

# Évaluation des risques pour la santé publique et interventions

## **Séisme : Haïti**

**Janvier 2010**



Groupe de travail sur les situations d'urgence – Maladies transmissibles,  
Maladies transmissibles : surveillance et action, Bureau régional OMS des Amériques,  
Bureau de l'OMS en Haïti

**© Organisation mondiale de la Santé 2010**

Tous droits réservés.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

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

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Pour de plus amples informations, veuillez contacter :  
Lutte contre la maladie dans l'action humanitaire d'urgence  
Département Alerte et action au niveau mondial  
Organisation mondiale de la Santé  
1211 Genève 27  
Suisse

Télécopie : (+41) 22 791 4285  
cdemergencies@who.int

## **Table des matières**

<b>Remerciements</b>	<b>4</b>
<b>1. Contexte et facteurs de risque</b>	<b>6</b>
<b>2. Risques immédiats pour la santé publique</b>	<b>8</b>
<b>3. Interventions prioritaires spécifiques en vue d'une mise en œuvre immédiate</b>	<b>14</b>
<b>4. Sources d'information</b>	<b>23</b>
<b>5. Définitions de cas recommandées par l'OMS</b>	<b>30</b>
<b>6. Santé du personnel</b>	<b>33</b>
<b>Annexe 1 : Prévention et prise en charge de l'infection des plaies</b>	<b>35</b>

## Remerciements

Le présent document a été établi par l'unité Lutte contre la maladie dans l'action humanitaire d'urgence (DCE), qui relève du Département Alerte et action au niveau mondial (GAR) au sein du Groupe Sécurité sanitaire et environnement (HSE), en collaboration avec le Groupe Interventions sanitaires en cas de crise (HAC) au Siège de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et avec le concours du Département Maladies transmissibles : surveillance et action et de l'unité Secours d'urgence et action humanitaire du Bureau régional OMS des Amériques et du Bureau de l'OMS en Haïti.

L'évaluation a été effectuée par le Groupe de travail sur les situations d'urgence – Maladies transmissibles, au Siège de l'OMS. Le Groupe de travail apporte un soutien technique et opérationnel sur les questions concernant les maladies transmissibles aux bureaux régionaux et aux bureaux de pays de l'OMS, aux ministères de la santé, à d'autres institutions du système des Nations Unies et à des organisations non gouvernementales et internationales. Il englobe les Départements Alerte et action au niveau mondial (GAR), Sécurité sanitaire des aliments et zoonoses (FOS), Santé publique et environnement (PHE) au sein du Groupe Sécurité sanitaire et environnement (HSE) ; le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) ; le Programme mondial de lutte antipaludique (GMP) et les Départements Halte à la tuberculose (STB), VIH/sida et Lutte contre les maladies tropicales négligées au sein du Groupe HTM ; Statistique et informatique sanitaires (HSI) au sein du Groupe Information, bases factuelles et recherche (IER) ; les Départements Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent (CAH), Pour une grossesse à moindre risque (MPS), Action en faveur des pays (CCO) au sein du Groupe Partenariats et réforme des Nations Unies (PUN) ; les Départements Santé et recherche génésiques (RHR) et Vaccination, vaccins et produits biologiques (IVB) au sein du Groupe Santé familiale et communautaire (FCH) ; les Départements Prévention de la violence et du traumatisme et handicap (VIP), Nutrition pour la santé et le développement (NHD) et Prévention et prise en charge des maladies chroniques (CPM) au sein du Groupe Maladies non transmissibles et santé mentale (NMH) ; les unités Procédures cliniques et Technologies sanitaires essentielles (CPR/EHT) au sein du Groupe HSS, le Service médical et de santé (HMS) et la Sécurité (SEC) au sein du Groupe Administration (GMG), le Groupe Interventions sanitaires en cas de crise (HAC), l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite (POL) en tant que Programme spécial au sein du Bureau du Directeur général.

L'unité DCE remercie de leur collaboration et de leur contribution passées et présentes les coordonnateurs chargés de différentes maladies au sein du Groupe de travail sur les situations d'urgence – Maladies transmissibles, le Bureau régional OMS des Amériques et le Bureau du Représentant de l'OMS en Haïti, sans lesquels le présent document n'aurait pas vu le jour.

L'OMS remercie également le gouvernement de la république d'Irlande (Irish Aid), l'agence américaine de développement (USAID), et Le Bureau de l'USAID pour les Secours d'urgence en cas de catastrophes à l'étranger (OFDA) de l'agence américaine de développement pour leur soutien continu à l'élaboration de ces documents.

## **Avant-propos**

Cette évaluation des risques pour la santé publique vise à fournir aux professionnels de la santé du système des Nations Unies, des organisations non gouvernementales, des organismes donateurs et des autorités locales qui œuvrent actuellement auprès des populations touchées par le séisme en Haïti des orientations techniques actualisées sur les grands problèmes de santé publique qui menacent les victimes de la catastrophe.

Les questions abordées ont été sélectionnées en fonction de la charge de morbidité et de mortalité ainsi que des risques de recrudescence dans la zone sinistrée.

Les menaces pour la santé publique sont un problème important pour ceux qui assurent des services de santé dans ce contexte en évolution. Nous espérons que la présente évaluation facilitera la coordination des activités entre tous les organismes venant au secours des populations sinistrées.

# 1. CONTEXTE ET FACTEURS DE RISQUE

## 1.1 Description de l'événement

Le 12 janvier 2010, à 16 h 53 heure locale (TU 21 h 53), un séisme de magnitude 7,0 sur l'échelle de Richter a frappé Haïti. L'épicentre du séisme se trouvait à 17 km de la capitale, Port-au-Prince (2 millions d'habitants environ). Des répliques de magnitude 6,0 sur l'échelle de Richter ont été enregistrées. Environ 3,5 millions de personnes vivent dans la zone touchée par le tremblement de terre.

C'est le plus grave séisme enregistré en Haïti, pays déjà en proie depuis de nombreuses années à une crise humanitaire et aux catastrophes naturelles, notamment une série d'ouragans et de tempêtes tropicales en 2008.

Le tremblement de terre a causé des dégâts considérables et endommagé des infrastructures cruciales, notamment les services de base (eau, électricité, assainissement), les transports, les moyens de communication et les services de santé. D'après les premières informations, beaucoup de structures se sont effondrées, dont des hôpitaux et des centres de santé dans l'agglomération de Port-au-Prince, et de nombreux agents de santé sont morts. La capacité à faire face à la crise est donc sérieusement réduite.

Les infrastructures de transport ont été gravement endommagées, y compris le port et l'aéroport. L'eau de boisson est devenue impropre à la consommation et les systèmes d'égouts qui fonctionnaient avant le séisme sont hors d'usage.

Le bilan des victimes est encore provisoire mais apparemment lourd d'après les informations obtenues. La mission de l'ONU et les opérations de maintien de la paix ont elles aussi été durement frappées.

Les priorités sanitaires dans l'immédiat sont de rechercher et de secourir les rescapés pris sous les décombres, d'assurer les services médicaux et chirurgicaux indispensables pour soigner les blessés, d'éviter que les plaies ne s'infectent et de fournir un abri, de la nourriture, de l'eau propre et des installations d'assainissement aux sinistrés. L'aide humanitaire proposée au niveau international pose des problèmes de coordination. Des hôpitaux de campagne sont mis en place et une fois opérationnels, ils devraient suffire pour répondre aux besoins actuels.

## 1.2 Présentation du pays

Haïti est un pays des Caraïbes de langue créole et française d'une superficie d'environ 27 750 km<sup>2</sup>. C'est le troisième pays des Caraïbes par la taille. Haïti occupe le tiers occidental de l'île d'Hispaniola, qui abrite aussi la République dominicaine (voir la Figure 1). Le climat tropical varie quelque peu selon l'altitude et compte deux saisons des pluies, d'avril à juin et d'octobre à novembre. La saison des ouragans est en août et en septembre.

En 2007, le pays comptait 9,7 millions d'habitants. C'est le pays le plus pauvre de l'hémisphère Ouest et, en 2007, il était 149<sup>e</sup> sur 182 selon l'indicateur du développement humain du PNUD. En 2001, 55 % de la population vivait au-dessous du seuil d'extrême pauvreté (US \$1 par personne par jour).

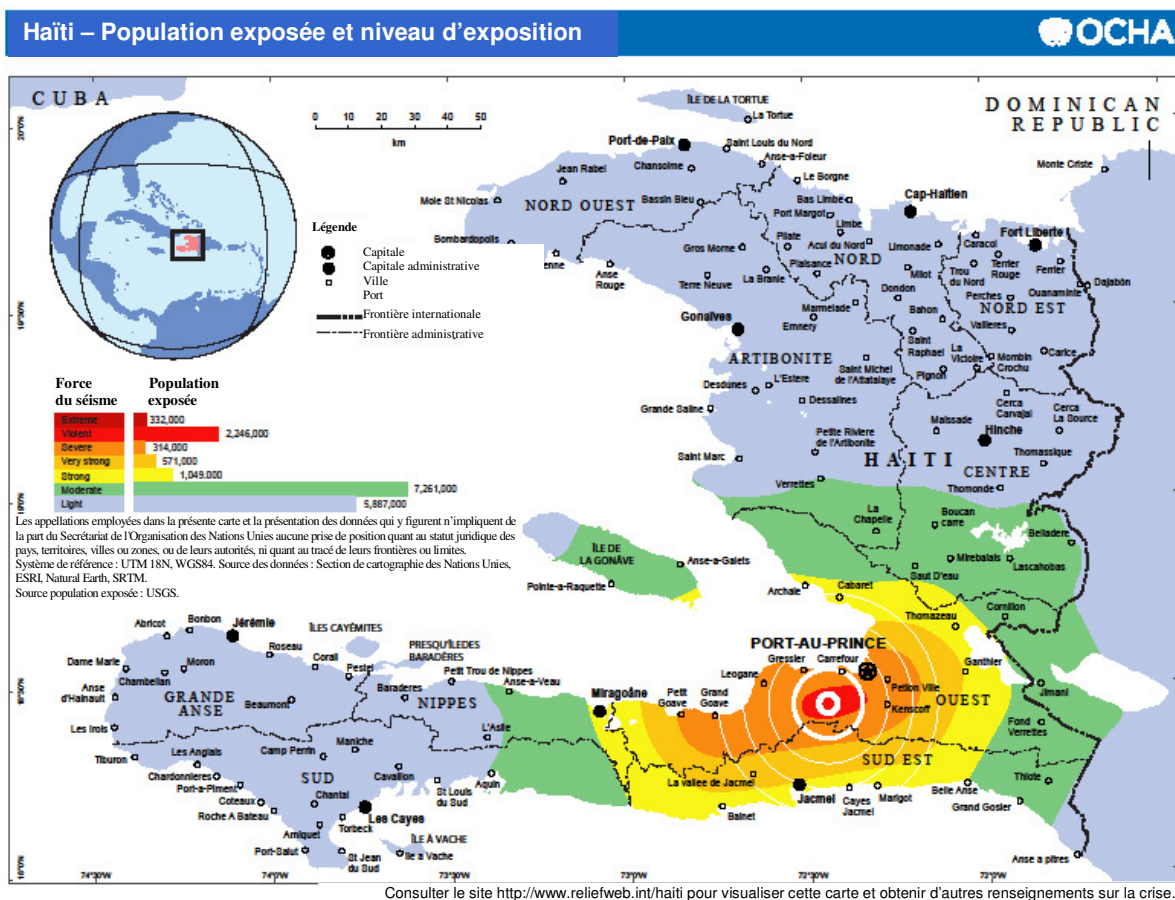
Les services hospitaliers et cliniques de Port-au-Prince sont depuis longtemps mis à mal par le manque d'infrastructures, les coupures de courant, les problèmes d'eau et un appauvrissement général.

Haïti connaît d'importants problèmes d'eau et d'assainissement. En 2009, 45 % de la population n'avait pas accès à de l'eau salubre et 83 % de la population haïtienne ne bénéficiait pas de services d'assainissement suffisants (OMS/CCS).

En 2007, 47 % de la population n'avait pas accès aux soins de santé de base et la majorité des Haïtiens s'adressaient aux guérisseurs traditionnels. On estime que 40 % des ménages souffrent d'insécurité alimentaire, laquelle se manifeste par un faible poids de naissance et des carences en nutriments.

Le système de santé haïtien est tenu par le secteur public (Ministère de la Santé publique et de la Population et Ministère des Affaires sociales); le secteur privé à but lucratif; le secteur mixte sans but lucratif (personnel du Ministère de la Santé exerçant dans des institutions privées (ONG) ou des organisations religieuses); le secteur privé sans but lucratif (ONG, fondations, associations); et les guérisseurs traditionnels. Le Ministère de la Santé publique et de la Population compte 10 bureaux nationaux et quatre unités de coordination, qui s'occupent des maladies infectieuses et transmissibles, du PEV, de la nutrition et de la sécurité des hôpitaux. On dénombre 371 postes de santé, 217 centres de santé et 49 hôpitaux en Haïti. En 2009, le pays comptait plus de 250 partenaires intervenant dans le secteur de la santé, ce qui rendait plus difficile encore la coordination de l'action sanitaire (OMS/CCS).

**Fig. 1. Carte de Haïti montrant l'épicentre du séisme du 13 janvier et la population touchée**



Force du séisme (Extrême, Violent, Grave, Très fort, Fort, Modéré, Léger)

## 2. RISQUES IMMÉDIATS POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

### 2.1 Blessures et traumatismes

Les séismes entraînent une forte mortalité par traumatisme. **Blessures et traumatismes** seront nombreux après le choc initial et pendant les opérations de secours et de nettoyage. La chirurgie est primordiale pendant les premiers jours et les premières semaines. Les blessés souffriront en majorité de coupures et d'hématomes sans gravité, un plus petit pourcentage d'entre eux de fractures simples et une minorité (en nombre important tout de même) présentera des fractures multiples graves ou des lésions internes et un syndrome d'écrasement nécessitant une intervention chirurgicale, une transfusion sanguine et d'autres soins intensifs. Il est probable que les moyens de traitement existants seront insuffisants pour soigner les blessures graves, ce qui entraîne des retards supplémentaires. Un nombre important de **brûlures** a également été signalé ; elles nécessitent des soins spécialisés.

Le risque d'**infection des plaies** et de **tétanos** est grand en raison des difficultés d'accès aux installations de santé et du retard avec lequel les blessés graves sont pris en charge. La **gangrène** est une complication de la contamination des plaies et il faut absolument soigner rapidement les plaies pour l'éviter. En cas de gangrène, l'ablation des tissus gangrénés s'impose. Il n'y a pas de risque de transmission de la gangrène à un sujet sain.

Un faible taux de vaccination chez les enfants d'un an (DTC3 53 % à un an en 2007, voir le Tableau 1) et une baisse de l'immunité antitétanique chez les adultes augmentent le risque de mortalité et de morbidité liées au **tétanos**. (Pour de plus amples informations, voir la section 4, Blessures et traumatismes et Santé de l'enfant dans les situations d'urgence : *Livre de poche pour soins hospitaliers pédiatriques*.)

### 2.2 Maladies transmises par l'eau et les aliments et liées aux problèmes d'hygiène et d'assainissement

Les populations déplacées de Haïti sont très exposées aux risques de maladies transmises par l'eau et les aliments et liées aux problèmes d'hygiène et d'assainissement, parce qu'elles ont difficilement accès à de l'eau salubre et à un système d'assainissement. Du fait de la perturbation de l'approvisionnement en eau habituel et de la contamination de l'eau par un réseau d'égouts endommagé, certaines personnes risquent de boire de l'eau impropre à la consommation et d'être ainsi plus exposées encore. Les germes *Salmonella typhi* (à l'origine de la **fièvre typhoïde**) et les virus de l'**hépatite A** et de l'**hépatite B** sont présents et peuvent donner lieu à des épidémies. Le choléra n'est pas endémique en Haïti. La diarrhée contribue déjà en grande partie à la mortalité élevée des moins de cinq ans ; l'OMS estime que la diarrhée représente 16 % des décès d'enfants de moins de cinq ans en Haïti. La **leptospirose** est endémique en Haïti (voir la section 2.5, *Zoonoses et maladies à transmission vectorielle*).

### 2.3 Maladies associées au surpeuplement

Le déplacement de populations peut provoquer un surpeuplement dans les zones où elles s'installent, accroissant le risque de transmission de certaines maladies qui se transmettent d'une personne à une autre par l'intermédiaire de gouttelettes respiratoires, comme la **rougeole**, la **diphtérie** et la **coqueluche** (voir ci-dessous la section sur les maladies à prévention vaccinale) et des **infections respiratoires aiguës** (ARI). Le risque est plus grand encore en l'absence d'une bonne ventilation. Le surpeuplement peut aussi augmenter la probabilité de transmission de la méningite, des maladies à transmission hydrique et vectorielle dans les semaines et les mois qui suivent le tremblement de terre.

**Infections respiratoires aiguës.** Les ARI englobent toutes les infections des voies respiratoires supérieures ou inférieures. Les infections aiguës des voies respiratoires inférieures (pneumonie, bronchiolite et bronchite) sont particulièrement préoccupantes chez les enfants de moins de cinq ans. L'OMS estime qu'en 2000, 20 % des décès d'enfants de moins de cinq ans recensés en Haïti étaient dus à une pneumonie. Les enfants de faible poids de naissance, malnutris et qui ne sont pas nourris au sein et ceux qui vivent dans des



conditions de surpeuplement ont plus de risques de contracter la pneumonie. Les nourrissons de moins de six mois qui ne sont pas nourris au sein risquent cinq fois plus de mourir de pneumonie que les enfants exclusivement nourris au sein pendant les six premiers mois.

Le dépistage et la prise en charge rapides de la pneumonie et d'autres maladies courantes, selon les principes de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), éviteront une mortalité et une mortalité superflues chez les moins de cinq ans. Il est recommandé aux agents de santé qualifiés de se référer aux directives nationales de PCIME pendant et après la crise.

La **grippe pandémique A (H1N1) 2009** circule actuellement en Haïti. Elle se transmet d'une personne à une autre aussi facilement que la grippe saisonnière normale par exposition aux gouttelettes infectées émises lorsqu'on tousse ou éternue ou par les mains ou des surfaces contaminées. (Pour de plus amples informations, voir la section 4, *Grippe pandémique*.)

La **méningococcie** se transmet d'une personne à une autre par l'intermédiaire de gouttelettes respiratoires. La transmission est facilitée par des contacts étroits et par le surpeuplement.

La **tuberculose** fait toujours partie des premières causes de morbidité et de mortalité. Haïti enregistre le taux d'incidence le plus élevé de l'hémisphère Ouest. En 2007, le nombre de cas de tuberculose y était estimé à 35 000 et l'incidence à 147 cas pour 100 000 habitants.

En 2007, le taux de mortalité par tuberculose toutes formes confondues était de 71 pour 100 000 habitants. Parmi les cas nouveaux, 23 % étaient **VIH**-positifs. La prévalence estimative de la tuberculose multirésistante parmi tous les cas nouveaux est de 1,8 % (*OMS, profil de pays concernant la tuberculose*).

Haïti a adopté la stratégie DOTS et les services sont assurés dans le cadre du Programme national de lutte contre la tuberculose (PNT). Un nombre important d'ONG participent à la lutte antituberculeuse dans le pays. Le traitement est disponible dans 198 centres de santé, parmi lesquels quatre sanatoriums. Le PNT est loin d'avoir atteint ses objectifs, qui correspondent aux cibles mondiales de l'OMS (taux de dépistage d'au moins 70 % et taux de succès thérapeutique d'au moins 85 %) : le taux de dépistage des cas de tuberculose frottis positif était de 47 % en 2007 et le taux de succès thérapeutique de 81 % en 2006.

Lors de la phase aiguë de cette situation d'urgence, il est probable que l'interruption du traitement des maladies chroniques (tuberculose, infection à VIH, diabète, etc.) et la perte de vue des patients seront des problèmes importants. Il est donc essentiel d'instaurer une proche collaboration entre les agents de santé qui font face à l'urgence et les services réguliers du PNT. Les autres aspects de la lutte antituberculeuse pourront être abordés une fois que les soins d'urgence et les soins de base auront été rétablis. On trouvera de la page 95 à la page 97 du guide intitulé *Tuberculosis care and control in refugee and displaced populations* les questions de lutte contre la tuberculose dont il faut se préoccuper en cas de catastrophe naturelle (voir la section 4, *Tuberculose*).

## **2.4 Maladies à prévention vaccinale et couverture de la vaccination systématique**

Le taux de létalité du **tétanos** se situe entre 70 % et 100 % en l'absence de traitement médical et la maladie est sous-déclarée dans l'ensemble du monde. La période d'incubation dure généralement de trois à 21 jours. Une période d'incubation plus brève est associée à une maladie grave et à un moins bon pronostic. D'après les chiffres des autorités nationales, de l'OMS et de l'UNICEF, la couverture par trois doses de vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC3) était de 53 % chez les enfants d'un an en Haïti en 2007.

Les blessés doivent être pris en charge correctement le plus tôt possible pour limiter le risque de handicap ultérieur et pour éviter des décès superflus après le séisme. Toutes les plaies et blessures doivent être examinées car des spores de *Clostridium tetani* présentes dans le sol peuvent contaminer des plaies, des égratignures ou des brûlures mineures passées inaperçues. Les agents de santé exerçant sur les lieux d'une catastrophe doivent être alertés par la survenue d'une dysphagie (difficulté à avaler) et d'un trismus (contracture des muscles de la mâchoire), qui sont souvent les premiers symptômes de la maladie.

Il faut systématiquement administrer aux blessés des antibiotiques à titre prophylactique et de l'anatoxine tétanique s'ils ne sont pas immuns ainsi que de l'immunoglobuline antitétanos s'il y a un risque que la plaie soit infectée. (Voir les sections 3.1, *Prise en charge des cas* et 3.4, *Vaccination* ; pour de plus amples informations, voir la section 4, *Tétanos* et *Blessures et traumatismes*.)

**Rougeole, diphtérie, coqueluche et poliomyélite.** Dans les populations où la couverture vaccinale est faible, le surpeuplement conjugué au déplacement des personnes peut augmenter le risque de flambée de rougeole, de coqueluche et de diphtérie. Aucun cas de rougeole n'a été confirmé en Haïti depuis 2001. D'après les autorités nationales, l'OMS et l'UNICEF, la couverture de la vaccination antirougeoleuse était de 58 % chez les enfants d'un an en 2007, d'où un risque accru de flambée. Des épidémies de diphtérie ont eu lieu en Haïti en 2004, 2005 et 2009 ; le taux officiel de couverture par trois doses de vaccin (DTC3) chez les enfants d'un an était de 53 % en 2007. La poliomyélite a été éliminée en Haïti. Le taux de couverture vaccinale (VPO3) chez les enfants d'un an était de 52 % en 2007.

L'**hépatite A** est une infection du foie due au virus de l'hépatite A (VHA) et transmise par la voie féco-orale. (Voir les sections 2.2, *Maladies transmises par l'eau et les aliments et liées aux problèmes d'hygiène et d'assainissement* et 3.4, *Vaccination*.)

**Tableau 1. Couverture de la vaccination systématique chez les enfants d'un an, 2007, Haïti**

Antigène	Couverture (%)*
(BCG) bacille de Calmette–Guérin	75
Diphtérie-tétanos-coqueluche, 3 <sup>e</sup> dose	53
Vaccin à valence rougeole	58
Poliomyélite, 3 <sup>e</sup> dose	52

\* Estimations officielles communiquées par le pays à l'OMS/UNICEF, 2007

\* Le pays a mené une campagne de vaccination de rattrapage visant les enfants et les adolescents âgés de 1 à 19 ans entre novembre 2007 et novembre 2008 au moyen du vaccin antirougeoleux-antirubéoleux. D'après les données administratives, la couverture était de 103 %, et de 94 % d'après les résultats d'un contrôle rapide de la couverture.

## 2.5 Zoonoses et maladies à transmission vectorielle

La **dengue/dengue hémorragique** est une maladie virale transmise par le moustique *Ae. aegypti*, qui est endémique à Haïti. Un taux élevé de transmission des quatre virus de la dengue a été signalé dans le pays, la maladie se transmettant principalement entre les mois d'avril et de novembre. La dengue provoque un syndrome grippal sévère. Une complication potentiellement mortelle appelée dengue hémorragique peut survenir. Il arrive que des épidémies de dengue se produisent de façon cyclique tous les trois ou cinq ans. Généralement, *Ae. aegypti* ne pique pas la nuit et se reproduit de préférence dans les eaux stagnantes à proximité des habitations (citernes, récipients en plastique, etc.). (Pour de plus amples informations, voir la section 4, *Dengue*.)

Le risque de **paludisme** existe toute l'année dans l'ensemble du pays, y compris dans les zones côtières et frontalières. Il est jugé faible dans les principales zones urbaines de Port-au-Prince mais peut augmenter dans la situation actuelle. En 2008, Haïti a déclaré 36 774 cas de paludisme, dont 740 dans la capitale. Presque tous les cas de paludisme observés en Haïti sont dus à *P. falciparum*, qui est sensible à la chloroquine, celle-ci étant actuellement le traitement de première intention. Le dépistage et le traitement précoces du paludisme sauveront des vies et ils sont les priorités de la lutte antipaludique dans cette situation d'urgence.

*Anopheles albimanus*, principal moustique vecteur du paludisme, pique à la nuit tombée (activité maximale avant 21 heures). Les gîtes larvaires les plus courants sont les nappes aquifères (empreintes de pas et de sabots, fossés, rizières et mares). Sa présence est rare dans les eaux ou les conteneurs très pollués. On observe des pics saisonniers de transmission quand la densité de vecteurs augmente, entre juin et août et entre novembre et janvier, après la saison des pluies. Les communautés haïtiennes ont l'habitude d'utiliser

des moustiquaires à imprégnation durable (MID). Plus de 210 000 moustiquaires ont été distribuées en 2007 et 2008 (total pour les deux années).

Les populations déplacées peuvent être davantage exposées au risque de paludisme et parce que, faute d'abris corrects, elles sont plus exposées aux vecteurs. Des flambées localisées risquent de se produire. (Pour de plus amples informations, voir la section 3.1, *Prise en charge des cas* et la section 4, *Paludisme*.)

La **rage** transmise par les chiens est une maladie prioritaire en Haïti. La lutte antirabique est une priorité, et une campagne de vaccination de masse des chiens était en cours au moment du séisme. Le risque de transmission de la rage par morsure d'animaux peut être plus important après le séisme.

La **leptospirose** est endémique en Haïti. L'infection peut survenir indirectement chez l'homme quand la bactérie entre en contact avec la peau (surtout une surface de peau lésée) ou avec les muqueuses. Elle peut aussi résulter d'un contact avec de la terre ou des végétaux humides contaminés par l'urine d'animaux infectés.

La **filariose lymphatique** est endémique sur toute l'île. Elle est transmise par le moustique *Culex quinquefasciatis*, qui pique la nuit. Les populations déplacées qui n'ont pas d'abri correct peuvent être davantage exposées aux piqûres de moustiques. Les MID protègent en partie contre ces vecteurs.

## 2.6 Autres risques et considérations concernant la santé publique

**Cadavres.** Il est important de faire comprendre à toutes les parties que les **cadavres ne présentent pas de danger pour la santé publique**. Quand le décès est dû à la catastrophe elle-même et non à une maladie, les cadavres n'ont pas été associés à des flambées épidémiques. Il est recommandé au personnel qui évacue les cadavres de prendre les précautions d'usage contre l'infection. (Pour de plus amples informations, voir la section 4, *Évacuation des cadavres*.)

La **malnutrition** sévit dans toutes les provinces haïtiennes, surtout chez les enfants de moins de cinq ans. La dénutrition est un facteur important qui contribue à la mortalité de l'enfant et elle est aussi liée à des troubles du développement cognitif. La prévalence de la malnutrition aiguë chez les moins de cinq ans est un important sujet de préoccupation car elle a doublé en cinq ans : de 4,5 % en 2000 (DHS 2000), sa prévalence atteignait 9,1 % en 2005 (DHS 2005). Pendant la période 2000-2007, 41 % des nourrissons de moins de six mois étaient exclusivement nourris au sein.

Les victimes du séisme sont davantage exposées à un risque de malnutrition aiguë modérée ou sévère, surtout les groupes vulnérables tels que les jeunes enfants, les femmes enceintes ou allaitantes et les personnes âgées. Le risque tient au manque de nourriture adaptée en quantité suffisante, à l'augmentation du nombre de cas de maladies diarrhéiques et aux difficultés d'accès aux services de santé et de nutrition.

De plus, le risque peut être accru si les mères ne sont pas encouragées à allaiter au sein, à opter pour la relactation ou à donner une alimentation de complément à l'enfant. Les dons non réglementés de préparations pour nourrissons et d'autres substituts du lait maternel peuvent augmenter la morbidité et la mortalité chez les nourrissons et les jeunes enfants. (Pour de plus amples informations, voir la section 4, *Malnutrition*.)

Des interventions **essentielles de santé génésique** peuvent garantir un accouchement dans de bonnes conditions de sécurité (accès aux soins de base et à des soins obstétricaux d'urgence complets) et permettre de prendre en charge cliniquement les conséquences de la violence sexuelle, de prévenir la transmission du VIH et de fournir des préservatifs. Ces interventions sont des éléments cruciaux de l'ensemble initial minimum de services de santé génésique (MISP) qui doit être assuré pendant la phase aiguë d'une urgence. (Pour de plus amples informations, voir la section 4, *Santé sexuelle et génésique dans les situations d'urgence*.)

**Infections sexuellement transmissibles (IST), y compris l'infection à VIH.** Haïti est touchée par une épidémie généralisée d'infection à VIH. On estime que 120 000 personnes à Haïti vivent avec le virus (ONUSIDA, OMS 2005). Dans le rapport de 2008 sur l'accès universel, le Ministère de la Santé et de la Population estimait que 47 centres de santé (7 %) fournissaient un traitement antirétroviral (TARV) en Haïti et que plus de 19 000 patients étaient sous traitement.

Les secours d'urgence devraient comprendre un ensemble minimum de services de prévention, de traitement et de prise en charge de l'infection à VIH et aider à prendre les précautions d'usage par la fourniture de gants, d'aiguilles et de seringues stériles, ainsi que de dispositifs pour l'élimination sans risque des déchets en milieu médical. Autres services à assurer : distribution de préservatifs, messages d'éducation et de prévention, et prophylaxie postexposition pour les accidents professionnels et les victimes de viol. Les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues doivent être maintenus. On veillera à ce que le traitement des patients sous TARV ne soit pas interrompu et à ce que le TARV soit mis à disposition pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH.

Dans les situations d'urgence, les personnes vulnérables peuvent se trouver dans des circonstances qui augmentent considérablement l'exposition aux IST, y compris au VIH. Les facteurs de risque sont notamment les déplacements massifs de population, les situations où les femmes et les enfants doivent se débrouiller seuls, la fréquence de la violence domestique, l'engorgement ou l'effondrement des services sociaux, et le manque de moyens pour prévenir l'infection à VIH (aiguilles stériles, sécurité transfusionnelle et mise à disposition de préservatifs). (Pour de plus amples informations, voir la section 4, *Femmes et violence fondée sur l'appartenance sexuelle et VIH/sida.*)

Des **infections cutanées** peuvent survenir en raison du surpeuplement mais aussi du manque d'eau et des mauvaises conditions d'hygiène. Les parasitoses (gale et poux, à l'origine du typhus) sont également courantes et doivent être traitées.

Les **maladies non transmissibles** sont considérées comme un problème de santé important en Haïti. Les affections chroniques, notamment les maladies cardio-vasculaires (hypertension, cardiopathies ischémiques, maladies cérébrovasculaires et insuffisance cardiaque), le cancer, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et les troubles neuropsychiatriques, représentent une part de plus en plus grande de la charge de morbidité. Ce groupe de maladies pèse lourdement sur les services de santé et appauvrit les familles et les communautés. Les priorités pendant la phase aiguë de cette situation d'urgence consistent à soigner les poussées et à limiter les interruptions de traitement.

**Santé mentale et soutien psychosocial.** Il est probable qu'une grande partie de la population sinistrée présentera toutes sortes de symptômes d'anxiété habituellement liés à un traumatisme grave, un deuil, un danger continu et des conditions de vie difficiles. Il importe que les services de santé fassent la distinction entre ces symptômes de stress psychologique, qui peuvent être pris en charge par des interventions psychologiques simples ou psychosociales, et les troubles mentaux modérés ou graves qui nécessitent une thérapie clinique.

Les installations dangereuses endommagées peuvent présenter des **risques pour l'environnement** : complexes industriels, dépôts de pétrole et d'essence, entrepôts où sont conservés des produits chimiques à usage agricole, industriel ou autre et matériel endommagé (transformateurs, appareils de radiologie). L'essentiel de l'industrie de Haïti est située près de Port-au-Prince. Les agents de santé doivent être attentifs aux symptômes compatibles avec une intoxication chimique, en particulier les irritations de la peau et les brûlures d'origine chimique.

Une mauvaise gestion des déchets, notamment des déchets médicaux, peut présenter des risques d'infection, d'effets toxiques et de blessures pour les agents de santé, le personnel qui évacue les déchets, les patients et la communauté dans son ensemble, et augmenter les risques de pollution de l'environnement. (Pour de plus amples informations, voir la section 4, *Hygiène de l'environnement dans les situations d'urgence.*)

Il y a un risque d'empoisonnement par le monoxyde de carbone quand on utilise des générateurs à essence dans des espaces clos. Il faut veiller à bien ventiler les locaux où sont installés les générateurs.

**Coupures de courant.** Du fait de coupures de courant prolongées, les aliments ont pu se gâter et devenir une source de contamination. Il est probable aussi que les stocks de vaccins ont été endommagés et la chaîne du froid interrompue.

**Dons de médicaments et de matériel.** Les donateurs peuvent limiter les dons de médicaments, de matériel et de fournitures médicaux inadaptés en se conformant aux lignes directrices interinstitutions. (Pour de plus amples informations, voir la section 4, *Dons de médicaments*.) En général, les grands principes à respecter sont les suivants :

- les dons de médicaments et de matériel médical ne doivent pas être une priorité ;
- les dons de médicaments et de matériel médical doivent répondre précisément aux besoins officiellement déclarés du pays bénéficiaire ;
- les médicaments donnés doivent figurer sur la liste nationale des médicaments homologués ;
- les médicaments donnés doivent être étiquetés en anglais ou dans la langue nationale ;
- la date de péremption des médicaments doit dépasser d'au moins un an celle de leur livraison dans le pays.

(Voir la section 4, *Dons de médicaments*.)

Les produits pharmaceutiques doivent être détruits par incinération à haute température (supérieure à 1200°C). Les unités d'incinération répondant à ce critère et équipées d'un système de contrôle des émissions se trouvent principalement dans les pays industrialisés. L'élimination des déchets dangereux selon ce procédé coûte entre US \$2000 et US \$4000 par tonne.

**Santé du personnel. (Voir la section 6.)**

### 3. INTERVENTIONS PRIORITAIRES SPÉCIFIQUES EN VUE D'UNE MISE EN ŒUVRE IMMÉDIATE

Tableau 2. Priorités immédiates

<p><b>Priorités du secteur de la santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Accès à des soins chirurgicaux, médicaux et obstétricaux d'urgence et prise en charge appropriée des cas, surtout des traumatismes, des plaies et des brûlures</li><li>• Vaccinations prioritaires, y compris campagne de vaccination massive contre la rougeole/rubéole, et vaccination contre le tétanos dans le cadre des soins aux blessés</li><li>• Surveillance et mesures de lutte contre les maladies transmissibles, et préparation aux maladies à tendance épidémique</li><li>• Appui à une alimentation appropriée des nourrissons et des jeunes enfants et prise en charge de la malnutrition</li><li>• Continuité des soins en cas de maladies chroniques (par exemple VIH, tuberculose, hypertension, etc.)</li><li>• Communication en matière de santé publique</li></ul> <p><b>Priorités des autres secteurs ayant des conséquences sur la santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Planification des refuges et autres sites</li><li>• Approvisionnement suffisant en eau salubre et assainissement.</li></ul>
---

#### 3.1 Prise en charge des cas

Une bonne prise en charge des cas présuppose d'assurer l'accès aux soins. L'accès aux soins de santé pour les populations touchées revêt une importance critique, notamment en ce qui concerne les protocoles de prise en charge des cas et les médicaments/le matériel destinés à traiter les cas susceptibles de nécessiter un traitement lourd (traumatismes/plaies, maladies transmissibles et non transmissibles, services de santé génésique d'urgence).

#### Soins médicaux et chirurgicaux essentiels

- La priorité doit aller aux soins médicaux et chirurgicaux d'urgence pour les personnes **victimes de traumatismes physiques**. Cela concerne un grand nombre de besoins en termes de soins de santé qu'attendent les victimes au lendemain du cataclysme. L'effondrement de bâtiments est à l'origine de blessures par écrasement, de fractures et de blessures ouvertes ou non, et aussi de brûlures. Il est vital d'y répondre par un traitement médical et chirurgical approprié afin d'améliorer les chances de survie, de réduire au minimum les risques futurs de déficience fonctionnelle et d'invalidité et de permettre un retour aussi complet que possible à la vie dans la communauté. Afin de prévenir les décès et les invalidités qui peuvent être évités, le personnel de soins de santé sur le terrain s'occupant des survivants blessés doit observer les principes de base ci-après concernant les soins aux personnes victimes de traumatismes. (Pour plus d'informations, voir l'annexe 1, *Prévention et prise en charge de l'infection des plaies* ; et la section 4, *Tétanos ; Blessures et traumatismes : Integrated Management of Essential and Emergency Surgical Care*.)
- Lesdits patients doivent être **répartis en fonction de la gravité** de leurs blessures, et les traitements à leur appliquer doivent être décidés selon les ressources disponibles et les chances de survie. Le principe de sélection sur lequel reposent les décisions à prendre en la matière est celui de l'allocation des ressources pour le plus grand bénéfice sanitaire du plus grand nombre.

- Les  **blessures ouvertes qui sont infectées, contaminées ou remontant à plus de six heures**  ne doivent pas être refermées. Le débridement du tissu nécrotique est essentiel, ce qui, en fonction de la taille de la plaie, peut exiger une opération chirurgicale à effectuer dans des conditions appropriées (stériles entre autres). Si des organes ou des structures neurovasculaires sont touchés, ou s'il y a fracture ouverte des os, des soins chirurgicaux appropriés seront également nécessaires.
- Après débridement et élimination des tissus nécrotiques et des débris, un pansement stérile doit être appliqué sur les plaies, le patient devant être revu ultérieurement pour la  **fermeture primaire différée** .
- Les patients présentant des blessures ouvertes doivent bénéficier d'une prophylaxie antitétanique (vaccin et/ou immunoglobuline antitétanique selon les antécédents de vaccination). La prophylaxie ou traitement antibiotique sera probablement indiqué. (Pour plus d'informations, voir la section 4, *Blessures et traumatismes : Prevention and management of wound infections.*)
- Les  **brûlures**  sont fréquentes lors des tremblements de terre et doivent être traitées selon les principes de base concernant la prise en charge des lésions énoncées dans l'annexe 1. Ne pas perdre de vue que la prophylaxie antitétanique est indiquée dans ce cas. Il convient de prêter attention également à la gestion des voies respiratoires, car il existe un risque d'obstruction, spécialement lors de brûlures causées par un incendie dans un espace fermé, entraînant un risque élevé de lésion par inhalation. Les patients présentant des brûlures qui n'ont pas rapidement été prises en charge (comme c'est probablement le cas à la suite d'un tremblement de terre) peuvent présenter une hypovolémie importante.
- Chaque fois que possible, les secouristes doivent être pourvus d'un  **équipement de protection de base**  tel que chaussures et gants de cuir pour éviter d'avoir les mains et les pieds coupés ou transpercés.
- Des trousse de  **prophylaxie postexposition (PEP) contre le VIH**  devraient être à la disposition des personnels de santé et des secouristes en cas d'exposition accidentelle à du sang et des liquides biologiques contaminés.
- La  **protection des stocks de produits sanguins sûrs**  est essentielle. Le sang devrait être passé au crible des normes nationales en ce qui concerne la sérologie VIH, la syphilis, le paludisme et l'hépatite B. La trousse de secours d'urgence devrait contenir l'équipement de test nécessaire pour un dépistage rapide ou classique devant permettre de vérifier que le sang donné ne vient pas d'une personne atteinte de l'une de ces maladies qui sont communes en Haïti. Une évaluation rapide de la disponibilité de tels tests s'impose.

#### **Prise en charge des cas de maladies transmissibles**

- Pour réduire les effets des maladies transmissibles, il est important que la communauté prenne davantage conscience de la nécessité de  **se faire traiter sans attendre**  et de renforcer la  **prise en charge des cas par des moyens appropriés** . L'application de  **protocoles types de traitement**  dans les structures sanitaires à l'aide de médicaments approuvés de première intention est cruciale pour assurer un diagnostic et un traitement efficaces des affections aiguës des voies respiratoires, qui sont la principale source de maladies à tendance épidémique (dont le choléra, la dysenterie, la shigellose, la fièvre typhoïde, la dengue et la dengue hémorragique, l'hépatite, la leptospirose, la rougeole, le paludisme, la méningite et la grippe pandémique H1N1 (2009), de même que les IST).
- Les  **précautions ordinaires**  visent à assurer l'hygiène des mains et à éviter le contact direct avec le sang et les liquides biologiques. Par conséquent, l'équipement essentiel devrait comprendre un antiseptique sans eau pour les mains et un équipement de protection personnelle (par exemple des gants). Des précautions spécifiques supplémentaires (contre le risque de transmission) devraient être dictées par l'évaluation des risques. Il importe que les précautions ordinaires soient appliquées non seulement dans les structures sanitaires, mais aussi par les personnels de santé assurant des soins sur le terrain (voir section 4, *Prévention de l'infection et lutte anti-infectieuse en milieu médical*).

- **Traitement du paludisme :** la chloroquine (25 mg base/kg pendant 3 jours) peut être utilisée comme traitement du paludisme non compliqué, dans la mesure où aucun cas de résistance de *P. falciparum* à la chloroquine n'a été signalé. Dans la phase d'urgence, un moyen acceptable et pratique de traiter un cas grave de paludisme à falciparum consiste à administrer de l'artéméter par voie intramusculaire. Toutefois, dès l'instant où une surveillance intensive devient possible, il faut privilégier l'administration d'artésunate par voie intraveineuse ou intramusculaire, puis de quinine par voie intraveineuse.
- **Tétanos :** la prise en charge appropriée des survivants présentant des lésions est à mettre en place le plus rapidement possible afin de réduire au minimum le risque d'incapacité future et de prévenir des décès qui pourraient être évités. Le vaccin antitétanique (TT ou Td) ET l'immunoglobuline antitétanique sont indiqués pour les patients présentant des blessures ou des lacérations ouvertes qui n'ont encore jamais été vaccinés. L'immunoglobuline antitétanique est indiquée pour les personnes ayant été vaccinées et qui présentent des blessures ou des lacérations (par exemple le personnel qui procède à l'enlèvement des décombres) en fonction de leurs antécédents de vaccination antitétanique.
- La fourniture du traitement **contre la tuberculose** doit être assurée auprès des patients tuberculeux qui recevaient précédemment ce traitement dans les zones touchées par le cataclysme. Environ 4000 tuberculeux étaient ainsi traités à Port-au-Prince en avril 2009 (rapport de la mission du Service pharmaceutique mondial, 2009). Ce traitement, qui ne doit pas être interrompu, doit être assuré conformément aux directives du Programme national de lutte contre la tuberculose. Tous les aspects de la prise en charge des cas de tuberculose doivent également être conformes aux directives du Programme national. Les médicaments utilisés pour traiter la maladie, tels que la rifampicine ou la streptomycine, ne doivent pas être utilisés pour le traitement d'autres maladies.
- **VIH/sida :** il faut s'efforcer de veiller à ce que le traitement antirétroviral dont bénéficient les personnes atteintes du VIH/sida ne soit pas interrompu et à ce que le TARV continue d'être fourni pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.
- **Prophylaxie de la rage :** la prophylaxie postexposition à l'aide de sérum et de vaccin humain est recommandée pour toutes les personnes ayant été mordues par des animaux.

#### Maladies non transmissibles

- **Maladies non transmissibles :** les patients qui étaient traités pour une maladie cardio-vasculaire (hypertension, cardiopathie ischémique, maladie cérébrovasculaire et insuffisance cardiaque, entre autres), le diabète, le cancer ou une insuffisance rénale doivent continuer d'être traités. Là où c'est possible, la décentralisation des soins permettra d'accroître la couverture des traitements compte tenu des restrictions de mouvement.

#### Services de santé génésique

- **Accès aux services de santé génésique d'urgence et mise en œuvre** de l'ensemble minimal de services initiaux (MISP) pour la santé génésique
  - Une agence chef de file pour la santé génésique doit être clairement identifiée pour pouvoir œuvrer au sein du groupe de responsabilité sectorielle pour la santé/de la structure de coordination de la santé afin d'assurer les besoins prioritaires en matière de santé génésique et de veiller à ce que la coordination, la communication et la collaboration règnent dans la mise en œuvre du MISP.
  - Il faut prévenir les violences sexuelles et prodiguer des soins cliniques aux victimes de ces violences (notamment par la prophylaxie postexposition et la contraception d'urgence).
  - Il faut prévenir la transmission du VIH.



- Il faut lutter contre une morbidité et une mortalité anormales de la mère et du nouveau-né, notamment en assurant un accès libre aux soins obstétricaux de base et d'urgence.
- Des plans devraient être mis en place pour la transition à des services complets de santé génésique.

(Pour un complément d'information, voir la section 4, *Santé sexuelle et génésique dans les situations d'urgence*.)

### 3.2 Eau et assainissement

Assurer un approvisionnement ininterrompu d'eau de boisson est la mesure préventive la plus importante pour réduire le risque de flambée de maladies à transmission hydrique.

- Le HCR, l'OMS et SPHERE ont recommandé que chaque personne puisse disposer **au minimum de 15 à 20 litres** d'eau propre par jour.
- **Le chlore est le désinfectant de l'eau de boisson le plus largement disponible**, et aussi le plus facile à utiliser et à obtenir. Il est en outre très efficace contre pratiquement tous les agents pathogènes transmis par l'eau.
  - Pour le traitement de l'eau aux points d'utilisation ou dans les ménages, les formes les plus pratiques du chlore libre sont l'hypochlorite de sodium (eau de Javel), l'hypochlorite de sodium/calcium et le chlorure de chaux.
  - Le volume nécessaire de chlore dépend essentiellement de la concentration de matière organique dans l'eau et doit être déterminé en fonction de chaque situation. Au bout de 30 minutes, la concentration résiduelle de chlore libre actif dans l'eau doit être de 0,5 mg/litre, ce qui peut être déterminé en utilisant un simple test de terrain.
- La mise à disposition de récipients d'eau appropriés et en nombre suffisant, mais aussi d'ustensiles de cuisine et de combustible, peut réduire le risque de choléra et autres maladies diarrhéiques en assurant la protection du stockage de l'eau et la cuisson appropriée des aliments.
- Il s'agit de bien faire passer les messages essentiels en matière d'hygiène afin de susciter une prise de conscience accrue au sein des communautés quant aux risques qui pèsent sur la santé.

Par ailleurs, des installations d'assainissement adéquates doivent être fournies sous la forme de latrines ou de lieux de défécation clairement désignés. Il doit s'agir de lieux séparés hommes/femmes sélectionnés en tenant compte des questions de sécurité.

### 3.3 Planification des refuges et autres sites

- Dans toute la mesure possible, les refuges destinés aux déplacés et aux sans-abri doivent prévoir un espace suffisant entre chaque unité et, en accord avec les directives internationales (HCR), viser à prévenir les maladies liées au surpeuplement ou à l'absence de ventilation, telles que la rougeole, les infections aiguës des voies respiratoires, les maladies diarrhéiques, la tuberculose et les maladies à transmission vectorielle.
- Dans les refuges et lors des distributions de nourriture, une attention particulière et des mesures de protection doivent être prévues pour les femmes, les personnes âgées et les mineurs non accompagnés. Il est souhaitable que les femmes soient associées à la planification et à la mise en œuvre des activités de distribution des refuges et de la nourriture.

- L'élimination des déchets doit se faire dans une fosse, à l'écart des refuges et à l'abri des rongeurs afin de réduire l'exposition de la population aux rongeurs et autres vecteurs de maladie.
- Les espaces réservés au sommeil à l'intérieur des refuges doivent être équipés de moustiquaires à imprégnation durable afin de prévenir la transmission du paludisme.

### 3.4 Vaccination

- La vaccination contre la **rougeole/rubéole** est recommandée pour toutes les personnes entre six mois et 35 ans dès lors qu'elles ont été déplacées et vivent dans des lieux surpeuplés. Le vaccin à privilégier est soit le vaccin antirougeoleux-antirubéoleux (RR) ou le vaccin antirougeoleux-antiourlien-antirubéoleux (ROR). Dès l'instant où ils entrent dans un camp ou autre lieu d'accueil organisé, les arrivants devraient être vaccinés, quels que soient leurs antécédents de vaccination ou les épisodes antérieurs de rougeole qu'ils auraient pu connaître, qui ne constituent, ni dans un cas ni dans l'autre, une contre-indication au vaccin. Les personnels de santé publique intervenant dans l'urgence, tant nationaux qu'internationaux, devraient être vaccinés systématiquement contre la rougeole et la rubéole, indépendamment de leur âge.
- Dès la stabilisation de la situation, les **vaccinations systématiques** prévues par le Programme national de vaccination doivent bénéficier à tous les nourrissons, aux femmes enceintes et autres personnes dans le cadre de la fourniture de soins de santé essentiels d'urgence.
- Les recommandations concernant la vaccination contre l'**hépatite A** dans les situations de flambée varient en fonction de l'épidémiologie d'hépatite A au sein de la communauté et de la faisabilité de mettre en œuvre rapidement un vaste programme de vaccination. L'administration du vaccin contre l'hépatite A aux fins de combattre les flambées à l'intérieur des communautés a eu le plus grand succès dans les communautés de petite taille formant un ensemble, lorsque la vaccination a pu commencer rapidement dès l'apparition de la flambée ou dans les cas où une couverture importante avait pu être réalisée dans des cohortes constituées de tranches d'âge diverses. L'effort de vaccination doit être complété par un travail d'éducation en matière de santé et par l'amélioration de l'assainissement.
- Les programmes de vaccination massive contre le **tétanos** aux fins de prévenir cette maladie ne sont pas indiqués. Le vaccin antitétanique (TT ou Td) ET l'immunoglobuline antitétanique sont indiqués pour les personnes présentant des plaies ouvertes ou des lacérations et qui n'ont jamais encore été vaccinées. L'immunoglobuline antitétanique est indiquée pour les personnes ayant déjà été vaccinées et présentant des plaies ou des lacérations (par exemple le personnel qui procède à l'enlèvement des décombres) selon leurs antécédents de vaccination antitétanique.
- La vaccination contre la **fièvre typhoïde**, conjointement à d'autres mesures préventives, peut se révéler utile pour combattre les flambées de fièvre typhoïde, selon les conditions régnant sur place.

### 3.5 Système de surveillance/alerte rapide et d'intervention

Le but du système de surveillance/alerte rapide et d'intervention est de détecter les flambées de maladie. La détection rapide des cas de maladies à tendance épidémique est essentielle pour assurer une riposte rapide. Le système de surveillance/alerte rapide et d'intervention doit :

- mettre l'accent sur les **maladies prioritaires transmissibles à tendance épidémique** qui sont le plus susceptibles de se produire au sein d'une population victime d'un cataclysme ;
- être simple à utiliser et de style uniforme, et contenir des **définitions de cas types** et des formulaires de signalement de cas (pour les définitions de cas de l'OMS, se reporter à la section 5 relative à la détection de la *diarrhée aiguë, de la diarrhée sanglante, de la rougeole, des infections respiratoires aiguës, du paludisme, du syndrome ictérique aigu, de la méningite, du tétanos, des fièvres inexpliquées, des agrégats inexpliqués d'événements sanitaires*) ;

- comporter un **système d'alerte** permettant de rendre compte immédiatement et d'enquêter rapidement sur les maladies prioritaires à tendance épidémique telles que la *diarrhée sanguinolente*, la *rougeole* et la *dengue hémorragique* ;
- englober un **état de préparation aux flambées de maladies**, comprenant la mise au point de plans spécifiques de riposte et un stockage adéquat de fournitures telles que des sels de réhydratation orale et du Ringer lactate pour les maladies diarrhéiques, de l'amoxicilline et de la vitamine A pour la rougeole, de la chloroquine pour le paludisme, des solutions intraveineuses et des médicaments spécifiques pour la prise en charge des cas de dengue hémorragique, de l'érythromycine pour les cas de coqueluche et de contact avec les patients atteints de la coqueluche, des antitoxines diphtériques, de l'érythromycine (cas réels) et de la benzathine benzylpénicilline (contacts) pour la diphtérie, ainsi qu'un matériel permettant d'enquêter sur les flambées et un matériel de transport des échantillons de laboratoire ;
- compléter les **structures existantes de surveillance** ;
- être attentif aux maladies transmissibles émergentes et réémergentes présentant un caractère inhabituel et constituant une préoccupation publique majeure, parmi lesquelles la dengue et la diphtérie ;
- recenser les **laboratoires clés** en vue d'un diagnostic et d'une confirmation rapides des principales menaces en termes de maladies transmissibles, ainsi que les protocoles de transport et de suivi des échantillons ;
- veiller à ce que les données soient transmises aux autorités sanitaires locales et au bureau de l'OMS.

### 3.6 Prévention et prise en charge des cas de malnutrition

- Normalement, les nourrissons doivent commencer à se nourrir au sein dans l'heure qui suit la naissance et continuer à être nourris exclusivement de cette façon jusqu'à l'âge de six mois (sans recevoir aucune nourriture ou liquide autre que le lait maternel, même pas de l'eau). Il s'agit de créer et de favoriser un environnement qui encourage l'allaitement fréquent des enfants jusqu'à l'âge de deux ans. Les nourrissons qui ne sont pas nourris au sein sont vulnérables aux infections et à la diarrhée. (Pour un complément d'information, voir la section 4, *Malnutrition*.)
- Seuls les nourrissons qu'il est impossible de nourrir au sein doivent recevoir un apport adéquat de substituts du lait maternel. Habituellement, les fournitures de lait en poudre augmentent dans les situations de crise, ce qui a pour effet de faire baisser encore le faible pourcentage de nourrissons exclusivement nourris au sein. Le fait de reconstituer la poudre de lait dans un environnement où l'approvisionnement en eau potable est compromis ajoute considérablement au risque de décès par suite de diarrhée. Lorsqu'il n'y a pas d'autre choix possible, les prestataires de soins de santé et les mères devraient être instruits des substituts à l'allaitement au sein et au lait en poudre qui offrent un potentiel nutritif adéquat et sûr, tels que les aliments prêts à l'emploi. S'il s'agit d'utiliser une formule destinée aux nourrissons, les prestataires de soins de santé et les mères devraient recevoir des informations sur la préparation sûre de produits en poudre destinés aux nourrissons.
- De nombreux adultes se seront trouvés à un moment donné ou se trouveront encore dans un état nutritionnel limite et, si l'on considère que les maladies diarrhéiques ne font qu'aggraver cet état, il convient non seulement de prêter attention à la distribution équitable de la nourriture, mais aussi de veiller à ce que les mères allaitantes soient correctement nourries.
- Les infections bactériennes sont très courantes chez les enfants gravement malnutris dès leur admission à l'hôpital. La gestion clinique des patients gravement malnutris, y compris la gestion des fluides biologiques, doit être complète et faire l'objet d'une surveillance et d'une supervision attentives. Les problèmes communs rencontrés dans les cas de malnutrition sévère sont notamment l'hypothermie, l'hypoglycémie, la déshydratation et les désordres électrolytiques. Il importe de se

conformer aux phases et aux principes de prise en charge des enfants gravement malnutris tels qu'ils sont décrits dans les directives de l'OMS. (Pour un complément d'information, voir la section 4, *Malnutrition.*)

- En prévision d'un accroissement des cas de malnutrition sévère (en particulier au sein des populations souffrant d'insécurité alimentaire chronique), des apports supplémentaires d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi devraient être prévus et commandés. Les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi peuvent également être envisagés pour les enfants souffrant de malnutrition modérée à titre de stratégie préventive.
- Le dépistage des cas de malnutrition aiguë sévère chez les enfants devrait être assuré au niveau communautaire et il conviendrait qu'un programme de traitement assuré au sein de la communauté soit rapidement mis en œuvre.
- Les populations qui dépendent de l'aide alimentaire doivent recevoir des rations alimentaires sûres et adéquates en termes tant quantitatifs que qualitatifs (couvrant les besoins en macro- et micronutriments). Les nourrissons dès l'âge de six mois et les enfants plus âgés doivent recevoir des aliments préparés dans les règles de l'hygiène, faciles à manger et à digérer, qui complètent sur le plan nutritif le lait maternel. Des évaluations régulières de l'accès des ménages à la nourriture (notamment en termes de prix sur le marché) doivent être entreprises et les besoins en aide alimentaire d'urgence doivent être adaptés en conséquence. L'accès des ménages à des structures où leur nourriture puisse être préparée de façon sûre doit également être évalué à intervalles réguliers, et les approvisionnements d'urgence en termes d'ustensiles et de sources d'énergie appropriés pour la cuisson doivent eux aussi être adaptés en conséquence.
- Après la phase aiguë de l'urgence, des efforts doivent être faits pour améliorer l'accès des ménages à la nourriture de manière plus durable (par exemple par la distribution de semences, la gestion des terres et des cultures, des activités génératrices de revenus, etc.) et pour instaurer des pratiques appropriées d'alimentation et de soins aux enfants, notamment en variant les régimes alimentaires et en améliorant l'hygiène. Il importe de souligner qu'une mauvaise hygiène des mains aggrave encore la propagation des maladies diarrhéiques, même lorsque l'alimentation est correcte.

### **3.7 Communication de santé publique**

En situation de crise, l'information est peut-être ce qu'il y a de plus important. L'information peut également être la riposte de santé publique la plus rapide avant la fourniture de l'aide. En outre, la diffusion de l'information de manière opportune et transparente aide à instiller un sentiment de confiance dans les activités de riposte et dans les agences qui assurent les secours, et contribue à les rendre crédibles.

- Procéder à une évaluation rapide des stratégies de riposte en cours et des besoins d'information en matière sanitaire, en parallèle avec une évaluation des risques pour la santé.
- Recenser ce que les différents groupes ont besoin de savoir et de faire pour se protéger et protéger leur communauté contre les risques identifiés pour la santé.
- Élaborer des stratégies de communication intégrées aux interventions de santé publique.
- Assurer la coordination des activités de communication en matière de santé entre les agences qui interviennent sur le terrain et leurs partenaires.
- Mettre en œuvre un système d'échange et d'évaluation des stratégies de communication, en veillant à ce que les décideurs reçoivent bien les informations nécessaires.

## **Messages types de base pour la communauté :**

### Eau salubre

- Même si elle semble claire, l'eau peut contenir des germes. Dans la situation qui règne aujourd'hui en Haïti, il faut supposer que l'eau des zones concernées est contaminée.
- Ajoutez du chlore à l'eau ou faites-la bouillir avant de la consommer ou de l'utiliser pour la préparation des aliments.
- Conservez l'eau de boisson dans un récipient propre et muni d'un couvercle ou dans un seau ou autre récipient ne présentant qu'une petite ouverture et disposant d'un couvercle. Cette eau devrait être utilisée dans les 24 heures.
- Versez l'eau directement à l'aide du récipient, ne la prélevez pas à l'aide d'un récipient plus petit.
- S'il faut nécessairement se servir d'un ustensile pour puiser l'eau, utilisez la même tasse ou le même ustensile à poignée qui restera accroché au grand récipient.

### Promouvoir de saines pratiques hygiéniques

- Se nettoyer les mains à l'aide de savon, de cendre ou de citron vert :
  - avant de cuisiner, avant de manger et avant de nourrir les enfants ;
  - après avoir utilisé les latrines ou nettoyé les enfants ayant utilisé les latrines ;
  - laver les mains à fond – le dos, la paume, entre les doigts et sous les ongles.
- Chaque personne devrait disposer d'un minimum de 250 g de savon par mois.
- Pour déféquer, utiliser exclusivement les latrines.
- Maintenir les latrines en état de propreté.
- Promouvoir les recommandations d'hygiène en cas de toux ou d'éternuement.

### Sources d'alimentation en eau

- Veillez à ne pas déféquer ni uriner dans une source d'eau de boisson ou à proximité.
- Ne vous lavez pas et ne lavez pas vos vêtements ou vos pots et ustensiles dans la source ou le site servant à l'approvisionnement en eau de boisson (courant, rivière ou point d'eau).
- Dans des circonstances normales, l'eau douce devrait affleurer dans les estuaires. Il faut supposer qu'elle est contaminée. Plus loin à l'intérieur des terres, les sources à l'air libre doivent être couvertes, si elles ne le sont pas déjà, afin d'éviter toute contamination.
- Les seaux utilisés pour puiser l'eau doivent être suspendus en hauteur lorsqu'on ne s'en sert pas. Ils ne doivent pas être abandonnés sur une surface souillée.
- La zone entourant un puits ou une pompe actionnée à la main doit être gardée aussi propre que possible.
- Ne laissez pas les eaux stagnantes ou usées s'accumuler au voisinage de l'eau salubre.

### Éviter les piqûres de moustique

- Lorsque vous vous couchez, faites-le sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide. Assurez-vous que votre maison ou votre tente/abri a été correctement pulvérisé à l'aide d'insecticide durant la saison propice à la transmission.
- Portez des vêtements protecteurs aux heures où les moustiques et autres insectes piqueurs sont actifs.
- Restez à l'intérieur lorsque les moustiques piqueurs sont le plus actifs.
- Utilisez des insectifuges et des serpentins fumigènes si vous en avez.
- Éliminez, détruisez ou videz les petites poches remplies d'eau de pluie pouvant se trouver à proximité du logement ou de la tente/abri.

### Sécurité alimentaire

Le risque de transmission de maladies par la préparation des aliments peut être réduit au minimum en respectant (dans la mesure du possible) les recommandations suivantes :

- Encourager l'allaitement des nourrissons et des jeunes enfants.
- Partant du postulat que l'eau est contaminée, la rendre salubre en la faisant bouillir ou en la traitant au chlore avant de la consommer ou de l'utiliser pour la préparation des aliments.
- La sécurité alimentaire est particulièrement importante pour les nourrissons, les femmes enceintes et les personnes âgées qui sont le plus susceptibles de contracter une maladie d'origine alimentaire.

- Veillez à l'hygiène : lavez-vous les mains et désinfectez le matériel utilisé pour la préparation des aliments. Tenez à l'écart des zones de préparation des aliments les personnes présentant des symptômes de maladie.
- Séparez les aliments crus des aliments cuits et n'utilisez jamais le même matériel pour les aliments crus et pour les aliments prêts à être ingérés sauf si les ustensiles concernés ont été désinfectés.
- Cuisez les aliments jusqu'à ce qu'ils soient brûlants et mangez sans attendre les aliments cuits.
- N'utilisez que de l'eau salubre pour la cuisson des légumes et pelez les fruits à manger crus ; jetez les aliments avariés (restés sous l'eau), souillés ou moisiss.
- « CUISEZ-LE – PELEZ-LE – OU LAISSEZ-LE ».
- Ne laissez pas entrer dans la chaîne alimentaire la viande d'animaux malades ou trouvés morts.

Faites-vous soigner sans attendre

- Dans les 24 heures qui suivent l'apparition des symptômes, le diagnostic et le traitement de la fièvre peuvent sauver la vie.
- Veillez à ce qu'une diarrhée soit diagnostiquée et traitée dans les 24 heures.
- En cas de diarrhée, une solution de sels de réhydratation orale obtenue à l'aide d'une eau salubre (bouillie ou chlorée) doit être consommée et le malade doit se rendre dans un centre de soins.

## 4. SOURCES D'INFORMATION

### Siège de l'OMS/Bureau régional OMS des Amériques (AMRO/OPS)

OMS

<http://www.who.int/fr/index.html>

<http://www.who.int/en/>

Lutte contre la maladie dans l'action humanitaire d'urgence (DCE), OMS/Siège

[http://www.who.int/diseasecontrol\\_emergencies/en/](http://www.who.int/diseasecontrol_emergencies/en/)

Équipe Alerte et action en cas d'épidémie (EAR), OMS/AMRO - OPS

<http://new.paho.org/>

[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_pronpro&Itemid=298](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_pronpro&Itemid=298)

Interventions sanitaires en cas de crise (HAC), OMS/Siège

<http://www.who.int/hac/fr/index.html>

#### **Blessures et traumatismes (voir également la rubrique Tétanos)**

*Prevention and management of wound infection* [pdf-40kb]

[http://www.who.int/hac/techguidance/tools/guidelines\\_prevention\\_and\\_management\\_wound\\_infection.pdf](http://www.who.int/hac/techguidance/tools/guidelines_prevention_and_management_wound_infection.pdf)

*Integrated Management of Essential and Emergency Surgical Care (IMEESC) tool kit*

<http://www.who.int/surgery/publications/imeesc/en/index.html>

*Best Practice Guidelines on Emergency Surgical Care in Disaster Situations* [pdf-2254kb]

<http://www.who.int/surgery/publications/BestPracticeGuidelinesonESCinDisasters.pdf>

*WHO generic essential emergency equipment list* [pdf-111kb]

<http://www.who.int/surgery/publications/EEEGenericListFormatted%2006.pdf>

#### **Communication au sujet des risques**

*Information management and communication in emergencies and disasters*

[http://new.paho.org/disasters/index.php?option=com\\_content&task=view&id=997&Itemid=1](http://new.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&task=view&id=997&Itemid=1)

*Guide de l'OMS sur la planification de la communication lors des flambées de maladies, 2008.*

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242597448\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242597448_fre.pdf)

*Lignes directrices de l'OMS sur la communication lors des flambées de maladies*

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO\\_CDS\\_2005\\_28\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_CDS_2005_28_fre.pdf)

*Messages spécifiques :*

Hygiène des mains

[http://www.who.int/gpsc/5may/How\\_To\\_HandWash\\_Poster.pdf](http://www.who.int/gpsc/5may/How_To_HandWash_Poster.pdf)

Sécurité sanitaire des aliments

<http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/5keys/en/index.html>

[http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/en/5keys\\_fr.pdf](http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/en/5keys_fr.pdf)

[http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/5keys\\_creole.pdf](http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/5keys_creole.pdf)

Prévention des maladies transmises par l'eau

<http://www.who.int/features/qa/31/en/>

#### **Conseils aux voyageurs**

*Guide à l'usage des voyageurs sur la sécurité sanitaire des aliments*

<http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/travellers/en/index.html>

[http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/travellers\\_fr.pdf](http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/travellers_fr.pdf)

*Voyages internationaux et santé (2009)*

<http://www.who.int/ith/fr/index.html>

#### **Déchets médicaux dans les situations d'urgence**

[http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/medicalwaste/emergmedwaste/en/](http://www.who.int/water_sanitation_health/medicalwaste/emergmedwaste/en/)

*Guidelines for Safe Disposal of Unwanted Pharmaceuticals in and after Emergencies* (WHO, 1999)

<http://www.healthcarewaste.org/en/documents.html?id=15&suivant=16>

*Four steps for the sound management of health-care waste in emergencies* (WHO, 2005)

<http://www.healthcarewaste.org/en/documents.html?id=184&suivant=8>

## **Dengue**

*Dengue guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control (WHO 2009)*

<http://www.who.int/csr/resources/publications/dengue/Denguepublication/en/print.html>

<http://www.who.int/topics/dengue/en/>

*Guidelines for Dengue Surveillance and Mosquito Control, Second Edition, WHO Regional Office for Western Pacific Region, 2003*

[http://www.wpro.who.int/publications/pub\\_9290610689.htm](http://www.wpro.who.int/publications/pub_9290610689.htm)

*Update on the principles and use of rapid tests in Dengue WHO Regional Office for Western Pacific Region April 2009*

[http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/MVP/Update+on+dengue+rapid+tests\\_15.04.09\\_final.pdf](http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/MVP/Update+on+dengue+rapid+tests_15.04.09_final.pdf)

*Guidelines for treatment of dengue fever and dengue haemorrhagic fever in small hospitals, New Delhi, World Health Organization, WHO Regional Office for South-East Asia, 1999. [pdf-255 kb]*

[http://www.searo.who.int/LinkFiles/Dengue\\_Guideline-dengue.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Dengue_Guideline-dengue.pdf)

*Dengue haemorrhagic fever (film): early recognition, diagnosis and hospital management an audiovisual guide for health-care workers responding to outbreaks*

[http://www.who.int/csr/about/what\\_we\\_do/films/en/index.html](http://www.who.int/csr/about/what_we_do/films/en/index.html)

## **Dons de médicaments**

*Principes directeurs applicables aux dons de médicaments (OMS, révision 1999) [pdf-270kb]*

[http://www.who.int/selection\\_medicines/emergencies/guidelines\\_medicine\\_donations/en/](http://www.who.int/selection_medicines/emergencies/guidelines_medicine_donations/en/)

[http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO\\_EDM\\_PAR\\_99.4.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_EDM_PAR_99.4.pdf)

<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip53f/whozip53f.pdf>

## **Eau et assainissement**

*Directives de qualité pour l'eau de boisson, troisième édition*

[http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/dwq/gdwq3rev/fr/index.html](http://www.who.int/water_sanitation_health/dwq/gdwq3rev/fr/index.html)

*Environmental health in emergencies and disasters: a practical guide*

[http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/emergencies/emergencies2002/en/index.html](http://www.who.int/water_sanitation_health/emergencies/emergencies2002/en/index.html)

*WHO Technical notes for emergencies*

[http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/hygiene/envsan/technotes/en/index.html](http://www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/envsan/technotes/en/index.html)

*Frequently asked questions in case of emergencies*

[http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/emergencies/qa/en/index.html](http://www.who.int/water_sanitation_health/emergencies/qa/en/index.html)

*Four steps for the sound management of health-care waste in emergencies*

<http://www.healthcarewaste.org/en/documents.html?id=184&suiwant=25>

## **Évacuation des cadavres**

*Management of dead bodies after disasters: a field manual for first responders (PAHO, 2006) [pdf-1100kb]*

<http://www.paho.org/english/dd/ped/DeadBodiesFieldManual.pdf>

*Management of dead bodies in disaster situations (WHO, 2004)*

<http://www.paho.org/english/DD/PED/DeadBodiesBook.pdf>

## **Femmes et violence fondée sur l'appartenance sexuelle (voir également la rubrique Santé sexuelle et génésique dans les situations d'urgence)**

*CPI – Directives en vue d'interventions basées sur le sexe dans les situations de crise humanitaire (2005) [pdf-1900kb] anglais, arabe, bahasa, espagnol, français*

[http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/tfgender\\_GBVGuidelines2005.pdf](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/tfgender_GBVGuidelines2005.pdf)

[http://www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-subsidi-tf\\_gender-gbv](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-subsidi-tf_gender-gbv)

<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/downloadDoc.aspx?docID=4435>

*IASC Gender Handbook in Humanitarian Action Women, Girls, Boys and Men Different Needs – Equal Opportunities (2006) [pdf-3200kb]*

[http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/documents/subsidi/tf\\_gender/IASC%20Gender%20Handbook%20\(Feb%202007\).pdf](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/documents/subsidi/tf_gender/IASC%20Gender%20Handbook%20(Feb%202007).pdf)

<http://www.humanitarianinfo.org/iascweb2/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=3>



OMS/HCR. *Gestion clinique des victimes de viol : développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays*. 2004 – Édition révisée

[http://www.who.int/reproductive-health/publications/clinical\\_mngt\\_rapesurvivors/](http://www.who.int/reproductive-health/publications/clinical_mngt_rapesurvivors/)  
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/924159263X/en/>  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9242592633\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9242592633_fre.pdf)  
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924159263X.pdf>

*Women's health in emergencies*

<http://www.who.int/hac/techguidance/pht/womenshealth/en/index.html>

OMS, HCR et FNUAP. *Gestion clinique des victimes de viol. Cours électronique (anglais et français)*

Version à télécharger (85 MB) : [http://libdoc.who.int/hac/CMoR\\_CDDownloadMultilingualVersion.zip](http://libdoc.who.int/hac/CMoR_CDDownloadMultilingualVersion.zip)

Version en ligne : <http://iawg.net/cmor/>

### **Filariose lymphatique**

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs102/en/>

### **Grippe pandémique**

*Programme mondial de lutte contre la grippe*

<http://www.who.int/csr/disease/influenza/en/>

*Pandemic influenza preparedness and mitigation in refugee and displaced populations. Second edition* May 2008. [pdf-550 kb]

[http://www.who.int/diseasecontrol\\_emergencies/HSE\\_EPR\\_DCE\\_2008\\_3rweb.pdf](http://www.who.int/diseasecontrol_emergencies/HSE_EPR_DCE_2008_3rweb.pdf)

### **Hépatite**

Hépatite A

<http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/whocdscsredc2007/en/>

Hépatite E

<http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/whocdscsredc200112/en/>

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs280/en/>

### **Hygiène de l'environnement dans les situations d'urgence**

[http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/hygiene/emergencies/en/](http://www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/emergencies/en/)

### **Leptospirose**

[http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/diseases/leptospirosis/en/](http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/leptospirosis/en/)

### **Lutte antivectorielle**

*Lutte intégrée contre les vecteurs*

[http://www.who.int/malaria/vector\\_control/ivm/en/index.html](http://www.who.int/malaria/vector_control/ivm/en/index.html)

[http://www.who.int/malaria/vector\\_control/ivm/en/index.html](http://www.who.int/malaria/vector_control/ivm/en/index.html)

*Lutte contre les vecteurs du paludisme*

<http://www.who.int/malaria/vectorcontrol.html>

*Pesticides and their application for the control of vectors and pests of public health importance* (2006) [pdf-820kb]

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO\\_CDS\\_NTD\\_WHOPES\\_GCDPP\\_2006.1\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_CDS_NTD_WHOPES_GCDPP_2006.1_eng.pdf)

### **Maladies diarrhéiques**

*Principaux documents et notes de synthèse*

<http://www.who.int/cholera/publications/en/>

*Position paper: Prevention and control of cholera outbreaks: WHO policy and recommendations*

<http://www.who.int/cholera/technical/prevention/control/en/index.html>

*WHO position paper on Oral Rehydration Salts to reduce mortality*

<http://www.who.int/cholera/technical/en/index.html>

*WHO position paper on cholera vaccine use*

<http://www.who.int/cholera/CholeravaccineuseinIraqpositionpaper051007.pdf>

*Les maladies diarrhéiques aiguës dans les situations d'urgence complexes : mesures essentielles.*

[http://www.who.int/cholera/publications/critical\\_steps/](http://www.who.int/cholera/publications/critical_steps/)

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_CDS\\_CPE\\_ZFK\\_2004.6\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_CDS_CPE_ZFK_2004.6_fre.pdf)

*Flambées de choléra : évaluation des mesures mises en œuvre en cas de flambée et amélioration de la préparation*

[http://www.who.int/cholera/publications/cholera\\_outbreak/](http://www.who.int/cholera/publications/cholera_outbreak/)

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_CDS\\_CPE\\_ZFK\\_2004.4\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_CDS_CPE_ZFK_2004.4_fre.pdf)

*Premières étapes de la prise en charge d'une flambée de diarrhée aiguë*

[http://www.who.int/cholera/publications/first\\_steps/](http://www.who.int/cholera/publications/first_steps/)

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_CDS\\_CSR\\_NCS\\_2003.7\\_Rev.1\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_CDS_CSR_NCS_2003.7_Rev.1_fre.pdf)

*Guidelines for the control of shigellosis, including epidemics due to Shigella dysenteriae type 1*

<http://www.who.int/cholera/publications/shigellosis/>

<http://www.paho.org/english/hcp/hct/eer/Shigella.htm>

*Oral cholera vaccine use in complex emergencies: What next? Report of a WHO meeting. Cairo, Egypt, 14-16 December 2005. [pdf-3200kb]*

[http://www.who.int/cholera/publications/cholera\\_vaccines\\_emergencies\\_2005.pdf](http://www.who.int/cholera/publications/cholera_vaccines_emergencies_2005.pdf)

*Background document: the diagnosis, treatment, and prevention of typhoid fever (WHO, 2003) [pdf-230kb]*

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO\\_V&B\\_03.07.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_V&B_03.07.pdf)

## **Malnutrition**

*Communicable diseases and severe food shortage situations (WHO, 2005) [pdf-250kb]*

[http://www.who.int/diseasecontrol\\_emergencies/guidelines/Severe\\_food\\_shortages.pdf](http://www.who.int/diseasecontrol_emergencies/guidelines/Severe_food_shortages.pdf)

*The management of nutrition in major emergencies. (WHO, 2000) [pdf-12 800kb]*

<http://www.who.int/nutrition/publications/emergencies/en/index.html>

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2000/9241545208.pdf>

*Infant and Young Child Feeding in Emergencies. Operational guidance for emergency relief staff and programme managers (IFE, 2007) [pdf-870kb]*

<http://www.enonline.net/pool/files/ife/ops-guidance-2-1-english-010307.pdf>

*Guidelines for the inpatient treatment of severely malnourished children (WHO, 2003) [pdf-400kb]*

[http://www.who.int/nutrition/publications/guide\\_inpatient\\_text.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/guide_inpatient_text.pdf)

*Prise en charge de l'enfant atteint d'infection grave ou de malnutrition sévère : Directives de soins pour les centres de transfert de premier niveau dans les pays en développement (OMS, 2000)*

[http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/fch\\_cah\\_00\\_1/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/fch_cah_00_1/en/index.html)

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_FCH\\_CAH\\_00.1\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_FCH_CAH_00.1_fre.pdf)

*Publications sur la nutrition dans les situations d'urgence*

[http://www.who.int/nutrition/publications/nut\\_emergencies/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/nut_emergencies/en/)

## **Méningite**

*Lutte contre les épidémies de méningite à méningocoque. Guide pratique OMS. 2ème édition (OMS, 1998)*

<http://www.who.int/csr/resources/publications/meningitis/WHO EMC BAC 98 3 EN/en/>

<http://www.who.int/csr/resources/publications/meningitis/whoemcbac983f.pdf>

## **Ministère de la Santé de Haïti**

<http://www.mspphaiti.org/indexy.html>

## **Morsures de serpents**

*Guidelines for the clinical management of snakebite in the South-East Asia Region*

[http://www.searo.who.int/LinkFiles/SDE\\_mgmt\\_snake-bite.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/SDE_mgmt_snake-bite.pdf)

## **Paludisme**

*Global Malaria Programme: Epidemics and emergencies*

<http://malaria.who.int/epidemicsandemergencies.html>

*Guidelines for the treatment of malaria (WHO, 2006)*

<http://www.who.int/malaria/docs/TreatmentGuidelines2006.pdf>

*Malaria control in complex emergencies. An inter-agency field handbook* (WHO, 2005) [pdf-1500kb]  
<http://www.who.int/malaria/publications/atoz/924159389X/en/index.html>

### **Poliomyélite**

*WHO-recommended surveillance standard of poliomyelitis*  
[http://www.who.int/immunization\\_monitoring/diseases/poliomyelitis\\_surveillance/en/index.html](http://www.who.int/immunization_monitoring/diseases/poliomyelitis_surveillance/en/index.html)

### **Prévention de l'infection et lutte anti-infectieuse en milieu médical**

*OMS – Aide-mémoire : mesures de base contre l'infection en milieu médical, 2006*

<http://www.who.int/csr/resources/publications/standardprecautions/fr/index.html>

*Infection prevention and control in health care for confirmed or suspected cases of pandemic (H1N1) 2009 and influenza-like illnesses, 2009*

<http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/swineinflcont/en/index.html>

*WHO Policy on TB Infection Control in Health-Care Facilities, Congregate Settings and Households, 2009*

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598323\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598323_eng.pdf)

*Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care WHO Interim Guidelines, 2007*

[http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/WHO\\_CD\\_EPR\\_2007\\_6/en/index.html](http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/WHO_CD_EPR_2007_6/en/index.html)

### **Rage**

*WHO-Guide for post-exposure prophylaxis*

<http://www.who.int/rabies/human/postexp/en/>

*Page de l'OMS sur la rage*

<http://www.who.int/topics/rabies/fr/index.html>

*OPS-Elimination of Neglected Diseases and other poverty-related infections*

[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=en](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=en)

*OPS-Plan de Acción para la Prevención y el Control de la Rabia en las Américas, Etapa 2005-2009*

<http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/vp/rabia-plan-05-09.htm>

### **Recueil d'échantillons de laboratoire**

*Guidelines for the collection of clinical specimens during field investigation of outbreaks* (WHO, 2000)

[http://www.who.int/csr/resources/publications/surveillance/WHO\\_CDS\\_CSR\\_EDC\\_2000\\_4/en/](http://www.who.int/csr/resources/publications/surveillance/WHO_CDS_CSR_EDC_2000_4/en/)

### **Rougeole**

*WHO/UNICEF Joint Statement on reducing measles mortality in emergencies* [pdf-640kb]

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_V&B\\_04.03.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_V&B_04.03.pdf)

[http://www.unicef.org/publications/index\\_19531.html](http://www.unicef.org/publications/index_19531.html)

*Note de synthèse : position de l'OMS concernant les vaccins antirougeoleux*

[http://www.who.int/immunization/wer7914measles\\_April2004\\_position\\_paper.pdf](http://www.who.int/immunization/wer7914measles_April2004_position_paper.pdf)

*Response to measles outbreaks in measles mortality reduction settings* (Cette publication remplace « WHO Guidelines for Epidemic Preparedness and Response to Measles Outbreaks », May 1999.)

[http://www.who.int/immunization/documents/WHO\\_IVB\\_09.03/en/index.html](http://www.who.int/immunization/documents/WHO_IVB_09.03/en/index.html)

<http://www.who.int/immunization/documents/date/en/index.html>

*Informations de l'OMS sur la rougeole*

<http://www.who.int/immunization/topics/measles/en/index.html>

[http://www.who.int/immunization/wer7914measles\\_April2004\\_position\\_paper.pdf](http://www.who.int/immunization/wer7914measles_April2004_position_paper.pdf)

*Aide-mémoire sur la rougeole*

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/fr/index.html>

### **Santé de l'enfant dans les situations d'urgence**

*Situations d'urgence*

[http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/emergencies/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/emergencies/en/index.html)

*PCIME*

[http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/imci/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/imci/en/index.html)

*Infections aiguës des voies respiratoires chez l'enfant*

[http://www.who.int/fch/depts/cah/resp\\_infections/en/](http://www.who.int/fch/depts/cah/resp_infections/en/)

*Livre de poche pour soins hospitaliers pédiatriques (OMS, 2005)*

[http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/9241546700/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241546700/en/index.html)

### **Santé mentale dans les situations d'urgence**

[http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/fr/index.html](http://www.who.int/mental_health/emergencies/fr/index.html)

*CPI – Directives concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence (2007)*  
[pdf-800kb]

<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products/docs/Guidelines%20IASC%20Mental%20Health%20Psychosocial.pdf>

<http://www.humanitarianinfo.org/iascweb2/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=22>

<http://www.humanitarianinfo.org/iascweb2/downloaddoc.aspx?docID=4453&type=pdf>

### **Santé sexuelle et génésique dans les situations d'urgence (voir aussi la rubrique Femmes et violence fondée sur l'appartenance sexuelle)**

[http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/en/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/)

*Minimal Initial Service package (MISP) for Reproductive Health in Crisis Situations*

[http://www.iawg.net/resources/MISP%20cheat%20sheet%2012%2017%2009\\_FINAL.pdf](http://www.iawg.net/resources/MISP%20cheat%20sheet%2012%2017%2009_FINAL.pdf)

*Santé génésique dans les situations d'urgence (général)*

<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/emergencies/en/index.html>

<http://www.iawg.net/resources/>

*Key steps for maternal and newborn health in humanitarian crisis*

[http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/documents/keysteps/en/index.html](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/keysteps/en/index.html)

*La santé reproductive en situations de réfugiés*

[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/a61939/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/a61939/en/)

<http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/a85180.pdf>

*OMS, HCR et FNUAP Gestion clinique des victimes de viol. Cours électronique (anglais et français)*

Version à télécharger (85 MB)

[http://libdoc.who.int/hac/CMoR\\_CDDownloadMultilingualVersion.zip](http://libdoc.who.int/hac/CMoR_CDDownloadMultilingualVersion.zip)

Version en ligne : <http://iawg.net/cmor/>

*OMS/HCR Gestion clinique des victimes de viol : développement de protocoles à adopter avec les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays. 2004 – Édition révisée*

[http://www.who.int/reproductive-health/publications/clinical\\_mngt\\_rapesurvivors/](http://www.who.int/reproductive-health/publications/clinical_mngt_rapesurvivors/)

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/924159263X/en/>

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9242592633\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9242592633_fre.pdf)

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924159263X.pdf>

### **Sécurité des injections (voir aussi la rubrique Sécurité des patients)**

[http://www.who.int/injection\\_safety/en/](http://www.who.int/injection_safety/en/)

[http://www.who.int/injection\\_safety/Injection\\_safety\\_final-web.pdf](http://www.who.int/injection_safety/Injection_safety_final-web.pdf)

[http://www.who.int/injection\\_safety/Guiding\\_Principals\\_FR.pdf](http://www.who.int/injection_safety/Guiding_Principals_FR.pdf)

[http://www.who.int/injection\\_safety/WHOGuidPrinciplesInjEquipFinal.pdf](http://www.who.int/injection_safety/WHOGuidPrinciplesInjEquipFinal.pdf)

### **Sécurité des patients (voir aussi la rubrique Sécurité des injections)**

<http://www.who.int/patientsafety/en/>

### **Sécurité sanitaire des aliments**

*Ensuring food safety in the aftermath of natural disasters*

[http://www.who.int/foodsafety/foodborne\\_disease/emergency/en/](http://www.who.int/foodsafety/foodborne_disease/emergency/en/)

*Foodborne disease outbreaks: guidelines for investigation and control*

[http://www.who.int/foodsafety/publications/foodborne\\_disease/fdbmanual/en/](http://www.who.int/foodsafety/publications/foodborne_disease/fdbmanual/en/)

*Cinq clés pour des aliments plus sûrs*

<http://www.who.int/foodsafety/consumer/5keys/en/index.html>

[http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/en/5keys\\_fr.pdf](http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/en/5keys_fr.pdf)

[http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/5keys\\_creole.pdf](http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/5keys_creole.pdf)

*Préparation, conservation et manipulation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour nourrissons – Directives (OMS, 2007)*

<http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif2007/en/index.html>

[http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif\\_guidelines\\_fr.pdf](http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines_fr.pdf)

**Soins chirurgicaux (voir aussi les rubriques Tétanos et Blessures et traumatismes)**

*Integrated Management of Essential and Emergency Surgical Care (IMEESC) tool kit*

<http://www.who.int/surgery/publications/imeesc/en/index.html>

**Tétanos**

*Immunological basis of immunization – tetanus*

<http://www.who.int/immunization/documents/ISBN9789241595551/en/index.html>

*Note de synthèse : position de l'OMS concernant les vaccins antitétaniques*

[http://www.who.int/immunization/wer8120tetanus\\_May06\\_position\\_paper.pdf](http://www.who.int/immunization/wer8120tetanus_May06_position_paper.pdf)

**Tuberculose**

*Tuberculosis care and control in refugee and displaced populations. An interagency field manual (2007). [pdf-960kb]*

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595421\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595421_eng.pdf)

**Vaccination, vaccins et produits biologiques**

<http://www.who.int/immunization/en/>

**VIH/sida**

*Guidelines for addressing HIV in Humanitarian settings: Inter-Agency Standing Committee (IASC) guidelines(2009)*

<http://www.who.int/hac/techguidance/pht/IASCHIV2009En.pdf>

**Zoonoses**

<http://www.who.int/zoonoses/resources/en/>

## 5. DÉFINITIONS DE CAS RECOMMANDÉES PAR L'OMS

### DIARRHÉE AIGUË

Diarrhée aiguë (émission de 3 selles molles ou liquides ou plus au cours des dernières 24 heures), avec ou sans déshydratation.

### SUSPICION DE CHOLÉRA

**Dans une zone où la présence du choléra n'est pas connue :** personne de plus de 5 ans atteinte de déshydratation sévère ou décédée d'une diarrhée aqueuse aiguë, avec ou sans vomissements.

**Dans une zone où sévit une flambée de choléra :** personne de plus de 5 ans, présentant une diarrhée aqueuse aiguë, avec ou sans vomissements.

### **Pour confirmer un cas de choléra :**

Isolement de *Vibrio cholerae* O1 ou O139 dans un échantillon de selles diarrhéiques.

### DIARRHÉE SANGLANTE

Diarrhée aiguë avec présence de sang visible dans les selles.

**Pour confirmer un cas de dysenterie bacillaire épidémique :** prélever un échantillon de selles pour culture et de sang pour sérologie ; isolement de *Shigella dysenteriae* type 1.

### PARALYSIE FLASQUE AIGUË (SUSPICION DE POLIOMYÉLITE)

Paralysie flasque aiguë chez un enfant de moins de 15 ans, y compris le syndrome de Guillain-Barré, ou toute pathologie paralytique aiguë chez un individu d'âge quelconque chez lequel on suspecte une poliomyélite.

### FIÈVRE HÉMORRAGIQUE AIGUË

Accès de fièvre aiguë (durée inférieure à 3 semaines) et l'un quelconque des symptômes suivants :

- éruption hémorragique ou purpurique
- vomissements accompagnés de sang
- toux accompagnée de sang
- présence de sang dans les selles
- épistaxis
- autres symptômes hémorragiques.

### SYNDROME ICTÉRIQUE AIGU

Pathologie comprenant l'apparition aiguë d'une jaunisse en l'absence de tout facteur précipitant connu et/ou de fièvre.

### INFECTIONS AIGUËS DES VOIES RESPIRATOIRES INFÉRIEURES/PNEUMONIE CHEZ L'ENFANT DE MOINS DE 5 ANS

Toux ou difficultés respiratoires

et

Fréquence respiratoire supérieure ou égale à 50 par minute chez les nourrissons de 2 mois à 1 an

Fréquence respiratoire supérieure ou égale à 40 par minute chez les enfants de 1 à 5 ans

et

Absence de tirage costal, de stridor et de signe général de danger.

**Note :** **Pneumonie sévère** = toux ou difficultés respiratoires + **un ou plusieurs des symptômes suivants** (incapacité à boire ou à se nourrir au sein, vomissements sévères, convulsions, léthargie ou inconscience) ou tirage costal ou stridor chez un enfant par ailleurs calme.

### PALUDISME

Personne actuellement fiévreuse ou ayant des antécédents de fièvre au cours des dernières 48 heures (avec ou sans autres symptômes tels que nausées, vomissements et diarrhée, céphalées, maux de dos, frissons et

myalgies), donnant des tests en laboratoire positifs pour les parasites du paludisme [film sanguin (frottis épais ou mince) ou test diagnostique rapide].

*Chez l'enfant*

### **PALUDISME SANS COMPLICATION**

Fièvre ET absence de signes de danger tels que léthargie ou inconscience, convulsions ou incapacité à manger ou à boire. Dans la mesure du possible, faire confirmer le cas de paludisme par un examen en laboratoire.

### **PALUDISME GRAVE**

Fièvre ET signes généraux de danger (léthargie ou inconscience, convulsions ou incapacité à manger ou à boire).

### **ROUGEOLE**

Cas de fièvre **et** d'éruption maculopapulaire (c'est-à-dire non vésiculaire) **avec** toux, coryza (nez qui coule) ou conjonctivite (yeux rouges)

**ou**

Toute personne chez laquelle un clinicien suspecte une infection rougeoleuse.

### **Pour confirmer un cas de rougeole :**

Présence d'anticorps IgM spécifiques de la rougeole.

### **MÉNINGITE**

*Cas suspect*

Apparition soudaine de fièvre (>38,5°C) avec raideur de la nuque.

Chez les enfants jusqu'à 12 mois, on doit suspecter une méningite en cas de fièvre accompagnée d'un bombement de la fontanelle.

*Cas probable de méningite bactérienne*

Cas suspect de méningite, tel que défini ci-dessus, sous une forme aiguë, avec turbidité du liquide céphalorachidien.

*Cas probable de méningite à méningocoque*

Cas suspect de méningite tel que défini ci-dessus **et** coloration de Gram faisant apparaître des germes diplococcus gram-négatifs **ou** épidémie en cours **ou** éruption pétéchiale ou purpurique.

*Cas confirmé de méningite à méningocoque*

Cas suspect ou probable, tel que défini ci-dessus, avec **soit** détection des antigènes de *Neisseria meningitidis* dans le LCR **soit** culture positive du LCR ou identification dans le sang de *N. meningitidis*.

### **TÉTANOS**

*Tétanos chez l'adulte*

Apparition de l'un des signes suivants 3 à 21 jours après un traumatisme ou une blessure :

- trismus des muscles faciaux ou risus sardonius
- contractions musculaires douloureuses.

*Tétanos néonatal*

Tout nouveau-né ayant présenté une aptitude normale à téter et à crier pendant les 2 premiers jours de vie et ne parvenant plus à téter normalement entre le 3<sup>e</sup> et le 28<sup>e</sup> jour, ou tout nouveau-né présentant après coup une raideur ou des spasmes, ou les deux symptômes à la fois.

### **FIÈVRE INEXPLIQUÉE**

Fièvre (température corporelle >38,5°C) pendant plus de 48 heures, sans étiologie connue.

### **AGRÉGAT INEXPLIQUÉ D'ÉVÉNEMENTS SANITAIRES**

Tout agrégat de cas présentant des symptômes et des signes similaires d'étiologie inconnue, étroitement regroupés dans le temps et/ou dans l'espace.



## 6. SANTÉ DU PERSONNEL

### Vaccinations et prophylaxie antipaludique recommandées pour le personnel déployé en Haïti

Les situations de crise diffèrent dans une large mesure par leur nature, mais également par leur contexte épidémiologique. Il est essentiel que la préparation médicale soit aussi complète que possible (dans les limites imposées par un départ à court terme) et spécifiquement adaptée à Haïti.

Après une vaccination, la constitution de niveaux protecteurs d'anticorps nécessite une durée minimale et parfois aussi plusieurs injections. Dans la mesure du possible, les vaccinations possibles doivent être pratiquées 2 semaines avant le départ (voir tableau ci-après). La durée de la mission peut influencer sur le choix des vaccins en cas de départ immédiat.

Il est important d'utiliser nuit et jour une protection individuelle contre les piqûres de moustiques pour prévenir des maladies à transmission vectorielle telles que la dengue et le paludisme (vêtements à manches longues, répulsifs, moustiquaires imprégnées d'insecticide).

Il est important d'avoir des connaissances de base sur les premiers secours et le stress. Certaines équipes peuvent avoir à manipuler un grand nombre de cadavres. En l'absence de formation spécifique, la surcharge émotionnelle vécue dans l'exécution d'une charge aussi inhabituelle et aussi lourde peut provoquer des réactions de stress traumatique conséquentes et même conduire à un traumatisme psychologique ou à l'apparition rapide d'un syndrome de « burn-out ». Même si elle n'est pas toujours disponible, une bonne préparation peut être utile pour prévenir et limiter le stress (se référer à la partie 4, *Conseils aux voyageurs*, pour plus d'informations.)

#### A. Recommandations vaccinales

	Vaccination contre	Validité	Observations
<b>Fortement recommandée</b>			
	Diphtérie	10 ans	Peut être combinée à la vaccination antitétanique.
	Tétanos	10 ans	Dose de rappel recommandée si elle n'a pas été prise au cours des 10 dernières années.
	Poliomyélite	10 ans	
	Typhoïde	3 ans	
	Hépatite A	à vie	En l'absence de preuve d'immunité due au vaccin ou à la maladie, vaccination à pratiquer même si le départ est imminent. Peut être combinée à la vaccination contre l'hépatite B.
	Hépatite B	à vie	Sous réserve d'une administration complète.
<b>Facultative</b>			
	Rage	5 ans	Jours 0, 7 et 21
	Rougeole		Risque potentiel en situation d'urgence. En l'absence d'une immunisation totale pendant l'enfance, se faire vacciner.

**N.B. : Un certificat de vaccination anti-marielle est requis pour les voyageurs provenant des zones infectées.**

#### B. Prophylaxie et traitement antipaludiques

- Le paludisme est une maladie fébrile aiguë avec une période d'incubation de 7 jours ou plus. Le paludisme à falciparum peut être fatal si le traitement n'est pas mis en route dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes cliniques.

- Le risque de paludisme, exclusivement dû à *P. falciparum*, existe tout au long de l'année dans l'ensemble du pays. La prophylaxie recommandée consiste en une chimioprophylaxie hebdomadaire par la chloroquine, associée à la prévention des piqûres de moustiques entre le crépuscule et l'aube (à l'aide de moustiquaires imprégnées d'insecticide, de répulsifs et de vêtements protecteurs, par exemple). Une chimioprophylaxie par l'atovaquone-proguanil, la doxycycline ou la méfloquine est aussi possible.

Compte tenu des difficultés possibles pour accéder aux services de santé, il est recommandé aux personnes partant en mission pour plus de 8 jours de prendre avec elles un **traitement** de réserve d'urgence contre *P. falciparum*. Si le voyageur prend déjà une chimioprophylaxie, il ne faut pas utiliser le même médicament pour le traitement. De ce fait, le médicament recommandé pour le traitement de réserve d'urgence est l'**artéméther-luméfantrine** (Coartem<sup>TM</sup>), jamais employé à visée prophylactique.

### C. Autres précautions

Les équipes doivent être préparées à une autonomie complète, ce qui suppose notamment d'emporter le matériel suivant :

- kits médicaux comprenant des comprimés de chlore pour purifier l'eau
- kits de prophylaxie postexposition
- masques chirurgicaux
- gants
- aliments et eau : sachant que les intervenants devront faire face à une pénurie extrême en aliments de base et en eau de boisson
- tentes
- équipement personnel (lampe torche, etc.)
- réserves suffisantes en médicaments personnels.

Les informations fournies ci-dessus peuvent devoir être mises à jour à mesure que la situation sanitaire évolue en Haïti.

## Annexe 1



Département Prévention de la violence et du traumatisme et handicap  
Organisation mondiale de la Santé

### Prévention et prise en charge de l'infection des plaies

#### Recommandations des Départements Prévention de la violence et du traumatisme et handicap et Technologies essentielles de la santé de l'OMS

#### Introduction

Les plaies ouvertes présentent un risque d'infection bactérienne grave, notamment à la gangrène gazeuse et au tétanos, affections qui peuvent conduire à des incapacités à long terme, à une infection chronique de la plaie ou de l'os, voire au décès. L'infection des plaies est particulièrement préoccupante lorsque les blessés se présentent tardivement pour des soins effectifs, ou lors de catastrophes lorsque le nombre élevé de survivants blessés dépasse la capacité des services de soins aux traumatisés disponibles. Il est important de prendre en charge les traumatismes de manière appropriée afin de réduire la probabilité que les plaies s'infectent. Les principes et protocoles essentiels qui suivent fournissent des indications sur la prévention et la prise en charge appropriées des plaies infectées.

#### Principes essentiels

- **Ne jamais refermer des plaies infectées.**<sup>1</sup> Procéder systématiquement au nettoyage de la plaie et à son parage (décrit dans le protocole 1 ci-dessous). Renouveler parage et irrigation au sérum physiologique jusqu'à ce que la plaie soit complètement propre.
- **Ne pas refermer des plaies contaminées<sup>2</sup> et nettoyer celles remontant à plus de six heures.** Effectuer une toilette chirurgicale, les laisser ouvertes puis les refermer au bout de 48 heures. C'est ce qu'on appelle la **fermeture primaire différée**.
- **Pour prévenir une infection de la plaie :**
  - Restaurer la respiration et la circulation sanguine aussitôt que possible après le traumatisme.
  - Réchauffer la victime et lui fournir, dès que possible, une alimentation riche en énergie et calmer la douleur.
  - Ne pas utiliser de garrot.
  - Effectuer au plus vite une toilette et un parage de la plaie (si possible dans les 8 heures).
  - Respecter les précautions universelles pour éviter de transmettre une infection.
  - Administrer des antibiotiques à titre prophylactique aux victimes présentant des plaies profondes et autres indications (décrites dans le protocole 3).
- **Les antibiotiques n'atteignent pas la source d'infection de la plaie.** Les antibiotiques n'atteignent que la zone entourant la plaie ; ils sont nécessaires mais pas suffisants et doivent être associés au parage et à la toilette appropriés de la plaie décrits ci-dessus.
- **L'utilisation d'antibiotiques topiques et le lavage de la plaie à l'aide de solutions antibiotiques ne sont pas recommandés.**
  1. Une *plaie infectée* est une plaie dans laquelle il y a du pus.
  2. Une *plaie contaminée* est une plaie renfermant des matériels étrangers ou infectés.

## Protocoles

### Protocole 1 : Toilette et parage chirurgical d'une plaie

Appliquer l'un des deux antiseptiques suivants :

- Solution de *polyvidone-iodée à 10 %* à appliquer non diluée deux fois par jour.  
L'application sur de grandes plaies ouvertes peut entraîner des effets indésirables généraux.
- *Cétrimide 15 % + gluconate de chlorhexidine 1,5 %*.

Note : La solution aqueuse de *gluconate de chlorhexidine à 5 %* préparée extemporanément (0,05 %) n'est pas recommandée dans les situations d'urgence (risque d'apparition de flocons dans le liquide selon la qualité de l'eau).

1. **Laver abondamment la plaie** à l'eau bouillie et au savon pendant 10 minutes, puis l'irriguer au sérum physiologique.
2. **Parage (ou débridement)** : retirer mécaniquement les particules de poussière et autres matières étrangères présentes dans la plaie et, à l'aide de techniques chirurgicales, exciser le tissu mort ou endommagé. Le tissu nécrotique ne saigne pas lorsqu'on l'excise. Irriguer à nouveau la plaie. Si un anesthésique local est nécessaire, utiliser de la *lidocaïne* à 1 % sans adrénaline.
3. **Laisser la plaie ouverte**. La mèche légèrement avec de la gaze hydrophile désinfectée ou propre humidifiée avec du sérum physiologique et couvrir le tout d'un pansement sec. Changer la mèche et le pansement au moins une fois par jour.

### Protocole 2 : Prise en charge des plaies exposées au risque de tétanos

1. Les plaies sont considérées comme exposées au risque de tétanos si elles sont restées plus de 6 heures sans traitement chirurgical ou si, à un moment quelconque après le traumatisme, elles montrent l'un ou plusieurs des aspects suivants : plaie de type ponctiforme, présence d'un tissu dévitalisé important, signe clinique d'infection, contamination par de la terre/des saletés susceptibles de renfermer des bacilles tétaniques, brûlures, gelures et blessures dues à des projectiles à grande vitesse.
2. Pour les patients présentant des traumatismes exposés au risque de tétanos, l'OMS recommande la vaccination par l'AT ou par le Td et l'IGT.
3. Lorsque le vaccin antitétanique et l'immunoglobuline antitétanique sont administrés en même temps, ils doivent l'être au moyen de seringues différentes et en des points différents.

#### Vaccin antitétanique

ADULTE et ENFANTS de plus de 10 ans :

- **Immunisation active par l'anatoxine tétanique (AT) ou par le vaccin antitétanique et antidiphtérique (Td)**  
1 dose (0,5 ml) administrée par injection intramusculaire ou sous-cutanée profonde. Suivi : 6 semaines, 6 mois.

ENFANTS de moins de 10 ans :

- **Vaccin antidiphtérique-antitétanique (DT)**  
0,5 ml administré par injection intramusculaire ou sous-cutanée profonde. Suivi : au moins à 4 semaines et 8 semaines.

#### Immunoglobuline antitétanique (IGT)

En plus de la toilette de la plaie et du vaccin antitétanique absorbé. Voir également si une prophylaxie antibactérienne (protocole 3 ci-dessous) est indiquée.

ADULTE et ENFANT :

- **Immunoglobuline antitétanique (humaine)** 500 unités/flacon  
250 unités administrées par injection intramusculaire ; passer à 500 unités dans l'un quelconque des cas suivants : plaie remontant à plus de 12 heures ; présence, ou risque, de forte contamination ; ou patient pesant plus de 90 kg.

Note : Les recommandations nationales peuvent montrer des variations.

### Protocole 3 : Prophylaxie et traitement par les antibiotiques

#### Prophylaxie antibiotique

Une prophylaxie antibiotique est indiquée dans les situations ou pour les plaies qui présentent un risque élevé d'infection, par exemple : les plaies contaminées, les plaies pénétrantes, les traumatismes abdominaux, les fractures ouvertes, les lacerations supérieures à 5 cm, les plaies avec tissu dévitalisé, les sites anatomiques à haut risque comme la main ou le pied, etc. Ces indications sont applicables aux traumatismes qui peuvent ou non nécessiter une intervention chirurgicale. Pour les traumatismes nécessitant une telle intervention, la prophylaxie antibiotique est également indiquée et doit être administrée avant l'intervention, dans les 2 heures précédant l'incision cutanée.

La prophylaxie recommandée consiste en l'administration d'une dose de pénicilline G et de métronidazole (ou de plusieurs si l'intervention chirurgicale a été effectuée il y a plus de 6 heures).

- **Pénicilline G** ADULTE : 8-12 millions UI IV en une fois. ENFANT : 200 000 UI/kg IV en une fois.
- **Métronidazole** ADULTE : 1500 mg IV (perfusé en 30 min.) en une fois. ENFANT : 20 mg/kg IV en une fois.

#### Traitement antibiotique

Si une infection est présente ou probable, administrer les antibiotiques par la voie intraveineuse et non pas intramusculaire.

La pénicilline G et le métronidazole pendant 5 à 7 jours assurent une bonne couverture.

- **Pénicilline G** ADULTE : 1-5 MUI IV toutes les 6 heures.  
Au bout de 2 jours, il est possible d'utiliser de la pénicilline par voie orale : 2 comprimés de pénicilline V toutes les 6 heures.  
ENFANT : 100 mg/kg IV par jour en plusieurs doses (avec des doses plus élevées en cas d'infection grave).  
En cas d'allergie connue à la pénicilline, utiliser de l'érythromycine.  
  
En cas de réaction allergique soudaine (rare) :  
0,5-1,0 mg d'adrénaline IM pour les adultes. 0,1 mg/10 kg de poids corporel pour les enfants.
- **Métronidazole** ADULTE : 500 mg IV toutes les 8 heures (perfusé en 20 minutes).  
ENFANT : 7,5 mg/kg IV toutes les 8 heures.