratiques dans la réponse au tsunami de l’océan Indien, qui s’est tenu à Medan, Indonésie les 13 et 14 juin 2005.
- United Nations. 2011. *Stabilization Mission in Haiti*. Consulté le 1er août 2011. www.un.org/en/peacekeeping/missions/minustah/background.shtml.
- United Nations Children’s Fund (UNICEF), World Health Organization, Pan American Health Organization. 2010. Haiti earthquake: Technical Note on HIV and infant feeding. Consulté le 20 juillet 2011. Disponible sur www.who.int/hac/crises/hti/haiti_tecnical_note_hiv_infantfeeding.pdf.
- United Nations Development Programme. 2010. *Human Development Report 2010. The real wealth of nations: pathways to human development*. New York: UNDP.

- United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (UN/OCHA), Disaster Assessment and Coordination (UNDAC). 2010. *INSARAG Haiti earthquake response – an after-action review of response*. Genève : Nations Unies.
- United Nations Population Fund (UNFPA). 2010. Midwifery and nursing schools destroyed by Haiti earthquake (22 janvier 2010). Disponible sur : www.unfpa.org/public/news/pid/4756.
- United States Institute for Peace. 2010. Haiti: a republic of NGO's? Peace Brief 23. Disponible sur : www.usip.org/files/resources/PB%2023%20Haiti%20a%20Republic%20of%20NGOs.pdf.
- United States. Census Bureau. 2010. Population Survey of the U.S. Disponible sur : www.census.gov/cps.
- United States. Department of Health and Human Services (HHS). 2010a. *National disaster medical system helping U.S. hospitals treat survivors of earthquake in Haiti*. Accessed 24 January 2010. www.hhs.gov/haiti/ndms_ushospitals.html.
- . 2010b. Public health response situation update summary, 19 février 2010. Consulté le 10 septembre 2011. www.phe.gov/emergency/news/sitreps/Pages/haitiearthquake.aspx.
- . Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2010a. *CDC summary of initial rapid assessment (IRA) conducted by UN OCHA in Haiti* (19 February 2010). Atlanta: CDC. Disponible sur : http://onerresponse.info/Disasters/Haiti/Coordination/publicdocuments/Summary_Report_v_3_5_19_Feb_2010.pdf.
- . Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2010b. *Dengue fever/dengue haemorrhagic fever: Haiti pre-decision brief for public health action*. (actualisé en mars 2010). Disponible sur : www.bt.cdc.gov/disasters/earthquakes/haiti/dengue_pre-decision_brief.asp.
- . Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2011a. After-action report on the response to the 2010 Haiti earthquake; février (31 pages). Atlanta: CDC.
- . Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2011b. Post-earthquake injuries treated at a field hospital—Haiti, 2010. *MMWR* 59(51);1673–7.
- United States. Department of State. 2011a. *Fast facts on U.S. Government's work in Haiti: funding*. [Fact Sheet; Office of the Haiti Special Coordinator, 8 January 2011]. Consulté le 18 février 2011. www.state.gov/p/wha/rls/fs/2011/154143.htm.
- . 2011b. *Haiti: one year later*. Consulté le 18 mars 2011. www.state.gov/s/hsc/rls/154255.htm.
- . 2011c. *Post-earthquake USG Haiti strategy: toward renewal and economic opportunity; Report, January 3, 2011*. Disponible sur : www.state.gov/documents/organization/156448.pdf.
- United States. Department of the Navy. Website. Mexican ship captains visit Gunston Hall during Haiti mission. Consulté le 20 juillet 2011. www.navy.mil/search/display.asp?story_id=50975.
- United States. The White House, Office of the Press Secretary. 2010. U.S. response to Haiti earthquake disaster; United States outlines relief, rescue and reconstruction efforts in Haiti [Communiqué de presse du 10 mars 2010]. Disponible sur : www.america.gov/st/texttrans-english/2010/March/20100311094127xjsnomm is0.607246.html.
- United States Geologic Survey. 2011. *Haiti dominates earthquake fatalities in 2010*. Communiqué de presse; 11 janvier 2011. Disponible sur : www.usgs.gov/newsroom/article.asp?ID=2679.

- Van Alphen D. 2010. *Summary of the Health Cluster: Current state and set-up at one month of operations*. Rapport à l'OPS/OMS (février 2010). Non publié.
- Vanholder R., A. van der Tol, M. De Smet, et al. 2007. Earthquakes and crush syndrome casualties: lessons learned from the Kashmir disaster. *Kidney Int* 71(1):17–23.
- Vanholder, R., N. Gibney, V.A. Luyckx, M.S. Sever. 2010. Renal Disaster Relief Task Force in Haiti earthquake. *Lancet* 375(9721):1162–3.
- Vanholder R., D. Borniche, S. Claus, et al. 2011. When the earth trembles in the Americas: the experience of Haiti and Chile. *Nephron Clin Pract* 117(3):184–97.
- Vaughan, K.D. 2010. Editorial. *West Indian Med J* 59(2):119–21.
- Wang, M.Y. 2010. Devastation after the Haiti earthquake: a neurosurgeon's journal. *World Neurosurg* 73(5):438–41.
- Watson J.T., M. Gayer, M. A. Connolly. 2007. Epidemics after natural disasters. *Emerg Infect Dis*. 13(1):1–5.
- Weill Cornell Medical College. 2010. *GHESKIO: six months later*. Consulté le 11 mars 2011. http://weill.cornell.edu/globalhealth/featured/gheskio_six_months_later.
- Weill Cornell Medical College. 2011. *GHESKIO: one year later*. Consulté le 12 mars 2011. http://weill.cornell.edu/globalhealth/online-global-health-journal/global_health_news/update_from_gheskio_one_year_later.
- Wickrama K. A. 2008. Family context of mental health risk in tsunami affected mothers: findings from a pilot study in Sri Lanka. *Soc Sci Med* 66(4):994–1007.
- Winter, M., I. Osmers, S. Krieger. 2011. Unfallchirurgische Katastrophenhilfe nach dem Erdbeben in Haiti 2010—Ein Erfahrungsbericht. [Assistance en chirurgie traumatique d'urgence à la suite du tremblement de terre en Haïti de 2010 – un rapport sur expérience] *Der Unfallchirurg* 114(1):79–84.
- World Bank. Hazard Management Unit. 2005. *Natural disaster hotspots: a global risk analysis*. Washington, D.C.: Banque mondiale. Disponible sur : www.proventionconsortium.org/themes/default/pdfs/Hotspots.pdf.
- World Bank. Databank Website. <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD/countries>.
- World Bank. 2008. *Data against natural disasters*. [Ch 2. Information gaps in relief, recovery and reconstruction in the aftermath of natural disasters.] Washington, D.C.: Banque mondiale.
- World Bank. *The Worldwide Governance Indicators (WGI) project*. <http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.asp>.
- World Food Programme. 2010. *Haïti Nutrition et VIH/SIDA EMOP*. [Activité actualisée, 29 avril 2010].
- World Food Programme. 2011. *Lessons from WFP personnel responding to the 2010 Haiti earthquake emergency*. Geneva:WFP.
- World Health Organization and Inter-Agency Standing Committee (WHO/ IASC). 2007. *Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. Available at: www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_april_2008.pdf.

- World Health Organization (WHO). 1999. *Inter Agency Guidelines on Drug Donations* [A actualiser en 2010]. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_EDM_PAR_99.4.pdf.
- . 2010a. *Culture and mental health in Haiti: a literature review* (Publication No. WHO/ MSD/ MER/10. 2010). Geneva: WHO. www.who.int/mental_health/emergencies/culture_mental_health_haiti_eng.pdf.
- . 2010b. *Evaluation des risques pour la santé publique et interventions. Séisme: Haiti*. (WHO/HSE/ GAR/DCE/2010.1). Genève : OMS.
- . 2010c. *Guidance for health sector assessment to support the post-disaster recovery process*. Version 2.2 (17 December 2010). Disponible sur : www.who.int/hac/techguidance/tools/manuals/pdna_health_sector_17dec10.pdf.
- . 2010d. *Public health risk assessment and interventions: earthquake, Haiti*. Port-au-Prince : Bureau de l'OMS.
- . 2010e. *Soins Obstétricaux Gratuits—Pour une grossesse à moindre risque chez les femmes et les nourrissons*. WHO/MPS/10.07. Genève : OMS.
- . 2010f. Water and sanitation in health emergencies: the role of WHO in the response to the earthquake in Haiti, 12 janvier 2010. *Wkly Epidemiol Rec*. 85(36):349–54. Disponible sur www.who.int/wer/2010/wer8536.pdf.
- Yeskey, K. 2010. The Key Role of NDMS in Disaster Response. Testimony before the Committee on Homeland Security and Governmental Affairs, U.S. Department of Health and Human Services, 2010. Consulté le 5 mars 2011. www.hhs.gov/asl/testify/2010/07/t20100722a.html.
- Zanotti L. 2010. Cacophonies of aid, failed state building and NGOs in Haiti: setting the stage for disaster, envisioning the future. *Third World Q* 31(5):755–71.

Liste de sigles

| | |
|------------|--|
| AECID | Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (Agence espagnole de coopération internationale pour le développement) |
| BCAH | Bureau des Nations Unies pour la Coordination des Affaires Humanitaires |
| BM | Banque mondiale |
| CARICOM | Communauté des Caraïbes |
| CCCM | Coordination et gestion des camps |
| CDC | Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (États-Unis) |
| CDEMA | Organe régional d'intervention en cas de catastrophe pour les Caraïbes |
| CERF | Fonds Central d'intervention pour les urgences humanitaires des Nations Unies |
| CICR | Comité international de la Croix-Rouge |
| CIRH | Commission intérimaire pour la reconstruction d'Haïti |
| DANA | Évaluation des dommages et analyse des besoins |
| ERC | Coordinateur des secours d'urgence (Nations Unies) |
| FAO | Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture |
| FFH | Hôpitaux de campagne étrangers |
| FICR | Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge |
| FMT | Équipes médicales étrangères |
| Groupe URD | Groupe Urgence-Réhabilitation-Développement |
| HHS | Santé et des services sociaux (États-Unis, Ministère de la) |
| HQ | Siège |
| IASC | Comité permanent interagences |
| IEC | Classification externe de l'INSARAG |
| IHR | Règlement international de la santé |
| INSARAG | Groupe consultatif international de recherche et sauvetage |

| | |
|----------|--|
| IRA | Évaluation rapide initiale |
| LRRD | Lien entre aide d'urgence, réhabilitation et développement |
| LSS | Systèmes de soutien logistique |
| MINUSTAH | Mission des Nations Unies pour la stabilisation en Haïti |
| MOH | Ministère de la santé (également MoH) |
| MSF | Médecins Sans Frontières |
| MSP | Ministère de la Santé Publique et de la Population |
| OEA | Organisation des États Américains |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation non gouvernementale |
| ONU | Nations Unies |
| ONUSIDA | Programme des Nations Unies sur le VIH/sida |
| OPS | Organisation panaméricaine de la Santé |
| PAM | Programme alimentaire mondial (ONU) |
| PDI | Personne déplacée en interne |
| PDNA | Évaluation des besoins après la catastrophe |
| PROMESS | Programme de Médicaments Essentiels |
| RINAH | Évaluation initiale rapide des besoins pour Haïti |
| SOP | Procédures normalisées d'exploitation |
| SUMA | Système de gestion de l'approvisionnement |
| UE | Union européenne |
| UNDAC | Équipe des Nations Unies chargée de l'évaluation et de la coordination |
| UNDSS | Département de la sûreté et de la sécurité des Nations Unies |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'enfance |
| USAID | Agence américaine pour le développement international |
| USGS | United States Geological Survey |
| WASH | Eau, assainissement et hygiène |

Avant le séisme, près des deux-tiers des Haïtiens vivaient de l'agriculture, essentiellement de petites exploitations d'agriculture vivrière, ce qui les a rendu plus vulnérables aux dégâts occasionnés par des catastrophes naturelles fréquentes, qui ont été exacerbées par la déforestation à grande échelle dans le pays.



Haïti avant le séisme

La République d'Haïti occupe le tiers ouest de l'île d'Hispaniola, qu'elle partage avec la République dominicaine. Le pays est divisé en 10 départements et compte une population estimée à 10 millions d'habitants.

Près de la moitié de la population d'Haïti (47 %) vit dans les zones urbaines, la plus grande étant la zone métropolitaine de Port-au-Prince (dont la population est estimée à 2,3 millions d'habitants). La zone métropolitaine s'est considérablement agrandie en termes de population, mais pas vraiment en superficie au cours des 20 dernières années, ce qui a entraîné des constructions surpeuplées et improvisées sur les collines escarpées qui entourent la vieille ville.

En termes de densité démographique, Haïti se classe au deuxième rang après la Barbade (et quelques territoires insulaires des Caraïbes) dans la région des Amériques. La densité est particulièrement élevée à Port-au-Prince.

Déterminants sociaux, politiques et économiques¹⁴⁶

Haïti a été le premier pays à obtenir sa souveraineté en Amérique latine et dans les Caraïbes et, en 2004, il a célébré 200 ans d'indépendance. Avec près de deux siècles de dictature et de tentatives démocratiques intermittentes à partir de la fin des années 80, le pays a souffert de périodes d'instabilité politique récurrentes. Après le coup d'état militaire de 1991, l'embargo de l'OEA/ONU est entré en vigueur en 1993. Le Président Aristide évincé est rentré au pays en 1994. L'une des premières décisions de ce nouveau gouvernement a été de démanteler l'armée, les forces de police devenaient ainsi la seule institution de la sécurité nationale.

Suite à une crise politique, en mars 2004, un nouveau gouvernement de transition a été mis en place avec le soutien de la Mission de stabilisation des Nations Unies (MINUSTAH), ouvrant la voie à des élections présidentielles et parlementaires en février 2006. Des élections présidentielles devaient avoir lieu en 2010 et le pays entrait en période électorale à la fin de 2009. Le gouvernement était en position de faiblesse au moment du tremblement de terre en janvier 2010.¹⁴⁷

La grande majorité des Haïtiens continue de vivre dans des conditions précaires, dans la pauvreté et la marginalisation. Cette pauvreté touche surtout les femmes chefs de famille, car elles sont souvent les principaux soutiens du foyer.

Le *Rapport sur le développement humain* du PNUD publié en 2010 (avec les données de 2007), illustre la situation présismique en Haïti :

- Le pays est au 145^e rang sur 169 pays pour l'indice de développement humain. Cet indice s'est amélioré légèrement depuis 2005, mais reste le plus faible parmi les pays des Caraïbes et d'Amérique centrale ;
- En Amérique latine et dans les Caraïbes la pauvreté pluridimensionnelle touche de 2 % de la population (en Uruguay) à 57 % (en Haïti) ;¹⁴⁸
- Parmi les quelques pays qui obtiennent de très mauvais résultats tant sur le plan de l'égalité des sexes et que du développement humain on trouve la République centrafricaine, Haïti et le Mozambique.

La répartition des revenus est inéquitable : 4 % de la population dispose de 66 % de la richesse de la nation, tandis que 10 % des habitants n'ont pratiquement rien. Les investissements commerciaux étrangers sont minimes et l'emploi dans le secteur manufacturier ou dans les services est pratiquement inexistant pour la majorité de la population. Les importations (y compris les denrées alimentaires et le combustible) dépassent les exportations d'un facteur de quatre.

Des pratiques agricoles déficientes sur des terrains escarpés ont accéléré l'érosion des sols, étant donné que les eaux de ruissellement des pluies tropicales entraînent des terres arables vers la mer, obstruant plus encore les systèmes urbains de drainage déjà

146 Compilé à partir de diverses sources, y compris : Institut haïtien de Statistique et Informatique (IHSI 2010) ; la Banque mondiale, *Haiti at a glance* (2006) ; l'OPS/OMS, *La santé dans les Amériques* (2007) ; l'OMS, *profil de santé d'Haïti* (2010) ; les Nations Unies, *World population prospects: the 2008 revision* (2009).

147 Des élections présidentielles ont finalement eu lieu à la fin de 2010, mais les résultats ont été contestés au niveau international. Un deuxième tour des élections a eu lieu en 2011.

148 L'Indice multidimensionnel de la pauvreté (MPI) du PNUD complète les mesures de la pauvreté en reflétant les privations auxquelles une personne pauvre est confrontée pour ce qui a trait à la fois à l'éducation, la santé et le niveau de vie. Il évalue la pauvreté au niveau individuel, les personnes pauvres étant celles qui subissent des privations dans des domaines multiples et l'étendue de leur pauvreté est mesurée par la gamme de leurs privations.

encombrés par d'énormes quantités de débris urbains. La déforestation lourde est perceptible depuis l'espace, délimitant presque la frontière entre Haïti et la République dominicaine. La gestion de l'assainissement est inefficace ou inexistante, et les excréments et les déchets des ménages polluent donc fortement les eaux de surface.

Environ 25 % à 50 % du revenu national provient d'envois de fonds d'un million environ d'Haïtiens qui vivent et travaillent à l'étranger, principalement aux États-Unis, au Canada et en France. Selon l'enquête démographique de 2010 des États-Unis, en 2009 près du tiers des immigrants haïtiens aux États-Unis appartenaient à des ménages qui gagnaient plus de 60 000 USD. À titre de comparaison, moins de 15 % des immigrants du Mexique, de République dominicaine et du Salvador aux États-Unis faisaient partie de ménages ayant ce niveau de revenu. Un quart des immigrants haïtiens, en particulier les femmes, travaillent dans les secteurs des soins de santé et de l'éducation qui payent relativement mieux ; seul un petit nombre d'entre eux travaillent dans le secteur de la construction (Ratha 2010). L'émigration du personnel de santé hautement qualifié est un problème grave.

Les salaires des fonctionnaires en Haïti, y compris des professionnels de la santé, demeurent impayés pendant des mois. Cela laisse aux professionnels peu d'options : le cumul d'emplois ou faire payer leurs services pour gagner leur vie.

La gouvernance, ou plutôt l'absence de gouvernance, est souvent citée comme l'une des plus graves lacunes en Haïti. En 2008, « l'indice de perception de la corruption » de Transparency International a classé Haïti au 177^e rang sur 180 pays (les cinq derniers étaient l'Afghanistan, Haïti, l'Iraq, le Myanmar et la Somalie). En 2010, ce score (sur une échelle de 10) s'est amélioré passant de 1,1-1,7 (2008) à 2,2, faisant passer le classement d'Haïti au 146^e rang sur 178e.

Il est indéniable que la mauvaise gouvernance nationale est un obstacle majeur en Haïti, mais la communauté internationale devrait assumer sa part de responsabilité du fait qu'elle court-circuite le gouvernement — l'affaiblissant ainsi — pour la plupart des décisions et des projets. Un « chèque en blanc » international (financièrement et politiquement) au nom d'ONG qui souvent ont leur propre programme et leurs propres lacunes légitime une culture d'absence de responsabilisation dans le secteur de la fonction publique (Zanotti 2010). Des fonctionnaires qui ne sont pas véritablement consultés et n'ont aucun pouvoir sur les ressources affectées aux agences de mise en œuvre étrangères (ONG) ne peuvent pas se sentir responsables.

On estime qu'entre 3 000 et 10 000 ONG opèrent en Haïti, soit l'une des densités les plus hautes d'ONG par habitant au monde. Selon l'Institut Américain pour la Paix (2010), l'USAID a budgétisé quelque 300 millions de dollars pour Haïti lors de l'exercice 2007-2008, dont la totalité a été mise en œuvre par les ONG. Ces projets ont souvent plus d'argent que l'ensemble du ministère haïtien de la planification. C'est pour cette raison qu'Haïti a été appelée « la République des ONG ».

Situation sanitaire¹⁴⁹

Le tableau A.1 présente un résumé comparatif des indicateurs choisis pour Haïti, la République dominicaine et l'ensemble de la région d'Amérique latine et des Caraïbes (à l'exclusion de l'Amérique du Nord).

Tableau A.1 Indicateurs choisis pour Haïti, la République dominicaine, et la région d'Amérique latine et des Caraïbes

| Indicateurs choisis | Haïti | République dominicaine | Amérique Latine & Caraïbes |
|--|-------|------------------------|----------------------------|
| Densité de population/km ² | 367 | 211 | Estimation 29 |
| Population urbaine (% projeté pour 2010) | 48,2 | 69,7 | 78,8 |
| Espérance de vie (années) | 61,5 | 72,7 | 73,5 |
| Mortalité des moins de 5 ans/1 000 hab. (2007) | 76 | 24 | 38 |
| Sous-déclaration de mortalité (% , 2003-2005) | 94,7 | 47 | 16,1 |
| Paludisme API /1 000 hab. (2008) | 9,8 | 3,3 | 11,1 |
| Lits d'hôpital /10 000 (2005-2008) | 13 | 10 | 18 |
| Rougeole/ROR (% de couverture, 2008) | 58 | 95 | 94 |

Sources: OMS, World Health Statistics, 2009 www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Table6.pdf; Banque mondiale, Haiti at a glance; Dominican Republic at a glance.

Les indicateurs de santé de base sont, en effet, alarmants. Les taux de mortalité sont de loin les plus élevés de la région des Amériques, avec un taux brut de mortalité de 12 morts pour 1 000 habitants ; un taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 76 morts pour 1 000 naissances vivantes ; un taux de mortalité infantile de 57 morts pour 1 000 naissances vivantes — c'est-à-dire qu'un enfant sur 12 meurt avant son premier anniversaire ; et un taux de mortalité maternelle de 670 morts pour 100 000 naissances vivantes.¹⁵⁰ L'espérance de vie à la naissance, estimée à 61,5 ans (59,7 pour les hommes et 63,2 ans pour les femmes) est la plus basse dans les Amériques. Le taux de naissances reste élevé, 25 pour 1 000 dans les zones urbaines et 30 pour 1 000 dans les zones rurales ; le nombre moyen d'enfants par femme est de 3 dans les zones urbaines et de 4 dans les régions rurales.

Les données quantifiées sur les **maladies transmissibles** sont limitées en temps normal. Les données désagrégées sur la morbidité ou la mortalité par cause, sexe ou âge ne sont pas disponibles pour l'essentiel, sauf pour le paludisme, qui a une incidence parasitaire annuelle (API), trois fois supérieure à celle de la République dominicaine.

¹⁴⁹ Les sources pour cette section comprennent: OPS/OMS, Santé dans les Amériques 2007 (sur www.paho.org/HIA/homeing.html); OPS/OMS, Indicateurs de base 2009; et matrice analytique PDNA pour Haïti, juin 2010.

¹⁵⁰ Les statistiques de mortalité en temps normal sont très incomplètes : la sous-déclaration est estimée à 94,7 %. Des certificats de décès ne sont remplis que pour 1 décès sur 20 (5 % de couverture), et pourtant 1 certificat de décès sur 3 répertorie une cause de décès mal définie.

Les maladies diarrhéiques aiguës ont une forte prévalence : 2 enfants sur 5 âgés de 6 à 11 ans (40 %) et 1 enfant sur 4 âgé de moins de 5 ans (25 %) ont connu un ou plusieurs épisodes de diarrhée au cours d'une période donnée de deux semaines. Tous les autres groupes d'âge sont également touchés de façon disproportionnée. Cependant, la dernière épidémie de choléra a été signalée en Haïti plus de 100 ans avant le tremblement de terre et la maladie était totalement absente jusqu'à l'épidémie à la fin de 2010.¹⁵¹ En dépit de l'assainissement médiocre et du manque d'accès à l'eau potable, Haïti a été épargné lors de l'épidémie de choléra de 1991 à 1993 qui a démarré au Pérou et a tué plus de 4 000 personnes dans l'hémisphère occidental.

Haïti a la plus forte incidence de tuberculose dans les Amériques (environ 30 000 nouveaux cas par an) ; il s'agit de la septième principale cause de décès rapportée dans le pays. Le taux de co-infection TB/VIH est proche de 30 %.

Le VIH/Sida et les infections sexuellement transmissibles (IST) sont communes en Haïti. Selon l'enquête de 2005-2006 sur la mortalité, la morbidité et l'utilisation des services pour Haïti (EMMUSIV), les estimations placent la prévalence du VIH à 2,2 % (2,3 % chez les femmes âgées de 15 à 49 ans et 2 % chez les hommes âgés de 15 à 59 ans). Le programme VIH/Sida d'Haïti est cité comme l'un des plus réussis au monde, sur la façon de fournir un traitement universel pour le VIH/Sida au niveau national (Koenig et al., 2010).¹⁵²

Les maladies évitables par la vaccination telles que la diphtérie et le tétanos néonatal sont beaucoup trop communes. Les taux de couverture vaccinale extrêmement faibles contre la rougeole (54 %) ; la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (68 %) ; et la polio (66 %) chez les enfants de moins d'1 an constituent une grave préoccupation. En 2009, une épidémie de diphtérie avec 29 cas confirmés a frappé Port-au-Prince et des départements ruraux. À la fin de l'année, les épidémiologistes de l'OMS craignaient une explosion de l'épidémie dans les bidonvilles de la région métropolitaine de Port-au-Prince (y compris à Carrefour). Dans le passé, Haïti a conduit plusieurs campagnes de vaccination contre la rougeole, dont la dernière en 2007 contre la rougeole et la rubéole pour les enfants et les adolescents de 1 à 19 ans. Le dernier cas de rougeole autochtone signalé en Haïti remonte à 2001.

Les maladies tropicales telles que la lèpre et la filariose lymphatique demeuraient prévalentes en dépit des progrès accomplis pour leur contrôle.

La dengue a d'abord été confirmée en Haïti en 1964, mais la surveillance nationale de la dengue n'a pas eu lieu. D'après les CDC, une étude sur 215 enfants de Port-au-Prince de 1996 a montré que 85 % d'entre eux avaient été précédemment infectés par un ou deux sérotypes du virus de la dengue. Des études réalisées avant des opérations militaires étrangères ont fait apparaître « un nombre minime de cas symptomatiques dans la communauté ou d'hospitalisations, tandis qu'un taux d'attaque élevé et des cas graves ont été signalés parmi le personnel militaire étranger et le personnel civil en Haïti » (CDC 2010b).

151 Une épidémie de choléra nationale a commencé en octobre 2010, dans le département de l'Artibonite, une zone qui n'a pas été touchée par le tremblement de terre.

152 Ce succès est lié à une base solide pour les soins pour le VIH qui était en place avant que des financements externes ne deviennent disponibles. Cela comprend des lignes directrices nationales, préparées par le Ministère de la Santé ; un engagement politique au plus haut niveau du gouvernement ; des ONG qui fournissaient des soins de haute qualité en Haïti depuis des décennies ; et l'assistance du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour lutter contre le SIDA (PEPFAR) et d'autres donateurs privés (Koenig et al., 2010).

La prestation de services de santé

La prestation de services de santé est essentiellement privée avec une petite composante publique. D'après les estimations, 75 % des soins de santé sont fournis par des ONG, des groupes confessionnels et d'autres prestataires médicaux étrangers.

Le réseau de services de santé publique en Haïti est structuré en trois niveaux :

1. Le niveau primaire comprend ± 600 cliniques avec et sans lits et 45 hôpitaux communautaires ;
2. Le niveau secondaire comprend neuf hôpitaux de département ;¹⁵³
3. Le niveau tertiaire représente les six hôpitaux universitaires (dont cinq à Port-au-Prince, le principal étant l'hôpital universitaire — HUEH).

Depuis 2009, cinq centres de diagnostic intégrés ont été créés pour servir de passerelle entre les premier et deuxième niveaux de soins, mais ils n'ont pas encore été intégrés au reste du système. Une organisation décentralisée a été également élaborée par le biais des unités de santé communales (un CHU pour 80 000–140 000 personnes), mais cela n'avait pas été mis en place efficacement au moment du séisme. La décentralisation en est encore à ses balbutiements et est mise en œuvre très lentement. En conséquence, la plupart des fonctions sont encore très centralisées avec des rôles et des responsabilités entre les niveaux mal définis. Il n'existe aucun cadre pour la participation des communautés dans la gestion du CHU. On constate également une confusion très forte sur les rôles et les responsabilités entre les niveaux de soins (les CHU fournissent des soins de niveau primaire et servent aussi d'hôpitaux départementaux).

Selon les rapports de 2007, près de la moitié de la population n'avait pas accès aux soins de santé de base. Les obstacles financiers étaient considérés comme le principal problème. Les services étaient payants et les établissements de santé locaux dépendaient fortement de ce revenu pour payer une partie de leur personnel et de leurs services. Lorsque les services étaient accessibles, ils étaient de qualité médiocre en raison de l'absence de contrôle de la qualité, de lacunes en matière d'infrastructure, d'équipements de communication de mauvaise qualité, de pannes d'électricité, de problèmes d'eau, et d'une détérioration générale des installations.

Une initiative conjointe du Ministère de la Santé, de l'OPS/OMS et de l'ACDI a été lancée en 2007 pour fournir un accès gratuit aux soins obstétricaux (Soins Obstétricaux Gratuits ou SOG). Après le séisme, un programme gratuit similaire a été mis en place pour les enfants de moins de 5 ans (*Soins Infantiles Gratuits* ou SIG).

Des services spécialisés tels que la réadaptation des personnes handicapées ou des soins de santé mentale sont loin d'avoir le niveau et la qualité de ceux des pays voisins.

Le Programme national de sécurité sanguine (PNSSG) a été créé par le Ministère de la Santé afin de définir des normes de sécurité des transfusions sanguines, d'accroître les dons de sang volontaires et de faciliter l'accès à du sang sûr pour les patients. De 2004 à 2009, les collectes de sang ont augmenté de 250 %, le nombre d'unités de sang est

¹⁵³ Il existe 10 départements en Haïti, mais le département de l'Ouest, où se trouve la capitale, ne compte que des hôpitaux universitaires.

passé de 9 000 à 22 000 et les dons de sang volontaires ont augmenté de 47 % à 70 %. Le PNSG espérait atteindre le but de 100 % de dons volontaires d'ici à 2010.

Les **inégalités** sont très répandues dans la prestation de services de santé : 68 % des femmes dans le quintile le plus riche accouchent dans un établissement de santé, tandis que ce n'est le cas que de 6 % du quintile le plus pauvre. Une forte majorité (90 %) de la population urbaine se trouve à moins de 30 minutes d'un établissement de santé, mais ce n'est le cas que pour 50 % environ de la population des zones rurales.

Dans le cadre d'une étude menée en 2007 sur la **gouvernance** du secteur de la santé, le leadership et les fonctions de réglementation ont été considérées comme « faibles ou très faibles » au niveau central, départemental et périphérique. La plupart des services sont gérés ou fournis par une combinaison d'entités publiques et privées à but non lucratif sans qu'un dialogue efficace sur les politiques/mécanisme de coordination avec les partenaires du développement pertinents soit en place au préalable.

L'aspect positif, c'est que de nombreuses ONG de la santé et des organisations professionnelles qui ont joué un rôle majeur dans la réponse humanitaire dans d'autres grandes catastrophes étaient déjà présentes, avec des programmes en cours en Haïti, au moment du séisme. Leur connaissance de la situation et l'existence d'un mécanisme de soutien et de logistique seront essentielles à mesure qu'Haïti se reconstruira après l'impact.

Le secteur privé à but lucratif est limité (< 5 % des services), n'est pas réglementé et fournit des services aux patients aux revenus plus élevés souvent en attendant qu'ils soient référés vers des établissements étrangers.

Outre une industrie pharmaceutique privée florissante, PROMESS (Programme de Médicaments Essentiels) est l'institution centrale d'approvisionnement et l'entrepôt de médicaments essentiels pour le Ministère de la Santé et la plupart de ses partenaires à but non lucratif. Créé en 1992 au cours de l'embargo qui a suivi le coup d'état, ce programme, géré par l'Organisation panaméricaine de la Santé, fait office de pharmacie nationale, fournissant du matériel et des médicaments essentiels à prix coûtant ou moins, grâce à l'appui d'organismes donateurs. Un entrepôt central ayant un stock important et bien géré s'est avéré être un atout précieux lors des catastrophes qui ont frappé Haïti par le passé. Cependant, du fait que PROMESS est tributaire de financements extérieurs et de la conclusion d'accords entre le Ministère de la Santé et tous ses partenaires, il n'est pas devenu un système national fournissant toute la gamme des produits requis pour les soins de santé.

Les problèmes de gouvernance en Haïti sont bien connus, mais ils ne peuvent pas être attribués uniquement aux insuffisances du gouvernement : comme indiqué au niveau multisectoriel, la fragmentation des services est également due aux politiques des donateurs qui se sont traduites par plusieurs programmes verticaux bien financés tandis que les autres sont peu soutenus voire pas du tout. Les ONG de la santé auto-financées sont réticentes à respecter les procédures et les normes du ministère car elles poursuivent leurs propres objectifs conformes à leurs propres politiques, normes et protocoles. « Diriger » un tel secteur dans ces conditions est, en fait, une tâche presque impossible.

En termes de **gestion de l'information**, les informations à l'appui de la prise de décisions au niveau stratégique et opérationnel sont inadéquates. L'existence de nombreux systèmes d'information sanitaires parallèles ou verticaux basés sur des projets financés par des donateurs spécifiques n'a pas contribué à la rationalisation de l'information.

Eau et assainissement

Tandis que seulement 58 % de la population totale a un certain accès à des sources d'eau potable améliorées, en milieu urbain cette proportion est estimée à 70 % (Schufftan et al., 2007). Dans les zones urbaines, l'eau potable est fournie, moyennant paiement, par un réseau de distribution commercial (ou dans certains cas subventionné) d'eau traitée (osmose inverse principalement). Même la population urbaine pauvre dans la capitale investira ses ressources limitées dans de l'eau de haute qualité, transformée industriellement et vendue au détail, au gallon. Les petits sacs individuels en plastique vendus comme de l'eau de haute qualité ne sont pas considérés comme provenant de sources industrielles sûres. Le système public de canalisations de distribution est rudimentaire et limité, même à Port-au-Prince. Selon l'Institut haïtien de statistiques (IHSI), seulement 8 % des maisons sont raccordées à des canalisations d'eau et celles-ci sont principalement situées dans des zones circonscrites de Port-au-Prince. L'eau des canalisations en Haïti n'est pas potable.

Seulement 19 % des Haïtiens ont accès à un assainissement amélioré et à l'élimination des excréments (29 % dans les zones urbaines et 12 % dans les zones rurales). Ceux qui ont accès à une fosse septique ou à des latrines ont recours aux services d'un groupe de travailleurs spécialisés appelé bayakou, qui vide manuellement les excréments. Les sites dédiés de décharge sont essentiellement inexistant, situation qui entraîne des risques environnementaux et sanitaires. Il n'existe pas de système d'égouts dans la plupart des zones suburbaines pauvres, les déchets solides et liquides accumulés sont entraînés périodiquement par les pluies par le biais d'un système d'évacuation des eaux pluviales non entretenu.

Nutrition

Le taux de malnutrition aiguë globale présismique (GAM) a été estimé à 4,5 % pour les zones touchées, la malnutrition aiguë sévère se situant à 0,8 %.¹⁵⁴ À ces niveaux, on estime à 17 500 le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui souffrent de malnutrition aiguë, dont 3 100 qui souffrent d'une malnutrition grave et ont besoin d'une assistance pour les maintenir en vie. Quoique ces niveaux soient élevés, ils sont nettement inférieurs à ceux qui correspondent à une urgence humanitaire (10 %). Les taux de retard de croissance sont importants (30 % en 2005).¹⁵⁵

Les interventions sur le plan de la nutrition ont été rares, et le manque de coordination aux niveaux central et départemental a eu des effets négatifs importants sur l'efficacité de ces interventions. Dans un article publié par la Banque mondiale, l'auteur fait les observations suivantes sur les déficits dans les programmes de nutrition avant le séisme :

154 Enquête nutritionnelle effectuée par le Ministère haïtien de la Santé et Action contre la faim (décembre 2008 mars 2009).

155 Banque mondiale, Haïti at glance, 2010.

- « Il y n'avait aucune structure en place pour traiter de la sécurité nutritionnelle sous tous ses aspects. L'approche était fragmentée, avec de petits programmes, principalement gérés par des donateurs et des ONG opérant dans des domaines distincts.
- Le système de santé présentait des lacunes graves en termes de couverture et n'avait ni les orientations, ni la dotation en ressources humaines et matérielles pour remédier aux problèmes de nutrition.
- La coordination programmatique a représenté un énorme défi. Il y avait peu de communication entre les responsables de la mise en œuvre ou avec le gouvernement.
- Les orientations du programme n'étaient pas suffisamment alignées sur les problèmes de sécurité nutritionnelle prioritaires en Haïti ni sur les meilleures pratiques internationales. La majorité des programmes de nutrition en Haïti étaient axés sur le traitement de la malnutrition aiguë car ce problème est plus visible. » (2010 Bassett).

Il convient de souligner qu'en 2009 les lignes directrices nationales pour lutter contre la malnutrition avaient été élaborées, y compris un protocole national pour la gestion de la malnutrition aiguë. Cela a été réalisé grâce aux efforts concertés du département de la nutrition du Ministère de la Santé, de plusieurs ONG et de donateurs (en particulier la Direction générale pour l'aide humanitaire de la CE). Après les ouragans qui ont frappé Haïti en 2008, un Groupe de Responsabilité Sectorielle Nutrition a été mis en place par l'UNICEF, et a été remplacé en 2009 par le Comité national pour la nutrition dirigé par le Ministère de la Santé.

La malnutrition en Haïti est le résultat final de la pauvreté extrême associée à un faible niveau d'éducation. Il s'agit principalement d'une question économique et d'équité plutôt que de santé. En plus des facteurs économiques et d'équité, les causes sous-jacentes de la malnutrition telles que l'insécurité alimentaire, les pratiques d'alimentation des nourrissons, la santé de la mère et de l'enfant, l'accès aux soins de santé et les conditions et pratiques en matière d'eau et d'assainissement sont des facteurs contributifs importants.

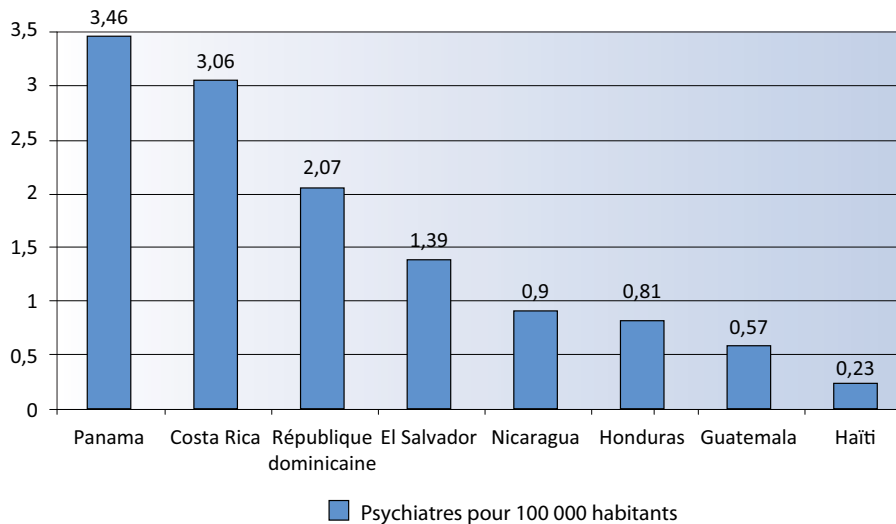
Santé mentale

Le Centre de Psychiatrie Mars et Kline et l'Hôpital Psychiatrique Défilé de Beudet sont les deux seuls établissements psychiatriques gérés par le gouvernement dans la zone métropolitaine de Port-au-Prince. Aucune institution publique ne fournit des services de santé mentale à l'extérieur de la capitale, mais plusieurs centres privés de plus petite taille ont vu le jour. Le Centre Mars et Kline est le seul établissement national pour le traitement des cas aigus (court terme) alors que l'hôpital Défilé de Beudet se consacre à des cas chroniques graves.

Les approches de la santé mentale en Haïti ont été centrées sur les interventions médicales et hospitalières loin de l'approche basée sur la communauté recommandée par l'OMS. Une croyance largement répandue veut que la maladie mentale soit causée par des forces surnaturelles, ce qui complique encore l'adoption d'une approche moderne.

La figure A.1 montre que le ratio des psychiatres pour 100 000 habitants en Haïti est le plus bas de la région des Caraïbes et de l'Amérique centrale.

Figure A.1 Psychiatres pour 100 000 habitants dans certains pays d'Amérique centrale et des Caraïbes



Source : Basé sur les données recueillies par V. Aparicio, Conseiller de l'OMS, rapport de mission sur la santé mentale et le soutien psychosocial après le séisme en Haïti (3–26 février 2011).

Violence faite aux femmes

La violence faite aux femmes était un problème bien connu avant le séisme. Une étude réalisée par la Banque interaméricaine de développement en Haïti en 2006 a indiqué qu'un tiers des femmes et des filles avaient signalé des incidents de violence physique ou sexuelle. La Commission interaméricaine sur les droits de l'homme (OEA) précise que plus de 50 % de celles qui avaient subi des violences avaient moins de 18 ans. Une étude de 2006 témoigne de l'utilisation généralisée du viol comme outil et produit de la violence, et a montré que 35 000 femmes en avaient été victimes dans la région étudiée (Kolbe et Hutson 2006). L'ampleur réelle du problème n'est pas entièrement connue en raison d'un manque de chiffres au niveau central sur les viols.

La violence faite aux femmes est souvent considérée comme particulièrement courante dans les quartiers pauvres où la surpopulation, la pauvreté et le manque d'éducation sont des facteurs. En Haïti, c'est aussi un grave problème dans les segments plus riches de la société :

« Les familles pauvres, essentiellement rurales, envoient leurs enfants en ville vivre avec des familles plus riches dont elles pensent qu'elles fourniront aux enfants de la nourriture, un toit et une éducation, en échange de quelques travaux. Malheureusement, le rêve des parents est souvent un cauchemar pour ces enfants appelés restaveks...65 % des victimes sont des filles âgés de six à quatorze ans. Ces enfants travaillent un nombre d'heures excessif, sont peu ou pas scolarisés, ne sont pas payés et subissent souvent des violences physiques et sexuelles » (Cde Baca 2010).

L'importance de traiter le problème de la violence faite aux femmes après une catastrophe a été reconnue durant la réponse aux cyclones de 2008. Le Comité permanent inter-agences a publié un résumé de trois pages sur les informations disponibles sur la violence faite aux femmes avant le séisme.¹⁵⁶

¹⁵⁶Produit le 29 Janvier 2010 par le Sous-groupe de travail du IASC sur la questions du genre dans l'action humanitaire. <http://gender.onerresponse.info>.

Chronologie des événements après le séisme en Haïti

La chronologie des 90 jours qui ont suivi le séisme du 12 janvier 2010 fournit des renseignements précieux sur les événements et leur séquence.

Cette chaîne d'événements renforce l'idée que si les dangers comme les séismes peuvent déclencher une crise, les catastrophes elles-mêmes ne sont pas naturelles mais plutôt le résultat d'une série d'actions humaines

Cette annexe compile les principaux faits consignés dans l'un des rares rapports disponibles à partir du jour du séisme, connu sous le nom de rapport de situation après le séisme en Haïti (Sitrep), préparé par le Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (BCAH), avec le soutien d'organismes nationaux et internationaux et d'ONG. L'examen porte sur les 33 premiers rapports de situation, du 12 janvier au 12 avril 2010.

Cette chronologie s'articule autour de quatre questions :

1. Sécurité et accès
2. Chiffres officiels publiés par le gouvernement d'Haïti
3. Gestion de l'urgence
4. Situation sanitaire

| Date | Sécurité et accès | Chiffres officiels | Mesures de gestion de l'urgence | Situation sanitaire |
|---|---|---|--|---|
| 12 janv 2010 1^{er} jour | Séisme M. 7.0 à 16h53 heure locale.[1] Le tsunami a frappé la côte 5 minutes après le séisme. Vitesse calculée du raz-de-marée 336Km/h.[2] À 18h45 l'alerte tsunami est levée. [3] Le Mécanisme contre les risques liés aux catastrophes dans les Caraïbes (CCRIF) doit faire les calculs finals et effectuer le versement pour Haïti après 14 jours. [4] | Il n'y a pas de rapport officiel. | Le BCAH publie le rapport de situation sur le séisme n° 1 : la capitale d'Haïti, Port-au-Prince (PaP), a été durement touchée notamment des composantes d'infrastructure urbaine critiques comme les services d'électricité, d'eau et de téléphone. L'électricité n'est pas disponible et les communications sont difficiles. À ce stade l'accès est très limité en raison de débris et d'autres obstacles sur les routes. L'aéroport de PaP est fermé d'après les rapports. Le palais présidentiel et les édifices gouvernementaux ont été déclarés gravement endommagés. Selon des rapports préliminaires, plusieurs autres bâtiments des Nations Unies et nationaux se sont effondrés ou ont été endommagés. Il est possible que la population ait également été touchée à Carrefour et à Jacmel. Il n'y a aucuns chiffres sur l'impact ni d'estimations. [5] | Les premiers rapports indiquent un grand nombre de victimes et des dégâts très importants avec un besoin urgent d'opérations de recherche et de sauvetage (S-R). [5] |
| 13 janv 2^e jour | L'aéroport de PaP serait opérationnel, sous le contrôle des troupes américaines et ouvert uniquement pour les vols humanitaires. Les routes de la capitale sont partiellement bloquées. Le siège de l'ONU à l'hôtel Christopher s'est effondré pendant le séisme. [6] | Il n'y a pas de rapport officiel. | Rapport de situation n° 2: « le nombre de personnes ayant besoin d'aide humanitaire ne sera pas déterminé tant que l'on ne connaîtra pas l'ampleur des dégâts. Le nombre de morts n'est pas connu mais il devrait être élevé. » « Les équipes de S-R sont arrivées de Guadeloupe, de la République dominicaine et des États-Unis. Elles sont en cours de déploiement dans les grands bâtiments publics, les hôtels et les hôpitaux. » [6] | « L'hôpital de Pétionville, un district de PaP sur les collines, a été détruit et la plupart des centres médicaux se sont effondrés. » « MSF a déclaré avoir traité 600 personnes dans les zones touchées et envisage d'envoyer des fournitures médicales supplémentaires. » [6] |
| 14 janv 3^e jour | « L'aéroport est opérationnel pour les vols de l'aide humanitaire et les vols militaires. Le contrôle du trafic aérien répond aux avions qui arrivent, mais avec des capacités limitées. La capacité à gérer les avions est très limitée. » « Le port n'est pas opérationnel. » [7] | "Le gouvernement met en place un -site d'opérations près de l'aéroport. » [7] | Rapport de situation n° 3 : « une évaluation en hélicoptère menée par la Mission de l'ONU... a observé certaines zones avec 50 % de destructions ou de graves dommages, de nombreux bâtiments s'étaient complètement effondrés. PaP et les autres centres urbains, tels que Jacmel et Carrefour, sont touchés. » « Le nombre de morts demeure inconnu. » « Il n'y a pas d'approvisionnement en eau. » « Les communications ne fonctionnent plus et il n'y a pas d'électricité. » [7] | Le Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé est dirigé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). La plupart des ressources et produits de santé doivent être envoyées en République dominicaine puis être acheminées par voie terrestre en Haïti. [7] |
| 15 janv 4^e jour | « Les opérations sont fortement restreintes en raison de l'absence de carburant, de transports, de communications et de capacité de manutention à l'aéroport. Certains vols sont actuellement détournés vers l'aéroport de Saint-Domingue, qui est également en passe d'être encombré. » « Le port n'est toujours pas opérationnel ». [8] | Il n'y a pas de rapport officiel. | Rapport de situation n° 4: «L'identification des corps demeure un problème, de pair avec l'attribution des responsabilités pour récupérer les corps. Le gouvernement identifie différents sites pour des fosses. Aucun chiffre fiable n'est disponible sur l'étendue des décès. » «Les communications téléphoniques demeurent difficiles dans la majeure partie de la capitale. Cependant, les SMS passent. Les connexions Internet sont possibles dans certaines zones, mais l'accès constant demeure difficile ». [8] | « L'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS/OMS) établit un bureau sur le terrain à Jimaní (République dominicaine) pour servir de passerelle permanente entre cette ville frontière et PaP (un voyage d'environ 90 minutes). Ce bureau sera une zone de mise à disposition/ transfert pour les produits et le personnel humanitaires d'urgence nécessaires pour les opérations de réponse en Haïti ». [8] |

| Date | Sécurité et accès | Chiffres officiels | Mesures de gestion de l'urgence | Situation sanitaire |
|--------------------------------------|--|--|--|---|
| 16 jan 5^e jour | « La capacité limitée de l'aéroport conjuguée au trafic aérien dense et non planifié reste un défi, de ce fait de nombreux vols ont été détournés et ont subi des retards.... Cependant le manque de transport et de carburant demeure un problème qui complique le transfert des marchandises vers d'autres emplacements. Sans aucune installation de stockage, l'aéroport est maintenant rempli de marchandises et d'équipes. La sécurité et la sûreté restent des préoccupations importantes. » « Le port maritime de PaP n'est toujours pas opérationnel. » [9]. | « Le Ministère de l'Intérieur estime qu'un million personnes ont été gravement touchées par le tremblement de terre et que 250 000 ont un besoin urgent d'aide. Les autorités estiment que 50 000 personnes sont mortes, mais à ce jour 13 000 corps ont été retrouvés. » [9] | Rapport de situation n° 5: « 58 personnes ont été sorties vivantes des décombres jusqu'à présent par ces équipes (équipes internationales de recherche et de sauvetage).... Environ 60 % des zones les plus touchées de PaP et les communautés avoisinantes ont été couvertes. » [9] Les principales contraintes pour l'opération USAR sont la sécurité, le transport, les communications et le combustible. | « Estimations OMS/OPS indiquant que le nombre de morts se situe entre 40 000 et 50 000 personnes. Une fosse commune avec 3 000 corps a été déclarée hier... (à PaP) au moins huit hôpitaux ou centres de santé se sont effondrés ou ont subi des dommages graves... Au moins cinq hôpitaux fonctionnent. » [9] Un centre de dialyse avec 8 unités était opérationnel. |
| 17jan 6^e jour | « L'aéroport de PaP est fortement congestionné... Le carburant demeure un problème pour les opérations humanitaires... Le port reste inutilisable. » [10] | | Rapport de situation n° 6: « les équipes S-R ont sorti 13 personnes en vie des décombres le 16 janvier, soit un total de 71 personnes sauvées par ces équipes ». [10] | « Le Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé (21 organisations dirigées par l'OMS) indique que sept hôpitaux de campagne sont arrivés et trois sont entièrement opérationnels... La prise en charge des corps reste un problème. » [10] |
| 18 jan 7^e jour | « La MINUSTAH déclare que la situation de sécurité globale à PaP reste stable, avec des violences limitées, et des actes de pillage localisés. » « Vingt-six pays y compris l'Argentine, le Canada, la France, la Russie et les États-Unis, ont fourni des équipements militaires importants pour la réponse d'urgence. Ces équipements comprennent des hôpitaux de campagne, des militaires, des avions militaires, des navires-hôpitaux, des navires cargos et des hélicoptères. La MINUSTAH dispose actuellement de 3 400 soldats et policiers sur le terrain. » [11] | « Le gouvernement a par ailleurs conseillé à la population la plus touchée de quitter la ville s'ils ont de la famille ou des amis dans des zones non touchées. À cette fin, il a fourni des liquidités et du carburant à une société de transport pour qu'elle fournisse des transports gratuits... des milliers de personnes déplacées quittent PaP pour des zones rurales. » [11] | Rapport de situation n° 7: « Les équipes de recherche et de sauvetage urbains ont sauvé 90 vies. Deux autres cas de personnes sorties en vie des décombres ont été signalés le 18 janvier. » « Une évaluation initiale par le Programme des Nations Unies pour l'environnement, du 13 au 17 janvier, n'a fait ressortir aucune urgence environnementale aiguë, mais des problèmes énormes pour la phase de reconstruction prévue. Les problèmes les plus urgents comprennent la gestion des déchets, les déchets médicaux, l'élimination des cadavres et l'élimination des gravats. » [11] | Tous les hôpitaux au sein de la Zone de PaP sont débordés par les patients qui arrivent. De nombreux cas de fracture ont besoin d'interventions chirurgicales urgentes en raison des périodes prolongées où les patients sont restés sans soins. » « Des lacunes importantes comprennent la capacité chirurgicale, le suivi des patients en chirurgie, les soins de maternité et la couverture des zones de population déplacée... L'OPS/OMS coordonne la réponse du secteur de la santé depuis les bases des opérations à PaP et à Saint-Domingue. Un centre d'opérations est également mis en place à Jimaní, en République dominicaine. » [11] |

| Date | Sécurité et accès | Chiffres officiels | Mesures de gestion de l'urgence | Situation sanitaire |
|---------------------------------------|--|--|--|---|
| 19 jan 8^e jour | « Malgré les contraintes de logistique et de sécurité, la population touchée reçoit un nombre croissant de fournitures de secours, y compris de l'assistance médicale, de la nourriture, de l'eau et des abris. » [12] | « Le gouvernement a défini huit zones pour la distribution de l'aide humanitaire. Une des principales préoccupations du gouvernement continue d'être la revitalisation des activités économiques. » [12] | Rapport de situation n° 8 « le total révisé des vies sauvées par les équipes internationales de recherche et de sauvetage est de plus de 121 personnes... Au point culminant des efforts de recherche et de sauvetage, il y avait 52 équipes sur le terrain avec 1 820 secouristes et 175 chiens. » « La distribution de l'eau a été limitée par l'approvisionnement réduit en carburant. La distribution était prévue pour 176 points de distribution le 19 janvier. » [12] | Haïti compte « 49 hôpitaux dans tout le pays... y compris 11 hôpitaux à PaP. Huit hôpitaux et établissements de soins de santé à l'intérieur et à proximité de PaP sont endommagés. » « Le Ministre de l'Intérieur a commencé la pulvérisation de soude caustique sur les corps et sur les bâtiments où les corps n'ont pas encore été récupérés. » « L'approvisionnement en eau dans les hôpitaux, les sites de rassemblement et les zones communes sont les priorités fixées pour la distribution. » [12] |
| 20 jan 9^e jour | L'aéroport de PaP déclare que 150 avions environ atterrissent quotidiennement. Trouver des créneaux libres pour les gros avions est toujours difficile. [13] | « La DPC a estimé que le séisme avait fait 75 000 morts, 200 000 blessés et un million de personnes déplacées. » [13] | Rapport de situation n° 9: « L'OIM estime qu'il y a plus de 300 camps de fortune dispersés dans la ville, et on estime que 370 000 personnes vivent dans des abris improvisés sans accès à des approvisionnements en eau, selon des évaluations récentes. » [13] | « Des évaluations des installations hospitalières continueront à se pencher sur l'infrastructure l'hospitalière, les systèmes pour référer les patients et l'organisation du transport des patients. » « Le 19 janvier, le Groupe de Responsabilité Sectorielle WASH a mis en place 82 sites de distribution d'eau, et dispose de 180 camions d'eau ayant la capacité totale pour fournir de l'eau à 180 000 personnes. » [13] |
| 21 jan 10^e jour | La route depuis la République dominicaine reste la meilleure option pour la majorité des cargaisons entrantes. » « Le port de PaP est fonctionnel. » « La situation sécuritaire à PaP reste stable, bien qu'il existe des cas isolés de pillage et la violence. La MINUSTAH exige actuellement des escortes militaires pour la fourniture de l'aide par les agences de l'ONU. » [14] | | Rapport de situation n° 10: « le Groupe de Responsabilité Sectorielle [ONU] estime que le nombre de personnes déplacées se situe entre 500 000 et 700 000 (chiffre actuel de la planification)... Sur les 508 sites de fortune identifiés par le gouvernement, quelque 350 ont été évalués (68 %) par les partenaires du Groupe de Responsabilité Sectorielle. Ces 350 sites accueillent actuellement environ 472 000 personnes et seulement six sites ont accès à des sources d'eau. Un nouveau site de 400 personnes a été créé le 21 janvier à Delmas. » [14] | « PROMESS, le principal centre de stockage et de distribution médical géré par l'OPS/OMS, fournit des médicaments et du matériel médical gratuitement à 50 organisations qui travaillent dans des hôpitaux et des cliniques. Les produits sont fournis depuis le 13 janvier et chaque jour le nombre de demandes augmente. » L'élimination des déchets médicaux des hôpitaux et là où des soins de santé sont fournis est un vrai défi. [14] |

| Date | Sécurité et accès | Chiffres officiels | Mesures de gestion de l'urgence | Situation sanitaire |
|--------------------------------|---|--|---|---|
| 22 jan 11 ^e jour | « La situation sécuritaire reste stable mais le potentiel de troubles demeure. Des préoccupations subsistent pour certains quartiers de Port-au-Prince (Belair, Martissant et Cité Soleil), où des criminels auparavant incarcérés sont retournés et tentent de reconstituer des gangs. » [15] | « Le 22 janvier, le gouvernement a déclaré 111 481 décès confirmés dans quatre départements (Sud-Est, Ouest, Nippes et Ouest). » [15] | Rapport de situation n° 11 : « Le gouvernement a déclaré que la phase S-R était terminée. Il y a eu 132 sauvetages de personnes en vie par les équipes internationales de S-R. » « Jusqu'à présent, plus de 130 000 personnes ont reçu une aide... avec des transports pour quitter la ville, selon la DPC. » « Le département d'Artibonite a reçu 50 573 personnes ; le département Nord-Ouest 30 000 personnes ; le département du Centre, 20 530 personnes ; le département du Nord 12 500 personnes ; Grande Anse 9 000 personnes ; et le département du Sud 9 000 personnes. Le nombre total de personnes ayant quitté PaP par des moyens privés reste indéterminé. » [15] | On compte actuellement 40 établissements de santé qui fonctionnent à PaP, dont 8 sont des hôpitaux de campagne. Les interventions chirurgicales urgentes diminuent et le suivi des patients postopératoires est un problème qui doit être résolu. La gestion des informations représente un défi pour tous les Groupes de Responsabilité Sectorielle/secteurs. [1] « À l'heure actuelle, le programme de vaccination d'Haïti ne fonctionne pas et le tétanos est la maladie la plus préoccupante, selon l'OMS. » [15] |
| 23 jan 12 ^e jour | | | | Une meilleure gestion des déchets (solides et des soins de santé) est mise en place dans les hôpitaux, y compris l'élimination appropriée des membres amputés. [2] |
| 24 jan 13 ^e jour | | Le gouvernement estime le nombre de victimes suite au séisme du 12 janvier à 112 250 morts et 194 000 blessés. Le nombre de personnes ayant besoin d'abris se situe entre 800 000 et un million de personnes. » [16] | Rapport de situation n° 12 : « Le gouvernement estime que 235 000 personnes ont quitté PaP en utilisant les transports gratuits fournis par le gouvernement. » « L'eau continue à être distribuée quotidiennement à 115 sites dans PaP, atteignant environ 235 000 personnes. » [16] | « 43 hôpitaux fonctionnent dans la région de PaP, 12 hôpitaux de campagne (dont la moitié sont des hôpitaux militaires) et deux navires-hôpitaux (des États-Unis et du Mexique). On a besoin de plus d'informations de zones en dehors de PaP... Des défis importants subsistent surtout dans le domaine des soins postopératoires et de l'adaptation de milliers de personnes qui ont perdu des membres... Aucune épidémie de maladies transmissibles signalée. » [16] |
| 25 jan 14 ^e jour | La situation sécuritaire à PaP reste stable, mais il y a des cas isolés de pillage et un incident récent où les soldats de la MINUSTAH ont tiré - des coups de semonce et utilisé du gaz lacrymogène. « De plus en plus d'agents de police reprennent leurs postes, ce qui porte la capacité à environ 60-70 % du niveau pré-séisme à PaP d'après les estimations. » [17] | La Conférence ministérielle sur Haïti a eu lieu à Montréal le 25 janvier. | Rapport de situation n° 13: « La distribution de l'aide se poursuit à PaP et dans d'autres zones touchées comme Jacmel, Carrefour, Léogâne et Petit Goâve. Les tentes, la nourriture, la santé (soins postopératoires et surveillance épidémiologique), l'assainissement et l'hygiène sont les priorités de l'assistance. » [17] | Le Ministère de la Santé de la République dominicaine estime qu'au 22 janvier, 495 patients haïtiens se trouvent dans neuf hôpitaux en République dominicaine. La majorité (247 personnes) se trouve dans l'hôpital El Buen Samaritano à Jimaní. L'afflux de patients nécessitant des soins d'urgence dans ces hôpitaux diminue. » [17] |

| Date | Sécurité et accès | Chiffres officiels | Mesures de gestion de l'urgence | Situation sanitaire |
|--------------------------------|---|---|--|---|
| 27 jan 16 ^e jour | Les activités commerciales ont repris dans de nombreuses régions du pays. La situation sécuritaire à PaP et dans d'autres zones touchées reste stable. Des escortes militaires sont nécessaires pour la distribution des secours par l'ONU. [18] | « Le gouvernement indique que le séisme a fait 112 392 morts et 196 501 blessés. Le nombre de personnes déplacées varie de 800 000 à un million. » [18] | Rapport de situation n° 14: « Une hausse des prix des produits de base a encore augmenté le nombre de personnes qui dépendent de l'aide humanitaire... Des programmes « d'argent contre travail » et « d'argent contre nourriture » commencent à être utilisés pour faire participer les Haïtiens aux efforts de reconstruction et contribuer à stimuler l'économie locale.... Toutes les écoles restent fermées mais les écoles dans les départements non touchés vont rouvrir le 1er février. » [18] | Des cas de tétanos et des cas présumés de rougeole ont été signalés à Léogâne. Une campagne de vaccination contre la diphtérie et le tétanos, DTC et la rougeole débutera le 2 février. L'eau parvient à environ 308 000 personnes par le biais de 133 points de distribution dans PaP. La couverture à Léogâne et Jacmel a aussi été élargie. Des forages supplémentaires et de nouveaux entrepreneurs sont identifiés pour accroître la production et la capacité de distribution. [18] |
| 28 jan 17 ^e jour | | | Le rapport sur la santé indique que les blessés ont reçu des soins médicaux, même si certains nécessitent des soins chirurgicaux. | Tournant entre la phase visant à sauver des vies et celle des soins postopératoires. |
| 29 jan 18 ^e jour | « Le port a été déclaré inutilisable pour les navires entrants. L'aéroport de PaP fonctionne à pleine capacité avec une moyenne de 120 vols entrants par jour. » « Alors que la situation sécuritaire générale à PaP reste stable, contrôle de la foule aux points de distribution de l'aide. » [19] | | Rapport de situation n° 15 : « Le 28 janvier, le gouvernement a signalé que plus de 341 000 personnes avaient quitté PaP pour se rendre en dehors de la capitale... Plus d'un tiers du total – environ 133 000 personnes – sont arrivées dans le département d'Artibonite. » [19] | « Plusieurs organisations ont signalé des cas de tétanos et de varicelle. Un cas isolé de typhoïde a été déclaré... En termes de fournitures médicales, il y a pénurie de béquilles et d'équipement de radiographie, et les spécialistes orthopédiques et de médecine interne sont très demandés, selon le Groupe de Responsabilité Sectorielle. » [19] |
| 1 fév 21 ^e jour | « L'aéroport de PaP gère environ 120 -150 avions par jour... La situation sécuritaire globale à travers le pays demeure stable mais potentiellement explosive. » [20] | | Rapport de situation n° 16 : « le gouvernement a révisé le nombre de personnes ayant quitté PaP pour les départements périphériques à 482 349 personnes, au 31 janvier. » [20] | « La nécessité de mettre en place des installations de soins postopératoires et des cliniques mobiles persiste. Compte tenu du grand nombre de patients qui sont sans abri, les hôpitaux ont du mal à déterminer où les envoyer à leur sortie d'hôpital. En collaboration avec l'administration régionale de transport des déchets, l'OPS/OMS a mis en place un système de collecte pour collecter les déchets médicaux dans tous les hôpitaux et les éliminer dans des décharges sûres et organisées. » [20] |

| Date | Sécurité et accès | Chiffres officiels | Mesures de gestion de l'urgence | Situation sanitaire |
|--------------------------------------|--|--|---|---|
| 3 fév 23^e jour | « Les rivalités croissantes entre les gangs demeurent une préoccupation à PaP. UNPOL et la PNH continuent à assurer plus de patrouilles à Cité Soleil et Marché de Fer. Le Gouvernement a décidé de prolonger de deux semaines l'état d'urgence qui devait expirer le 1er février. » [22] | Le Premier Ministre déclare : « alors que les manifestants en colère à cause de la lenteur de l'arrivée de l'aide défilent dans les rues jonchées de décombres » à l'Agence France-Presse. (AFP) : « plus de 200 000 morts ont été clairement identifiés » ce même rapport indique « les organismes d'aide ont tiré la sonnette d'alarme sur le fait que les dons pour porter secours à Haïti sont désespérément bas comparés au tsunami en Asie de 2004, qui avait fait environ 220 000 morts. » [21] | Rapport de situation n° 17 : « l'assainissement devient une préoccupation majeure dans un grand nombre de sites temporaires... L'arrivée massive d'aliments du PAM se poursuit. Quelque 1 million de personnes en ont bénéficié depuis le début de l'urgence ; 338 000 personnes ont reçu deux semaines de rations de riz au cours des 3 derniers jours. » [22] | « Les partenaires du Groupe de Responsabilité Sectorielle Santé ont répertorié plus de 1 000 amputations à PaP. Des rapports font également état d'une cinquantaine de personnes qui ont été paralysées à la suite de lésions de la moelle épinière. » « Il semble que les services de gestion des déchets médicaux ne soient utilisés que par deux hôpitaux de PaP. Certains hôpitaux semblent envoyer leurs déchets dans leur propre site d'enfouissement. » « Beaucoup de fournitures médicales sont encore dans de grands conteneurs à PaP et doivent être triées et priorisées. Ce processus occasionne des retards dans la distribution des fournitures. » [22] |
| 5 fév 25^e jour | De 80 à 90 vols atterrissent chaque jour à l'aéroport de PaP, soit un chiffre en baisse par rapport au pic de 120-à 150 vols par jour. » « Une planification d'urgence est en cours afin de se préparer à la prochaine saison des pluies, en tenant compte des populations déplacées et des lacunes de la logistique. » [23] | « La DPC vérifie les derniers chiffres des morts et des blessés (annoncés par le Premier Ministre le 3 février) mais n'a pas communiqué de mise à jour officielle depuis le 28 janvier où elle avait fait état de 112 405 morts et 196 595 blessés. » [23] | Rapport de situation n° 18 : « sept camps organisés ont été mis en place pour 42 000 personnes déplacées ; quelque 460 000 personnes vivent encore dans 315 camps spontanés un peu partout à PaP, selon l'OIM. » [23] | « L'assainissement et le contrôle des vecteurs deviennent une préoccupation majeure... » «...aucune notification d'événements à potentiel épidémique, selon l'OPS/OMS. La surveillance des maladies continue. Il y a 52 sites sentinelles définis par le gouvernement, dont 12 qui se trouvent dans la région métropolitaine de PaP. Des enquêtes sont également menées par trois équipes mobiles du Ministère de la Santé, le Centre pour le contrôle des maladies des États-Unis et l'OPS/OMS. » [23] |
| 8 fév 28^e jour | « La situation sécuritaire demeure inchangée, mais il existe des préoccupations croissantes quant à une agitation potentielle et les crimes motivés par la pénurie de logement, d'emplois et d'assainissement. » [24] | | Rapport de situation n° 19 : « Une planification d'urgence est en cours pour se préparer à l'arrivée de la saison des pluies, en tenant compte des populations déplacées et des lacunes logistiques. » [24] | De l'eau potable (5 litres par personne et par jour) est fournie à plus de 780 000 personnes au moyen de camions-citernes et d'installations de traitement de l'eau dans 300 sites à travers Port-au-Prince, Léogâne et Jacmel. [24] |

| Date | Sécurité et accès | Chiffres officiels | Mesures de gestion de l'urgence | Situation sanitaire |
|--------------------------------|--|---|---|--|
| 11 fév 31 ^e jour | « Les vols de fret commerciaux ont commencé à arriver à l'aéroport de PaP ». « La situation sécuritaire dans tout le pays reste stable malgré une augmentation des rapports d'incidents isolés. » [25] | | Rapport de situation n° 20 : « le gouvernement a signalé que les équipes de S&R internationales et nationales avaient effectué 211 sauvetages de personnes en vie au 9 février, au total 139 personnes ont été sauvées par des équipes internationales et 72 par des équipes nationales. » [25] | Il y a une baisse des blessures par traumatisme nécessitant un traitement, mais les besoins en soins médicaux généraux sont en hausse. Le système de surveillance du Ministère de la Santé déclare les infections respiratoires aiguës comme principale cause de morbidité. [25] |
| 16 fév 36 ^e jour | « Le Bureau du Haut Commissaire pour les droits de l'homme et le Haut Commissaire pour les réfugiés des Nations Unies prient, conjointement, instamment les pays à suspendre tous les retours non volontaires en Haïti en raison de la crise humanitaire qui persiste. Ils ont appelé tous les pays à continuer à octroyer des mesures intérimaires de protection pour des raisons humanitaires jusqu'à ce que ces personnes puissent rentrer durablement et en toute sécurité. » [26] | « Au 15 février, les estimations nationales de l'Agence de la Protection civile font état de 217 366 morts à la suite du séisme du 12 janvier, soit une augmentation de 5 000 par rapport aux dernières estimations publiées le 6 février. » [26] | Rapport de situation n° 21 : « la mise à disposition d'hébergements et la coordination des camps continuent d'être difficiles, y compris la nécessité d'éliminer les décombres et d'identifier des terrains pour des camps. Il est urgent de créer les conditions adéquates d'assainissement pour les personnes déplacées, surtout dans les camps surpeuplés ». [26] | |
| 19 fév 39 ^e jour | « La situation sécuritaire reste stable et bien que des manifestations aient eu lieu à PaP au cours des derniers jours, aucun incident majeur n'a été signalé. » [27] | | Rapport de situation n° 22 : « l'évaluation des besoins après la catastrophe (PDNA), devant être réalisée par le Gouvernement d'Haïti et appuyé par les partenaires du développement... a été officiellement lancée à PaP le 18 février. En se concentrant sur les principaux domaines de la phase initiale de reconstruction (assainissement, sécurité alimentaire, eau, gestion et élimination des débris et abris provisoires)... » [27] | « Il y a actuellement 396 ONG de la santé enregistrées en Haïti, cependant un grand nombre d'entre elles prévoient de quitter le pays au cours des prochaines semaines, sans que l'arrivée de nouvelles capacités suffisantes ne soit prévue. » « Il y a un risque de flambée de diarrhée à grande échelle, compte tenu de la situation de surpeuplement, du manque d'assainissement et de systèmes d'élimination des déchets efficaces dans les camps spontanés. » [27] |
| 22 fév 42 ^e jour | « La sécurité dans les sites accueillant les personnes déplacées, surtout dans les grands camps, continue d'être un sujet de préoccupation et nécessite une présence policière plus permanente ». [28] | La DPC estime que 222 517 personnes sont mortes à la suite du séisme du 12 janvier, soit une augmentation de 5 000 personnes depuis les dernières estimations publiées le 15 février. » [28] | Rapport de situation n° 23 : « le nombre de personnes qui ont quitté PaP pour les départements périphériques est passé à 597 801 personnes tandis que le chiffre précédent était de 511 405. On estime que 160 000 personnes sont venues de PaP jusqu'à la frontière avec la République dominicaine. » [28] | « Il y a eu une augmentation des allégations de violence faite aux femmes en général. Les cas sont référés vers les services de santé. » [28] |
| 25 fév 45 ^e jour | | | Rapport de situation n° 24 : avec l'encombrement des camps spontanés, il sera essentiel de créer des conditions sanitaires adéquates pour atténuer le risque d'une flambée à grande échelle de maladies d'origine hydrique au cours des prochaines semaines. » [29] | « Par le biais de la campagne de vaccination en cours dans les camps temporaires, plus de 8 000 enfants de moins de sept ans ont été vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche et plus de 5 000 contre la rougeole et la rubéole. » [29] |

| Date | Sécurité et accès | Chiffres officiels | Mesures de gestion de l'urgence | Situation sanitaire |
|--|---|---|--|--|
| 1 mars 49^e jour | « La transition des moyens militaires des États-Unis vers la gestion commerciale du port et de l'aéroport est terminée. Le village des cargaisons humanitaires à l'aéroport est fermé et tous les déchargements sont effectués par des sociétés privées sous contrat. » [30] | Le bilan des morts est passé à 222 570 personnes, soit une augmentation de 53. 1,3 million de personnes vivent dans des camps spontanés. 604 215 personnes ont quitté PaP. [30] | Rapport de situation n° 25 : « De fortes pluies dans les départements de Nippes et du Sud ont provoqué des inondations le 27 février, tuant au moins 13 personnes et entraînant l'évacuation temporaire de 3 428 autres. » [30] | |
| 4 mars 52^e jour | | | Rapport de situation n° 26 : Le gouvernement et les acteurs humanitaires établissent une coordination afin de déterminer les besoins humanitaires dans les départements de Nippes et du Sud après les inondations du 27 février. [31] | |
| 9 mars 57^e jour | | | Rapport de situation n° 27 : « Avec le début précoce de la saison des pluies, les abris et l'assainissement restent les priorités les plus urgentes ; la période de distribution pour les intrants agricoles a été considérablement réduite à cause des pluies et des glissements de terrain dans les zones touchées par le séisme. » [32] | « Les chiffres gouvernementaux montrent une augmentation constante des rapports de cas présumés de paludisme. On peut s'y attendre étant donnée la saison et compte tenu des conditions de grande proximité dans lesquelles vivent les personnes dans les camps spontanés. » [32] |
| 11 mars 59^e jour | « Le travail de préparation démarre sur deux sites, Villages des Oranges et Tabarre 2, identifiés par le gouvernement pour la relocalisation des personnes déplacées d'autres camps à haut risque ». [33] | | Rapport de situation n° 28 : « Après deux mois de réponse humanitaire, plus de 4,3 millions de personnes ont reçu une aide alimentaire, 1,2 million de personnes reçoivent des distributions d'eau quotidiennes et plus de 300 000 enfants et adultes ont été vaccinés. » [33] | « D'après les estimations, 494 600 enfants de moins de cinq ans et 197 840 femmes enceintes ou qui allaitent ont été affectés par cette catastrophe. Tous sont considérés comme présentant un risque de malnutrition et ont besoin d'être ciblés par une couverture de compléments alimentaires. » « Un grand nombre de camions qui livrent de l'eau ne sont pas chlorés. Des rapports de prestataires de soins de santé primaires font état d'une quantité insuffisante d'eau à des fins d'hygiène. De nombreux camps plus petits sont mal desservis par l'aide humanitaire. » [33] |
| 15 mars 63^e jour | Il y a une augmentation des rapports de cas de violence faite aux femmes ; la MINUSTAH, UNPOL et la Police nationale haïtienne ont uni leurs forces pour patrouiller, surveiller et évaluer les questions sécuritaires dans ce domaine et dans celui de la protection de l'enfance dans les camps de personnes déplacées à PaP et Léogâne. [34] | « Deux mois après le séisme, les chiffres officiels de la DPC font état de 222 517 morts et 310 928 blessés. » [34] | Rapport de situation n° 29 : « Au 15 mars, 433 sites (y compris des camps spontanés et provisoires) avec une population totale de 682 693 personnes ou 132 383 familles ont été identifiés dans la région de PaP et certaines communes de Jacmel » [34] | « L'OPS/OMS a facilité la coordination des 314 partenaires de la santé afin d'aider le gouvernement dans ses efforts. Huit sous-groupes des Groupes de Responsabilité Sectorielle ont été créés : cliniques de soins de santé et mobiles, soins hospitaliers et post-traumatiques, gestion de l'information sur la santé, santé génésique, santé mentale et soutien psychologique, handicaps, fournitures médicales, alerte précoce contre les maladies transmissibles et santé génésique. » [34] |

| Date | Sécurité et accès | Chiffres officiels | Mesures de gestion de l'urgence | Situation sanitaire |
|---------------------------------|--|--|--|---|
| 19 mars 67 ^e jour | | « Il y a 460 sites avec un total de 1 170 000 personnes à PaP. » [35] | Rapport de situation n° 30 : « L'augmentation qui se poursuit du nombre de camps et de la taille des camps s'avère assez difficile à gérer par les agences de mise en œuvre. Des éléments anecdotiques suggèrent qu'un pourcentage de ces augmentations correspond à des personnes qui n'ont pas été directement touchées par le séisme. » « La DPC fait état de 40 000 personnes déplacées à la suite du séisme résidant dans des familles d'accueil dans le département du Nord... les modalités d'hébergement ont exercé des pressions économiques considérables sur les ménages... » [35] | « 302 000 enfants ont été déplacés vers d'autres départements, avec en outre 720 000 enfants touchés par le séisme mais restant dans leurs communautés d'origine. Sur ce chiffre, 309 500 enfants vivent actuellement dans des camps temporaires spontanés, qui sont dépourvus des services sociaux de base ». [35] |
| 24 mars 72 ^e jour | Il y a un nombre croissant de rapports présentant en détail les tensions entre les personnes déplacées installées sur des terres privées et les -propriétaires des terrains. Certains cas ont débouché sur des expulsions énergiques de ces terres. [36] | « L'évaluation des besoins post-catastrophe révèle que la valeur totale des pertes et dommages causés par le séisme est estimée à 7,8 milliards de dollars (4,3 milliards USD correspondant aux dommages physiques et 3,5 milliards USD à des pertes économiques). Les dommages et les pertes équivalent à plus de 120 % du produit intérieur brut en 2009 (PIB). » [36] | Rapport de situation n° 31 : « Après les fortes pluies en Haïti la semaine dernière, la DPC affirme qu'elles n'ont pas entraîné de dommages aux infrastructures et n'ont pas fait de morts ». « Alors que les programmes d'abris provisoires ont commencé dans certaines parties de la zone touchée, obtenir un accord sur un terrain reste un obstacle majeur à une réponse rapide. » [36] | « De nombreux patients transportés vers la République dominicaine pour recevoir des soins médicaux après le séisme ont maintenant besoin d'être transportés de nouveau vers Haïti. Le CICR et l'OIM contribueront probablement à la coordination des rapatriements... Les problèmes de santé mentale ont augmenté depuis le séisme. Avec seulement 24 psychiatres dans le pays, le manque de soins de santé mentale est plus aigu que jamais... L'assainissement et hygiène restent très prioritaires, en particulier pour les camps spontanés, où l'assainissement demeure insuffisant. » [36] |
| 31 mars 79 ^e jour | | | Rapport de situation n° 32 : « Une grande partie des hébergements d'urgence construits devront être consolidés pour la saison des pluies.... Les incertitudes concernant le régime foncier, la durée du séjour potentielle et la propriété ultime continuent de préoccuper dans toutes les zones touchées : tant pour la réinstallation de sites prioritaires que pour la planification des abris de transition ». [37] | Du 28 février au 20 mars, 17 cas de paludisme, 12 cas de dengue et 4 cas de tuberculose ont été enregistrés au sein de la zone d'intervention qui compte 25 unités de premiers soins et 3 hôpitaux. Au cours de la semaine dernière, 3 nouveaux cas de paludisme ont été détectés à Fond Parisien et les cas de dengue continuent à augmenter. » [37] |
| 11 avr 90 ^e jour | | « La Conférence internationale des bailleurs de fonds Vers un nouvel avenir pour Haïti, au Siège de l'ONU à New York, a rapporté plus de 9 milliards USD pour la reconstruction d'Haïti... Sur ce montant, environ 5,3 milliards de dollars ont été promis pour les 18 prochains mois afin de démarrer la trajectoire d'Haïti vers la reprise à long terme. » [38] | Rapport de situation n° 33 : « Les chiffres de la dernière Matrice de suivi des personnes déplacées (DTM) ont permis d'identifier 1 373 camps à PaP, Jacmel, Léogâne, Petit et Grande Goâve, ce qui était considérablement plus élevé que les estimations initiales. Sur ces sites, 289 seulement comptaient des organismes de gestion des camps présents, soit un taux global de la couverture de 21 %. On estime que quelque 411 090 ménages (2 090 877 personnes) ont été déplacés. » [38] | |

Principales conclusions

1. **Violence.** L'impact du séisme sur la population a été caractérisé par le traumatisme direct causé par l'effondrement des structures. Dans les jours qui ont suivi, des blessures ont été occasionnées par des accidents de la circulation, des manifestations, des vols et agressions durant le transport et la fourniture de l'aide et, en particulier, il y a eu une augmentation alarmante des viols et de la violence faite aux femmes dans les camps et les établissements temporaires. Au cours des 90 jours couverts par cette étude, on a noté des craintes que se produisent des troubles civils, avec des manifestations de masse, principalement contrôlées par la MINUSTAH.
2. **Isolement et déplacement.** L'impact du séisme sur la structure physique de l'aéroport et du port de Port-au-Prince et l'obstruction des routes par les débris ont causé des difficultés extrêmes en termes d'accès et de mobilisation au sein des régions les plus touchées ; la situation a été aggravée par l'augmentation inhabituelle du trafic, aérien, terrestre et maritime. Simultanément, un nombre important d'habitants (estimé à plus de 600 000 personnes) ont quitté les zones touchées pour se rendre dans d'autres régions du pays.
3. **Chiffres de la mortalité.** Pendant les 10 premiers jours qui ont suivi le séisme, les estimations ont fait état d'un nombre croissant de morts, pour se stabiliser à 112 000. Le 2 février, avec la baisse de l'aide internationale, les médias ont comparé le séisme en Haïti au tsunami de 2004 dans l'océan Indien, ce qui a immédiatement débouché sur une déclaration publique du Premier Ministre, doublant presque les chiffres officiels. La Direction de la Protection Civile (DPC) s'en est tenue aux chiffres initiaux, indiquant qu'elle les réviserait et, deux semaines plus tard, elle a déclaré que le séisme avait fait 222 570 victimes. Ainsi, le chiffre pour Haïti dépassait le nombre de victimes du tsunami de l'océan Indien (220 000 morts). Cette situation est similaire à ce qui s'est produit après l'ouragan Mitch en 1998, lorsque la communauté internationale s'est focalisée sur la tragédie causée par les inondations soudaines du volcan Casitas au Nicaragua avec 1 212 morts, détournant l'attention de la situation au Honduras. La réaction du Gouvernement du Honduras était évidente : le nombre de morts a augmenté brusquement, passant de 334 à 6 600, nombre qui a été répété jusqu'à ce qu'il soit finalement accepté dans les systèmes de données internationaux. [39]
4. **Évolution des besoins en soins de santé.** Au cours des deux premières semaines, la traumatologie a exigé presque toute l'attention des rares services de santé restants et de toutes les équipes de santé déployées en Haïti. La fourniture de services d'eau, d'énergie et de collecte des déchets dans les centres de santé a représenté un défi pour les autorités de la santé et de l'OPS. Après la période initiale, la demande en soins post-traumatiques liés au tremblement de terre a considérablement diminué, mais la demande en soins de santé généraux a fortement augmenté. Deux mois après le tremblement de terre, le système d'informations sur la santé a détecté une augmentation des problèmes de santé mentale, de paludisme et de dengue.
5. **Détérioration de la santé environnementale.** Les conditions d'hygiène médiocres avant l'événement, conjugués à la forte concentration de personnes dans des camps, aux difficultés rencontrées dans la fourniture d'eau potable, aux systèmes inadéquats d'élimination des excréments et de collecte des déchets, aux perturbations dans les services de santé ordinaires, au début de la saison des pluies, ainsi qu'aux conditions logistiques remarquablement difficiles en Haïti, ont exigé, de la part des autorités de la santé et de la communauté internationale, une mobilisation massive pour empêcher des épidémies de maladies transmissibles. Mais il y avait un facteur de risque qui ne s'est vu accorder aucune attention : l'arrivée sur l'île de milliers d'individus venant de différentes régions du monde qui pouvaient introduire des maladies transmissibles sur l'île. Neuf mois après le séisme, les premiers cas de choléra ont été détectés. La maladie a été provoquée par *Vibrio cholerae* sérotype O1, sérotype Ogawa, une souche trouvée en Asie du Sud. [40]

Références (Annexe 2)

1. USGS-Magnitude 7,0 – Région Haïti. <http://earthquake.usgs.gov/earthquakes/eqinthenews/2010/us2010rja6/#details>.
2. NOAA Centre pour la recherche sur les tsunamis - Tsunami – 12 janvier 2010, Haïti. <http://nctr.pmel.noaa.gov/haiti20100112>.
3. Message tsunami numéro 3. <http://reliefweb.int/node/339965>.
4. Suivi par le CCRIF du séisme en Haïti. <http://reliefweb.int/node/340132>.
5. OCHA. Rapport de situation n° 1 sur le séisme en Haïti, 12 janvier 2010. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/7FFA2880038FE2AA492576AA00182827-Full_Report.pdf.
6. ———. Rapport de situation n° 2 sur le séisme en Haïti, 13 janvier 2010. www.redr.org.uk/washmaterials/content/D%20-%20WASH%20Related%20Diseases/D4%20-%20Group%20Work/D_HO_OCHA%20SitRep%202%2013th%20Jan%2010.pdf.
7. ———. Rapport de situation n° 3 sur le séisme en Haïti, 14 janvier 2010. <https://www.cimicweb.org/Documents/Haiti%20Documents/OCHA%20Incident%20Report%203.pdf>.
8. ———. Rapport de situation n° 4 sur le séisme en Haïti, 15 janvier 2010. <http://blog.givewell.org/attachments/haitisituationreport20100115.pdf>.
9. ———. Rapport de situation n° 5 sur le séisme en Haïti, 16 janvier 2010. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/57C9BBCDC417E4B2492576AE000199FD-Full_Report.pdf.
10. ———. Rapport de situation n° 6 sur le séisme en Haïti, 17 janvier 2010. [www.cinu.org.mx/haiti/docs/ID_6824_MS_Redhum_HT_Informe_OCHA_Informe_de_Situacion_No.6_por_Terremoto\(ingles\).pdf](http://www.cinu.org.mx/haiti/docs/ID_6824_MS_Redhum_HT_Informe_OCHA_Informe_de_Situacion_No.6_por_Terremoto(ingles).pdf).
11. ———. Rapport de situation n° 7 sur le séisme en Haïti, 18 janvier 2010. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/7922C7505D4AD77F492576B0000A8044-Full_Report.pdf.
12. ———. Rapport de situation n° 8 sur le séisme en Haïti, 19 janvier 2010. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/0160C1FDCFADA27D492576B1000FE565-Full_Report.pdf.
13. ———. Rapport de situation n° 9 sur le séisme en Haïti, 20 janvier 2010. <https://www.cimicweb.org/Documents/Haiti%20Documents/OCHA%20Incident%20Report%209.pdf>.
14. ———. Rapport de situation n° 10 sur le séisme en Haïti, 21 janvier 2010. http://www.cinu.org.mx/haiti/docs/OCHASituationReportNo10_HaitiEarthquake21Jan2010.pdf.
15. ———. Rapport de situation n° 11 sur le séisme en Haïti, 22 janvier 2010. <http://onerresponse.info/Disasters/Haiti/public-documents/OCHA%20Situation%20Report%20No.11%20Haiti%20Earthquake%20-%2022%20Jan%202010.pdf>.
16. ———. Rapport de situation n° 12 sur le séisme en Haïti, 23 janvier 2010. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/A5B95A3F73E981C3492576B6000F5F46-Full_Report.pdf.
17. ———. Rapport de situation n° 13 sur le séisme en Haïti, 25 janvier 2010. <http://blog.givewell.org/attachments/ocha-haiti-jan25.pdf>.
18. ———. Rapport de situation n° 14 sur le séisme en Haïti, 27 janvier 2010. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/BBB1958E3D1F9875492576B9001A2DE5-Full_Report.pdf.
19. ———. Rapport de situation n° 15 sur le séisme en Haïti, 29 janvier 2010. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/3568C93412C1A812492576BB001AA708-Full_Report.pdf.
20. ———. Rapport de situation n° 16 sur le séisme en Haïti, 1er février 2010. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/D25C5A8D4392B88A492576BE001A3FD6-Full_Report.pdf.

21. Agence France-Presse (AFP): Le bilan des morts en Haïti atteint 200 000 alors que la colère de l'aide monte, 03 février 2010. <http://reliefweb.int/node/344108>[4].
22. OCHA. Rapport de situation n° 17 sur le séisme en Haïti, 3 février 2010. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/0D9BB02C81D4C0BB492576C0001D2ACC-Full_Report.pdf.
23. ———. Rapport de situation n° 18 sur le séisme en Haïti, 5 février 2010. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/D071E8A40383A4BD492576C2001D2EB8-Full_Report.pdf.
24. ———. Rapport de situation n° 19 sur le séisme en Haïti, 8 février 2010. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/5D041C189B9C3E2D492576C5001EDC8D-Full_Report.pdf.
25. ———. Rapport de situation n° 20 sur le séisme en Haïti, 11 février 2010. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/1FBA6ADC332AD880492576C80021E214-Full_Report.pdf.
26. ———. Rapport de situation n° 21 sur le séisme en Haïti, 16 février 2010. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/0B09A5ED6E25C636492576CD002336C3-Full_Report.pdf.
27. ———. Rapport de situation n° 22 sur le séisme en Haïti, 19 février 2010. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/53B700B5F8780C94852576CF0059199B-Full_Report.pdf.
28. ———. Rapport de situation n° 23 sur le séisme en Haïti, 22 février 2010. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/CEB1B7C987DB2763492576D3001ECF55-Full_Report.pdf.
29. ———. Rapport de situation n° 24 sur le séisme en Haïti, 25 février 2010. <http://reliefweb.int/node/347003>.
30. ———. Rapport de situation n° 25 sur le séisme en Haïti, 1er mars 2010. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/4307AA39A67F4238852576DA006C3539-Full_Report.pdf.
31. ———. Rapport de situation n° 26 sur le séisme en Haïti, 4 mars 2010. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/EFF273EDC9FC7822C12576DD0032DD94-Full_Report.pdf.
32. ———. Rapport de situation n° 27 sur le séisme en Haïti, 9 mars 2010. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/33CAB4687357E388852576E1006B5D55-Full_Report.pdf.
33. ———. Rapport de situation n° 28 sur le séisme en Haïti, 11 mars 2010. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/296BA274DDBA1B11852576E4005A04A6-Full_Report.pdf.
34. ———. Rapport de situation n° 29 sur le séisme en Haïti, 15 mars 2010. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/5AD02F92CC09F56C852576E800691102-Full_Report.pdf.
35. ———. Rapport de situation n° 30 sur le séisme en Haïti, 19 mars 2010. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/E815D7C4A129D0F3852576EB00673547-Full_Report.pdf.
36. ———. Rapport de situation n° 31 sur le séisme en Haïti, 24 mars 2010. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/8B3740D9D65B5AA6852576F1006DF6DA-Full_Report.pdf.
37. ———. Rapport de situation n° 32 sur le séisme en Haïti, 31 mars 2010. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/EE8BDF342BA2D9F852576FA0076F3D9-Full_Report.pdf.
38. ———. Rapport de situation n° 33 sur le séisme en Haïti, 12 avril 2010. http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/04A48A6EAC9DB2E24925770300820BE0-Full_Report.pdf.
39. Olson, R.S., R. Alvarez, B. Baird, A. Estrada, V. Gawronski, J.P. Sarmiento. The storms of 1998: Hurricanes Georges and Mitch. Impacts, institutional response, and disaster politics in three countries. Boulder, Colorado: Natural Hazards Research and Applications Information Center, Special Publication 38, 2001 Pg. 34.
40. <http://www.infectioncontroltoday.com/news/2010/11/cdc-announces-laboratory-test-results-of-cholera-outbreak-strain-in-haiti.aspx>.

