

## Les réponses à l'épidémie de choléra à Port-au-Prince (Haïti) en décembre 2010

Gazin P<sup>1</sup>, Louissaint M<sup>2</sup>

1. Croix-Rouge Française

2. Croix-Rouge Haïtienne

*Med Trop* 2011 ; 71 : 428-430

**RÉSUMÉ** • Le choléra, présent depuis octobre 2010 en région rurale au nord de Port-au-Prince, a atteint la région métropolitaine d'Haïti en novembre. La nouveauté de la maladie sur ce territoire, les insuffisances du système de soins, de la fourniture d'eau propre et d'évacuation des déchets, l'importance des dégâts causés par le tremblement de terre du 12 janvier 2010, la présence d'une importante population de sinistrés vivant dans des camps ont fait craindre une évolution vers une catastrophe sanitaire. Cependant, après deux mois, la maladie apparaît relativement contrôlée et surtout bien soignée avec un taux de létalité inférieur à 1% dans la zone métropolitaine. Les réponses apportées par le ministère de la Santé en coordonnant les actions de nombreux intervenants humanitaires sont pour une part à l'origine de cette situation.

**MOTS-CLÉS** • Choléra. Port-au-Prince. Haïti.

### TITRE ANGLAIS

**ABSTRACT** • Cholera, that had been present in rural areas north of Port-au-Prince, Haiti since October 2010, reached the urban area in November. Due to the novelty of the disease in this region, to the lack of health care, clean water, and waste disposal facilities, and to the extensive damage caused by the earthquake on January 12, 2010, that left a large victim population living in camps, a large-scale health disaster was feared. However, after two months, the disease appeared to be relatively well-controlled and treated with a fatality rate of less than 1% in the urban area. Actions implemented by the Ministry of Health long with its efforts to coordinate the intervention of the many humanitarian partners played a role in this outcome.

**KEY WORDS** • Cholera. Port-au-Prince. Haiti.

L'épidémie de choléra à Port-au-Prince a commencé début novembre 2010 probablement apportée par des porteurs sains ayant fuit la plaine de l'Artibonite où la maladie est apparue de manière particulièrement violente et brutale à la fin du mois d'octobre (1). Le choléra a suscité de fortes inquiétudes du fait de la concentration de la population dans la région métropolitaine (entre 2,5 et 3 millions d'habitants selon les estimations), de la faiblesse ou de l'absence d'infrastructures pour la délivrance d'eau propre et pour l'évacuation des eaux usées ainsi que des excréta, et du nombre de sinistrés du tremblement de terre résidant encore dans des camps (2). Ces camps se caractérisent par la densité de la population (une famille de cinq personnes ne dispose que de 15m<sup>2</sup> et les tentes ne sont séparées que par d'étroits passages), la difficulté à y maintenir l'apport d'eau propre à évacuer des excréta collectés dans des latrines plus ou moins utilisées. Les déchets solides, aux-

quels sont souvent mêlés des fèces émises dans des sacs en plastique rapidement déchirés par les animaux, sont également un problème. La population des camps, qui a diminué au cours des derniers mois, peut être estimée en décembre 2010 entre 500 000 et un million de personnes (3). Cet article présente la situation à Port-au-Prince en décembre 2010.

### La stratégie face à l'épidémie de choléra

L'ensemble des actions de santé et d'assainissement est sous la direction du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) (4). La coordination entre les nombreux intervenants humanitaires, les agences des Nations unies, les acteurs nationaux se fait au cours de réunions de clusters (eau et assainissement, santé, habitat).

### Les actions de santé

Les actions du MSPP pour Port-au-Prince sont prévues et organisées selon quatre axes (5) :

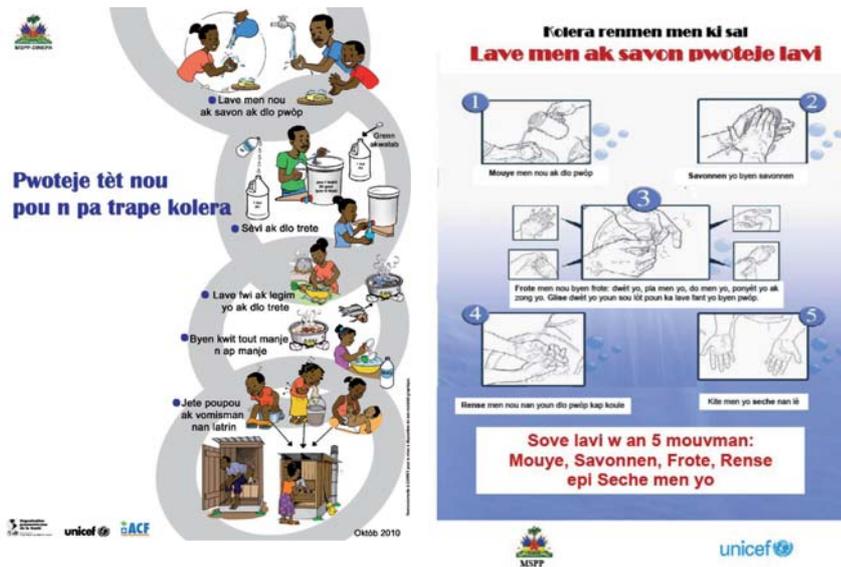
- Protection des familles au niveau communautaire.
- Renforcement de 80 centres de santé de la zone métropolitaine.
- Prise en charge des cas sévères au niveau de centres de traitement du choléra (CTC), d'unités d'accueil et de stabilisation du choléra (UTC) et des huit principaux hôpitaux.
- Mise en place d'un centre opérationnel pour assurer la direction et l'harmonisation des activités.

### Protection des familles

- Diffusion de messages d'information et de prévention par affiches, par les radios en particulier « communautaires », par la télévision, par des camions sonorisés.
- Utilisation d'agents communautaires dans les zones les plus peuplées et les plus vulnérables pour identifier les patients souffrant de diarrhées, leur fournir des sa-

• Correspondance : pierre.gazin@ird.fr

• Article arrivé le 02/02/2011, définitivement accepté le 20/09/2011



Figures 1 et 2. Affiches en créole sur des mesures d'hygiène pour la prévention du choléra.

chets de sels de réhydratation orale pour un premier traitement et les référer aux CTC.

- Mise en place progressive d'un réseau de postes communautaires de prévention et de détection des cas sur la base d'un pour 25 familles.

*Renforcement de 80 centres de santé de la zone métropolitaine*

Ces centres de santé déjà existants sont renforcés pour devenir des UTC permettant de faire le tri des malades, de les réhydrater par voie orale ou intraveineuse et de référer les cas sévères dans les CTC. Ces centres devraient théoriquement être en fonction 24 heures sur 24. Un numéro de téléphone est mis en place pour faciliter la prise en charge et le transfert des malades vers les centres de traitement. Le service ambulancier de la Croix-Rouge Haïtienne est renforcé.

*Prise en charge cas sévères*

Il s'agit de déployer dix CTC avec une capacité de 200 lits chacun en périphérie de la zone métropolitaine et de renforcer les huit principaux hôpitaux de Port-au-Prince.

**Les actions sur l'environnement**

L'acteur majeur pour les actions d'assainissement et de fourniture d'eau propre est la Direction Nationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement (DINEPA). Cette agence, créée en 2009, a pour mission d'agir au niveau national pour as-

surer l'apport d'eau potable et gérer les eaux usées et les excréments. La DINEPA est engagée dans un plan de réponse à l'épidémie sur 14 mois avec une première phase d'urgence de trois mois (6). Les principaux éléments sont :

- Assurer la chloration des réseaux d'adduction d'eau d'ici un an, avec une priorité pour ceux du bassin de l'Artibonite.
- Contrôler les réseaux privés de vente d'eau rendue potable par osmose inverse.
- Evacuer les excréments vers des sites de traitement agréés.
- Fournir des latrines à une grande partie de la population urbaine et rurale.
- Fournir des pastilles de chlore (Aquatabs®) à ceux qui utilisent des eaux de surface comme eau alimentaire.
- Communiquer auprès de toute la population sur les moyens de rendre et de garder l'eau potable et sur l'évacuation des eaux usées ainsi que des excréments.

**La réalité sur le terrain à Port-au-Prince**

**Les activités Santé**

*La communication*

En décembre 2010, les actions de communication fonctionnent. Les principales organisations non gouvernementales et les agents communautaires participent à ces actions d'information, avec une intensité variable selon les quartiers. Les

affiches sont en créole, les messages sont pertinents et aisés à comprendre (fig. 1-2).

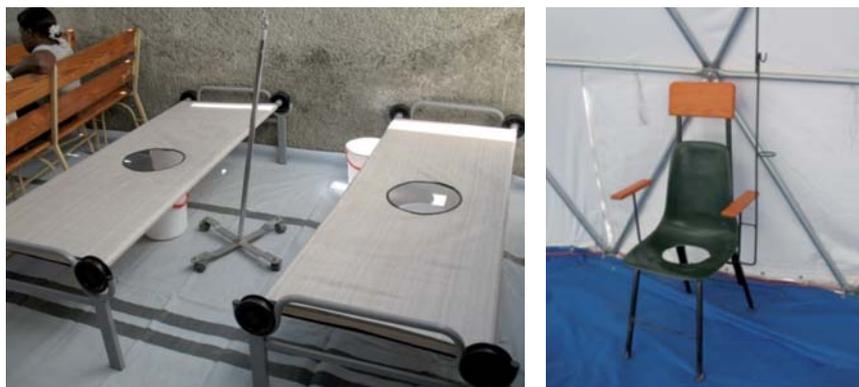
Ces messages sont-ils compris ? Pour une part oui, mais avec des interprétations parfois singulières. Le choléra semble bien être perçu comme une maladie de la saleté, des mains sales, du contact avec les excréments. Il en est d'autant plus stigmatisé, compris comme quelque chose dont il faut rester éloigné. Pour certains, les cholériques sont de « mauvais malades » dont il faut s'écarter. La survenue de la maladie, nouvelle à Haïti, est vécue par une partie de la population comme faisant partie d'un complot contre le pays, contres les élections. Il y a des suspensions « d'empoisonnement » volontaire de l'eau (7).

*Les centres de santé*

Les centres de santé de la zone métropolitaine peuvent être classés en :

- Petits centres communautaires dirigés par un infirmier auxiliaire faisant essentiellement un travail de PMI et de planning familial. Ces centres obtiennent une partie de leurs revenus du paiement direct des actes. Ils ont souvent d'importantes activités d'information et de suivi dans la population avoisinante par des agents communautaires directement reliés à eux.
- Grands centres de soins publics offrant en principe une large gamme de soins et l'accès à un médecin quand cela est nécessaire.
- Centres médicaux sous la responsabilité d'un médecin haïtien.

Le personnel de ces centres reçoit sur place des formations pratiques portant sur les modalités de transmission du choléra, sur la prise en charge des malades, sur les techniques de décontamination. L'accueil des suspects de choléra reste cependant très divers selon les centres. Le personnel ainsi que les patients consultant ces centres ne veulent souvent pas être mêlés aux patients suspects de choléra. Ce refus se manifeste à travers de nombreuses situations : le matériel de décontamination est présent mais trop bien rangé, donc pas accessible et pas en fonction, la place pour installer un lit ou une chaise percée manquerait (fig. 3-4), il est affirmé qu'il n'y a pas de suspect de choléra dans le quartier, l'installation d'un panneau informant que le centre accueille les cholériques est refusée. Contrairement au souhait du MSPP, ces centres ne continuent à fonctionner que du lundi au vendredi, de 8 heures à 14 heures environ. En pratique, ce n'est



Figures 3 et 4. Lits et chaise percés utilisés pendant l'épidémie de choléra à Port-au-Prince.

que dans les centres dirigés par un médecin énergique et décidé que l'accueil et la prise en charge des cholériques fonctionnent.

Est-ce dramatique ? Non dans la situation à Port-au-Prince en décembre 2010. Le nombre de suspects de choléra, 2000 à 5000 par semaine, est faible par rapport à la population (incidence hebdomadaire comprise entre 1 et 2 pour 1000) (8). Les cholériques, qui savent n'avoir qu'un accueil temporaire dans les centres de santé, vont le plus souvent directement dans les CTC.

#### Les points de réhydratation orale

La fonction des points de réhydratation orale est de permettre une prise en charge immédiate des suspects de choléra, à proximité de leur lieu de vie. Il s'agit de relais avant le transfert des malades confirmés vers un CTC. Ces relais fonctionnent dans les camps où ils sont organisés et soutenus matériellement par les nombreux acteurs humanitaires présents depuis le tremblement de terre.

#### Les centres de traitement du choléra

A la mi-décembre, huit CTC fonctionnent dans la zone métropolitaine 24 heures sur 24 avec un fort soutien matériel, financier et humain par les organisations humanitaires. Contrairement à la recommandation initiale du MSPP, ils sont pour la plupart situés dans l'agglomération. Leur personnel haïtien, spécialement recruté et payé pour cette mission, travaille dans la plupart d'entre eux au contact de personnel de santé expatrié. Leurs résultats, appréciés sur le taux de létalité inférieur à 1%, sont bons. Le total des décès par choléra, y compris ceux observés en dehors des structures de soins, est de 210 morts à la mi-décembre 2010.

#### Les activités d'assainissement

La création ou la remise en fonction de réseaux de distribution d'eau traitée est une activité de long terme. Les petites structures privées qui fournissent actuellement de l'eau potable en bouteilles de cinq gallons sont utiles. Cependant, le coût de cette eau est élevé et n'étant pas chlorée, elle peut contenir des germes fécaux dont le *Vibrio* dès qu'elle n'est plus dans un récipient propre. La distribution massive de pastilles de produit désinfectant pour un ou cinq gallons d'eau est une réalité. Sont-elles toujours bien utilisées ? Des concentrations trop élevées de chlore dans les réserves familiales semblent être fréquentes. Il arrive qu'une personne dans un souci de protection absorbe directement un comprimé d'Aquatabs®. L'information n'est donc pas toujours bien comprise. Un point fondamental pour la réalisation d'une véritable politique de long terme d'assainissement est que l'eau soit payée à un juste prix permettant l'entretien du réseau d'adduction ainsi que du réseau d'élimination des eaux usées. Il s'agit d'un choix politique fort que la société haïtienne fera ou ne fera pas.

L'élimination des excréments est particulièrement difficile. Actuellement, ceux qui sont collectés dans des latrines sont évacués vers un champ d'épandage situé à Truitier, au nord de la ville, sans autre traitement que d'être exposés à l'action du soleil. Les riverains de cette zone s'en plaignent et craignent une contamination. Un véritable centre de traitement des excréments est prévu mais il n'est pas encore réalisé. Une grande partie des excréta ne connaît pas d'autre traitement que le dépôt individuel, leur éventuelle consommation par des animaux et leur lessivage lors des fortes pluies.

#### Conclusion

A la fin de l'année 2010, le choléra est installé dans la zone métropolitaine de Port-au-Prince. Les conditions environnementales de cette grande et pauvre agglomération, aggravées par les destructions du tremblement de terre et par la présence de centaines de milliers de sinistrés, ont fait craindre une épidémie catastrophique. En dépit de ces éléments, la situation est relativement sous contrôle. La stratégie mise en place par le Ministère de la Santé ainsi que son activité de coordination sont efficaces. Les actions réalisées par les nombreux acteurs humanitaires complètent celles des acteurs haïtiens. C'est en zone rurale, en particulier dans les mornes difficilement accessibles, que la situation est la plus mauvaise, avec un taux de létalité de quatre à dix fois celui de Port-au-Prince. Le milieu urbain bénéficie du meilleur niveau général d'instruction de sa population ainsi que de l'offre importante de soins par les centres de santé déjà présents, par les points de réhydratation orale et par les centres de traitement du choléra mis en place à partir de novembre. ■

#### RÉFÉRENCES

1. Piarroux R, Barraix R, Faucher B, Haus R, Piarroux M, Gaudart J, Magloire R, Raoult D. Understanding the cholera epidemic, Haiti. *Emerg Infect Dis.* 2011 ; 17: 1161-8.
2. Webster PC. Lack of clean water exacerbates cholera outbreak in Haiti. *CMAJ*; 183: E83-4.
3. Migration IOF. Rapport du 9/12/2011, 2011.
4. Dowell SF, Tappero JW, Frieden TR. Public health in Haiti-challenges and progress. *N Engl J Med* ; 364 : 300-1.
5. Ministère de la Santé et de la Population. Cholera Inter-Sector Response Strategy for Haiti Nov. 2010 – Dec. 2011. OCHA ed, Geneva, 2011, p. 23. <http://reliefweb.int/node/374535>
6. Direction nationale de l'eau potable et de l'assainissement (DINEPA). Stratégie nationale de réponse à l'épidémie de choléra. Version 1.0 du 18/11/2010, 24 pages ([http://www.dinepa.gouv.ht/newsletter\\_dinepa](http://www.dinepa.gouv.ht/newsletter_dinepa)).
7. Grimaud J et Legagneur F. Community beliefs and fears during a cholera outbreak in Haiti. *Intervention*, mars 2011, 9, 26-34.
8. OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs). Situation reports Cholera Haiti, n° 17 à 31, 2010 (<http://www.unocha.org/>).