Expert santé du mécanisme de protection civile de l'Union européenne. Haïti 2016, ouragan « Matthew »

H. Lefort[a,b], J. Pannetier[c,d], O. Bon[a,e], P. Gindre[a,f], H. Marsaa[a,g], S. Travers[a,h,g], F. Peduzzi[a,i]

a Expert santé, Mécanisme européen de protection civile.
b Structure des urgences, Hôpital d'instruction des armées Legouest, BP 90001 – 57077 Metz Cedex 03.
c Service d'accueil des urgences, Samu 72, Centre hospitalier Le Mans, 194 avenue Rubillard – 72000 Le Mans.
d Référent de mission Réserve sanitaire, Santé publique France, 12 Rue du Val d'Osne – 94410 Saint-Maurice.
e Unité d'instruction et d'intervention de la sécurité civile n° 1. Parc naturel régional du Perche, 29 Rue de Sully – 28400 Nogent-le-Rotrou.
f Brigade de sapeurs-pompiers de Paris, 1 place Jules Renard – 75017 Paris.
g Groupement santé, Bataillon de marins-pompiers, 9 boulevard de Strasbourg – 13233 Marseille Cedex 20.
h École du Val-de-Grâce, 1 place Alphonse Laveran, 75230 Paris Cedex 05.
i 2e Centre médical des armées, 12e Antenne médicale, route de Gizy – 78129 Vélizy Villacoublay.

Résumé

Situation générale : la protection civile est une aide d'origine gouvernementale permettant à une nation de répondre au mieux pendant ou après une catastrophe pour la protection des personnes et des biens. Elle peut être en nature, par l'envoi d'équipes spécialisées dans la gestion de crises spécifiques ou pour l'évaluation et la coordination sur site. Le « Mécanisme » européen de protection civile (EUCPM), créé en 2001, a pour but de permettre la coopération et la mise en commun des moteurs de résilience nationaux afin d'augmenter la pertinence et l'efficience de la réponse à la crise entre 32 pays participants. Il peut être activé sur demande par tout pays dans le monde. Les missions sont d'une grande complexité, à haute responsabilité en milieu international à l'instar de leurs intensités, dans l'incertitude des premiers instants de la crise, des hommes et des institutions participantes. Mission : l'ouragan « Matthew » dévastait la partie ouest de Haïti le 4 octobre 2016, le gouvernement demandant d'emblée à l'Union européenne d'activer le Mécanisme. Une équipe de cinq experts, dont un expert santé, était mise en place du 7 au 26 octobre pour la Commission européenne. Les missions étaient notamment de faciliter la coordination, le déploiement, la mise en place et le retrait de l'aide reçue par Haïti de la part des états membres de l'Union européenne, d'appuyer les autorités nationales et les Nations unies pour évaluer la situation et faciliter la coordination, d'identifier les besoins et le type d'assistance nécessaire en protection civile et formuler les recommandations. Ce fut notamment au profit de la plus grosse unité d'épuration d'eau d'origine française des Unités d'instruction et d'intervention de la sécurité civile, l'acheminement des kits adaptés aux stocks nationaux dans la lutte contre l'épidémie de diarrhées aiguës sévères en collaboration étroite avec l'Organisation mondiale de la santé ayant le mandat gouvernemental pour les questions sanitaires. Discussion : l'expertise santé a été originale dans l'évaluation et l'anticipation des différents aspects de la crise sanitaire, la formalisation des offres de santé de l'Union européenne au plus proche des besoins et pour une mise à profit immédiate, l'expertise de l'hôpital régional de la ville de Jeremie pour une reprise de son activité chirurgicale immédiate. Les ajustements de l'expert santé doivent être d'une grande dynamique face à la gestion de la crise en collaboration avec les différents partenaires locaux, français, européens et internationaux.

Mots-clés : Expert santé. Haiti. Matthiew. Mécanisme européen. Ouragan. Protection civile. Sécurité civile. Union européenne.

H. LEFORT, médecin en chef, praticien confirmé. J. PANNETIER, praticien hospitalier. O. BON, médecin en chef, praticien confirmé. P. GINDRE, colonel, breveté de l'École de Guerre (EMS2). H. MARSAA, médecin principal, praticien confirmé. S. TRAVERS, médecin en chef, professeur agrégé. F. PEDUZZI, médecin en chef, praticien certifié.

Correspondance : Monsieur le médecin en chef H. LEFORT, Structure des urgences, Hôpital d'instruction des armées Legouest, BP 90001 – 57077 Metz Cedex 03.
E-mail : lefort.hugues@gmail.com

Abstract

HEALTH EXPERTS IN CIVIL PROTECTION WITHIN THE EUROPEAN UNION. HAÏTI 2016, HURRICANE MATTHEW.

General situation: Civil protection consists in governmental aid given in support of a nation to best adjust to the immediate aftermath of a disaster for the protection of people and property. It can be in-kind, and consist in sending teams specialized in crisis management or concern on-site assessment and coordination. The European Union (EU) Civil Protection Mechanism (EUCPM) was established in 2001; it aims is to facilitate the cooperation and pooling of national resilience drivers in order to increase the relevance and efficiency of the response to crises between 32 European countries. It can be activated upon the request of any country in the world. The selection of specialists is national, and is accredited by the EU. The missions are very complex, and involve high degree of responsibility at the international level, as much as the uncertainty and intensity of the first moments of the crisis, of the people and institutions involved. Mission: On October 4th 2016, hurricane Matthew devastated the western part of Haiti, and the government urged the EU to activate the EUCPM. A team of five experts, including one health expert, was put in place from October 7th to 26th for the European Commission. The missions mainly aimed at facilitating the coordination, deployment, provision and withdrawal of aid received by Haiti from EU member states, supporting national authorities and the United Nations in assessing the situation and facilitating coordination, identifying needs and the type of assistance needed in civil protection and formulating recommendations. This was particularly in favor of the largest water treatment unit of French origin, the Civil Protection Training and Response Units (UIISC), distributing kits tailored to national stocks in the fight against severe acute diarrhea outbreaks in close collaboration with the World Health Organization having government mandate pertaining to health issues. Discussion: The health expertise was unique in assessing and anticipating the different aspects of the health crisis, formalizing EU health offers as closely as possible to the needs and making immediate use of them, the expertise of the regional hospital of the city of Jeremy for an immediate resumption of its surgical activity. The adjustments of the health experts must be very dynamic in regards to the crisis management, in collaboration with the various local, French, European and international partners.

Keywords: Civil protection. European Mechanism. European Union. Expert. Haiti. Health. Hurricane. Matthiew.

Les positions exprimées dans cet article sont celles des auteurs et ne doivent pas être considérées comme le point de vue officiel du Service de santé des armées français.

Introduction

Du 7 au 23 octobre 2017 une première équipe d'experts du Mécanisme européen de protection civile (EUCPM) était déployée en Haïti à la demande du gouvernement haïtien. Cette équipe (EUCPT) sera les « yeux et les oreilles » de l'Union européenne (UE) sur les ressources disponibles localement ou nécessaires aux besoins d'urgence, autorisera une efficience optimisée des aides envoyées par l'UE tout en facilitant la coordination entre les différents interlocuteurs locaux et internationaux, gouvernementaux ou non sur place. Nous proposons un retour d'expérience en gestion de crise au travers de cette mission, particulièrement sous le regard de l'expert santé de cette EUCPT. Celle-ci était composée de cinq experts, d'un officier de liaison de l'UE et de quatre personnels en soutien logistique et télécommunications (*Technical Assistance and Support Team* ou TAST).

Le Mécanisme de protection civile de l'Union européenne

Les catastrophes naturelles ou technologiques éprouvent les résiliences nationales par leurs capacités à altérer le potentiel des réponses possibles face à la crise. Les pertes humaines, les dégâts économiques et environnementaux sont en mesure de déstabiliser immédiatement et durablement les populations et les états touchés (1). L'aide en matière de protection civile, gouvernementale permet de soutenir les efforts d'ajustement pendant (cinétique longue) ou aux lendemains d'une catastrophe. Les secours d'urgence sont divers : matériels, experts pour l'évaluation et la coordination du terrain. L'Union européenne (UE) s'est organisée pour optimiser en organisant la coordination de la réponse opérationnelle entre les différents états dès lors qu'un de ses états n'est plus en mesure d'assurer certains aspects de la réponse. En 2001, l'UE mettait en place l'EUCPM (2) pour fédérer et coordonner les efforts entre ses états dès lors qu'une demande était faite par l'un de ses pays. Cette proposition d'aide a été immédiatement étendue à n'importe quel pays du monde, soit plus de 200 demandes d'activation depuis 2001.

Le centre de coordination des interventions d'urgence (*Emergency Response Coordination Center* ou ERCC) est le cœur opérationnel du mécanisme. Créé en 2014, il coordonne (24/7) les opérations de l'EUCPM dans tous leurs aspects et leurs interactions intrinsèques (experts, logistique) et extrinsèques (partenaires, états). Cette aide est donc polymorphe, parfois anticipée par des modules en veille projetables, soit par des propositions adaptées du fait de besoins spécifiques suite à l'expertise de terrain. L'ERCC permet une grande réactivité et surtout une coordination pertinente des réponses, dans le temps de la protection civile et s'inscrivant d'emblée dans le temps suivant de l'aide humanitaire. L'ERCC a aussi pour mission de publier les communiqués d'urgence pour l'UE et le suivi des propositions et offres d'aide des états membres dans le Système commun de communication et d'information d'urgence (CECIS), application en ligne d'alerte et de notification qui facilite l'échange d'informations en temps réel. C'est aussi par l'EUCPM que l'UE propose aux états membres de se préparer aux crises et aux catastrophes, par la formation d'experts et la réalisation d'exercices internationaux.

Préparation à la mission et projection

Mise en condition opérationnelle

Tous les membres composants une EUCPT sont des experts sélectionnés par leur pays et très souvent formés puis accrédités par l'UE. Leurs aptitudes vaccinales et opérationnelles à la projection en milieu d'exception sont validées par leurs gouvernements d'appartenance. Les cycles de formations initiales et continues des experts sont parfaitement établis au sein de l'UE. Les experts médicaux n'ayant pas vocation à être chef d'équipe passent le plus souvent la formation dénommée *technical expert course*. Les experts savent pouvoir être activés à tout moment sur très court préavis, soit quelques heures, en France via le centre opérationnel de gestion interministériel des crises ou COGIC de la Direction générale de la Sécurité civile et de la gestion des crises ou DGSCGC. Ceci est lié à la crise, pour des missions de quelques jours à trois semaines. Le soutien d'une TAST (télécommunication, géolocalisation, matériels informatiques, camping, logistique opérationnelle sur place comme la capacité de location de véhicules, les transferts de matériels, etc.) permet à l'expert de limiter l'emport de matériels inutiles et de se focaliser sur sa mission. Durant cette mission, l'EUCPT a dû coopérer constamment avec des personnels des Nations-Unies (ONU) déjà sur place suite au séisme de 2010, plus rapidement renforcés par la proximité des États-Unis notamment, afin de coordonner les efforts. L'EUCPT a été plusieurs fois en position de soutenir les équipes de l'ONU.

Déclenchement de la mission et acheminement

Habituellement l'ensemble des experts se réunit à Bruxelles, au sein de l'ERCC afin de préparer la mission pour être pleinement opérationnel à l'arrivée dans le pays malgré un préavis court et la complexité d'obtenir des billets d'avion dans les délais requis. Pour cette mission, la moitié de l'équipe était présente dans un des vols permettant de se connaître, de fixer les missions et objectifs et d'assimiler les éléments techniques liés à la mission (géopolitique, sociaux, géographiques, etc.). Pour l'expert santé il s'agissait notamment des risques sanitaires attendus, de la revue de la littérature faite sur les conséquences d'ouragans, du séisme en Haïti en 2010, etc.

Arrivée sur place et sécurité

Les recommandations habituelles s'appliquent strictement en mission. Haïti possède l'un des taux de criminalité les plus élevés au monde, particulièrement à Port-au-Prince. Les consignes de sécurité nous ont été données immédiatement par le directeur local de l'*European civil protection and humanitarian aid operations* (ECHO). Un hôtel de grand confort permettait une protection optimale. L'ensemble de nos déplacements se réalisait en voiture tout-terrain avec chauffeur, fenêtres fermées et portes bloquées avec géolocalisation constante. L'EUCPT a été prise en charge par les membres d'ECHO et installait sa base principale dans leurs bureaux sécurisés de Port-au-Prince pour avoir dans les toutes premières heures un aperçu de la situation et recevoir ses premiers objectifs.

Le poste de commandement fut rapidement opérationnel. L'autonomie des experts sur le terrain était fondamentale et l'un des membres de la TAST était dédié à l'organisation, à la sécurisation et à la gestion des déplacements. En l'absence d'infirmerie, la trousse médicale de l'expert santé permettait les premiers soins médicaux.

Déroulement de la mission

Situation et contexte

Le 4 octobre 2016, l'ouragan Matthew frappait violemment les parties ouest (fig. 1) du territoire haïtien (3), créant un état d'urgence humanitaire jamais connu depuis le tremblement de terre de 2010 (4, 5). Les conséquences ont été nombreuses suite aux inondations et coulées de boue, à la destruction des infrastructures bâtimentaires et routières, par l'interruption prolongée de l'approvisionnement en eau potable et en électricité, par la destruction complète de toute culture (3). Le 14 octobre, la direction de la protection civile (DPC) en Haïti évoquait 546 personnes décédées et 128 personnes non retrouvées. Il a été particulièrement compliqué d'accéder aux zones sinistrées pendant plusieurs jours, voire semaines, du fait des dégâts causés aux infrastructures routières et ferroviaires lorsqu'elles existaient, de zones de déchargement pour les bateaux non opérationnelles, de ponts emportés, etc. Certaines régions reculées, aux récoltes emportées, aux réseaux d'eau, électriques et de télécommunication détruits ont été évaluées parfois plus de dix jours après le passage de l'ouragan. Les objectifs majeurs humanitaires (3,5-7) étaient l'accès à l'eau potable, la formation des populations aux risques sanitaires particulièrement épidémiques (péril fécal), une réhabilitation des habitats et des moyens de communication et de transport (fig. 2), une protection des plus fragiles (enfants, personnes âgées ou malades), l'accès aux soins et à une alimentation juste suffisante.



Figure 1. Aéroport de Jeremie, la zone vie à proximité des unités de stockage d'eau potable du camp français ©SSA\Lefort H.

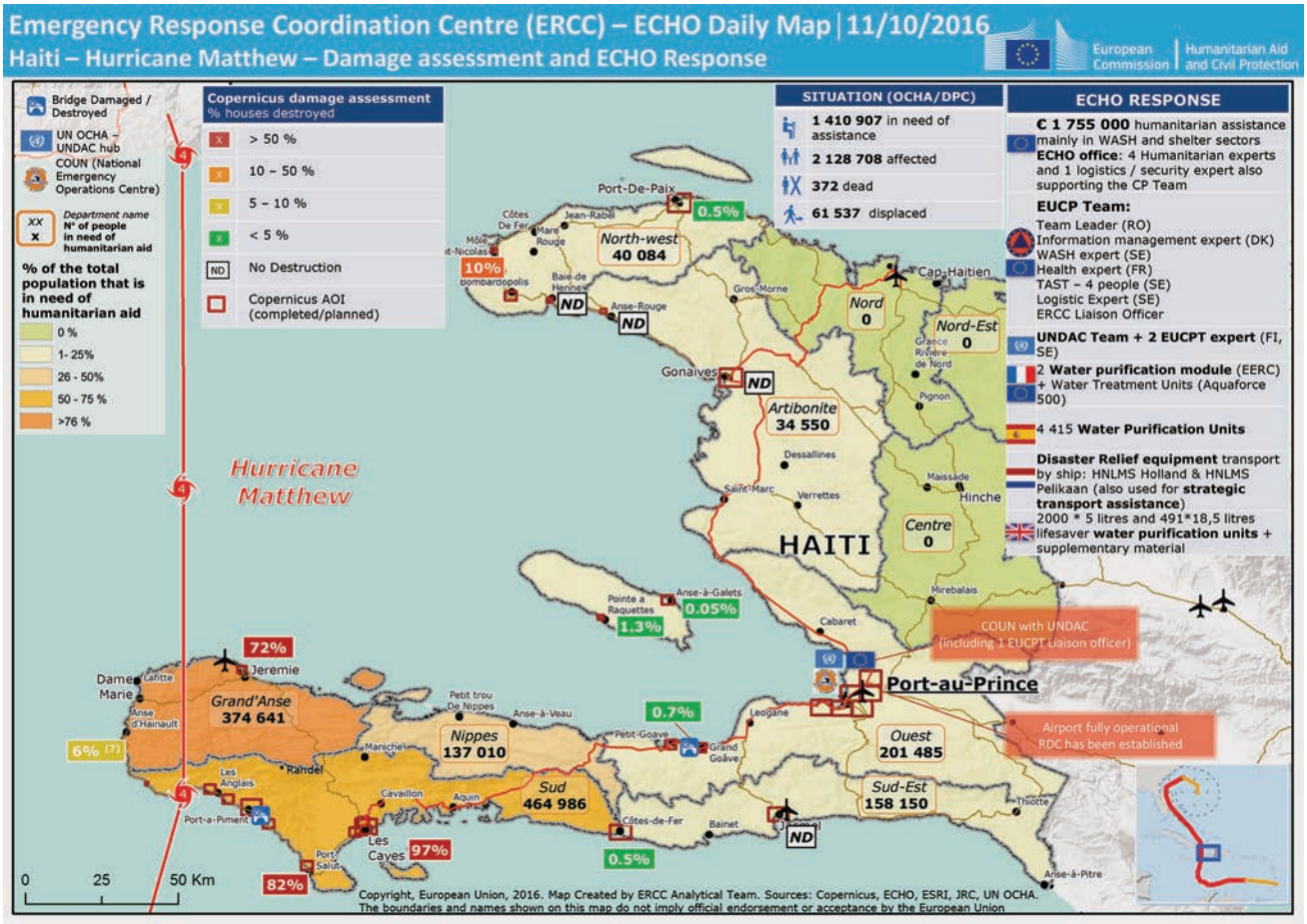


Figure 2. Exemple de document de synthèse réalisé par le Mécanisme, au huitième jour de l'ouragan Matthew. © ECHO.

La DPC mandatée par le gouvernement haïtien pour les soutenir dans la supervision de la crise rapportait qu'au moins 11 des 33 hôpitaux ou centres de santé n'étaient plus opérationnels ou totalement détruits dans les trois régions les plus touchées : Grand'Anse, Sud et Nippe avec impossibilité de réaliser des évacuations anticipées (8, 9). Par ailleurs, l'ouragan avait aussi endommagé ou détruit la plupart des centres de traitement du choléra (soit 34 centres détruits sur les 212 existants sur l'ensemble du territoire), endémique depuis 2010 dans le pays (10), et bénéficiant d'un programme gouvernemental et non gouvernemental particulièrement bien organisé dans le pays avant cette crise. Ces centres étaient plus des centres de traitement des diarrhées aiguës infectieuses que du choléra, pour un diagnostic clinique exclusivement et un traitement symptomatique, les prélèvements étant acheminés par voie routière sur le laboratoire central de Port-au-Prince.

Il était estimé par l'ONU que plus d'1,4 million d'habitants avaient besoin d'une aide humanitaire urgente, dont 40 % étaient mineurs, 40 % des femmes en âge de procréer (546 000 femmes) selon l'ONU. Les deux villes principales de ces régions, Jeremie pour Grand-Anse, Les Cayes pour le Sud étaient particulièrement touchées. Situés sur l'axe routier principal, ces chefs-lieux abritaient de facto les centres d'opérations d'urgence gouvernementaux départementaux (COUD) sous la direction du centre national (COUN) : centres névralgiques de décision, bases de collecte, de stockage et de départ des aides vers les populations.

Expertises et activités de l'équipe

L'équipe (tab. I) a dû travailler en étroite collaboration avec l'ONU et son système *United Nations Disaster Assessment and Coordination* (UNDAC), présents plus tôt avec de gros moyens logistiques et ayant fixé leur base opérationnelle au même endroit que la DPC et que le COUN. L'EUCPT avait cinq objectifs principaux :

1. Soutenir l'effort de coordination entre l'UNDAC, la DPC et le COUN par l'amélioration du partage des informations, en mettant à disposition un expert en communication et gestion de crise et des solutions d'assistance en informatique et télécommunication (IT). Deux experts de l'UNDAC étaient détachés auprès de l'EUCPT.

2. Soutien des modules et des aides apportées par l'UE (amont, arrivée, dispatching, etc.).

3. Étroite et constante collaboration avec ECHO et la délégation diplomatique de l'UE sur place.

4. Renseignement et partage transparent de nos informations consolidées sur le terrain avec nos

Tableau I. Composition de l'équipe du Mécanisme européen de protection civile.

Fonction des experts	Missions
Chef d'équipe	Supervision, décisions stratégiques
Coordination et gestion de l'information	Gestion des différents flux d'information. Expert aéronautique.
	Officier de liaison principal avec l'UNDAC et le DPC (au COUN).
Hygiène et assainissement de l'eau (WASH)	Actions WASH (régional et national).
Santé	Actions santé avec l'OMS, MSPP et COUN via le DSM. Evaluation de l'hôpital régional de Jeremie.
Officier de liaison de l'UE	Référent pour l'ERCC, ECHO, et la délégation locale de l'UE (ambassadeur)
Technical Assistance and Support Team (TAST)	Coordinateur logistique pour les aides en nature (fret) de l'UE. Gestion de vols en hélicoptères de l'ONU.
	Référentes informatique et télécommunication (IT) et information opérationnelle. Support IT des unités de purification d'eau françaises à Jeremie et de l'UNDAC.
	Synthèse des informations opérationnelles, de sécurité et santé. Support du centre de coordination/ logistique à Jeremie.
	Logistique intrinsèque à l'EUCPT : flotte des véhicules, des chauffeurs et des courses dans la capitale ou sur le terrain.

partenaires : évolution opérationnelle, condition de vie, sécurité et santé.

5. Cohérence et visibilité de l'EUCPT comme partenaire fiable et professionnel aussi bien pour les structures de coordination nationales que sur le terrain.

Gestion de crise et partenaires

La réponse nationale à la crise était dirigée par le COUN, supportée par la DPC et l'UNDAC attenante. De nombreux aspects de la crise n'étaient pas gérés par le COUN, mais par d'autres autorités telles le ministère de la Santé publique et des Populations (MSPP), de l'intérieur et des communautés territoriales. La politique du gouvernement haïtien était de garder le contrôle sur les réponses à la crise, aussi bien dans l'acceptation des offres extérieures, que dans la coordination nationale et locale des moyens et personnes, même si l'UNDAC avait dû initialement prendre des décisions en urgence. Régionalement sur Grand'Anse et le Sud, les COUD de Jeremie et aux Cayes étaient déjà renforcés par des personnels de l'UNDAC avant la crise.

Une UNDAC était déjà déployée en Haïti avant le passage de l'ouragan « Matthew » pour aider les autorités haïtiennes à coordonner dans la durée les plans de réhabilitation et de développement après le tremblement de terre de 2010. Aucun centre de coordination de crise (*On-Site Operations Coordination Center* ou OSOCC) n'avait été mis en place comme le demandaient les conventions d'emploi de l'ONU reprises par l'UE. Si cette organisation semblait satisfaisante au gouvernement haïtien, elle pouvait limiter l'efficience des acteurs internationaux devant se réajuster à un système à la cohérence inhabituelle. Le gouvernement haïtien souhaitait clairement des réponses bilatérales provenant des organisations gouvernementales. Cela limitait ainsi ses interlocuteurs tout en facilitant la gestion des offres internationales préfiltrées par l'ONU, l'OMS, le *World Food Program* (WFP), les ambassades, etc. Les ONG traitaient avec les organismes de l'ONU. Pour l'État haïtien, les institutions internationales gouvernementales étaient plus en mesure de coordonner et d'apporter des aides pérennes et robustes aux populations tout en leur déléguant la gestion des ONG.

Relations et partenariats

EUCPM et états membres

À Bruxelles, les officiers de garde (24/7) apportaient un support institutionnel et opérationnel. Les échanges avec l'ERCC étaient pluriquotidiens et multi-canaux. Ce support permettait de résoudre certaines problématiques opérationnelles : gestion des offres de l'UE, traitement de l'information et cartographie, plan de déploiement présent et futur, éléments administratifs en interne ou avec les institutions internationales ou haïtiennes, permettant une gestion optimale des informations concernant les besoins et les offres au « fil de l'eau ».

Acteurs de terrain depuis plusieurs années, ECHO était un partenaire idéal qui connaissait les personnes et les institutions, et surtout l'« esprit » de la Nation et des institutions haïtiennes. Nous ne devions et ne pouvions pas occulter dans la réponse globale à la crise les différents plans humanitaires d'ECHO en court. Ceci a permis d'éviter toute redondance dans nos actions avec une forte logique d'efforts synergiques. Ces actions ont été supervisées localement et aidées politiquement par l'ambassadeur de l'UE et son équipe : autorisations de navigation des navires hollandais, soutien logistique des camions de l'ONU dans l'acheminement du module WASH français vers Jeremie, présentation de l'action de l'EUCPT auprès des représentants des États membres localement.

Si l'EUCPT assurait un suivi constant de ces aides, trois modules nous ont particulièrement occupés car impliquant des moyens importants et des personnels : l'unité française de purification de l'eau, les deux navires hollandais et le camp de l'*International Humanitarian Partnership* (IHP) supervisé par le Danemark à Jeremie. La grande majorité des autres aides acceptées par le gouvernement haïtien était plus facile à gérer car principalement en nature avec l'anticipation du parcours de l'aide jusqu'à la cible finale identifiée. La mission de l'EUCPT a été particulièrement fluide dans la gestion de ces trois modules chacun ayant un commandement réactif et constamment connecté, disponible, avec pour les Unités d'instruction et d'intervention de la sécurité civile (UIISC) le positionnement d'un officier de liaison

au sein de l'EUCPT maîtrisant les processus métiers des modules. Deux des experts de l'EUCPT étaient francophones et devaient jongler entre leur mission d'expertise pour l'UE et les relations avec les structures de gestion de crise française : COGIC et ambassade.

Secteur de la santé

L'OMS avait mandat du gouvernement pour coordonner la réponse sanitaire à la crise, par sa légitimité en termes d'expériences et de moyens, et parce que capable de réunir les partenaires du secteur de la santé à Port-au-Prince, à Jeremie et aux Cayes. L'OMS était implantée depuis longtemps en Haïti, coordonnant les efforts entre gouvernement, organisations gouvernementales et ONG. L'expert médical de l'EUCPT avait pour mission d'organiser le processus d'engagement et de représentation de l'UE dans le domaine de l'aide sanitaire. Assistant aux réunions officielles ou non, sectorielles ou bilatérales, le médecin a été en mesure d'évaluer en quelques jours les besoins majeurs. Cherchant la cohérence d'un système compartimenté parfois (11), il a pu construire des ponts entre les partenaires majeurs du secteur, renforcer l'action du Directeur des secours médicaux (DSM) haïtien, référent national au COUN et auprès du gouvernement, dans sa capacité à formaliser les demandes auprès de l'UE via l'ERCC. L'officier de liaison de l'UE permettait à l'expert santé de mieux se saisir des offres possibles de l'EUCPM.

La présence d'un médecin dans l'équipe permettait d'assurer le soutien sanitaire de l'équipe, et de conseiller le commandement des modules de l'UE pour leurs blessés ou malades. Il a été même envisagé d'utiliser ses compétences d'urgentiste pour réaliser l'évacuation sanitaire médicalisée d'un militaire hollandais sur les États-Unis.

Il ne semblait pas y avoir de mandat clairement défini pour l'évaluation des dégâts. De nombreux éléments revenant du terrain via l'OMS, le COUN, la DPS étaient contradictoires, ou du moins non consolidés. L'hôpital de Jeremie est un cas d'école (fig. 3), où l'on est passé d'un hôpital totalement détruit à un hôpital en mesure de réaliser une hystérectomie et une césarienne deux jours après l'évaluation de l'expert de l'EUCPT, ou de réaliser de nouveau des échographies d'urgence. Il a fallu attendre dix jours pour avoir l'autorisation d'être projeté sur Jeremie après avoir démontré qu'il était impossible d'avoir des informations robustes via l'OMS, le MSPP, le COUN et les COUD sur les besoins réels sur place. Dans la première heure de présence à l'hôpital de Jeremie, aux urgences, l'expert médical a traité un patient en état de choc hémorragique suite à un coup de machette. Expérience dense en information sur la qualité et la quantité des soins qu'il était possible d'apporter à la population, l'importance de renforcer les actions de formation modératrices des coûts, la fatigue accumulée des soignants depuis dix jours car non relevés (12). Cet épisode a eu raison de dysfonctionnements majeurs et simples à régler : l'absence de fils de suture, de sérum antitétanique (le réfrigérateur de quelques centaines d'euros étant hors-service bloquant l'arrivée de milliers de doses), la présence d'un lot médical complet envoyé par la France stocké en attente dans les locaux de l'OMS depuis plusieurs jours.



Figure 3. L'hôpital et la ville de Jeremie. ©SSA\Lefort H.

Une première évaluation de l'hôpital a été conduite par l'expert WASH et un TAST sur le bâtiment et l'assainissement, supporté par le médecin militaire urgentiste du module WASH français. Une seconde évaluation a été menée quelques jours plus tard par l'expert médical sur les besoins en matériels et personnels, en collaboration avec le référent local de Médecin sans frontières (infirmier anesthésiste diplômé d'état), le référent local de l'OMS et la directrice de l'hôpital. Le rapport final a été partagé immédiatement avec l'OMS, le MSPP et l'ambassade de France permettant de débloquer principalement un moyen de stérilisation fondamental à la reprise de l'activité chirurgicale tout en argumentant clairement avec photos à l'appui l'intérêt d'actions ciblées et bien moins onéreuses que les demandes formulées initialement.

Relations avec les modules principaux déployés

Le module de purification de l'eau envoyé par la France via l'UE était constitué par des effectifs des UIISC n° 1 de Nogent-le-Rotrou et n° 7 de Brignoles (équivalent protection civile à l'international). Il a été décidé de placer ce module de façon stratégique et sécurisée sur l'aéroport de Jeremie. Durant le temps de mise en place opérationnelle de l'état-major précurseur de 48 heures du module WASH, l'expert santé de l'EUCPT a pu sensibiliser le médecin chef du module français à la crise avant sa projection sur Jeremie. Les deux médecins militaires, urgentistes préhospitaliers étaient en relation constante permettant une pré-évaluation de l'hôpital confortant les hypothèses de l'expert de l'UE.

Deux navires de la Marine royale hollandaise pré-positionnés dans les Caraïbes ont été immédiatement engagés par l'UE au début de la crise. Dans les tout premiers jours après le passage de l'ouragan, les évaluations des zones sinistrées et pour un faible volume l'apport d'aide en nature aux populations ont été réalisées par les hélicoptères de l'ONU. Le nombre d'heures disponibles a été vite consommé et l'aide ne pouvait être acheminée que par voie routière. Ces deux navires ont

transporté à moindre coût et très rapidement une aide massive le long des côtes de Grande, Anse et du Sud, grâce à leurs vedettes à fond plat : eau, médicaments, kits d'hygiène pour freiner la propagation du péril fécal et limiter l'épidémie post-ouragan du choléra déjà endémique dans le pays. La présence à bord d'ingénieurs bâtimentaires a contribué à permettre la réhabilitation rapide (nettoyage et remise en route) de l'hôpital public des Cayes, centre chirurgical de référence dans toute la région ouest du pays.

Phase de désengagement

Il était prévu une seule EUCPT en Haïti avec un retour le 25 octobre 2016. Cependant, il était nécessaire de poursuivre la mission pour permettre le désengagement du module français dans de bonnes conditions, tout en consolidant les actions entreprises par l'UE en protection civile par des actions humanitaires pérennes. L'équipe bravo était donc allégée, sans expert médical (chef d'équipe infirmier anesthésiste) ou WASH. Le remplacement a été réalisé avec une phase de recouvrement de 48 heures pour un transfert optimal des connaissances, ainsi qu'une présentation des nouveaux interlocuteurs.

Rôles et retour d'expérience spécifique : l'expert santé

Objectifs de sa mission

– Faciliter la coordination, le déploiement, la mise en place et le retrait de l'aide reçue dans les domaines touchant à la santé publique par Haïti, de la part des états membres de l'UE.

– Appuyer les autorités nationales et l'ONU pour évaluer la situation, faciliter la coordination et anticiper les menaces : épidémiques, infectieuses, vectorielles ou du péril fécal, infantiles et obstétricales, traumatiques, etc.

– Identifier les domaines dans lesquels l'EUCPM pouvait contribuer et formuler les recommandations pour l'UE sur les besoins et le type d'assistance nécessaires.

– Assurer la liaison et la coopération des acteurs sur place, notamment l'UNDAC.

– Assure le lien avec le bureau ECHO et la délégation de l'UE.

– Rapporter quotidiennement les actions et tâches opérationnelles à l'ERCC.

Principales activités menées en Haïti

– Vue d'ensemble de la situation sanitaire de la crise et du pays, des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux à Port-au-Prince et sur le terrain (fig. 4).

– Établissement de ponts de communication et de coordination entre les principaux acteurs de l'État et l'aide humanitaire.

– Mise au cœur du dispositif de réponse nationale du DSM, renforcement de son action auprès du MSPP et de la DPC et utilisation des outils de l'UNDAC et de l'office de coordination des affaires humanitaires (OCHA). Connexion avec la cellule de communication coordinatrice du MSPP. Mise en relation concrète du MSPP avec les moyens cartographiques de l'ONU.

– Suivi des offres des pays de l'UE en lien avec l'ERCC, des demandes du MSPP, aide à la formalisation

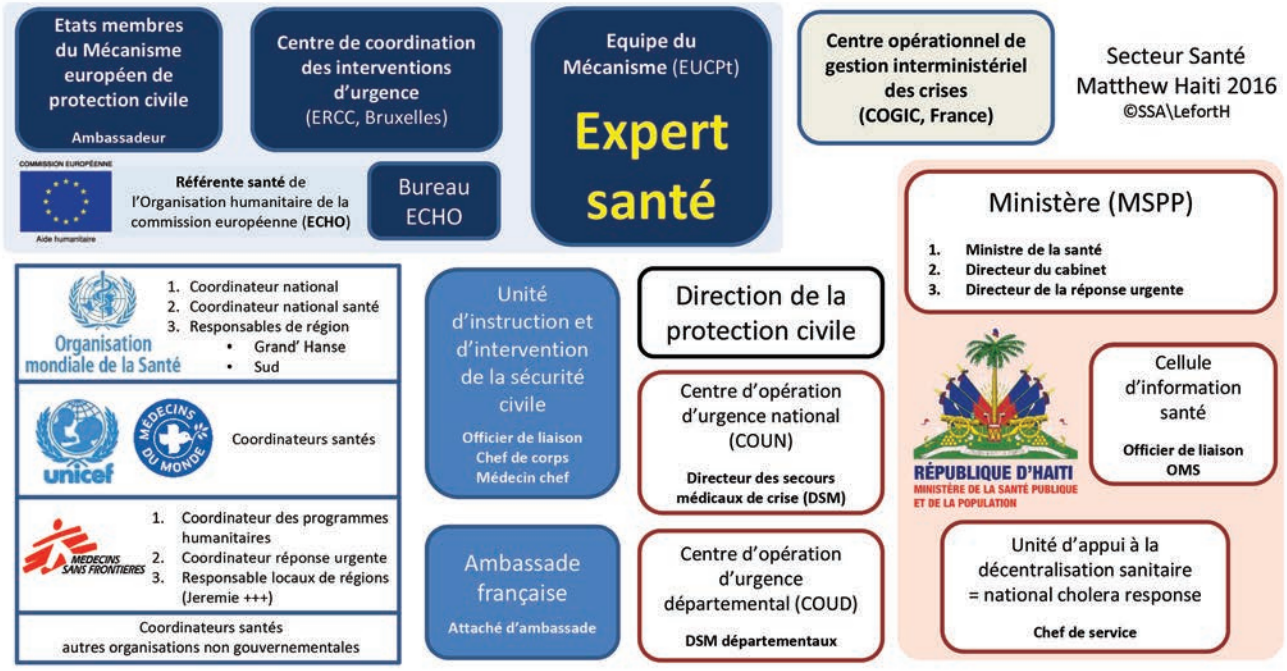


Figure 4. Les interlocuteurs de l'expert santé en réponse à la crise. © SSA\Lefort H.

au plus près des besoins en relations avec l'OMS ayant le mandat de coordination de la réponse santé nationale. Coordination avec la DPC :

- kits pour la prise en charge de diarrhées infectieuses épidémiques et particulièrement du choléra, lutte contre le péril fécal (purification de l'eau, kits hygiènes, etc.),
- aide à la gestion et à l'anticipation des besoins en moyens de traitement contre les diarrhées infectieuses suite à l'ouragan, mais aussi en amont de l'épidémie nationale hivernale s'annonçant (gestion et logistique des stocks nationaux et régionaux) (13),
- renfort en équipes médicales et paramédicales,
- renforcement, suppléance et réhabilitation optimisées des hôpitaux (Les Cayes, Jeremie) pour se focaliser sur l'hôpital régional de Jeremie : laboratoire, stérilisation, vaccins, etc. en réduisant ainsi la facture et le temps de remise en fonctionnement,
- préparation du déploiement des unités de purification d'eau française (UIISC) en Haïti : rencontre immédiate avec les partenaires des éléments précurseurs, plan de reconnaissance anticipé sur les sites repérés par avance en coordination avec les experts de la compagnie nationale des eaux, logistique de transport et déploiement,
- mission d'évaluation de l'hôpital de Jeremie, spécialement le service chirurgical, le laboratoire, le service médical d'imagerie permettant de fournir une bonne vision à l'UE de la réalité locale, impossible vu de Port-au-Prince. Optimisation de la réponse humanitaire pour cet hôpital en termes de réhabilitation de l'infrastructure, ressources humaines et moyens médicaux,
- présentation et représentation de l'EUCPM. Visibilité, suivi et compréhension de nos actions par les différents acteurs sur le terrain,
- travail avec le COGIC français et l'ambassade française pour les actions bilatérales de terrain.
- à la demande de l'ambassade de France, accueil des deux médecins précurseurs de Santé publique France (ex. Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires ou EPRUS) et exposition de la situation politique et sanitaire nationale et régionale, de la situation des hôpitaux des Cayes et de Jeremie et transmission d'un rapport détaillé de l'évaluation technique et sanitaire de l'hôpital de Jeremie pour anticiper leurs actions futures. Maintien du contact avec le chef de mission au retour.

Discussion et enseignements principaux

Plusieurs États participant au titre de l'EUCPM ont mis à disposition et envoyé des ressources pour la République Haïtienne. Si l'assistance était en nature, l'EUCPT ajustait au mieux l'offre à la demande puis facilitait la logistique sur place pour un déploiement immédiat et ciblé vers les zones sinistrées. Si l'assistance était en modules ou en équipes de secours, l'EUCPT aidait au bon accueil puis au déploiement le plus rapidement possible sur les zones sinistrées, nécessitant une anticipation des actions avec les différents partenaires : emplacements, logistiques de stockage, d'acheminement et d'installation puis de désengagement. Les plus gros modules étaient ceux pour la purification d'eau (UIISC) et les deux navires de la Marine hollandaise. Ces moyens déployés par l'UE ont été fondamentaux dans l'effort de protection civile des populations durant les premières semaines. L'EUCPT a permis la coordination de ces unités avec ses partenaires tout en s'appuyant largement sur ECHO pour optimiser les actions de coordination, de réhabilitation, de valorisation et de développement complémentaires, et en mesure de prendre le relais des actions immédiates de protection civile. Depuis le tremblement de terre de 2010, de nombreuses associations et projets humanitaires étaient en cours en Haïti (14). Il était fondamental pour l'EUCPT de pouvoir s'appuyer sur les connaissances d'ECHO. L'action de l'équipe s'est appuyée sur la délégation de l'UE, notamment son ambassadeur, ainsi que les représentants diplomatiques des États membres présents en Haïti. L'équipe a eu à cœur de créer parfois, et toujours de renforcer les liens entre les différents partenaires, de partager ses informations au retour de ses différentes missions de terrain. Ceci permettait de mettre en évidence les besoins les plus urgents et d'anticiper les menaces principalement dans le domaine de la santé et de l'accessibilité à une eau potable (15). Déployer une EUCPT en Haïti a été une valeur ajoutée indéniable, un nombre particulièrement focalisé d'expert permet une grande réactivité, une collaboration renforcée et limite la dispersion au détriment d'une sollicitation majeure des personnels et des moyens (16). La présence quasi immédiate d'une UNDAC le jour suivant l'ouragan permettait à l'EUCPT d'avoir rapidement un tour d'horizon des enjeux opérationnels et d'identifier les principaux partenaires pour les approcher.

Mission à haute responsabilité en milieu international, elle imposait un travail constant dans l'incertitude de la crise, des hommes et des institutions. Seul expert de l'UE dans un domaine particulièrement sensible et complexe de la santé, les recommandations exprimées à l'UE quotidiennement avaient des conséquences importantes en termes de décisions, de logistique et de finances pour l'UE et les États membres.

Lors d'une réunion le 16 octobre 2016, la ministre de la Santé (MSPP) avait clairement énoncé la volonté du gouvernement d'éviter de réitérer les erreurs de la crise de 2010 (11). De nombreuses ONG étaient arrivées dans le pays sans en informer le gouvernement et donc sans être coordonnées sur le terrain. Elles étaient alors trop nombreuses, se gênaient mutuellement et puisaient d'autant les faibles ressources restantes localement (logistique, alimentation, eau, etc.). Mais chaque crise est unique, les effets d'un tremblement de terre ne sont pas les mêmes que celles d'un ouragan (17, 18). Toute aide internationale dans le secteur de la santé devait ainsi passer et obtenir l'autorisation de la cellule d'information et de coordination médicale gouvernementale soutenue par l'OMS (procédure formalisée). Cette cellule avait été créée deux semaines après le début de la crise avec le support de l'OMS, sans concertation avec le DSM du COUN, sans le support de l'UNDAC, notamment de sa cellule cartographie particulièrement efficace.

L'OMS dans ses efforts semblait avoir délaissé le DSM au COUN à l'origine de redondances dans les décisions et actions de terrain, d'un manque de coordination avec les COUD et correspondants locaux de l'OMS et d'un certain flou dans la répartition des objectifs et tâches. Rapprocher les entités et les moyens pour apporter plus de cohérence au système a été l'un des objectifs de l'expert santé. C'est suite à l'expérience de 2010 qu'une base d'hébergement a été montée à Jeremie pour 36 personnels par l le camp de l'*International Humanitarian Partnership* via l'EUCPT afin d'éviter de désorganiser plus les infrastructures fragiles locales.

Si les systèmes de coordination nationaux et régionaux pouvaient recevoir des critiques, notamment par la non-conformité en de nombreux points avec les processus de gestion de crise internationaux, ils restaient efficaces dans l'aide humanitaire apportée globalement. Les experts de l'EUCPT ont été très rapidement intégrés à ces différents centres de coordination pour en être des aides à la décision fondamentaux.

La complexité de la crise et la gestion des partenaires dans un contexte diplomatique tentant de s'ajuster aux leçons du séisme de 2010 étaient riches d'enseignement (11). Certaines orientations dans le domaine de la santé ont semblé étonnantes, notamment par un ancrage qui semblait être trop dans le présent en délaissant des éléments prospectifs majeurs principalement dans la veille épidémiologique et les menaces sanitaires prévisibles (3, 19, 20) : les déshydratations infantiles, l'émergence du paludisme à trois semaines de l'ouragan (21), la majoration des diarrhées aiguës infectieuses sévères par rapport à l'endémie de choléra (14, 22), la possibilité d'infections à veiller du fait du péril fécal majeur, enfin le risque d'amputation sur plaies traitées tardivement.

Expert pour emploi de l'UE, certaines recommandations de l'UE étaient à pondérer par ailleurs au regard des accords bilatéraux réalisés entre la France, l'OMS et l'État haïtien. Exercice parfois difficile obligeant une reformulation et une surcouche de travail pour conforter la place des accords bilatéraux (hors UE) entre la France et Haïti et les actions de l'UE. Ceci a mis en évidence la capacité de la France à réagir très rapidement face à certaines nécessités urgentes à mettre en place comme la stérilisation et l'équipe médicale de l'EPRUS à l'hôpital de Jeremie par exemple. Il a fallu argumenter auprès de Bruxelles de la non nécessité d'envoyer des moyens « prêts à l'emploi », c'est-à-dire des modules intégrés dans la base opérationnelle de l'UE (23), de la non-pertinence de fournir une aide pouvant être « achetée sur étalage », de l'intérêt de modifier la composition de certains modules anticipés pour les adapter exactement aux besoins, voire de faire venir un expert spécifique tel un ingénieur biomédical qui aurait été fondamental sur l'hôpital de Jeremie.

Sur le plan de la préparation opérationnelle pour un expert de l'EUCPM, s'il est important d'être à jour sur le plan vaccinal, il faut posséder une aptitude physique certaine pour affronter le milieu tropical ou équatorial, et pouvoir aussi faire preuve d'une rusticité certaine durant les projections sur le terrain : contraste certain entre l'hôtel de luxe permettant une sécurité optimale à Port-au-Prince et couchage au sol sous une tente à se nourrir de rations de combat pendant plusieurs jours. L'évaluation sur le terrain a été rendue compliquée par voie routière avec un retour se déroulant en pleine phase d'inondations dans lesquelles ayant rendu complexe un retour du terrain vers Port-au-Prince.

Ces missions sont d'une grande intensité physique et psychologique, notamment dans les dix premiers jours avec un décalage horaire à amortir, une gestion de phases de sommeil particulièrement courte et des repas hypothétiques. Mission venant mobiliser les compétences et la résilience acquise par l'exercice courant de la médecine d'urgence préhospitalière et hospitalière (24). Projeté dans un pays en crise depuis plusieurs années où la criminalité restait particulièrement importante dans tout le pays, cela imposait à chacun une auto- et une hétéro-vigilance constante au sein de l'EUCPT.

L'évaluation des effets de l'ouragan et de la crise induite ont été mis en défaut par un contexte de pression sur fond de corruption et de conflits d'intérêts majeurs. Il existait une distorsion des messages entre l'échelon régional et national rendant plus difficile les négociations et la démarche diplomatique. L'expérience sur le terrain était parfois complexe et intense. Localement les conflits d'intérêts étaient en mesure de créer des distorsions majeures entre décisions, effets attendus et réalisés. Par ailleurs, les possibilités fantasmées d'aides de l'UE étaient en mesure de mettre en résistance de façon inappropriée les principaux partenaires sur place. Cet excellent lieu d'expérimentation de la capacité d'une équipe, sans connaissance des uns et des autres préalable, à une expertise multifocale, a permis de construire de l'information et de donner des réponses cohérentes et unifiées pour une transparence optimale.

Point focal unique pour la Commission européenne sur place dans le domaine d'expertise de la santé, il était important d'avoir connaissance avant le départ, d'un homologue idéalement unique à Bruxelles. Dans le cadre de cette mission spécifique, ce point focal révélé quelques jours après le début de la mission, a permis d'être synthétique dans les rapports quotidiens et les réunions par visioconférence ou au téléphone et bien moins avare par ailleurs avec cet homologue à Bruxelles. Ceci a permis une meilleure efficience et plus de réactivité notamment dans la nécessité de se projeter rapidement sur le terrain puisque les rapports quotidiens ne renvoient pas assez d'informations à Bruxelles avec une pertinence bien moindre, source d'incompréhension ou d'interprétation.

On comprend après une telle mission l'importance du briefing avant le départ à Bruxelles. Ceci permet éventuellement d'avoir un contact avec des experts ayant eu des expériences approchantes. De la même façon, il est souhaitable au niveau du COGIC de pouvoir connaître l'organisation des réponses possibles bilatérales nationales à de telles crises améliorant encore la pertinence de la présence d'un expert de l'UE français dans une EUCPT.

Conclusion

Une telle mission d'expertise permet d'appréhender la crise (18, 25) dans une vision transversale et multifocale : un état soudain d'instabilité, parfois de chaos, auquel les systèmes et les hommes doivent s'ajuster rapidement sans espoir d'un retour à l'état antérieur. Au cœur de cette crise à gérer, l'expert doit toujours avoir l'espérance de sauver des vies, de limiter le traumatisme indélébile des corps, des familles, des tissus sociaux, politiques et économiques et des infrastructures (26). Si anticiper les crises par des plans est fondamental, supporté largement par d'impératifs retours d'expérience partagés de crises ultérieures, être projeté comme expert santé de l'UE en Haïti, représentant la France, est une responsabilité majeure aux enseignements multiples. Véritable accélérateur de maturité opérationnelle et d'expérience de vie, être acteur plongé dans une telle crise c'est tenter de permettre un « à venir » à des populations qui ont tout perdu (27, 28), parfois même notion de temporalité (29), en collaborant à un tissu décisionnel et d'action majeure dans de grandes et nombreuses incertitudes. Une aventure polymorphe extraordinaire en milieu international, une aventure humaine, de construction d'équipe, de leadership authentique, d'action humanitaire, de gestion politique et de communication.

Les auteurs ne déclarent pas de conflits d'intérêts concernant les données présentées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Berlemann M, Wenzel D. Hurricanes, economic growth and transmission channels: Empirical evidence for countries on differing levels of development. World Development 2018;105:231-47.
2. Commission européenne. Protection civile et opérations d'aide humanitaire européennes. En ligne, dernier accès le 6 juin 2018 : http://ec.europa.eu/echo/what/civil-protection_fr
3. Ferreira S. Cholera threatens Haiti after Hurricane Matthew. BMJ 2016;355:i5516.
4. Cénat JM, Derivois D, Eid P. Haiti Earthquake Trauma: How to Cope With the Inhumane Humanity. Prim Care Companion CNS Disord 2017:19.
5. Raila EM, Anderson DO. Healthcare waste management during disasters and its effects on climate change: Lessons from 2010 earthquake and cholera tragedies in Haiti. Waste Manag Res 2017; 35:236-45.
6. Kpanake L, Jean-Jacques R, Sorum PC, Mullet E. Haitian people's expectations regarding post-disaster humanitarian aid teams' actions. Dev World Bioeth 2017. doi: 10.1111/dewb.12158.
7. Exum NG, Betanzo E, Schwab KJ, Chen TYJ, Guikema S, Harvey DE. Extreme Precipitation, Public Health Emergencies, and Safe Drinking Water in the USA. Curr Environ Health Rep 2018;5:305-15.
8. Jarrett MP, Schwartz Z, Solazzo M, Tangney E. Evacuate or shelter in place: A view from the water's edge. J Emerg Manag 2018;16:95-106.
9. Scott LA, Hutchison FE. Mitigating Matthew: 5 Lessons to Help Improve Hospital Preparedness in a Hurricane. South Med J 2017; 110:528-30.
10. Pasetto D, Finger F, Camacho A, Grandesso F, Cohuet S, Lemaitre JC, et al. Near real-time forecasting for cholera decision making in Haiti after Hurricane Matthew. PLoS Comput Biol 2018;14:e1006127.
11. Marcelin LH, Cela T, Shultz JM. Haiti and the politics of governance and community responses to Hurricane Matthew. Disaster Health 2016;3:151-61.
12. Baumann SL, Alexandre MS. Graduate Nurse Education in Haiti: Lessons Taught and Learned. Nurs Sci Q 2016;29:328-33.
13. Khan R, Anwar R, Akanda S, McDonald MD, Huq A, Jutla A, et al. Assessment of Risk of Cholera in Haiti following Hurricane Matthew. Am J Trop Med Hyg 2017;97:896-903.
14. Fitter DL, Delson DB, Guillaume FD, Schaad AW, Moffett DB, Poncelet JL, et al. Applying a New Framework for Public Health Systems Recovery following Emergencies and Disasters: The Example of Haiti following a Major Earthquake and Cholera Outbreak. Am J Trop Med Hyg 2017;97:s4-11.
15. Ruskin J, Rasul R, Schneider S, Bevilacqua K, Taioli E, Schwartz RM. Lack of access to medical care during Hurricane Sandy and mental health symptoms. Prev Med Rep 2018;10:363-9.
16. Mao A, Mason W, Suri S, Watts DJ. An Experimental Study of Team Size and Performance on a Complex Task. PLoS One 2016; 11:e0153048.
17. Pyles L, Svistova J, Ahn S, Birkland T. Citizen participation in disaster recovery projects and programmes in rural communities: a comparison of the Haiti earthquake and Hurricane Katrina. Disasters 2018 Jul;42(3):498-518.
18. Bala H, Venkatesh V, Venkatraman S, Bates J. If the Worst Happens: Five Strategies for Developing and Leveraging Information Technology-Enabled Disaster Response in Healthcare. IEEE J Biomed Health Inform 2016;20:1545-51.
19. Falk H, Briss P. Environmental- and injury-related epidemic-assistance investigations, 1946-2005. Am J Epidemiol 2011; 174:s65-79.
20. Ahmed QA, Memish ZA. The public health planners' perfect storm: Hurricane Matthew and Zika virus. Travel Med Infect Dis 2017; 15:63-6.
21. Lemoine JF, Boncy J, Filler S, Kachur SP, Fitter D, Chang MA. Haiti's Commitment to Malaria Elimination: Progress in the Face of Challenges, 2010-2016. Am J Trop Med Hyg 2017;97:s43-8.
22. Jean Louis F, Buteau J, Boncy J, Anselme R, Stanislas M, Nagel MC, et al. Building and Rebuilding: The National Public Health Laboratory Systems and Services Before and After the Earthquake and Cholera Epidemic, Haiti, 2009-2015. Am J Trop Med Hyg 2017; 97:s21-7.
23. Haussig JM, Severi E, Baum JH, Vanlerberghe V, Laiseca A, Defrance L, et al. The European Medical Corps: first Public Health Team mission and future perspectives. Euro Surveill 2017;22. pii: 30613.
24. Parmar PK, Greenough PG. Optimizing the Use of a Precious Resource: The Role of Emergency Physicians in a Humanitarian Crisis. West J Emerg Med 2017;18:607-15.
25. Olson C. Lessons learned in crisis management. J Bus Contin Emer Plan 2014;7:245-52.
26. Dube A, Moffatt M, Davison C, Bartels S. Health Outcomes for Children in Haiti Since the 2010 Earthquake: A Systematic Review. Prehosp Disaster Med 2018;33:77-88.
27. Shultz JM, Cela T, Marcelin LH, Espinola M, Heitmann I, Sanchez C, et al. The trauma signature of 2016 Hurricane Matthew and the psychosocial impact on Haiti. Disaster Health 2016;3:121-38.
28. Schwartz RM, Tuminello S, Kerath SM, Rios J, Lieberman-Cribbin W, Taioli E. Preliminary Assessment of Hurricane Harvey Exposures and Mental Health Impact. Int J Environ Res Public Health 2018;15:pii: E974.
29. McClelland E, Amlôt R, Rogers MB, Rubin GJ, Tesh J, Pearce JM. Psychological and Physical Impacts of Extreme Events on Older Adults: Implications for Communications. Disaster Med Public Health Prep 2017;11:127-34.