

L'épidémie de choléra en Haïti : lecture géopolitique d'un enjeu de santé publique

*Lucie Guimier*¹

Le 12 janvier 2010, un séisme de magnitude 7,3 sur l'échelle de Richter frappait l'agglomération de Port-au-Prince en Haïti. Pour mesurer le risque encouru lors d'un tremblement de terre, les sismologues multiplient l'aléa par la vulnérabilité liée aux infrastructures et à la densité de population. Dans le cas de l'aire métropolitaine de Port-au-Prince, le risque était majeur. L'intensité des répliques, la vulnérabilité des fondations concernées, qui ne répondaient pas aux normes anti-sismiques, et la forte densité de population de la zone affectée – 15 106 habitants² au km² – sont autant de facteurs qui ont fait de ce séisme un drame humanitaire. Le bilan témoigne de l'ampleur des dommages : 316 000 morts, 350 000 blessés et 1,5 million de sans-abri, selon le constat du Premier ministre haïtien, Jean-Marc Bellerive [Radio Canada, 2011], au 12 janvier 2011.

Plus d'un an après la catastrophe, sur fond de difficultés organisationnelles entre les partenaires étrangers, la reconstruction des zones sinistrées peine à s'articuler dans un contexte politique inquiétant : l'accession à la présidence du chanteur populaire et apprenti homme politique Michel Martelly. Ultérieurement à la catastrophe due au séisme, un autre drame a atteint la nation haïtienne, le choléra. Neuf mois après le séisme, à la mi-octobre, les premiers cas de choléra ont été diagnostiqués dans le département du Centre ; l'infection s'est alors rapidement propagée

1. Master 2 recherche de l'IFG.

2. Institut haïtien de statistique et d'informatique, «Population totale, population de 18 ans et plus, ménages et densités estimées en 2009», mars 2009, p. 51 (2 296 386 habitants pour une superficie de 152,02 km²).

et, en l'espace de un mois, 900 personnes sont décédées suite à la diffusion de la maladie [Baron, 2010]. Le docteur Alex Larsen, ministre de la Santé publique et de la Population, déclarait l'état d'urgence sanitaire le 22 octobre et, en moins de un mois, l'épidémie gagnait les dix départements du pays. À ce jour, 439 604 personnes ont été touchées, et 6 266 sont décédées (ministère de la Santé, 2011)³.

Le terme d'épidémie renvoie au développement et à la propagation rapides d'une maladie contagieuse. En outre, à la notion d'épidémie s'ajoute celle d'endémie : l'épidémie peut décroître mais demeurer présente à l'état endémique, sa morbidité et sa mortalité seront faibles jusqu'à ce qu'une résurgence donne lieu à une nouvelle flambée épidémique. Enfin, le terme de pandémie désigne une forme d'épidémie s'étendant à un grand nombre de pays. L'humanité a connu sept grandes pandémies de choléra depuis 1817, qui ont toutes commencé en Asie. La septième pandémie qui sévit actuellement est responsable annuellement de trois à cinq millions de cas provoquant de 100 000 à 120 000 décès selon l'OMS [Benkimoun, 2010]. Résultant d'un manque d'accès à l'eau salubre et d'une hygiène défaillante, le choléra est une maladie étroitement liée au niveau de développement des pays dans lesquels il se répand. Le vibron cholérique est particulièrement mobile et, une fois dans l'intestin, les bactéries provoquent une importante déshydratation caractéristique de l'infection ; les pertes d'eau qui s'ensuivent peuvent atteindre quinze litres par jour. Selon l'OMS, « le choléra est une maladie diarrhéique aiguë, dont on peut mourir en quelques heures en l'absence de traitement [...] ; on peut réussir à traiter jusqu'à 80 % des cas avec les sels de réhydratation orale ». L'infection résulte de l'absorption d'eau ou d'aliments contaminés. Ainsi, l'homme joue à la fois le rôle de milieu de culture et de moyen de transport pour le vibron cholérique. La brièveté de la période d'incubation – de deux heures à cinq jours – explique que le nombre de cas peut croître de manière extrêmement rapide.

L'épidémie actuelle, due à un type de vibron cholérique baptisé « El Tor 01 », est apparue pour la première fois en 1961 sur le territoire indonésien. Les souches de cette pandémie ont un temps sévi de manière permanente en Amérique du Sud et centrale mais n'avaient jusque-là jamais entraîné de cas sur l'île d'Hispaniola, que se partagent Haïti et la République dominicaine. Soigné rapidement, le choléra est une maladie bénigne dont le patient se rétablit en quelques jours, mais la situation sanitaire en Haïti ne permet pas d'endiguer rapidement la diffusion du germe. Les principaux facteurs favorisant la transmission étant le niveau socio-économique et les conditions de vie de la population, l'épidémie ne pouvait que se propager rapidement sur l'ensemble du territoire haïtien. À cela s'ajoutent les

3. Rapport de cas du ministère haïtien de la Santé publique et de la Population, 29.08.2011 (www.mspp.gouv.ht).

problèmes de l'élimination des eaux usées, des excréta, des ordures ménagères et des eaux pluviales. Pour toutes ces raisons, le choléra est devenu un fléau en Haïti ou, pour reprendre l'expression du médecin Rony Brauman, « le choléra est la maladie qui fait peur » [France Info, 2011]. Analyser l'épidémie de choléra en Haïti en tant qu'enjeu géopolitique ne va pas de soi et c'est pourquoi il est nécessaire de rappeler les connexions fortes entre l'étude des rapports de forces sur un territoire donné et l'analyse de la santé de la population. Les moyens déployés par les différents acteurs (gouvernement, ONG, système de santé) pour lutter contre le choléra sur le territoire haïtien conduiront ensuite à définir quelles ont été les disparités territoriales de cette réponse sanitaire.

Cette analyse s'appuie sur une recherche de terrain de un mois à Port-au-Prince, de la mi-février à la mi-mars 2011, sur la rencontre des différents acteurs : médecins locaux, membres d'ONG, et universitaires de différents domaines – médecine, ingénierie –, sur l'observation de réunions à la Direction sanitaire de l'Ouest (DSO), rassemblant les différents acteurs humanitaires de l'aide médicale, des fonctionnaires de bureaux communaux, réunions présidées par des membres du ministère de la Santé publique et de la Population, et qui permettent de mesurer les difficultés de coordination entre les différents acteurs de l'aide médicale.

Progression spatiale de l'épidémie

En mars 2010, les Centres de contrôle et de prévention des maladies⁴ (CDCP) basés à Atlanta affirmaient qu'il était improbable que le choléra survienne en Haïti suite au séisme, car le vibrion cholérique n'avait jusque-là jamais atteint ce pays, et que la plupart des partenaires étrangers de l'aide humanitaire provenaient de régions où le choléra ne sévissait pas. L'arrivée de la maladie a donc surpris les spécialistes, d'autant plus qu'elle ne s'est pas déclarée près d'une zone portuaire, ni dans un camp de déplacés, mais le long d'un fleuve : l'Artibonite.

Le fleuve Artibonite : épiceutre de l'épidémie

Le premier cas confirmé de choléra a été déclaré le 14 octobre dans le département du Centre. Il s'agit d'un homme de 20 ans résidant à Meille, un village épargné par le séisme du 12 janvier et situé à des dizaines de kilomètres de la côte et des camps de déplacés. L'équipe médicale cubaine de l'hôpital de Mirebalais, structure de santé la plus proche du village du patient, confirmait alors l'apparition

4. Centers for Disease Control and Prevention.

d'un nombre anormal de cas suspects de choléra [Piarroux, 2010, p. 2] en provenance de Meille, lors de la 41^e semaine épidémiologique, du 11 au 17 octobre⁵. Il est ici nécessaire de préciser l'importance de la coopération médicale entre Cuba et Haïti depuis la signature d'un accord tripartite entre les deux pays et l'OMS en 1998, en réponse à la chute de la dictature des Duvalier et des « tontons macoutes », non sans provocation envers le gouvernement américain de la part de l'État communiste. Depuis cette date, 417 travailleurs médicaux cubains sont en mission internationale en Haïti et 625 médecins haïtiens ont été formés à Cuba [Haïti Libre, 2010].

Après quelques jours, l'épidémie s'est étendue à la localité de Mirebalais. Le choléra a d'abord contaminé les habitants vivant en bordure du fleuve Artibonite puis s'est étendu progressivement aux autres secteurs. Selon le rapport de Renaud Piarroux, un professeur de l'université Aix-Marseille mandaté par le ministère français des Affaires étrangères, cette extension a été d'autant plus importante que la commune connaissait alors des travaux de son réseau d'adduction d'eau et que la plupart des habitants sont quotidiennement amenés à puiser de l'eau dans le fleuve Artibonite [Piarroux, 2010, p. 3]. Les communes avoisinantes, situées en amont de Mirebalais, n'ont été touchées que plusieurs jours, voire même plusieurs semaines plus tard. L'enquête du professeur Piarroux révèle que six patients de Meille sont tombés malades entre le 14 et le 19 octobre 2010, dont cinq ont donné lieu à une analyse positive pour le *Vibrio cholerae* 01 El Tor. Une investigation menée par l'équipe du département sanitaire du Centre indique que les premiers patients se procuraient l'eau de boisson à partir d'un affluent du fleuve Artibonite qui s'écoule en dessous d'une base de la Minustah⁶ composée d'environ 500 soldats, arrivés très récemment de Katmandou, certains soldats étant arrivés le 8 octobre, d'autres le 12.

Après s'être rendu sur place avec son équipe, le professeur Piarroux s'est entretenu avec les habitants du village, qui ont rapporté qu'il existait, au moment où l'épidémie s'est déclarée, des tuyaux provenant de la base onusienne qui déversaient un liquide nauséabond. Selon Renaud Piarroux, ces tuyaux n'étaient plus présents lors de son investigation car, comme lui ont expliqué les habitants, ils ont été enlevés par les militaires peu après la déclaration de l'épidémie de choléra. La présence de tuyaux provenant d'une fosse septique du camp de la Minustah et déversant un liquide noirâtre dans la rivière avait aussi été notée par l'équipe d'épidémiologie du département du Centre, ainsi que par des médecins dépêchés par la Minustah, lors des premières investigations effectuées à partir du 19 octobre.

5. C'est en réalité la première semaine de l'épidémie, mais la 41^e semaine de l'année.

6. Mission des Nations unies pour la stabilisation en Haïti.

HÉRODOTE

Selon les médecins de la Minustah, en dépit de l'épidémie de choléra qui sévissait aux alentours, aucun soldat du camp n'avait présenté le moindre épisode diarrhéique et aucun prélèvement environnemental n'avait donné de résultat positif. Des déclarations à prendre avec précaution étant donné qu'en date du 21 octobre il paraît improbable que les officiers et les soignants du camp de la Minustah n'aient pas eu connaissance de la suspicion de choléra, alors même qu'une mission d'enquête circulait dans le village avoisinant depuis plusieurs jours. Toutefois, un élément à prendre en compte est que, chez 75 % des porteurs du choléra, les symptômes ne se manifestent pas ; mais la bactérie peut persister un certain temps dans le corps porteur. Dans cette hypothèse, rien ne peut exclure que des mesures aient été prises pour éliminer les matières fécales suspectes et pour effacer les traces d'une épidémie de choléra parmi les soldats. De plus, à la prison de Mirebalais, des cas suspects de choléra venaient d'être notifiés dont quatre ayant entraîné la mort. Ces patients n'avaient eu aucun contact direct avec les populations extérieures ; le seul facteur de risque était donc l'eau consommée par les prisonniers, qui était puisée à partir du même affluent de l'Artibonite que celui impliqué dans la contamination des villageois de Meille.

CARTE 1. – LE CAMP DE LA MINUSTAH ET LES PREMIÈRES ZONES DE CONTAMINATION DU CHOLÉRA : UNE IMPLICATION INDISPUTABLE



Hérodote, n° 143, La Découverte, 4^e trimestre 2011.

Les enquêtes de terrain se sont rapidement succédé pour étudier la responsabilité de la Minustah dans la propagation de l'épidémie. Deux versions des faits ont été diffusées : l'une implique directement les soldats népalais [AlterPresse, 2010] qui auraient creusé deux fosses reliées par des tuyaux en polychlorure de vinyle (PVC), pour déverser leurs eaux usées dans un affluent de l'Artibonite localisé à Meille ; l'autre version inclut elle aussi les soldats népalais, mais précise que la gestion du traitement des eaux usées de la base onusienne est confiée à la compagnie Sanco Enterprises S.A qui se sert d'un site de décharge à Meille. Il semblerait que cette version soit la plus avérée puisque, suite à ces incriminations, l'entreprise a organisé une visite guidée dédiée à des journalistes le 29 octobre dans la décharge de Meille [Radio Kiskeya, 2010], afin de démontrer que les normes de sécurité sanitaires étaient respectées dans les opérations de vidange. Un détail troublant a retenu l'attention des journalistes sur place : ils ont remarqué que des pierres et de la terre avaient été utilisées pour dissimuler la fosse septique incriminée contenant des matières fécales et débouchant sur la rivière.

L'eau, puissant moyen de transport

La contamination du fleuve Artibonite pose de très graves problèmes car il s'agit du cours d'eau le plus important des Caraïbes ; il prend sa source dans la Cordillère centrale en République dominicaine, traverse toute l'île d'Hispaniola et se jette dans le golfe de la Gonâve en Haïti. L'eau du fleuve produit 25 % de l'électricité du pays par le biais du barrage hydroélectrique de Péligre – une production qui peut atteindre plus de 90 % durant la saison pluvieuse qui s'étend de mai à octobre – situé dans le département du Centre, à neuf kilomètres de Mirebalais. L'eau de ce fleuve est aussi utilisée pour l'agriculture et permet l'arrosage de 40 % des espaces irrigués du pays [Redon, 2010, p. 128-129]. Mais elle est aussi le principal moyen d'évacuation des déchets. L'usage domestique de cette eau est un réel problème, les habitants consomment l'eau du fleuve qui sert à tous usages confondus : toilette, hygiène, lessive, vaisselle, abreuvement du bétail, ce qui la rend impropre à la consommation. On sait que, pour des raisons de santé publique, il est impératif que les eaux usées et l'eau de consommation ne soient jamais en contact, ce qui nécessite des infrastructures de pompage et d'extraction, des réservoirs de stockage, un réseau de distribution fonctionnel, mais aussi des bassins d'assainissement et des usines d'épuration réglementées par des protocoles stricts, autant d'infrastructures inabordable pour un État comme la République d'Haïti.

Évolution de l'épidémie aux abords du fleuve

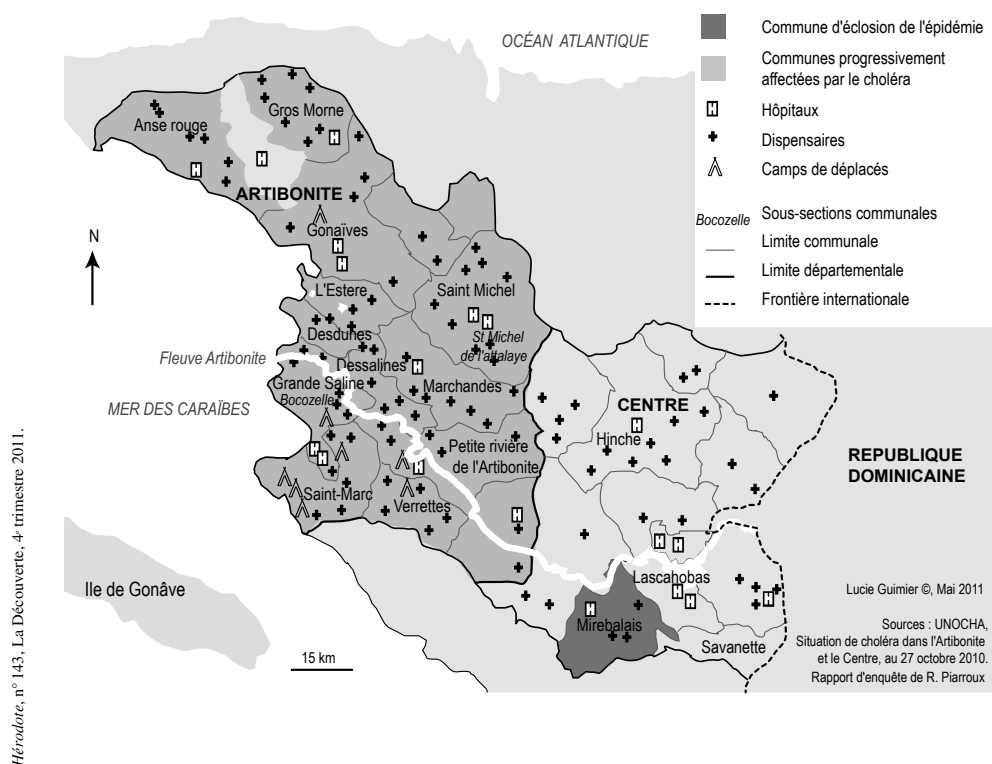
L'apparition de la maladie dans les communes de Meille et Mirebalais à la mi-octobre, bien qu'elle ait rapidement acquis une certaine ampleur, ne peut pas expliquer à elle seule les événements qui survinrent le 19 octobre, date où le fleuve Artibonite fut massivement contaminé, et ce sur l'ensemble de son delta, situé à une centaine de kilomètres de Mirebalais. L'épidémie prit alors une forme explosive considérée par le professeur Piarroux comme un « fait unique dans l'histoire récente du choléra » [Piarroux, 2010, p. 4]. Ce jour-là, dans les six communes traversées par l'Artibonite et son delta, la direction sanitaire du département de l'Artibonite enregistrait une succession d'alertes. Durant la journée, trois élèves d'une école de Bocozele venaient de décéder alors qu'ils étaient en classe, des suites de diarrhée aiguë et de vomissements avec déshydratation. Dans le même temps, des cas de diarrhée et de vomissement étaient signalés à l'hôpital de Dessalines ainsi que des décès dans la commune, là encore des mêmes symptômes. Le 20 octobre, les alertes épidémiques touchaient simultanément quatre hôpitaux et des centres de santé dans les communes de Saint-Marc, Grande-Saline, Desdunes, Petite-Rivière-de-l'Artibonite, Verrettes et Dessalines⁷. Ce jour-là, 514 patients ont été hospitalisés, tous habitant dans le bas Artibonite, à proximité du lit du fleuve ou de son delta, en aval de Mirebalais, et 41 d'entre eux sont décédés à l'hôpital tandis que 31 décès supplémentaires étaient enregistrés hors de l'hôpital. Les deux jours qui suivirent confirmaient la menace : près de 2 000 patients étaient hospitalisés et 120 décès étaient comptabilisés dans les six communes du bas Artibonite et dans les communes avoisinantes, qui ont accueilli les personnes fuyant cette épidémie de morts soudaines. Le vendredi 22 octobre, 4 470 cas de choléra étaient recensés et 195 décès enregistrés sur 21 communes réparties sur un territoire d'une cinquantaine de kilomètres de rayon autour du delta de l'Artibonite.

Pour le professeur Piarroux, la brutalité de l'émergence des cas au niveau du département de l'Artibonite le 19 octobre ne peut être expliquée que par une contamination massive, avec des quantités de germes dépassant un million de vibrions cholériques et probablement plus. Cette propagation rapide et étendue sur l'ensemble du delta de l'Artibonite n'a pu être provoquée que par

7. Les centres sont les suivants : l'hôpital Saint-Nicolas de Saint-Marc, le centre de santé de Drouin de Grande-Saline, le centre de santé de Desdunes, l'hôpital Pierre Payen de Saint-Marc, l'hôpital Dumarsais Estimé de Verrettes, le centre médical Charles Colimon de Petite-Rivière-de-l'Artibonite, l'hôpital Albert Schweitzer dans la localité Deschapelles (commune de Verrettes) et le centre de santé de Desarmes de Verrettes. Le même jour un cas suspect est hospitalisé à Gonaïves (centre de santé Eben-Ezer), ce patient provenait en fait de Villard, une localité de la commune de Dessalines.

le déversement dans le fleuve d'une « quantité phénoménale de matières fécales issues d'un grand nombre de malades » [Piarroux, 2010, p. 5]. Quelques jours après l'écllosion de l'épidémie, les équipes sanitaires ont constaté des mouvements de populations fuyant le bas Artibonite et véhiculant avec elles la maladie dans d'autres communes, particulièrement à Saint-Michel-de-l'Attalaye et à Gonaïves. Une transmission interhumaine s'installait alors, diffusant l'épidémie vers les départements limitrophes de l'Artibonite : l'Ouest, le Centre d'où étaient issus les premiers cas, le Nord, le Nord-Ouest et le Nord-Est. Selon le professeur Piarroux, cette vague épidémique provoquée par la peur de l'épidémie a généré trois faciès épidémiologiques du choléra suivant les caractéristiques géographiques et sociologiques des zones concernées.

CARTE 2. – COMMUNES AFFECTÉES PAR LE CHOLÉRA,
27 OCTOBRE 2010



HÉRODOTE

Le premier faciès est celui des communes rurales situées essentiellement au nord du delta de l'Artibonite, elles ont été les premières zones frappées par l'épidémie. Cela s'explique par le grand nombre d'habitants de ces villages qui exerçaient leur profession dans les rizières et sur des chantiers routiers de l'Artibonite, et qui ont pris la fuite lorsqu'ils ont été confrontés à la survenue de décès inexplicables les 19, 20 et 21 octobre. Particulièrement mal desservies, ces communes manquent de structures sanitaires et d'accès à l'eau potable, ce qui a facilité la diffusion de la contagion de l'épidémie village après village. La capacité d'endiguement de l'épidémie par les services médicaux a été freinée par l'insuffisance de moyens et par l'organisation lacunaire des soins offerts aux patients. Dans la majorité des cas, faute de moyens de transport, les patients se rendaient à pied depuis leur village au centre de soins, et beaucoup sont décédés en chemin. Ainsi, à Saint-Michel-de-l'Attalaye moins d'un mois après le début de l'épidémie, plus de un habitant sur 1 000 était décédé des suites du choléra, le plus souvent avant d'avoir atteint l'hôpital. Cette situation caractéristique de l'ensemble des communes rurales situées entre la plaine de l'Artibonite et la côte nord du pays s'est ensuite étendue aux communes rurales du département du Centre et du nord du département de l'Ouest puis, plus progressivement, aux départements du sud du pays.

Le deuxième faciès est représenté par certains quartiers des villes côtières du Nord et du Nord-Ouest, ainsi que par le bidonville Cité-Soleil situé en périphérie de Port-au-Prince, qui ont tous subi des flambées épidémiques importantes. Ces quartiers sont particulièrement désavantagés et affichent une densité de population très forte. Pour la plupart, ces zones d'habitation sont établies sur des plaines inondables, parfois sur d'anciennes décharges, et présentent des ressources en eau potable particulièrement précaires. L'approvisionnement en eau y est généralement réalisé à l'aide de puits ou de réservoirs situés dans les maisons et remplis par des camions-citernes ; ces réservoirs privés présentent donc une forte vulnérabilité en raison de la contamination par les seaux souillés. Avant l'épidémie, l'eau était uniquement traitée par osmose inverse – une technique produisant de l'eau stérile – mais, sans chlore, le traitement n'empêchait pas sa contamination ultérieure. À cette contamination liée à l'ingestion d'eau s'ajoute celle due à la mauvaise gestion dans ces bidonvilles des excréta qui, généralement, se font en pleine nature, une pratique surnommée « toilettes volantes ». En revanche, dans ces zones, l'accès aux soins est moins ardu que dans les espaces ruraux.

Enfin, les zones urbaines. Ce faciès est principalement composé des différents quartiers de Port-au-Prince ainsi que des camps de déplacés qui, bien qu'affectés, n'ont pas connu de flambée épidémiologique aussi importante que celle qui a sévi dans les zones rurales. En effet, la situation a été rapidement contrôlée et les structures de soins étaient déjà présentes sur le terrain, ce qui a permis d'anticiper

l'épidémie. En fait, les occupants de ces camps ont disposé plus facilement d'un accès à l'eau ainsi que d'un équipement sanitaire souvent supérieur à celui des bidonvilles. Les camps ont notamment fait l'objet d'une surveillance épidémiologique particulière depuis le séisme, avec l'appui des Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDCP). Ainsi, il n'y a pas eu de cataclysme majeur dans les camps, ni dans les bidonvilles, en raison d'une réponse médicale qui n'a cessé d'augmenter dès l'éclosion de l'épidémie.

Un calendrier favorable à la contamination

L'épidémie s'est diffusée très rapidement et les premiers jours de la contamination ont été les plus meurtriers en raison de conditions sanitaires précaires, mais pas seulement.

L'ouragan Tomas, accélérateur de diffusion ?

L'épidémie de choléra a débuté à la mi-octobre, soit durant la phase finale de la saison des pluies qui s'étend de mai à octobre dans le pays. Cet élément constituait un facteur positif pour l'endiguement de la maladie puisque, comme me l'a expliqué Gérald Serve, directeur de programme pour l'ONG Acted, « la maladie est arrivée à la fin de la saison cyclonique, et tous les systèmes d'éducation sanitaire et de contingence étaient encore en place⁸ ». Néanmoins, les aléas climatiques sont par nature imprévisibles, et l'arrivée de l'ouragan *Tomas* le 5 novembre, près de vingt jours après l'apparition du choléra, n'a fait qu'aggraver la situation sanitaire. Le passage de *Tomas* a eu de lourdes conséquences sur le territoire haïtien et particulièrement dans le département de l'Artibonite, où plusieurs quartiers de Gonaïves – couramment vulnérables aux intempéries – ont été inondés, alors même que la ville accueillait un nombre important de victimes du choléra. Les fortes pluies ont provoqué un débordement des rivières, qui a accéléré le processus de transmission de la maladie. À cette occasion, les eaux insalubres se sont propagées dans les rues *via* les latrines et égouts inondés. L'épidémie a alors été libre de s'étendre vers des zones encore non touchées, où le travail de sensibilisation des populations n'avait pas encore commencé.

La logistique humanitaire a aussi souffert de ces conditions climatiques, puisque les inondations ont coupé les voies d'accès vers certains lieux, ralentissant

8. Entretien avec Gérald Serve, directeur de programme pour Acted. Entretien réalisé à Port-au-Prince, le 25 février 2011.

HÉRODOTE

la reprise des activités de prise en charge des malades. Si l'ouragan n'a pas occasionné les dégâts humains et matériels attendus – il a tout de même provoqué la mort de vingt et une personnes –, il a permis par contre à la maladie de se répandre rapidement dans des zones non touchées. À cette période-là, le choléra avait causé 500 décès et infecté plus de 7 000 personnes.

Face au choléra, quelles infrastructures de soins ?

Les centres de traitement du choléra : des structures indispensables

Tout d'abord, bien que des épidémies aient été attendues suite au séisme, le choléra n'est pas une maladie à laquelle étaient préparés les médecins en Haïti, qu'ils soient humanitaires ou locaux, comme l'explique Romain Gitenet, chef de mission Médecins sans Frontières à Port-au-Prince :

C'est une maladie qui n'existait pas avant, on dit qu'il y avait peut-être des cas il y a cent ans, mais on ne peut pas le prouver [...] de plus elle a été éradiquée dans les Caraïbes ; c'est donc une maladie que personne ne connaît, tout le monde en a peur ; et en plus de cela, les médecins ne savent pas la soigner car ils ne la connaissent pas et il n'y a pas non plus de résistance au sein de la population parce qu'il n'y a pas eu de cas précédemment⁹.

Le choléra étant une maladie très contagieuse, les patients ne peuvent pas être pris en charge dans des hôpitaux puisqu'ils seraient alors en contact avec des patients de médecine interne ou chirurgicale, qui à leur tour, pourraient être contaminés. Les patients atteints de choléra doivent donc impérativement être isolés sans entraver l'activité médicale quotidienne, et sans risquer une déficience du service régulier qui serait susceptible d'entraîner des décès par manque de personnel médical.

Les patients sont donc d'abord reçus dans des unités de traitement du choléra (UTC) qui permettent d'apporter les premiers soins aux personnes se présentant avec les symptômes de la maladie et d'orienter les cas les plus sévères vers les centres de traitement du choléra (CTC). Dans ces centres, les patients sont isolés et couchés sur des lits spéciaux qui permettent le passage des excréments dans un seau placé en dessous. Dès leur arrivée, les malades sont traités à l'aide de sels de réhydratation orale, des solutions intraveineuses étant administrées aux patients les plus sévèrement atteints. Les CTC nécessitent un contrôle rigoureux de l'hygiène :

9. Entretien avec Romain Gitenet, chef de mission MSF France à Port-au-Prince, le 2 mars 2011.

une désinfection est effectuée à l'entrée à l'aide d'eau chlorée, des équipes d'hygiène sont chargées de désinfecter la zone de traitement régulièrement, les déchets contaminés sont incinérés et/ou enterrés et un approvisionnement en eau chlorée est nécessaire pour les traitements administrés aux malades. Une fois le patient pris en charge, le rétablissement se fait rapidement dans la majorité des cas.

Au 31 décembre, 95 CTC¹⁰ étaient opérationnels sur l'ensemble du territoire, il n'en restait que 56 au 26 avril 2011, signe d'une décroissance forte du nombre de cas. Alors que la mise en place de ces structures peut se faire assez rapidement, un problème notoire s'est posé : où les installer ?

Quel espace disponible pour ces structures ?

La peur de la contagion a rapidement envahi les esprits : au 23 décembre, le ministère de la Culture et de la Communication faisait état de quarante-cinq décès par lynchage depuis le début de l'épidémie. Les victimes identifiées étant essentiellement des prêtres vaudous « battus à coups de machettes et de pierres avant d'être brûlés dans la rue » [*Haïti Libre*, 2010], accusés de sorcellerie et d'avoir propagé le choléra à l'aide d'une poudre. Des faits inquiétants, d'autant plus qu'ils se sont produits dans un espace précis : le département de Grande-Anse et certaines communes du Plateau central. Pourquoi à cet endroit spécifiquement ? Lors de notre entretien, le professeur Renaud Piarroux m'a précisé que cette région a connu un démarrage explosif de l'épidémie, ce qui peut contribuer à expliquer des actes de panique incontrôlée de la part de la population. De plus, la multiplicité d'organisations évangéliques venues contrer les croyances vaudoues constitue un argument à la mobilisation des foules les plus croyantes et les plus craintives face à la maladie. Dans une société qui s'affirmait jusqu'à tout récemment catholique à plus de 80 %, le protestantisme, et plus précisément les branches évangéliste et pentecôtiste, concernerait aujourd'hui 40 % de la population en Haïti, un chiffre qui atteint 60 % dans les bidonvilles [Goulet, 2004, p. 4]. Enfin, le fait que la source du choléra n'ait pas été clairement expliquée à la population, et que l'ONU ait d'emblée nié son implication dans l'importation de la maladie, indiquant qu'on ne pourrait probablement jamais savoir d'où elle était venue, a contribué à une mystification du choléra. Si l'épidémie a servi de prétexte à des attaques contre des vaudouisants dans un pays à majorité catholique, ces actes sont significatifs des peurs que la maladie a engendrées parmi les Haïtiens.

Dans un tel contexte, installer des structures de soins relève de l'exploit car les habitants ont d'emblée refusé toute installation de CTC près de chez eux, refus

10. Site Internet du MSPP, liste des CTC au 31 décembre.

HÉRODOTE

d'autant plus important de la part de la population des camps de déplacés. De plus, étant donné que ces centres ne peuvent pas être mis en place directement dans les hôpitaux, il a fallu installer les structures de soins sur des terrains non occupés. L'aménagement de ces centres ne s'est donc pas fait en adéquation avec les zones où le besoin était le plus fort mais en fonction des espaces disponibles, toutefois le plus près possible des hôpitaux. De plus, préalablement à leur installation, les CTC nécessitent l'approbation du ministère de la Santé publique et de la Population ainsi que de la mairie de la commune en question.

Soigner le choléra : le rôle des ONG et après ?

Aménager des structures de soins induit notamment d'augmenter le personnel soignant. Trois mois après le début de l'épidémie, la seule section Médecins sans Frontières France avait formé 1 500 employés médicaux haïtiens et déployé 135 expatriés¹¹. Cette formation de personnel local au sein des diverses ONG humanitaires répond à deux attentes : augmenter un personnel insuffisant au sein des ONG et transmettre un savoir-faire pour que, peu à peu, l'épidémie soit prise en charge par le personnel local. Cette transmission, cependant, soulève une question majeure : qui rémunérera le personnel une fois les ONG parties ? En mars 2011, au vu de l'évolution à la baisse des cas de choléra, certaines ONG ont peu à peu quitté les CTC. Ce départ a inévitablement soulevé des inquiétudes concernant la capacité des structures sanitaires, ainsi que celle du personnel local, à affronter une augmentation possible du nombre de cas de choléra, en particulier en raison de la saison des pluies imminente (courant mai). Selon le Bulletin du groupe sectoriel de santé¹², bien que les ONG aient témoigné de leur volonté de continuer à suivre la situation et soient prêtes à revenir si nécessaire, les problèmes de salaires du personnel local et les menaces de grève affectent déjà le service normal dû aux patients en quête de soins médicaux. Sachant que le gouvernement n'est pas en mesure de financer ce personnel, certains départements espèrent recevoir des engagements de la Banque mondiale et ont commencé à chercher des partenaires pour en assurer le financement.

11. Entretien avec Romain Gitenet, chef de mission MSF France à Port-au-Prince, le 2 mars 2011.

12. Site Internet de la Minustah, « Bulletin du groupe sectoriel santé : réponse au choléra et après le tremblement de terre en Haïti », 28.03.2011.

De l'importance de l'accès aux soins

L'épidémie de choléra s'est propagée dans l'Artibonite à partir du Centre, et a par ailleurs débuté dans les deux départements parmi les plus déficients en matière d'accès aux soins. L'Artibonite et le Nord sont des départements limitrophes, aussi le choléra s'est-il vite répandu dans le Nord, région densément peuplée. Les premiers jours ayant été les plus meurtriers, il n'est pas étonnant que les régions proches du lieu d'éclosion de l'épidémie aient été sévèrement touchées. En ce qui concerne Grande-Anse, il s'agit d'un département particulièrement enclavé, ce qui peut expliquer le fort impact de l'épidémie dans cette région, faute d'accès aux soins.

Les territoires affichant le nombre le plus élevé d'hospitalisations dues au choléra, à savoir la capitale Port-au-Prince, les départements du Nord, de l'Artibonite et de l'Ouest, sont des espaces densément peuplés et urbanisés ; le fait que la capitale et les départements cités comprennent de grandes agglomérations peut expliquer l'importance du nombre d'hospitalisations dues au choléra. En d'autres termes, les autres départements, moins peuplés et plus enclavés, ont peut-être connu un grand nombre de cas de choléra mais ils n'ont probablement pas été répertoriés faute d'infrastructures de soins. Le taux de létalité globale indique les endroits où la prise en charge a été la plus effective : le rapport entre le nombre d'hospitalisations et le nombre de décès dus au choléra est le plus faible pour Port-au-Prince ; si la capitale a connu un grand nombre de cas, elle a aussi été le lieu où le nombre de cas fatals a été le plus faible en rapport au nombre d'hospitalisations. De manière quasi identique, l'Ouest, le Centre et l'Artibonite ont aussi bénéficié d'une bonne prise en charge des patients par les différentes ONG qui se sont rendues sur place. À l'inverse, le Sud-Est, Grande-Anse et Nippes ont souffert d'une prise en charge médicale défailante. Ainsi, pour une étude efficiente de l'incidence du choléra sur les différents espaces du territoire haïtien, il est nécessaire de prendre en compte le niveau d'enclavement et la prise en charge des patients.

L'accès aux divers services de santé est donc nettement plus facile en milieu urbain qu'en milieu rural, et plus particulièrement dans l'aire métropolitaine. En effet, alors que 99 % des habitantes de la capitale doivent se déplacer moins d'une demi-heure pour atteindre un hôpital, 19 % des femmes des autres villes et 54 % des femmes issues de milieu rural parcourent un trajet d'une heure ou plus pour atteindre un établissement de santé. La majorité des établissements existants est localisée dans le département de l'Ouest, et à cela s'ajoutent les contraintes liées à la distance à parcourir pour accéder aux infrastructures. Selon les résultats de l'enquête *EMMUS III*, enquête sur la santé des femmes et des enfants en Haïti réalisée sous l'égide de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS),

HÉRODOTE

un quart seulement des femmes, soit 29 %, habitent à moins de cinq kilomètres d'un hôpital ; 40 % d'entre elles doivent parcourir quinze kilomètres ou plus pour accéder à des soins.

Les défaillances de l'aide internationale dans la gestion du choléra

Couramment qualifiée de « République des ONG », Haïti a vu le nombre d'ONG augmenter sur son territoire depuis la fin des années 1980, période durant laquelle régnait une forte instabilité politique. Le séisme n'a fait qu'amplifier la présence d'acteurs internationaux à Port-au-Prince, principale zone sinistrée. L'explosion de l'épidémie dans la capitale, redoutée par les milieux humanitaires, médicaux et épidémiologiques dès l'arrivée du choléra en octobre 2010, n'a finalement pas eu lieu. La présence de nombreux acteurs humanitaires en réponse au séisme a permis d'endiguer rapidement l'épidémie dans la capitale. De plus, les craintes d'une flambée de cas dans les camps de déplacés étaient infondées, puisque ces sites ont été pris en charge dès leur mise en place par diverses ONG qui les ont rapidement équipés en systèmes d'eau et d'assainissement, ce qui a permis de contenir l'épidémie. Alors que le département de l'Ouest concentre plus d'un tiers de la population du pays – 3 664 620 habitants pour une population totale de 9 923 243 habitants en 2009¹³ –, ce territoire a notamment connu un flux important d'aide humanitaire depuis janvier 2010, bien qu'une multitude d'ONG étaient déjà présentes antérieurement. Ce déploiement de l'aide dans le département de l'Ouest, et plus particulièrement à Port-au-Prince, souligne les défaillances de l'aide internationale dans la gestion du choléra, comme l'indique le docteur Unni Karunakara, président international de Médecins sans Frontières : « Tandis qu'une aide substantielle est concentrée à Port-au-Prince, les zones rurales, où le choléra fait des ravages et qui disposent d'un personnel soignant peu expérimenté, ne reçoivent qu'un soutien dérisoire » [Karunakara, 2010]. Alors que l'Ouest est le département le mieux doté en termes d'infrastructures de santé, l'arrivée d'ONG médicales venues aider la population sinistrée n'a fait qu'amplifier cette position privilégiée. Si cette augmentation d'aide est un élément positif, il reste néanmoins qu'elle a renforcé les inégalités d'accès aux soins pour la population haïtienne. En effet, alors que l'accès aux soins de santé primaires en milieu rural et principalement dans les départements de l'Artibonite et du Centre sont les plus déficients du pays, ces départements sont aussi ceux qui ont accueilli les réfugiés du séisme

13. Institut haïtien de statistique et d'informatique, « Population totale, population de 18 ans et plus, ménages et densités estimées en 2009 », mars 2009, p. 10.

en raison de leur proximité avec le département de l'Ouest : au 6 février 2010, l'Artibonite accueillait 162 509 déplacés, et le Centre 90 997¹⁴. Si ces populations se sont déplacées provisoirement après le séisme, elles ont peu à peu retrouvé la capitale pour exercer des activités professionnelles introuvables en milieu rural et, aussi, pour ne pas être oubliées de la reconstruction. Toutefois, il est probable qu'au mois d'octobre, lors de l'arrivée du choléra, beaucoup de Port-au-Princiens étaient présents dans ces deux départements.

**Au niveau infradépartemental :
des disparités au sein de l'agglomération de Port-au-Prince**

La mise en évidence d'une accessibilité aux soins primaires plus importante dans le département de l'Ouest que dans les autres départements du pays n'induit pas une uniformité de cet accès pour tous les habitants du département, et particulièrement ceux de l'aire métropolitaine. Si les zones rurales sont marquées par un accès très limité aux soins primaires par rapport à l'aire métropolitaine, certains territoires compris dans la capitale sont également exclus du système de santé haïtien : les bidonvilles.

**Les bidonvilles : des territoires pour la plupart épargnés par le séisme...
et l'aide internationale**

Port-au-Prince compte plus de 350 bidonvilles [Goulet, 2004, p. 2] où s'entassent 1,8 million de personnes pour une population totale de 2,5 millions d'habitants. Certains bidonvilles ont été fortement frappés par le séisme en raison des constructions en dur des habitations, souvent surélevées d'étages pour faire face à la surpopulation. Toutefois, la plupart de ces cités anarchiques sont faites de structures basses et de toits en tôle, ce qui a limité les dégâts causés par le séisme qui a principalement touché les structures en béton comprenant plusieurs étages. Ces territoires ont donc été en marge de l'aide humanitaire qui s'est principalement portée dans les camps de déplacés. Dans les bidonvilles, le séisme n'a vraisemblablement pas bouleversé la vie des habitants, puisqu'ils ne bénéficiaient pas d'infrastructures antérieurement à la catastrophe : manque d'aqueducs, de système d'égouts et de système routiers. Les problèmes de salubrité publique ne sont pas

14. OCHA, carte des personnes déplacées au 6 février 2010, « Displacement and Population Figures », 7.02.2010.

HÉRODOTE

récents dans les bidonvilles où le ramassage des déchets et l'accès à l'eau potable sont défaillants. Dépourvus de latrines, leurs habitants font principalement leurs besoins à l'air libre, ce qui a constitué un foyer d'infection particulièrement vulnérable face à l'épidémie de choléra. À la mi-novembre 2010, Caroline Seguin, chef de mission choléra pour Médecins sans Frontières, confiait son désarroi : « Notre principale inquiétude porte davantage sur les bidonvilles que sur les regroupements de déplacés, même si quelques cas ont été signalés ici et là » [Talles, 2010] À ce moment-là, la majorité des patients recensés dans les CTC à Port-au-Prince provenaient en effet de bidonvilles.

La répartition territoriale de ces quartiers précaires peut aussi expliquer pourquoi certains ont été oubliés de l'aide internationale, tels ceux situés en périphérie de la ville sur les pentes du Morne de l'Hôpital, l'immense montagne qui domine Port-au-Prince, ou ceux qui ont envahi les zones marécageuses du bord de mer, comme Cité-Soleil, le plus grand bidonville des Caraïbes : il regroupe à lui seul plus de 300 000 personnes. Bien que des programmes de distribution d'eau potable par système de fontaines à eau aient été mis en place dans certains de ces quartiers depuis quelques années, les populations de ces zones sensibles n'ont pas ou peu bénéficié, à l'arrivée du choléra, des distributions d'eau chlorée et des programmes d'eau et d'assainissement organisés par les ONG, contrairement aux camps de déplacés.

Une aide médicale concentrée dans les camps de déplacés de Port-au-Prince

C'est un fait : les camps ont été beaucoup moins touchés par l'épidémie, ce qui tend à confirmer la relative efficacité des mesures d'assainissement et de nutrition des sinistrés, et peut expliquer leur plus grande résistance face au choléra. La situation des camps est facilement compréhensible puisqu'ils ont été aménagés par la communauté internationale suite au séisme, ils ont donc été d'emblée au centre des préoccupations des acteurs de l'aide internationale présents en Haïti : des distributions d'eau potable ont rapidement été mises en place, des latrines installées et de l'alimentation distribuée. Et, pourtant, la promiscuité, le manque d'intimité, la proximité des latrines d'avec les tentes de sinistrés et l'insalubrité sont autant de facteurs qui avaient de quoi inquiéter les déplacés des camps de Port-au-Prince. Une propagation majeure du choléra a donc été évitée par l'aide médicale internationale.

Comment la lutte a-t-elle été menée contre le choléra ?

Il est très difficile de comprendre comment la lutte contre le choléra a été menée, tout comme il est complexe de différencier les données officielles des actions qui se sont effectivement déroulées sur place. Au niveau étatique, l'autorité de référence dans la gestion de la crise sanitaire est le ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) ; dans le cadre de l'endigement du choléra, il s'est associé à la Direction nationale de l'eau potable et de l'assainissement (Dinepa) qui a rapidement augmenté le niveau de chlore dans les réseaux de distribution d'eau afin d'enrayer les bactéries responsables de l'infection. Le MSPP a progressivement élaboré plusieurs phases de réflexion face à la crise. Tout d'abord, le ministère de la Santé a mis en place une cellule d'urgence pour ensuite effectuer une évaluation du problème. Ensuite s'est opérée une mise en relation de tous les acteurs de la santé afin d'évaluer les stocks disponibles pour lutter contre la maladie et, enfin, ces acteurs ont réfléchi ensemble à la réponse adéquate à apporter. Ces phases d'analyse ont été élaborées en étroite collaboration avec les acteurs de l'aide internationale.

Sur le terrain, un système public sous perfusion des financements externes

À une petite échelle, le système national est efficace mais, à l'envergure du pays, le MSPP a besoin d'acteurs tels que la Croix-Rouge, les réseaux communautaires de santé haïtiens, les mobilisateurs communautaires, les ONG et les associations ; c'est ce que m'a expliqué Gérald Serve, directeur de programme pour Acted. À la lecture des informations en ma possession, j'avais le sentiment que, pour un État failli, les autorités publiques telles que le MSPP et la Dinepa avaient répondu avec succès à la crise du choléra et avaient eu une organisation exemplaire en s'alliant avec tous les organismes disponibles. Mais les failles s'illustrent rapidement puisque la Dinepa, autorité publique chargée de l'eau potable et donc responsable de la distribution d'eau chlorée dans les différents sites choisis avec les ONG – cinquante-trois sites à Port-au-Prince en mars 2011 –, ne fonctionne pas avec des financements du gouvernement mais avec ceux de bailleurs de fonds tels que la BID et le gouvernement espagnol, très impliqué dans le secteur de l'eau en Haïti, *via* un Fonds de l'eau et de l'assainissement précédemment mis en place pour l'Amérique latine et la Caraïbe.

De plus, sur le terrain, la Dinepa ne pourrait pas fonctionner seule : elle nécessite l'assistance des ONG impliquées dans le secteur de l'eau. Ainsi, si le gouvernement semble avoir été efficace dans la mise en place d'un plan d'urgence contre le choléra, il n'en reste pas moins que les structures publiques haïtiennes montrent vite leurs limites pour plusieurs raisons. D'une part, la Dinepa est un

HÉRODOTE

jeune organisme créé en mars 2009, ce qui peut expliquer ses limites d'action ; d'autre part, la part des financements extérieurs caractérise un organisme vulnérable ; enfin, les problèmes de corruption menacent la crédibilité de cet organe qui semble pourtant jouer un rôle croissant dans la société haïtienne. Alors qu'au fur et à mesure la situation de crise se réduit, les ONG vont peu à peu reléguer le travail à des institutions publiques comme la Dinépa. Or, avec un système public dépendant de ces organismes, il est prévisible que la gestion de la crise sanitaire que constitue le choléra soit confrontée à des problèmes structurels.

En 2005, les Nations unies ont introduit la notion de responsabilité sectorielle dans la réforme humanitaire, sous le terme de « *cluster* », afin d'améliorer la gestion des différentes crises dans lesquelles l'ONU intervient. Les *clusters*, ou réunions humanitaires, permettent aux différents acteurs d'établir une phase d'évaluation des besoins pour mesurer quelles sont les actions à entreprendre, sous l'égide du Bureau de la coordination humanitaire de l'ONU (Unocha). Dans le cadre du choléra, il s'agit de distribuer des produits d'hygiène – chlore, savon, eau potable – et de déterminer quelles zones nécessitent des CTC, UTC et points de réhydratation orale. Ces réunions forment le paysage de l'aide humanitaire en Haïti et semblent indispensables vues de l'extérieur, puisqu'elles sont censées réunir tous les acteurs d'un même secteur afin de coordonner l'aide sur place. Or, mis à part relayer des informations de base et adopter des mesures au cœur de situations d'urgence qui, par définition, évoluent rapidement, ces réunions ne fournissent pas de soutien technique et répondent avant tout à une visée de communication, sans réellement permettre la coordination des différents acteurs. Les *clusters* représentent donc le dysfonctionnement du système de l'aide humanitaire en Haïti, où les bailleurs de fonds cherchent à asseoir leur influence politique ou économique, *via* le financement d'une aide humanitaire qui n'est pas sans servir leurs intérêts. Il semble peu réaliste que de tels rassemblements puissent permettre une organisation harmonieuse : depuis le séisme, le seul *cluster* de la santé regroupe plus de 420 organisations [Karunakara, 2011]. De plus, ces coordinations sectorielles se font principalement entre les partenaires internationaux et oublient bien souvent les acteurs de l'aide locale ou nationale. La population est aussi exclue de ce processus de coordination, ce qui accentue les risques de tensions sociales et politiques. Ainsi, comme le souligne François Grünewald, directeur du groupe Urgence réhabilitation développement (URD), « le niveau important d'insatisfaction des populations face à l'aide et au rôle de l'État haïtien, les jeux d'acteurs liés aux phases troublées du passé, tout ceci contribue à créer un contexte potentiellement volatil et pour lequel il faut développer une veille très fine » [Grünewald, 2011].

Une aide internationale qui écrase les institutions nationales

L'une des questions que je me suis posées fréquemment lors de ma recherche concerne le système de santé haïtien, privé comme public, face à l'aide médicale des acteurs humanitaires. Face à la fourniture de services gratuits, le secteur de santé haïtien a inévitablement pâti de l'aide internationale. François Grünewald le souligne d'ailleurs en expliquant que, depuis l'arrivée de l'aide humanitaire, « plusieurs hôpitaux et écoles de Port-au-Prince sont maintenant en faillite et les mécanismes d'accès aux services sont complètement à repenser » [Grünewald, 2011]. Avant le séisme, Port-au-Prince bénéficiait de plusieurs types d'intervenants dans le secteur de la santé avec, premièrement, le secteur privé qui comptait une vingtaine de structures médicales (hôpitaux, centres de santé, centres d'examen) proposant des soins de qualité, mais à des tarifs prohibitifs qui proscrivaient à 80 % de la population le recours à ces prestations [Gouzerh, 2010]. D'autre part, le service public offrait une alternative peu performante avec des équipements défectueux, un personnel souvent absent, et une pratique du recouvrement des coûts peu encadrée. Comme dans de nombreux pays en développement, les bailleurs déjà concernés par le cas haïtien avant le séisme ont fait le choix de favoriser le secteur privé de santé au détriment du public. Parallèlement, par le financement de quelques ONG, les bailleurs comptaient offrir des services de base dans le but d'atténuer l'exclusion des soins de la grande majorité des Haïtiens. Deux éléments ont modifié le paysage sanitaire préexistant au séisme : l'arrivée massive d'ONG et la captation des ressources humaines nationales qualifiées ; les ONG, proposant des salaires démesurés par rapport au salaire haïtien, ont privé les structures locales de leurs meilleurs médecins. D'une manière certaine les ONG médicales ont toutefois permis la mise en place de filets de secours, puisqu'elles ont eu la capacité de récupérer les patients les plus pauvres qui ne pouvaient pas compter sur le service public. À ce titre, il est indéniable que l'accès aux soins pour la population la plus démunie a considérablement augmenté depuis le séisme grâce aux ONG médicales. Mais l'arrivée des ONG s'est caractérisée par l'engorgement massif de dons de particuliers venus de leurs pays d'origine, dons dépassant les prévisions les plus optimistes. Nombre d'entre elles ont donc pu se passer des financements traditionnels des bailleurs de fonds ; elles ont donc échappé à la tutelle du gouvernement haïtien, des Nations unies et des bailleurs. S'en sont ensuivies des installations anarchiques de structures de santé sans s'inquiéter de l'offre de soin préexistante, et des collaborations spontanées avec des partenaires privés ou publics sans visibilité au-delà de quelques semaines. Quant aux structures médicales haïtiennes privées, elles ont immédiatement répondu aux urgences post-séisme en offrant gratuitement des soins à la population, les conséquences financières pour ce secteur se sont rapidement fait sentir, dans la mesure où elles

Herodote, n° 143, La Découverte, 4^e trimestre 2011.

HÉRODOTE

ont fonctionné durant plusieurs mois sans revenus, et sont aujourd'hui pour certaines en cessation de paiement. Une partie de l'offre de soins risque donc, à terme, de disparaître et, même si elle ne touchait qu'une minorité d'Haïtiens, cela pose le problème d'une mauvaise gestion sur place par les ONG médicales internationales. Actuellement, les ONG sont en passe d'épuiser l'argent provenant des dons des particuliers, et vont devoir se soumettre aux volontés des bailleurs, répondant plus à des exigences utopiques que pragmatiques. Le secteur de la santé en Haïti doit bénéficier de crédits de la coopération bilatérale ou multilatérale pour se transformer, et il n'est pas surprenant que les gouvernements ayant proposé leur aide soient principalement situés sur le continent américain : Brésil, Venezuela, Cuba, États-Unis et Canada. Situé à la frontière Nord/Sud de ce continent, Haïti constitue un enjeu en termes de représentation médiatique et politique de ces différents États. Des accords ont d'ores et déjà été signés récemment entre le MSPP et Cuba qui coopère depuis plusieurs années à l'amélioration des services de santé haïtiens, ainsi qu'entre le MSPP et le Brésil. Ces accords tendent à renforcer le service public dans le cadre de l'élaboration de la nouvelle carte sanitaire de la capitale haïtienne.

Dès lors, la survie du système privé de santé en Haïti n'est touchée que de façon anecdotique par les ONG, comme l'explique Romain Gitenet :

Avant il y avait effectivement un système privé plus structuré, mais il y avait deux sortes de système privé : l'un était corrompu, les infections post-op étaient régulières, et il y avait un système privé qui marchait beaucoup mieux avec une hygiène acceptable et une certaine connaissance médicale. Il y avait les deux, et le meilleur système était pour les très riches, les trop riches, eux, allant se faire soigner à Miami. Donc le système privé n'était pas très bien régulé et pas suivi ; il s'est écroulé avec le séisme, a eu du mal à reprendre, beaucoup d'ONG sont arrivées et ont fait une offre de soins gratuits. Le problème, c'est qu'on ne parle que de soins primaires ; on ne parle pas de soins secondaires alors que c'est ici que l'on sauve des vies, et le taux de mortalité c'est d'abord l'hospitalisation, la chirurgie, les urgences médicales, ce n'est pas la bobologie du médecin généraliste qui va faire des consultations externes. Nous, on en a fait beaucoup après le séisme et on en est sortis¹⁵.

Mais, sur place, les enjeux actuels relèvent d'une compétition rude entre les tenants de la privatisation comme modèle spécifique de développement et les adeptes d'un service public capable d'offrir des soins aux plus démunis. Le lobbying actif de certains hôpitaux privés contre les ONG, comme me l'a décrit le chef de mission MSF à Port-au-Prince, constitue une stratégie pour attirer l'attention des bailleurs de fonds en leur faveur. En somme, des choix politiques se

15. Entretien avec Romain Gitenet, chef de mission MSF à Port-au-Prince, le 2 mars 2011.

dessinent actuellement en Haïti et l'avenir témoignera si ces prises de décision ont tenu compte de la population haïtienne ou ont seulement répondu à des volontés de représentation gouvernementale.

Conclusion

La lecture ici proposée de l'épidémie de choléra en Haïti rend compte d'une combinaison particulière de données naturelles, sociales et spatiales qui agissent alors dans le pays. Fortement affaibli par le séisme du 12 janvier 2010, l'espace haïtien a accueilli en un court laps de temps des milliers de partenaires de l'aide internationale sans que des mesures sanitaires irréprochables soient mises en place, une situation qui, à ce moment donné, a favorisé la propagation rapide de la maladie. L'incapacité de l'État haïtien à faire face à une épidémie de cette ampleur a conduit des milliers d'ONG à s'emparer de la question du choléra, provoquant un éparpillement des initiatives, favorisant des approches par projet avec un manque de coordination important dans un contexte de crise. L'absence de cadre d'intervention clair à l'échelle nationale a engendré une situation floue à efficacité limitée. Il semble que les différentes organisations en présence sont parfois complémentaires, souvent en rivalité, et doivent composer avec les instances publiques et surtout s'y confronter.

Bibliographie

- AlterPresse.org (2010), « L'État haïtien doit fixer la responsabilité de la MINUSTAH, selon le RNDDH », 4 novembre.
- BARON A. (2010), « Haïti : le choléra fait aussi des victimes en prison », <www.rfi.fr>, 16 novembre.
- BENKIMOUN P. (2010), « Des Américains s'inquiètent de l'introduction du variant sud-asiatique du choléra en Amérique », <www.lemonde.fr>, 11 décembre.
- France-Info.fr (2011), « Le choléra est la maladie qui fait peur », 3 février.
- GOULET J. (2004), « Les pauvres qui construisent la ville : réseaux et stratégies dans les bidonvilles de Port-au-Prince », 7 p., communication.
- Gouzerh D. (2010), « La santé en Haïti, un service public ou un système privé ? », Humanitaire Blog *Libération*, 26 juin.
- GRÜNEWALD F. (2011), « Les enseignements de la catastrophe », *Revue humanitaire*, 19 janvier, <http://humanitaire.revues.org/index892.html>
- Haïti Libre* (2010), « Peur du choléra et lynchages en série », 24 décembre.
- Haïti Libre* (2010), « Santé : Fidel Castro, 12 ans de collaboration cubaine », 28 décembre.
- KARUNAKARA U. (2010), « Les défaillances du système d'aide internationale dans le contrôle de l'épidémie de choléra en Haïti », blog Médecins sans Frontières (MSF), 29 décembre.

HÉRODOTE

- KARUNAKARA U. (2011), « Haïti : les défaillances de l'aide internationale », blog MSF, 12 janvier.
- LABOY-NIEVES E., GOOSEN M. et EMMANUEL E. (dir) (2010), *Environmental and Human Health : Risk Management in Developing Countries*, Taylor and Francis, Londres, 290 p.
- PIARROUX R. (2010), « Rapport de mission sur l'épidémie de choléra en Haïti », décembre, 9 p.
- PIARROUX R., BARRAIS R., FAUCHER B. *et al.* (2011), « Understanding the cholera epidemic, Haiti », *Emerging Infectious Diseases*, vol. 17, n° 7, disponible sur <http://www.cdc.gov/eid/content/17/7/1161.htm>
- POSTAIRE E. (1997), *Les Épidémies du xxi^e siècle*, Éditions L'Âge d'Homme, Lausanne, 95 p.
- Radio Canada (2011), « Un an après le séisme Haïti se souvient », 12 janvier.
- Radiokiskeya.com (2010), « Choléra : plusieurs centaines de manifestants réclament à Mirebalais le départ des Casques bleus », 29 décembre.
- REDON M. (2010), *Des îles en partage, Haïti et République dominicaine, Saint-Martin, Timor*, Éditions de l'Université d'État d'Haïti, Presses universitaires du Mirail, 324 p.
- RETAILLE D. (dir.) (2006), *La Ville ou l'État ? Développement politique et urbanité dans les espaces nomades ou mobiles, Mauritanie, Sénégal, Inde et retour*, Publications des université de Rouen et du Havre, 319 p.
- SUR S. (dir.) (2006), « Les catastrophes naturelles », *Questions internationales*, La Documentation française, n° 19, Paris, mai-juin, 128 p.
- TALLES O. (2010), « Le choléra ravage les bidonvilles de Port-au-Prince », *La Croix*, 19 novembre.