

Soins de base après le tremblement de terre de Port-au-Prince du 12 janvier 2010

Gazin P, Hartmann B, Muanza Beaugé B, Westermeyer E

Croix-Rouge Française, Relations et opérations internationales, Paris, France

Med Trop 2010 ; 70 : 217-218

RÉSUMÉ • Des soins de base effectués dans des camps de sinistrés du tremblement de terre à Haïti ont permis d'observer une population en relativement bon état général et d'avoir une fonction de dépistage précoce des éventuelles épidémies.

MOTS-CLÉS • Haïti. Tremblement de terre. Soins de base. *Emergency Response Unit* (ERU).

OBSERVATIONS DURING BASIC CARE AFTER THE EARTHQUAKE IN PORT-AU-PRINCE, HAITI ON JANUARY 12, 2010

ABSTRACT • Provision of basic health care to earthquake victims in camps in Haiti indicated that the population was in relatively good health. It also allowed early detection of possible epidemic outbreak.

KEY WORDS • Haiti. Earthquake. Basic health care. *Emergency Response Unit* (ERU).

Le tremblement de terre du 12 janvier 2010 à Haïti est caractérisé par son épicentre à Carrefour, un quartier du sud-ouest de Port-au-Prince, sa magnitude de 7, élevée mais loin des tremblements les plus violents, sa faible profondeur qui ont entraîné des effets dévastateurs sur les bâtiments parfois construits à l'économie sur des terrains instables (figure 1). Survenu à 16 heures 53, heure locale, le séisme a touché une population en activité dans les bureaux, les écoles, les hôpitaux, les entreprises. Les écoliers, les étudiants et les enseignants ont été particulièrement atteints et ensevelis lors de l'effondrement de nombreux bâtiments.

Les blessés ont été initialement pris en charge par les survivants dans le contexte d'une totale désorganisation des services de soins, des forces de sécurité civile, de l'appareil administratif en général et des communications.

Deux jours après la remise en service de l'aéroport par l'armée américaine, les aides extérieures ont débuté leur intervention directe auprès des blessés ainsi que la recherche des victimes ensevelies par des équipes spécialisées provenant de divers pays.

La Fédération internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge a déployé 21 *Emergency Response Unit* (ERU) (figure 2). Ces unités sont spécialisées dans des domaines essentiels en cas de



Figure 1. Déblaiements de maison partiellement détruite, quartier du Parc Manguana à Port-au-Prince © IMTSSA

désastre : approvisionnement en eau, assainissement, communications, hébergement provisoire, soins médicaux de base. Elles

sont organisées et équipées par les sociétés de Croix-Rouge ou Croissant-Rouge nationales en prévision de catastrophes naturelles ou humaines. La Croix-Rouge française (CRF) a envoyé trois ERU spécialisées dans l'apport en eau et dans l'assainissement, dans la fourniture de matériel et dans les soins de base. Le temps moyen de présence des bénévoles était de trois semaines.

L'ERU Soins de base a été opérationnelle à partir de début février. Quatre équipes mobiles ont été constituées, composées d'un responsable CRF médecin ou infirmier, d'un chauffeur et de personnel de santé haïtien. Ces derniers étaient soit des médecins confirmés, soit de jeunes méde-



Figure 2. Vaccination de masse des enfants et adolescents à Port-au-Prince. Cette vaccination vient en complément des vaccinations régulièrement effectuées avant le tremblement de terre © IMTSSA

• Correspondance : gazin@mpl.ird.fr
• Article reçu le 30/03/2010, définitivement accepté le 29/05/2010.



Figure 3. La boue après la pluie, camp de Parc Manguana à Port-au-Prince © IMTSSA

cins effectuant leur année obligatoire de service civil, soit des étudiants en médecine disponibles du fait de la destruction des facultés et employés comme infirmiers, soit des infirmiers. Chacune de ces équipes se rendaient le matin dans un des 18 camps de sinistrés dont elle avait la charge. Ces camps «spontanés» sont organisés par quartier et/ou par appartenance religieuse (importance des églises évangéliques et de leurs leaders). Ils sont denses, environ 3000 personnes/hectare, dormant sous des tentes ou sous des abris de fortune. Ils sont situés sur des zones plates non construites, souvent des terrains de sport avec un mauvais drainage des eaux de pluie. La boue est ainsi un élément omniprésent (figure 3). Les équipes mobiles étaient présentes deux fois par semaine pendant la période d'urgence (figure 4). Leur présence a été réduite à une fois par semaine dans la phase de post-urgence à deux mois du séisme sauf pour les camps de plus de 15 000 personnes. Les responsables des camps étaient informés la veille, donnaient leur accord et pouvaient ainsi signaler notre passage à la population.



Figure 4. Soins par une équipe mobile dans un quartier périphérique de Port-au-Prince.

De 40 à 120 consultations étaient faites chaque jour par chacune des équipes, soit un total de 12 600 consultations en sept semaines au sein d'environ 40 000 sinistrés.

Les soins, effectués sous une tente ou sous un abri sommaire, consistaient en un interrogatoire, en créole, un examen physique limité par le manque d'intimité, plus approfondi pour les jeunes enfants que pour les adultes (figure 4). L'état nutritionnel des moins de cinq ans était mesuré par le périmètre brachial et par la pesée, les âges étant connus. Une réponse à la plainte ou à la maladie était donnée sous forme de gestes ou de traitements, de conseils ou de référencement vers un des hôpitaux en fonction (hôpital «classique» ou hôpital de campagne déployé depuis le tremblement), éventuellement de prescriptions.

Les demandes de soins étaient le plus souvent motivées par des douleurs abdomino-pelviennes ou ostéo-articulaires, des céphalées, une toux ou une fatigue. Ces plaintes fonctionnelles pouvaient être la voie d'appel pour une détresse importante jamais annoncée d'emblée. Les infections respiratoires étaient présentes mais rares, les infections cutanées fréquentes en particulier chez les enfants (16% des consultations pédiatriques). Le paludisme, souvent évoqué en cas de fièvre réelle ou supposée, était rare (quatre cas confirmés par test immunologique). Si la diarrhée était un motif de consultation fréquent chez l'enfant, celles nécessitant une hospitalisation avec une déshydratation supérieure à 10% du poids du corps étaient rares. Nous n'avons eu à déplorer qu'un décès lié à une déshydrata-

tion. Les malnutritions étaient rares, le plus souvent modérées et observées chez des enfants dans des situations particulières telles que l'abandon par la mère (49 cas de malnutrition parmi 1913 consultations de moins de 5 ans soit 2,5%). Nous avons eu de fortes suspicions d'abus sexuels sans que cela ne soit jamais clairement énoncé par les patientes. Une orientation psychologique leur était proposée après une prévention des MST.

Les demandes des patients ont rapidement évolué vers la prise en charge de pathologies chroniques déjà connues : hypertension artérielle, diabète, asthme, ou des demandes de contraception ou de suivi de grossesse ou encore consultations spécialisées, en particulier en ophtalmologie.

Les activités de soins de base réalisées dans les camps ont apporté un réconfort certain à la population par l'écoute, par le don de médicaments y compris de confort, utiles dans ces circonstances, par les conseils, par le référencement pour les cas graves. Elles ont permis de constater l'absence d'épidémie et un bon état nutritionnel. Cette situation, vraie début mars 2010, est susceptible d'évoluer, peut-être brutalement.

Le bon état somatique de la population était dû à l'accès à l'eau potable dans la plupart des camps (apport quotidien d'eau par camion et contrôle sur place de la teneur en chlore), aux travaux d'assainissement, à la distribution massive de nourriture et enfin, et surtout, à la remarquable capacité d'organisation et d'adaptation de la population (figure 5).

La dévolution des activités de soins de base ainsi que celles des ERU, à des acteurs nationaux pour le moyen et le long terme, est aujourd'hui la préoccupation principale. L'absence d'épidémie sera, si elle se maintient, le meilleur critère d'efficacité de l'ensemble des actions de réponse au désastre. ■



Figure 5. Distribution quotidienne d'eau potable par camion dans un quartier de Port-au-Prince. Un comité de quartier assure le bon entretien et la surveillance du matériel de stockage © IMTSSA