

Le séisme en Haïti

Intervention du Corps suisse à Port-au-Prince



Le 12 janvier 2010, à 16h53 heure locale, un tremblement de terre dévastateur d'une magnitude de 7,2 sur l'échelle de Richter a secoué la République d'Haïti. Son épïcentre se trouvait à 16 km au sud-ouest de Port-au-Prince, ville comptant 2 millions d'habitants. Il a coûté la vie à 220 000 personnes, un nombre de victimes presque équivalent à celui du tsunami déclenché par le séisme du 26 décembre 2004 au large de Sumatra qui avait atteint une magnitude bien plus élevée, de 9,3. Trois facteurs ont contribué à ce bilan particulièrement lourd: 1. l'épicentre se trouvait à proximité de la grande agglomération de Port-au-Prince; 2. la faille tectonique n'était située qu'à 10 km de profondeur; 3. la densité de l'habitat urbain était très élevée, et la plupart des habitations étaient vraiment très mal construites.

Quelques jours après le séisme, Toni Frisch, directeur du Corps suisse d'aide humanitaire, a mis sur pied une vaste action de secours dans la région sinistrée: outre l'envoi de matériel et de techniciens spécialisés, elle comprenait une équipe importante de médecins et de personnel soignant. Cela correspondait bien au besoin local urgent, car une grande partie de l'infrastructure hospitalière avait été détruite, et la plupart des médecins et des soignants faisaient partie des victimes ou avaient fui à la campagne. L'équipe envoyée par la Suisse reçut la mission de faire fonctionner les services suivants de l'Hôpital universitaire de Port-au-Prince: pédiatrie, chirurgie pédiatrique, gynécologie et obstétrique. Les bâtiments de l'hôpital ayant été sérieusement endommagés par le séisme, il n'était pas recommandé d'y pénétrer. Il a donc fallu installer ces cliniques dans douze grandes

tentes d'hôpital (fig. 1 ) comportant des espaces de soins, des tables d'opération, des lits d'accouchement, des compartiments de stérilisation, etc. Dès que cet hôpital sous tentes, exigu mais fonctionnel, fut installé, l'équipe suisse se mit à opérer et à soigner les patients qui affluaient sans cesse, et cela par une température de 40 °C et une hygrométrie tropicale.

C'est dans ce contexte que l'auteur du présent article fut mobilisé le 5 février 2010, et qu'il se rendit à Port-au-Prince à la tête d'une deuxième équipe de sept médecins et de sept infirmières pour prendre le relais de la première équipe. Après notre atterrissage à Saint Domingue, nous avons encore dû rouler pendant 10 heures sur des routes étroites avant d'atteindre Port-au-Prince, peu avant la tombée de la nuit. La ville faisait songer à Berlin en ruines à la fin de la Seconde Guerre mondiale. L'air lourd et pestiféré me rappelait mon intervention à Banda Aceh. A notre arrivée à l'Hôpital universitaire, nous nous sommes immédiatement rendus dans les tentes pour y prendre en charge les quelque 120 patients soignés par nos prédécesseurs (fig. 2 ). Nous y avons rencontré les tableaux cliniques suivants: 1. fractures des membres, souvent ouvertes et infectées, stabilisées au moyen d'un plâtre ou d'un fixateur externe; 2. lésions étendues des parties molles, elles aussi sévèrement infectées pour la plupart; 3. paludisme, souvent avec manifestations cérébrales; 4. fièvre typhoïde, fréquemment avec perforation intestinale, survenant de façon caractéristique au troisième jour de la maladie; 5. tétanos, dont le pronostic était bien sûr extrêmement défavorable dans ces conditions; 6. diarrhées.

Une organisation d'aide humanitaire allemande gérait un laboratoire qui pouvait effectuer les analyses les plus importantes. Toutefois, nous devions souvent attendre plus d'une journée avant de recevoir les résultats. Nous pouvions également obtenir des radiographies, mais leur qualité technique était en général insuffisante. Nous devions donc nous fier avant tout à nos yeux, notre nez, nos oreilles et à nos mains pour poser un diagnostic, ce qui n'est plus vraiment évident pour une génération de médecins ayant grandi avec le CT-scan.

A défaut de pouvoir effectuer un diagnostic bactériologique, nous traitions généralement les infections graves par ceftriaxone, en l'associant au métronidazole en cas de symptômes abdominaux. Lorsque le paludisme entraînait dans le diagnostic différentiel, les patients recevaient du gluconate de quinine i.v. Ce médicament, comme par ailleurs un test rapide du paludisme, étaient mis à notre disposition par l'armée des Etats-Unis présente sur place.

L'équipe de chirurgiens devait s'occuper avant tout du traitement des plaies (fig. 3 ), des débridements, des fractures et des brûlures. L'anesthésie se faisait soit par



Figure 1
Les tentes abritant la clinique obstétrique et pédiatrique.

lidocaïne en péridurale, soit par kétamine combinée au midazolam pour éviter l'excitation au réveil. Les enfants étaient si traumatisés par ce qu'ils avaient vécu qu'il fallait pratiquer une anesthésie à la kétamine, même pour des interventions mineures. Hélas, il a même parfois fallu amputer des enfants et des adolescents. Heureusement, une organisation humanitaire internationale spécialisée dans l'aide aux amputés se trouvait déjà en Haïti et enregistrait ces patients malchanceux sitôt après l'opération, afin de leur fournir une prothèse trois mois plus tard.

Notre service d'obstétrique assurait chaque jour 8 à 12 naissances par voie naturelle et 2 à 4 par césarienne. La cheffe de clinique de la Maternité de l'Hôpital de l'Île à Berne, qui faisait partie de notre équipe, avait donc du

travail par-dessus la tête. Au grand étonnement des assistants haïtiens et des collègues américains, elle a même pratiqué manuellement, et avec succès, un accouchement en présentation du siège, en réalisant une manœuvre de Bracht chez une mère qui refusait une césarienne.

Durant la deuxième semaine, le collègue de Chicago qui dirigeait l'unité des soins intensifs de l'Hôpital universitaire est tombé malade, et notre équipe suisse a dû réagir au pied levé pour assurer également le bon fonctionnement de cet autre service sous tente. Evidemment, ce n'était pas le genre d'USI dont nous avons l'habitude ici. On n'y rencontrait aucun infarctus du myocarde ni aucune BPCO sévère, mais seulement des infections abdominales idiopathiques, pour lesquelles il fallait fréquemment effectuer une laparotomie exploratrice, ainsi que des cas de neuropaludisme ou encore de typhus abdominal avec perforation de l'iléon. Chaque nuit apportait également son lot de lésions des parties molles sévères et infectées, de pneumonies et de blessures par balles (Port-au-Prince a toujours été une ville très dangereuse, mais nous étions rassurés par la présence d'une compagnie d'infanterie de l'armée des Etats-Unis qui assurait notre garde à l'hôpital).

La communication avec les patients était plutôt laborieuse; ils parlaient un créole dérivé du français, difficile à comprendre, même pour quelqu'un qui parle le français couramment. Nous pouvions toutefois compter sur l'aide d'interprètes traduisant du créole vers le français ou l'anglais. De toute manière, la communication en soi représentait un défi considérable, que ce soit avec les innombrables organisations humanitaires venues du monde entier ou avec l'administration officielle de l'hôpital, dont seule une partie rudimentaire subsistait encore. Ainsi, les responsables des quelque cinq organisations d'aide assurant le fonctionnement de l'Hôpital universitaire de Port-au-Prince se réunissaient tous les deux jours avec le directeur haïtien de l'hôpital pour établir un rapport et discuter des problèmes d'organisation. L'échange entre collègues était extrêmement convivial et l'entraide remarquablement généreuse; toute rivalité entre pays ayant disparu. Bien sûr, les plus jeunes membres de l'équipe qui n'avaient encore jamais vécu une telle intervention, étaient parfois interloqués par les différences de culture ou de tempérament qu'ils rencontraient au sein de la routine hospitalière, par exemple lorsque les collègues américains se retroussaient les manches pour prendre les choses en main à leur manière. Il fallait alors que le chef de l'équipe intervienne pour calmer les esprits et demander plus de compréhension réciproque, ce qui lui a toujours réussi.

Dans l'ensemble, on peut donc dresser un bilan très positif de l'intervention du Corps suisse d'aide humanitaire en Haïti. Elle a permis d'apporter un soutien efficace aux victimes du séisme, mais elle a également montré aux membres de l'équipe active sur le terrain qu'on pouvait pratiquer une médecine de qualité avec des moyens rudimentaires, sans laboratoire ni tomodensitomètre. Il ne nous reste qu'à espérer que ces facultés nouvellement acquises pourront être préservées au-delà des études et périodes d'assistantat.

Rolf A. Streuli

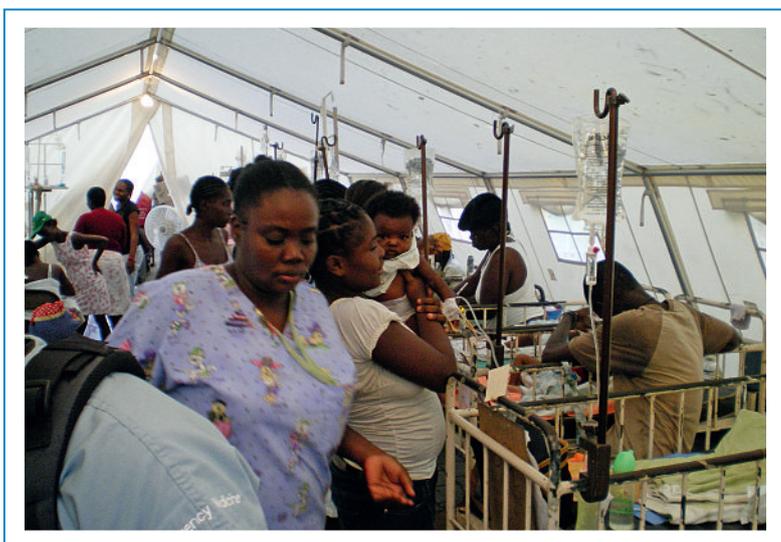


Figure 2
Les petits patients et leurs mères au service pédiatrique.



Figure 3
Soins aux plaies de la main droite, fixateur externe sur le bras gauche.