



LAWYERS WITHOUT BORDERS
AVOCATS SANS FRONTIÈRES
ABOGADOS SIN FRONTERAS
Canada



COMMENT RÉPONDRE AUX BESOINS DES VICTIMES DU CHOLÉRA EN HAÏTI ?

**FAISABILITÉ D'UNE APPROCHE INDIVIDUELLE D'ASSISTANCE
POUR LES PERSONNES LES PLUS AFFECTÉES PAR LA MALADIE**

Projet «Accès à la justice et lutte contre l'impunité en Haïti»



© ASFC, 2019. Tous droits réservés

Avocats sans frontières Canada
825, rue Saint-Joseph Est, bureau 230
Québec (Québec) G1K 3C8 Canada

Avocats sans frontières Canada en Haïti
24, rue Pacot,
Port-au-Prince, Haïti

www.asfcanda.ca

Publié le 17 juin 2019 à Québec.

Ceci est un document institutionnel, qui n'est pas destiné à des fins commerciales ni à la vente. Vous êtes en droit de copier, distribuer, transmettre et adapter ce document, en partie ou dans sa totalité à la condition que les auteurs soient cités et que toutes les modifications effectuées soient indiquées.

Veuillez citer ce document comme suit :

ASFC, Comment répondre aux besoins des victimes de choléra en Haïti? Faisabilité d'une approche individuelle d'assistance pour les personnes les plus affectées par la maladie. Québec, 2019.

Le contenu de la présente publication n'engage que son auteur et ne représente pas nécessairement la position du gouvernement du Canada.

Crédit photo : Martin Lanouette, chargé des communications et relations publiques ASFC



Avocats sans frontières Canada (ASFC) est une organisation non gouvernementale de coopération internationale dont la mission est de contribuer à la mise en œuvre des droits humains des personnes en situation de vulnérabilité par le renforcement de l'accès à la justice et à la représentation juridique.

ASFC remercie vivement l'Institut Interuniversitaire de Recherche et de Développement (INURED) pour sa coopération importante dans la réalisation de cette étude de faisabilité qui a permis de connaître les besoins, les perspectives et les priorités des victimes. ASFC tient également à remercier chaleureusement la juriste Stéphanie Day-Cayer, la sociologue Sabine Lamour et deux avocates de l'*Institute for Justice & Democracy in Haiti* (IJDH), Sienna Merope-Syngé et Beatrice Lindstrom pour leur engagement, leurs contributions importantes et leurs expertises respectives.

ASFC tient aussi à remercier toutes les autres personnes qui ont participé activement à la réalisation de la présente étude, dont les suivantes : Isabelle Bourassa, Laurence Huneault, Karine Ruel, Sarah Bourdon, Appolinaire Fotso, Pascal Paradis, Gaël Pétilion, Anne Delorme, Sabine Michaud, Hilary Robertson, Annie Pelletier, Adam Houston, Alexandre Hamel. Leurs contributions ont été essentielles à la préparation de cette étude.

ASFC remercie également plusieurs expert.es nationaux et internationaux pour leurs contributions et conseils précieux, dont Dr Renaux Piarroux, Cristián Correa, Bill O'Neill, Jonathan Lawson, Julie Guillerot et Carla Ferstman.

ASFC tient aussi à exprimer sa gratitude envers toutes les personnes qui ont participé à l'enquête menée sur le terrain, notamment des représentant.es d'institutions ou d'organisations nationales et internationales, d'organisations de victimes et de la société civile haïtienne ainsi que des structures communautaires.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	9
PROLOGUE	11
LISTE DES ABRÉVIATIONS	15
RÉSUMÉ	17
INTRODUCTION	25
MÉTHODOLOGIE	31
Partie 1: Perspectives des victimes quant à leurs besoins, attentes et priorités	31
Partie 2: Analyse de la faisabilité d'une approche individuelle	32
La revue documentaire	32
Les entrevues sur le terrain	32
PARTIE 1: STANDARDS INTERNATIONAUX RELATIFS AUX DROITS HUMAINS	35
PARTIE 2: PERSPECTIVES DES VICTIMES, AVANTAGES ET RISQUES DES APPROCHES INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE	39
1. Le vécu des victimes du choléra et leurs souffrances	39
1.1. Impacts physiques et psychologiques	39
1.2. Impacts sociaux.....	40
1.3. Perspectives des victimes sur les « plus grandes victimes »	40
1.4. Le renforcement de la marginalisation des populations en situation de vulnérabilité.....	41
a) Les familles en situation précaire	42
b) Les enfants	42
c) Les femmes et les filles	43

2. L'approche individuelle : avantages	44
2.1 Répondre aux besoins des plus grandes victimes	44
2.2 Bénéfices des transferts monétaires inconditionnels	45
3. L'approche individuelle : risques	46
3.1. Risques relatifs à l'identification des victimes	46
3.2. Risques de conflits	48
4. L'approche communautaire : avantages et risques	50
4.1 Avantages	50
4.2. Inconvénients et risques	51

PARTIE 3: LA FAISABILITÉ D'UNE APPROCHE INDIVIDUELLE.....55

1. La définition d'une victime du choléra et sa pertinence dans la détermination des bénéficiaires	56
1.1. La définition d'une victime du choléra et son applicabilité en l'espèce	57
1.2. L'établissement du statut de victime du choléra et son applicabilité en l'espèce : considérations médicales et pratiques	58
a) Diagnostic du choléra : considérations médicales générales	58
b) Les considérations pratiques générales	58
c) Considérations applicables au cas haïtien	60
2. L'identification des victimes et la vérification des informations	61
2.1. Le système de santé en Haïti et l'état de la documentation actuelle	62
2.1.1. Le système de surveillance et d'alerte-réponse	62
a) Les sites sentinelles du MSPP	62
b) Les équipes déployées sur le terrain	63
c) Le rôle potentiel du système de surveillance et d'alerte-réponse dans l'identification des victimes et la vérification de leurs informations	63
2.1.2. Le système de prise en charge des patients atteints du choléra	64
a) Le rôle potentiel du système de prise en charge des patient.es atteint.es du choléra dans la création d'une base de données consolidée sur l'identité des victimes	65
b) Le rôle potentiel des acteurs du système de prise en charge des patient.es atteint.es du choléra dans l'analyse des cas les plus complexes	67
2.2. L'identification et la vérification des victimes par le biais d'un système complémentaire	68
2.2.1. Les informations détenues par des acteurs clés et leur rôle potentiel dans le système de vérification complémentaire	69
a) Le rôle prépondérant des autorités spirituelles	69
b) Les différences régionales quant au système d'information informel	70

PARTIE 4: PROPOSITION D'UN MODÈLE POUR STATUER SUR LES DEMANDES....73

1. Les aspects techniques de l'enregistrement des victimes à titre de bénéficiaires du mécanisme	73
1.1. La détermination des bénéficiaires visés par le mécanisme	73
1.2. Les personnes habilitées à déposer une demande et être considérées comme bénéficiaires	74

1.3. Le standard de preuve associé à l'établissement du statut de victime.....	76
1.4. Les éléments de preuves recevables	78
2. Les aspects techniques du fonctionnement du mécanisme.....	80
2.1. L'enregistrement de la victime.....	82
2.2. Le croisement des informations avec les données du système formel et la formulation d'un premier avis technique sur le dossier.....	85
2.3. L'analyse de l'avis technique, la décision finale sur la demande et la signification à la victime	86
3. La détermination des montants et la distribution de l'assistance.....	87
3.1. La détermination du montant	87
3.2. Le nombre de versements et la durée du programme	88
3.3. La répartition du montant entre les membres de la famille	89
3.4. La distribution du montant.....	89
RECOMMANDATIONS	91
BIBLIOGRAPHIE	93
ANNEXES	99
Annexe 1 : Matrice de l'étude sur le point de vue des victimes.....	101
Annexe 2 : Liste des questions des entretiens sur le point de vue des victimes.....	103
Annexe 3 : Grilles d'entretien sur la faisabilité d'une approche individuelle	105
Annexe 4 : Catégorisation des types de cas de choléra	113
Annexe 5 : Organisation du système de santé haïtien	115

PRÉFACE

En octobre 2019, l'Organisation des Nations Unies (ONU) mettra fin à 25 années de maintien de la paix en Haïti. Depuis mon déploiement dans le pays en 1993 dans le but de diriger les services juridiques de la mission, menée à l'époque par l'ONU et l'Organisation des États américains, j'ai aussi pris part à diverses opérations onusiennes de maintien de la paix, notamment au Rwanda, au Kosovo et au Darfour. Pendant cette période, j'ai été témoin de grandes réussites des Nations Unies pour le maintien de la paix, par exemple les importants progrès dans la mise sur pied de la Police nationale d'Haïti ou la création de la toute première école de la magistrature de l'histoire haïtienne. Toutefois, le bilan du travail de l'ONU en Haïti révèle aussi de graves échecs, dont l'introduction du choléra au pays par une base onusienne de maintien de la paix en 2010.

Cause de souffrances indicibles, l'introduction du choléra en Haïti par l'ONU a eu et continue d'avoir des conséquences dévastatrices sur le pays. L'ONU a par la suite envenimé les choses en refusant d'admettre sa responsabilité dans ce désastre, ternissant gravement son image en Haïti et mettant à mal la crédibilité de ses opérations de maintien de la paix dans le monde. Ce faisant, l'ONU a trahi notre serment commun de protéger les plus vulnérables et de promouvoir les droits de la personne pour tous et toutes. En 2016, quand le secrétaire général a enfin présenté des excuses pour le rôle qu'a joué l'ONU dans l'épidémie, il a souligné, avec justesse, que « cette situation a porté atteinte à la relation entre l'Organisation des Nations Unies et le peuple haïtien. La réputation des missions de maintien de la paix et de l'ONU a été entachée dans le monde entier. »

Cette année, maintenant que l'ONU fait la transition vers une mission politique spéciale en Haïti, tant l'héritage des missions de maintien de la paix en Haïti que la pertinence de la présence onusienne dans le pays dépendront largement de la réponse de l'ONU à la crise du choléra ainsi que de son intervention auprès des victimes, dont la vie a basculé à cause de l'épidémie. Si l'ONU défend réellement la primauté du droit, elle devra elle aussi se plier aux normes de responsabilité, de transparence et de respect des droits de la personne qu'elle prescrit.

Le présent rapport d'Avocats sans frontières Canada, réalisé en collaboration avec l'Institut interuniversitaire de recherche et de développement, jouera un rôle essentiel pour permettre à l'ONU de concevoir une intervention juste et efficace en Haïti. Première étude à faire état des répercussions du choléra sur les familles et communautés touchées et à énoncer leur point de vue et leurs priorités quant à la réponse onusienne, elle permet de répondre à une question essentielle : l'assistance devra-t-elle prendre la forme de projets communautaires ou de paiements directs aux victimes et aux survivants ? Une analyse de faisabilité détaillée de la forme que pourraient prendre les dispositions d'assistance individuelle aux victimes de la maladie est également présentée ici, et conclut qu'une combinaison de paiements individuels et de projets communautaires serait non seulement possible, mais aussi souhaitable pour répondre aux préjudices physiques et économiques qu'ont subis les victimes, dans le respect de leur dignité.

L'ONU trouvera dans cette étude une feuille de route réaliste et réalisable qui l'aidera à assumer ses responsabilités et à fournir une juste réparation aux civils tués ou blessés pendant ses missions de maintien de la paix. Plus précisément, ses décideurs y verront les outils dont ils ont besoin pour donner suite à la promesse qu'a faite l'ONU dans sa *Nouvelle approche contre le choléra en Haïti* de 2016, soit d'assister les victimes de choléra et d'apaiser leurs souffrances. Dans les deux dernières années, les Nations Unies ont pris des décisions sur la mise en œuvre de cette *Nouvelle approche* sans se fonder sur des données robustes et transparentes sur les besoins des victimes et la faisabilité de paiements directs. Cette étude vient combler ce manque en offrant une orientation politique cruciale à ceux qui souhaitent que l'ONU se positionne du bon côté de l'Histoire en Haïti.

Une réponse adéquate à la crise du choléra est essentielle pour l'avenir de l'ONU en Haïti, mais pas seulement en Haïti. En effet, la conduite de l'ONU enverra un message au monde entier sur sa disposition – ou sa résistance – à assumer la responsabilité de ses actes, surtout lorsqu'ils causent du tort aux personnes qu'elle a juré de protéger. À une époque où ses principes et valeurs sont de plus en plus remis en question, l'ONU devrait saisir cette occasion pour montrer qu'elle a adopté un modèle de redevabilité pratique et significatif dans ses opérations. Ce n'est rien de moins que la confiance envers les promesses de maintien de la paix de l'ONU qui est en jeu.



Bill O'Neill

Consultant indépendant

PROLOGUE

Depuis l'introduction du choléra en octobre 2010, au moins 9 800 personnes ont perdu la vie et plus de 820 000 Haïtiennes et Haïtiens ont contracté cette maladie dont le pays était exempt jusque-là. La perte de ces milliers de vies humaines ainsi que les multiples souffrances engendrées par l'épidémie constituent une réelle tragédie, dont la société haïtienne peine toujours à se remettre. Les personnes ayant perdu des êtres chers ainsi que celles ayant survécu à la maladie ne pourront surmonter cette épreuve en l'absence d'une assistance appropriée et respectueuse de leur dignité, de leurs besoins et de leurs droits.

La présente étude démontre que le dispositif d'assistance matérielle et financière aux victimes prévu dans la *Nouvelle stratégie de lutte contre le choléra en Haïti* de l'ONU peut être mis en œuvre par le biais d'une approche centrée sur les droits, besoins et priorités des victimes. Cette approche est conforme à la pratique mise en œuvre dans des contextes similaires et aux standards internationaux développés par les Nations Unies en matière de droits humains.

L'ONU est non seulement tenue de faire respecter et appliquer ces standards internationaux, elle doit elle-même les respecter et les appliquer. Elle doit s'assurer que ses actions soient guidées en tout temps par les principes et objectifs de sa charte fondatrice. C'est d'ailleurs pourquoi le secrétaire général de l'ONU Ban Ki-Moon a affirmé en 2016 que l'épidémie de choléra représente un test de l'engagement de l'ONU à l'égard des plus vulnérables : «At a time when so many of UN values and principles are under threat, the Haiti cholera challenge represents an important test. It is a test of our commitment to the most vulnerable. It is a test of our long-standing relationship with the Haitian people. It is a test of our ability to demonstrate compassion while preserving our ability to do good in many other places around the world. It is a test of our collective responsibility for the crucial endeavour of peacekeeping.»

Depuis 2016, plusieurs actions ont été entreprises par l'ONU pour reconnaître et répondre aux souffrances endurées par les victimes. Le secrétaire général a présenté des excuses aux Haïtiens pour le tort causé par le choléra et a affirmé que l'ONU avait une responsabilité morale à l'égard des victimes. L'ONU a créé un fonds à contribution volontaire afin de pouvoir répondre à la crise du choléra, en plus de présenter sa *Nouvelle stratégie de lutte contre le choléra en Haïti*, par laquelle l'ONU s'engage à placer les victimes au cœur du processus et à évaluer la faisabilité d'une approche individuelle d'assistance pour les victimes du choléra. Les efforts déployés démontrent la volonté de l'ONU de répondre aux besoins des communautés les plus affectées par le choléra. Plusieurs facteurs pour remédier aux souffrances des victimes influenceront le succès de ces démarches pour remédier aux souffrances des victimes, y compris l'adoption de mesures symboliques concrétisant les regrets de l'ONU.

Une assistance complémentaire à des initiatives communautaires demeure nécessaire pour remédier de manière particularisée à la situation préjudiciable des victimes les plus durement touchées. De fait, les drames humains causés par l'épidémie de choléra se

perpétuent malheureusement dans le temps. Ces drames, ce sont ceux des enfants dont les opportunités futures ont été considérablement réduites à la suite de la perte d'un parent, des femmes qui sont devenues mères monoparentales après le décès de leur conjoint, des personnes qui continuent à endurer des troubles physiques ou psychologiques et dont l'accès aux soins de santé est limité.

Remédier aux torts causés par le choléra en Haïti comporte des défis et des risques de taille. Cela implique de mettre en place un mécanisme inclusif, équitable et rigoureux capable de répondre aux besoins parfois différenciés des individus et des communautés; d'identifier les victimes dans un contexte de documentation limitée et sans pouvoir compter sur des diagnostics médicaux systématisés; d'atténuer les risques de conflits au sein des familles et des communautés; de convaincre les États membres de contribuer financièrement au programme de réparation; et de maximiser les ressources financières et administratives limitées.

Parce qu'il existe peu ou pas d'analyses de ces thématiques, Avocats sans frontières Canada (ASFC), en collaboration avec l'Institut Interuniversitaire de Recherche et de Développement (INURED) et avec la contribution d'avocat.es de l'Institute for Justice and Democracy in Haiti (IJDH), a préparé la présente étude de faisabilité d'une approche individuelle d'assistance pour les victimes de l'épidémie du choléra. À la lumière de la présente étude, on constate qu'il est possible de mettre en place une telle approche pour les victimes les plus fortement touchées par l'épidémie en Haïti, tout en tenant compte des défis pratiques qui y sont associés. Une telle composante devrait être menée de manière complémentaire à des initiatives collectives soutenues par l'ONU dans les communautés les plus touchées.

Puisque le second volet de la *Nouvelle stratégie* de l'ONU a notamment pour objectif de témoigner de la reconnaissance des souffrances du peuple haïtien et de pallier efficacement les répercussions néfastes du choléra tant au niveau individuel, familial que collectif, il est nécessaire que la voix des victimes soit au cœur de la mise en œuvre de cette stratégie. C'est dans cette perspective qu'un processus de consultation des victimes a été mené par l'INURED dans plusieurs communautés du pays affectées par la maladie. Les résultats de cette enquête démontrent que les victimes et les membres des communautés les plus affectées par le choléra préfèrent une approche mixte qui combinerait une assistance individuelle, en particulier pour les personnes qui ont été les plus touchées par l'épidémie par le choléra, à des mesures collectives.

Sur la base de ce constat, ASFC et ses partenaires ont analysé la faisabilité d'une composante individuelle pour ces victimes en s'appuyant notamment sur des entretiens semi-dirigés dans trois communes du pays et à Port-au-Prince, et sur des entretiens avec des spécialistes ayant contribué à l'élaboration ou à la mise en œuvre de programmes similaires en Haïti et ailleurs.

La présente étude s'inscrit dans le cadre du projet *Accès à la justice et lutte contre l'impunité en Haïti* (AJULIH) d'ASFC, qui a pour but de renforcer la protection des droits humains et de contribuer à l'amélioration de l'accès à la justice pour les personnes en situation de vulnérabilité. Son intention est d'offrir à l'ONU, à l'État haïtien, à d'éventuels bailleurs de fonds, à la société civile haïtienne, ainsi qu'à toute autre personne impliquée ou intéressée, des renseignements et analyses à notre portée quant aux attentes des victimes et à la faisabilité d'une composante individuelle complémentaire aux mesures collectives mises en œuvre par l'ONU. L'espoir est que cette étude puisse constituer un outil susceptible de favoriser une prise de décisions éclairées et basées sur des informations complètes et bien fondées.

Nous espérons qu'elle permettra à l'ONU, aux États membres, à l'État haïtien ainsi qu'aux bailleurs de fonds d'envisager toute la gamme des mesures possibles pour répondre aux besoins et aux droits fondamentaux des victimes du choléra.



Pascal Paradis
Directeur général, ASFC

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASEC	Assemblée des sections communales
ASOVIK	Association des victimes du choléra
CAL	Centre de santé avec lits
CASEC	Conseil d'administration des sections communales
CSL	Centre de santé sans lit
CTC	Centre de traitement du choléra
DERL	Direction d'épidémiologie, de laboratoire et de recherche
DR	Direction régionale
EMIRA	Équipe mobile d'intervention rapide
FONKOZE	Fondasyon Kole Zepòl
GHESKIO	Groupe haïtien d'étude du sarcome de kaposi et des infections opportunistes
HCR	Hôpital communautaire de référence
HUEH	Hôpital de l'Université d'État d'Haïti
IJDH	Institute for Justice & Democracy in Haiti
INURED	Institut Interuniversitaire de Recherche et de Développement
MESI	Monitoring, Evaluation and Surveillance Interface
MINUSTAH	Mission des Nations-Unies pour la stabilisation en Haïti
MOMVIK	Mouvement des organisations des personnes victimes du choléra
MSF	Médecins sans frontières
MSPP	Ministère de la Santé publique et de la Population
OE	Officier d'enregistrement

OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
OPS	Organisation panaméricaine de la santé
OVICH	Organisation des victimes du choléra en Haïti
PSV	Populations en situation de vulnérabilité
SG	Secrétaire général
SOFA	Solidarite Fanm Ayisyèn
SSPE	Structure de santé de premier échelon
UC	Unité centralisée
UNICEF	Fonds des Nations-Unies pour l'enfance
UTC	Unité de traitement du choléra
ZANTRAY	Zanfan Tradisyon Ayisyen

RÉSUMÉ

Avocats sans frontières Canada et ses partenaires présentent cette étude en vue d'analyser la faisabilité d'une approche individuelle dans le cadre de la mise en place d'un dispositif d'assistance matérielle et financière pour les victimes du choléra en Haïti.

Pour ce faire, elle met en lumière les besoins, attentes et priorités exprimés par des victimes, propose des moyens concrets pour les identifier et vérifier leurs informations, et un modèle simplifié et accessible pour traiter efficacement et équitablement d'éventuelles demandes de victimes. Un dispositif d'assistance matérielle et financière, combinant une approche collective à un appui particularisé pour les victimes les plus affectées par le choléra, tiendrait compte des attentes exprimées par les victimes dans le cadre de l'étude, d'expériences comparées, des standards internationaux de droits humains et des engagements de l'Organisation des Nations Unies (ONU) au regard de sa *Nouvelle stratégie de lutte contre le choléra en Haïti*.

À la suite d'une analyse des avantages, des risques et des défis pratiques d'une telle approche, des recommandations sont formulées en vue d'une prise en charge adaptée des besoins des victimes et de leurs souffrances. Ces propositions sont destinées aux acteurs responsables de la mise en œuvre de la *Nouvelle stratégie* de l'ONU, aux États membres de l'ONU, à d'éventuels bailleurs de fonds, à l'État haïtien et sont aussi susceptibles d'intéresser des représentants d'organisations de la société civile, les victimes du choléra et la population haïtienne en général. Nous espérons que cet outil participera au développement et à l'adaptation de mécanismes susceptibles de prendre en compte adéquatement les besoins spécifiques des victimes ainsi que l'impact différencié de la maladie sur les femmes et les hommes.

Cette étude s'inscrit dans le cadre du projet *Accès à la justice et lutte contre l'impunité en Haïti* (AJULIH), un projet mis en œuvre par ASFC. Elle a été menée en collaboration avec l'Institut Interuniversitaire de Recherche et de Développement (INURED) et la contribution d'avocats de l'Institute for Justice & Democracy in Haiti (IJDH).

MISE EN CONTEXTE

En 2004, la Résolution 1542 qui instaure la Mission des Nations Unies pour la stabilisation en Haïti (MINUSTAH) est votée par le Conseil de sécurité (CS) de l'ONU. Au cours du mois d'octobre 2010, un contingent de Casques bleus népalais est déployé dans la zone de Meille dans l'arrondissement de Mirebalais. À cette époque, le choléra est endémique au Népal. Le 21 octobre 2010, le gouvernement haïtien confirme la présence du virus du choléra qui se propage à une vitesse alarmante. Le 19 novembre 2010, le ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) déclare que l'épidémie a atteint tous les départements du pays.

À l'heure actuelle, bien que son incidence ait nettement diminué, le virus demeure présent en Haïti et continue de faire des victimes. En effet, selon les données officielles du MSPP, 4 000 nouveaux cas de choléra étaient recensés au cours de l'année 2018, dont près de 50 cas de décès. En date de janvier 2019, le nombre total de victimes de cette épidémie depuis son introduction en Haïti s'élevait à près de 820 000 personnes, dont plus de 9 800 décès.

Les études scientifiques portant sur la source de la maladie posent un même constat : les Casques bleus népalais ont introduit le choléra en Haïti en déversant les eaux usées de leur camp dans les affluents de la rivière de l'Artibonite. Le 19 août 2016, l'ONU reconnaissait avoir une responsabilité morale à l'égard de l'épidémie et offrait, le 1^{er} décembre suivant, des excuses officielles au peuple haïtien en plus de présenter sa *Nouvelle stratégie*.

Cette stratégie vise à « redoubler d'efforts pour éliminer le choléra d'Haïti et à aider et soutenir ceux qui ont été les plus directement touchés », et propose un plan d'action en deux volets. Le premier volet se divise en deux axes portant sur : 1) l'éradication du choléra en Haïti et l'accès aux soins et sur 2) l'accès à l'eau, à l'assainissement et aux soins de santé à plus long terme. Le second volet de la *Nouvelle stratégie* vise à fournir une assistance matérielle et financière pour les victimes les plus durement touchées par l'épidémie, leur famille et leur communauté. Il comprend également deux axes potentiels : une démarche axée sur la communauté et une autre sur les personnes.

Lorsqu'elle a été présentée, la *Nouvelle stratégie* prévoyait notamment la possibilité de pourvoir une aide financière directe sous forme de paiements aux familles des victimes décédées du choléra en complémentarité à la mise en place de programmes d'assistance de nature communautaire. Elle reconnaissait en ce sens la nécessité de mener un examen plus approfondi sur la faisabilité de telles mesures « compte tenu des défis, risques et obstacles majeurs » qu'elles soulèvent, s'engageant par ailleurs à consulter les victimes en vue de la mise en place du dispositif d'assistance.

Néanmoins, aujourd'hui, une analyse publique quant à la faisabilité d'une démarche centrée sur les personnes n'a pas encore été conduite et l'ONU semble progressivement privilégier une stratégie strictement communautaire. À ce jour, les victimes les plus affectées par le choléra n'ont pas participé à un processus de consultation portant sur la possibilité d'inclure une composante individuelle dans le cadre du dispositif d'assistance matérielle et financière, et sur leurs besoins, attentes et priorités quant aux meilleures façons de remédier aux souffrances qu'elles ont personnellement subies.

RÉSULTATS DES CONSULTATIONS MENÉES AUPRÈS DES VICTIMES

a) Impact du choléra en Haïti

Les groupes de discussions et les entretiens individuels menés par l'INURED révèlent que la maladie a eu des conséquences physiques, psychologiques et économiques sur les victimes et que l'impact a été encore plus important chez les enfants.

Elle fait ressortir les impacts économiques marqués subis par les victimes et leurs familles et leur aspect central dans les souffrances perçues des victimes, plusieurs d'entre elles ayant perdu le pourvoyeur de leur famille ou étant dans l'impossibilité de se rétablir financièrement après avoir contracté des dettes importantes. L'étude met également en évidence la façon dont le choléra a affecté de manière disproportionnée certaines catégories de personnes, contribuant au renforcement de la marginalisation de certaines populations en situation de vulnérabilité (PSV). C'est notamment le cas des familles en situation financière précaire, des enfants ainsi que des femmes et des filles.

b) Les plus grandes victimes du choléra

Reconnaissant que le choléra n'a pas affecté toutes les personnes de la même manière, les victimes estiment que l'assistance offerte doit refléter ces différents niveaux de souffrances subies. Selon elles, les « plus grandes victimes » seraient l'entourage des défunt.es, en particulier les femmes, les enfants et les personnes ayant perdu un pourvoyeur au sein de leur famille. Si certaines d'entre elles pensent que les survivant.es de la maladie constituent les « deuxièmes plus grandes victimes », elles considèrent néanmoins que l'assistance pour ces personnes devrait être moins importante que celle destinée à l'entourage des personnes décédées.

c) Approche individuelle : avantages et risques

Ainsi, les victimes ont souligné leur préférence générale pour la mise en œuvre d'une approche mixte comportant des composantes à la fois individuelle et collective. En plus d'être conforme aux standards de droits humains et ceux appliqués dans d'autres contextes similaires de programmes d'assistance à grande échelle, une approche individuelle permettrait, selon les victimes, de tenir compte des souffrances spécifiques et personnelles de ceux et celles qui ont été et continuent d'être touché.es de manière disproportionnée par l'épidémie de choléra, de l'impact économique comme élément central de leurs souffrances ainsi que des disparités existantes entre les différentes catégories de victimes.

Elles ont aussi exprimé leur préférence spécifique pour une assistance mise en œuvre par le biais de transfert de fonds sans condition. L'étude démontre que ce type d'assistance a des effets bénéfiques multiples sur les bénéficiaires ainsi que sur la société entière : réponse aux besoins spécifiques des bénéficiaires et accès accrus à des biens et services essentiels, stabilisation économique et autonomie financière à plus long terme, réduction d'inégalités sociales et du niveau de pauvreté et amélioration des conditions de vie générale de la population. Lorsque mis en place de manière complémentaire, ils permettent de pallier certaines faiblesses des programmes communautaires.

Conscientes des difficultés relatives à l'identification des victimes et à l'accès à des documents officiels, les victimes consultées ont souligné l'importance de tenir compte des risques de sous-inclusion et de re-victimisation. Elles ont également souligné les risques de demandes frauduleuses et d'actes de corruption.

En outre, les victimes reconnaissent la possibilité que la mise en œuvre d'une approche individuelle puisse créer des conflits aux niveaux familial et communautaire. Selon elles, les principaux risques de conflits familiaux relèveraient de la détermination des liens de filiation ainsi que de la répartition équitable de l'assistance entre les membres de la famille. Les victimes préféreraient en ce sens que l'aide soit distribuée directement à tous les membres de la famille immédiate tout en reconnaissant les difficultés pratiques et administratives d'une telle distribution. Si toutefois elles étaient appelées à choisir un représentant familial, elles préconiseraient la distribution des fonds par le biais du pourvoyeur de la famille ou encore du ou de la conjoint.e survivant.e.

En ce sens, les victimes affirment que la faisabilité de mettre en œuvre cette composante individuelle reposerait surtout dans la capacité de l'ONU à mettre en place un système d'identification des bénéficiaires et de distribution de l'assistance à la fois rigoureux et inclusif, permettant ainsi d'atténuer les principaux risques de sur-inclusion, de sous-inclusion et de conflits communautaires et familiaux qui pourraient survenir.

d) Approche communautaire: avantages et risques

Selon les victimes, tout dispositif d'assistance matérielle préconisé devrait nécessairement comporter une composante collective, puisqu'elle permettrait de tenir compte adéquatement des conséquences profondes du choléra sur les communautés et la société haïtienne en général. Elle peut ainsi toucher un nombre important de victimes tout en étant mise en œuvre par le biais de mesures relativement simples et légères. Mis en œuvre en complémentarité avec une composante individuelle, l'approche communautaire pourrait servir de mécanisme d'atténuation des risques, notamment en ce qui a trait aux conflits communautaires et familiaux.

Néanmoins, les victimes ont également souligné des désavantages de cette approche communautaire, particulièrement dans l'éventualité où elle ne serait pas mise en place conjointement avec une composante individuelle. Elles craignent qu'une approche communautaire ait des impacts limités et peu durables, mentionnent des risques élevés de corruption et de mauvaise gestion et expriment leur manque de confiance envers les institutions et acteurs locaux.

Les victimes estiment que les programmes communautaires ne suffiraient pas à répondre à leurs besoins, priorités et attentes, ni de cibler spécifiquement les personnes considérées comme étant les plus grandes victimes. Selon elles, ils sont caractérisés par un manque de reconnaissance du caractère intime et individuel de leurs souffrances et ne tiennent pas compte de l'assistance spécifique dont elles ont besoin. Les victimes pensent qu'une approche collective mise en place de manière isolée est susceptible d'engendrer du ressentiment chez les plus grandes victimes et des risques de conflits familiaux et communautaires importants en plus de contribuer à l'exacerbation des inégalités sociales existantes.

En somme, elles perçoivent les approches communautaires et individuelles comme étant toutes aussi pertinentes et complémentaires. Lorsque mises en œuvre de manière conjointe, elles permettraient une meilleure prise en charge de leurs besoins en plus de permettre à chacune des approches de contrebalancer les risques associés à l'autre.

FAISABILITÉ D'UNE APPROCHE INDIVIDUELLE

La faisabilité d'une approche individuelle repose sur plusieurs éléments fondamentaux, notamment la capacité à : 1) évaluer adéquatement les paramètres selon lesquels une personne peut être considérée comme ayant contracté le choléra ou en être décédée, 2) identifier formellement ces personnes à partir des informations limitées disponibles et vérifier leurs informations, 3) élaborer et mettre en place un mécanisme accessible, abordable et relativement fiable permettant de statuer efficacement et équitablement sur d'éventuelles demandes et 4) concevoir un mécanisme qui comprenne des stratégies d'atténuation des risques de conflits communautaires et familiaux ainsi que des risques de sur-inclusion et de sous-inclusion de victimes. En ce sens, les expériences quant à des programmes similaires mis en place dans d'autres contextes permettent de fournir des modèles intéressants ainsi que des leçons précieuses en vue de l'élaboration éventuelle d'un mécanisme adapté au cas haïtien.

Conformément à la pratique observée dans des contextes similaires de ressources limitées, les victimes ont identifié la nécessité de prioriser les « plus grandes victimes » à titre de bénéficiaires de cette assistance matérielle plus directe. Elles ont spécifiquement identifié à titre de bénéficiaires prioritaires l'entourage immédiat des personnes décédées du choléra, avec une attention particulière aux femmes, aux enfants, aux jeunes et aux membres de familles ayant subi des préjudices économiques importants découlant de la perte d'un pourvoyeur. Certaines d'entre elles ont également identifié les survivant.es de la maladie comme constituant le second groupe prioritaire, en particulier les victimes subissant toujours d'importantes séquelles, bien qu'elles reconnaissent que cette deuxième catégorie de victimes devrait bénéficier d'une assistance moindre.

a) Identification des victimes

Au regard de l'évolution de la maladie à l'échelle nationale, cette étude souligne que, compte tenu de l'incidence de la maladie durant la période du pic épidémiologique (soit entre 2010 et 2013, et particulièrement de 2010 à 2011) et des lacunes informationnelles durant cette période, toute personne ayant présenté les signes cliniques du choléra (et correspondant donc à la définition officielle d'un « cas suspect » selon le MSPP) pourrait être présumée comme étant une victime de la maladie selon le standard de la balance des probabilités. Alors que le taux d'incidence de la maladie s'est mis à diminuer progressivement à partir de 2014, les probabilités qu'un.e patient.e présentant les signes de la maladie soit réellement atteint du choléra se sont mises à diminuer proportionnellement à son évolution épidémiologique. La réduction considérable du nombre de cas de choléra à compter de 2017 a mené les autorités à institutionnaliser de nouveaux critères plus rigides afin de pouvoir conclure à un « cas suspect ».

Ainsi, cette étude soutient que ces considérations médicales et pratiques quant aux définitions officielles d'un cas suspect de choléra fournissent des indications pertinentes en vue de statuer sur les demandes des victimes et d'établir leur statut.

En ce qui a trait aux décès, cette étude soutient que toute personne de 5 ans ou plus étant décédée environ une semaine suivant son admission pour cas suspect de choléra ou encore la déclaration des signes cliniques de la maladie devrait être considérée comme constituant un décès imputable au choléra. En outre, le cas des enfants de moins de 5 ans est plus complexe, car les décès associés à d'autres maladies diarrhéiques sont plus fréquents pour cette tranche d'âge. Les probabilités relatives peuvent être évaluées à la lumière du fait qu'ils aient ou non été en contact avec un cas suspect ou confirmé de choléra ou en cas de flambée avérée dans leur localité. Le fait qu'une campagne de vaccination contre le rotavirus ait été réalisée dans la zone de résidence de l'enfant pourrait également constituer un indice pointant vers une forte probabilité d'infection au choléra.

b) Système d'identification des victimes

La présente étude se penche sur la manière dont il pourrait être possible de développer un système d'identification des victimes et de vérification de leurs informations. La plus grande source d'information du système formel pouvant être mobilisée proviendrait des structures de prise en charge des patient.es du choléra, qui ont gardé des registres contenant les noms et informations des victimes admises et ont notifié à l'État les décès liés au choléra, tel qu'exigé par la loi haïtienne. En ce sens, les informations les plus prometteuses seraient notamment disponibles à l'échelle locale – soit directement auprès des Centres de traitement du choléra (CTC) et des diverses structures préexistantes du système de santé haïtien – ainsi qu'à l'échelle régionale au niveau des directions sanitaires départementales.

Le recours aux informations dont elles pourraient disposer comporte certaines limites. En effet, ces données seront probablement inégales et incomplètes, particulièrement en ce qui a trait aux premières années de l'épidémie, durant lesquelles le système formel a été saturé. De plus, bien que les enquêtes initiales confirment que ces structures se soient conformées aux exigences prévues par la loi haïtienne, des différences sont à prévoir en ce qui a trait à l'étendue et la qualité de l'information accessible et aux modes de stockage. Certaines victimes pourraient avoir fourni une fausse identité lors de leur admission afin d'éviter de faire l'objet de stigmatisation, bien que ce risque concernerait une quantité limitée de victimes.

Malgré ces limites, il n'en demeure pas moins que les informations détenues par ces structures de prise en charge des malades du choléra sont prometteuses et pourraient être compilées au sein d'une base de données consolidée, et utilisées comme source principale à des fins d'identification des victimes et de vérification de leurs informations.

Il demeure néanmoins nécessaire de compléter les données officielles existantes, en particulier pour les victimes communautaires, par des informations détenues par d'autres mécanismes d'identification et de vérification, notamment par la mobilisation de structures communautaires et réseaux d'information informels. Sur la base des différentes entrevues menées sur le terrain dans le cadre de la présente étude, plusieurs acteurs communautaires clés semblent avoir joué un rôle à différents niveaux dans la prise en charge du choléra en Haïti et disposeraient, à ce titre, d'informations pertinentes à cet exercice d'identification et de vérification.

La présente étude fait état de l'existence d'une organisation communautaire structurée reposant sur des vastes et complexes réseaux d'échanges multilatéraux d'informations, qui contiendraient des renseignements indispensables à la mise en œuvre d'un processus d'identification des victimes. Ces réseaux seraient particulièrement bien établis en ce qui concerne les autorités spirituelles (chrétiennes et vaudouisantes), certaines d'entre elles ayant même mis en place des structures spécifiques avec l'aide de leurs membres afin d'assurer un suivi et une cueillette de données quant aux malades et décès relatifs au choléra dans leur zone. À ce titre, ces acteurs communautaires ainsi que leurs réseaux d'informations respectifs pourraient potentiellement jouer un rôle fondamental dans la cueillette, la consolidation et la vérification des données concernant ces victimes à différents niveaux de l'organisation administrative et communautaire du pays : habitations, bourgs, sections communales ou communes, particulièrement en ce qui a trait aux victimes communautaires.

c) Proposition d'un modèle afin de statuer sur les demandes

Des pistes sont proposées quant à l'élaboration et la mise en œuvre adéquate d'un modèle permettant de statuer sur des demandes de victimes. Ces propositions portent sur : 1) la détermination des bénéficiaires ; 2) le standard de preuve applicable et les types de preuves admissibles ; 3) les étapes spécifiques d'un éventuel processus permettant de déposer et statuer sur les demandes ; 4) la détermination des montants de l'assistance et les modes de distribution.

Pour la détermination des bénéficiaires, deux options sont suggérées : 1) un mécanisme qui admet tant les demandes des proches de personnes décédées que celles des victimes survivantes (plus inclusive et équitable, mais également plus coûteuse et complexe) ; 2) un mécanisme axé spécifiquement sur les proches des personnes décédées, tout en assumant la prise en charge adéquate des besoins, priorités et attentes spécifiques des victimes survivantes par la composante communautaire du mécanisme.

Compte tenu de l'existence de structures familiales complexes en Haïti, des critères excessivement rigides quant aux personnes 1) habilitées à présenter une demande ; et 2), se qualifiant comme bénéficiaire en tant que proche de la personne décédée empêcheraient l'accessibilité au processus à une portion considérable des victimes et de leur famille. À ce titre, tout membre de la famille immédiate des victimes – soit les partenaires (officiels ou non), les enfants (biologiques ou non) et les parents proches du ou de la défunt.e – devrait être habilité à déposer une demande et considéré comme bénéficiaire potentiel dans le cadre du dispositif, les modalités quant à la division du montant alloué entre les membres de la famille étant par ailleurs fixes et prédéterminées pour limiter les risques de conflits.

Pour ce qui est du standard de preuve applicable, l'étude propose que ce soit celui de la balance des probabilités qui soit utilisé, en ce qu'il permettrait à la fois de statuer équitablement et avec rigueur sur les demandes des victimes. Si les considérations médicales et pratiques font ressortir la possibilité d'établir le statut de victime pour les survivant.es âgé.es de 2 ans ou plus sur la base des définitions médicales officielles du MSPP par période, examiner de manière différenciée les demandes des victimes imposerait un fardeau de preuve excessif aux victimes, contribuerait à la re-victimisation des PSV et alourdirait considérablement le mécanisme de traitement des demandes. Ainsi, les survivant.es de cette tranche d'âge

devraient être considéré.es comme constituant des victimes s'ils parviennent à démontrer selon la balance des probabilités que leur situation était conforme à la définition du « cas suspect » de choléra en vigueur avant 2017.

Pour ce qui des décès de personnes âgées de 5 ans ou plus, une présomption d'imputabilité au choléra devrait s'appliquer si les demandeurs parviennent à démontrer selon la balance des probabilités que le décès est survenu environ une semaine suivant la déclaration des symptômes. Dans les cas les plus complexes, notamment pour les décès des enfants âgés de moins de 5 ans, cette étude souligne qu'il est possible de combler les lacunes au niveau des preuves en se référant à des données contextuelles telles que: la sévérité des symptômes, les données épidémiologiques sur les flambées ainsi que toute autre information contextuelle pertinente. Dans ces cas, l'étude propose aussi de considérer la possibilité d'utiliser un standard de preuve plus flexible.

Les demandeurs devraient fournir une preuve de: 1) leur identité, 2) leur statut de victime, et, le cas échéant, 3) de leur le lien de filiation avec la victime. Comme une majorité de victimes n'ont pas toujours en leur possession ce type de documents, le dispositif ne devrait pas dépendre seulement de preuves écrites formelles. De manière générale, les éléments de preuves suivants pourraient être admis: une carte d'identité nationale ou une déclaration sous-serment du demandeur attestant du fait qu'il est sans document; toute documentation attestant de la maladie ou du décès, ou une déclaration sous serment d'un témoin coïncidant avec le récit des faits du demandeur; preuve documentaire relative à la filiation, la cohabitation ou la dépendance économique ou témoignage d'un membre crédible de la communauté attestant du lien familial.

Outre un plan de communication efficace et accessible à la population, le processus proposé par l'étude pour assister les victimes est composé de six (6) étapes: 1) le dépôt de la demande et la préparation du dossier de la victime au niveau local; 2) le croisement des informations au niveau régional avec les données du système formel; 3) la vérification des victimes non inscrites auprès de sources locales; 4) l'envoi d'enquêteurs pour les cas plus complexes; 5) la décision finale rendue par unité centralisée; 6) la procédure de réexamen (seulement en cas d'erreur manifeste et déterminante).

Enfin, l'étude propose une démarche pour la détermination des sommes octroyées aux victimes, soit le recours à un échantillonnage statistique pour évaluer les préjudices et fixer un montant par famille. Dans un contexte de ressources limitées et compte tenu du nombre important de victimes, il est clair qu'aucun montant ne permettrait de pallier de manière adéquate les souffrances multiples, personnelles et sexo-spécifiques des victimes ainsi que les conséquences économiques marquées associées à la maladie. En ce sens, le montant de l'assistance financière, de nature symbolique, devrait pouvoir aider les bénéficiaires à surmonter les conséquences les plus graves engendrées par la maladie ou la perte d'un être cher. Si un paiement sous forme de versements multiples pose certains problèmes administratifs considérables, son échelonnement sur une période plus longue permettrait de réduire les risques de vol et de fraude, tout en favorisant une meilleure gestion des sommes par les bénéficiaires et, à terme, leur stabilité et autonomie financière.

Pour ce qui est de la répartition d'un montant entre les membres de la famille d'un défunt, déterminer au préalable les modalités de l'attribution pour chaque membre de la famille permettrait de réduire les risques de conflits familiaux en limitant le pouvoir décisionnel de membres influents. Les conclusions de cette étude révèlent que les montants devraient être distribués prioritairement: à la mère des enfants de la victime ou au conjoint survivant de celle-ci, à ses enfants, puis aux parents de celle-ci.

Recommandations

1. Conformément aux standards internationaux de droits humains et aux principes directeurs de la *Nouvelle stratégie* de l'ONU pour lutter contre le choléra en Haïti, que l'ONU réponde aux priorités, aux besoins et aux préoccupations des victimes du choléra, avec une attention particulière à ceux des femmes et des filles, lors de la mise en place de toute forme d'assistance matérielle leur étant destinée ;
2. Que l'ONU mette en place une approche mixte d'assistance aux victimes du choléra, comprenant des composantes collective et individuelle complémentaires, en vue de remédier aux souffrances individualisées des victimes du choléra, de tenir compte des conséquences du choléra sur leur communauté et d'atténuer les risques de conflits familiaux et communautaires ;
3. Dans le cadre de la mise en œuvre de la composante individuelle, que l'ONU priorise l'entourage immédiat des personnes décédées du choléra, en particulier les femmes, les mineur.es et les personnes ayant perdu un pourvoyeur au sein de leur famille; et considère les survivant.es comme le second groupe prioritaire, en particulier celles et ceux qui vivent encore avec des séquelles ;
4. Dans le cadre de la mise en œuvre de la composante collective, que l'ONU s'assure de tenir compte des besoins des victimes les plus affectées par le choléra, avec une attention particulière à ceux des femmes et des filles, ainsi que des besoins ne pouvant pas être ciblés par une composante individuelle ;
5. Que l'ONU considère le recours à des mesures symboliques en vue de la reconnaissance entière des souffrances spécifiques des victimes et de sa responsabilité dans l'épidémie de choléra en Haïti ;
6. Afin d'identifier les victimes du choléra, que l'État systématise les informations détenues par les structures de prise en charge des malades, et mobilise les réseaux d'information informels en vue de compléter et vérifier les données existantes, particulièrement sur les malades et les personnes décédées en dehors des structures de santé officielles ;
7. Que l'ONU mette en place un mécanisme d'assistance individualisée complémentaire simple, rigoureux, transparent, inclusif et adapté aux réalités contextuelles du pays, dont la complexité de structures familiales, en développant des critères flexibles pour définir qui peut être considéré comme un bénéficiaire ;
8. Que l'ONU tienne compte de l'accès limité à des documents écrits et favorise le recours à une combinaison de preuves matérielles, de témoignages, d'information contextuelle et à des présomptions en vue d'établir le statut de victime ;
9. Que l'ONU détermine à l'avance les modalités et le montant à verser par famille qui permette de surmonter les conséquences néfastes du choléra ;
10. Que l'ONU consulte les victimes et des membres de communautés affectées par le choléra à chacune des étapes et de la conception et de la mise en œuvre de ce mécanisme, et développe des mesures pour favoriser la participation des femmes et des filles ainsi que la prise en compte de leurs besoins spécifiques découlant de l'impact différencié du choléra sur elles.

INTRODUCTION

A) LE CONTEXTE DU DÉCLENCHEMENT DE L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA EN HAÏTI ET SA TRAJECTOIRE

En 2004, le Conseil de sécurité (CS) de l'Organisation des Nations Unies (ONU) adopte la Résolution 1542 établissant la MINUSTAH¹. Dans le cadre de la rotation des effectifs de la mission, les 9, 12 et 16 octobre 2010, un contingent de Casques bleus en provenance du Népal – où le choléra était alors endémique – s'établissait dans la zone de Meille, à proximité de la ville de Mirebalais dans le département du Centre². Les 19 et 20 octobre suivants, un nombre important de cas de diarrhées aiguës était rapporté dans les départements du Centre et de l'Artibonite³. C'est dans ce contexte que le 21 octobre 2010 le gouvernement haïtien déclarait l'existence d'une épidémie de choléra se propageant à un rythme alarmant⁴. En janvier 2019, le nombre officiel de personnes infectées depuis le début de l'épidémie est estimé à près de 820 000 personnes, soit un taux d'infection équivalent à environ 6,5% de la population totale du pays⁵, et le nombre de décès à près de 9 800, sans compter les décès n'ayant pas été enregistrés, car survenus au domicile des personnes infectées⁶.

S'il est vrai que le taux d'incidence de la maladie a largement diminué depuis le début de l'épidémie, la maladie demeure toujours présente en Haïti et continue à infecter d'autres personnes. En effet, selon l'ONU « le pays demeure extrêmement vulnérable au choléra. Les causes profondes de l'épidémie n'ont pas disparu. Seulement 25 % de la population haïtienne ont accès à des conditions d'hygiène correctes, 58 % à une eau sans risque sanitaire et l'accès aux soins de santé est limité »⁷. Ainsi, en 2018, les données officielles faisaient état de près de 4 000 nouveaux cas de choléra ainsi que de près de 50 décès, les départements de l'Artibonite et du Centre demeurant les départements les plus touchés⁸.

B) LE RÔLE ET LA RESPONSABILITÉ DE L'ONU DANS LE DOSSIER

Depuis le début de l'épidémie, plusieurs études scientifiques, y compris celles réalisées au sein du système onusien⁹, ont confirmé le rôle des Casques bleus népalais de la MINUSTAH dans le déclenchement de l'épidémie de choléra en Haïti. Ces études ont démontré que : le protocole de contrôle de santé appliqué par l'ONU ne prévoyait pas de mesures de

1. *Résolution 1542 [MINUSTAH]*, Doc off CS NU, 4961^e séance, DOC NU S/RES/1542 (2004).

2. Joseph, M. et al. *Petition for Relief* (3 novembre 2011), en ligne : ijdh.org <<http://ijdh.org/wordpress/wp-content/uploads/2011/11/englishpetitionREDACTED.pdf>>, p. 6.

3. Alston, P. *Rapport du Rapporteur spécial sur l'extrême pauvreté et les droits de l'homme*, Doc off AG NU, 71^e session, Doc NU A/71/367 (2016), p. 7.

4. Transnational Development Clinic, *Peacekeeping without Accountability: The United Nations' Responsibility for the Haitian Cholera Epidemic*, 2013, p. 8.

5. MSPP, *Rapport du Réseau National de Surveillance du Choléra* (janvier 2019) en ligne : mspp.gouv.ht <<https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Profil%20statistique%20Cholera%201ere%20SE%202019.pdf>>.

6. D'ailleurs, selon une étude réalisée par Médecins sans frontières, le taux de mortalité pourrait en fait être trois fois plus important que ce qui aurait été rapporté par le MSPP entre octobre 2010 et avril 2011 dans le cadre des statistiques officielles (Nouvelle stratégie, 2016, p. 16).

7. *Rapport du Secrétaire général sur la Mission des Nations Unies pour la stabilisation en Haïti*, Doc off CS NU, 2017, DOC NU S/2017/223, p. 17.

8. MSPP, *supra* note 5, p. 6-7.

9. Alston, P., *supra* note 3, p. 8.

prophylaxie¹⁰ appropriées afin d'éviter une telle épidémie ; les installations sanitaires du camp étaient défectueuses et auraient permis à des eaux infectées par des pathogènes d'origine fécale de contaminer le sol et les cours d'eau avoisinants ; l'équipement visant à assurer la qualité de l'eau était entretenu et entreposé de manière inadéquate ; malgré des tests relevant la présence de pathogènes d'origine fécale, le protocole de traitement des eaux usées au chlore n'a pas été appliqué¹¹. Ainsi, il existe aujourd'hui un consensus scientifique quant au fait que, par négligence, les Casques bleus ont contaminé le fleuve de l'Artibonite avec la bactérie responsable du choléra par l'entremise du déversement de déchets humains, provoquant ainsi une propagation à grande échelle dans tout le pays¹².

Malgré les efforts concertés de divers groupes de la société civile en vue d'obtenir réparation, entre 2010 et 2016, l'ONU a rejeté les demandes d'indemnisation présentées par les victimes devant les mécanismes internes de l'ONU et n'a pas procédé à la mise en place de la commission permanente des réclamations prévue dans l'acte constitutif de la MINUSTAH¹³. Cette attitude a accentué le sentiment d'injustice des victimes et provoqué le mécontentement de la population haïtienne, l'ONU ayant déjà reconnu que « [l]'épidémie de choléra [...] a [eu] des répercussions négatives sur [...] la manière dont la population perçoit la MINUSTAH »¹⁴.

En février 2016, l'Expert indépendant sur la situation des droits de l'Homme en Haïti, Gustavo Gallón, réaffirmait la nécessité de redoubler d'efforts pour éradiquer le choléra en Haïti ainsi que « la pertinence et l'urgence de créer une commission de réparation pour les victimes du choléra », en vue de recenser les dommages, d'indemniser les victimes et d'identifier les responsables, conformément aux exigences du régime universel de droits humains¹⁵.

En août 2016, le Rapporteur spécial sur l'extrême pauvreté et les droits de l'Homme, Philip Alston, publiait un rapport dans lequel il affirmait que le rôle de l'ONU dans le déclenchement de l'épidémie de choléra constituait maintenant un fait scientifiquement prouvé. Selon lui, « [l]a position juridique adoptée jusqu'à présent par l'ONU a consisté à refuser d'admettre la moindre responsabilité [...], à rejeter toutes les demandes d'indemnisation, à refuser de mettre en place une procédure permettant de régler cette matière privée et à soutenir de façon totalement injustifiée que l'immunité de juridiction absolue dont elle bénéficiait serait compromise si une approche différente était adoptée. Cette position est moralement inadmissible, juridiquement indéfendable et politiquement contre-productive »¹⁶. À ce titre, il est primordial que la nouvelle approche de l'ONU « respecte les droits de l'Homme des victimes, préserve l'immunité de l'ONU, confirme l'engagement de celle-ci envers les principes du droit et protège l'intégrité des opérations de maintien de la paix »¹⁷.

10. La prophylaxie se définit comme l'« [e]nsemble des méthodes qui permettent de protéger un individu ou une population contre la diffusion de certains maux épidémiques ». Ces mesures incluent notamment l'immunisation, la lutte contre les vecteurs de transmission, le dépistage ainsi que l'isolement et le traitement des cas contagieux (Universalis, 2019).

11. Voir notamment : Faucher, B. et Piarroux, P. « The Haitian Cholera Epidemic: is Searching for its Origin Only a Matter of Scientific Curiosity? » (2011) 17(4) Clin Micro & Inf 479; Hendriksen, R. S. et al. « Population Genetics of *Vibrio cholerae* from Nepal in 2010: Evidence on the Origin of the Haitian Outbreak » (2011) 2(4) Am Soc Microbio 1; Jenson, D. et al. « Cholera in Haiti and Other Caribbean Regions, 19th Century » (2011) 17 Emerging Inf Dis 2130; Pavoni, R. « Choleric Notes on the Haiti Cholera Case » (2015), 19 Questions Int'l L 19; Piarroux, R. et al. « Understanding the Cholera Epidemic, Haiti » (2011) 17 Emerging Inf Dis 1161.

12. *Ibid.*

13. *Accord entre l'ONU et le gouvernement haïtien concernant le statut de l'opération des Nations Unies en Haïti* (Accord de Siège), 9 juillet 2004, 2271 RTNU 236 [entrée en vigueur : 9 juillet 2004], art. 54-55; O'Brien, P. UN dismissal of IJDH claims (21 février 2013), en ligne : [ijdh.org](http://www.ijdh.org) < <http://www.ijdh.org/wp-content/uploads/2011/11/UN-Dismissal-2013-02-21.pdf> >; O'Brien, P. *UN's response to IJDH challenge* (5 juillet 2013), en ligne : [ijdh.org](http://www.ijdh.org) < <http://www.ijdh.org/wp-content/uploads/2013/07/20130705164515.pdf> >; *Georges v United Nations*, cas 15-455, document 257-1 Dist Ct (2d Cir 2016) en ligne : [ijdh.org](http://www.ijdh.org) < <http://www.ijdh.org/wp-content/uploads/2011/11/2d-Circuit-Decision.pdf> >, p. 4-5.

14. *Rapport du Secrétaire général sur la Mission des Nations Unies pour la stabilisation en Haïti*, supra note 7, p. 12.

15. *Conseil des droits de l'homme, Rapport de l'Expert indépendant sur la situation des droits de l'homme en Haïti*, Doc off AG NU, 31^e sess, DOC NU A/HCR/31/77, p. 19.

16. Alston, P. supra note 3, p. 2.

17. *Ibid.*, p. 4.

C'est dans ce contexte que, le 19 août 2016, l'ONU reconnaissait avoir une « responsabilité morale » à l'égard de l'épidémie¹⁸ et présentait, le 1^{er} décembre suivant, des excuses officielles au peuple haïtien :

« Les Nations Unies regrettent profondément les pertes de vies humaines et les souffrances causées par l'épidémie de choléra. Au nom des Nations Unies, je veux vous le dire très clairement : nous nous excusons auprès du peuple haïtien. Nous n'avons tout simplement pas fait assez concernant l'épidémie de choléra et sa propagation en Haïti. Nous sommes profondément désolés pour notre rôle¹⁹. »

C) LA NOUVELLE STRATÉGIE DE L'ONU SUR LE CHOLÉRA EN HAÏTI ET LA SITUATION ACTUELLE

Dans le cadre de cette prise de parole publique et afin de « répondre à la plupart des préoccupations soulevées dans le rapport [d'Alston] »²⁰, le Secrétaire général (SG) présentait la « Nouvelle stratégie de lutte contre le choléra en Haïti » de l'ONU (ci-après, « Nouvelle stratégie »). Elle vise à « redoubler d'efforts pour éliminer le choléra d'Haïti et à aider et soutenir ceux qui ont été les plus directement touchés »²¹. Parmi les principes directeurs de la *Nouvelle stratégie*, elle prévoit de « placer les victimes au centre de l'action et répondre à leurs besoins et à leurs préoccupations »²². Notons que la mise en œuvre de cette stratégie est estimée à plus de 400 millions de dollars, son financement étant assuré par l'entremise d'un fonds à contribution volontaire mis en place en octobre 2016²³.

La *Nouvelle stratégie* propose un plan d'action en deux volets. Le premier volet intitulé *Élimination du choléra en Haïti* vise à « intensifier les efforts immédiats pour enrayer la transmission du choléra et améliorer l'accès aux soins et aux traitements (volet 1A), ainsi qu'à aborder les problématiques à plus long terme de l'accès à l'eau, à l'assainissement et aux soins de santé (volet 1B) »²⁴. Essentiellement, il s'agit d'un engagement en vue d'« intensifier considérablement les initiatives [nationales et internationales déjà en cours] et à mieux les doter en ressources afin de faire face au choléra en Haïti et en réduire l'incidence »²⁵.

Le deuxième volet nommé *Mise au point d'un dispositif d'aide matérielle et financière* vise à « montrer à la population haïtienne que l'ONU reconnaît les souffrances provoquées par l'épidémie de choléra et qu'elle est déterminée à offrir une aide matérielle et financière à ceux qui sont le plus directement touchés afin de remédier de façon efficace [...] aux conséquences de la maladie pour les personnes atteintes, leurs familles et les communautés »²⁶ et est divisé en deux axes potentiels, l'un communautaire et l'autre individuel.

La démarche axée sur la communauté propose, par le biais de différents projets et initiatives, de renforcer les capacités locales afin de lutter efficacement contre les risques de transmission du choléra. La démarche axée sur les personnes envisage la possibilité de fournir une assistance financière aux familles des personnes décédées du choléra par l'entremise d'un paiement ou virement d'espèces « sous la forme d'un montant forfaitaire par décès, qui serait identique pour chaque foyer, quelle que soit sa taille »²⁷.

18. Jonathan M. Katz, « U.N. Admits Role in Cholera Epidemic in Haiti », *The New York Times* (17 août 2016) en ligne : NYTimes.com < <http://www.nytimes.com> >.

19. Secrétariat général des Nations Unies, *Nouvelle stratégie de lutte contre le choléra en Haïti*, Doc Off AG NU, 71^e sess, Doc NU A/71/620 (2016) [Nouvelle stratégie], p. 23.

20. *Ibid.*

21. Secrétariat général des Nations Unies, *supra* note 19, p. 3.

22. *Ibid.*, p. 9.

23. Centre d'actualités de l'ONU, « L'ONU établit un Fonds multipartenaires pour la réponse au choléra en Haïti » (17 octobre 2016) en ligne : UN.org < <http://www.un.org/french/newscentre/> >.

24. Secrétariat général des Nations Unies, *supra* note 19, p. 4.

25. *Ibid.*

26. *Ibid.*, p. 12.

27. *Ibid.*, p. 14.

En vue de la mise en place du dispositif d'aide matérielle et financière, le SG s'était expressément « engagé à consulter les victimes, leurs familles et les communautés [...] »²⁸, notamment en ce qui a trait à la possibilité d'une approche axée sur les personnes. Selon la *Nouvelle stratégie*, cette possibilité « nécessiterait un examen plus approfondi, notamment dans le cadre de consultations menées sur le terrain avec les victimes et leurs communautés, compte tenu des défis, risques et obstacles majeurs »²⁹ et « [l]es mécanismes par lesquels l'insuffisance des données [pour identifier les victimes] pourrait être comblée demanderaient à être amplement examinés et détaillés »³⁰. Elle propose aussi la présentation de rapports additionnels à l'Assemblée générale, notamment sur les « coûts et les risques liés à l'introduction d'une démarche axée sur les personnes en tant qu'élément du second volet [...] »³¹.

Depuis, de nombreux progrès ont été réalisés en vertu du premier volet de cette *Nouvelle stratégie* et ont contribué à la diminution considérable du nombre de cas et de décès liés au choléra³². Des efforts ont aussi été déployés par l'ONU pour la mise en œuvre du second volet en préconisant une approche essentiellement communautaire. En mai 2017, un rapport mentionnait qu'il n'y avait pas encore eu de consultation entre l'ONU et les victimes, leurs familles et leurs communautés en raison d'un manque de financement³³, et que l'ONU allait commencer à mettre en place « un ou plusieurs projets d'intérêt collectif à Mirebalais » dans le cadre du second volet³⁴.

L'ONU a ainsi mis en œuvre un projet pilote à Mirebalais qui comprend l'appui à cinq initiatives communautaires identifiées dans le cadre d'un processus de consultation de membres de communautés affectées par le choléra³⁵. L'ONU prévoit maintenant étendre cette approche dans 20 communautés considérées comme étant prioritaires dans les départements de l'Artibonite et du Nord. Selon l'Envoyée spéciale du SG pour Haïti, 27 millions de dollars additionnels sont nécessaires pour mettre en œuvre cette approche dans les 134 communautés visées³⁶.

Le second volet de la *Nouvelle stratégie* constitue une entreprise sans précédent pour l'ONU et permet d'apporter une réponse à l'épidémie de choléra en Haïti. À ce jour, l'ONU semble progressivement favoriser une démarche axée sur la communauté en raison de difficultés liées à la faisabilité d'une approche individuelle. En effet, l'ONU soulevait à ce titre qu'elle n'avait pas la « certitude de disposer des ressources suffisantes pour financer les activités de recensement et de vérification et le versement d'un montant donné substantiel par personne décédée des suites du choléra » et que, en outre, « les vues exprimées par les donateurs éventuels et les partenaires d'exécution montrent que cette stratégie a peu de chances d'être financée »³⁷. Malgré les engagements initiaux de l'ONU, il faut souligner que les victimes n'ont jusqu'à présent pas été consultées sur l'opportunité d'inclure une composante individuelle dans le cadre du dispositif d'assistance matérielle et financière, ainsi que sur les meilleures façons de remédier aux souffrances qu'elles ont personnellement subies.

28. *Ibid.*, p. 12.

29. *Ibid.*, p. 17.

30. *Ibid.*, p. 16.

31. *Ibid.*, p. 17.

32. Le taux d'incidence serait passé de 34.45 en 2011 à 0.30 en 2018 selon les données officielles du MSPP (MSPP, 2019, p. 6).

33. Secrétariat général des Nations Unies, *Nouvelle stratégie de lutte contre le choléra en Haïti*, Doc Off AG NU, 71^e sess, Doc NU A/71/895 (2017), p. 11.

34. *Ibid.*

35. *Rapport du Secrétaire général sur la Mission des Nations Unies pour l'appui à la justice en Haïti*, Doc off CS NU, 2018, DOC NU S/2018/1059*, p. 5.

36. Multi-Partner Trust Fund, « Minutes of the 3rd Meeting of the Advisory Committee of the UN Haiti Cholera Response Multi-Partner Trust Fund » (février 2019) en ligne: mptf.undp.org < [mptf.undp.org < mptf.undp.org/document/download/21173](http://mptf.undp.org/document/download/21173) >, p. 5.

37. Secrétariat général des Nations Unies, *supra* note 33, p. 13-14.

D) LA PERTINENCE D'UNE ÉTUDE DE FAISABILITÉ SUR L'APPROCHE INDIVIDUELLE

Des victimes et des membres de la société civile ont exprimé des préoccupations à l'effet que l'approche préconisée par l'ONU semble s'éloigner de plus en plus de son engagement en faveur d'une approche centrée sur la victime³⁸. Afin de permettre au second volet d'atteindre ses objectifs, il faut toutefois tenir compte des défis liés à la mise en œuvre d'une composante individuelle de l'assistance matérielle. Plusieurs difficultés pratiques ont été identifiées par l'ONU, particulièrement quant au financement et à la faisabilité d'une telle approche³⁹.

Dans ce contexte, étudier de manière approfondie la faisabilité de la composante individuelle du dispositif d'aide matérielle permet notamment de garantir que :

1. l'ONU dispose de données fiables permettant de développer une réponse efficace et adaptée pour remédier aux conséquences de l'épidémie ;
2. les États membres et les bailleurs de fonds disposent de toutes les informations nécessaires pour prendre des décisions éclairées, notamment en matière de financement ;
3. les décisions concernant l'élaboration et la mise en œuvre du dispositif d'aide matérielle et financière se basent sur les opinions et priorités exprimées par les victimes ;

À ce titre, l'ONU bénéficie actuellement de « la possibilité de reconstruire la vie de milliers de victimes du choléra grâce à la *Nouvelle stratégie* et de donner l'exemple [...] qui incarnera les principes des droits [humains] et de [la primauté du droit] qu'elle promeut aux autres »⁴⁰. De ce fait, une démarche centrée sur les victimes contribuerait notamment à favoriser la responsabilisation et l'autonomisation des victimes, renforcer la réputation et la crédibilité de l'ONU en Haïti⁴¹ et à l'échelle internationale, et à encourager activement les États membres et les bailleurs de fonds à soutenir financièrement la démarche.

C'est donc précisément dans ce contexte que la présente étude a été réalisée. Elle vise à analyser de façon réaliste et pragmatique la faisabilité d'une approche individuelle en considérant les avantages, les risques et les défis liés à sa mise en œuvre. Au regard des principes directeurs de la *Nouvelle stratégie*, elle fait aussi ressortir les besoins, attentes et priorités des personnes les plus touchées par l'épidémie relativement à la mise en place d'une d'assistance matérielle et financière. De manière complémentaire aux initiatives communautaires en cours, cette analyse présente des propositions concrètes pour mettre en place une démarche axée sur les personnes. Ces propositions visent à contribuer à l'efficacité et l'acceptabilité du dispositif développé par l'ONU pour aider les personnes les plus affectées par l'épidémie.

38. IJDH et al. *Le droit d'accès à des recours efficaces des victimes du choléra en Haïti* (16 juillet 2018), en ligne : [ijdh.org](http://www.ijdh.org) < http://www.ijdh.org/wp-content/uploads/2018/07/Letter-to-UNSG-right-to-a-remedy_final-FR.pdf >.

39. *Ibid.*

40. *Ibid.*

41. Alston, P. *supra* note 3, p. 22.

MÉTHODOLOGIE

Dans le cadre de la présente étude, plusieurs approches ont été combinées afin d'analyser la faisabilité d'une approche axée sur les personnes.

PARTIE 1 : PERSPECTIVES DES VICTIMES QUANT À LEURS BESOINS, ATTENTES ET PRIORITÉS

Avant d'analyser la faisabilité de l'approche individuelle, l'étude examine l'opinion de victimes sur les différentes options initialement envisagées par l'ONU en matière d'assistance matérielle et financière. Pour ce faire, une analyse documentaire préliminaire a été réalisée quant aux enjeux sociaux, politiques et économiques de l'épidémie de choléra en Haïti, et des recherches ont été menées sur le terrain par l'Institut Interuniversitaire de Recherche et de Développement (INURED)⁴². Ces recherches comprenaient des entretiens individuels auprès de personnes clés, notamment des leaders communautaires, ainsi que des groupes de discussion comptant entre 6 et 10 participant.es chacun. Pour participer à l'étude, les participant.es devaient soit 1) avoir connu au moins un décès lié au choléra dans leur famille; 2) être eux-mêmes survivant.es du choléra ou faire partie d'un ménage dont au moins un membre avait eu le choléra. L'INURED a donc mené 22 entretiens individuels en créole et 15 groupes de discussion auprès de 97 participant.es dans les régions de Port-au-Prince, Saint-Marc, Mirebalais, Chambellan, Anse d'Hainault et La Chapelle entre juillet et octobre 2017 (voir [Annexe 1 : Matrice de l'étude sur le point de vue des victimes](#)). Sur la base d'un guide préétabli, ces entretiens et groupes de discussion se sont déroulés dans des sites neutres et propices à de telles activités où les participant.es pouvaient parler librement. Afin d'assurer une uniformité méthodologique, l'objectif global de l'étude a systématiquement été décrit de la même manière⁴³. Les participant.es ont par ailleurs été informé.es que leur participation ne présentait aucun avantage immédiat et ont signé un formulaire de consentement relatif à leur participation⁴⁴.

Cette portion de l'étude a par ailleurs ultérieurement été complétée par quatre « récits de vie » réalisés auprès de victimes du choléra par une sociologue haïtienne afin de mieux comprendre et illustrer le vécu des personnes affectées par la maladie, y compris la stigmatisation y étant associée, ainsi que leur trajectoire sociale, institutionnelle et non institutionnelle⁴⁵.

42. Composé d'un groupe diversifié de chercheur.es universitaires et appliqués en sciences sociales, de décideur.es politiques ainsi que de dirigeant.es communautaires de tous les segments de la société haïtienne, l'INURED est un institut de recherche visant la démocratisation de l'accès au savoir scientifique. Créé en mai 2007, l'Institut fonde son action sur des principes d'indépendance, d'interdisciplinarité, d'application, de transnationalité, de collaboration et de transparence. Il vise ainsi à contribuer au développement de la recherche scientifique et de la formation scientifique de haut niveau en Haïti dans le but d'améliorer les conditions éducatives, socio-économiques et politiques du peuple haïtien.

43. Il a été présenté comme suit : « L'objectif du projet est de réaliser une étude de faisabilité détaillée qui analysera les avantages, les risques et la faisabilité de différentes options pour la fourniture d'une assistance matérielle aux victimes de choléra haïtien ainsi que des méthodes d'administration, de mise en œuvre et de suivi ». Les chercheurs ont par ailleurs clairement expliqué que l'étude fournirait les informations pratiques nécessaires aux parties prenantes pour qu'elles « déterminent les avantages, les risques et la faisabilité de différentes options pour fournir une assistance matérielle ».

44. Le formulaire a été approuvé par le Comité de révision institutionnelle de l'INURED et énonçait clairement les objectifs de l'étude, le droit des participant.es de se retirer à tout moment des groupes de discussion ou d'interrompre le processus d'entretien, ainsi que la garantie de la confidentialité et de la protection des sujets humains. Il a été lu aux participant.es et discuté avec eux en créole.

45. Trois femmes et un homme ont participé à ce processus. Deux des participant.es étaient des victimes directes du choléra ayant survécu à la maladie et trois d'entre eux et elles étaient des victimes indirectes s'étant directement occupées d'au moins deux victimes directes de la maladie (l'un des participant.es étant à la fois un survivant de la maladie et s'étant occupé de plusieurs membres de sa famille ayant contracté la maladie).

Bien que l'étude visait principalement à évaluer la faisabilité d'une approche individuelle, il est à noter que toutes les opinions des participant.es relatives aux différentes approches (individuelle, collective et mixte) ont été recensées et analysées avec la même rigueur, y compris lorsque l'une de ces approches était introduite à titre comparatif par un.e participant.e afin de nuancer ou de rejeter l'autre. De plus, en vue de limiter les biais méthodologiques et d'éviter d'influencer les participant.es dans leurs réponses, les mêmes questions⁴⁶ ont été posées de la même manière deux fois, l'une en utilisant le terme « individu » et l'autre en utilisant le terme « communauté » (voir [Annexe 2: Liste des questions des entretiens sur le point de vue des victimes](#)).

PARTIE 2 : ANALYSE DE LA FAISABILITÉ D'UNE APPROCHE INDIVIDUELLE

L'analyse de la faisabilité d'une approche individuelle a été réalisée par une équipe d'ASFC avec l'appui de la sociologue haïtienne. Elle se fonde à la fois sur une revue documentaire ainsi que sur diverses entrevues réalisées.

La revue documentaire

Les recherches effectuées s'intéressaient notamment aux documents existants quant à des initiatives d'indemnisation à grande échelle mises en œuvre dans d'autres contextes similaires, particulièrement en ce qui a trait aux fondements, aux moyens et standards de preuves ainsi qu'aux modes de distribution utilisés.

Les entrevues sur le terrain

De plus, plus de 30 entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de divers acteurs étant intervenus à différents niveaux de la prise en charge formelle et informelle du choléra (notamment le suivi épidémiologique, la prévention ou le traitement de la maladie). À ce titre, outre les entretiens menés à Port-au-Prince et dans le département de l'Ouest, trois missions sur le terrain d'une durée de 3 à 5 jours chacune ont été réalisées: à Quartier-Morin et ses environs (Nord) entre les 2 et 5 mai 2018, à Saint-Michel-de-l'Attalaye et ses environs (Artibonite) entre les 8 et 11 mai 2018, ainsi qu'à Dame-Marie et ses environs (Grande-Anse) entre les 20 et 25 mai 2018⁴⁷. À nouveau, ces entretiens ont été réalisés en créole dans des environnements adaptés à ce type d'activités et tous les participant.es ont consenti à participer après avoir été informé.es de l'objectif global de l'étude tel qu'il a été défini plus haut et en sachant qu'ils ne bénéficieraient d'aucun avantage. Des entrevues ont également été réalisées par téléphone auprès de cinq expert.es internationaux sur les questions spécifiques du choléra en Haïti ainsi que des défis et leçons apprises liés à la mise en œuvre de programmes d'indemnisation à grande échelle ainsi que des opérations de transferts d'argent.

Tous ces entretiens ont été réalisés sur la base de grilles d'entretien spécifiques (voir [Annexe 3: Grilles d'entretien sur la faisabilité d'une approche individuelle](#)) et visaient principalement les catégories de personnes suivantes :

46. Les questions posées portaient principalement sur les sujets suivants : le contexte entourant le choléra et son impact sur leurs familles ; l'identification des plus grandes victimes et l'impact du choléra sur la vie des victimes ; l'assistance directe des Nations Unies aux victimes du choléra et ses avantages potentiels ; la faisabilité d'une approche d'assistance directe ; les risques associés à l'approche d'assistance directe ; les stratégies d'atténuation des risques pour l'approche d'assistance directe.

47. Ces communes ont été choisies sur la base des données épidémiologiques officielles du MSPP afin de rendre compte des différentes dimensions du choléra, notamment en ce qui a trait à des spécificités propres à certaines régions (milieu urbain ou rural, situation démographique, accessibilité à l'eau potable, accessibilité aux soins de santé, etc.). À ce titre, ces zones ont notamment été choisies pour refléter la réalité de : la capitale et ses environs (Port-au-Prince) ; une zone modérément proche d'un centre urbain dont le haut taux d'incidence a été relevé à plusieurs moments depuis le début de l'épidémie (Quartier-Morin) ; une zone rurale difficilement accessible dont le taux d'incidence relevé est l'un des plus élevés à l'échelle nationale (Saint-Michel-de-l'Attalaye) ; une zone ayant été affectée par l'ouragan Matthew dont le haut taux d'incidence a été relevé à plusieurs moments depuis le début de l'épidémie (Dame-Marie).

1. Des responsables d'institutions étatiques⁴⁸ et non étatiques (telles que des organisations internationales et non gouvernementales) dont la tâche était de traiter les patients atteints du choléra ou encore de collecter des informations sur les victimes. Ces entretiens visaient à :
 - a. mieux comprendre de quelle manière le système de santé formel était construit ;
 - b. déterminer dans quelle mesure il avait enregistré et sauvegardé les informations sur les malades et les décès du choléra afin de dresser un portrait général de l'état, la nature et l'étendue de la documentation existante au sein du système formel ;
 - c. identifier les forces du système formel afin de réfléchir aux façons dont il pourrait être mobilisé pour retracer et identifier les victimes du choléra, mais également les lacunes qui doivent être comblées par des mécanismes complémentaires.

2. Des autorités locales⁵⁰ ainsi que divers leaders communautaires, notamment : des élus locaux ; des notables et autres autorités locales informelles ; des représentants d'associations⁵¹ de victimes, de femmes et de paysans ; des pasteurs et prêtres ; des hougans et mambos⁵² ; des sages-femmes, etc. Ces entretiens ont notamment contribué à :
 - a. mieux cerner le fonctionnement du système informel et communautaire, dont le rôle joué par différents acteurs relativement à la prise en charge de la maladie ;
 - b. déterminer la nature, l'étendue et la forme des informations disponibles au sein de ce système afin d'être en mesure de dresser un portrait général de l'état actuel de la documentation existante ;
 - c. réfléchir aux façons dont il pourrait être mobilisé afin d'identifier les victimes et de vérifier formellement leurs informations, particulièrement les victimes qui ont été infectées ou sont décédées sans avoir reçu de soins en milieu hospitalier ;
 - d. proposer des mécanismes d'atténuation des risques de conflits au sein des familles ou des communautés par le biais du système informel.

3. Des spécialistes sur des sujets tels que : la question spécifique du choléra en Haïti (médecins et chercheurs locaux et internationaux)⁵³ ; la conception, l'élaboration et la mise en œuvre de programmes d'indemnisation à grande échelle dans des contextes similaires (expert.es internationaux en réparation)⁵⁴ ; la conception et la réalisation d'opérations de transferts d'argent dans le cadre de programmes d'appui aux populations (institutions locales)⁵⁵. Ces entretiens ont notamment permis :
 - a. d'obtenir des informations sur la manière dont de telles initiatives ont été élaborées et mises en œuvre sur les plans technique, administratif et logistique dans des contextes similaires ;
 - b. de comparer diverses expériences pertinentes afin de faire ressortir les principaux points forts et faibles de ces processus et ainsi en tirer les leçons pertinentes ;

48. Notamment de la DELR, des directions sanitaires départementales (Direction Sanitaire de la Grande-Anse, Direction Sanitaire du Nord) ainsi que du personnel soignant local (médecins, infirmières).

49. Notamment Zanmi Lasante, GHESKIO, Real Hope Haiti, MSF Hollande et MDM France

50. Notamment des membres des ASEC et CASEC ainsi que des maires.

51. Tel que le BAI, BODDH, ASOVIK, OVICH, MOMVIK, SOFA, AFSDMM, MOFAPEKA, GFP, KAPEGA, APECOQ, OTG, KOFIP, ZANTRAY, DAWO-Lakou, Lakou Giyode ainsi que des notaires et avocats locaux (dont Marie Alice Bélaisaire Coradin, Jaceus Joseph, Mario Joseph).

52. Prêtre et prêtresse vaudou.

53. Notamment Renaud Piarroux, Thierry François, Karine Sévère, Ralph Ternier, Patrick Dely, Jonathan Lawson et Frédéric Gérald Chery.

54. Notamment Carla Ferstman, Cristián Correa, Julie Guillerot, Eduardo Gonzalez.

55. Notamment des représentants de Fonkoze, Digicel, KOTELAM et SOGEBANK.

- c.** d'obtenir des avis et recommandations d'expert.es quant aux formes que pourrait prendre un mécanisme d'identification des victimes et à la mise en œuvre d'un dispositif d'assistance matérielle individualisé dans un contexte d'information et de moyens financiers limités ;
- d.** de veiller à ce que le système proposé soit adapté à la vision des victimes ainsi qu'à la réalité du choléra en Haïti.

PARTIE 1

STANDARDS INTERNATIONAUX RELATIFS AUX DROITS HUMAINS

La *Nouvelle stratégie* présentée par l'ONU ne s'inscrit pas dans le cadre d'un programme de réparation à proprement parler et, à ce titre, la transposition directe de normes spécifiques en matière de droit à la réparation des victimes constituerait un exercice complexe. Néanmoins, les principes déjà développés par l'ONU ainsi que les expériences comparatives en la matière prévoient des modalités, procédures et méthodes pertinentes à la conception et la mise en œuvre adaptée de cette *Nouvelle stratégie*. En ce sens, si l'objectif de la présente étude se concentre principalement sur la question plus précise des avantages, des risques et de la faisabilité d'une approche individuelle d'assistance matérielle, ces principes devraient à tout le moins guider l'ONU en vue de développer une réponse juste et efficace pour les victimes du choléra en Haïti⁵⁶.

Ces principes sont généralement associés à « l'obligation de respecter, de faire respecter et d'appliquer le droit international des droits de l'Homme et le droit international humanitaire »⁵⁷, d'offrir un recours utile et d'assurer aux victimes une réparation pleine et effective⁵⁸. Néanmoins, au-delà de leur application strictement juridique et des mécanismes judiciaires qui en découlent, les réparations et les principes qui les régissent ont également des aspirations plus profondes. En effet, le régime universel des droits humains reconnaît explicitement que, « en honorant le droit des victimes à [...] la réparation, la communauté internationale tient ses engagements en ce qui concerne la détresse des victimes, des survivants et des générations futures » et répond à « la nécessité de traiter les victimes avec compassion et dans le respect de leur dignité »⁵⁹.

En ce sens, les normes internationales relatives au droit à la réparation prévoient des standards de base en matière de prise en charge adéquate des victimes et de leurs souffrances dans des contextes similaires, ayant notamment fait ses preuves dans le cadre de processus de justice transitionnelle⁶⁰ et réparatrice. Ainsi, généralement « proportionnée et en lien avec la violation des droits humains et le préjudice subi », une réparation adéquate, « promeut la justice en remédiant aux violations subies dans une perspective de réconciliation »⁶¹. Dans ce contexte, la réparation des victimes vise également la transformation des dynamiques ou causes sociales ayant mené à ces souffrances, reconnaissant en ce sens « le besoin de

56. *Ibid.*, pcpe. 2(3).

57. *Ibid.*, pcpe. 9(18).

58. *Principes fondamentaux et directives sur le droit de recours et à la réparation*, supra note 56, préambule.

59. La justice transitionnelle poursuit généralement : « la reconnaissance des violations des droits des victimes ; la recherche de la justice, qu'elle soit pénale, réparatrice ou symbolique ; la prévention de nouveaux crimes ; la réconciliation, le rétablissement, le maintien ou le renforcement de la paix, de l'état de droit et de la démocratie par l'introduction de réformes institutionnelles et politiques » (ASFC, 2013, p. 19).

60. ASFC, *État des lieux sur la justice transitionnelle au Mali*. Québec, janvier 2016, p. 40.

61. ASFC, *Pour une justice transitionnelle efficace et inclusive : Rapport de consultation sur les perceptions, attentes et besoins exprimés par les victimes du conflit armé au Mali*. Québec, 2018, p. 19.

rétablir la relation entre les victimes et leur communauté ou [les responsables] qui a été rompue par les [fautes] [...] perpétrées »⁶². Elle met l'accent sur la responsabilisation des personnes ayant causé le tort et sur la redevabilité des communautés envers les victimes et les responsables⁶³. Ce faisant, elle favorise la mise au point de solutions « qui non seulement sont acceptables pour toutes les parties, mais favorisent le développement et le renforcement des relations entre tous les intéressés »⁶⁴.

Dans ce contexte, les principes généraux du droit à la réparation reconnaissent que, indépendamment du contexte, il est primordial que les réparations adoptées (« matérielles ou symboliques, individuelles ou collectives »⁶⁵) ne constituent pas des mesures isolées et s'inscrivent dans le cadre d'une prise en charge holistique et pluridimensionnelle des victimes et de leurs souffrances. En effet, la pertinence d'une approche pluridimensionnelle réside dans la complémentarité des différentes mesures, en plus de favoriser le sentiment de satisfaction des victimes à l'égard du mécanisme⁶⁶. En ce sens, les principes généraux et la pratique reconnaissent que, dans le cadre de ces programmes, les mesures de réparation doivent être accompagnées « d'une reconnaissance de la responsabilité des auteurs des violations » (par exemple par l'entremise d'excuses publiques⁶⁷) et être liées « aux démarches fondées sur la recherche de la vérité, le rétablissement de la justice et l'adoption de mesures de non-répétition »⁶⁸. Pouvant même être perçus comme constituant une tentative d'acheter l'assentiment des victimes, les programmes de réparation à titre de mesure isolée et sans reconnaissance expresse de la responsabilité des auteurs dans le tort causé aux victimes ne seront pas perçus comme réparateurs⁶⁹.

Dans le cadre de ce type de programmes, il est reconnu que « [l]es politiques de reconstruction et de développement visant à garantir les droits sociaux, économiques et culturels seraient partielles si les conditions et les droits [et besoins spécifiques] des victimes [...] ne sont pas pris en compte. [...] [Elles] ne seraient pas efficaces si elles n'adoptaient pas une approche permettant de réagir aux conséquences socio-économiques et psychosociales [...] des [préjudices] »⁷⁰. Un tel mécanisme est susceptible de causer des tensions et de la méfiance au sein des communautés, des familles, et des acteurs responsables de sa mise en œuvre, de par son manque de transparence sur les critères de sélection⁷¹.

Ainsi, il est également essentiel que ces mesures « soient l'aboutissement d'un processus de consultation populaire »⁷² et qu'elles soient adaptées aux besoins de la société civile⁷³. Le régime universel des droits humains reconnaît que, « en adoptant une approche axée sur la victime, la communauté internationale affirme sa solidarité humaine à l'égard des victimes de violations [...] ainsi qu'à l'égard de l'humanité tout entière »⁷⁴. En effet, « dans la mesure où l'exercice vise à répondre aux attentes des victimes [...], sa réussite repose avant tout

62. Ingenito, L. et Pagé, G. « Entre justice pour les victimes et transformation des communautés : des alternatives à la police qui épuisent les féministes » (2017) 92 *Mouvements*, p. 63.

63. Ministère de la Justice. « Remettre en question le courant dominant : approches pour améliorer l'accès à la justice pénale » dans *Repenser l'accès à la justice pénale au Canada : un examen critique des besoins, des réponses et des initiatives de justice réparatrice* (18 janvier 2018) en ligne : justice.gc.ca < https://www.justice.gc.ca/fra/pr-pr/sjc-csj/sjp-jsp/rr03_2/p3a.html >.

64. ASFC, *Le combat des Maliens et des Maliennes pour la paix et contre l'impunité : des recommandations en vue de la mise en place d'une justice transitionnelle adaptée aux besoins du Mali*. Québec, 2018, p. 63.

65. ASFC, *De la crise à une paix durable : La justice et les droits humains dans un contexte de transition au Mali*, Québec, 2013, p. 21.

66. Il est à noter que, pour être valable et en vue de tenir compte adéquatement des souffrances des victimes (et ainsi aspirer à avoir un certain impact social, psychologique et/ou juridique réel) une telle reconnaissance doit répondre à certaines exigences. En premier lieu, le préjudice doit être reconnu et clairement identifié. Les responsables doivent également reconnaître pleinement leur responsabilité et éviter les attitudes défensives et les justifications, en ce que celles-ci annuleraient la validité de la reconnaissance en plus d'exacerber les douleurs ressenties par les victimes. En outre, cette reconnaissance doit témoigner l'expression de regrets sincères ou de remords profonds. Cela permet notamment aux victimes de s'assurer que les responsables comprennent réellement le préjudice causé ainsi que les conséquences qui en découlent, mais également d'ouvrir la voie à un éventuel pardon en plus de contribuer à rétablir la relation saine entre les victimes et les auteurs (voir notamment : Alter, S. « La présentation d'excuses relatives à une faute grave : considérations sociales, psychologiques et juridiques », Rapport final pour la Commission du droit du Canada (mai 1999), p. 18 à 23)

67. ASFC, *supra* note 66, p. 9.

68. *Ibid.*, p. 44.

69. Correa, C. « Integrating Development and Reparations for Victims of Massive Crimes », *The Center for Civil & Human Rights of University of Notre Dame* (juillet 2014), p. 25.

71. ASFC, *supra* note 65, p. 63.

72. ASFC, *supra* note 61, p. 42.

73. L'ensemble de la société civile, et notamment les victimes directes [...], doit avoir son mot à dire dans le cadre d'un tel processus, portant par ailleurs une attention particulière à la voix des femmes et des mineurs en tant que PSV. (ASFC, *supra* note 61, p. 21.)

74. *Principes fondamentaux et directives sur le droit de recours et à la réparation*, *supra* note 56, préambule.

sur la consultation et la participation réelles de ces dernières. Leurs opinions et aspirations [...] devraient être au cœur de toute politique »⁷⁵. La tenue de consultations inclusives est également essentielle en amont « lors de la conception des programmes de réparation, pour que les mesures adoptées correspondent aux préjudices que l'on entend réparer »⁷⁶.

75. ASFC, *supra* note 66, p. 21.

76. *Ibid.*

PARTIE 2

PERSPECTIVES DES VICTIMES, AVANTAGES ET RISQUES DES APPROCHES INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE

1. LE VÉCU DES VICTIMES DU CHOLÉRA ET LEURS SOUFFRANCES

Il est primordial de comprendre l'impact de la maladie sur les victimes pour bien évaluer les avantages et les risques des deux approches. Les données recueillies sur le terrain par l'INURED révèlent que les principaux impacts sur les victimes étaient de nature physique, psychologique, sociale et économique, en plus d'avoir contribué au renforcement de la marginalisation des personnes en situation de vulnérabilité (PSV), notamment les enfants, les personnes les plus démunies et les femmes.

1.1. Impacts physiques et psychologiques

Le choléra est une infection intestinale sévère provoquée par la bactérie *Vibrio cholerae* qui, en l'absence d'une prise en charge appropriée, peut engendrer la mort des personnes infectées en quelques heures⁷⁷. Dans sa phase aiguë, la maladie se caractérise par des diarrhées et vomissements importants entraînant une déshydratation sévère⁷⁸. Les malades la décrivent comme la sensation atroce que les entrailles se font « dévorer de l'intérieur »⁷⁹. S'il n'existe pas d'études scientifiques attestant des effets résiduels à long terme du choléra sur l'organisme⁸⁰, une quantité importante des personnes consultées affirme que le choléra a compromis de manière importante la santé générale des personnes infectées et a subséquentement entraîné plusieurs autres maladies⁸¹, la plupart des survivant.es ne retrouvant jamais leur état de santé préalable⁸².

Sur le plan psychologique, durant la phase aiguë de la maladie, les personnes atteintes font état d'un sentiment de panique intense lié aux douleurs physiques et à la dégradation soudaine et rapide de leur état de santé, voire même au sentiment d'agonie dans les cas

77. Organisation mondiale de la Santé. « Évaluation des risques pour la santé publique et interventions : séisme Haïti » (décembre 2010) en ligne : who.int < https://www.who.int/diseasecontrol_emergencies/publications/haiti_earthquake_20100118_fr.pdf > [Rapport sur les risques pour la santé publique post-séisme], p. 5.

78. Alors que la plupart des personnes infectées ne manifestent aucun symptôme, la bactérie demeure présente pendant 1 à 10 jours dans les selles ou dans les vomissements, lesquels présentent alors des risques de contamination de l'environnement (notamment par voie hydrique) ainsi que de transmission accrue pour la population (OMS, 2010).

79. Entrevues des victimes du choléra par l'INURED (juillet à octobre 2017), Port-au-Prince, Saint-Marc, Mirebalais, La Chapelle, Chambellan et Anse d'Hainault.

80. Entrevue de Renaud Piarroux par ASFC (3 avril 2018), Port-au-Prince.

81. Les participant.es ont notamment fait état de maux d'estomac et de problèmes digestifs persistants ainsi que d'autres maladies émergentes telles que : troubles de la vision, anémie et incapacité à se concentrer (INURED, 2017).

82. INURED, *supra* note 79.

plus sévères⁸³. À plus long terme, les personnes consultées affirment que les survivant.es ainsi que les proches des victimes décédées ont souvent été traumatisés et continuent d'en subir les séquelles psychologiques, certaines s'apparentant à des troubles de stress post-traumatique. Dans certains cas, notamment en zone urbaine, la détresse psychologique est telle qu'elle s'accompagne parfois de la consommation d'alcool ou de drogue, particulièrement chez les enfants et les jeunes adultes⁸⁴.

Ainsi, les personnes consultées par l'INURED ont souligné à plusieurs reprises que les survivant.es souffrant toujours de graves effets physiques ou psychologiques reliés au choléra constituent des victimes ayant vécu des souffrances particulièrement importantes qui méritent d'être soulignées. Pour eux, il est primordial que le programme d'assistance mis en place tienne compte de l'aspect fondamentalement personnel et individuel de ce type de souffrances.

1.2. Impacts sociaux

Les victimes soulignent également les impacts sociaux associés à la maladie. Elle est une forme d'humiliation et une atteinte à leur dignité humaine. Les personnes atteintes sont souvent rejetées par leurs proches et isolées de leur communauté :

« Il y a encore des familles qui donnent des plats et des cuillères différentes aux personnes [de leur foyer] qui ont été malades. Il y a des enfants qui ont eu le choléra, lorsqu'ils s'assoient près de leurs camarades de classe, ils les humilient. Ils se déplacent. Ils les appellent même « Choléra ». Ça devient une insulte pour eux⁸⁵. »

Alors que certaines victimes, accablées par la honte, ont choisi de ne pas se faire traiter et de rester cachées chez elles, d'autres ont été abandonnées par leur famille dans les centres de santé⁸⁶. Certaines personnes font face à des répercussions sociales importantes du seul fait de leur condition :

« Le choléra est une maladie très stigmatisante et humiliante. Il est considéré comme la maladie des gens malpropres. Mon fils, ma femme et moi avons eu le choléra. Après notre exéat du CTC, les voisins avec qui nous avons entretenu des rapports cordiaux ont refusé de nous saluer et de nous serrer la main. Ils ont demandé à notre logeur de nous expulser de la cour où nous habitons⁸⁷. »

1.3. Perspectives des victimes sur les « plus grandes victimes »

Si les conséquences physiques, psychologiques et sociales mises de l'avant par les personnes consultées étaient relativement similaires, celles-ci ont cependant souligné que l'impact du choléra pouvait varier en fonction des familles ou des communautés. Les personnes infectées ou décédées n'ayant pas toutes été affectées de la même manière, les participant.es ont identifié deux catégories de victimes ayant le plus souffert de la maladie. D'abord, ils ont quasi unanimement désigné l'entourage des personnes décédées du choléra comme les plus grandes victimes. Ensuite, ils ont identifié les personnes ayant survécu au choléra comme les deuxièmes plus grandes victimes⁸⁸.

83. *Ibid.*

84. *Ibid.*

85. *Ibid.*

86. Partners in Health. « Mourning cholera victims » (2011) en ligne : pih.org < <https://www.pih.org/article/mourning-cholera-victims> >.

87. INURED, *supra* note 79.

88. *Ibid.*

Les participant.es croient que les proches des défunt.es sont les premières victimes en raison des répercussions économiques importantes provoquées par le décès des malades, particulièrement dans les milieux précaires. Les familles des personnes décédées se retrouvent bien souvent dans l'incapacité de se rétablir financièrement⁸⁹. À ce titre, il importe de souligner que, au sein même de cette catégorie de victimes, les participant.es reconnaissent que les familles des défunt.es ont été touchées de différentes manières: certaines familles ont perdu leur pourvoyeur principal ou encore un autre membre qui contribuait significativement à la subsistance du foyer – entraînant ainsi une augmentation substantielle des obligations économiques d'un autre membre de la famille –, alors que d'autres ont contracté des dettes importantes en vue d'obtenir des soins privés ou de l'inhumation du défunt.e⁹⁰. Une étude préliminaire à cet effet réalisée entre août 2011 et mai 2013 précisait que 100% des familles sondées ayant déboursé pour les obsèques d'un proche décédé du choléra ont dû obtenir un prêt⁹¹. Dans un contexte d'absence totale d'assistance financière de la part de l'État, ces dettes s'accumulent et deviennent difficiles à rembourser pour les familles⁹².

Ce constat s'appliquerait également aux survivant.es, dans la mesure où des souffrances persistantes ont parfois été rapportées comme étant suffisamment incapacitantes pour empêcher les victimes de travailler ou les rendre invalides, entraînant ainsi une perte de moyens de subsistance et d'opportunités économiques⁹³.

Les participant.es considèrent cependant que le niveau de souffrance associé au décès d'un proche est plus élevé que celui associé aux séquelles subies par les survivant.es de la maladie.

Les participant.es affirmaient également que certaines catégories de personnes vulnérables semblaient avoir été particulièrement touchées par ces répercussions économiques liées au décès. La très grande majorité d'entre eux établissent une hiérarchie spécifique au sein même de la catégorie des « plus grandes victimes », soit: 1) les enfants mineurs et jeunes adultes ayant perdu un parent ou un pourvoyeur ainsi que 2) les adultes (particulièrement les conjoint.es des défunt.es) ayant perdu un ou des pourvoyeurs de la famille⁹⁴. Ils affirment que tout programme mis en place devrait tenir compte de ces différences quant aux niveaux de préjudices⁹⁵.

« Si mon père était toujours en vie, il y a des circonstances que nous n'aurions pas eu à vivre... Mon père est mort et a laissé derrière lui ma mère et 8 enfants⁹⁶. »

1.4. Le renforcement de la marginalisation des populations en situation de vulnérabilité

Si les personnes consultées ont cru bon d'établir une hiérarchie entre les différents types de victimes – soulignant spécifiquement la souffrance marquée des familles en situation précaire ainsi que des enfants –, c'est notamment en raison de la manière dont le choléra a contribué au renforcement de la marginalisation des populations en situation de vulnérabilité (PSV).

89. *Ibid.*

90. *Ibid.*

91. REDRESS, *Responding to the Introduction of Cholera to Haiti: Policy Options* (juin 2016) en ligne: redress.org < <https://redress.org/wp-content/uploads/2017/12/Responding-to-the-Introduction-of-Cholera-to-Haiti.pdf> >, p. 13.

92. INURED, supra note 79.

93. *Ibid.*

94. *Ibid.*

95. *Ibid.*

96. *Ibid.*

Selon les données officielles, ces PSV semblent en effet avoir été infectées de manière disproportionnée par rapport au reste de la population. Il est documenté que l'expansion des maladies infectieuses suit habituellement les structures inégalitaires d'une société donnée⁹⁷. Cette situation s'expliquerait notamment par une exposition accrue des PSV à divers risques, notamment ceux relatifs aux facteurs de transmission, et par des difficultés exacerbées à prévenir et amortir les impacts de la maladie⁹⁸. C'est particulièrement le cas des familles en situation précaire et des enfants, comme l'ont souligné les participant.es, mais également des femmes et des filles.

a) Les familles en situation précaire

Les données officielles du MSPP font ressortir un lien de corrélation important entre l'incidence du choléra et la situation financière précaire des victimes, leur lieu de résidence, ainsi que le manque d'accès à certains services et ressources, notamment l'eau potable, un système sanitaire adéquat, des services de santé de proximité, l'information⁹⁹. En outre, selon l'OMS, « [l]e choléra est étroitement associé à la pauvreté, un mauvais assainissement et l'absence d'eau potable saine »¹⁰⁰. D'ailleurs, dans son rapport, Philip Alston mentionnait déjà que, face au choléra en Haïti, « [l]es pauvres sont les plus sévèrement touchés, n'ayant pas les moyens de faire face aux conséquences de la maladie ni de prendre les précautions nécessaires pour réduire les risques d'infection »¹⁰¹.

b) Les enfants

En ce qui a trait aux enfants, sur le plan médical, ils présenteraient une sensibilité accrue à la maladie en raison de leurs caractéristiques physiologiques, le traitement de la maladie étant également plus difficile à administrer chez eux et les complications, plus fréquentes¹⁰².

Les personnes consultées par INURED ont identifié les enfants ayant perdu un proche comme étant victimes d'une souffrance particulière, car ils font face à des obstacles additionnels sur les plans financiers et d'accès au logement. Ils font aussi l'objet de pertes d'opportunités à long terme; plusieurs doivent abandonner leur scolarité pour aider leur famille ou survivre par eux-mêmes. Dans un contexte de précarité financière importante, cette situation semble avoir contribué au phénomène de l'itinérance juvénile; les jeunes de la rue survivent en offrant des services¹⁰³, par exemple, de nettoyage de voitures, en échange de sommes dérisoires¹⁰⁴. Ce constat a d'ailleurs été relevé comme étant d'autant plus important dans le cas des nombreux enfants devenus orphelins, ou encore de ceux qui ont été abandonnés dans les CTC par leurs parents¹⁰⁵.

Les impacts de la maladie et du décès d'un proche sur leur santé mentale auraient par ailleurs été particulièrement marqués. Les participant.es consulté.es par INURED affirmaient à ce titre que ces enfants, alors abandonnés à leur sort, « n'ont personne pour les nourrir et les éduquer », notamment dans les cas où ils n'avaient pas d'autres membres de la famille disposés à les prendre en charge ou à les aider, encourageant ainsi la délinquance juvénile¹⁰⁶.

97. Voir notamment: Paul, Farmer. *Pathologies of power. Health Human Rights and the New War on the Poor*. Berkeley: Los Angeles-London: University of California Press, 2003.

98. Eboko, F. et al. « Inégalités et santé: des disparités récurrentes à un projet global? » (2002) Face à face, en ligne: [journals.openedition.org <https://journals.openedition.org/faceface/487>](https://journals.openedition.org/faceface/487).

99. Voir notamment: Ministère de la Santé Publique et de la Population, « Plan d'élimination du choléra en Haïti » (novembre 2012) en ligne: [mspp.gouv.ht <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Plan_elimination_du_cholera_2012_2022.pdf>](https://mspp.gouv.ht).

100. OMS, « Le choléra: Normes de surveillance des maladies évitables par la vaccination » (septembre 2018), en ligne: [who.int <https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/WHO_SurveillanceVaccinePreventable_02_Cholera_French_R1.pdf>](https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/WHO_SurveillanceVaccinePreventable_02_Cholera_French_R1.pdf), p. 3.

101. Alston, P. *supra* note 3, p. 5.

102. Médecins sans frontières. « Haïti: Les enfants sont plus vulnérables face au choléra » (2011) en ligne: [MSF.fr <https://www.msf.fr/actualites/haiti-les-enfants-sont-plus-vulnerables-face-au-cholera>](https://www.msf.fr/actualites/haiti-les-enfants-sont-plus-vulnerables-face-au-cholera).

103. Cette crainte a été soulevée à plusieurs occasions lors des entrevues réalisées par l'INURED. On peut également supposer que les situations associées à l'itinérance juvénile ont probablement été similaires à celles des « cas d'enfants séparés de leurs parents, d'enfants orphelins ou abandonnés » à la suite du séisme, encourageant notamment le trafic d'enfants, l'exploitation sexuelle et exacerbant le phénomène des enfants en situation de domesticité (rèstavèk) (Voir notamment: IBCR, 2016, p. 3).

104. INURED, *supra* note 79.

105. MSF, *supra* note 102.

106. *Ibid.*

c) Les femmes et les filles

Bien que les données du MSPP ne sont pas sexospécifiques, il est probable que plus de femmes que d'hommes aient contracté la maladie, particulièrement au début de l'épidémie, en considérant la division basée sur le genre des rôles en milieu domestique et professionnel. Ainsi, les femmes auraient été surexposées au choléra en raison de leurs tâches spécifiques au sein des structures familiales et communautaires ainsi que de leur place prépondérante à titre d'intervenantes de première ligne¹⁰⁷.

De manière générale, la division des tâches au sein du foyer fait en sorte que ce sont généralement les femmes qui sont responsables de s'occuper de leurs proches malades. Ce sont elles qui prodiguent généralement les soins, augmentant ainsi les risques d'être infectées. Selon plusieurs survivant.es consulté.es par INURED, les femmes qui les avaient aidé.es avaient elles-mêmes contracté la maladie par la suite¹⁰⁸. En outre, en Haïti, les femmes et les filles utilisent l'eau pour effectuer la majorité des tâches domestiques. Elles peuvent avoir été en contact direct ou indirect avec la bactérie, en faisant la lessive des vêtements et de la literie des malades et des défunt.es ou en donnant le bain d'un mort dans le cadre de rituels funéraires.

Les femmes en Haïti occupent un rôle prédominant dans les structures de santé à titre d'infirmières ou d'auxiliaires. Elles sont donc plus nombreuses à occuper des postes d'intervenantes de première ligne, ce qui les mène à travailler à proximité de patient.es infecté.es par le choléra. Elles sont également plus nombreuses à travailler comme marchandes dans des marchés publics insalubres et à voyager dans des conditions difficiles, constituant même parfois un vecteur de transmission et de propagation de la maladie. Elles courent ainsi des risques accrus de contracter la maladie au moment de se procurer et de revendre leurs produits¹⁰⁹.

« Je suis vendeuse au marché du Cap. Je pense que c'est là que j'ai attrapé le microbe du choléra. Le marché est tellement insalubre que j'ai les pieds toute la journée dans l'eau sale et la boue. Je n'ai pas le choix, je dois faire le choix entre gagner ma vie et préserver ma santé¹¹⁰. »

Il est important de signaler que seulement 25% des femmes haïtiennes exercent une activité économique régulière¹¹¹ et que plus de 42% des femmes n'ont pas d'argent propre dont elles peuvent disposer sans autorisation¹¹². Seulement 35,8% des femmes en Haïti possèdent un bien (seule ou en commun), et 12,4% d'entre elles peuvent le vendre sans permission¹¹³. À ce titre, beaucoup de femmes haïtiennes vivent dans des conditions financières extrêmement précaires¹¹⁴. Les femmes ne travaillant pas et les femmes célibataires sont généralement moins autonomes financièrement (et se retrouvant donc forcément plus souvent en situation de dépendance économique à l'égard de personnes tierces)¹¹⁵.

107. C'est un phénomène qui a d'ailleurs été observé dans d'autres contextes, notamment au Libéria lors de l'épidémie d'Ebola. Les données épidémiologiques ont permis d'observer qu'au début de l'épidémie les femmes constituaient les deux tiers des cas de décès liés au virus. Les chercheurs ont expliqué cette disparité par le fait que les femmes « se sont retrouvées en première ligne pour soigner les malades à domicile ou dans les centres de soin » (Voir notamment : Bienvault, 2014, en ligne).

108. Entrevues des missions terrain (2 au 25 mai 2018), Port-au-Prince, Quartier-Morin, Saint-Michel-de-l'Attalaye, Dame-Marie.

109. INURED, *supra* note 79.

110. Lamour et al, *supra* note 108.

111. MSPP, *Profil des femmes en Haïti : Résultats de l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services EMMUS-III 2000* (novembre 2002) en ligne : dhsprogram.com <<https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/OD27/ProfildefemmeHaïti.pdf>>, p. 4.

112. *Ibid.*, p. 6.

113. *Ibid.*

114. En dehors de la composante strictement monétaire de la pauvreté, les facteurs déterminants de celle-ci seraient à la fois « liés aux caractéristiques sociodémographiques et économiques de la femme et de son ménage : la taille du ménage, le nombre d'enfants qui sont à l'école, le nombre d'adultes sans profession et qui ne mènent aucune activité rémunératrice et le niveau de dotation du ménage en actifs de terres et animaux d'élevage ». La précarité financière des femmes haïtiennes serait donc particulièrement marquée en plus d'être multidimensionnelle, les prédisposant ainsi encore davantage à la dépendance économique (voir notamment : Thomas, S. *De la pauvreté multidimensionnelle des Femmes en Haïti (Chansolme) : analyse et impact d'une stratégie de lutte*. Mémoire de Maîtrise, Faculté des sciences de l'agriculture et de l'alimentation, Université Laval, 2012).

115. MSPP, *supra* note 5.

Dans ce contexte, les femmes ayant perdu le pourvoyeur de leur famille, généralement leur mari ou conjoint, devaient dorénavant trouver d'autres moyens afin d'assurer la charge financière permettant à la famille de subvenir à ses besoins. A contrario, les hommes subiront un impact économique moindre et pourront faire appel à une autre femme de la famille pour la réalisation des tâches domestiques du foyer en cas de décès de leur femme ou conjointe. Les femmes doivent souvent cesser leurs activités économiques ou scolaires afin de s'occuper des tâches familiales¹¹⁶. En cas de décès d'un proche, les femmes et les filles subissent des souffrances morales et économiques importantes.

Nous pouvons donc dire que certains facteurs associés à des catégories de PSV, notamment la classe sociale, la zone territoriale, l'âge et le genre, ont été associés à un taux d'infection disproportionné par rapport au reste de la population en plus d'exacerber les inégalités existantes. Les familles en situation de précarité financière, les enfants ainsi que les femmes et les filles ont été particulièrement touchés par l'épidémie de choléra.

2. L'APPROCHE INDIVIDUELLE : AVANTAGES

2.1 Répondre aux besoins des plus grandes victimes

À la lumière des consultations effectuées sur le terrain, il apparaît que certaines des souffrances éprouvées par les victimes sont considérées par elles comme étant de nature intime et individuelle en plus de constituer un affront à leur dignité humaine. De plus, des inégalités considérables subsistent dans : la répartition des victimes (infectant de manière disproportionnée les PSV); les types de souffrances subies (notamment en fonction de la capacité des victimes à prévenir et à faire face à la maladie); et la manière spécifique dont ces souffrances ont été vécues dépendamment des situations propres à chaque personne ou famille¹¹⁷.

Les consultations menées par INURED ont relevé que les préférences en matière d'assistance matérielle variaient considérablement d'une région à l'autre¹¹⁸. Toutefois, les participant.es reconnaissent systématiquement l'importance de tenir compte des souffrances spécifiques et personnelles de ceux et celles qui ont été et continuent d'être touché.es de manière disproportionnée par l'épidémie de choléra. Les répondants identifiaient de manière quasi consensuelle l'entourage des personnes décédées ainsi que les survivant.es de la maladie à titre de victimes ayant subi les plus grands préjudices. Ils soulignaient par ailleurs leurs inquiétudes particulières à l'égard de certaines PSV en cas de décès d'un proche, notamment les enfants et les jeunes ainsi que les personnes dont la situation financière s'est considérablement fragilisée en raison du choléra. Ils identifiaient également les victimes qui continuent à subir de manière importante les impacts physiques et psychologiques de la maladie à titre de secondes plus grandes victimes¹¹⁹.

Dans cette optique, pour être conforme aux besoins et priorités des victimes, le dispositif d'assistance matérielle devrait nécessairement tenir compte des souffrances spécifiques de ceux et celles qui sont considéré.es comme étant les « plus grandes victimes » du choléra et de l'aspect central de la perte économique, tout en étant adapté à la situation spécifique des PSV, particulièrement des enfants. S'ils étaient également convaincus que cette assistance devait dans la mesure du possible profiter aux survivant.es, particulièrement à ceux et celles souffrant encore de séquelles importantes et durables de la maladie, les participant.es

116. Lamour et al, *supra* note 108.

117. INURED, *supra* note 79.

118. Les résultats de cette étude exploratoire suggèrent d'ailleurs que le succès des programmes d'assistance matérielle des Nations Unies dépendra de leur compréhension des communautés affectées : la composition de la population, la proportion de résident.es temporaires par rapport aux résident.es permanents, l'existence d'organisations locales viables et leurs relations avec les membres de la communauté ainsi que le niveau de confiance entre les élu.es et les communautés affectées. Ils montrent que ces facteurs, parmi d'autres, influencent fortement le type d'assistance que les victimes jugent le plus appropriée (INURED, 2017).

119. *Ibid.*

reconnaissent cependant que l'assistance devrait être graduée afin de refléter les différents niveaux de préjudice et, à ce titre, l'entourage des défunts devrait bénéficier d'une plus grande assistance que les survivants.¹²⁰

Sur la base de ces critères, les participant.es ont ainsi souligné leur préférence pour une approche mixte qui combinerait une forme d'assistance individuelle à des mesures collectives. Selon eux, l'assistance individuelle – notamment sous forme de transferts monétaires inconditionnels – permettrait de tenir compte du caractère intime et individuel des souffrances des victimes, des iniquités existantes entre les différentes catégories de victimes ainsi que de l'endettement financier comme aspect central des souffrances subies.

2.2 Bénéfices des transferts monétaires inconditionnels

Les personnes consultées ont indiqué une préférence à l'égard des transferts monétaires inconditionnels par rapport aux autres formes d'assistance. Selon elles, ce type de transferts permettrait aux bénéficiaires d'adapter l'utilisation des fonds à leurs besoins spécifiques, tenant ainsi compte des inégalités précédemment mentionnées. De plus, ils leur permettraient de faire fructifier cet argent, leur offrant une occasion de s'engager et d'investir dans des activités économiques susceptibles de générer des revenus et, à long terme, de procurer une certaine stabilité économique et autonomie financière aux bénéficiaires¹²¹. Plusieurs d'entre elles soulignaient d'ailleurs que ce potentiel multiplicateur de l'assistance monétaire directe était primordial dans le contexte économique actuel du pays, n'offrant pas de possibilités à long terme en ce qui a trait au marché du travail et aux activités génératrices de revenus :

« Le pays n'offre rien à personne... si je reçois un peu d'argent, je peux faire en sorte qu'il génère d'autre argent¹²². »

Soulignons que ces transferts monétaires, qu'ils soient utilisés dans le cadre de programmes de réparation à grande échelle ou de simples programmes de développement, ont également fait leurs preuves dans d'autres contextes similaires caractérisés par un nombre important de bénéficiaires, des systèmes limités de documentation et des ressources limitées¹²³. Il a été démontré qu'ils favorisaient une diminution du stress chez les bénéficiaires¹²⁴, augmentaient leur niveau de confiance¹²⁵ et amélioraient les réseaux et le statut social des bénéficiaires¹²⁶. Loin d'encourager des dépenses irresponsables, ces programmes permettraient plutôt aux familles d'obtenir des liquidités afin de répondre à des besoins urgents et d'investir directement dans des produits de première nécessité (comme la nourriture et le logement), dans des biens et services essentiels (comme l'éducation et la santé) ainsi que dans des petites entreprises, favorisant ainsi la stabilité économique des bénéficiaires et leur autonomie financière à long terme¹²⁷.

120. *Ibid.*

121. *Ibid.*

122. *Ibid.*

123. Selon Cristián Correa, « des objectifs trop ambitieux que les mesures ne permettent pas d'atteindre peuvent créer plus de ressentiment et de méfiance [chez les victimes]. Par ailleurs, une prudence excessive au sujet de la capacité limitée du programme de réparations peut être perçue comme minimisant la gravité des [souffrances subies] et leur impact. Garder un équilibre entre ces deux situations n'est pas facile. Pour obtenir un soutien politique et des ressources pour les réparations, il peut être nécessaire de louer l'impact et la capacité du programme à produire des changements et à donner satisfaction. Toutefois, une telle surenchère pourrait avoir des conséquences négatives pour les victimes [...]. Une approche qui pourrait aider à trouver un équilibre consiste à reconnaître que, malgré les efforts déployés [...], en reconnaissant publiquement aux victimes que le programme n'est pas suffisant pour répondre aux conséquences des [souffrances subies], [ces mesures] ne peuvent pas non plus être proportionnelles au préjudice [subi] » (Correa, 2014, p. 15-16).

124. Samuels, F. et Stavropoulou, M. « Being Able to Breathe Again: The Effects of Cash Transfer Programs on Psychosocial Wellbeing » (2016) 52(8) J Dev Stud 1099.

125. Tonguet Papucci A. et al., « Beneficiaries' perceptions and reported use of unconditional cash transfers intended to prevent acute malnutrition in children in poor rural communities in Burkina Faso: qualitative results from the MAM'Out randomized controlled trial » (2017) 17(1) BMC Public Health 527.

126. Ressler, P. « The social impact of cash transfers: a study of the impact of cash transfers on social networks of Kenyan households participating in cash transfer programs » (janvier 2008), en ligne : ebrary.ifpri.org <http://ebrary.ifpri.org/utills/getfile/collection/p15738coll2/id/31489/filename/31490.pdf> et Samuels, F. et Stavropoulou, M., *supra* note 124.

127. Oduro, R. « Beyond poverty reduction: Conditional cash transfers and citizenship in Ghana » (2015) 24(1) Intl J Social Welfare 27 et Tonguet Papucci A. et al., *supra* note 125.

Lorsqu'élaborés et mis en place adéquatement, ils ont généralement plus d'effets sur la réduction générale de la pauvreté et de l'extrême pauvreté, particulièrement dans les cas où les projets communautaires et les programmes générateurs de revenus n'ont pas eu les effets escomptés¹²⁸. À titre d'exemple, en Afrique du Sud, ce type de programme de développement a réduit la pauvreté des bénéficiaires d'environ 47%¹²⁹. En Haïti, dans le cadre de tels transferts monétaires mis en place par Christian Aid, 93% des fonds distribués ont été consacrés à des produits, biens et services essentiels, ce qui a contribué à améliorer les conditions de vie des bénéficiaires en plus de stimuler l'économie¹³⁰.

Cet avantage est d'autant plus important qu'il permet de viser à la fois un grand nombre de personnes touchées par l'épidémie et de répondre à une multitude de préjudices¹³¹. Si le choix d'une forme spécifique d'assistance matérielle individualisée pour les plus grandes victimes méritait de faire l'objet de consultations et d'évaluations plus poussées, il est à noter que le niveau élevé de pauvreté (et conséquemment de besoins de base non comblés), les contraintes du marché du travail, l'accessibilité limitée à des filets sociaux et aux institutions financières¹³² rendent les transferts monétaires inconditionnels particulièrement intéressants dans le contexte haïtien¹³³.

3. L'APPROCHE INDIVIDUELLE : RISQUES

Si les participant.es étaient clair.es quant à la nécessité de prévoir une assistance matérielle individuelle pour les « plus grandes victimes » de l'épidémie dans le cadre d'une approche mixte, ils et elles étaient par ailleurs tout à fait conscient.es que la mise en œuvre d'un tel dispositif comportait également des risques non négligeables, particulièrement dans un contexte de ressources limitées. Outre les obstacles financiers, administratifs et éthiques – tel que la création d'attentes – liés à la mise en œuvre pratique d'un tel dispositif, les risques identifiés peuvent être divisés en deux catégories principales, soit la sur-inclusion et la sous-inclusion de victimes ainsi que les conflits familiaux et communautaires.

3.1. Risques relatifs à l'identification des victimes

En ce qui a trait aux risques de sur-inclusion et de sous-inclusion, les participant.es étaient catégoriques : la faisabilité d'une approche individuelle résiderait dans la capacité de l'ONU à mettre en place un système rigoureux et équitable d'identification des bénéficiaires de l'assistance matérielle. En ce sens, ils et elles pensent que le risque principal quant à l'identification des bénéficiaires en était un de sous-inclusion, car la plupart des victimes ne semblent pas disposer de documents officiels, tels que des certificats médicaux ou des actes de décès¹³⁴.

« Ils ne nous ont pas donné de certificat... Nous ne l'avons pas enterré et ils ne nous ont pas donné le cadavre. [...] Ils m'ont dit que je n'avais pas besoin de retourner là-bas et ne m'ont pas donné de paperasse¹³⁵. »

128. Correa C, Gbery D. *Recommendations for Victim Reparations in Côte d'Ivoire: Responding to the Rights and Needs of Victims of the Most Serious Violations*. Abidjan, ICTJ, 2016. p. 7.

129. Economic Policy Research Institute, « The Social and Economic Impact of South Africa's Social Security System » (30 septembre 2004) en ligne : allafrica.com <<http://allafrica.com/download/resource/main/main/1datcs/00010352:3ca37b223f2ad1b0dc6479ccca726034.pdf>>.

130. Davies, S. et Davey, J. *A Regional multiplier approach to estimating the impact of cash transfers on the market: The Case of cash transfers in rural Malawi* (2017) 26(1) Dev Policy Rev 96.

131. INURED, *supra* note 79.

132. OCDE et INURED. *Interactions between public policy, migration and development in Haiti*. Paris, Publications de l'OCDE, 2017 et Banque Mondiale. Haïti: *Toward a New Narrative, Systematic Country Diagnostic* (2015) en ligne : <http://documents.worldbank.org/curated/en/642131467992805241/pdf/99448-SCD-Box393200B-PUBLIC-DOI-10-1596-K8422-PUBDATE-9-8-15.pdf>>.

133. INURED, *supra* note 79.

134. *Ibid.*

135. *Ibid.*

Ils soulignaient leur inquiétude à l'égard des victimes infectées lors de la période du pic épidémiologique, lorsque les capacités du système de santé et de collecte d'information étaient largement insuffisantes pour faire face à la crise. Les décès qui ont eu lieu à l'extérieur de structures de santé formelles – et donc non documentés officiellement – y étaient alors les plus fréquents :

« Nous avons fait quelque chose de très audacieux. Nous avons emmené le cadavre à Jérémie. En arrivant à Jérémie, nous avons enterré [notre père] dans la tombe de notre grand-père. Nous ne sommes pas même allés à la morgue¹³⁶. »

Parmi les raisons énumérées par les participant.es quant à la difficulté d'obtenir ces documents, il y a notamment : l'incapacité des victimes à se rendre dans un centre de santé à temps ; l'échec ou le refus des établissements de santé à fournir des documents clairs et précis sur la raison de leur admission ; la perte de documentation officielle ; la fermeture ultérieure des établissements de santé ; les inégalités sociales et les disparités dans l'accès aux soins de santé¹³⁷ ; les difficultés rencontrées par les PSV pour se procurer ces documents de manière rétroactive¹³⁸.

« Pour se rendre de Berly à Rivyè Fwad, il faut mettre entre 13 et 14 heures de marche. C'est pour cela que beaucoup de personnes sont mortes. Elles n'ont pas pu se rendre à l'hôpital à temps¹³⁹. »

Évidemment, plusieurs victimes n'ont jamais demandé de certificats médicaux, car elles ignoraient l'existence de tels documents ou encore leur utilité éventuelle. Certaines d'entre elles affirment même avoir été traitées sans jamais être avisées du diagnostic (potentiel ou confirmé) ni des résultats de leurs tests, dans les cas où ceux-ci auraient été réalisés :

« Quand je suis arrivée au CTC de Terre Noire, l'infirmière a fait des prélèvements de selles et de sang pour moi, mais, je n'ai jamais eu les résultats de mes tests¹⁴⁰. »

D'autres participant.es ont plutôt fait état d'obstacles financiers à l'obtention de certificats médicaux :

« Mon frère et ma fille ont attrapé le choléra en même temps. J'ai été chanceux, car j'ai pu récupérer leurs certificats à temps. Actuellement, il est difficile d'obtenir un certificat, car on exige certaines fois qu'on paie jusqu'à 250 gourdes pour les recherches de dossier, somme que les victimes n'ont pas¹⁴¹. »

136. *Ibid.*

137. Parmi les entraves à l'accès aux soins de santé eux-mêmes, on retrouve notamment des coûts importants, un ratio élevé de patient.es pour chaque professionnel.les de la santé ainsi que la distance séparant la population de centres de santé (INURED, 2017).

138. *Ibid.*

139. *Ibid.*

140. Témoignage d'une victime du choléra à la Plaine (Lamour et al., 2018).

141. Témoignage d'une mère et sœur de victimes du choléra à Carrefour (Lamour et al., 2018).

En plus de ces problèmes d'accès, certains documents détenus par les victimes ou par les centres de santé auraient également été détruits, notamment dans des cas de catastrophes naturelles :

« [Le centre de santé] nous a remis le certificat de décès, mais en raison de la catastrophe, notre maison [a perdu son toit]. Nous avons perdu tous nos documents officiels. La maison était complètement découverte, il a plu et les documents ont été emportés par les inondations¹⁴². »

Ainsi, les participant.es ont affirmé qu'une approche basée uniquement sur des documents officiels serait inadaptée. À ce titre, un système d'identification juste et rigoureux devrait tenir compte de ces difficultés d'identification afin d'éviter la re-victimisation¹⁴³.

À l'inverse, si les participant.es ont admis que certaines victimes possédaient des documents officiels à l'appui, ils ont également relevé les risques imminents de sur-inclusion et de fraude dans le processus d'identification des victimes, soutenant qu'il devrait se baser sur certains éléments objectivement vérifiables. Selon eux, des demandes frauduleuses, notamment par le biais de faux témoignages ou encore de documents falsifiés, pourraient avoir lieu¹⁴⁴. Alors que leur fabrication pourrait rapidement devenir une activité lucrative sur le marché noir, les participant.es soulignent à ce titre leur méfiance à l'égard de certains élus qui pourraient jouer un rôle de facilitateur dans l'obtention de ces documents pour leur famille et leurs partisans politiques. Ils s'inquiétaient également de la participation de ces élus dans la gestion des programmes d'assistance – qu'il s'agisse de transferts monétaires directs, de programmes de développement économique plus collectifs ou même d'assistance en nature –, rappelant notamment les scandales dans la gestion des fonds post-séisme¹⁴⁵.

« [Ils] vont tout garder chez eux. Et une fois leur [mandat terminé], ils vont vendre les matériaux dans leurs magasins à des prix élevés¹⁴⁶. »

3.2. Risques de conflits

Selon les participant.es, une approche individuelle pourrait générer des conflits pour plusieurs raisons. D'abord, des tensions pourraient naître entre voisins ou membres de la communauté :

« Si deux personnes ont été atteintes du choléra et que l'une voit que l'autre en bénéficie, cela peut créer un conflit entre eux¹⁴⁷. »

142. INURED, *supra* note 79.

143. *Ibid.*

144. *Ibid.*

145. *Ibid.*

146. *Ibid.*

147. *Ibid.*

Des conflits familiaux pourraient également éclater, notamment en ce qui a trait à la détermination des liens de filiation ou encore à la répartition équitable de l'assistance individuelle entre les membres de la famille, particulièrement dans des contextes de structures familiales complexes¹⁴⁸ :

« Si un homme avait deux femmes et que la première obtient 10 000\$ avec son enfant alors que l'autre ne reçoit rien, il y aura un conflit qui pourrait très mal finir¹⁴⁹. »

Ainsi, si les participant.es prônaient idéalement une allocation de l'assistance à tous les membres de familles afin d'assurer une répartition relativement équitable des fonds, ils reconnaissaient cependant que procéder de la sorte pourrait poser certaines difficultés de mise en œuvre. La diversité des configurations familiales a rendu difficile la formulation de recommandations spécifiques concernant la détermination d'un « représentant familial » prédéterminé qui devrait recevoir l'assistance directe et serait responsable de la distribuer équitablement entre les membres¹⁵⁰. Ils ont, à ce titre, exprimé un certain nombre de préoccupations concernant la détermination de représentant.es, notamment: le manque de transparence concernant le type ou le montant de l'aide reçue ; la difficulté de partager l'aide de manière juste et équitable et la possibilité que des membres de la famille peu impliqués dans la vie familiale se fassent opportunément passer pour des proches de celle-ci. Alors que certain.es s'inquiétaient des iniquités de répartition liées à de mauvaises intentions, d'autres soulignaient plutôt que les distributions inéquitables seraient plus susceptibles d'émaner dans des cas de besoins démesurés associés à une situation financière particulièrement difficile (par exemple en cas d'absence d'emploi durable)¹⁵¹. Cependant, il est à noter que, si un représentant devait être nommé, la plupart des participant.es ont affirmé que cette aide devrait alors être versée à la personne qui soutenait (ou soutient maintenant) la famille financièrement¹⁵². Certain.es participant.es ont plutôt estimé que c'est le conjoint.e survivant.e, s'il y en a un, qui devrait recevoir l'aide et la distribuer.

« Si un père de famille décède et que la mère est vivante, c'est la mère qui devrait recevoir la compensation et elle, étant donné son esprit de partage, le distribuera¹⁵³. »

148. *Ibid.*

149. *Ibid.*

150. Les liens de parenté et les structures familiales complexes observées en Haïti (Lowenthal, 1980; Marcelin, 2012) rendent l'identification de bénéficiaires légitimes compliquée. Par exemple, certains hommes s'engagent dans des relations polyamoureuses et ont parfois plusieurs enfants biologiques issus de plus d'une relation. Dans ce contexte, la détermination des bénéficiaires légitimes sera difficile et pourrait entraîner l'exclusion de certaines femmes et enfants survivants. De plus, les diverses structures familiales et les cas d'adoption formelle et informelle peuvent aboutir à l'existence simultanée de parents survivants et d'aidant.es survivant.es au sein d'une même famille (INURED, 2017).

151. *Ibid.*

152. Cette réponse reflète certaines attentes culturelles qui exigent que les membres les plus âgés du foyer (en général l'enfant le plus âgé) soutiennent financièrement la famille jusqu'à ce que les autres enfants deviennent autonomes. Il est cependant à noter que les participant.es à l'étude ont partagé des histoires sur les divergences dans l'impact du décès sur leur famille et sur la répartition des responsabilités qui s'en est suivie. Dans certains cas, une veuve peut avoir assumé toutes les obligations financières pour ses enfants, alors que dans d'autres c'est le fils aîné qui est devenu responsable de la survie des membres de sa famille. Dans d'autres situations, c'est le frère du défunt qui a soutenu financièrement et prenait soin de la veuve et de ses enfants. Il arrivait également que, bien qu'un enfant n'ait perdu qu'un seul de ses parents, ce soit un membre de la famille élargie comme une tante ou un parrain qui prenait en charge l'enfant en question. (INURED, 2017).

153. *Ibid.*

4. L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE : AVANTAGES ET RISQUES

4.1 Avantages

Les participant.es affirment que le choléra a également eu des conséquences profondes sur les communautés et l'ensemble de la société haïtienne :

« Tout le monde dans la communauté a été victime d'une manière ou d'une autre, que vous ayez perdu quelqu'un, étiez malades ou viviez dans une communauté affectée. [...] Tout le monde est à risque parce que nous n'avons pas de bonnes routes, d'accès à l'eau et à l'assainissement¹⁵⁴. »

Outre l'eau devenue impropre à la consommation dans bon nombre de communautés, les participant.es ont également souligné que l'épidémie a eu un impact important sur la société haïtienne, contribuant à l'effritement de la cohésion sociale¹⁵⁵. En effet, plusieurs mois après le début de l'épidémie, la population n'avait toujours pas été informée de la source réelle de l'épidémie et les informations dont elle disposait quant aux modes de transmission étaient très limitées. Ce contexte d'incompréhension a donc favorisé le développement d'un climat de peur qui s'est traduit par un renforcement de la marginalisation de certaines PSV, des inégalités sociales et du phénomène généralisé d'insécurité¹⁵⁶. À titre d'exemple, dans les quelques mois suivant le début de l'épidémie, au moins 45 personnes – particulièrement des guérisseurs issus de minorités religieuses telles que des vaudouisants – ont été attaquées par des membres apeurés de leur communauté, accusées de pratiquer la sorcellerie et d'avoir amené la maladie dans leur communauté¹⁵⁷. Par ailleurs, les conséquences économiques du choléra en Haïti ont également touché de plein fouet de nombreux agriculteurs et marchandes en raison du boycottage des produits locaux par la population, cette dernière craignant qu'ils ne soient contaminés par le choléra¹⁵⁸.

De plus, la peur de contracter le choléra au contact de cadavres infectés a également modifié les traditions culturelles associées au décès, aux funérailles (par exemple les veillées traditionnelles¹⁵⁹) et à l'enterrement dans certaines régions. Cette crainte a également forcé les hôpitaux publics et les morgues privées à cesser d'admettre les cadavres de personnes décédées de la maladie¹⁶⁰, forçant même les autorités dans certaines localités à exiger que les cadavres des victimes soient mis dans des sacs de plastique et jetés dans des fosses communes, bien que ce soit contraire aux mœurs haïtiennes¹⁶¹.

154. *Ibid.*

155. *Ibid.*

156. *Ibid.*

157. Le Monde « Choléra en Haïti : les autorités inquiètes de lynchages à mort » (2010) en ligne : lemonde.fr <https://www.lemonde.fr/ameriques/article/2010/12/23/cholera-en-haiti-les-autorites-inquietes-de-lynchages-a-mort_1456914_3222.html>.

158. CNSA. Haïti : Perspectives sur la sécurité alimentaire, janvier à juin 2012 (2012) en ligne : reliefweb.int <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Rapport%20complet_69.pdf>, p. 7.

159. La veillée traditionnelle est une cérémonie dans laquelle les proches du défunt nettoient et « veillent » sur le corps de la personne décédée jusqu'à l'enterrement. Généralement, la communauté y participe également afin de témoigner de son support moral aux proches de la victime. Ces cérémonies ont cessé d'être pratiquées dans certaines régions en raison de la proximité avec le défunt et des risques de transmission qui y sont associés (Lamour et al., 2018).

160. Sérant, Claude Bernard « Les morgues refusent les cadavres contaminés », *Le Nouvelliste* (2010) en ligne : lenouvelliste.com <<https://lenouvelliste.com/article/85875/les-morgues-refusent-les-cadavres-contamines>>.

161. Le Monde « Grande Saline : Les victimes du choléra interdites de funérailles » (2010) en ligne : lemonde.fr <<https://www.haitilibre.com/article-1522-haiti-grande-saline-les-victimes-du-cholera-interdites-de-funerailles.html>>.

Les participant.es reconnaissaient donc que, à eux seuls, les transferts monétaires inconditionnels ne sauraient tenir compte de l'impact profond de l'épidémie sur des communautés entières et des risques persistants de contagion auxquelles elles continuent à être confrontées. En ce sens, tous les participant.es étaient d'accord pour dire qu'une approche communautaire¹⁶² était nécessaire dans le cadre d'un tel dispositif d'assistance matérielle :

« Si j'étais les Nations Unies, la première chose que je ferais, c'est d'éveiller les consciences. Nous ne connaissions pas cette maladie et la plupart des gens n'ont pas été correctement enterrés. Le choléra reste donc une menace pour la communauté¹⁶³. »

Ils ont également souligné qu'une approche collective permettrait de toucher un plus grand nombre de victimes et permettrait d'alléger le dispositif et de simplifier sa mise en œuvre. Certains d'entre eux affirmaient par ailleurs que, lorsque combinée à une approche individuelle, l'approche collective permettrait de mitiger certains risques de conflits – notamment les risques de conflits familiaux précédemment soulevés – pouvant être associés aux transferts d'argent¹⁶⁴.

4.2. Inconvénients et risques

Néanmoins, les participant.es ont également fait ressortir plusieurs inconvénients à l'approche communautaire, particulièrement si elle n'est pas mise en œuvre conjointement à une approche individualisée. Ils croient qu'une approche strictement communautaire ne refléterait pas les besoins et priorités des « plus grandes victimes » par le manque de reconnaissance du caractère individuel des souffrances subies et l'incapacité à répondre aux divers préjudices. Selon eux, l'approche uniquement communautaire exacerberait les inégalités et provoquerait la re-victimisation des PSV, en plus de faire l'objet de fraude, de corruption et de mauvaise gestion et d'avoir un impact à long terme limité pour les « plus grandes victimes »¹⁶⁵.

Selon les participant.es, il serait juste et nécessaire de fournir aux « plus grandes victimes » une forme d'assistance individuelle complémentaire, car une approche communautaire ne saurait à elle seule répondre aux conséquences intimes et individuelles¹⁶⁶ de l'épidémie sur les victimes, aux préjudices économiques ainsi qu'aux disparités dans les souffrances subies telles que décrites plus haut¹⁶⁷. Adopter une approche strictement communautaire pourrait avoir comme conséquence de favoriser les ressentiments des victimes et d'augmenter ainsi les risques de conflits communautaires et familiaux. En effet, il a été démontré dans d'autres contextes que des tensions peuvent émerger lorsque, en raison d'un manque de distinction dans l'aide reçue, l'ampleur des préjudices et leur impact à long terme sur certaines victimes ne sont pas reflétés dans les programmes d'assistance¹⁶⁸. Une approche uniquement communautaire ne permettrait pas de refléter l'aide spécifique dont les victimes ont besoin et ne contribuerait pas à leur autonomie financière.¹⁶⁹

162. À ce titre, les priorités les plus souvent mentionnées dans le cadre d'un dispositif visant à maximiser les bénéfices collectifs étaient : accroître l'accès aux soins de santé par le biais de la construction de centres de santé ; former des agents de santé ; prendre en charge à grande échelle la santé mentale des victimes ; remédier aux déficiences infrastructurelles qui rendent les individus vulnérables à la maladie ; mettre en place ou financer des initiatives éducatives ; créer des activités économiques susceptibles de permettre aux gens de répondre à leurs besoins à plus long terme. Le recours à des expert.es capables d'étudier les effets à long terme du choléra sur les survivants ainsi que la création de centres pour prendre en charge les enfants des rues (abandonnés ou orphelins) ont également été abordé (INURED, 2017).

163. *Ibid.*

164. *Ibid.*

165. INURED, *supra* note 79.

166. Cela est également confirmé dans d'autres contextes : « les réparations collectives sous forme de programmes et projets de développement peuvent rencontrer une certaine résistance chez les victimes, car elles ne reflètent pas toujours la nature intime et individuelle de leurs souffrances » (ASFC, *supra* note 61, p. 43.)

167. INURED, *supra* note 79.

168. Correa C, Gbery D., *supra* note 128.

169. *Ibid.*

Les participant.es sont d’avis qu’une approche strictement communautaire peut exacerber les inégalités sociales et avoir des répercussions particulièrement néfastes sur les PSV. Il a déjà été établi qu’un dispositif d’assistance devrait impérativement prendre en compte les inquiétudes des victimes quant aux impacts de l’épidémie sur leurs moyens de subsistance¹⁷⁰. Si la majorité des besoins identifiés par les participant.es se rapportent entre autres à l’assistance financière, au logement et aux soins de santé, les participant.es soulignaient par ailleurs que les besoins et priorités spécifiques des « plus grandes victimes » varient considérablement d’une personne à l’autre en fonction des disparités précédemment mentionnées. Ne pouvant vraisemblablement pas prévoir une solution adaptée à chaque type de situation, un dispositif strictement communautaire mis en place de manière isolée pourrait creuser les inégalités existantes. En effet, les personnes les plus touchées (et surtout les PSV), font souvent face à des obstacles qui entravent leur accessibilité à ces programmes, posant ainsi des risques considérables de re-victimisation, comme ce fut le cas de l’aide post-séisme. Le choix de l’approche et des mesures appropriées devraient ainsi « se fonder sur une étude des impacts qu’elle aura au plan local, notamment afin d’éviter de créer, ou recréer, des stigmatisations, discriminations ou injustices »¹⁷².

De plus, les participant.es craignent que les retombées d’une assistance collective pour les victimes elles-mêmes soient quasi inexistantes¹⁷³. Une telle stratégie permet peut-être de toucher un grand nombre de personnes dans l’absolu, mais elle ne permet pas de prendre en compte les souffrances spécifiques vécues par les victimes, dont l’impact de la maladie sur les proches de personnes décédées et les survivant.es, et de créer des effets à long terme dont elles bénéficieraient directement¹⁷⁴. D’ailleurs, dans le cadre de ces programmes, il faut être particulièrement vigilants afin de s’assurer que ces mesures ne soient pas « confondues avec l’aide humanitaire ou avec les projets de développement auxquelles les communautés ont droit de toute façon. Elles doivent être plutôt conçues comme une réponse aux violations et aux souffrances des victimes »¹⁷⁵.

« Si je suis la victime, c’est moi qui devrais en bénéficier. Parfois, ils commencent à construire une école ou un hôpital et il arrivera que ceux qui n’étaient pas victimes en bénéficieront, alors que moi, la victime, je n’aurai rien. Ces initiatives se font toujours sous la forme de projets communautaires, mais nous n’en profitons pas vraiment¹⁷⁶. »

Enfin, l’un des défis les plus souvent soulevés par les participant.es concerne les risques de fraude et de mauvaise gestion. Les participant.es soulignaient que ces initiatives communautaires n’apportaient généralement pas de changements significatifs à long terme (comme le démontrent entre autres plusieurs programmes d’aide post-séisme¹⁷⁷), car ils étaient souvent inadaptés, mal gérés ou tout simplement abandonnés après quelques années. Il semblait également y avoir un manque de confiance généralisé envers les institutions et autorités étatiques et locales : les participant.es ont exprimé des préoccupations importantes

170. Pour les participant.es, la perte d’un.e pourvoyeur.e ou autre soutien financier par une famille ressortait comme étant d’une importance capitale dans l’élaboration d’un programme d’assistance matérielle. Une jeune participante haïtienne s’inquiétait pour sa mère et ses sept frères et sœurs, qui ont perdu leur père et un frère aîné. Quant à elle, forcée d’abandonner ses études, elle craint de ne pas pouvoir se permettre de retourner à l’université à l’avenir. Une autre participante avec plusieurs enfants a exprimé sa crainte quant à sa capacité à soutenir sa famille après le décès de son mari. De son côté, un participant de Pétion-Ville a exposé de quelle manière il est devenu le principal fournisseur de soins de la veuve et de l’enfant de son frère (INURED, 2017).

171. À titre d’exemple, dans le cadre d’un programme communautaire prévoyant des bourses d’études pour les victimes, les participant.es ont clairement indiqué que, même si elles prévoyaient une gratuité totale, d’autres dépenses afférentes pourraient empêcher un enfant boursier d’en bénéficier entièrement, telles que le coût des uniformes, des fournitures scolaires, du transport ou des repas (INURED, 2017).

172. ASFC, *supra* note 61, p. 41.

173. Correa, C. *supra* note 70, p. 24.

174. *Ibid.*

175. ASFC, *supra* note 61, p. 43.

176. INURED, *supra* note 79.

177. C’est notamment le cas d’hôpitaux ou de centres de santé, d’écoles ou de systèmes d’assainissement dont la conception ne tient pas compte de la réalité locale, dont la gestion cesse d’être assurée après un certain temps ou dont l’entretien périodique nécessaire à son fonctionnement n’est pas assuré (INURED, 2017).

quant aux risques de mauvaise gestion – voire même de corruption – liés aux initiatives communautaires¹⁷⁸. Il convient en ce sens de souligner que cette crainte est légitime, Haïti étant classé 161^e pays sur 180 en matière de corruption, ayant enregistré un score de 20 sur l'échelle de Transparency International pour l'année 2018¹⁷⁹.

Ainsi, la mise en œuvre d'une approche strictement collective serait susceptible d'être inefficace et de créer un fort sentiment d'amertume et de manque de légitimité chez certaines victimes, encourageant ainsi l'apparition de situations conflictuelles¹⁸⁰.

En ce sens, les approches communautaires et individuelles sont complémentaires et se renforcent l'une l'autre : aucune d'entre elles ne serait suffisante à elle seule pour répondre aux besoins des victimes, et particulièrement des « plus grandes victimes », tout en étant adaptée aux réalités des communautés. Bien que certaines préférences variaient d'une communauté à l'autre, les participant.es reconnaissaient les forces et faiblesses de chaque approche, privilégiant généralement la mise en place d'une stratégie mixte. Une telle stratégie inclut à la fois une assistance matérielle directe ou individuelle pour les victimes ayant le plus souffert ainsi que des programmes communautaires permettant de prendre en charge certains des effets dévastateurs de l'épidémie sur des communautés entières ou à plus grande échelle. Elle permet ainsi de maximiser les avantages de chaque approche et de contrebalancer leurs risques respectifs¹⁸¹.

178. *Ibid.*

179. Transparency International. *Corruption Perceptions Index 2018: Haiti* (2018) en ligne : [transparencu.org](https://www.transparencu.org) <<https://www.transparency.org/country/HTI#>>.

180. *Ibid.*

181. *Ibid.*

PARTIE 3

LA FAISABILITÉ D'UNE APPROCHE INDIVIDUELLE

Dès lors que les perspectives des victimes sur leurs besoins, attentes et priorités ont été présentées et que les risques et avantages généraux des deux composantes ont été abordés, il convient maintenant d'évaluer la faisabilité d'une approche individuelle dans le cadre d'un dispositif mixte d'assistance matérielle.

Si les régimes de droit civil prévoient généralement des mécanismes spécifiques (généralement à travers des recours judiciaires) visant à statuer sur chaque demande à partir d'une évaluation individualisée de tous les préjudices subis¹⁸², ce type de mécanisme n'est généralement pas priorisé dans le cadre de programmes à grande échelle caractérisés par une documentation limitée (comme c'est le cas en l'espèce), même dans le cadre d'une approche d'assistance individuelle. Dans un tel contexte, un mécanisme strictement juridique constituerait « une perte de temps et de ressources » en plus de nuire « à ceux qui n'ont pas la preuve [...] relative à d'autres formes de préjudices qui, dans de nombreux cas, seraient les moins scolarisés et ceux ayant les revenus les plus faibles »¹⁸³. Ainsi, bien que plus inclusif et équitable en théorie, sa mise en œuvre soulève notamment des problèmes d'accessibilité pour les victimes, de re-victimisation et d'exclusion des PSV. De plus, ce type de mécanisme serait empreint de lourdeur et de complexité administrative : non seulement la mobilisation d'une telle quantité de ressources humaines, matérielles et financières est-elle rarement possible dans ce type de cas, mais les coûts de fonctionnement y étant associés sont par ailleurs susceptibles de dépasser largement les retombées économiques et sociales éventuelles pour les victimes elles-mêmes¹⁸⁴.

Ces entraves étant courantes dans ce type de contextes, les leçons apprises dans d'autres cas similaires offrent des enseignements importants afin d'évaluer la faisabilité relative à la mise en place d'une approche individuelle en l'espèce et de proposer un modèle de dispositif d'assistance adapté à cette fin. Ainsi, afin de garantir certains critères (notamment d'inclusion, d'équité et d'accessibilité) malgré les contraintes financières et administratives, dans des contextes similaires, une approche individuelle a souvent été mise en place par le biais de programmes administratifs d'assistance matérielle et financière ou de programmes de réparations administratives. Ces programmes, plus efficaces, accessibles et moins

182. Correa, C. *supra* note 70, p. 11.

183. *Ibid.*, p. 6.

184. *Ibid.*, p. 16.

coûteux qu'un processus judiciaire à proprement parler, visent notamment à « renforcer l'accessibilité [pour les victimes], alléger le fardeau de la preuve [...] et couvrir de grandes catégories de victimes »¹⁸⁵. Dans la majorité des cas, ce sont les lacunes dans la planification « comme un financement insuffisant, des stratégies de dissémination inefficaces, le manque de formation des personnes en charge de prendre les déclarations, la conception inadéquate des systèmes de collecte et de stockage de données »¹⁸⁶ qui ont nui à l'efficacité de ces programmes individualisés.

De manière générale, ces leçons tirées d'autres contextes font ressortir trois principales composantes permettant d'assurer un certain niveau d'efficacité du processus, notamment en : a) planifiant de façon adéquate le dispositif, b) prévoyant des ressources financières et administratives suffisantes pour le mettre en place et c) reposant sur des modes de fonctionnement qui favorisent l'accessibilité, l'équité et la représentativité des victimes. En effet, les dispositifs les plus efficaces et adaptés sont ceux ayant été conçus sur la base d'objectifs spécifiques clairs prédéterminés en fonction des besoins et priorités des victimes, tels que véhiculés par celles-ci dans le cadre de consultations suffisantes. Les plus performants reposaient par ailleurs sur des modes de maximisation des ressources disponibles, notamment par le biais d'un mécanisme allégé de traitement et de révision des demandes caractérisé par une certaine simplicité administrative¹⁸⁷.

À ce titre, ces exemples comparatifs tendent à démontrer que, bien que nécessairement imparfaite, la mise en place d'un dispositif individualisé d'assistance matérielle par le biais d'un programme administratif est possible dans la pratique et peut être adaptée en l'espèce, pour autant qu'il témoigne d'un certain équilibre entre : les exigences imposées par les contraintes administratives et financières ; les limites informationnelles ; les besoins et priorités des victimes du choléra en Haïti ; les engagements onusiens à l'égard des victimes ; les standards internationaux en matière de droits humains. À ce titre, en vue de proposer un modèle qui se trouve à l'intersection de toutes ces contraintes, il est proposé de mettre en place un dispositif mixte, limitant ainsi la composante individuelle aux strictes conditions justifiant son existence même, soit la prise en charge des besoins et priorités spécifiques des victimes les plus fortement et directement touchées qui ne sauraient être entièrement et convenablement adressées par des programmes communautaires.

En vue de déterminer des objectifs spécifiques clairs et précis permettant d'élaborer et de planifier de manière assidue un tel mécanisme reposant sur des modes de fonctionnement à la fois réalistes et équitables, il importe de : 1) déterminer les bénéficiaires potentiels du mécanisme ; 2) évaluer si et comment ces bénéficiaires pourraient être identifiés par les systèmes d'information mis en place par l'État et des acteurs non étatiques ; 3) proposer un modèle approprié sur le plan technique permettant de statuer convenablement sur les demandes.

1. LA DÉFINITION D'UNE VICTIME DU CHOLÉRA ET SA PERTINENCE DANS LA DÉTERMINATION DES BÉNÉFICIAIRES

Afin d'être efficace et adapté, le mécanisme proposé doit reposer sur des objectifs clairs et précis relatifs aux catégories de victimes et de préjudices visés alliant à la fois rigueur, faisabilité, accessibilité et équité. À ce titre, il convient d'abord de définir qui est une victime et de déterminer l'applicabilité de cette définition au cas d'espèce. Il convient ensuite de se pencher sur quelques considérations médicales et pratiques visant à permettre d'établir le statut de victime du choléra.

185. *Ibid.*, p. 10.

186. *Ibid.*, p. 42.

187. *Ibid.*

1.1. La définition d'une victime du choléra et son applicabilité en l'espèce

Afin de comprendre qui peut être considéré comme une victime et de déterminer l'applicabilité de cette définition au cas d'espèce, notons que, selon l'Assemblée générale des Nations Unies, les victimes sont des personnes qui, « individuellement ou collectivement, ont subi un préjudice, notamment une atteinte à leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle ou une atteinte grave à leurs droits fondamentaux, en raison d'actes ou d'omissions constituant des violations flagrantes du droit international des droits de l'homme ou des violations graves du droit international humanitaire »¹⁸⁸. À ce titre, le régime des droits humains reconnaît donc que les victimes puissent être directes ou indirectes¹⁸⁹, que le préjudice subi par celles-ci puisse être d'ordre physique, moral ou matériel et que leurs souffrances puissent être subies tant sur le plan individuel que collectif.

Évidemment, il est primordial de tenir compte de cette définition de la notion de victime afin d'élaborer un programme aussi complet et adapté que possible. Néanmoins, compte tenu des contraintes pratiques, il serait peu réaliste de concevoir un mécanisme axé sur les personnes sur la base d'une définition aussi large et donc de remédier à toutes les conséquences subies¹⁹⁰. En effet, dans le cadre de l'épidémie de choléra en Haïti et compte tenu des impacts sur la société haïtienne qui ont été présentés plus haut, il est fort probable qu'un nombre important d'Haïtiens ait subi un préjudice quelconque lié à l'épidémie de choléra¹⁹¹. Dans ce contexte, tenir compte de la totalité des victimes – soit toute personne ayant directement ou indirectement subi un préjudice physique, financier ou moral en lien avec l'épidémie de choléra – impliquerait donc de statuer individuellement sur un nombre trop élevé de dossiers et portant sur une variété de préjudices.

Reconnaissant qu'un mécanisme aussi vaste ne serait ni pratique ni possible à mettre en place dans le présent contexte, l'ONU a déjà affirmé que, de manière générale, les bénéficiaires à prioriser dans le cadre du second volet de la *Nouvelle stratégie* étaient « les Haïtiens les plus directement touchés par le choléra, privilégiant les victimes, ainsi que leur famille et leurs communautés »¹⁹². À ce titre, puisque les processus ayant le mieux fonctionné dans d'autres contextes sont ceux où les nationaux ont été les plus consultés et impliqués dans la définition, la mise en œuvre et l'évaluation des mécanismes en question¹⁹³, il semble logique que les bénéficiaires du dispositif d'assistance matérielle soient déterminés en fonction des perspectives exprimées par les victimes consultées sur la question, priorisant ainsi les personnes qu'elles ont elles-mêmes identifiées comme étant « les plus grandes victimes du choléra ».

Ainsi, conformément aux méthodes les plus efficaces dans d'autres contextes et aux engagements de l'ONU de tenir compte des perspectives exprimées par les victimes (voir PARTIE 2 : La vision des victimes quant à l'élaboration d'un dispositif d'assistance matérielle), l'entourage immédiat des personnes décédées des suites du choléra – avec un accent particulier sur les enfants et les jeunes adultes ainsi que les familles ayant subi de graves conséquences économiques – devrait être considéré à titre de bénéficiaires prioritaires du mécanisme. Par ailleurs, les survivant.es de la maladie – notamment ceux subissant toujours d'importantes séquelles – pourraient également être considéré.es comme deuxième catégorie de bénéficiaires à prioriser, bien que dans une moindre mesure¹⁹⁴.

188. *Principes fondamentaux et directives sur le droit de recours et à la réparation*, supra note 59, p. 5(8).

189. Dans le cas d'espèce, la victime directe est celle ayant elle-même subi un préjudice du fait du choléra (par exemple les personnes ayant été infectées par la maladie), alors que les victimes indirectes sont celles ayant subi un préjudice du fait des dommages causés à la victime directe (par exemple les proches des victimes décédées du choléra).

190. Correa, C. supra note 70, p. 15.

191. *Ibid.*

192. Secrétariat général des Nations Unies, supra note 31, p. 4.

193. Correa, C. supra note 70, p. 25.

194. INURED, supra note 79.

Il est à noter que cela ne signifie pas pour autant qu'il faille écarter entièrement les autres catégories de victimes du processus, mais plutôt que les victimes reconnaissent les difficultés associées à un processus individuel et, à ce titre, sont conscientes que les autres types de préjudices seraient plus susceptibles d'être pris en compte efficacement à travers d'autres initiatives (notamment des programmes communautaires) dans le cadre d'une approche mixte plus large¹⁹⁵.

1.2. L'établissement du statut de victime du choléra et son applicabilité en l'espèce : considérations médicales et pratiques

Afin de pouvoir définir le statut de victime du choléra en l'espèce et, conséquemment, d'identifier des bénéficiaires éventuels, il convient de soulever quelques considérations médicales et pratiques permettant d'établir des critères précis quant aux personnes qui pourraient être considérées comme des survivantes du choléra ou des proches immédiats d'une personne décédée de la maladie. Ces considérations doivent ensuite être analysées à la lumière de la situation spécifique du choléra en Haïti afin de faire ressortir une classification potentielle des victimes à identifier.

a) Diagnostic du choléra : considérations médicales générales

Causée par la bactérie *Vibrio cholerae*, l'OMS décrit le choléra comme « une maladie extrêmement virulente qui peut provoquer une diarrhée aqueuse aiguë sévère » chez les sujets symptomatiques, constituant environ 25 % des cas. Pouvant « tuer en l'espace de quelques heures si aucun traitement n'est administré », les cas plus sévères s'accompagnent d'une grave déshydratation, les symptômes qu'il provoque étant le résultat d'une « perte d'électrolytes, des vomissements du fait de l'acidose et des crampes dans les jambes du fait de l'hypokaliémie »¹⁹⁶.

Sur le plan technique, s'il est vrai que certains cas plus légers pourraient à tort être assimilés à d'autres types de diarrhées aiguës (et vice-versa) en raison du manque de spécificité des symptômes, il est à noter que ce risque est moins important lorsque les symptômes¹⁹⁷ sont suffisamment sévères pour justifier une consultation médicale (environ 10 à 20 % des cas), voire entraîner la mort. Néanmoins, bien que distinctifs, les symptômes du choléra ne sont pas uniques¹⁹⁸. De plus, la bactérie responsable du choléra est uniquement présente dans les selles du patient¹⁹⁹. Il en résulte donc que, sur le plan médical, les cas de choléra ne peuvent être confirmés avec une certitude absolue que « par l'identification de *V. cholerae* dans les échantillons de selles »²⁰⁰.

b) Les considérations pratiques générales

Si une certitude scientifique quant au diagnostic ou à l'imputabilité du décès au choléra implique nécessairement la réalisation d'une analyse de selles, dans les faits, ces analyses n'ont souvent pas lieu. En effet, « [l]a définition utilisée par l'Organisation mondiale de la Santé reconnaît que la plupart des structures sanitaires ne seront pas en mesure de réaliser

195. À titre d'exemple, les agriculteur.trices ayant vu leur revenu diminuer en raison de la stigmatisation des produits locaux constituent un groupe de victimes particulièrement affectées par l'épidémie sur le plan économique. Cependant, il serait trop fastidieux d'étudier au cas par cas la situation de chacun d'entre eux et elles, notamment en évaluant la valeur des récoltes perdues. En ce sens, il pourrait être approprié de mettre en place des programmes régionaux ou locaux spécifiques pour que ces agriculteur.trices puissent récupérer une partie de leurs pertes et retrouver une certaine autonomie financière. Des programmes similaires pourraient également être mis en place pour les communautés où des vaudouisants ont été victimes de lynchages, par exemple.

196. MSPP. *Manuel de formation pour la lutte contre le choléra en Haïti : un cours abrégé pour les fournisseurs de soins de santé* (2011), en ligne : mspp.gouv.ht < <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Manuel%20de%20formation%20haïti%20cholera.pdf> >, p. 10.

197. En effet, les symptômes du choléra se distinguent des autres diarrhées aiguës d'origine virale, parasitaire ou médicamenteuse, ainsi que celles associées aux bactéries pénétrant les parois de l'intestin (qui provoquent plutôt un syndrome « dysentérique », c'est-à-dire des diarrhées glairo-sanglants avec fièvre). En effet, *Vibrio cholerae* appartient à la classe des bactéries entérotoxigènes (c'est-à-dire qui agissent en adhérant à la muqueuse intestinale et sécrètent une toxine pathogène au niveau de l'intestin grêle), provoquant un syndrome « cholériforme », soit des diarrhées aiguës à caractère aqueux – parfois appelé en « eau de riz » – et abondant, généralement sans fièvre. (Institut de Médecine Tropicale de l'Université de Bordeaux, 2018).

198. Le choléra n'est pas le seul germe pouvant causer un syndrome cholériforme et il existe des affections engendrant un syndrome mixte (à la fois cholériforme et dysentérique).

199. Entrevue de Renaud Piarroux, *supra* note 80.

200. OMS. « Choléra » (2011) en ligne : [who.int < https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cholera >](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cholera).

des cultures fécales et devront établir un diagnostic sur la base des signes cliniques et des symptômes »²⁰¹. Ainsi, dans la pratique, un cas de choléra « désigne généralement une personne qui a une diarrhée aqueuse aiguë plutôt qu'une personne chez qui la bactérie peut être isolée »²⁰². En termes de protocole spécifique, « [e]n début d'épidémie, des examens biologiques sont réalisés sur un groupe de patients dont les symptômes correspondent à la définition clinique d'un cas de choléra, pour confirmer que l'agent étiologique est *Vibrio cholerae* [...] »²⁰³. Puis, « [u]ne fois l'épidémie bactériologiquement confirmée, le diagnostic repose uniquement sur la définition de cas et l'examen clinique. On considère en effet qu'au cours d'une épidémie de choléra, un patient qui présente une diarrhée aqueuse abondante est très probablement un cas de choléra »²⁰⁴.

Selon l'OMS, « [d]ans les zones où une épidémie de choléra est [formellement identifiée et] déclarée²⁰⁵, un cas suspect est une personne souffrant de diarrhée aqueuse aiguë [soit trois selles liquides et aqueuses non sanglantes dans un délai de 24 heures] ou en train de mourir de diarrhée aqueuse aiguë »²⁰⁶.

En cas d'épidémie et en l'absence d'une certitude médicale, la sévérité des symptômes (particulièrement de la déshydratation) et l'existence d'une flambée dans la zone (augmentation soudaine du nombre de cas) constituent les principaux indicateurs relatifs à la probabilité qu'une personne présentant les signes cliniques du choléra en soit effectivement infectée²⁰⁷. En effet, selon le Dr Renaud Piarroux, le pourcentage approximatif de cultures positives testées en période de flambée en Haïti dépassait les 80%, alors qu'il était d'environ 50% en dehors des périodes de flambées²⁰⁸. Ainsi, en dehors des cas de choléra formellement confirmés ou infirmés par une analyse de selles, la probabilité associée à chaque cas spécifique impliquant un malade de 5 ans ou plus relèverait de la concordance entre les signes cliniques et les symptômes typiques de la maladie (voir Annexe 4 : Catégorisation des types de cas de choléra).

En ce qui a trait aux décès, il est à noter que, d'un point de vue strictement médical et scientifique, ce sont les symptômes du choléra (diarrhée et vomissements sévères) et non la bactérie en elle-même qui, en l'absence de traitement approprié, peuvent entraîner des complications (déshydratation sévère, déséquilibre électrolytique, pneumonie d'inhalation, etc.) menant à la mort du ou de la patient.e²⁰⁹. Néanmoins, d'un point de vue épidémiologique et pratique, il est généralement admis qu'en période épidémique ou de flambée un cas suspect, probable ou confirmé de choléra ayant entraîné le décès du malade environ une semaine suivant la déclaration des symptômes constitue un décès imputable au choléra. En effet, dans les cas des malades de 5 ans ou plus, est considéré comme un décès du choléra tout « décès causé par une diarrhée aqueuse aiguë sévère »²¹⁰.

Il est à noter que, sur le plan médical, les diarrhées aiguës sévères (c'est-à-dire qui nécessiteraient un traitement médical) chez les enfants de moins de 5 ans (et à plus forte raison chez ceux de moins de 2 ans) méritent d'être distinguées, car elles pourraient être attribuables à d'autres affections, notamment le Rotavirus²¹¹. Néanmoins, même si le Rotavirus demeure la cause la plus courante des diarrhées sévères et fatales chez les jeunes enfants à l'échelle mondiale, la probabilité qu'un enfant de moins de 5 ans présentant une

201. Stop choléra. *Glossaire des termes relatifs au choléra et aux programmes de vaccination contre le choléra* (2016), en ligne : stopcholera.org <https://www.stopcholera.org/sites/cholera/files/glossary_of_terms_fr_final_0.pdf>, p. 8.

202. *Ibid.*

203. MSF. *Prise en charge d'une épidémie de choléra* (2017) en ligne : msf.org <<http://oops.msf.org/OCBLog/content/OOPSLOGV3/LOGISTICS/operational-tools/management-of-a-cholera-epidemic-aug-2017-fr/1968-prise-en-charge-d'une-epidemie-de-cholera-aout-2017.pdf>>, p. 17.

204. *Ibid.*

205. Il est à noter que, selon l'OMS, même dans une zone où aucune épidémie de choléra n'a été déclarée, « un cas suspect correspond à tout patient âgé de ≥ 2 ans présentant une diarrhée aqueuse aiguë et une importante déshydratation ou est mort suite à une diarrhée aqueuse aiguë » (OMS, 2018, p. 5).

206. OMS, *supra* note 77, p. 5.

207. *Ibid.*

208. *Ibid.*

209. Entrevue de Renaud Piarroux, *supra* note 80.

210. OMS, *supra* note 77, p. 5.

211. En effet, alors que le choléra a pu être isolé dans environ 70% des cas de diarrhée aiguë (sans considération à l'aspect aqueux de celles-ci) chez les personnes de 5 ans et plus en période épidémique, il n'a pu être isolé que dans environ 49% des cas chez les enfants de 2 à 4 ans et à environ 13% chez les enfants de moins de 2 ans (Steenland, M. et al, 2013).

diarrhée aqueuse soit effectivement atteint du choléra devient très importante lors d'une flambée²¹². C'est d'ailleurs pour cette raison que, sur le plan épidémiologique, les cas de « diarrhée aqueuse aiguë et de déshydratation sévère » chez les malades âgés de 2 à 4 ans ainsi que ceux « en train de mourir de diarrhée aqueuse aiguë » sont tout de même comptabilisés comme des cas de choléra, à condition qu'au moins deux cas suspects aient été détectés « dans la même région et avec un maximum d'une semaine de décalage »²¹³.

Si statuer sur ces cas peut être plus complexe que pour les malades de 5 ans ou plus, certains éléments peuvent toutefois permettre d'évaluer la probabilité avec plus de justesse. C'est le cas notamment d'un enfant qui a été en contact direct avec un cas suspect ou confirmé de choléra ou encore s'il y a une flambée avérée dans sa localité. Un autre indicateur pourrait également être le fait que l'enfant ait reçu un vaccin contre le Rotavirus (ou encore si la zone où il réside a fait l'objet d'une campagne de vaccination contre celui-ci avant la déclaration des symptômes), réduisant ainsi les probabilités que la diarrhée aiguë lui soit attribuable²¹⁴. À ce titre, il est à noter que, selon les données officielles du MSPP, il est estimé que les cas de choléra chez les enfants de moins de 5 ans concernent une portion relativement limitée du nombre total de victimes du choléra comptabilisées en Haïti, soit environ 14%²¹⁵.

c) Considérations applicables au cas haïtien

De manière similaire aux pratiques observées dans d'autres pays (et à plus forte raison dans les contextes de ressources financières et humaines restreintes), en Haïti, très peu de tests de culture ont été réalisés, particulièrement au début de l'épidémie. Il en résulte donc que la proportion de patients ayant été formellement diagnostiqués du choléra (cas confirmés) est infime par rapport au nombre de personnes ayant potentiellement contracté la maladie. En effet, le nombre de personnes qui ont fait l'objet d'un test de culture est estimé à environ 10 000, soit moins de 1,25% du nombre total de personnes infectées selon les données du MSPP²¹⁶. En ce sens, la très grande majorité des diagnostics ont été posés uniquement sur la base des symptômes et de leur concordance avec les définitions techniques officielles²¹⁷.

À l'échelle nationale, si les définitions d'un « cas suspect » ou « probable » pouvaient légèrement varier d'une institution traitante à l'autre entre 2010 et 2016, elles respectaient *au minima* la définition du MSPP (c'est-à-dire toute personne présentant une diarrhée aiguë avec ou sans vomissements durant une flambée). Notons que la plupart des institutions traitantes tierces exigeaient en plus que les selles soient aqueuses ou en eau de riz pour conclure à un cas suspect²¹⁸. Néanmoins, d'un point de vue médical et épidémiologique, indépendamment de la définition utilisée et malgré l'absence de tests de cultures, les patients admis dans un centre de santé en tant que « cas suspect » ou autrement présentant les signes cliniques du choléra entre 2010 et 2013 (soit durant le pic épidémique de la maladie à l'échelle nationale) étaient quasi systématiquement atteints de la maladie²¹⁹. Ce constat est d'autant plus important pour la période de 2010 à 2011, ayant enregistré le plus haut taux d'incidence et le plus grand nombre de victimes depuis le début de l'épidémie. Étant

212. Entrevue de Renaud Piarroux, *supra* note 80.

213. OMS, *supra* note 77, p. 5.

214. Il est à noter qu'à compter de 2013, divers programmes de vaccination contre le Rotavirus ont eu lieu dans certaines régions en Haïti, réduisant ainsi considérablement le nombre de cas de diarrhées aiguës sévères chez l'enfant associées au Rotavirus (PATH, 2013).

215. Steenland, M. et al. « Laboratory-Confirmed Cholera and Rotavirus among Patients with Acute Diarrhea in Four Hospitals in Haiti, 2012-2013 » (2013) 89 (4) *Am J Tropical Medecin & Hygiene* 641.

216. Entrevue de Renaud Piarroux, *supra* note 80.

217. *Ibid.*

218. Par exemple, MSF Hollande considérait qu'il fallait au moins 3 diarrhées aqueuses en 24 heures pour qu'un cas soit considéré comme suspect (MSF Hollande, 2017).

219. Entrevue de Renaud Piarroux, *supra* note 80.

donné la baisse considérable du nombre de cas au niveau national (la maladie étant même disparu de certaines zones), à compter de 2014, les probabilités générales qu'un.e patient.e présentant les signes cliniques de la maladie soit réellement atteint.e du choléra se sont mises à diminuer progressivement²²⁰, rendant les données contextuelles sur les flambées plus pertinentes pour statuer sur les cas durant cette période²²¹.

À partir de janvier 2017, de nouveaux critères quant aux cas suspects ont été institutionnalisés afin de refléter la nouvelle situation épidémiologique nationale, exigeant que l'absence de fièvre et de sang dans les selles et la présence d'une déshydratation fasse partie intégrante des signes cliniques à observer²²². Depuis ce changement, le test de culture serait également devenu obligatoire afin de poser un diagnostic, car ce dernier comporterait parallèlement des avantages significatifs en termes de suivi épidémiologique en raison du taux d'incidence ayant grandement diminué²²³.

Ainsi, sur le plan médical et épidémiologique, il ressort donc de cette analyse qu'un malade admis dans un centre de santé comme « cas suspect » ou présentant les signes cliniques de la maladie (tels que déterminés par les définitions techniques propres à chaque période) durant l'épidémie de choléra en Haïti constitue probablement un cas de choléra, la probabilité spécifique diminuant graduellement à compter de 2014. En ce qui a trait aux décès, il peut être imputable au choléra s'il survient environ une semaine suivant la déclaration des symptômes associés à un cas suspect.

Il est important de noter que si ces conclusions générales par période suffisent pour permettre de statuer sur les demandes dans la très grande majorité des cas, exceptionnellement, les informations suivantes peuvent être utilisées à titre d'indicateur : des observations cliniques (notamment le décès du patient ou de la patiente ou encore la sévérité des symptômes de manière plus large); des données épidémiologiques contextuelles (notamment le contact direct avec d'autres cas ou encore la présence d'une flambée locale concordant avec la déclaration des symptômes)²²⁴. Ces considérations additionnelles peuvent être utiles dans les cas plus complexes concernant des enfants de moins de 5 ans, pour qui l'on peut également considérer la vaccination préalable au Rotavirus à titre d'indice.

2. L'IDENTIFICATION DES VICTIMES ET LA VÉRIFICATION DES INFORMATIONS

Dès lors que des considérations médicales et pratiques ont permis de faire ressortir certaines précisions relatives à l'établissement du statut de victime en l'espèce, il convient de penser à la manière dont celles-ci pourraient être recensées à travers la mise en place d'un système rigoureux et efficace d'identification et de vérification des informations²²⁵. Il est à ce titre nécessaire de déterminer quelles informations sont disponibles et utiles dans le cadre d'un tel exercice, l'endroit où les trouver et qui les gère. Dans un premier temps, une analyse de l'état actuel de la documentation existante au sein des systèmes de surveillance épidémiologique et de prise en charge des patient.es sera présentée, notamment afin d'en évaluer la fiabilité et l'étendue. Dans un deuxième temps, les mécanismes communautaires seront analysés pour évaluer dans quelle mesure ils peuvent être mobilisés pour combler les lacunes du système formel, notamment pour vérifier ou compléter les données officielles.

220. *Ibid.*

221. Si les données épidémiologiques à l'échelle nationale permettent de dresser un portrait sommaire des probabilités générales par période, les données relatives aux flambées ponctuelles propres à une zone géographique plus restreinte – par exemple à l'échelle départementale, communale et locale (sections communales, bourgs et habitations) – sont plus précises et permettent donc de fournir des indices plus fiables afin d'évaluer les probabilités spécifiques relatives à chaque cas. Ces données pourraient notamment être mobilisées exceptionnellement afin de contribuer à statuer sur des cas plus complexes.

222. Entrevue de Thierry François par Sabine Lamour (mai 2018), Jérémie.

223. Entrevue de Renaud Piarroux, *supra* note 80.

224. Entrevue de Renaud Piarroux, *supra* note 80.

225. INURED, *supra* note 79.

2.1. Le système de santé en Haïti et l'état de la documentation actuelle

La documentation détenue par le système formel peut contribuer à identifier les victimes et à vérifier leurs informations. Le système de santé haïtien est composé de plusieurs institutions et structures qui sont intervenues à différents niveaux pendant l'épidémie de choléra et ces institutions détiennent des informations pertinentes sur les victimes. Chapeautées par le MSPP, les autorités pertinentes se divisent en deux catégories, soit les structures de prévention et les structures de traitement des malades. Sur le plan de la prévention, les structures préexistantes de surveillance épidémiologique, sous l'égide de la Direction d'épidémiologie, de laboratoire et de recherche (DELR), ont directement contribué à la collecte de données sur l'épidémie à l'échelle nationale. Pour la prise en charge des malades, les structures préexistantes de soins ont été mobilisées et d'autres entités ont été spécialement conçues pour faire face à l'épidémie de choléra.

2.1.1. Le système de surveillance et d'alerte-réponse

A) LES SITES SENTINELLES DU MSPP

Constituant un mécanisme de collecte de données préexistant à l'échelle nationale, le système de surveillance épidémiologique du MSPP pourrait constituer une source d'information essentielle permettant d'identifier certaines victimes du choléra ou de vérifier leurs informations. Ce mécanisme de surveillance épidémiologique disposait déjà de sites sentinelles, soit des dispositifs d'alerte et de surveillance lui permettant de suivre l'évolution de certaines maladies contagieuses et d'alerter la population en cas de risques pour la santé publique. Ces sites préexistants ont donc été mobilisés et renforcés dans le cadre du suivi épidémiologique du choléra, passant de 54 à 106 sites entre octobre 2010 et décembre 2012²²⁶.

Dans le cadre de ce réseau de sites sentinelles, des épidémiologistes affecté.es à chaque structure locale du système de santé faisaient parvenir les données épidémiologiques sur le choléra pour la zone géographique et la période donnée à des Officier.ères de surveillance épidémiologique (OSE). Ces officier.ères, chargé.es de réviser les registres de consultation et de compiler les données, notifiaient par la suite les cas inhabituels à la direction sanitaire départementale sur une base quotidienne via une plateforme de *Monitoring, Evaluation and Surveillance Interface* (MESI)²²⁷. Les données étaient alors validées par un.e épidémiologiste du département qui, à la suite d'une investigation auprès du responsable de la zone concernée, les acheminait à son tour à la DELR qui compilait les données à l'échelle nationale et les analysait à des fins statistiques²²⁸.

Si les entrevues réalisées sur le terrain n'ont pu confirmer la disponibilité de données individualisées sur les victimes, il est probable qu'elles se trouvent dans certains sites sentinelles locaux, notamment les sites non officiels dirigés par des organisations tierces, dont les méthodes de compilation et de stockage pourraient potentiellement être meilleures. Elles pourraient être retracées auprès des OSE qui, dans le cadre de leur travail de révision et de compilation, auraient eu accès à ces informations à l'échelle locale²²⁹.

Néanmoins, si ces OSE étaient relativement bien formé.es pour remplir leurs tâches respectives, ils manquaient par ailleurs de ressources pour effectuer leur travail efficacement et de manière constante. Si le nombre de sites sentinelles a augmenté considérablement depuis le début de l'épidémie, il n'en demeure pas moins qu'en 2012, l'étendue de la

226. MSPP. *Plan stratégique pour le renforcement de la surveillance épidémiologique en Haïti, 2013-2018* (2013) en ligne : [mspp.gouv.ht](https://www.mspp.gouv.ht) < <https://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/Plan%20strategique%20DELR%202013-2018.pdf> >, p. 17.

227. Lamour et al, *supra* note 108.

228. *Ibid.*

229. *Ibid.*

couverture nationale de ce système ne dépassait pas les 10 % et la répartition de ces sites n'était pas uniforme sur le territoire national, certaines zones étant sous-représentées²³⁰. Par conséquent, il est probable que les informations concernant plus de 90 % du territoire proviennent d'autres institutions non qualifiées, par exemple de sites sentinelles non officiels qui, de leur côté, disposaient de niveaux de formation et de ressources variables d'une institution à l'autre.

B) LES ÉQUIPES DÉPLOYÉES SUR LE TERRAIN

Dans le cadre de ce système de surveillance épidémiologique et d'alerte-réponse, des équipes de l'OMS et de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) ont été envoyées sur le terrain, notamment afin d'appuyer sur les plans technique et logistique les autorités sanitaires en vue du développement d'une riposte adaptée en fonction des besoins et de la situation²³¹. D'abord déployées dans les départements dénombant le plus de victimes (le Nord, l'Artibonite, le Centre et l'Ouest), ces équipes ont ensuite été réparties à l'échelle nationale. À compter de 2014, le MSPP a lui aussi progressivement mis en place ses propres équipes sur le terrain – les équipes mobiles d'intervention rapide (EMIRA) –, travaillant ainsi de concert avec les équipes de l'OPS, l'OMS, l'UNICEF et d'autres organisations indépendantes. Ayant varié entre 32 et 88 équipes selon les périodes, toutes ces équipes menaient une action concertée, participant notamment à la recherche et à la chloration des sources d'eau infectées, à la prévention de la maladie (notamment par des activités de sensibilisation et de promotion d'une bonne hygiène), mais également au traitement du choléra (par la décontamination de foyers infectés, la prise en charge de malades, la recherche active de cas de choléra)²³².

À ce titre, elles intervenaient surtout dans les zones à risques ou dans celles où il y avait une flambée avérée afin de prévenir de nouvelles infections et de limiter la propagation de la maladie. Si leur travail ne visait pas spécifiquement à compiler les informations personnelles relatives aux victimes, selon les informations recueillies, certaines de ces équipes auraient collecté à l'écrit les noms, adresses et numéros de téléphone des personnes ayant bénéficié de leurs services dans des registres²³³.

C) LE RÔLE POTENTIEL DU SYSTÈME DE SURVEILLANCE ET D'ALERTE-RÉPONSE DANS L'IDENTIFICATION DES VICTIMES ET LA VÉRIFICATION DE LEURS INFORMATIONS

Le réseau de sites sentinelles constitue une source utile pour l'identification des victimes, mais son champ d'action est limité et son analyse des données épidémiologiques n'est ni constant ni exhaustif²³⁴. Son utilité dans le cadre d'un tel mécanisme serait donc variable en fonction des localités²³⁵. Les sites sentinelles pourraient donc servir dans le cadre d'une identification complémentaire des victimes dans certaines zones géographiques spécifiques ou pour la vérification ultérieure d'informations dans les cas les plus complexes. Ainsi, en obtenant l'autorisation du MSPP pour contacter ces sites sentinelles, il serait possible d'avoir une idée globale à l'échelle nationale des localités spécifiques où les informations sont suffisamment détaillées pour servir à de telles fins.

230. MSPP, *supra* note 226, p. 17.

231. Entrevue de Renaud Piarroux, *supra* note 79.

232. *Ibid.*

233. *Ibid.*

234. Lamour et al, *supra* note 108.

235. Ces conclusions se basent notamment sur des entrevues avec un responsable de la DELR, un responsable de surveillance épidémiologique dans la Grande-Anse et un administrateur d'hôpital dans la commune d'Anse-d'Hainault (Lamour et al., 2018).

En ce qui a trait aux équipes terrain de l'OPS, de l'OMS, du MSPP (les EMIRA), de l'UNICEF ainsi que de quelques organisations indépendantes, elles semblent constituer une avenue intéressante à explorer, notamment pour identifier certaines victimes n'ayant pas fréquenté un centre de santé (particulièrement celles infectées à partir de 2013). De plus, étant donné que ces équipes relevaient du MSPP ou travaillaient en partenariat étroit avec celui-ci, il pourrait faciliter l'accès aux informations qu'elles détiennent. La consolidation des listes pourrait s'effectuer par une collaboration avec des membres du MSPP, de l'OMS et de l'OPS, notamment ceux ayant été déployés sur le terrain. Fortes de leur travail de proximité avec les malades et de leurs connaissances des zones où elles ont été déployées, ces équipes pourraient être remobilisées afin de contribuer à l'identification des personnes infectées et des décès communautaires ainsi qu'à la vérification des informations dans ces zones²³⁶.

2.1.2. Le système de prise en charge des patients atteints du choléra

Pour pallier à l'insuffisance des données du système de surveillance et d'alerte-réponse, l'identification de victimes doit également reposer sur les structures de prise en charge directe des patient.es du choléra.

Afin de déterminer dans quelle mesure ces structures pourraient disposer des renseignements nécessaires à cet exercice, il importe d'abord de comprendre de quelle manière le système de santé haïtien est organisé.

Le système de santé en Haïti forme une pyramide constituée de trois niveaux de soins (voir [Annexe 5: Organisation du système de santé haïtien](#)). Au niveau local (premier niveau), les services de santé sont offerts par 58 unités communales de santé (UCS). Fournissant des services de santé d'urgence et de proximité, ces unités sont constituées de 795 structures de santé de premier échelon (SSPE) qui reposent notamment sur du personnel médical général²³⁷, des acteurs communautaires²³⁸ et du personnel ambulatoire²³⁹ chargé de se déplacer dans les endroits plus reculés ou difficiles d'accès²⁴⁰. Il s'agit par exemple de cabinets médicaux, de dispensaires, de centres de santé sans lit (CSL) et avec lits (CAL). Les cas plus graves – notamment ceux ne pouvant être traités par les SSPE – peuvent être renvoyés vers l'un des 45 hôpitaux communautaires de référence (HCR) comprenant du personnel médical²⁴¹ et paramédical²⁴² plus spécialisé²⁴³. Dans les cas plus complexes nécessitant des soins spécialisés, les patient.es peuvent être référé.es dans l'un des dix hôpitaux départementaux (deuxième niveau), ou encore au niveau national (troisième niveau) à l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti (HUEH) ou dans l'un des centres nationaux spécialisés²⁴⁴.

Les structures préexistantes du système de santé, soit 908 structures qui fournissent de l'assistance et des soins, sont depuis longtemps insuffisantes pour répondre aux besoins de base de la population²⁴⁵. Les informations recueillies sur le terrain nous indiquent que tout le système de santé préexistant a dû être mobilisé à différents degrés dans la prise en

236. Lamour et al, *supra* note 108.

237. Le personnel médical général des SSPE inclut notamment : des médecins généralistes, infirmières, infirmières auxiliaires, etc. (MSPP, 2006, p. 114-116).

238. Les acteurs communautaires des SSPE incluent notamment : des agents de santé, matrones, tradipraticiens, etc. (MSPP, 2006, p. 116-117).

239. Le personnel ambulatoire des SSPE inclut notamment : des infirmières et agents de santé (MSPP, 2006, p. 117).

240. MSPP. *Représentation du système de santé: Le paquet minimum de services, cadre conceptuel* (2006) en ligne : [mspp.gouv.ht <https://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/Paquet_minimum_de_services_1er%20niveau.pdf>](https://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/Paquet_minimum_de_services_1er%20niveau.pdf), p. 117.

241. Le personnel médical spécialisé des HCR inclut notamment : des médecins spécialistes, chirurgiens, anesthésistes, pharmaciens, etc. (MSPP, 2006, p. 118-119).

242. Le personnel paramédical spécialisé des HCR inclut notamment : des sages-femmes, infirmières spécialisées, technologistes de laboratoire, techniciennes en radiologie, etc. (MSPP, 2006, p. 119-122).

243. MSPP, *supra* note 240, p. 12.

244. *Ibid.*

245. En effet, de manière générale, le système de santé formel permettrait uniquement à environ 47 % de la population du pays à avoir accès à des soins de santé, alors que la médecine traditionnelle représenterait toujours, dans 70 % des cas, le premier recours en cas de maladie. Selon le MSPP, le séisme du 12 janvier 2010 aurait eu des effets dramatiques sur les structures administratives et de prestation de services du secteur de santé en Haïti, portant ainsi à croire que la situation pourrait s'être dégradée davantage depuis lors (MSPP, *supra* note 196, p. 15).

charge directe des malades du choléra. Ce fut le cas surtout au début de l'épidémie, lorsque le système de santé a été saturé par les besoins énormes de prise en charge des malades du choléra, forçant toutes ces structures à intervenir indépendamment de leur degré de spécificité²⁴⁶.

De nouvelles structures de prise en charge à l'échelle locale ont dû être mises en place pour pallier à l'insuffisance des structures préexistantes. Des CTC, associés ou non à des centres de santé préexistants, visaient donc à fournir un traitement rapide et efficace pour les patient.es soupçonné.es d'être atteint.es du choléra²⁴⁷, et ont joué un rôle particulièrement important dans la prise en charge des malades²⁴⁸. Certains CTC auraient même développé des systèmes visant à identifier des infections et des décès communautaires par la mise en place d'équipes terrain²⁴⁹. Dans les zones plus éloignées, des unités de traitement du choléra (UTC) ont été mises en place afin de permettre aux patient.es légèrement à modérément malades d'être soigné.es ou encore aux cas plus sévères de recevoir des soins d'hydratation d'urgence avant de pouvoir être transférés vers un CTC. Des points de réhydratation orale (PRO), soient des stations satellites visant à traiter les malades légers et généralement opérés par des agent.es sanitaires communautaires, ont également été mis en place dans certaines communautés²⁵⁰.

A) LE RÔLE POTENTIEL DU SYSTÈME DE PRISE EN CHARGE DES PATIENT.ES ATTEINT.ES DU CHOLÉRA DANS LA CRÉATION D'UNE BASE DE DONNÉES CONSOLIDÉE SUR L'IDENTITÉ DES VICTIMES

Si les structures de prise en charge des patient.es sont si prometteuses en termes d'identification des victimes ayant fréquenté un centre de santé, c'est notamment parce qu'elles relèvent du MSPP et qu'elles doivent respecter le droit haïtien et les exigences nationales en matière de tenue de registres et de notification de cas aux autorités désignées. Leurs registres devraient contenir les informations de base sur l'identité des malades du choléra qu'elles ont traités²⁵¹ et les cas de décès devraient avoir été enregistrés²⁵².

Les informations préliminaires recueillies sur le terrain semblent confirmer que les registres ont été remplis conformément aux protocoles du MSPP²⁵³ – incluant le nom, l'âge, le sexe, l'heure d'arrivée, l'heure du prélèvement de spécimen (s'il y a lieu), la provenance du malade ainsi que son numéro de téléphone. Les décès ont été enregistrés et notifiés à l'État selon les procédures prévues par la loi haïtienne²⁵⁴. Il est possible que des bases de données contenant des informations pertinentes stockées à différents niveaux existent, ce qui permettrait d'amasser un maximum d'informations sur les victimes – ayant fréquenté des institutions formelles – afin de créer une base de données consolidée²⁵⁵.

Pour créer cette base de données, il serait opportun de consulter d'abord les informations détenues au sein des directions sanitaires départementales. Les archives disponibles sur les malades et les décès institutionnels du choléra sont gérées sur place, notamment par le biais

246. Lamour et al, *supra* note 108

247. MSPP, *supra* note 196, p. 22.

248. Il semblerait même que, lorsque les structures de prise en charge spécifique au choléra ont été créées, les structures préexistantes devaient autant que possible référer les cas suspects aux CTC et UTC plutôt que de les traiter au sein de leur établissement afin de limiter les risques de contagion. En ce sens, ces structures de prise en charge spécifique comptabilisent probablement une portion significative des cas de choléra enregistrés.

249. C'est notamment le cas de Zanmi Lasante et de REAL HOPE. Cette dernière, sur la base d'une photo du malade ou du défunt, communiquait avec les autorités locales et les leaders communautaires de la zone afin de les identifier. De plus, entre 2011 et 2016, 6 brigadiers bénévoles ont été chargés d'administrer des premiers soins à des malades leur permettant de se rendre au CTC le plus proche ainsi que de recenser les décès communautaires dans la zone de Cazale dans un registre prévu à cet effet. (Lamour et al., 2018).

250. MSPP, *supra* note 196, p. 22.

251. « Tout médecin, [...] infirmière [...] ou autre personne ayant connaissance d'un cas de maladie, suivant la liste de maladies ci-après, porteront immédiatement le fait à la connaissance de l'Officier Sanitaire à savoir : choléra-asiatique, [...] ». « Tout médecin traitant un des cas de maladies sus-visées [...] en fournit le rapport immédiatement à l'Officier Sanitaire » (Code d'Hygiène l'Hygiène Publique, p. 60-61, para. 7).

252. « Tout entrepreneur des pompes funèbres ou autre personne ayant à sa charge ou en sa possession, ou préparant pour l'inhumation, le cadavre d'une personne morte d'une des maladies énumérées [...] notifiera immédiatement le décès à l'Officier Sanitaire en indiquant le nom du défunt, le lieu du décès, le jour et l'heure de l'inhumation [...] » (Code d'Hygiène l'Hygiène Publique, p. 61, para. 8).

253. Lamour et al, *supra* note 108

254. *Ibid.*

255. *Ibid.*

de registres écrits dans lesquels les noms et autres informations des victimes pourraient apparaître²⁵⁶. Lorsque ce n'est pas le cas, ces données (bien qu'incomplètes et imparfaites) seraient à tout le moins contenues dans les registres des structures de prise en charge directe des patient.es à l'échelle locale, qu'il s'agisse de CTC ou de structures préexistantes du système de santé²⁵⁷. Le MSPP pourrait confirmer les procédures d'archivages et leurs lieux de stockage précis et jouer un rôle de facilitateur. Un partenariat pourrait ainsi être mis en place entre ces différentes structures afin de consolider les données existantes.

LES LIMITES DE LA CRÉATION D'UNE BASE DE DONNÉES CONSOLIDÉE À PARTIR DU SYSTÈME DE PRISE EN CHARGE DES PATIENT.ES ATTEINT.ES DU CHOLÉRA

Si ces conclusions semblent prometteuses, plusieurs défis subsistent en ce qui a trait à l'étendue, la qualité et la fiabilité de l'information disponible.

D'abord, les structures qui disposent de données et d'informations pertinentes avaient surtout pour rôle de contrôler l'épidémie et d'éradiquer la maladie²⁵⁸. Les données n'ont donc pas été compilées dans l'objectif d'identifier des victimes. Ensuite, lorsque l'épidémie de choléra a éclaté en octobre 2010, le système de santé formel n'était tout simplement pas en mesure de faire face à une telle crise et le corps médical était loin de s'attendre à l'arrivée d'une nouvelle maladie. C'est uniquement à partir de 2011 qu'une stratégie de contrôle de l'épidémie a été développée²⁵⁹. Cette saturation des structures du système de santé formel (tant des structures préexistantes que créées spécifiquement pour la prise en charge du choléra) était particulièrement importante durant le pic épidémique de la maladie (2010-2013). On observe une meilleure prise en charge à compter de 2014. À ce titre, tout porte à croire que la documentation disponible reflétera les capacités de prise en charge de ces institutions pour une période donnée, la période de 2010 à 2013 étant particulièrement susceptible d'être associée à des lacunes informationnelles marquées²⁶⁰.

Par ailleurs, des différences considérables quant à l'enregistrement (étendue et qualité des données) et le stockage (conservation des informations) sont à prévoir en fonction des structures de prise en charge ainsi que des zones géographiques. Ces disparités pourraient notamment s'expliquer par des différences en termes de moyens financiers, les structures disposant de ressources et de modes de fonctionnement plus rudimentaires (telles que les plus petites SSPE ainsi que les PRO) étant plus vulnérables. En Haïti, 30,62% des institutions composant le système de santé sont entièrement publiques. Le secteur privé continue d'être présent dans la prise en charge des maladies. Les différences dans les modes de financement ont donc mené à certaines disparités dans le fonctionnement administratif des institutions. Il en va de même pour les structures de prise en charge du choléra (CTC, UTC ou PRO), puisque celles-ci relèvent d'organisations indépendantes. Elles opèrent de manière relativement autonome et sont régies par des règles spécifiques et des politiques internes propres à l'organisation les chapeautant²⁶¹. Les informations recueillies sur le terrain semblent confirmer que la plupart des structures préexistantes et des CTC se sont effectivement conformés aux exigences nationales, il est par contre difficile d'apprécier l'uniformité des informations disponibles entre les différentes régions compte tenu des limites géographiques de la présente étude²⁶². Il est fort probable que certaines régions fassent l'objet d'une couverture moins grande que d'autres, notamment en raison de problèmes de stockage²⁶³.

256. Bien que la présente étude n'ait observé la situation que dans quatre départements et qu'elle ne puisse donc pas confirmer que ce soit le cas dans les directions sanitaires des dix départements du pays, les informations collectées permettent d'affirmer qu'il s'agit d'une avenue méritant grandement d'être considérée. En effet, les personnes interviewées dans la Grande-Anse et dans le Nord ont confirmé que les registres de leurs directions sanitaires respectives contenaient le nom des personnes ayant été admises et traitées dans ces institutions.

257. Lamour et al, *supra* note 108.

258. *Ibid.*

259. Voir MSPP, *supra* note 226.

260. Entrevue de Thierry François, *supra* note 222.

261. Ces informations sont basées sur des entrevues réalisées auprès de responsables d'organisations ayant administré des CTC dans les départements de l'Ouest et du Centre, notamment GHESKIO, Zanmi Lasante, Médecins sans Frontières Hollande et REAL HOPE.

262. Entrevue de Thierry François, *supra* note 222.

263. À titre d'exemple, dans la Grande-Anse, le cyclone Matthew d'octobre 2016 a fortement endommagé les infrastructures dans la majorité des villes du département. À ce titre, selon les données recueillies sur le terrain, plusieurs structures de santé, telles que l'Hôpital Communautaire de Référence d'Anse-d'Hainaut, semblent avoir subi des dommages importants, détruisant ainsi en tout ou en partie les registres officiels qui avaient été constitués (Lamour et al., 2018).

Enfin, en ce qui a trait à la fiabilité des données, il est à noter que les pièces d'identité n'étaient pas exigées de manière systématique pour l'admission des patient.es²⁶⁴. Compte tenu de la stigmatisation associée à la maladie, il est possible que des patient.es aient fourni de fausses identités à leur arrivée dans ces centres²⁶⁵. Ainsi, certains registres pourraient contenir un certain nombre de faux noms associés à de vraies victimes. De plus, certaines victimes ayant fourni leur vrai nom pourraient par la suite avoir de la difficulté à prouver leur identité faute de documents officiels à l'appui, soit en raison des faiblesses du registre de l'État civil haïtien ou encore de la perte de leurs documents dans le cadre de catastrophes naturelles²⁶⁶. Des informations sur les maladies et les décès existent, mais elles devront être corroborées par d'autres sources pour contrebalancer ces lacunes.

B) LE RÔLE POTENTIEL DES ACTEURS DU SYSTÈME DE PRISE EN CHARGE DES PATIENT.ES ATTEINT.ES DU CHOLÉRA DANS L'ANALYSE DES CAS LES PLUS COMPLEXES

En dehors de la création d'une base de données consolidée, les acteurs de la prise en charge des patient.es pourraient ponctuellement identifier des victimes et vérifier des informations dans les cas les plus complexes. Toutes les structures locales (relevant de la coordination sanitaire de chaque unité d'arrondissement), départementales (relevant des directions sanitaires départementales) et nationales (relevant directement du MSPP) de prise en charge institutionnelle ou non des patient.es seraient susceptibles de détenir des informations pertinentes²⁶⁷. Ces acteurs pourraient donc être mobilisés (notamment à titre d'informateurs ou de témoins), en apportant certaines informations ou précisions additionnelles afin de vérifier les informations préexistantes ou encore d'en améliorer l'étendue et la fiabilité. À titre de rappel, selon les informations recueillies sur le terrain, ils incluraient notamment :

1. les membres des équipes terrain de l'OMS, de l'OPS, de l'UNICEF les EMIRA, associés au système de surveillance épidémiologique ;
2. le personnel des structures préexistantes de prise en charge des patient.es du système de santé haïtien aux niveaux local, départemental et national, tels que le personnel médical et paramédical des centres de santé locaux (notamment les CSL et CAL) sous l'égide des UCS, les HCR, les hôpitaux départementaux sous l'égide des directions sanitaires départementales ainsi que les hôpitaux nationaux ou centres spécialisés sous l'égide du MSPP ;
3. le personnel des structures de prise en charge des patient.es atteint.es du choléra tel que les CTC, les UTC et les PRO, y compris les équipes terrain et brigadiers de certaines institutions administrant des CTC²⁶⁸.

Néanmoins, la mobilisation de ces acteurs dans ce contexte ne serait qu'exceptionnelle et devrait être limitée aux cas complexes sur lesquels il n'est pas possible de statuer sans consulter ces ressources. Ce pourrait notamment être le cas d'une victime affirmant avoir été admise dans un centre de santé, mais qui ne figure pas dans les registres départementaux ou locaux. Ces acteurs pourraient ainsi confirmer que la victime en question a bien été vue dans leur centre de santé en cas de perte des registres officiels (ex. : catastrophe naturelle) ou encore d'erreur d'enregistrement (défaut d'inscrire le nom dans le registre ou encore noms ne correspondant pas).

264. Lamour et al, *supra* note 108.

265. *Ibid.*

266. *Ibid.*

267. *Ibid.*

268. *Ibid.*

2.2. L'identification et la vérification des victimes par le biais d'un système complémentaire

Il ressort que le système d'information formel détient des informations indispensables à l'élaboration d'un mécanisme d'identification et de vérification des victimes. Toutefois, les informations issues de ce système sont incomplètes et imparfaites. Il s'agit d'ailleurs d'un des principaux obstacles à la mise en place d'un dispositif d'assistance matérielle axé sur les personnes, identifié tant par l'ONU²⁶⁹ que par les victimes elles-mêmes²⁷⁰.

Aucune des structures du système formel (qu'il s'agisse du système de surveillance ou de prise en charge) ne pourrait à elle seule permettre d'identifier ou de vérifier de manière systématique et exhaustive toutes les victimes, même strictement institutionnelles. Le système a été incapable de tenir compte de toutes les victimes de l'épidémie puisqu'il manquait cruellement de ressources pour faire face à une telle crise et qu'un plan d'action spécifique de prise en charge n'avait pas encore été élaboré. Il en résulte des lacunes informationnelles considérables, surtout en ce qui a trait aux victimes non institutionnelles, soit les personnes infectées ou décédées dans leurs communautés n'ayant pas fréquenté une structure du système de santé formel, qui constituent une portion considérable des victimes totales²⁷¹.

Il serait donc peu réaliste de vouloir identifier de manière systématique et exhaustive toutes les personnes malades ou décédées à l'échelle nationale uniquement par ce système formel. Par contre, un système d'identification et de vérification communautaire pourrait compléter et confirmer les informations du système formel.

Plusieurs acteurs communautaires de la prise en charge des malades du choléra détiennent des informations pertinentes à l'identification des victimes. Les informations préliminaires recueillies sur le terrain et plusieurs entrevues réalisées démontrent que ces acteurs communautaires pourraient contribuer à la vérification des informations préexistantes au sein du système de santé formel et participer à l'identification des victimes elles-mêmes. Ils pourraient constituer eux-mêmes des listes communautaires ou encore mobiliser leurs ressources ou leurs cercles d'influence dans le cadre d'un processus plus large (voir [4.2. Les aspects techniques du fonctionnement du mécanisme](#) pour plus de détails sur le rôle spécifique des acteurs communautaires dans le mécanisme)²⁷². Ils incluent notamment :

1. les acteurs communautaires des SSPE, tels que les agent.es de santé, matrones, tradipraticien.nes;
2. les autorités spirituelles, telles que les pasteurs et prêtres, les *hougans* et *mambos*;
3. les acteurs associatifs, tels que des membres d'associations et d'organisations de victimes, de droits humains, de femmes, de vaudouisants, de paysans ainsi que des avocat.es représentant des victimes;
4. les autorités locales formelles et autres notables, tels que les maires et les membres des Conseils d'administration communales (CASEC) et des Assemblées des sections communales (ASEC)²⁷³.

Ces catégories d'acteurs clés, notamment en raison des actions diverses qu'ils ont menées pour lutter contre le choléra et de leur engagement auprès de leur communauté, détiendraient une connaissance considérable permettant d'identifier des personnes qui ont été affectées par le choléra dans leur section communale, particulièrement dans les zones rurales et périurbaines²⁷⁴. Ils peuvent mettre à profit des organisations communautaires et

269. Secrétariat général des Nations Unies, *supra* note 19, p. 16.

270. INURED, *supra* note 79.

271. Lamour et al., *supra* note 108.

272. *Ibid.*

273. Lamour et al., *supra* note 108.

mobiliser leurs réseaux existants pour un éventuel mécanisme d'identification des victimes ou de vérification de leurs informations²⁷⁵. En effet, ces leaders se réunissent sur une base régulière, non seulement entre les membres de leur propre communauté, mais également avec les autres catégories d'acteurs²⁷⁶.

Il en résulte donc une organisation communautaire complexe caractérisée par des réseaux d'échanges multilatéraux d'informations, dont des données indispensables pour un processus d'identification et de vérification des victimes, particulièrement des victimes non institutionnelles. Ces réseaux informationnels sont par ailleurs renforcés par la porosité entre les diverses catégories d'acteurs, certains d'entre eux occupant simultanément ou consécutivement plusieurs rôles ou postes pertinents. À titre d'exemple, les hougans et mambos rencontrés étaient souvent tradipraticien.nes, alors que les autorités locales et notables de la zone faisaient souvent partie des acteurs communautaires des SSPE²⁷⁷. Le recoupement de ces catégories avec le secteur associatif était également fréquent, les types d'associations existantes étant variés²⁷⁸.

2.2.1. Les informations détenues par des acteurs clés et leur rôle potentiel dans le système de vérification complémentaire

Les acteurs communautaires des SSPE, les autorités spirituelles, les acteurs associatifs et les autorités locales formelles et informelles ont joué un rôle à divers niveaux dans la prise en charge du choléra en Haïti. La plupart d'entre eux ont contribué à la mise en place de programmes de prévention de la maladie et d'assistance immédiate pour les malades.

Alors que certains ont invité des infirmières à donner des séances d'information sur le choléra dans leur communauté²⁷⁹, d'autres ont plutôt opté pour former des équipes de prévention et d'assistance rapide²⁸⁰. D'autres encore ont directement participé au transport de malades vers les CTC et centres de santé ou ont fait don de motos et autres moyens de transport afin de faciliter ces déplacements. Dans certaines zones, des actions de plaidoyer à l'égard de certaines traditions culturelles régionales présentant des risques de contagion ont également été menées²⁸¹. Certains de ces acteurs ont même accueilli chez eux des malades rejetés par leur famille ou leur communauté en créant des solutions de fortune et en administrant un sérum oral à base d'eau de riz afin de réhydrater les malades²⁸². À ce titre, ces acteurs pourraient être mobilisés, car ils disposent d'informations obtenues dans le cadre d'un travail de proximité.

A) LE RÔLE PRÉPONDÉRANT DES AUTORITÉS SPIRITUELLES

Cependant, à plus grande échelle, les informations recueillies sur le terrain dans les zones étudiées indiquent que ce sont les autorités spirituelles qui bénéficieraient de la plus grande capacité d'identification des victimes et de vérification de leurs informations, et ce, qu'il s'agisse d'autorités chrétiennes (pasteurs et prêtres) ou vaudouisantes (hougans ou mambos). Dans plusieurs zones étudiées (notamment à Dame-Marie et Quartier-Morin), des églises ont développé des systèmes organisés d'information communautaires regroupant des leaders religieux, des autorités formelles, d'autres types de leaders communautaires et des regroupements de jeunes afin de suivre l'évolution de l'épidémie dans la zone. Les membres des églises partageaient l'information dont ils disposaient sur la maladie (notamment

274. *Ibid.*

275. *Ibid.*

276. *Ibid.*

277. Par exemple, à Saint-Michel-de-l'Attalaye, la mairesse était également l'ancienne infirmière générale en charge du centre de santé et plusieurs CASEC et ASEC étaient aussi ou avaient été agents de santé.

278. *Ibid.*

279. Par exemple une église à Dame-Marie.

280. Par exemple une église à Quartier-Morin.

281. C'est notamment le cas d'un hougan à Dame-Marie qui a mené des campagnes de sensibilisation quant aux risques de laver les habits des défunts dans les rivières, encourageant plutôt les habitants à les enterrer. (Lamour et al., 2018).

282. Par exemple une mambo à Saint-Michel.

l'identification de fidèles malades) et son évolution dans les zones limitrophes en tenant des réunions régulières²⁸³. À Quartier-Morin, ce système d'information a été mis en place au sein des églises par des jeunes qui ont été formés et envoyés sur le terrain afin de travailler activement à la prévention et l'assistance immédiate aux malades, les redirigeant vers les CTC les plus proches. À Dame-Marie, un système décentralisé et organisé d'information caractérisé par un haut niveau d'efficacité a été mis sur pied. Dans le cadre de celui-ci, les fidèles étaient répartis en cinq cellules associées à des zones géographiques différentes. Les membres de chacune d'entre elles se réunissaient dans leur quartier respectif sur une base hebdomadaire afin de discuter des noms et des motifs des absences des fidèles, ces données étant recueillies dans le cadre de leurs enquêtes menées sur le terrain²⁸⁴.

Les systèmes d'information mis en place par les autorités vaudouisantes dans les zones étudiées étaient sensiblement similaires. En effet, certains leaders vaudouisants, notamment à Saint-Michel-de-l'Attalaye et Dame-Marie, s'appuyaient sur les Badekan et Hadianikon²⁸⁵ pour obtenir des informations sur l'évolution du choléra et les victimes dans leur zone. À Saint-Michel, le hougan rencontré a mis en place un système décentralisé couvrant les huit sections communales de la commune, chacune d'entre elles étant attribué à un informateur désigné que le hougan rencontrait au minimum sur une base mensuelle. De plus, 12 informateurs étaient également chargés de sillonner les habitations afin d'obtenir des informations sur les noms des malades et des personnes décédées ainsi que sur les conflits existants dans la zone, qu'ils transmettaient au hougan sur une base quotidienne²⁸⁶.

B) LES DIFFÉRENCES RÉGIONALES QUANT AU SYSTÈME D'INFORMATION INFORMEL

Même au sein des systèmes d'information informels, il existe des différences en fonction des régions. Alors que les leaders chrétiens occupaient un rôle plus important et bénéficiaient d'une plus grande confiance de la population dans certaines régions, ce sont plutôt les leaders vaudouisants qui prévalaient dans d'autres²⁸⁷. De plus, chez les vaudouisants, il est à noter que la plupart des mambos rencontrés n'ont pas développé de système d'information comme les hougans l'avaient souvent fait, mais agissaient plutôt dans la prise en charge directe des malades²⁸⁸. Par ailleurs, le niveau de confiance de la population envers ces leaders et la force des liens sociaux dans chaque communauté peuvent varier. Des liens sociaux forts et un niveau de confiance élevé envers ces leaders seraient généralement associés à des systèmes d'information plus développés et fiables. Bien que le phénomène soit plutôt marginal, il convient de noter que, à certains endroits, des leaders spirituels ont été identifiés par la population comme étant indignes de confiance, ou alors la communauté était tellement divisée que, même s'ils avaient été mis en place, ces systèmes n'auraient jamais pu être efficaces²⁸⁹.

Les informations préliminaires recueillies dans les zones étudiées ont également fait ressortir des inégalités notables en fonction des régions et du rôle de chaque leader communautaire²⁹⁰. Il serait important de considérer les autres acteurs communautaires que sont les autorités associatives, locales et les acteurs communautaires du système de santé. Non seulement pourraient-ils être utiles dans les zones où les autorités spirituelles ne sont pas aussi influentes ou manquent de légitimité, mais ils pourraient également être mobilisés à des fins de vérification croisée des données. Compte tenu des limites géographiques de la présente

283. Lamour et al, *supra* note 108.

284. *Ibid.*

285. Les Badekan (ou hadienikon, selon les zones) sont les personnes faisant le pont entre le hougan ou la mambo et la communauté. Il permet à ces autorités spirituelles d'obtenir des informations constantes sur les sujets de leur choix dans leur zone respective.

286. Lamour et al, *supra* note 108.

287. *Ibid.*

288. À ce titre, il semble donc y avoir une division sexuée du travail entre les mambos et hougans, correspondant en ce sens au rôle social traditionnel des femmes dans la prise en charge des malades dans la société haïtienne.

289. Lamour et al, *supra* note 108.

290. *Ibid.*

étude, le rôle prépondérant des autorités spirituelles dans les zones étudiées pourrait ne pas refléter la situation à l'échelle nationale. Par conséquent, d'autres acteurs communautaires devraient être sollicités dans certaines zones et à plus petite échelle.

En somme, il ressort que les acteurs communautaires des SSPE, les autorités spirituelles, les acteurs associatifs ainsi que les autorités locales formelles et informelles, ont tous contribué à différents niveaux à la prise en charge du choléra en Haïti. Ils ont affirmé être en mesure d'identifier des victimes en raison de leur travail de proximité. Certains acteurs – notamment les autorités spirituelles – ont fait état de l'existence de systèmes locaux d'information relativement élaborés qui pourraient être mobilisés dans le cadre d'un mécanisme d'identification des victimes communautaires et de vérification de leurs informations. À défaut de registres formels écrits sur les victimes communautaires, les réseaux d'information communautaire de ces acteurs pourraient jouer un rôle fondamental dans la cueillette, la consolidation et la vérification de données concernant les personnes décédées et les malades au niveau des habitations, des sections communales et des communes.

PARTIE 4

PROPOSITION D'UN MODÈLE POUR STATUER SUR LES DEMANDES

Dès lors que des considérations ont été soulevées quant à la définition d'une victime du choléra et à l'état de la documentation actuelle au niveau des systèmes d'information formel et informel, il est alors possible de proposer les grandes lignes d'un modèle permettant de statuer sur d'éventuelles demandes.

1. LES ASPECTS TECHNIQUES DE L'ENREGISTREMENT DES VICTIMES À TITRE DE BÉNÉFICIAIRES DU MÉCANISME

1.1. La détermination des bénéficiaires visés par le mécanisme

La détermination des bénéficiaires dans le cadre de programmes de réparation à grande échelle soulève généralement des questions complexes en ce qui a trait à l'évaluation des pertes, des souffrances personnelles et de leur impact sur les victimes. En effet, « pour accepter le fait qu'il n'est ni commode, ni possible [que ces programmes soient] proportionnels à une évaluation individualisée du préjudice subi, il faut remplacer le critère de la proportionnalité individuelle par une autre mesure plus apte à garantir l'équité »²⁹¹. Dans d'autres contextes, notamment au Pérou, au Chili, en Colombie et en Sierra Leone, ces dilemmes ont été résolus en fournissant « des formes de réparations similaires à toutes les victimes du même type de violations faisant le moins de distinctions possible entre elles »²⁹².

En ce qui concerne la catégorisation des victimes, lorsque les ressources disponibles sont limitées, « des choix doivent être faits et, sans doute, il est logique de se concentrer sur les crimes les plus graves »²⁹³. Les leçons apprises de mécanismes similaires dans d'autres contextes sont à cet effet unanimes : la consultation et l'implication des victimes et des partenaires locaux dans « la définition, la mise en œuvre et l'évaluation » de ce processus sont essentielles afin de concevoir le mécanisme le plus adapté, légitime et efficace possible²⁹⁴. Pour ce faire, les catégories de bénéficiaires proposées devraient être établies en tenant compte des priorités identifiées par les victimes quant aux personnes qu'elles considèrent avoir été le plus affectées par l'épidémie.

291. Correa, C. *supra* note 70, p. 12.

292. *Ibid*

293. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'Homme, « Rule-of-Law Tools for Post-Conflict States: Reparations programmes » (2008) en ligne : ohchr.org < <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/ReparationsProgrammes.pdf> >, p. 21.

294. Correa, C. *supra* note 70, p. 25-26.

Rappelons que dans le cadre des consultations réalisées par l'INURED, l'entourage des personnes décédées a été désigné comme étant les « plus grandes victimes » du choléra, l'impact financier associé au décès constituant par ailleurs une préoccupation particulière pour cette catégorie de victimes et justifiant une hiérarchisation de celles-ci (voir [PARTIE 2 : La vision des victimes quant à l'élaboration d'un dispositif d'assistance matérielle](#)). Les enfants mineurs et les jeunes adultes ayant perdu un parent et/ou un pourvoyeur ont en ce sens été désignés comme ayant le plus souffert, suivi des adultes (particulièrement les conjoints des défunts) ayant perdu un pourvoyeur²⁹⁵. Plusieurs participant.es à ces consultations affirmaient que les survivant.es du choléra constituaient les deuxièmes plus grandes victimes de la maladie, les malades ayant subi des effets à long terme sur leur santé physique et mentale suscitant à ce titre une préoccupation particulière. Néanmoins, ils reconnaissaient que les besoins des survivant.es de la maladie et des proches des défunts étaient différents et que l'assistance devait tenir compte de ces différences²⁹⁶.

La vision exprimée par les victimes quant aux catégories de victimes à prioriser à titre de bénéficiaires est conforme à celle du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'Homme. Selon ce dernier, ces programmes visent généralement à « prioriser les violations de la nature la plus sévère », accordant bien souvent une priorité additionnelle « aux victimes qui continuent d'être vulnérables et de souffrir de graves conséquences », c'est-à-dire, généralement « aux victimes de violations du droit à la vie [...] [et à celles] du droit à l'intégrité physique »²⁹⁷. Parfois, les préjudices économiques peuvent également être considérés à titre de catégorie, « si la perte peut être considérée comme ayant une conséquence aussi grave pour la [victime] que les autres violations qui ont été priorisées »²⁹⁸.

La pertinence de prendre en charge certains besoins par le biais d'une assistance communautaire complémentaire ayant déjà été abordée plus haut (voir [PARTIE 2 : La vision des victimes quant à l'élaboration d'un dispositif d'assistance matérielle](#))²⁹⁹, deux options conformes aux perspectives des victimes peuvent être envisageables pour la composante individuelle. La première (plus inclusive et équitable que la seconde, mais aussi plus coûteuse et complexe) consisterait à mettre en place un mécanisme permettant de statuer à la fois sur les demandes des familles de personnes décédées du choléra ainsi que sur celles des personnes survivantes (voir [1. La définition d'une victime du choléra et sa pertinence dans la détermination éventuelle des bénéficiaires](#)). La seconde consisterait à instaurer un mécanisme orienté vers les proches des personnes décédées, tout en s'assurant de répondre au préjudice spécifique des survivant.es à travers une approche communautaire.

1.2. Les personnes habilitées à déposer une demande et être considérées comme bénéficiaires

Indépendamment de l'option privilégiée, le dispositif doit avant tout définir avec clarté et précision les personnes habilitées à déposer une demande dans le cadre du mécanisme ainsi que celles pouvant être considérées à titre de bénéficiaires. Le dispositif doit être équitable et inclure le plus grand nombre de victimes réelles (y compris les PSV) tout en étant suffisamment rigoureux pour limiter la sur-inclusion et les risques de conflits familiaux. Les exemples comparatifs pertinents à l'élaboration d'un tel mécanisme varient considérablement d'un cas à l'autre, bien qu'ils permettent d'établir certains critères.

295. INURED, *supra* note 79.

296. *Ibid.*

297. Correa C, Gbery D., *supra* note 128, p. 2.

298. *Ibid.*, p. 3.

299. L'efficacité de ces mécanismes et leur utilité quant aux besoins spécifiques des « plus grandes victimes » dépendraient alors en grande partie de leur capacité à prioriser spécifiquement ces groupes de personnes et tenir compte des particularités de leur situation, telles qu'énoncées plus haut. Ainsi, selon Cristián Correa, une possibilité consiste à adopter une stratégie progressive en incluant « des efforts d'aide aux victimes, ou des projets d'assistance pouvant offrir des possibilités d'amélioration sociale et économique aux habitant.es de ces pays, en veillant [spécifiquement] à ce que les victimes soient incluses dans la population ciblée » (Correa, p. 23). Ainsi, sur la base des priorités exprimées par les victimes dans le cadre des consultations de l'INURED, ces programmes pourraient notamment inclure : des soins de santé axés sur la prise en charge des séquelles physiques propres aux effets à moyen et long terme du choléra ; des suivis en santé mentale spécifiquement axés sur la détresse psychologique des victimes directes et de leur entourage ; des bourses d'études à l'intention d'enfants ayant perdu un.e pourvoyeur.e durant des flambées ou périodes épidémiques ; la création d'emploi à l'intention des victimes directes et de leur entourage. Il est à ce titre primordial que ces programmes tiennent compte des dépenses afférentes pouvant empêcher les victimes de bénéficier entièrement de ces programmes (INURED, 2018).

Aux Philippines³⁰⁰, les critères étaient relativement rigides, se limitant aux victimes de violations des droits humains (ou encore aux demandeurs présumés être des victimes de violations des droits humains), à leurs héritiers légaux selon le droit philippin (en cas de décès) ou encore au représentant.e autorisé.e de ces victimes³⁰¹. Au Pérou³⁰², les personnes habilitées à faire la demande incluait également la victime ou l'un des membres de la famille immédiate³⁰³ (y compris les conjoint.es ou partenaires, les enfants et les parents³⁰⁴), qui pouvaient par ailleurs présenter la demande par l'entremise d'un.e mandataire. Exceptionnellement, les demandes pouvaient être déposées par une personne tierce « lorsqu'il est évident que la victime ou ses proches ont du mal à la présenter »³⁰⁵. En ce qui a trait aux victimes mineures, inaptes ou n'ayant pas de famille vivante, les autorités communales, politiques ou ecclésiastiques pouvaient faire la demande à leur place, une présomption d'absence de famille existant s'il n'était pas possible de trouver des informations pertinentes malgré les enquêtes³⁰⁶.

En Haïti, en ce qui concerne les survivant.es, si l'approche privilégiée les reconnaissait à titre de bénéficiaires, ils pourraient déposer une demande en leur nom propre (à défaut, leur mandataire ou autre représentant.e pourraient s'en charger). En ce qui a trait aux proches des personnes décédées, la détermination des personnes habilitées à déposer une demande et à être considérées comme bénéficiaires est plus complexe. Si le droit successoral haïtien pouvait servir de guide dans le cadre de cet exercice, il est à noter que l'utilisation de ces paramètres légaux est régulièrement associée à une exclusion de tous les bénéficiaires issus d'unions informelles ainsi qu'à une sur-inclusion d'héritiers légaux (notamment des membres plus « distants » de la famille) qui ne constituent pas nécessairement les victimes les plus touchées par le décès³⁰⁷. Ainsi, compte tenu des structures familiales complexes en Haïti – associées notamment à des relations polyamoureuses, à des personnes mariées séparées, mais non divorcées ayant rebâti leur vie avec une autre personne ainsi qu'à de multiples cas d'adoption formelle et informelle³⁰⁸ – des critères excessivement rigides limiteraient l'accessibilité des victimes au processus. Les critères utilisés doivent être souples afin d'inclure les personnes les plus vulnérables, notamment les femmes en unions non officialisées (concubinage, plaçage, maîtresse) et les enfants issus de ces unions. Cette considération serait par ailleurs conforme au principe de l'égalité des filiations prévu par le droit haïtien³⁰⁹.

Tout membre de la famille immédiate – qu'il s'agisse a) de partenaires (officiel.les ou non), b) d'enfants (biologiques ou non) ou c) de parents proches de la personne décédée – devrait être considéré comme bénéficiaire potentiel et habilité à déposer une demande dans le cadre du dispositif, du moment que celui-ci arrive à faire la démonstration (selon un standard de la balance des probabilités) du lien de filiation dont il se réclame par rapport à la victime (en ce qui a trait à la détermination du montant ainsi qu'à sa distribution entre les bénéficiaires d'une même famille, voir [4.3. La détermination des montants et la distribution de l'assistance](#)).

300. Programme de réparation mis en place aux Philippines suite à des actes d'exécution sommaire, de torture, de disparitions forcées et d'autres violations graves de droits humains durant le régime de l'ancien Président Ferdinand E. Marcos entre 1972 et 1986 (Voir notamment : Sarmiento, L.C. et al., *Implementing Rules and Regulations of Republic Act No 10368 « An Act Providing for Reparation and Recognition of Victims of Human Rights Violations During the Marcos Regime, Documentation of Said Violations and Appropriating Funds Therefor and for Other Purposes »*, Quezon City, Philippines, 2014.)

301. *Ibid.*, art. 3.3.

302. Programme de réparations mis en place au Pérou suite à des actes de torture, détentions illégales, violences sexuelles, recrutement d'enfants soldats, déplacements massifs de population et autres violations graves de droits humains commis durant le conflit armé interne entre 1980 et 2000 (voir notamment : ICTJ, *Reparations in Peru : From Recommendations to Implementation* (juin 2013) en ligne : https://www.ictj.org/sites/default/files/ICTJ_Report_Peru_Reparations_2013.pdf).

303. Consejo de Reparaciones, Reglamento de inscripción en el Registro Único de Víctimas de la Violencia a cargo del Consejo de Reparaciones (2008), en ligne : [drive.google.com <https://drive.google.com/open?id=0Bwx9OXgv2Dn6ZTZrWGE4c0Ytanc5aXBrNjE1MW50elprQkk4>](https://drive.google.com/open?id=0Bwx9OXgv2Dn6ZTZrWGE4c0Ytanc5aXBrNjE1MW50elprQkk4), art. 50.1.

304. *Ibid.*, art. 4.

305. *Ibid.*, art. 50.2.

306. *Ibid.*

307. Entrevue de Cristián Correa par ASFC (19 décembre 2018), Montréal.

308. INURED, *supra* note 79.

309. En effet, « [i]l est établi le principe de l'égalité des filiations légitimes, naturelle, adoptive ou autres, impliquant nécessairement l'égalité entre tous les enfants qu'ils soient de couples mariés ou non » et, à ce titre « [i]ls jouissent des mêmes prérogatives en toute matière », y compris sur le plan successoral » (*Loi sur la paternité, la maternité et la filiation* (4 juin 2014) Le Moniteur 169(105), art. 1 et 11)

Afin de tenir compte de ces particularités complexes sans toutefois alourdir le processus, le Chili avait limité l'inclusion des partenaires en unions non officielles aux mères d'enfants conçus dans le cadre de ces unions³¹⁰. S'il est vrai que cela excluait du processus les partenaires permanents sans enfants, cette méthode a permis d'intégrer au processus des PSV tout en favorisant les unions permanentes « actives » au moment du décès de la victime plutôt que de se limiter simplement à celles les plus facilement documentées. Dans le cas haïtien, dans la mesure où les enfants ont été identifiés par les victimes comme étant un groupe de personnes particulièrement vulnérables, cette proposition pourrait constituer une manière adaptée de pallier l'exclusion des PSV et des structures familiales complexes les plus fréquentes (et donc de limiter les risques de conflits familiaux) tout en garantissant une certaine rigueur et en tenant compte à la fois des priorités des victimes et des considérations relatives à la faisabilité technique, administrative et financière qu'elle soulève.

De plus, d'autres membres plus éloignés de la famille devraient être en mesure de déposer une demande et être considérés à titre de bénéficiaires. Néanmoins, ces requêtes ne devraient être considérées que lorsqu'aucune autre démarche de la part de partenaires, d'enfants ou de parents de la victime n'a été reçue dans le délai imparti pour le dépôt des demandes. En ce sens, une date limite stricte et transparente pour le dépôt permettrait d'assurer un certain niveau de certitude et de finalité au processus d'enregistrement des demandes des bénéficiaires.

En l'absence de famille vivante ou dans le cas de victimes mineures ou inaptes, les autorités locales ou autres leaders communautaires pourraient être habilités à faire la demande au nom du bénéficiaire, comme c'était le cas au Pérou. Ces critères permettraient à la fois d'assurer l'accessibilité du processus au plus grand nombre de victimes, tout en limitant les risques de faux liens de filiation.

1.3. Le standard de preuve associé à l'établissement du statut de victime

Le modèle proposé doit garantir l'accessibilité du processus pour les victimes, permettre de statuer équitablement et avec rigueur sur les demandes tout en étant réaliste compte tenu des contraintes mentionnées. Le standard de la balance des probabilités (ou prépondérance des preuves) constitue une mesure de base équitable couramment utilisée en droit civil et dans des programmes similaires³¹¹.

Pour établir le statut de victime selon la balance des probabilités dans le contexte haïtien, l'utilisation des définitions médicales d'un cas suspect de choléra et d'un décès imputable au choléra – telles qu'établies par le MSPP en fonction de l'évolution épidémiologique de la maladie – permettrait de déterminer des critères précis et relativement fiables pour statuer sur ces demandes. Ainsi, conformément aux particularités présentées plus haut (voir 1.2. L'établissement du statut de victime du choléra et son applicabilité en l'espèce: considérations médicales et pratiques), le statut de victime pour les survivant.es âgé.es de deux ans ou plus pourrait être établi sur la base des définitions médicales officielles du MSPP de ce que constitue un « cas suspect » selon chaque période de la maladie (2010-2013; 2014-2016; 2017-présent). En ce qui a trait aux décès, dès lors que le standard est rempli en ce qui concerne la correspondance au « cas suspect », une présomption d'imputabilité au choléra devrait exister pour toutes les victimes âgées de cinq ans ou plus lorsque le décès est survenu dans les quelques jours suivant la déclaration des symptômes. Lorsque soutenue par des preuves, la simple correspondance à ces définitions suffirait donc à remplir les exigences d'un standard de preuve basé sur la balance des probabilités dans le cas des victimes du choléra.

310. Voir : REDRESS, « Reparations for Torture : Chile » (1992) en ligne : [refworld.org <https://www.refworld.org/pdfid/4bf3a0522.pdf>](https://www.refworld.org/pdfid/4bf3a0522.pdf).

311. Voir notamment: Correa, C. *supra* note 70.

En ce qui a trait aux cas pour lesquels les éléments de preuves fournis soulèvent un doute substantiel (par exemple dû à des éléments de preuve limités) ne permettant pas de satisfaire d'emblée à ce standard, cette lacune devrait être comblée en se référant notamment à : la sévérité des symptômes de la victime (pouvant être estimée à la lumière de la durée des traitements médicaux ou traditionnels reçus ou encore de la durée des symptômes, par exemple) ; des données épidémiologiques quant aux flambées nationales (durant le pic épidémiologique de 2010 à 2013) ou encore régionales et locales (à partir de 2014) ; toute autre information contextuelle pertinente. Ces données contextuelles serviraient ainsi à fournir des indications additionnelles afin de statuer sur la probabilité qu'il s'agisse d'un cas suspect de choléra au terme de l'évaluation des éléments de preuves présentés.

Elles seraient particulièrement pertinentes pour statuer sur les cas les plus complexes, les plus notables étant ceux des enfants de moins de 5 ans. En ce qui les concerne, les données concernant les flambées, le contact avec un autre cas suspect du choléra (par exemple un membre de la famille) ainsi que la réalisation d'une campagne de vaccination contre le Rotavirus dans leur zone de résidence constitueraient des éléments contextuels pertinents afin de statuer sur leurs cas particuliers (voir 1.2. L'établissement du statut de victime du choléra et son applicabilité en l'espèce : considérations médicales et pratiques).

Il est toutefois à noter que, selon l'ONU, « plus les exigences en matière de preuves sont élevées, plus les fausses déclarations seront exclues ; mais tel est aussi le cas des demandes parfaitement légitimes, empêchant ainsi le programme d'être complet »³¹². Ainsi, « dans un contexte [à grande échelle], la nécessité de garantir l'accessibilité à toutes les victimes [...], en particulier celles qui ont plus de difficultés à présenter des preuves ou à [faire entendre leur voix], peut nécessiter le complément ou la modération des mesures habituelles de stricte proportionnalité »³¹³. Ce type de mécanisme administratif n'aurait donc « pas besoin d'appliquer des standards de preuves judiciaires. Plutôt, il pourrait être plus approprié de soutenir un standard administratif qui correspond aux ressources [disponibles des institutions qui l'administrent] (compte tenu du nombre souvent élevé de victimes [...]) et à la capacité des victimes de rencontrer ce standard »³¹⁴. À titre d'exemple, au Pérou comme aux Philippines, c'est plutôt la présence de « preuves substantielles » qui permettait de statuer sur les demandes, l'analyse des données devant « tenir compte de l'existence ou de la non-existence d'indications raisonnables faisant présumer » le statut de victime³¹⁵.

Ainsi, dans ces cas, un standard administratif plus souple que le standard de la balance des probabilités a été utilisé puisque l'application d'un degré judiciaire de preuves soulevait des risques importants en termes d'insuffisance des ressources financières et administratives ainsi que d'accessibilité pour les victimes, particulièrement en ce qui concerne les plus vulnérables d'entre elles. S'il ne semble pas nécessaire en l'espèce de modifier entièrement le standard de preuve proposé, les risques relatifs à l'insuffisance des ressources et à la sous-inclusion des victimes – particulièrement des PSV – justifient l'ajout de quelques compléments quant aux exigences précédemment décrites en ce qui a trait à l'atteinte de ce standard de preuve.

À titre de rappel, entre 2010 et 2013, les probabilités qu'un.e malade présentant une diarrhée aiguë sévère avec ou sans vomissement (tel que défini par le MSPP) soit effectivement atteint.e du choléra étaient élevées compte tenu du pic épidémiologique et de l'importance des flambées à l'échelle du pays entier. Qui plus est, le nombre de victimes n'ayant pas pu obtenir de soins formels (et donc disposant de preuves matérielles plus limitées) durant cette période était particulièrement élevé. Si les probabilités ont progressivement commencé à diminuer entre 2014 et 2016, elles demeuraient néanmoins substantielles. C'est uniquement en 2017 que les probabilités se sont mises à diminuer considérablement,

312. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'Homme, *supra* note 293, p. 18.

313. Correa, C. *supra* note 70, p. 10.

314. ICTJ, *Forms of justice : A Guide to Designing Reparations Application Forms and Registration Processes for Victims of Human Rights Violations* (décembre 2017) en ligne : https://www.ictj.org/sites/default/files/ICTJ_Guide_ReparationsForms_2017_Full.pdf, p. 7.

315. Voir Consejo de Reparaciones, *supra* note 303.

l'évolution épidémiologique de la maladie ayant engendré une redéfinition du « cas suspect » incluant des signes de déshydratation ainsi que l'absence de fièvre et de sang dans les selles (voir [1.2. L'établissement du statut de victime du choléra et son applicabilité en l'espèce: considérations médicales et pratiques](#)).

Néanmoins, si les définitions officielles d'un cas suspect du choléra ont varié selon les périodes épidémiologiques de la maladie (2010-2013; 2014-2016; 2017-aujourd'hui), établir le statut de victime de chaque demandeur sur la base de la nature spécifique des symptômes associés à chaque période constituerait un fardeau de preuve excessif pour les victimes – particulièrement les plus vulnérables d'entre elles – en plus d'alourdir inutilement le mécanisme. En effet, celles-ci seraient alors tenues de prouver l'absence de certains symptômes pour établir leur statut de victime, alors que le mécanisme serait complexifié par la nécessité de statuer sur un élément supplémentaire. D'ailleurs, cette différenciation serait d'une utilité pratique limitée dans la mesure où, les cas de choléra ayant considérablement diminué à compter de 2017, ceux-ci représenteraient un faible pourcentage de la totalité des victimes. En ce sens, afin d'être équitable dans le traitement des demandes, la même définition du cas suspect devrait être utilisée indépendamment de la période durant laquelle une victime a été infectée ou est décédée du choléra.

Ainsi, le standard de preuve (balance des probabilités) devrait être considéré comme étant atteint si le demandeur parvient à démontrer selon ce standard de preuve que son cas correspondait à la définition initiale d'un cas suspect du choléra telle qu'établie par le MSP, soit une diarrhée aiguë sévère avec ou sans vomissement.

Ces compléments permettant d'atteindre le standard de preuve de la balance des probabilités permettraient ainsi de statuer efficacement et équitablement sur les demandes des victimes tout en atténuant les risques de fraudes, de sur-inclusion, de sous-inclusion et de mauvaise gestion des ressources disponibles. Ils permettraient de garantir un certain niveau d'inclusion, d'équité et d'accessibilité du processus aux victimes du choléra – notamment aux plus vulnérables d'entre elles – tout en maximisant les ressources administratives et financières allouées.

1.4. Les éléments de preuves recevables

Il est primordial de « veiller à ce que les exigences en matière de documentation ne soient pas trop contraignantes, particulièrement dans les situations où les victimes peuvent compter des milliers de personnes, vivre dans des régions reculées ou éprouver des difficultés économiques »³¹⁶. Plusieurs victimes et bénéficiaires potentiels « sont marginalisés par la pauvreté, l'analphabétisme, l'appartenance ethnique, la caste ou le sexe, ils ne seraient peut-être pas en mesure de demander réparation eux-mêmes », plusieurs d'entre eux pouvant « ne pas posséder ou accéder facilement à la documentation ou aux informations dont ils ont besoin pour soutenir leur demande »³¹⁷. Dans le cadre des documents exigés ou recevables, la preuve en soi « ne devrait pas être assimilée au niveau de preuve typiquement requise dans un tribunal [...] ou même dans des procédures civiles. Sans complètement se dispenser de moyens visant à prévenir la fraude, ce qui importe le plus [...] est de requérir le niveau minimum d'informations nécessaires pour déterminer l'admissibilité de la victime sans placer un fardeau démesuré sur celle-ci »³¹⁸.

316. ICTJ, *supra* note 314, p. 2.

317. *Ibid.*

318. *Ibid.*, p. 7.

Dans des contextes similaires (notamment aux Philippines³¹⁹, au Pérou³²⁰ et en Colombie), les victimes ont été tenues de fournir : a) une preuve d'identité antérieure aux faits et b) une preuve de leur statut de victime (incluant le préjudice subi et des indications temporelles). En ce qui a trait aux victimes décédées, en plus de ces preuves concernant les victimes elles-mêmes, les demandeurs devaient également fournir : a) une preuve de leur identité et b) une preuve de leur lien de filiation avec la victime. L'établissement de l'identité (1), du statut de victime (2) et des liens de filiation (3) dans le cadre de ce type de programme repose couramment sur l'existence de preuves dites « substantielles » (ou « raisonnables »).

Le mécanisme proposé ne saurait se baser uniquement sur les preuves écrites formelles, puisque cela aurait pour effet d'évacuer la très grande majorité des décès non institutionnels, d'augmenter les risques d'un commerce de faux documents³²¹, de favoriser les conflits familiaux et communautaires, de re-victimiser plusieurs PSV et d'exclure d'emblée des zones géographiques³²². Dès lors, en se basant sur les documents recevables dans le cadre de programmes similaires (par exemple au Pérou³²³), les éléments de preuve suivants pourraient donc être considérés comme admissibles, entre autres :

1. **En ce qui concerne les preuves visant à établir l'identité de la victime ou du demandeur :** toute copie d'un document attestant l'identité de la victime, comme une carte d'identité, un acte de naissance ou encore de baptême (idéalement émis avant les faits). Pour les victimes sans document, les éléments suivants peuvent être considérés : un affidavit d'une personne compétente ; une déclaration sous-serment de la victime ou du demandeur qu'il est sans documents ou que ses documents d'identification ont été détruits. Ces éléments de preuve permettraient de combler les lacunes relatives aux documents d'identification en Haïti, particulièrement en ce qui a trait aux PSV.
2. **En ce qui concerne les preuves visant à établir le statut de victime :** Toute preuve de confirmation de la maladie (certificat médical ou copie du dossier médical, reçus de soins de santé ou de prêt ou autres preuves – vidéos, photos, SMS et messages vocaux, etc. – relatives à la réception de soins traditionnels, etc.) ou du décès (acte de décès, copie du registre de morgue, copie du permis d'inhumation, reçus de l'enterrement ou de prêt usuraire ou autres preuves relatives à la tenue d'une veillée mortuaire). En l'absence de ces documents, peuvent également être acceptées : toute autre preuve attestant de la demande d'un tel document formel ou encore des preuves relatives aux faits entourant la maladie ou le décès ; affidavit d'une personne compétente pour vérifier la coïncidence des données ; déclarations sous serment de témoins – dont au moins un membre du personnel médical ou de santé (pour les victimes institutionnelles) ou une autorité civile, ecclésiastique ou autre leader communautaire crédible (pour les victimes communautaires) – coïncidant avec le récit des faits de la victime ou du requérant. Compte tenu des limites considérables quant à la valeur des certificats médicaux, ceux-ci devraient être considérés comme un élément de preuve au même titre que tous les autres éléments de preuves admissibles mentionnés³²⁴.
3. **En ce qui concerne les preuves visant à établir le lien de filiation du demandeur (pour les proches de personnes décédées) :** une copie de documents attestant le lien avec la victime (filiation, union, cohabitation, enfant ou tout autre lien pertinent) ; preuve de paiements de scolarité ; affidavit du demandeur ; témoignage d'un membre crédible de la communauté.

319. Sarmiento, L.C. et al, *supra* note 300, art. 5.10.

320. Consejo de Reparaciones, *supra* note 303, art. 10, 11, 15, 23.

321. Les documents formels comme les certificats médicaux et les actes de décès doivent être considérés au même titre que toutes les autres preuves matérielles, mais ne devraient pas suffire à elles seules pour établir le statut de victime en raison du risque non négligeable de faux document. Leur fiabilité devra donc être évaluée au cas par cas à la lumière de la possibilité qu'elles puissent constituer des documents contrefaits, sachant que certains éléments (notamment la date) offrent des indications importantes quant à la fiabilité de ces documents (Piarroux, 2018).

322. À titre d'exemple, bien que Saint-Michel-de-l'Attalaye soit l'une des communes ayant été le plus fortement touchées par l'épidémie, aucun certificat médical n'y a été émis.

323. Consejo de Reparaciones, *supra* note 303, préambule al. 6.

324. En effet, dans la très grande majorité des cas, les victimes du choléra n'ont aucun document « formel » attestant de leur condition. De plus, ces documents ne sont pas spécifiques : alors que les certificats médicaux précisent rarement la nature exacte de l'admission en centre de santé (la plupart des documents indiquant « cas suspect » ou encore que la personne a simplement été admise pour « diarrhée aiguë »), les actes de décès haïtiens ne sont pas conçus pour préciser la cause du décès. Il convient également de rappeler que, selon les victimes, certains centres refusaient d'émettre des certificats même sur demande, alors que d'autres exigeaient des sommes financières « administratives » pour les émettre, ce qui pouvait constituer une barrière considérable à l'obtention de ces documents pour les victimes (INURED, 2018).

Il est important de considérer une variété d'éléments de preuves pour tenir compte des lacunes du registre d'état civil en Haïti.

Il est à noter que, dans la très grande majorité des cas, ce sera la combinaison de preuves, y compris des preuves matérielles et des témoignages³²⁵, ainsi que d'éléments contextuels qui permettront de statuer convenablement sur les demandes lors de la décision finale.

2. LES ASPECTS TECHNIQUES DU FONCTIONNEMENT DU MÉCANISME

Dès lors que les bénéficiaires potentiels, les personnes habilitées à déposer une demande, le standard de preuve et les éléments de preuves recevables ont été déterminés, il est maintenant possible de présenter le fonctionnement général d'un modèle permettant de statuer sur les demandes des bénéficiaires.

Conformément aux standards internationaux³²⁶ et à la pratique dans des contextes similaires, les programmes de réparation ou d'assistance se fondent généralement sur la transparence, sur des mesures d'atténuation (de la fraude et des conflits) et sont caractérisés par une procédure rapide et efficace³²⁷. Avant même que le mécanisme ne soit lancé, il est primordial qu'un plan de communication et de sensibilisation efficace, précis, proactif et accessible soit mis sur pied et qu'un réseau d'information sur les renseignements nécessaires tout au long de la procédure soit développé.

Il est essentiel d'expliquer à la population les étapes du processus, les critères d'admissibilité, les délais pour l'enregistrement des demandes et les pénalités en cas de fausses déclarations. Il importe également de bien expliquer les objectifs spécifiques de la composante individuelle du dispositif et la manière dont elle s'inscrit dans le cadre d'un processus de prise en charge plus large des victimes, tout en insistant sur le caractère symbolique du processus plutôt que sur le résultat en soi³²⁸. Une bonne compréhension du processus et de ses limites permet de garantir la transparence tout en limitant les attentes démesurées des victimes, et les risques de conflits dus à la fraude et aux fausses déclarations³²⁹. Pour ce faire, les modes de communication traditionnels préexistants peuvent être mobilisés.

Le fonctionnement du mécanisme de traitement des demandes varie en fonction des catégories de victimes et de préjudices subis ainsi que du contexte. Au Pérou, aux Philippines et en Colombie, ces programmes de réparation étaient fondés sur un processus d'enregistrement volontaire des victimes (plutôt qu'une recherche proactive de celles-ci qui serait trop coûteuse). Les données étaient par la suite croisées avec une base de données formelle consolidée, puis, si nécessaire, vérifiées auprès de sources locales, des enquêteurs étant parfois envoyés sur le terrain pour confirmer ces informations³³⁰. En effet, « [l]ors de l'évaluation et de la qualification, le cas échéant, la cohérence de chaque test sera analysée, les sources d'informations seront croisées en recherchant leur cohérence avec les autres tests existants et avec les bases de données [consolidées] »³³¹.

325. Compte tenu du manque d'informations, les preuves testimoniales joueront fort probablement un rôle prépondérant dans le cadre de ce processus. Il est à noter que le droit haïtien est lui-même fortement axé sur les preuves testimoniales, notamment en raison de l'organisation sociale informelle (particulièrement en zone rurale), des lacunes informationnelles et du manque de ressources du système judiciaire (Lamour, 2018).

326. Principes fondamentaux et directives sur le droit de recours et à la réparation, *supra* note 56, commentaire 31

327. Sarmiento, L.C. et al, *supra* note 300, art. 1.2

328. Entrevue de Cristián Correa, *supra* note 307.

329. *Ibid.*

330. Entrevue de Cristián Correa, *supra* note 307.

331. Voir Consejo de Reparaciones, *supra* note 303.

Le modèle pour statuer sur les demandes est donc généralement organisé autour de trois grandes structures :

1. une structure locale (responsable de l'enregistrement des demandes, de la vérification locale des informations de base ainsi que d'un avis préliminaire sur le dossier) ;
2. une structure régionale (responsable d'émettre un premier avis technique sur le dossier et de demander des informations additionnelles à la structure locale si nécessaire) ;
3. une unité centralisée (soit l'instance décisionnelle responsable de statuer sur le dossier en rendant une décision finale ou en mandatant des expert.es sur le terrain en cas de dossier excessivement complexe)³³².

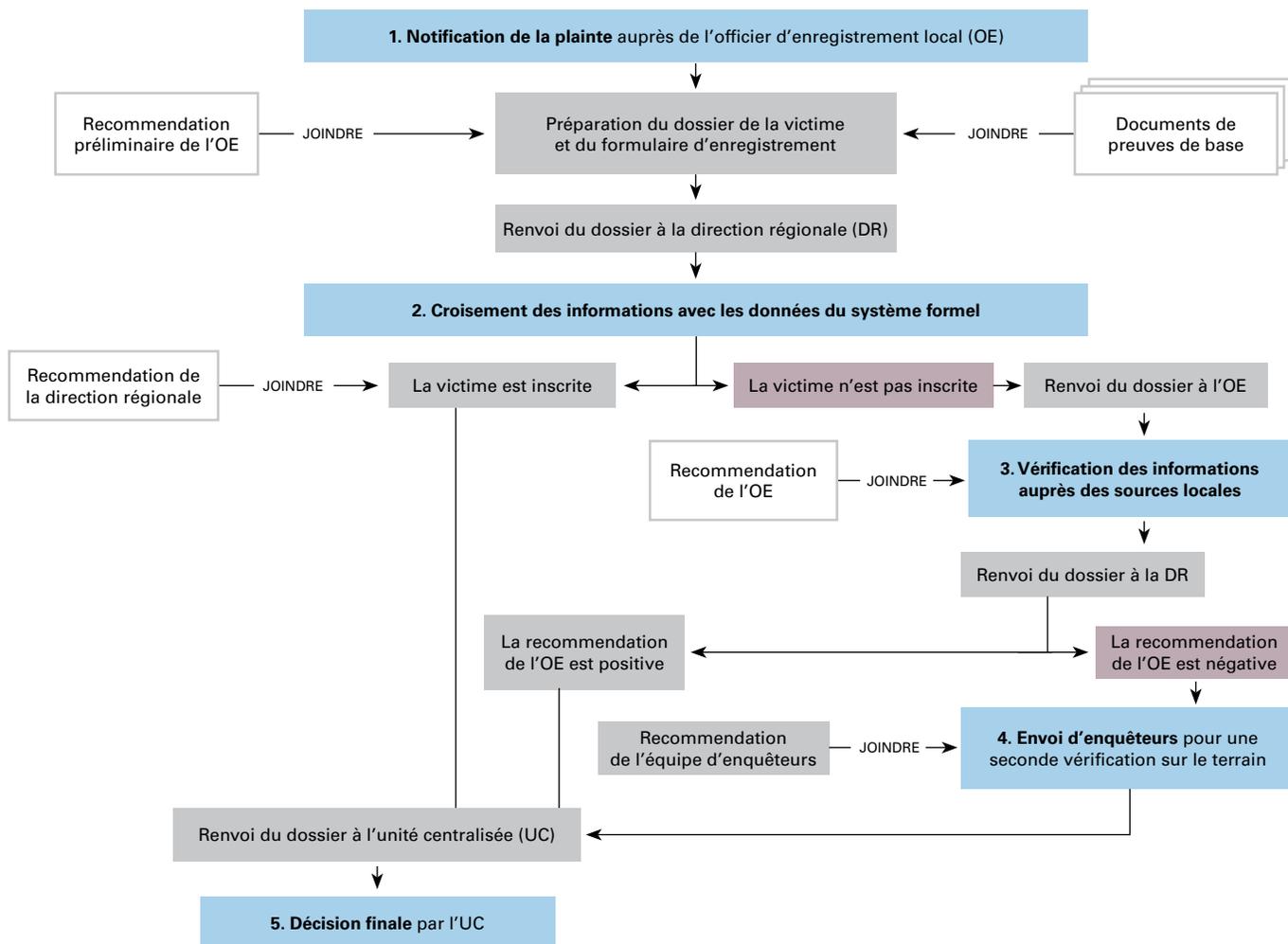
Dans sa forme la plus simple, le processus inclut donc habituellement :

1. le dépôt de la demande par le demandeur au niveau local ;
2. le croisement des informations avec les données du système formel au niveau régional (généralement à partir d'une base de données consolidée au préalable) ;
3. la vérification des informations auprès des sources locales (pour les victimes qui ne figurent pas dans la base de données formelle et dont les documents de base fournis ne sont pas suffisants pour statuer sur la demande) ;
4. l'envoi d'enquêteurs (pour les cas les plus complexes, qui constituent généralement une infime minorité de la totalité des dossiers reçus) ;
5. la décision finale par l'instance décisionnelle³³³.

La structure générale du modèle proposé en l'espèce pourrait donc être illustrée comme suit :

332. Entrevue de Cristi án Correa, *supra* note 307.

333. *Ibid.*



2.1. L'enregistrement de la victime

Comme son nom l'indique, cette étape est celle durant laquelle la personne habilitée à déposer une demande la présente à un officier d'enregistrement (OE) dans sa zone afin de se faire enregistrer. Le demandeur doit remplir le formulaire d'enregistrement et y joindre les éléments de preuve dont il dispose.

Puisque ces programmes d'assistance doivent « couvrir le plus grand nombre possible de victimes qualifiées et les reconnaître collectivement et individuellement », le processus utilisé doit avoir une vocation réparatrice en soi et transcender ses « fonctions administrative, juridique et physique, devenant ainsi un moyen de reconnaître et de réaffirmer la dignité des victimes qui en font la demande »³³⁴. Il s'agit d'ailleurs de l'une des critiques principales des victimes quant au processus d'enregistrement dans d'autres contextes : remplir le formulaire de demande, attendre qu'il soit examiné et enregistré peut parfois « devenir trop bureaucratique et inaccessible, voire même oppressif »³³⁵. Afin de garantir son accessibilité, la procédure doit par ailleurs : se réaliser entièrement dans la langue locale ; être aussi simple que possible pour les victimes ; s'opérer dans la gratuité totale (y compris les frais afférents) ;

334. ICTJ, *supra* note 314, p. 1.

335. *Ibid.*

être décentralisée (limitant ainsi les coûts liés aux déplacements). Elle doit cependant être limitée dans le temps (dates limites prédéterminées et communiquées préalablement aux victimes) afin de réduire les dépenses administratives inutiles, les souffrances des victimes et les risques de fraude³³⁶, tout en laissant un délai raisonnable pour s'enregistrer³³⁷.

En ce qui a trait aux formulaires d'inscription, ils doivent évidemment être adaptés en fonction du contexte, bien que certains standards généraux existent à cet effet³³⁸. Il est généralement admis que ceux-ci doivent inclure : a) les informations personnelles de base sur la victime (ainsi que sur le demandeur, s'il ne s'agit pas de la même personne)³³⁹ ; b) une description du préjudice subi ; c) des données pour vérifier l'identité ; d) des données pour vérifier le lien de filiation en cas de demande fondée sur le décès d'un proche ; e) la liste des types de pièces justificatives acceptables et nécessaires ; f) une déclaration de véracité³⁴⁰. La demande devrait également inclure une liste de personnes tierces pouvant attester de la véracité des faits allégués, que ce soit des personnes ayant fourni des soins conventionnels ou traditionnels, aidé la victime à obtenir des soins, aidé à enterrer la personne défunte, supporté la famille d'une quelconque façon ou toute autre personne crédible ayant connaissance des faits. Lorsque jugé nécessaire, la demande peut être accompagnée d'un questionnaire pour évaluer la vulnérabilité ou un handicap, les préjudices subis et l'impact de la maladie sur leur vie³⁴¹.

Les demandeurs devraient bénéficier de l'aide active de l'OE pour remplir le formulaire convenablement et y joindre les pièces justificatives nécessaires au traitement de leur dossier. Les OE sont en première ligne du processus, en ce qu'ils effectuent le pont entre les victimes et les instances supérieures du mécanisme. Hormis leurs fonctions sur le plan administratif, leur objectif premier auprès des victimes doit être de s'assurer de rendre la démarche aussi accessible que possible pour elles. Ainsi, en plus de fournir une assistance pour remplir les formulaires le cas échéant, ils doivent également passer en entrevue chaque demandeur afin de vérifier l'exactitude des renseignements fournis, tout en réitérant les objectifs spécifiques du dispositif ainsi que les conséquences d'éventuelles déclarations frauduleuses³⁴².

Par ailleurs, « il est important, tout au long du processus d'inscription, de fournir aux [demandeurs] des mises à jour en temps voulu³⁴³ et [de les] aider [...] à surmonter les difficultés rencontrées pour localiser des informations ou accéder à des documents »³⁴⁴. En effet, « [u]ne partie essentielle d'un processus transparent et [...] efficace consiste en des procédures claires et [la signification] d'une décision probable aux victimes en leur donnant la possibilité de compléter leur demande ou, en cas de refus, de procédures pour réexamen », le cas échéant³⁴⁵. S'il est vrai que ces mesures requièrent un investissement supplémentaire « en temps et en ressources, elles peuvent atténuer le potentiel d'erreurs et permettre aux victimes de remédier aux carences dans leurs applications afin qu'elles puissent accéder » à l'assistance à laquelle elles ont droit³⁴⁶.

336. Entrevue de Carla Ferstman par ASFC (mars 2018), Port-au-Prince.

337. La notion du délai raisonnable varie bien évidemment en fonction du contexte (notamment le nombre de victimes, les ressources disponibles, l'étendue de l'information disponible, etc.). À titre d'exemple, aux Philippines, les enregistrements ont été ouverts pendant 6 mois (art. 5.1.)

338. Pour plus d'informations, quant au développement d'un formulaire adapté, voir : ICTJ, Forms of justice : A Guide to Designing Reparations Application Forms and Registration Processes for Victims of Human Rights Violations (décembre 2017) en ligne : https://www.ictj.org/sites/default/files/ICTJ_Guide_ReparationsForms_2017_Full.pdf

339. Entre autres : le nom de la victime et des membres du foyer ou des bénéficiaires ; l'âge ou la date de naissance ; l'occupation ou la source de revenus ; le genre ; le statut (relatif au conjoint, au parent, à l'enfant ou à tout autre membre de la famille) ; l'adresse ; les informations de contact ; les critères spéciaux de vulnérabilité.

340. ICTJ, *supra* note 314, p. 16.

341. *Ibid.*

342. Entrevue de Cristián Correa, *supra* note 307.

343. Prévoir des réseaux par l'entremise desquels les demandeurs peuvent demeurer informés quant à l'évolution de leur demande et à la décision finale peut s'avérer particulièrement ardu en Haïti, notamment en ce qui a trait aux groupes marginalisés ayant un accès limité aux moyens de communication traditionnels. Néanmoins, l'incidence de ces problèmes pourrait être limitée en exigeant au demandeur de fournir plusieurs moyens de communication pour le contacter au moment de son enregistrement (par exemple : plusieurs numéros de téléphone de personnes plus facilement joignables bénéficiant du consentement du demandeur afin de recevoir les mises à jour concernant leur dossier, par exemple des membres de la famille ou des leaders communautaires). Cela pourrait également se faire par l'entremise de journées préétablies de suivi par les OE dans chaque zone, dont les dates et lieux seraient communiqués aux victimes à l'avance à travers une stratégie de communication transparente et adaptée. Ces journées permettraient notamment de fournir des mises à jour aux demandeurs et de leur offrir une opportunité de compléter les informations manquantes à leurs dossiers s'il y a lieu. Idéalement, pour favoriser l'accessibilité du processus, ces visites peuvent être planifiées en fonction de moments clés durant lesquelles les bénéficiaires pourraient voyager vers des zones plus centrales, par exemple durant les jours de marché ou le dimanche après la messe.

344. Correa, C. *supra* note 70, p. 44.

345. *Ibid.*, p. 42.

346. *Ibid.*, 42.

Après avoir assisté à l'enregistrement des informations de la victime et la préparation du dossier, l'OE devrait vérifier les informations et fournir une recommandation préliminaire sur l'état du dossier. Dans les cas plus complexes ou pour lesquels la victime ne détient pas de documents de preuve substantiels, l'OE devrait en aviser la victime afin qu'elle puisse compléter son dossier convenablement et faire une vérification auprès des sources locales³⁴⁷. Afin de limiter le nombre de dossiers qui devront être renvoyés au niveau local à des fins d'enquêtes plus poussées, les OE doivent donc tenter de confirmer les renseignements généraux fournis par la victime et évaluer leur crédibilité générale. Cela peut notamment impliquer de faire une recherche préliminaire à l'échelle locale auprès des personnes tierces identifiées sur le formulaire par la victime comme pouvant attester de la véracité des faits allégués ainsi qu'auprès d'autres sources communautaires crédibles (voir 2.2. L'identification et la vérification des victimes par le biais d'un système complémentaire).

Afin de pouvoir vérifier certaines informations au dossier, les OE devront s'adresser à une tierce personne ou à des acteurs communautaires. Il est primordial qu'ils soient en mesure de bâtir des relations saines et cordiales dans les communautés où ils sont déployés, tout en conservant leur indépendance et leur neutralité. L'entretien de bonnes relations est déterminant pour l'efficacité du mécanisme³⁴⁸.

En résumé, l'OE doit s'assurer que le formulaire soit rempli correctement, vérifier les informations au dossier et réviser les éléments de preuve pour permettre de statuer sur l'identité, le statut de victime et, s'il y a lieu, le lien de filiation³⁴⁹. Il doit par la suite fournir à la victime un accusé de réception de la demande et l'informer lorsque la vérification préliminaire a été effectuée. Puis, il doit également déterminer s'il s'agit d'un cas plus complexe nécessitant des enquêtes supplémentaires ou encore d'un cas semblant a priori répondre ou non aux critères préétablis³⁵⁰. Les conclusions préliminaires de l'OE doivent être colligées par écrit et inscrites au dossier du demandeur.

Le personnel composant les OE devrait impérativement être haïtien. Il pourrait s'agir de jeunes professionnel.les formé.es en sciences humaines et sociales³⁵¹ ou encore des étudiant.es finissant.es dans ces disciplines³⁵² qui seraient encadré.es par des professionnel.les plus expérimenté.es. Ils et elles devraient recevoir une formation avant d'être déployé.es, notamment sur les aspects techniques et administratifs du processus, mais également sur les considérations éthiques de leur travail et sur les approches visant à éviter de nuire aux victimes. Chaque commune devrait disposer de plusieurs OE afin de garantir l'efficacité et la rapidité du processus et d'éviter de trop concentrer le « pouvoir » entre les mains d'un seul individu³⁵³. À titre préventif, pour limiter les risques de conflits d'intérêts personnels et communautaires ainsi que les risques de corruption ou de fraude au niveau des OE, il sera important de ne pas affecter du personnel dans leur communauté d'origine ou de résidence ou dans des zones où leurs proches résident. Il faut également s'assurer que leurs conditions de vie sur le terrain (notamment le salaire, mais aussi le logement ainsi que l'accès à des biens et services de base) soient raisonnables³⁵⁴. Des mécanismes de contrôle doivent être prévus afin de garantir la qualité du travail des OE et leur intégrité. Ces mécanismes peuvent prendre la forme d'audits par des agent.es d'une structure supérieure ou par le dépôt de plainte par les demandeurs, permettant ainsi de prévenir les cas de corruption ou de fraude de la part d'un.e agent.e.

347. Ces tâches sont conformes avec celles réalisées par des personnes en charge de l'enregistrement dans le cadre d'un processus de réparation mené au Pérou. Elles étaient chargées de : vérifier que les informations sont complètes, ordonnées et soutenues par des pièces justificatives correspondantes ; compléter les dossiers incomplets, insuffisants ou incohérents ; produire un rapport technique pour chaque cas enregistré (Sarmiento, L.C. et al, *supra* note 300, art. 39).

348. Correa C., *supra* note 70, p. 25.

349. *Ibid.*

350. *Ibid.*, p. 44.

351. Entrevue de Cristián Correa, *supra* note 307.

352. Le recours à des étudiant.es pourrait se faire à travers le développement d'un partenariat avec l'Université d'État d'Haïti ainsi qu'avec d'autres universités haïtiennes reconnues pour la qualité des professionnel.les en sciences humaines et sociales qu'ils forment. À travers ce partenariat, il serait ainsi possible de permettre l'accès à un bassin de professionnel.es suffisamment large pour étudier chaque commune du pays tout en réduisant les coûts associés au déploiement de ceux-ci. Cela permettrait également à de jeunes professionnels d'obtenir de l'expérience de travail dans leur domaine d'expertise, ce qui constitue un investissement pour l'avancement de la société haïtienne (Entrevue de Cristián Correa, 2018).

353. *Ibid.*

354. Entrevue de Carla Ferstman, *supra* note 336.

2.2. Le croisement des informations avec les données du système formel et la formulation d'un premier avis technique sur le dossier

Une fois la procédure d'enregistrement terminée et la recommandation émise par l'OE, le dossier est référé à la direction régionale (DR), où les données seront croisées avec les informations du système formel (préférentiellement consolidées au préalable afin d'accélérer le processus et de maximiser les ressources disponibles) en vue de vérifier les informations fournies par la victime (voir 2.1.2. Le système de prise en charge des patient.es atteints du choléra et son rôle potentiel dans la création d'une base de données consolidée sur l'identité des victimes).

Des recherches supplémentaires sont effectuées uniquement dans les cas où les informations ne concordent pas. Lorsque la victime ne figure pas dans la base de données ou que des divergences importantes entre les informations fournies et celles de la base de données soulèvent un doute considérable, la DR doit contacter l'OE et lui fournir des précisions quant aux motifs du doute ou aux documents manquants pour statuer efficacement sur le dossier. L'OE devra alors contacter le demandeur et l'aviser de ces informations en lui offrant la possibilité d'ajouter des preuves additionnelles au dossier ainsi qu'en tentant de vérifier les informations manquantes auprès de sources locales, avant de renvoyer le dossier à la DR³⁵⁵.

Cette étape de vérification des informations auprès des sources locales (voir 2.2. L'identification et la vérification des victimes par le biais d'un système complémentaire) est particulièrement importante en l'espèce, car elle a pour effet de limiter les risques de sous-inclusion (en permettant aux victimes les plus vulnérables – et donc dont le dossier est le moins soutenu – de compléter les lacunes informationnelles à travers des sources moins « traditionnelles ») et de sur-inclusion (à travers le croisement des informations).

Si travailler directement auprès de sources communautaires peut soulever des risques de fraude, il convient de noter que leur rôle dans le processus ne serait pas décisionnel, c'est-à-dire que ceux-ci ne pourraient pas statuer sur le dossier des victimes. Leur influence décisionnelle serait également limitée par le croisement des informations fournies auprès de multiples sources (communautaires, mais également formelles), permettant de garantir que le processus réponde à certains standards minimaux en termes de fiabilité et de crédibilité et réduisant la pression importante que les leaders communautaires pourraient ressentir à la sur-inclusion des victimes dans leurs témoignages. Puisque toutes les informations sont vérifiées à partir de multiples sources en parallèle et qu'il y a un nombre important de victimes dans chaque zone, la crédibilité des acteurs est assurée.

De plus, l'inclusion de ces sources (particulièrement des leaders bénéficiant de la confiance de leur communauté) à titre consultatif permet notamment de renforcer l'accessibilité et la légitimité du dispositif (et donc l'acceptation de celui-ci par la population), de garantir une certaine transparence de celui-ci, mais également de réduire les risques de conflits pouvant survenir tout au long du processus³⁵⁶. Certaines communautés disposent de structures informelles de règlement de conflit à travers les réseaux de ces acteurs communautaires qui sont parfois utilisées efficacement depuis plusieurs générations³⁵⁷. Ces structures pourraient être mobilisées en cas de conflit. Dans les zones où les liens communautaires sont plus faibles ou tendus (et où la mise en place du mécanisme serait potentiellement plus susceptible d'engendrer des conflits), il pourrait être envisageable de renforcer les structures communautaires préexistantes de règlement de conflit ou encore d'en créer des nouvelles à titre préventif.

355. Entrevue de Cristián Correa, *supra* note 307.

356. Entrevue de Cristián Correa, *supra* note 307.

357. Entrevues des missions terrain, *supra* note 108.

Sur la base du constat de la concordance entre les informations fournies et la base de données ou encore des nouvelles informations fournies par l'OE, il sera alors possible pour la DR d'élaborer un avis technique éclairé quant au dossier à partir des critères précédemment établis (contexte, actions menées par l'OE dans le cadre du dossier, analyse factuelle et recommandation de l'OE sur la qualification de victime/bénéficiaire) avant de l'envoyer à l'unité centralisée (UC)³⁵⁸.

2.3. L'analyse de l'avis technique, la décision finale sur la demande et la signification à la victime

Une fois le dossier reçu par l'UC, l'avis technique de la DR est révisé à des fins d'approbation, puis une proposition finale est formulée, la décision finale devant être adoptée d'un commun accord par les membres du conseil siégeant sur l'UC³⁵⁹. En cas de doute substantiel (généralement réservé aux cas ayant été identifiés comme très complexes au préalable), des consultations ou enquêtes supplémentaires peuvent exceptionnellement être demandées par l'UC. Néanmoins, dans un souci d'efficacité et de maximisation des ressources, l'avis technique de la DR est généralement accepté tel quel à la suite d'une vérification sommaire pour ce qui est des cas relativement simples. Pour s'assurer de l'uniformité du traitement des demandes et du processus décisionnel à l'échelle nationale (et donc, conséquemment, de l'équité de celui-ci), les DR doivent néanmoins faire l'objet d'audits ponctuels par l'UC, par exemple à travers une analyse d'échantillons de dossiers.

Au regard d'autres contextes similaires, il est à noter que le nombre de personnes composant l'instance décisionnelle et les critères de désignation varient considérablement d'un processus à l'autre, notamment en fonction des ressources disponibles, mais également des besoins et objectifs propres à chaque mécanisme³⁶⁰. Néanmoins, la désignation des membres repose toujours sur un certain niveau de probité, de compétence et d'intégrité, exigeant par ailleurs des connaissances marquées et un engagement considérable quant au sujet spécifique visé par le programme, en l'espèce, le choléra et les droits humains³⁶¹.

À la suite de cette décision par l'UC, la victime est avisée personnellement. À ce titre, l'OE devrait avoir recueilli plusieurs numéros de téléphone pour chaque victime (notamment celui d'autres proches facilement joignables ou de leaders communautaires autorisés par la victime). Des journées préétablies de suivi par les OE – préférablement planifiées en fonction de jours clés dans la zone durant lesquelles il y a une confluence de personnes (ex. : jours de marché, jours religieux, etc.) – doivent également être prévues dans chaque zone et les informations (date et lieux spécifiques) quant à celles-ci doivent être communiquées aux victimes à l'avance de façon transparente, claire et efficace. S'il demeure toujours impossible de joindre certaines victimes malgré toutes ces précautions, il pourrait alors être envisagé que les OE envoient des agents sur le terrain directement au domicile de celles-ci pour communiquer avec elles, bien que ce recours serait prévu à titre plutôt exceptionnel. En cas de décision positive, un document d'accréditation doit par ailleurs être émis et acheminé à la victime.

Par ailleurs, « il est nécessaire de s'assurer que les décisions sont rendues rapidement et qu'un processus [de révision] accéléré est disponible et prévu pour les cas de refus »³⁶². Dans d'autres contextes, la décision de l'instance finale était sujette à un appel (notamment aux Philippines³⁶³), alors que dans d'autres, elle était finale. Malheureusement, dans des cas de mécanismes de réparation à grande échelle, le traitement de ces demandes de révision à

358. Ces tâches sont calquées sur celles du Comité chargé de l'évaluation et de la qualification dans le cadre du processus péruvien élaborant « son avis technique éclairé (contexte du dossier, actions menées, analyse factuelle et juridique et recommandation sur l'applicabilité de la qualification de victime/bénéficiaire) pour chaque victime » (Consejo de Reparaciones, *supra* note 303, art. 40)

359. Cette procédure est tirée de la procédure d'approbation utilisée au Pérou (*Ibid.*, art. 41).

360. Par exemple, aux Philippines, le Conseil était composé de 9 membres, dont au moins 3 devaient être des membres du Barreau local et avoir pratiqué le droit pendant au moins 10 ans en plus de détenir des connaissances et un engagement marqué envers la protection, la promotion et le plaidoyer en matière de droits humains (Sarmiento, L.C. et al, *supra* note 300, art. 3.4.).

361. *Ibid.*

362. Correa, C. *supra* note 70, p. 44.

363. Sarmiento, L.C. et al, *supra* note 300, art. 5.15.

travers des procédures d'appel, lorsqu'il est prévu, est souvent long, coûteux et lourd sur le plan administratif³⁶⁴. Cependant, des procédures de révision minimales sont primordiales afin de mitiger les risques d'erreurs procédurales ainsi que ceux relatifs à la sous-inclusion des victimes – particulièrement les plus vulnérables d'entre elles –, notamment si des mesures d'atténuation solides, efficaces et suffisantes n'ont pas été mises en place en amont du processus³⁶⁵. Ainsi, s'il semble nécessaire de les limiter au strict minimum à travers des standards clairs et précis relatifs à la recevabilité des demandes de révision, il est par ailleurs important que des procédures de réexamen existent, ne serait-ce que pour garantir une possibilité de recours en cas d'erreur manifeste et déterminante quant aux faits ou à l'appréciation du dossier³⁶⁶.

3. LA DÉTERMINATION DES MONTANTS ET LA DISTRIBUTION DE L'ASSISTANCE

Une fois le processus décisionnel relatif à la qualification de la personne comme victime du choléra et bénéficiaire du programme est défini, il conviendra par la suite de déterminer les montants auxquels elles sont admissibles et les distribuer à ces dernières.

3.1. La détermination du montant

En ce qui a trait à la détermination du montant lui-même, il est généralement admis que celui-ci doit viser à « améliorer les conditions de vie et les chances des victimes afin qu'elles puissent surmonter les conséquences néfastes des [souffrances subies] et atteindre le statut économique et social d'une famille moyenne »³⁶⁷. Néanmoins, les contraintes financières constituent un obstacle de taille pour la plupart des programmes de réparation à grande échelle. Il est généralement admis qu'aucun montant ne suffirait à rétablir entièrement la situation préalable des victimes. Il s'agirait donc essentiellement de montants symboliques³⁶⁸. Les montants sont déterminés afin de « garantir, au minimum, la survie modeste de ceux qui sont le plus touchés »³⁶⁹, mais sont généralement « suffisamment modestes[s] pour ne pas peser lourdement sur le budget » de l'entité qui le met en place.

Afin de déterminer une mesure pouvant correspondre à ce standard économique acceptable, plusieurs critères peuvent être utilisés en se basant sur les normes socio-économiques du pays. À ce titre, rappelons qu'il « n'est pas recommandé d'évaluer les besoins individuels de chaque victime »³⁷⁰, mais plutôt de déterminer un montant approprié pour chaque catégorie de victimes (décès ou maladie). À titre d'exemple, en Côte d'Ivoire, en vue de déterminer les montants de pensions à vie, le salaire minimum a été proposé à titre de mesure d'évaluation, alors qu'au Chili, c'est plutôt le revenu moyen par foyer (variable en fonction de l'inflation) qui a été utilisé³⁷¹. Dans le cas du Pérou, les montants ont été déterminés arbitrairement et sans consultation convenable des victimes. Ainsi, non seulement cette situation a-t-elle favorisé le ressentiment des victimes, mais elle a également engendré certains conflits³⁷².

364. Selon Cristián Correa, dans un cas ayant reçu 35 000 applications, 27 000 demandes avaient été acceptées (soit un taux de rejet d'un peu plus de 20 %). Parmi les demandes ayant été refusées, presque tous et toutes ont fait appel de la décision. Ainsi, le traitement de près de 8 000 demandes en appel a duré aussi longtemps que le processus initial ayant analysé plus de 35 000 demandes, pour un taux d'acceptation d'environ 20 %, soit un peu plus de 1 500 dossiers (Entrevue de Cristián Correa, 2018).

365. En effet, dans le cadre de tout mécanisme pour lequel il n'existe pas d'instance supérieure prédéfinie ayant un droit de regard en cas d'erreur, la demande de révision « peut parfois offrir la dernière possibilité d'obtenir justice et de faire contrôler le respect des droits fondamentaux des personnes. Ce droit est à ce point crucial qu'il peut être qualifié, en lui-même, de droit fondamental des justiciables » (Vallières, 2005, en ligne : barreau.qc.ca/).

366. L'erreur manifeste et déterminante est généralement le standard minimum utilisé en droit administratif quant aux procédures de révision.

367. Correa, C. *supra* note 70, p. 14.

368. Entrevue de Cristián Correa, *supra* note 307.

369. Correa C, Gbery D., *supra* note 128. p. 7.

370. Correa, C. *supra* note 70, p. 6.

371. REDRESS, *supra* note 91, p. 13.

372. ICTJ, *supra* note 314, p. 15

En Haïti, le salaire minimum journalier est de 400 HTG, ce qui équivaldrait à environ 8 000 HTG par mois, soit moins de 100\$ US par mois. Quant au revenu annuel moyen, en 2017, il était établi à 760\$ US par année, soit un peu plus de 60\$ US par mois³⁷³. Une autre possibilité, probablement plus équitable considérant le fait que le salaire moyen ne permet pas de couvrir les coûts de la vie minimaux, serait de déterminer les montants sur la base de la perte moyenne des foyers affectés. Selon un sondage effectué en 2013, le coût moyen pour les funérailles et l'enterrement des victimes du choléra s'élevait à 5 610\$ US, les dépenses médicales à 224\$ US et la perte de revenu moyen en cas de décès à environ 525\$³⁷⁴. Indépendamment du type de calcul privilégié, compte tenu de la prépondérance de la pauvreté en Haïti et du coût de la vie élevé³⁷⁵, ces montants devraient être versés à plusieurs occasions afin de maximiser les effets positifs pour les victimes.

3.2. Le nombre de versements et la durée du programme

Sur la question du nombre de versements à prôner, il est généralement conseillé d'échelonner les versements dans le temps, sous la forme d'une pension à vie (comme cela a d'ailleurs été le cas dans la plupart des exemples comparatifs susmentionnés)³⁷⁶. La faisabilité (notamment en termes de lourdeur et de complexité administratives et financières) relative à l'octroi d'une pension de vie doit néanmoins être prise en compte, dans la mesure où la gestion et le monitoring du programme ne dépendraient pas entièrement d'un agent étatique. En conséquence, plusieurs versements sur une période prédéterminée et à long terme constituent la meilleure option en Haïti.³⁷⁷ Cela permettrait de maximiser le potentiel générateur de changement de ces transferts, de favoriser une meilleure gestion des montants par les victimes, de leur assurer de meilleures conditions de vie, de tenir compte du fait que les préjudices initiaux subis et leurs impacts s'accroissent avec le temps, et de limiter les risques de vols et de fraudes qu'implique l'utilisation de montants en espèces.

Il a été démontré que ces paiements, même lorsqu'ils sont modestes, ont eu des effets positifs à long terme, particulièrement dans des cas où les besoins de base des victimes sont importants, comme c'est le cas en Haïti. À titre d'exemple, dans le cadre d'un programme de transfert d'argent, un paiement unique alloué à 550 foyers au Vietnam a entraîné une réduction des taux de pauvreté de 20 % en l'espace de seulement deux ans³⁷⁸. En Ouganda, un programme similaire ciblant les femmes marginalisées sur le plan économique leur a permis de doubler leur revenu et de tripler l'épargne de leur foyer en seulement un an³⁷⁹. Au Kenya, ce type de programme a eu des effets positifs à long terme sur la consommation des ménages, la sécurité alimentaire, les revenus ainsi que les avoirs des familles³⁸⁰.

Des analyses supplémentaires sur des échantillons plus diversifiés pourraient être utiles pour déterminer avec plus de précision les modalités relatives à la détermination et la distribution de cette aide matérielle. Toutefois, les données recueillies dans le cadre de cette étude démontrent que l'échantillonnage statistique constitue une avenue prometteuse pour déterminer le montant de l'aide, le nombre de versements et la durée du programme les plus appropriés³⁸¹.

373. Banque Mondiale, « RNB par habitant, méthode Atlas (\$ courant) » (2018) en ligne : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GNPPCARPCD?locations=HT>

374. REDRESS, *supra* note 91, p. 13.

375. Banque Mondiale, « Indice des prix à la consommation (2010=100) » (2018) en ligne : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/FPCPI.TOTL?locations=HT>

376. Correa C, Gbery D., *supra* note 128, p. 7.

377. Entrevue de Cristián Correa, *supra* note 307.

378. Lawson David et al. What Works for the Poorest?: Poverty reduction programmes for the world's extreme poor. 2010, Practical Action, 308.

379. IPA, Entreprises for Ultra Poor Women After War: The WINGS Program in Northern Uganda (2012) en ligne : [poverty-action.org <https://www.poverty-action.org/printpdf/6541>](https://www.poverty-action.org/printpdf/6541).

380. Haushofer, J. et Shapiro J. Household Response to Income Changes Evidences from and Unconditional Cash Transfer Program in Kenya (novembre 2013) en ligne : [princeton.edu <http://www.princeton.edu/~joha/publications/Haushofer_Shapiro_UCT_2013.pdf>](http://www.princeton.edu/~joha/publications/Haushofer_Shapiro_UCT_2013.pdf).

381. *Ibid.*, p. 14.

3.3. La répartition du montant entre les membres de la famille

En cas de décès de la victime, la répartition de la somme elle-même entre les membres de la famille se qualifiant comme bénéficiaires (voir [b\) Les personnes habilitées à déposer une demande](#)) varie également d'un cas à l'autre. Néanmoins, il est préférable de déterminer au préalable la répartition entre les membres de la famille afin de réduire les risques de conflits (particulièrement dans le cas de structures familiales complexes comme c'est le cas en Haïti) et d'assurer le bien-être de tous et toutes³⁸². À titre d'exemple, au Chili, plutôt que d'utiliser un montant fixe et de diviser la somme entre les divers membres de la famille, cette approche utilisait un montant de référence (basé sur la taille d'une famille moyenne) et allouait un pourcentage fixe à chaque catégorie de membre de la famille. Ainsi, les montants étaient divisés de sorte que 40% revenaient au ou à la conjoint.e survivant.e, 15% (bonifié à 40% par une loi subséquente) aux parents d'enfants nés hors mariage, 15% à chaque enfant de moins de 25 ans et 30% à la mère de la victime ou, à défaut, au père de celle-ci³⁸³. Les risques de conflits familiaux étaient ainsi atténués puisque le montant reçu par chaque membre demeurait inchangé indépendamment de la taille de la famille ou du nombre de personnes ayant réclamé une indemnisation, limitant ainsi les opportunités d'exclure une personne pour obtenir une somme plus importante. Si cette option est particulièrement intéressante dans des contextes de structures familiales complexes, elle peut rendre l'élaboration du programme plus ardue, particulièrement en ce qui a trait à l'établissement du budget, car elle permet techniquement aux familles de dépasser la totalité (100%) du montant de référence établi, dépendamment de la taille et de la structure de celle-ci.

Bien que la détermination des pourcentages exacts varie considérablement d'un exemple comparatif à l'autre, cette formule distribuant prioritairement l'argent au conjoint, puis aux parents (donnant priorité à la mère) et enfin aux enfants semble l'approche privilégiée dans plusieurs contextes similaires³⁸⁴. Néanmoins, dans le cas d'espèce, les victimes ont souligné que les familles ayant perdu un pourvoyeur ainsi que les enfants ayant subi des souffrances marquées méritent d'être reflétées dans le cadre du programme d'assistance matérielle. En ce sens, conformément aux attentes et priorités des victimes, dans le cas du décès d'un adulte, il serait plus adapté de proposer une répartition priorisant 1) les conjoint.es survivant.es (généralement pourvoyeurs de la famille à la suite du décès de la victime); 2) les enfants des victimes et; 3) les parents des victimes. Dans le cas du décès d'un enfant, il serait envisageable de prioriser les parents de la victime.

3.4. La distribution du montant

Bien que les victimes aient exprimé une préférence pour une distribution directe aux divers membres de la famille admissibles (notamment pour des raisons de transparence et d'équité dans un contexte de structures familiales complexes), elles ont tout de même admis qu'il serait acceptable de distribuer le montant à travers un représentant familial si cette option n'était pas possible sur le plan administratif et logistique. À ce titre, les victimes ont souligné deux approches possible, soit l'attribution à travers le pourvoyeur de la famille ou encore celui à travers le conjoint.e survivant.e.

Si la répartition du montant par l'intermédiaire d'un représentant familial soulève nécessairement des problèmes en termes de concentration du pouvoir décisionnel, lorsque nécessaire, la distribution par le biais des femmes d'un foyer constitue une valeur plus sûre, en ce que celles-ci, comparativement aux hommes, seraient plus portées à investir le montant en vue de maximiser les retombées pour la famille, et ce, même dans des sociétés très patriarcales³⁸⁵. En outre, la distribution de montants aux femmes comporterait des avantages supplémentaires considérables. Au Zimbabwe, dans le cadre d'un tel programme,

382. Entrevue de Cristián Correa, *supra* note 307.

383. REDRESS, *supra* note 91, p. 13.

384. Entrevue de Cristián Correa, *supra* note 307.

385. Entrevue de Cristián Correa, *supra* note 307.

autant les hommes que les femmes ont affirmé que ces transferts avaient « contribué à améliorer la communication entre les conjoints ou les autres membres de la famille »³⁸⁶, remettant en cause les stéréotypes liés au genre. En effet, « les hommes ont commencé à se rendre compte que les femmes étaient capables de s'occuper d'argent et qu'elles pouvaient contribuer à la discussion sur son usage », certains d'entre eux ayant même pris l'habitude de consulter leur femme sur la manière de dépenser des revenus provenant d'autres sources extérieures³⁸⁷.

Si la majorité des hommes acceptaient bien que les femmes soient les destinataires de ces transferts, certains d'entre eux ont fait preuve d'incompréhension (voire, dans certains cas isolés, de la frustration). Le cas du Zimbabwe enseigne l'importance du dialogue et de la sensibilisation dans les communautés (particulièrement auprès des hommes) sur les enjeux de genre et sur les objectifs spécifiques de ces programmes³⁸⁸. Ainsi, si cette approche de distribution était privilégiée en Haïti, il serait impératif de prévoir des ateliers de sensibilisation à l'égalité de genre dans les communautés pour favoriser la compréhension de la population à l'égard du programme.

386. Concern Worldwide et Oxfam GB, Des convictions à la pratique: Transferts monétaires et dynamiques de genre (novembre 2011) en ligne: [cashlearning.org <http://www.cashlearning.org/downloads/resources/documents/Lo_rez_CT&GD_French.pdf>](http://www.cashlearning.org/downloads/resources/documents/Lo_rez_CT&GD_French.pdf), p. 17.

387. *Ibid.*

388. *Ibid.*, p. 20-21

RECOMMANDATIONS

1. Conformément aux standards internationaux de droits humains et aux principes directeurs de la *Nouvelle stratégie* de l'ONU pour lutter contre le choléra en Haïti, que l'ONU réponde aux priorités, aux besoins et aux préoccupations des victimes du choléra, avec une attention particulière à ceux des femmes et des filles, lors de la mise en place de toute forme d'assistance matérielle leur étant destinée;
2. Que l'ONU mette en place une approche mixte d'assistance aux victimes du choléra, comprenant des composantes collective et individuelle complémentaires, en vue de remédier aux souffrances individualisées des victimes du choléra, de tenir compte des conséquences du choléra sur leur communauté et d'atténuer les risques de conflits familiaux et communautaires;
3. Dans le cadre de la mise en œuvre de la composante individuelle, que l'ONU priorise l'entourage immédiat des personnes décédées du choléra, en particulier les femmes, les mineur.es et les personnes ayant perdu un pourvoyeur au sein de leur famille; et considère les survivant.es comme le second groupe prioritaire, en particulier celles et ceux qui vivent encore avec des séquelles;
4. Dans le cadre de la mise en œuvre de la composante collective, que l'ONU s'assure de tenir compte des besoins des victimes les plus affectées par le choléra, avec une attention particulière à ceux des femmes et des filles, ainsi que des besoins ne pouvant pas être ciblés par une composante individuelle;
5. Que l'ONU considère le recours à des mesures symboliques en vue de la reconnaissance entière des souffrances spécifiques des victimes et de sa responsabilité dans l'épidémie de choléra en Haïti;
6. Afin d'identifier les victimes du choléra, que l'État systématise les informations détenues par les structures de prise en charge des malades, et mobilise les réseaux d'information informels en vue de compléter et vérifier les données existantes, particulièrement sur les malades et les personnes décédées en dehors des structures de santé officielles;
7. Que l'ONU mette en place un mécanisme d'assistance individualisée complémentaire simple, rigoureux, transparent, inclusif et adapté aux réalités contextuelles du pays, dont la complexité de structures familiales, en développant des critères flexibles pour définir qui peut être considéré comme un bénéficiaire;
8. Que l'ONU tienne compte de l'accès limité à des documents écrits et favorise le recours à une combinaison de preuves matérielles, de témoignages, d'information contextuelle et à des présomptions en vue d'établir le statut de victime;
9. Que l'ONU détermine à l'avance les modalités et le montant à verser par famille qui permette de surmonter les conséquences néfastes du choléra;
10. Que l'ONU consulte les victimes et des membres de communautés affectées par le choléra à chacune des étapes de la conception et de la mise en œuvre de ce mécanisme, et développe des mesures pour favoriser la participation des femmes et des filles ainsi que la prise en compte de leurs besoins spécifiques découlant de l'impact différencié du choléra sur elles.

BIBLIOGRAPHIE

Accord entre l'ONU et le gouvernement haïtien concernant le statut de l'opération des Nations Unies en Haïti (Accord de Siège), 9 juillet 2004, 2271 RTNU 236 [entrée en vigueur : 9 juillet 2004].

Alston, P. *Rapport du Rapporteur spécial sur l'extrême pauvreté et les droits de l'homme*, Doc off AG NU, 71^e session, Doc NU A/71/367 (2016).

Alter, S. « La présentation d'excuses relatives à une faute grave : considérations sociales, psychologiques et juridiques », *Rapport final pour la Commission du droit du Canada* (mai 1999).

ASFC, *De la crise à une paix durable : La justice et les droits humains dans un contexte de transition au Mali*, Québec, 2013.

ASFC, *État des lieux sur la justice transitionnelle au Mali*. Québec, janvier 2016.

ASFC, *Le combat des Maliens et des Maliennes pour la paix et contre l'impunité : des recommandations en vue de la mise en place d'une justice transitionnelle adaptée aux besoins du Mali*. Québec, 2018.

ASFC, *Pour une justice transitionnelle efficace et inclusive : Rapport de consultation sur les perceptions, attentes et besoins exprimés par les victimes du conflit armé au Mali*. Québec, 2018.

Banque Mondiale, « Indice des prix à la consommation (2010=100) » (2018) en ligne : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/FP.CPI.TOTL?locations=HT>.

Banque Mondiale, « RNB par habitant, méthode Atlas (\$ courant) » (2018) en ligne : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GNPPCAPCD?locations=HT>.

Centre d'actualités de l'ONU, « L'ONU établit un Fonds multipartenaires pour la réponse au choléra en Haïti » (17 octobre 2016) en ligne : UN.org < <http://www.un.org/french/newscentre/>>.

CNSA. Haïti : *Perspectives sur la sécurité alimentaire, janvier à juin 2012* (2012) en ligne : reliefweb.int < https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Rapport%20complet_69.pdf >.

Code d'hygiène, d'assistance publique et sociale, 1954, en ligne : archive.org < https://archive.org/stream/codedhyginedas00hait/codedhyginedas00hait_djvu.txt >.

Concern Worldwide et Oxfam GB, *Des convictions à la pratique: Transferts monétaires et dynamiques de genre* (novembre 2011) en ligne : [cashlearning.org < http://www.cashlearning.org/downloads/resources/documents/Lo_rez_CT&GD_French.pdf >](http://www.cashlearning.org/downloads/resources/documents/Lo_rez_CT&GD_French.pdf).

Conseil des droits de l'homme, *Rapport de l'Expert indépendant sur la situation des droits de l'homme en Haïti*, Doc off AG NU, 31^e sess, DOC NU A/HCR/31/77.

Consejo de Reparaciones, *Reglamento de inscripción en el Registro Único de Víctimas de la Violencia a cargo del Consejo de Reparaciones* (2008).

Correa C, Gbery D. *Recommendations for Victim Reparations in Côte d'Ivoire: Responding to the Rights and Needs of Victims of the Most Serious Violations*. Abidjan, ICTJ, 2016.

Correa, C. « Integrating Development and Reparations for Victims of Massive Crimes », *The Center for Civil & Human Rights of University of Notre Dame* (juillet 2014).

Davies, S. et Davey, J. *A Regional multiplier approach to estimating the impact of cash transfers on the market: The Case of cash transfers in rural Malawi* (2017) 26(1) Dev Policy Rev 96.

Eboko, F. et al. « Inégalités et santé: des disparités récurrentes à un projet global? » (2002) Face à face, en ligne : [journals.openedition.org < https://journals.openedition.org/faceface/487 >](https://journals.openedition.org/faceface/487).

Economic Policy Research Institute, « The Social and Economic Impact of South Africa's Social Security System » (30 septembre 2004) en ligne : [allafrica.com < http://allafrica.com/download/resource/main/main/idatcs/00010352:3ca37b223f2ad1b0dc6479ccca726034.pdf >](http://allafrica.com/download/resource/main/main/idatcs/00010352:3ca37b223f2ad1b0dc6479ccca726034.pdf).

Entrevue de Carla Ferstman par ASFC (mars 2018), Port-au-Prince.

Entrevue de Renaud Piarroux par ASFC (3 avril 2018), Port-au-Prince.

Entrevues des missions terrain (2 au 25 mai 2018), Port-au-Prince, Quartier-Morin, Saint-Michel-de-l'Attalaye, Dame-Marie.

Entrevues des victimes du choléra par l'INURED (juillet à octobre 2017), Port-au-Prince, Saint-Marc, Mirebalais, La Chapelle, Chambellan et Anse d'Hainault.

Faucher, B. et Piarroux, P. « The Haitian Cholera Epidemic: is Searching for its Origin Only a Matter of Scientific Curiosity? » (2011) 17(4) Clin Micro & Inf 479.

Georges v *United Nations*, cas 15-455, document 257-1 Dist Ct (2d Cir 2016) en ligne : [ijdh.org < http://www.ijdh.org/wp-content/uploads/2011/11/2d-Circuit-Decision.pdf >](http://www.ijdh.org/wp-content/uploads/2011/11/2d-Circuit-Decision.pdf).

Haushofer, J. et Shapiro J. *Household Response to Income Changes Evidences from and Unconditionnal Cash Transfer Program in Kenya* (novembre 2013) en ligne : [princeton.edu < http://www.princeton.edu/~joha/publications/Haushofer_Shapiro_UCT_2013.pdf >](http://www.princeton.edu/~joha/publications/Haushofer_Shapiro_UCT_2013.pdf).

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'Homme, « Rule-of-Law Tools for Post-Conflict States: Reparations programmes » (2008) en ligne : [ohchr.org < https://www.ohchr.org/Documents/Publications/ReparationsProgrammes.pdf >](https://www.ohchr.org/Documents/Publications/ReparationsProgrammes.pdf).

Hendriksen, R. S. et al. « Population Genetics of *Vibrio cholerae* from Nepal in 2010: Evidence on the Origin of the Haitian Outbreak » (2011) 2(4) Am Soc Microbio 1.

ICTJ, *Forms of justice: A Guide to Designing Reparations Application Forms and Registration Processes for Victims of Human Rights Violations* (décembre 2017) en ligne : [ictj.org < https://www.ictj.org/sites/default/files/ICTJ_Guide_ReparationsForms_2017_Full.pdf >](https://www.ictj.org/sites/default/files/ICTJ_Guide_ReparationsForms_2017_Full.pdf).

ICTJ, *Forms of justice: A Guide to Designing Reparations Application Forms and Registration Processes for Victims of Human Rights Violations* (décembre 2017) en ligne : [ictj.org < https://www.ictj.org/sites/default/files/ICTJ_Guide_ReparationsForms_2017_Full.pdf >](https://www.ictj.org/sites/default/files/ICTJ_Guide_ReparationsForms_2017_Full.pdf)

ICTJ, *Reparations in Peru: From Recommendations to Implementation* (juin 2013) en ligne : [ictj.org < https://www.ictj.org/sites/default/files/ICTJ_Report_Peru_Reparations_2013.pdf >](https://www.ictj.org/sites/default/files/ICTJ_Report_Peru_Reparations_2013.pdf).

IJDH et al. *Le droit d'accès à des recours efficaces des victimes du choléra en Haïti* (16 juillet 2018), en ligne : [ijdh.org < http://www.ijdh.org/wp-content/uploads/2018/07/Letter-to-UNSG-re-right-to-a-remedy_final-FR.pdf >](http://www.ijdh.org/wp-content/uploads/2018/07/Letter-to-UNSG-re-right-to-a-remedy_final-FR.pdf).

Ingenito, L. et Pagé, G. « Entre justice pour les victimes et transformation des communautés : des alternatives à la police qui épuisent les féministes » (2017) 92 *Mouvements*.

IPA, *Entreprises for Ultra Poor Women After War: The WINGS Program in Northern Uganda* (2012) en ligne : [poverty-action.org < https://www.poverty-action.org/printpdf/6541 >](https://www.poverty-action.org/printpdf/6541).

Jenson, D. et al. « Cholera in Haiti and Other Caribbean Regions, 19th Century » (2011) 17 *Emerging Inf Dis* 2130.

Jonathan M. Katz, « U.N. Admits Role in Cholera Epidemic in Haiti », *The New York Times* (17 août 2016) en ligne : [NYTimes.com < http://www.nytimes.com >](http://www.nytimes.com).

Joseph, M. et al. *Petition for Relief* (3 novembre 2011), en ligne : [ijdh.org < http://ijdh.org/wordpress/wp-content/uploads/2011/11/englishpetitionREDACTED.pdf >](http://ijdh.org/wordpress/wp-content/uploads/2011/11/englishpetitionREDACTED.pdf).

Lawson David et al. *What Works for the Poorest?: Poverty reduction programmes for the world's extreme poor*. 2010, Practical Action, 308.

Le Monde « Choléra en Haïti : les autorités inquiètes de lynchages à mort » (2010) en ligne : [lemonde.fr < https://www.lemonde.fr/ameriques/article/2010/12/23/cholera-en-haiti-les-autorites-inquietes-de-lynchages-a-mort_1456914_3222.html >](https://www.lemonde.fr/ameriques/article/2010/12/23/cholera-en-haiti-les-autorites-inquietes-de-lynchages-a-mort_1456914_3222.html).

Le Monde « Grande Saline : Les victimes du choléra interdites de funérailles » (2010) en ligne : [lemonde.fr < https://www.haitilibre.com/article-1522-haiti-grande-saline-les-victimes-du-cholera-interdites-de-funerailles.html >](https://www.haitilibre.com/article-1522-haiti-grande-saline-les-victimes-du-cholera-interdites-de-funerailles.html).

Loi sur la paternité, la maternité et la filiation (4 juin 2014) *Le Moniteur* 169(105).

Médecins sans frontières. « Haïti : Les enfants sont plus vulnérables face au choléra » (2011) en ligne : [MSF.fr < https://www.msf.fr/actualites/haiti-les-enfants-sont-plus-vulnerables-face-au-cholera >](https://www.msf.fr/actualites/haiti-les-enfants-sont-plus-vulnerables-face-au-cholera).

Ministère de la Justice. « Remettre en question le courant dominant : approches pour améliorer l'accès à la justice pénale » dans *Repenser l'accès à la justice pénale au Canada : un examen critique des besoins, des réponses et des initiatives de justice réparatrice* (18 janvier 2018) en ligne : [justice.gc.ca < https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/sjc-csj/sjp-jsp/r03_2/p3a.html >](https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/sjc-csj/sjp-jsp/r03_2/p3a.html).

Ministère de la santé publique et de la population, « Plan d'élimination du choléra en Haïti » (novembre 2012) en ligne : [mspp.gouv.ht < https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Plan_elimination_du_cholera_2012_2022.pdf >](https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Plan_elimination_du_cholera_2012_2022.pdf).

MSF. *Prise en charge d'une épidémie de choléra* (2017) en ligne : msf.org < <http://oops.msf.org/OCBLog/content/OOPSLGV3/LOGISTICS/operational-tools/management-of-a-cholera-epidemic-aug-2017-fr/1968-prise-en-charge-dune-epidemie-de-cholera-aout-2017.pdf> >.

MSPP, *Profil des femmes en Haïti: Résultats de l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services EMMUS-III 2000* (novembre 2002) en ligne : dhsprogram.com < <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/OD27/ProfildefemmeHaiti.pdf> >.

MSPP, *Rapport du Réseau National de Surveillance du Choléra* (janvier 2019) en ligne : mspp.gouv.ht < <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Profil%20statistique%20Cholera%201ere%20SE%202019.pdf> >.

MSPP. *Manuel de formation pour la lutte contre le choléra en Haïti: un cours abrégé pour les fournisseurs de soins de santé* (2011), en ligne : mspp.gouv.ht < <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Manuel%20de%20formation%20haiti%20cholera.pdf> >.

MSPP. *Plan stratégique pour le renforcement de la surveillance épidémiologique en Haïti, 2013-2018* (2013) en ligne : mspp.gouv.ht < <https://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/Plan%20strategique%20DELR%202013-2018.pdf> >.

MSPP. *Représentation du système de santé: Le paquet minimum de services, cadre conceptuel* (2006) en ligne : mspp.gouv.ht < https://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/Paquet_minimum_de_services_1er%20niveau.pdf >.

Multi-Partner Trust Fund, « Minutes of the 3rd Meeting of the Advisory Committee of the UN Haiti Cholera Response Multi-Partner Trust Fund » (février 2019) en ligne : mptf.undp.org < [mptf.undp.org < http://mptf.undp.org/document/download/21173](http://mptf.undp.org/document/download/21173) >.

O'Brien, P. *UN dismissal of IJDH claims* (21 février 2013), en ligne : ijdh.org < <http://www.ijdh.org/wp-content/uploads/2011/11/UN-Dismissal-2013-02-21.pdf> >.

O'Brien, P. *UN's response to IJDH challenge* (5 juillet 2013), en ligne : ijdh.org < <http://www.ijdh.org/wp-content/uploads/2013/07/20130705164515.pdf> >.

OCDE et INURED. *Interactions between public policy, migration and development in Haiti*. Paris, Publications de l'OCDE, 2017 et Banque Mondiale. *Haiti: Toward a New Narrative, Systematic Country Diagnostic* (2015) en ligne : worldbank.org < <http://documents.worldbank.org/curated/en/642131467992805241/pdf/99448-SCD-Box393200B-PUBLIC-DOI-10-1596-K8422-PUBDATE-9-8-15.pdf> >.

Oduro, R. « Beyond poverty reduction: Conditional cash transfers and citizenship in Ghana » (2015) 24(1) Intl J Social Welfare 27.

OMS, « Le choléra: Normes de surveillance des maladies évitables par la vaccination » (septembre 2018), en ligne : who.int < https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/WHO_SurveillanceVaccinePreventable_02_Cholera_French_R1.pdf >.

OMS. « Choléra » (2011) en ligne : who.int < <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cholera> >.

Organisation mondiale de la Santé. « Évaluation des risques pour la santé publique et interventions: séisme Haïti » (décembre 2010) en ligne : who.int < https://www.who.int/diseasecontrol_emergencies/publications/haiti_earthquake_20100118_fr.pdf > [Rapport sur les risques pour la santé publique post-séisme].

Partners in Health. « Mourning cholera victims » (2011) en ligne : pih.org < <https://www.pih.org/article/mourning-cholera-victims> >.

Paul, Farmer. *Pathologies of power. Health Human Rights and the New War on the Poor*. Berkeley: Los Angeles-London: University of California Press, 2003.

Pavoni, R. « Choleric Notes on the Haiti Cholera Case » (2015), 19 Questions Int'l L 19.

Piarroux, R. et al. « Understanding the Cholera Epidemic, Haiti » (2011) 17 Emerging Inf Dis 1161.

PNUD, « Cash Programming in Haiti: Lessons Learnt in Disbursing Cash » (mars 2011) en ligne : alnap.org < <https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/cash-programming-in-haiti-lessons-learned-in-disbursing-cash.pdf> >.

Principes fondamentaux et directives concernant le droit à un recours et à réparation des victimes de violations flagrantes du droit international des droits de l'homme et de violations graves du droit international humanitaire [Principes fondamentaux et directives sur le droit de recours et à la réparation], Doc off AG NU, 60^e sess, DOC NU A/RES/60/147 (2006).

Rapport du Secrétaire général sur la Mission des Nations Unies pour la stabilisation en Haïti, Doc off CS NU, 2017, DOC NU S/2017/223.

Rapport du Secrétaire général sur la Mission des Nations Unies pour l'appui à la justice en Haïti, Doc off CS NU, 2018, DOC NU S/2018/1059*.

REDRESS, « Reparations for Torture: Chile » (1992) en ligne : refworld.org < <https://www.refworld.org/pdfid/4bf3a0522.pdf> >.

REDRESS, *Responding to the Introduction of Cholera to Haiti: Policy Options* (juin 2016) en ligne : redress.org < <https://redress.org/wp-content/uploads/2017/12/Responding-to-the-Introduction-of-Cholera-to-Haiti.pdf> >.

Résolution 1542 [MINUSTAH], Doc off CS NU, 4961^e séance, DOC NU S/RES/1542 (2004).

Ressler, P. « The social impact of cash transfers: a study of the impact of cash transfers on social networks of Kenyan households participating in cash transfer programs » (janvier 2008), en ligne : ebrary.ifpri.org < <http://ebrary.ifpri.org/utils/getfile/collection/p15738coll2/id/31489/filename/31490.pdf> >.

Samuels, F. et Stavropoulou, M. « Being Able to Breathe Again: The Effects of Cash Transfer Programs on Psychosocial Wellbeing » (2016) 52(8) J Dev Stud 1099.

Sarmiento, L.C. et al., *Implementing Rules and Regulations of Republic Act No 10368 « An Acte Providing for Reparation and Recognition of Victims of Human Rights Violations During the Marcos Regime, Documentation of Said Violations and Appropriating Funds Therefor and for Other Purposes »*, Quezon City, Philippines, 2014.

Secrétariat général des Nations Unies, *Nouvelle stratégie de lutte contre le choléra en Haïti*, Doc Off AG NU, 71^e sess, Doc NU A/71/620 (2016).

Secrétariat général des Nations Unies, *Nouvelle stratégie de lutte contre le choléra en Haïti*, Doc Off AG NU, 71^e sess, Doc NU A/71/895 (2017).

Sérant, Claude Bernard « Les morgues refusent les cadavres contaminés », *Le Nouvelliste* (2010) en ligne : lenouvelliste.com < <https://lenouvelliste.com/article/85875/les-morgues-refusent-les-cadavres-contamines> >.

Steenland, M. et al. « Laboratory-Confirmed Cholera and Rotavirus among Patients with Acute Diarrhea in Four Hospitals in Haiti, 2012-2013 » (2013) 89 (4) Am J Tropical Medecin & Hygiene 641.

Stop choléra. *Glossaire des termes relatifs au choléra et aux programmes de vaccination contre le choléra 2016*, en ligne: stopcholera.org < https://www.stopcholera.org/sites/cholera/files/glossary_of_terms_fr_final_0.pdf >.

Thomas, S. *De la pauvreté multidimensionnelle des Femmes en Haïti (Chansolme): analyse et impact d'une stratégie de lutte*. Mémoire de Maîtrise, Faculté des sciences de l'agriculture et de l'alimentation, Université Laval, 2012).

Tonguet Papucci A. et al., « Beneficiaries' perceptions and reported use of unconditional cash transfers intended to prevent acute malnutrition in children in poor rural communities in Burkina Faso: qualitative results from the MAM'Out randomized controlled trial » (2017) 17(1) BMC Public Health 527.

Transnational Development Clinic, *Peacekeeping without Accountability: The United Nations' Responsibility for the Haitian Cholera Epidemic*, 2013.

Transparency International. *Corruption Perceptions Index 2018: Haiti* (2018) en ligne: [transparencu.org < https://www.transparency.org/country/HTI# >](https://www.transparency.org/country/HTI#).

ANNEXES

ANNEXE 1

MATRICE DE L'ÉTUDE SUR LE POINT DE VUE DES VICTIMES

City or towns (rural towns with an*)	# of Focus Groups	# of Participants	# of Interviews
Metropolitan Port-au-Prince (including Pétion-Ville and Carrefour)	6	42	6
Saint-Marc	2	19	3
Mirebalais	2	12	3
La Chapelle*	2	14	2
Anse d'Hainault	1	10	5
Chambellan*	2	14	3
Total	15	97	22

ANNEXE 2

LISTE DES QUESTIONS DES ENTRETIENS SUR LE POINT DE VUE DES VICTIMES

CONTEXTUAL QUESTIONS

- How have you, your family member(s) or community been affected by cholera (e.g., infected by cholera, death in the family, etc.)
- How many people in your family/community were affected by cholera?
- How did you/your community deal with the illness or death (e.g., treatment of illness, burial of deceased)?
- What did you think caused the illness at the time?
- What do you know about cholera now? What was the root cause of it?

GREATEST VICTIMS AND CHOLERA'S IMPACT ON THEIR LIVES

- Who do you believe have been the greatest victims of cholera?
- What has been the impact on their lives?
- In what ways have this group suffered differently or more than others impacted by the epidemic?

UN DIRECT ASSISTANCE TO CHOLERA VICTIMS AND ITS BENEFITS

- UN has issued a report where it suggests providing direct support to cholera victims however it has been reluctant in following through on these approaches. Direct or indirect assistance would be provided to households most affected by cholera, what would such an initiative (an 'individual approach') look like?
- What type of direct or indirect support to cholera victims would most benefit victims?
- What positive impacts would direct assistance likely have on beneficiaries/beneficiary households?

- Who should be the beneficiaries of an individual approach? Should it be limited to a particular set of victims, in light of the high numbers of people impacted by cholera and funding limitations?
- Who should decide who benefits from direct or indirect support?
- If financial assistance is provided to victims, what methods can be used to identify the victims who should benefit? In what ways should victims be able to establish that they qualify for assistance (e.g., death certificates? Sworn testimony? Should the community / other actors have a role in determining who qualifies for benefits?)? Explain.

FEASIBILITY OF UN DIRECT ASSISTANCE APPROACH

- Which international, national or local body/entity/organization(s) (e.g., UN, GoH, Mayors, CASEC/ASEC, CBOs) should be charged with overseeing/managing such a program (e.g., determining approach to assistance, identifying beneficiaries, determining amount of assistance, etc.)
- Which international, national or local body/entity/organization(s) (e.g., UN, GoH, CBOs) should be charged with implementing such a program (e.g., issuing/administering payments)
- Have there been programs in the past that some but not all in the community benefited from? Did this create conflict in the community?

RISKS ASSOCIATED WITH THE DIRECT ASSISTANCE APPROACH

- What challenges would there be with taking an individual approach (e.g., correctly identifying victims, creating conflict within communities?)
- What are the security risks associated with providing financial assistance? Can individual compensation create/increase resentment/conflict in communities and families?
- How serious is the potential for fraudulent claims?

RISK MITIGATION STRATEGIES FOR THE DIRECT ASSISTANCE APPROACH

- What can be done to mitigate these risks/challenges, if anything?
- Which international, national or local institutions/organizations/entities should play a role in mitigating risks/challenges?
- What type of safeguards can be instituted against fraudulent claims?
- Which international, national or local institutions/organizations/entities should play a role in safeguarding against fraudulent claims?

ANNEXE 3

GRILLES D'ENTRETIEN

SUR LA FAISABILITÉ

D'UNE APPROCHE INDIVIDUELLE

1. GRILLE D'ENTRETIEN SUR LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES EN MILIEU INSTITUTIONNEL

1. Quels critères spécifiques utilisez-vous pour identifier un cas de choléra sur le plan médical ? Cette définition est-elle centralisée et utilisée à l'échelle nationale ou varie-t-elle en fonction de chaque centre de traitement (hôpital/centre de santé communal/CTC/UTC) ?
2. Sur quelle base les personnes présentant des signes cliniques du choléra sont-elles diagnostiquées ? Utilisez-vous un test spécifique pour confirmer le diagnostic ? Si oui, le test est-il réalisé de manière systématique ou dans des cas particuliers (lesquels) ? Le diagnostic se fait-il différemment pour les adultes et les enfants de moins de 5 ans, par exemple ?
3. Remet-on généralement un document aux patient.es attestant du diagnostic quand ils laissent l'hôpital ou le CTC ? Que contient ce document ?
4. Quel est le processus classique d'admission d'un malade dans l'hôpital ou le CTC ? Ce processus est-il généralisé à travers tous les hôpitaux ou CTC ?
5. Existe-t-il une fiche d'inscription type pour l'admission des malades dans les hôpitaux ou CTC ? Que contient cette fiche ? Est-elle utilisée dans tous les hôpitaux ou CTC ?
6. Demande-t-on certains documents aux patient.es afin qu'ils/elles soient admis.es dans les hôpitaux ou CTC ? Si oui, quels sont-ils ? Est-ce qu'il existe d'autres exigences d'admission ?
7. Quel est le processus de traitement des données des malades ? Existe-t-il un registre central répertoriant les cas à l'échelle nationale ? Quelles informations contient ce registre (nom, décès, traitement reçu, durée du traitement) ? Pour ce qui est des décès, existe-t-il une manière spécifique d'enregistrer les décès des malades dans les registres des hôpitaux ou CTC ?
8. Avez-vous retenu les informations concernant chaque individu ayant fréquenté votre structure ? Outre les noms, le document contient-il l'adresse, le numéro d'identification nationale ainsi que des informations sur le décès, le traitement reçu et la durée de celui-ci, par exemple ?
9. Outre le nom du malade, avez-vous retenu les noms, adresses et numéros d'identification de la ou des personnes qui ont accompagné les malades ?

10. En cas de décès, comment se poursuit le processus de suivi du malade? Assurez-vous un suivi pour l'émission du certificat médical et/ou de l'acte de décès?
11. Dans le cas où la personne n'a pas été accompagnée par un membre de sa famille et est décédée, comment faites-vous pour retrouver un proche?
12. Comment l'institution traite les données relatives aux infections et aux décès hors institutions? Travaillez-vous aussi avec les ONGs dans la centralisation des données? Avez-vous en parallèle un système communautaire de cueillette d'informations? Comment fonctionne-t-il?
13. Quelle est, selon vous, l'étendue de la documentation existante en termes de pourcentage de victimes couvertes?
14. Comment ces données sont-elles traitées par la suite et par quelle(s) instance(s)? Les données sont-elles désagrégées en fonction de l'âge, du sexe, de l'emplacement géographique et de la période?
15. Actuellement, si vous vouliez retracer l'identité d'un ancien malade, comment procéderiez-vous?
16. Les informations dont vous disposez permettent-elles d'identifier les victimes de 2010 à aujourd'hui? Au début de l'épidémie, avant qu'un système centralisé de documentation soit mis en place, d'où provenaient les informations concernant le nombre de victimes institutionnelles et non institutionnelles? Travaillez-vous alors en partenariat avec d'autres institutions ou organisation en ce sens? Les noms des victimes étaient-ils également enregistrés?

2. GRILLE D'ENTRETIEN POUR LES RENCONTRES AVEC LES ORGANISATIONS DE VICTIMES

1. Quel rôle jouez-vous auprès des victimes du choléra? Quels types d'accompagnement/soutien offrez-vous?
2. Évoluez-vous à l'échelle nationale? Dans quelles communes/villes êtes-vous actifs?
3. Travaillez-vous avec d'autres institutions ou organisations de la société civile? Si oui, lesquelles? Dans quelles communes/villes ces organisations sont-elles actives?
4. Combien de membres font partie de votre organisation? Est-ce qu'il a plus d'hommes ou de femmes? Est-ce qu'il existe des critères fixes pour qu'une personne puisse devenir membre de l'organisation? Comment identifiez-vous de nouveaux membres potentiels de votre organisation?
5. Exigez-vous des preuves de leur statut de victimes? Si oui, quels types de preuves acceptez-vous?
6. Parmi vos membres, à combien estimez-vous la proportion de ceux qui détiennent des preuves de leur condition (certificats médicaux, actes de décès ou autre acte notarié)? Dans votre réseau, avez-vous accès à des professionnels (avocats, notaires) qui vous aident à obtenir des preuves?
7. Gardez-vous des traces écrites des victimes et des personnes décédées du choléra au sein de votre organisation?
8. Comment obtenez-vous des informations sur les victimes qui n'ont pas été soignées dans un hôpital ou un CTC dans les zones où vous êtes actifs? Comment obtenez-vous des informations sur les victimes qui sont décédées en dehors du milieu institutionnel dans les zones où vous êtes actifs?

9. Selon vous, qui devrait recevoir le dédommagement dans 1) une famille où un enfant a été atteint du choléra et 2) dans le cas où un membre de la famille est décédé du choléra ?
10. Recevez-vous les témoignages de victimes ou de familles de victimes ? Sont-ils consignés quelque part ?
11. Comment voyez-vous la question du dédommagement pour les victimes du choléra ? Privilégieriez-vous l'approche individuelle, l'approche collective ou une approche mixte dans le cadre d'un dédommagement éventuel ? Pourquoi ?
12. Quels sont les risques et les points forts de chaque approche, d'après vous ?
13. Pensez-vous que le dédommagement peut être source de conflit dans les communautés et/ou dans les familles ?
14. Quelles mesures proposez-vous afin de réduire les conflits dans les communautés et/ou dans les familles ?

3. GRILLE D'ENTRETIEN POUR LES RENCONTRES AVEC LES EXPERT.ES EN DÉDOMMAGEMENT

1. Selon votre expérience, comment se déroule un processus classique de dédommagement à grande échelle ?
2. Dans d'autres contextes, avez-vous procédé au dédommagement de manière différente lorsque les institutions nationales étaient fragiles ? Si oui, comment avez-vous contourné le problème des institutions faibles sans fragiliser l'autonomie du gouvernement ?
3. Dans votre expérience, quels sont les mécanismes pour établir la liste des victimes qui bénéficient de dédommagement ? Comment s'est déroulé le processus de dépôt des demandes dans d'autres contextes ? Est-ce que les victimes doivent elles-mêmes présenter des demandes et des preuves ou est-ce que c'est le mécanisme de dédommagement qui est chargé d'établir de manière proactive qui sont les victimes, ou une combinaison des deux ? Autrement dit, sont-elles déposées sur l'initiative des victimes ou alors sur demande d'une instance quelconque ?
4. Quelles ont été les institutions chargées de statuer sur les demandes des victimes ? Est-ce que ce sont des mécanismes judiciaires ou extrajudiciaires ?
5. Comment peut-on assurer que ces institutions offrent des garanties de transparence ? Pourriez-vous donner deux ou trois exemples d'autres contextes ?
6. Comment avez-vous contourné la rareté ou le manque de documentation pour établir les preuves, notamment concernant la preuve du statut de victime, dans certains contextes ? À votre connaissance, quels types de preuves sont généralement utilisés pour constituer les dossiers ? Ceux-ci diffèrent-ils en fonction de la qualité de la victime (directe/indirecte) ou du type de préjudice subi ? Quel est le standard de preuve généralement utilisé pour déterminer si un demandeur est une victime ? Comment fait-on pour limiter les risques de fausses victimes dans d'autres contextes ?
7. Est-ce qu'il existe des processus de révision judiciaire ou administrative des décisions prises par les institutions chargées d'octroyer des réparations aux victimes, notamment pour permettre aux victimes de contester une décision de refus ?
8. Comment les problèmes de manque de documentation sont-ils abordés dans d'autres contextes ? Quels systèmes ont été utilisés pour identifier les victimes ? Quel a été le rôle des institutions formelles dans l'identification et l'établissement du statut de victimes ?

9. Avez-vous eu recours à des mécanismes alternatifs de vérification ? Si oui, lesquels ? Quels problèmes ces mécanismes ont-ils permis d'éviter ? Quels problèmes ou conflits avez-vous rencontrés ?
10. Est-ce qu'il existe des considérations éthiques à prendre en compte dans le cadre de tels processus de dédommagement ? Quelles sont-elles ? Comment est-il possible d'en tenir compte dans le processus, tant pour l'identification des victimes, la révision des demandes ou la distribution dudit dédommagement ?
11. Selon votre expérience, de quelle manière le contexte a influencé le choix du dédommagement individuel ou collectif ? Quels ont été les avantages et les limites de ce type de dédommagement dans vos expériences précédentes ?
12. Quelle mode de distribution du dédommagement privilégiez-vous généralement ? Quels sont les limites et les avantages de chacun des deux procédés ?
13. Dans le cas d'Haïti où les documents pour retracer les victimes ne sont pas toujours disponibles, que proposeriez-vous ?
14. Quelles sont les implications d'un processus de dédommagement dans un contexte de grande vulnérabilité économique et sociale ? Comment peut-il affecter la cohésion communautaire et familiale et quels risques peut-il engendrer ? Comment est-il possible de limiter ces effets pervers autant que possible ?
15. Comment les risques de conflits intra-communautaires et familiaux sont-ils habituellement atténués ailleurs ? Comment cela pourrait-il s'appliquer dans le contexte haïtien spécifiquement selon vous ?
16. Dans un contexte où l'État est plus ou moins absent, quel rôle les associations de victimes et la société civile peuvent-elles jouer dans la conduite d'un tel processus en Haïti, selon vous ?

4. GRILLE D'ENTRETIEN POUR LES EXPERTES SUR LA QUESTION DU CHOLÉRA EN HAÏTI

1. À combien estimez-vous le nombre total de victimes du choléra en Haïti en date d'aujourd'hui (malades et décès) ? Selon vous, quelle est la proportion de celles qui sont passées par le système institutionnel (CTC ou autre centre de santé) ? Quelle est la fiabilité des données institutionnelles ? Quelle proportion d'entre elles dispose d'un document attestant la maladie ?
2. Quels critères spécifiques sont utilisés en Haïti pour identifier un cas de choléra sur le plan médical ? Cette définition est centralisée et utilisée à l'échelle nationale ? Est-ce que la définition varie en fonction de chaque centre de traitement (hôpital/centre de santé communal/CTC/UTC) ?
3. Sur quelle base les personnes présentant des signes cliniques du choléra sont-elles généralement diagnostiquées ? Quelle est la fiabilité du diagnostic ? Utilisez-vous un test spécifique pour confirmer le diagnostic ? Si oui, le test est-il réalisé de manière systématique ou dans des cas particuliers (lesquels) ? Le diagnostic se fait-il différemment pour les adultes et les enfants de moins de 5 ans, par exemple ?
4. Remet-on généralement un document aux patient.es attestant du diagnostic quand ils laissent l'hôpital ou le CTC ?
5. À votre avis, quelles ont été les zones les plus touchées par le choléra ? Quelles sont les raisons de cette répartition géographique ? Quelles sont celles qui ont le moins accès aux soins de santé ?
6. Avez-vous eu l'habitude de fréquenter ces communautés dans le cadre de votre pratique ?

7. Pour les personnes qui n'avaient pas fréquenté un CTC ou autre établissement de santé, est-ce qu'il existe des pistes de solution pour démontrer qu'elles ont bien été atteintes du choléra ?
8. Existe-t-il, selon vous, des signes post-guérison qui permettraient d'établir que la personne avait été infectée par le choléra ? Les symptômes du choléra peuvent-ils provoquer des effets à plus long terme chez un sujet auparavant sain et chez un sujet souffrant de malnutrition ?
9. Dans votre pratique sur le terrain, avec quels groupes avez-vous eu l'habitude de travailler qui pourraient éventuellement contribuer à retracer les cas des victimes qui n'avaient pas fréquenté un établissement de santé ? Quels autres acteurs pourraient être mobilisés dans le cadre d'un tel système ?
10. Par quels moyens peut-on repérer les victimes qui n'avaient pas fréquentées les CTC ?
11. Que pensez-vous des systèmes d'alerte et de surveillance communautaire mis en place sur le terrain ? Que pensez-vous de leur fiabilité en tant que système de cueillette d'information ?
12. En fonction de la configuration territoriale, quel scénario endogène pourrait être utilisé pour retracer les victimes du choléra qui n'avaient pas fréquenté les CTC ou un centre hospitalier ? Est-ce qu'un scénario différent devrait être envisagé pour les décès hors des CTC ou autres établissements de santé ?
13. Comment limiter les cas de « fausses victimes » ? Est-ce qu'il existe d'autres possibilités de conflits communautaires ou familiaux qui pourraient émaner de ce processus d'identification ? Comment les limiter ?
14. Comment limiter les conflits communautaires et familiaux lors d'allocation d'un éventuel dédommagement ? Quelles pistes de solution proposeriez-vous afin de vous assurer que le dédommagement soit remis aux bonnes personnes compte tenu de la complexité de certaines structures familiales ? Sous quelle forme proposeriez-vous de donner le dédommagement afin qu'il ait le plus de répercussions possibles sur la vie de la victime/de sa famille ?

5. GRILLE D'ENTRETIEN POUR LES RENCONTRES AVEC LES AUTORITÉS LOCALES, LES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ CIVILE ET LES LEADERS COMMUNAUTAIRES

1. Comment le choléra s'est-il déclaré dans votre communauté ?
2. Comment avez-vous fait pour affronter le choléra dans votre communauté ?
3. Avez-vous tenu un registre des personnes décédées et affectées par le choléra ? Sinon, avez-vous d'autres moyens pour les identifier ?
4. En général, savez-vous que la personne est victime du choléra ? Que lui conseillez-vous dans ce cas ?
5. Avez-vous développé des liens avec les CTC en vue répertorier les cas de maladie ou de décès associés au choléra ? Quelle forme cette procédure prenait-elle ? Quelles informations (nom, adresse, numéro de téléphone, NIF, etc.) étaient répertoriées ?
6. Pouvez-vous retrouver les victimes qui avaient l'habitude de fréquenter votre (église, organisation, etc.) ? Si oui, comment ?
7. Comment avez-vous fait pour la prise en charge sociale des survivant.es ?

8. Voyez-vous des risques de conflits communautaires et familiaux en cas de dédommagement ? Quels types de conflits le dédommagement peut-il provoquer dans la communauté et les familles ? Pour quelles raisons ?
9. Quelles solutions auriez-vous proposées pour atténuer ces conflits ?
10. Existe-t-il des mécanismes locaux qui pourraient contribuer à réduire les conflits communautaires et familiaux ? Si oui, lesquels et comment fonctionnent-ils ?
11. Avez-vous des leaders au sein de votre communauté pouvant contribuer à atténuer les risques de conflits ? Dans quel cas sont-ils sollicités ?
12. Votre communauté a-t-elle déjà bénéficié de programmes de développement appelés « cash for work » ? Comment fonctionnent-ils dans votre communauté ?
13. Ces programmes ont-ils généré des conflits ? Lesquels ? Comment avez-vous évité certains conflits ? Quelles recommandations formuleriez-vous pour éviter les conflits qui n'ont pas pu être évités par le passé ?

6. GRILLE D'ENTRETIEN POUR LES JURISTES SUR LES CONSIDÉRATIONS SUCCESSORALES

1. Selon vous, quelles sont les principales dispositions législatives haïtiennes applicables en matière de succession dans le cas de victimes du choléra ?
2. Qui serait habilité à déposer une demande pour la victime décédée et poursuivre un recours judiciaire ? Serait-il possible pour plusieurs personnes de déposer une demande pour la même victime et les mêmes faits ?
3. Sur le plan procédural, quelle serait la marche à suivre pour que les héritiers potentiels d'une personne décédée du choléra puissent se prévaloir de leur droit à la succession ? Quels documents sont nécessaires à la demande ?
4. Quelle est la valeur de l'acte de décès pour établir les droits successoraux des héritiers en Haïti ? Dans les cas où les héritiers potentiels ne disposeraient pas de l'acte de décès, quels sont les autres moyens de procéder ?
5. Quels documents sont nécessaires afin de prouver l'identité de l'héritier ou encore prouver le lien de filiation ?
6. Dans le cas du dédommagement de victimes n'ayant pas été reçues en milieu institutionnel, comment procéder en l'absence de certificat médical ? Quelles autres preuves pourraient être acceptées pour prouver son statut de victime et les divers types de préjudices subis ?
7. D'après vous, sur un plan juridique, quel membre de la famille devrait recevoir le dédommagement en cas de décès ?
8. Dans le cas du décès d'un enfant dont les parents sont séparés/divorcés, qui devrait recevoir le dédommagement ?
9. Dans le cas où l'héritage devrait revenir à la femme du défunt, comment serait-il possible de départager entre plusieurs compagnes ?
10. Entre une concubine vivant effectivement avec l'individu pendant sa maladie, et sa femme légitime, qui devrait être priorisé dans le cadre d'un dédommagement ?
11. Dans un cas où l'héritage devrait revenir aux enfants du défunt, comment distribuer le montant entre plusieurs enfants ?
12. Sur le plan juridique, quels éléments sont à considérer pour la prévention et la gestion de conflits liés au dédommagement ?

7. GRILLES D'ENTRETIEN DE RENCONTRES AVEC DES EXPERT.ES EN PROGRAMMES DE TRANSFERT D'ARGENT

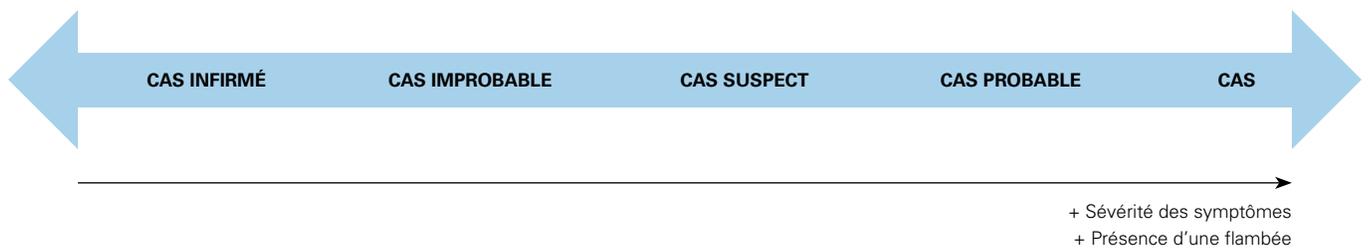
1. Quelle est votre expérience en matière de programmes de transfert d'argent à grande échelle? Comment se déroule un processus typique?
2. Dans d'autres contextes, avez-vous procédé de manière différente lorsque les institutions nationales étaient fragiles? Si oui, comment avez-vous contourné ce problème sans fragiliser l'autonomie du gouvernement?
3. Comment faites-vous pour identifier les bénéficiaires? Doivent-ils fournir certains documents pour avoir accès aux programmes? Si oui, lesquels? Comment procédez-vous si la victime ne détient pas ces documents?
4. Quel a été le rôle respectif des institutions formelles et informelles dans l'identification des bénéficiaires?
5. Comment procédez-vous quand le programme ne concerne pas toute la communauté, mais plutôt des individus précis? Comment identifier les bénéficiaires? Comment les risques de fausses réclamations ont-ils été limités dans d'autres contextes?
6. Comment procédez-vous pour limiter les possibilités de conflits communautaires et familiaux?
7. De quelle manière le contexte influence votre manière de procéder? Comment proposeriez-vous de procéder au regard de la situation en Haïti?
8. Quelles sont vos recommandations pour adapter ces programmes au contexte? Quelles sont les implications d'un tel programme dans un contexte de grande vulnérabilité économique et sociale? Comment peut-il affecter la cohésion communautaire et familiale (quels risques peut-il engendrer)? Comment limiter ces effets pervers autant que possible?
9. Avez-vous déjà géré des programmes liés à des questions de succession? Si oui, de quelle manière cela a changé la façon de procéder?
10. Comment les risques de conflits communautaires et familiaux sont-ils atténués ailleurs? Comment cela pourrait-il s'appliquer dans le contexte haïtien?
11. Dans un contexte où l'État est plus ou moins absent, quel rôle la société civile et les leaders communautaires peuvent jouer dans la mise en place et la pérennité de tels programmes en Haïti?
12. Est-ce qu'il existe des considérations éthiques à prendre en compte dans le cadre de tels programmes? Quelles sont-elles?
13. Quelle situation pourrait constituer un cas de fraude? Comment est-il possible de les limiter et de les identifier?
14. Comment tenir compte du manque de documentation? Comment identifier les bénéficiaires dans ce contexte? Quelles expériences ou méthodes utilisées ailleurs considérez-vous comme possiblement applicables en l'espèce?

8. GUIDE UTILISÉ POUR LES RÉCITS DE VIE

1. Quel est votre nom et votre âge?
2. Avez-vous des enfants? Si oui, combien? Quel est votre statut matrimonial?
3. Êtes-vous originaire de Port-au-Prince? Sinon, d'où venez-vous?
4. Quel type d'activités exercez-vous?
5. À quel moment avez-vous contracté le choléra?
6. Avez-vous été pris en charge dans un centre hospitalier ou un CTC? Lequel? Sinon, qui s'est occupé de vous?
7. Avez-vous un dossier du centre? Avez-vous été dûment enregistré dans ce centre avec votre carte d'identification nationale ou autre pièce d'identité?
8. Disposez-vous d'un certificat médical, du résultat du test, de la photocopie de votre dossier médical, de photos, ou de prescriptions de médicaments?
9. Quelles ont été vos dépenses liées à la prise en charge du choléra? Comment avez-vous fait face à ces dépenses?
10. Qui vous a accompagné durant votre traitement?
11. Comment s'est passé votre retour à la vie normale? Avez-vous pu retourner sur votre lieu de travail sans problèmes?
12. Comment avez-vous appris l'existence d'un regroupement de victimes du choléra?
13. Quelle pièce avez-vous donnée au moment de votre inscription dans le collectif?
14. A-t-on aussi recueilli votre témoignage comme ancien malade du choléra?
15. Quel est l'impact du choléra sur votre vie? Selon vous, est-ce qu'il existe un « avant » et un « après » de la maladie?
16. Quelle est votre compréhension sur l'introduction de la maladie en Haïti?
17. Comment se déroule votre vie post-choléra? Quels sont les impacts de la maladie, notamment la question de la stigmatisation?
18. Que pensez-vous de la question du dédommagement?
19. Est-ce important pour vous? Pourquoi?

ANNEXE 4

CATÉGORISATION DES TYPES DE CAS DE CHOLÉRA

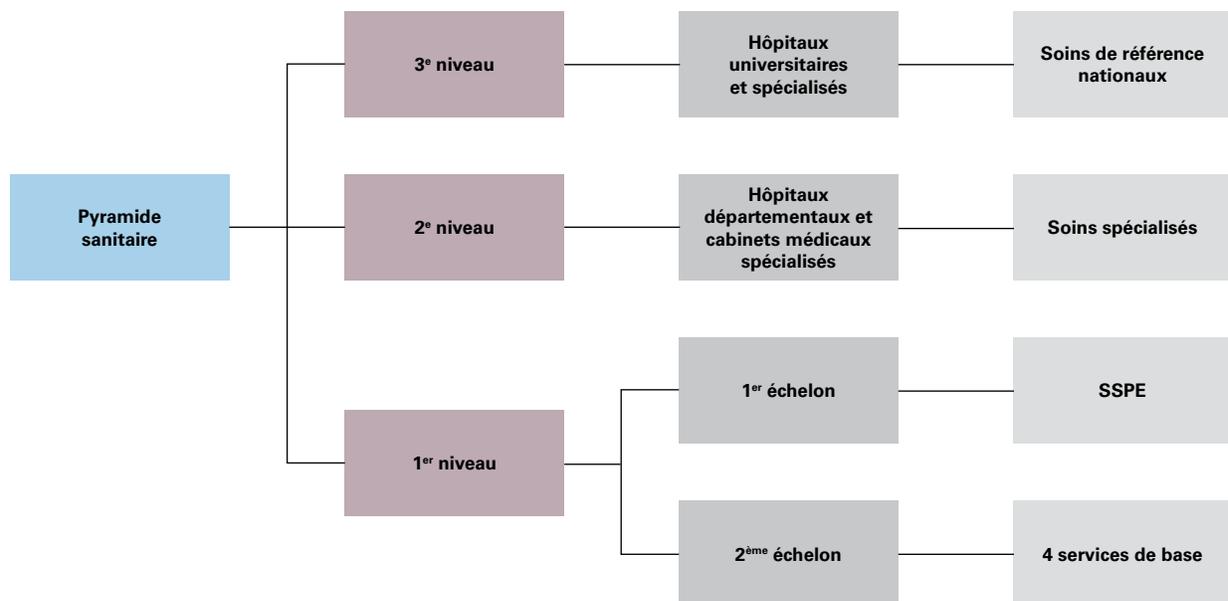


À ce titre, sont considérés comme constituant :

1. **Un cas probable** : une personne présentant les signes cliniques du choléra en période épidémique ou de flambée avérée dans une zone donnée, ou encore ayant été en contact avec au moins un cas confirmé ;
2. **Un cas suspect** : une personne présentant les signes cliniques typiques du choléra ;
3. **Un cas improbable** : tout cas dont les signes cliniques ne correspondent pas à ceux du choléra, mais n'ayant pas été infirmé par un test de culture.

ANNEXE 5

ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ HAÏTIEN





ASF
Canada