



Les **impacts**
du **choléra**
sur les **victimes**
et leurs **familles**
en **Haïti**

Publié en janvier 2024 à Port-au-Prince en Haïti.

Ceci est un document institutionnel, qui n'est pas destiné à des fins commerciales ni à la vente. Avocats sans frontières Canada (ASFC), en tant que détentrice exclusive des droits d'auteur rattachés au présent document, permet la citation et la reproduction d'extraits, à la condition qu'ils soient correctement référencés. Toute autre utilisation, reproduction, diffusion, publication ou retransmission partielle ou intégrale de son contenu, sous quelques formes et par un procédé quelconque, est strictement interdite sans l'autorisation préalable et écrite d'Avocats sans frontières Canada. Afin d'obtenir des autorisations ou informations complémentaires, merci de contacter info@asfcanda.ca.

Le contenu de la présente publication ne représente pas nécessairement la position du Gouvernement du Canada.

Veillez citer ce document comme suit: Avocats sans frontières Canada et INURED, Impacts du choléra sur les victimes et leurs familles en Haïti, janvier 2024.

Avocats sans frontières Canada

686, rue Grande-Allée, Est
Québec (Québec) G1K 3C8 Canada

www.asfcanda.ca

© ASFC, 2024.
Tous droits réservés pour tous pays.



**Avocats
sans frontières**

Canada

ASFC est une organisation 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.

Le présent document a été réalisé par **INURED** et **ASFC** dans le cadre du projet **Accès à la justice et lutte contre l'impunité en Haïti (AJULIH)**.

ASFC tient à remercier INURED pour l'enquête et l'analyse des données réalisées dans le cadre de ce rapport, à savoir plus précisément le chercheur principal, Dr. Louis HERNIS Marcelin, la coordinatrice de la recherche, Dr. Toni Cela, ainsi que Sabine Lamour, Orlithe Fortin, Dabouze Estinvil, Kéthia Charles, Pierre Rigaud Dubiosson, Mario Fidalgo, Maculée Alphonse, Frank Mahotiere, David Jasmin, Immaculene Jean Louis, Wouaneby Alcegaire, Daphnide Delva Noel, Judithe Fleuriné, Bill-Dany Rebeccas, Wilny Stecy Esth Juny Labonte, Mannoly Andoizin, Macuse Angervil, Rose Mirlyne Seraphin Jean Jacques, Claude Alexis, Pierre Alex Rovensky Pacombe, Cherline Jean-Avoir, Valdie Vilgrain, Daphelie Gracia, Noelosaint Dieufait, Shineider Alcerès, Clodimene Celisma, Francklin Estime, Anne Sophia Gaetan, Schneidine Louis, Wandel Varis, Adler Salvador, Helene Thelusma, Sandra Lima, Angelor Migency Louis, Dullin Pétion, Jouloveson Charlot, Anne Duellie Louis, Vasty St. Fleur, Guettelyne Louis, Jean Hernous Logiste, Widly Victor, Marie Glenaise Exavier, Esther Osias, Marie Flore Delille et Norvline Dupera.

ASFC souhaite remercier Louis Lafrance et Stéphanie Day-Cayer qui ont travaillé en collaboration avec INURED dans le cadre de la rédaction du rapport. Elle remercie également Me Ferniel Michel, Jodherson Cadet, Mathilde Doucet, Alice Lecomte, Caleb Lefèvre, Richlor Nelson, Claire Magnoux, Me Antoine Grondin-Couture, Me Marie-Philip Métivier, Me Philippe Tremblay et Taina Noster.

Droits d'auteur © 2024
Avocats sans frontières Canada.

Résumé

Ce rapport, rédigé en collaboration par l'Institut interuniversitaire de recherche et de développement (INURED) et Avocats sans frontières Canada (ASFC), poursuit deux objectifs principaux. Le premier est de présenter les conséquences, tant sur le plan juridique, physique, psychologique et économique en Haïti sur les Haïtiens qui ont été affectés par cette maladie, à partir des témoignages de ces derniers. Le second est d'analyser, à la lumière des faits et données recueillies, la responsabilité de l'Organisation des Nations Unies (ONU) et de l'État haïtien à l'égard des violations des droits humains qui ont découlé de l'introduction du choléra en Haïti. Le rapport vise également à proposer aux autorités compétentes des pistes d'intervention de nature à réparer les violations identifiées dans le rapport.

Plusieurs experts ont confirmé que le choléra a été introduit en Haïti par un bataillon de Casques bleus népalais de la MINUSTAH en octobre 2010. Ce bataillon aurait provoqué la propagation de la maladie en rejetant ses eaux usées contaminées dans un affluent du fleuve Artibonite qui représente la principale source d'eau d'une grande partie de la population haïtienne. Selon les données recueillies, entre 2010 et 2018, l'épidémie de choléra qui a été causée au départ par ce déversement a entraîné près de **10 000 décès** et de **820 000 infections**.

En dépit de l'Accord de siège conclu entre l'ONU et l'État haïtien de 2004 qui prévoyait la possibilité de mettre sur pied une Commission permanente des réclamations, celle-ci n'a toujours pas été créée. Malgré les preuves concluant que l'ONU est responsable de l'introduction du choléra en Haïti, aucune mesure de réparation satisfaisante n'a encore été instaurée. En 2016, le Secrétaire général de l'ONU Ban Ki-moon a offert ses excuses formelles pour l'introduction du choléra en Haïti, mais n'a cependant pas reconnu la responsabilité juridique de l'ONU dans les violations des droits humains engendrées par l'épidémie.

Afin d'analyser les conséquences de l'épidémie et de donner une voix aux victimes, une enquête quantitative a été réalisée par INURED auprès de 884 ménages entre mai et juin 2021, en plus d'une étude qualitative constituée de 39 entretiens et de 16 focus groupes entre juin et juillet 2021. Ces deux enquêtes ont été réalisées dans les départements du Nord, de l'Artibonite, du Centre, de la Grande-Anse et de l'Ouest. Les données recueillies démontrent que hormis les nombreux décès qui peuvent lui être imputés, l'épidémie a fait plusieurs autres victimes, qui ont subi des violations telles que: de la stigmatisation par leur communauté, des conflits familiaux non résolus et des impacts sur le plan financier. L'accès à l'alimentation, au logement et à l'emploi a aussi été ébranlé par l'épidémie, principalement en raison de ses impacts financiers sur les ménages. De plus, le choléra a contribué à exacerber des inégalités socio-économiques préexistantes en fragilisant l'autonomie financière des femmes et a augmenté la vulnérabilité des enfants en les privant, dans le cas de la mort de leurs parents, d'encadrement et de liens familiaux.

Ce rapport permet également d'identifier les besoins et attentes des victimes ainsi que leur niveau de satisfaction à l'égard des réponses à l'épidémie offertes par l'ONU et l'État haïtien.

Selon la majorité des répondants, une assistance sous forme individuelle serait mieux adaptée à leurs besoins. La majorité des répondants considère d'ailleurs que cette assistance devrait avoir comme objectif principal d'améliorer leurs conditions de vie. Selon les victimes, la priorité devrait être accordée aux interventions en matière de santé, d'eau, d'assainissement et d'hygiène.

Enfin, ce rapport offre une analyse juridique basée sur les données récoltées dans le cadre de l'enquête auprès des victimes. Cette analyse a permis de conclure à la responsabilité de l'ONU et de l'État haïtien pour plusieurs violations des droits humains engendrées par l'épidémie de choléra en Haïti.

D'abord, l'ONU a violé des droits civils et politiques aussi fondamentaux que le droit à la vie, en raison de sa gestion insouciante du traitement des eaux usées du camp des Casques bleus népalais, en omettant d'instaurer des mesures de prévention et en ne mettant pas suffisamment en place des mesures de lutte contre l'épidémie. Le droit à la dignité a également été violé à travers les conditions de vie imposées aux Haïtiens suite à l'introduction de l'épidémie de choléra.

Les actions et omissions de l'ONU ont également engendré des violations des droits socio-économiques, dont le droit à la santé, à travers le défaut d'adoption de mesures non discriminatoires à l'égard des populations rurales et isolées et par un manque de prévention durant l'installation du camp du bataillon népalais de la MINUSTAH. Le droit à l'eau a également été violé, puisque l'ONU a manqué de diligence dans l'assainissement des eaux usées de la MINUSTAH et une violation au « principe de ne pas nuire » à des « terrains écologiquement sensibles ». Finalement, l'ONU a porté atteinte au droit à un environnement sain en polluant des cours d'eau haïtiens par la MINUSTAH et par le fait même, en diffusant du choléra.

Finalement, l'ONU a cherché à camoufler sa responsabilité dans l'introduction de l'épidémie et refuse, encore à ce jour, de porter l'affaire devant un organe compétent qui permettrait d'indemniser les victimes. Ce faisant, l'ONU a violé les droits à la vérité et à une juste réparation.

L'ONU a manqué à ses obligations internationales, et ce, à plusieurs égards. Tout d'abord, celle-ci a tenté de dissimuler sa responsabilité et a prétendu que son immunité lui permettait de se déresponsabiliser à l'égard des victimes, bien que cela soit prohibé par le droit international. Celle-ci a également omis de mettre sur pied la Commission permanente des réclamations tel que le prévoit l'Accord de Siège, tout en ne reconnaissant qu'une responsabilité symbolique.

L'État haïtien a également violé ses obligations à l'égard des victimes à la lumière du droit international. En effet, il a violé l'obligation d'accès aux services de santé inhérents au droit à la vie en ne permettant pas à toutes les victimes du choléra de pouvoir jouir de soins, notamment en raison de la faible disponibilité de ceux-ci dans les milieux ruraux. De même, il a fait défaut d'adopter des mesures positives pour offrir équitablement des soins de santé aux populations des milieux ruraux et isolés, violant son obligation de non-discrimination en lien avec le droit à la santé. D'autre part, sa responsabilité internationale est engagée pour avoir manqué à son obligation de supervision des services d'assainissement, laquelle aurait pu prévenir la contamination des eaux et l'épidémie de choléra.

À la suite de ces analyses, ASFC exhorte :

- L'ONU à reconnaître sa responsabilité juridique dans l'introduction du choléra en Haïti et les violations des droits des victimes qui en ont découlé;
- L'État haïtien à demander à l'ONU la mise en place de la Commission permanente des réclamations prévue par l'Accord de Siège, dans les plus brefs délais;
- L'ONU à mettre en place la Commission permanente des réclamations prévue par l'Accord de Siège;
- L'ONU à tenir compte des priorités des victimes dans l'octroi des réparations, en particulier celles spécifiques aux personnes en situation de vulnérabilité, telles que les femmes et les enfants; et,
- L'État haïtien à prendre les mesures nécessaires pour assurer l'effectivité des droits fondamentaux des Haïtiens.

Table des matières

Avant-propos	11
Introduction	12
PARTIE 1 : MÉTHODOLOGIE ET MISE EN CONTEXTE	12
I. Contexte et enjeux politico-juridiques de l'étude	14
A. Survol historique de la présence du choléra en Haïti	14
B. Enjeux politico-juridiques de l'étude	16
C. Problématique et questions de recherche	19
II. Conception générale de l'étude et méthodologie	21
A. Approche théorique et conception générale de l'étude	21
B. Étapes initiales et rencontres préparatoires	21
C. Méthodologie	22
D. Protection des participant.e.s et éthique de la collecte des données	23
E. Mise en œuvre de l'étude	23
F. Approche analytique	25
G. Difficultés rencontrées et limites de l'étude	25
III. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon	26
A. Répartition et variations régionales de l'échantillon	26
B. Les spécificités liées au genre et à l'âge	27
C. Caractéristiques socioéconomiques	28
PARTIE 2 : COMPRENDRE QUI SONT LES VICTIMES DU CHOLÉRA ET LEUR VÉCU	33
I. L' impact du choléra sur les victimes et leurs ménages	34
A. Typologie des victimes	35
B. Typologie des décès	36
C. Impacts financiers, sociaux et émotionnels	38
D. Les impacts différenciés du choléra sur les enfants	41
E. Les impacts différenciés du choléra sur les femmes et les hommes	42
II. Accès à l'information et impacts sur les victimes	45
A. Compréhension du choléra aux niveaux communautaire et individuel	45
B. Mesures prédominantes adoptées	48
C. Prise en charge du choléra dans les communautés	49

PARTIE 3 : IMPLICATION DES VICTIMES, SATISFACTION ET RÉPONSE DEMANDÉE	50
I. Perceptions de la réponse de l'Organisation des Nations Unies	51
A. L'importance de l'implication des victimes en droit international	51
B. Les actions entreprises par l'ONU	51
C. Perceptions de l'assistance directe	52
D. Critères d'éligibilité à l'assistance	52
E. Risques associés à l'assistance individuelle	53
F. Rôle des organisations locales, nationales et internationales dans l'assistance matérielle	55
G. L'impact que l'assistance directe devrait avoir dans la vie des bénéficiaires	56
II. La réponse de l'État haïtien	58
A. Perception et caractérisation de la réponse de l'État	58
B. Rôle de l'État dans l'assistance matérielle	58
PARTIE 4 : L'ANALYSE JURIDIQUE	60
I. La responsabilité des Nations Unies et son obligation de respecter les droits humains	61
A. Responsabilité internationale de l'ONU	61
B. Les obligations de l'ONU de respecter les droits humains et le droit international	62
II. Impacts du choléra sur la jouissance des droits des victimes et de leurs proches	63
A. Les droits civils et politiques	63
B. Droits économiques et sociaux	67
C. Droit à la vérité et à une juste réparation	73
III- La réfutation de la responsabilité limitée de l'ONU	77
Conclusions	78
BIBLIOGRAPHIE	79



Illustration des figures

Figure 1 _____ 26

Nombre d'enquêtes menées auprès des ménages par département

Figure 2 _____ 27

Statut matrimonial du ou de la chef.fe de ménage par genre

Figure 3 _____ 28

Niveau d'éducation (Q1.4) du ou de la chef.fe de ménage par genre (Q1.1)

Figure 4 _____ 31

Activités de subsistance déclarée du ou de la chef.fe de ménage par genre

Figure 5 _____ 36

Ce ménage a-t-il perdu des membres de sa famille à cause du choléra (au sein ou hors ménage)

Figure 6 _____ 46

Perceptions des causes du choléra selon les départements

Figure 7 _____ 47

Sources d'information sur le choléra par genre

Figure 8 _____ 54

Types de fraudes attendues dans les programmes d'assistance matérielle, par genre

Figure 9 _____ 55

Parties fiables chargées d'examiner les demandes en l'absence de documentation par genre

Figure 10 _____ 57

Perception de l'impact que l'assistance directe des Nations unies devrait avoir sur les bénéficiaire

Figure 11 _____ 59

Avec quelle affirmation concernant la réponse du gouvernement haïtien à l'épidémie êtes-vous le plus d'accord?

Illustration des tableaux

Tableau 1 _____ 30

Principales sources ou activités génératrices de revenus déclarées

Tableau 2 _____ 36

Nombre et pourcentage des ménages signalant le décès de femmes, d'hommes et/ou d'enfants dû au choléra

Tableau 3 _____ 37

Lieu du décès déclaré des femmes et des hommes décédés (par genre de la personne décédée)

Tableau 4 _____ 37

Comment ce membre du ménage a-t-il traité cette maladie?

Tableau 5 _____ 39

Quel impact financier le choléra a-t-il eu sur votre ménage?

Tableau 6 _____ 40

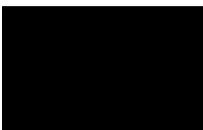
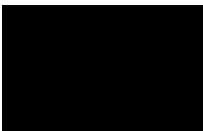
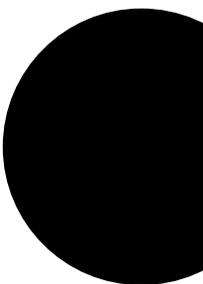
Quel impact social le choléra a-t-il eu sur votre ménage?

Tableau 7 _____ 43

Comment votre maladie a-t-elle été traitée?

Tableau 8 _____ 48

Quelles mesures avez-vous prises pour vous protéger (vous et votre famille) contre l'infection du choléra?



Liste des **sigles** et **abréviations**

AGNU	Assemblée générale des Nations Unies
ASEC	Assemblée de la section communale
ASFC	Avocats sans frontières Canada
BAI	Bureau des avocats internationaux
CASEC	Conseil d'administration de la section communale
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDESC	Comité des droits économiques, sociaux et culturels
CDH	Conseil des droits de l'Homme
CIDH	Commission interaméricaine des droits de l'Homme
CEDEF	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
ConvADH	Convention américaine des droits de l'Homme
ConvPI	Convention sur les privilèges et immunités des Nations Unies
Cour IDH	Cour interaméricaine des droits de l'Homme
CRDE	Convention relative aux droits de l'enfant
CTC	Centre de traitement du choléra
DINEPA	Direction nationale de l'eau potable et de l'assainissement
DSC	Département sanitaire du centre
DUDH	Déclaration universelle des droits de l'homme
EMIR	Équipe mobile d'intervention rapide
INURED	Institut Interuniversitaire de recherche et de développement
IJDH	Institute for Justice and Democracy in Haiti
MINUSTAH	Mission des Nations Unies pour la stabilisation en Haïti
MSF	Médecins sans frontières
MSPP	Ministère de la Santé publique et de la Population
OCHA	Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisations non gouvernementales
ONU	Organisation des Nations Unies
NU	Nations Unies
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
PIDCP	Pacte international relatif aux droits civils et politiques
PIDESC	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
SDE	Section d'énumération
UN	United Nations
UNMPTF	United Nations Multi-Partner Trust Fund
WASH	Water, Sanitation and Hygiene

Avant-propos

Le présent rapport est le fruit d'une collaboration entre l'**Institut interuniversitaire de recherche et de développement (INURED)** et **Avocats sans frontières Canada (ASFC)**. L'enquête, la collecte des données et l'analyse de celles-ci ont été réalisées par INURED. Seul INURED peut répondre de ses chiffres et de son enquête. ASFC ne peut répondre que de son analyse juridique.

Introduction

Ce rapport est le produit d'une étude portant sur les impacts engendrés par le choléra sur les victimes et leurs familles en Haïti qui fut effectuée par INURED. Parallèlement, une analyse juridique des droits des victimes en relation avec ces impacts a été réalisée par ASFC.

En 2010, le choléra a été introduit en Haïti par les Casques bleus de l'Organisation des Nations Unies (ONU). Selon le ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) en Haïti, près de 10 000 personnes sont décédées et environ 820 000 ont été infectées par cette toxi-infection entérique, soit près de 10 % de la population nationale (Piarroux, 2019).

De 2010 à 2016, l'ONU a nié toute implication dans la transmission de la bactérie du choléra en Haïti. C'est seulement en août 2016 que le Secrétaire général de l'ONU, Ban Ki-Moon, a reconnu le rôle de l'organisation dans l'introduction du choléra sévissant dans le pays depuis 2010 (Secrétaire général de l'ONU, 2016). Deux mois plus tard, le Secrétaire général a présenté des excuses officielles au peuple haïtien devant l'Assemblée générale des Nations Unies (AGNU) pour l'implication de l'ONU dans l'introduction du choléra à Haïti et la réponse insuffisante de l'organisation en réaction au déclenchement de l'épidémie (RTBF, 2016, para. 2-3). À cette occasion, la « nouvelle approche » de l'ONU dans la lutte contre le choléra en Haïti a été présentée. Celle-ci inclut une assistance matérielle aux personnes les plus touchées par l'épidémie (Zarocostas, 2017, p. 2274). Cependant, malgré cette reconnaissance de responsabilité morale, aucune mesure de réparation n'a été prise et l'assistance matérielle directe aux victimes est toujours insuffisante.

L'évolution de la maladie et ses enjeux politico-juridiques seront exposés dans la première partie de cette étude.

Dans la deuxième partie du document, on verra en quoi cette inaction a engendré de graves conséquences pour des centaines de milliers de personnes, notamment les femmes et les enfants, dans un pays fragilisé par les catastrophes naturelles et l'instabilité politique. Elle a pour objectif de produire une analyse à partir des données colligées afin d'identifier les besoins, les attentes et les priorités des victimes du choléra.

Dans sa troisième partie, le rapport fait état des diverses interventions mises en œuvre au bénéfice des victimes et des attentes de celles-ci en ce qui a trait aux mesures de réparation qui devraient découler de la reconnaissance par l'ONU de sa responsabilité dans l'éclosion et la propagation de l'épidémie. Enfin, dans sa dernière partie, le rapport met en lumière l'impact qu'a eu l'épidémie sur la vie et les droits fondamentaux des victimes, leurs familles et leur communauté.

Ce rapport a pour objectif de sensibiliser l'opinion nationale et internationale quant à la nécessité de fournir une réponse adéquate aux victimes du choléra et, partant, de mettre à la disposition des décideur.euse.s des données empiriques devant leur permettre d'adopter des mesures adaptées aux besoins, attentes et priorités des victimes.

Les drames tels que celui décrit dans le présent document sont appelés à se répéter si l'on refuse de se livrer à un exercice sérieux de reddition de compte. La chose apparaît d'autant plus évidente que le choléra a réapparu dans le pays en octobre 2022.

Partie 1 : méthodologie et mise en contexte

Cette première partie a pour objet de présenter le contexte (I) dans lequel le présent rapport s'inscrit, et la façon dont il a été construit et conceptualisé (II). Elle explique également les caractéristiques sociodémographiques de l'enquête (III).

I. **Contexte** et enjeux politico-juridiques de l'étude

Cette première sous-partie expose le contexte historique (A) et politique (B) dans lequel s'est déroulée l'étude, et elle présente les grandes questions de recherche qui l'ont guidée (C).

A. Survol historique de la présence du choléra en Haïti

Le 8 octobre 2010, des Casques bleus népalais ont été déployés par la Mission des Nations Unies pour la stabilisation en Haïti (MINUSTAH) dans le département du Centre, dans l'arrondissement de Mirebalais, alors que sévissait une épidémie de choléra dans la vallée de Katmandou au Népal (Chin et al. 2011, p. 40 ; Frerichs et al., 2012, p. 159). Les premiers cas de choléra en Haïti ont été recensés quelques jours plus tard aux alentours de Mèyè, la ville d'établissement des Casques bleus (Alston, 2016, p. 7). En effet, le tout premier cas qui a été détecté est celui d'un homme résidant à Meille, dans l'arrondissement de Mirebalais (Piarroux, 2010, p. 2). Ce cas a été rapporté dans les 4 jours qui ont suivi l'arrivée du bataillon népalais dans la région (Ivers et Walton, 2012, p. 37).

Les études réalisées sur l'origine de la maladie convergent vers un même constat : ce sont les Casques bleus népalais qui ont introduit le choléra dans le pays en rejetant des eaux usées dans les affluents du fleuve Artibonite (Cravioto et al., 2011, p. 3 ; Piarroux, 2019 ; Ivers et Walton, 2012, p. 37).

Ce fleuve est la principale source d'approvisionnement en eau pour de nombreux Haïtiens vivant dans les zones rurales des départements du Centre (Bas-Plateau central) et de l'Artibonite (Bas-Artibonite) (ACTED, 2009).

Le 18 octobre 2010, des médecins cubains opérants à Mirebalais ont alerté le MSPP à propos d'une augmentation des cas de diarrhée aqueuse. Une équipe d'enquêteurs du Département sanitaire du Centre (DSC) a confirmé la présence du choléra dans le pays le 21 octobre 2010 (Piarroux et al., 2011, p. 1161). Il s'agissait là selon toute vraisemblance d'une triste première¹.

Cette situation a rapidement généré dans la région un climat de peur, qui a incité la population à fuir la zone, ce qui a eu pour effet involontaire de contribuer à la propagation de la maladie vers d'autres communes, particulièrement à Saint-Michel de l'Attalaye et aux Gonaïves (Haut-Artibonite).

Cette transmission interhumaine a permis à l'épidémie de s'étendre vers les départements limitrophes de l'Artibonite, dépassant le département du Centre, d'où proviennent les premiers cas, touchant ainsi l'Ouest, le Nord, le Nord-Ouest et le Nord-Est (Guimier, 2011, p. 191). Moins d'un (1) mois après la confirmation des premiers cas, le choléra avait été détecté dans les 10 départements du pays (Barzilay et al., 2013, p. 601).

¹Plusieurs études scientifiques ont démontré qu'il n'existe aucune preuve à l'effet que le pays aurait connu une épidémie de choléra avant cette date (CDC, 2014 ; Jenson et Szabo, 2011, p. 2130 ; Piarroux, 2019).

À mesure que la maladie se propageait, ses conséquences mettaient en évidence les déficiences dans la gestion du secteur de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène par la Direction nationale de l'eau potable et de l'assainissement (DINEPA)² (DINEPA, 2013, p. 6), ainsi que du secteur de la santé. En effet, en Haïti, l'accès aux soins de santé³ et aux installations sanitaires⁴ est limité, tout comme l'accès à l'eau et à l'assainissement. La prévalence de conditions sanitaires insalubres a facilité la transmission des maladies (Poncelet, 2015, p. 544).

Par ailleurs, les situations de crises telles que les épidémies affectent de manière disproportionnée les personnes en situation de vulnérabilité (PSV), particulièrement les femmes et les enfants, puisque des conditions préexistantes au sein des communautés conditionnent leur capacité à anticiper et à répondre aux catastrophes (Jørstad, H. and C. Webersik, 2016, p. 977). À cet égard, une étude menée dans le pays a démontré que les ménages ruraux pauvres⁵ sont particulièrement vulnérables à l'infection par le choléra et à la mortalité qui pourrait en résulter (Richterman et al., 2019, p. 5).

De plus, il convient de préciser que l'épidémie de choléra est apparue à un moment où Haïti se trouvait dans une situation de vulnérabilité importante. En effet, 9 mois plus tôt, le pays venait de subir un tremblement de terre dont l'épicentre était situé dans le département de l'Ouest, qui comprend la capitale Port-au-Prince, dans laquelle se trouvait la grande majorité des services essentiels et gouvernementaux, qui ont donc été endommagés par la catastrophe. Les conditions précaires dans lesquelles Haïti se trouvait après le tremblement de terre étaient propices à l'émergence d'épidémies. Malgré cela, en mars 2010, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et l'Agence fédérale de santé américaine avaient projeté qu'un pic de cas de diarrhée aqueuse aiguë ferait suite au tremblement de terre, tout en rejetant explicitement la possibilité d'une épidémie de choléra. Ceux-ci argumentaient qu'aucune « [...] épidémie de choléra [n'avait] jamais été signalée en Haïti auparavant » (CDC, 2014).

Au cours de la première année de l'épidémie, le MSPP a recensé plus de 6000 décès. Ces données ont ensuite évolué jusqu'à atteindre un peu moins de 10 000 morts et près de 820 000 infections en 2018 (Bartels et al., 2022, p. 3; Guillaume et al., 2019, p. 2). Une estimation en deçà de la réalité, selon une enquête de mortalité rétrospective financée par Médecins sans frontières (Luquero, 2016, p. 410)⁶.

En réalité, le nombre de décès serait plutôt de l'ordre de dizaines de milliers (Brauman, 2019). Ce nombre élevé peut s'expliquer par plusieurs raisons. Tout d'abord, en plus de la virulence de la maladie, la population et les travailleurs de la santé n'ont pas été suffisamment informés au début de l'épidémie. Par ailleurs, ces derniers n'avaient pas assez d'expérience et de ressources afin de fournir des soins appropriés aux malades. Enfin, la limitation de l'accès physique aux structures sanitaires à cause de leur éloignement ainsi que leur faible disponibilité et le coût élevé des services de transport expliquent aussi ce nombre élevé de décès (Routh et al., 2011).

² En 2020, seulement 43 % de la population rurale d'Haïti avaient accès à un approvisionnement en eau potable de base, contre 48 % en 2015 et 50 % en 1990 (Banque Mondiale, 2023).

³ En 2013, l'accès à des services de santé était de 57 % dans les zones urbaines et de 8 % dans les zones rurales (Gage et al., 2017, p. 185).

⁴ 10 % de la population urbaine n'avait pas accès à des toilettes à chasse d'eau ou à d'autres installations sanitaires adéquates et un taux qui est multiplié par cinq (5) dans les zones rurales du pays (MSPP, 2013, p. 15).

⁵ « La pauvreté est perçue comme étant l'impossibilité d'atteindre un ensemble de capacités essentielles », d'un point de vue des droits humains, elle est entendue comme « la non-jouissance ou une jouissance insuffisante de certaines libertés fondamentales, telles que la liberté d'éviter la faim, la maladie, l'analphabétisme. » (HCDH, 2004, p. 7, 9).

⁶ Cette différence entre le bilan réel et le bilan officiel s'explique par plusieurs facteurs, notamment les failles du système sanitaire à diagnostiquer l'infection. Par ailleurs, une étude menée par ASFC en 2019 a montré que la différence pouvait également s'expliquer par l'incapacité du système de santé à enregistrer officiellement les décès (ASFC, 2019, p. 47).

En novembre 2012, le gouvernement de la République d'Haïti a présenté un plan d'action de deux milliards de US dollars sur 10 ans pour éliminer le choléra. Ce plan proposait la mise en place d'une panoplie de mesures, dont les suivantes : la création d'une cellule de crise interministérielle, la mise en place d'un comité de pilotage chargé de coordonner les activités de lutte contre le choléra à l'échelle nationale, des mesures gouvernementales décrétant le choléra en tant que problème de sécurité nationale et l'instauration de démarches auprès des partenaires internationaux d'Haïti afin de mobiliser les ressources nécessaires à la lutte contre l'épidémie, et l'accroissement de l'accès à l'eau potable et à un réseau d'assainissement. Enfin, la sensibilisation de la population à des mesures de prévention était également prévue (MSPP, 2012, p. 34). Lancé officiellement en 2013, ce plan a permis un certain nombre d'améliorations dans divers secteurs, notamment dans « l'accès à l'eau potable, aux produits de traitement de l'eau, à l'assainissement et aux centres de santé, ainsi que la sensibilisation [accrue] du public » (Lucien et al., 2019, p. 6). Cependant, en 2014, la réduction du financement a entraîné la fermeture de plus de 75 % (190 sur 250) des Centres de traitement du choléra (CTC), limitant à nouveau l'accès au traitement et compromettant les efforts de surveillance (Lucien, 2019, p. 6 ; ONU, 2014, p. 4).

À ce jour, à cause de l'exposition du pays aux catastrophes naturelles, du niveau de pauvreté élevé, des capacités limitées du système de santé, des infrastructures étatiques faibles et des ressources limitées, Haïti demeure vulnérable au risque d'une résurgence de l'épidémie. D'ailleurs, en décembre 2022, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a signalé la découverte de nouveaux cas, alors que le pays n'en avait pas connu depuis 3 ans (OMS, 2022). Cette recrudescence est étroitement liée à la crise humanitaire et sociopolitique persistante dans le pays (Le Nouvelliste, 2022). Les zones contrôlées par les groupes armés sont particulièrement exposées, puisqu'elles sont difficiles d'accès et que l'accessibilité aux soins de santé y est limitée. Le contrôle exercé sur ces zones contribue à la pénurie de certains produits essentiels à la lutte contre l'épidémie tels que le carburant réquisitionné par les groupes armés pour leur usage personnel, essentiel pour la circulation des produits médicaux ou l'oxygène par exemple (La Presse, 2022).

Selon un rapport de l'Organisation panaméricaine de la santé, 686 décès et 2678 cas confirmés de choléra ont été enregistrés en Haïti en 2023 (OPS/OMS, 2023)⁷.

B. Enjeux politico-juridiques de l'étude

Comme expliqué précédemment, moins d'un mois après la détection du premier cas de choléra, en octobre 2010, une équipe d'épidémiologistes nationaux et internationaux a été mobilisée par le gouvernement haïtien dans le but de trouver la source de l'épidémie. L'équipe a conclu que la maladie avait probablement été introduite par le contingent népalais présent en Haïti dans le cadre de la MINUSTAH (Piarroux et al., 2011, p. 1165). Il a par la suite été conclu que la souche de choléra présente en Haïti avait une correspondance génétique avec celle trouvée au Népal (Frerichs et al., 2012, p. 162).

Une enquête menée par un groupe d'experts indépendant déployé par l'ONU a conduit aux mêmes résultats. Malgré les preuves scientifiques, les administrations de René Prével (14 mai 2006 - 14 mai 2011) et de Michel Martelly (14 mai 2011 - 7 février 2016) sont demeurées silencieuses sur la question des origines du choléra (Daugirdas, 2019, p. 27), permettant à l'ONU de faire de même.

⁷ Au moment d'écrire ces lignes, le problème n'était pas résorbé et le choléra continuait de causer des ravages.

Comme l'affirme Daugirdas (2019), «[...] à certains moments clés, les Nations Unies ont apparemment cherché à limiter les atteintes à leur réputation en maintenant le doute sur les faits qui entouraient le déclenchement de l'épidémie de choléra». En effet, le Bureau de la coordination des affaires humanitaires de l'ONU (OCHA) aurait cherché à faire reposer le déclenchement de l'épidémie sur des raisons environnementales plutôt que sur la transmission humaine (Frerichs, 2016 p. 73).

Parallèlement, une enquête indépendante sur les pratiques de gestion des déchets de l'ONU en Haïti a été menée dans le sillage de l'écllosion épidémique (Pilkington & Sandler Clarke, 2016, par 12). Les résultats de cette enquête (Crouch et al., 2010, p. 8), n'ont pas été rendus publics, mais ont fuité 6 ans plus tard, en 2016. L'enquête en est venue à la conclusion que l'ONU avait rejeté les eaux usées des toilettes équipant ses bâtiments, ainsi que d'autres types de déchets, dans l'environnement local (Pilkington et Sandler Clarke, 2016, para. 2).

De fait, en 2015, toujours aucune mesure corrective satisfaisante portant sur les pratiques d'élimination des déchets n'avait été prise par l'organisation (Pilkington et Sandler Clarke, 2016, para. 8).

Afin d'assurer une meilleure gestion de l'épidémie et d'amener les responsables présumés à honorer leurs obligations envers les victimes du choléra, des recours ont été entrepris par les victimes pour amener l'ONU à reconnaître sa responsabilité. À cet effet, dès 2011, des juristes haïtien.e.s et américain.e.s, de l'Institute for Justice and Democracy in Haiti (IJDH) et du Bureau des avocats internationaux (BAI), se sont saisis du dossier des victimes du choléra afin de demander à l'ONU de présenter des excuses et que des mesures de réparation soient mises en place (Joseph et al., 2011). La requête a officiellement été transmise à la MINUSTAH et au Secrétaire général en novembre 2011 (BAI et IJDH, 2013, p. 4-6).

En 2013, l'ONU a invoqué l'article IV, section 11 a) de la Convention sur les privilèges et immunités des Nations Unies (ConvPI) pour justifier la non-recevabilité de la requête. Selon Alston (2016, p. 6), la résistance des Nations Unies à accepter leur responsabilité juridique et leur obligation de réparer les victimes du choléra repose en grande partie sur des motifs financiers. En effet, tel qu'établi dans la résolution 52/247 de l'AGNU en 1998, le montant destiné aux victimes s'élève à 100 000 \$USD par décès et 50 000 \$USD par personne malade (Joseph et al., 2011, para. 108-109), ce qui totalise un montant de près de 40 milliards \$USD, soit plus de 6 fois le budget annuel de l'ensemble des opérations de maintien de la paix qui était de 6,38 milliards \$USD pour l'année 2021-2022 (Nations Unies Maintien de la paix, 2020).

Parallèlement, les représentant.e.s des victimes ont contesté la non-recevabilité de leur plainte et ont demandé une médiation ou la tenue d'une réunion pour discuter de la question (AGNU, 2016, p. 11). En juillet 2013, la Secrétaire générale adjointe a opposé une fin de non-recevoir à cette requête (AGNU, 2016, p. 11), précisant que ces réclamations n'étaient pas recevables avec pour seule justification que les demandes des victimes «incluraient nécessairement un examen des questions politiques et d'orientation [de l'ONU]» (HLS et al., 2020, p. 15).

D'autres tentatives pour obtenir justice ont été lancées en octobre 2013 par le BAI et l'IJDH. Ces derniers ont déposé une plainte devant la Cour fédérale de New York afin d'obtenir une réparation matérielle et financière pour les victimes du choléra, ainsi qu'un meilleur respect du droit à l'eau et à son assainissement. Cependant, leur requête a été rejetée en janvier 2015 en première instance, la Cour confirmant l'immunité de l'ONU dans cette affaire ainsi qu'en août 2016 à la Cour d'appel (United States District Court Southern District of New York, 2015, p. 8; The United States Court of Appeals for the Second Circuit, 2016, p. 2).

Amnesty International et Human Rights Watch ont, de leur côté, appelé l'ONU en 2015 à soumettre le dossier à un arbitrage indépendant et à prévoir des modes de réparation des victimes (Piarroux, 2019). En octobre 2015, plusieurs expert.e.s indépendant.e.s des Nations Unies⁸, recommandaient aux Nations Unies d'accroître leurs efforts pour endiguer l'épidémie de choléra (ONU, 2020). Ces expert.e.s jugeaient que le comportement de l'ONU constituait un déni fondamental du droit des victimes à obtenir justice et était incompatible avec sa mission de promotion du respect des droits humains (Piarroux, 2019).

Malgré les manifestations pacifiques organisées en Haïti (Agence France-Presse, 2016, para. 3), les poursuites judiciaires aux États-Unis (BAI et IJDH, 2013), les campagnes de plaidoyer national et international (HLS et al., 2020, p. 15, para. 2) afin d'obtenir justice pour les victimes, l'ONU est demeurée silencieuse, jusqu'en 2016 (HLS et al., 2020, p. 16).

Cependant, le 1^{er} décembre 2016, le Secrétaire général de l'ONU, Ban Ki-Moon, a présenté des excuses formelles pour l'introduction du choléra, sans pour autant reconnaître la responsabilité juridique de l'Organisation (ONU Info, 2016). Ces excuses s'inscrivaient dans le cadre de l'annonce d'une « Nouvelle approche » pour lutter contre le choléra en Haïti, laquelle repose sur des dons de bienfaisance via un fonds fiduciaire multidonateurs visant à amasser 400 millions \$USD (ONU info, 2016a). La nouvelle approche se divise en deux volets : le premier, est centré sur l'accès aux soins et le renforcement des services médicaux et des infrastructures WASH (UNICEF)⁹; tandis que le second est consacré à la fourniture d'une assistance matérielle aux victimes, à leurs familles et aux communautés (Zarocostas, 2017, p. 2274).

À la fin de la levée de fonds organisée, en 2022, seuls 21 millions USD avaient été collectés (United Nations Multi-Partner Trust Fund Office [UNMPTF], 2023). Ce montant, bien en deçà de la somme espérée, a mis à mal la mise en œuvre de la « Nouvelle approche », obligeant l'ONU à identifier d'autres moyens de financement, par exemple par le biais de contributions obligatoires (HLS et al., 2020, p.23). Dans l'intervalle, 25 projets communautaires à petite échelle ont été mis en œuvre dans le cadre de cette nouvelle stratégie, avec un budget maximal de 150 000 USD chacun (HLS et al., 2020, p. 3, para. 3), et 134 autres projets sont en suspens en raison d'insuffisances de financement (HLS et al., 2020, p. 26, para. 3). Quant au second volet de la stratégie, c'est-à-dire l'assistance matérielle sous forme de réparations, son destin demeure flou (HLS et al., 2020, p.26).

Par ailleurs, il est à noter que lors de la présentation de cette nouvelle approche, le Secrétaire général avait souligné son engagement à consulter les victimes, leurs familles et la communauté (ONU, 2017, p. 39). Toutefois, les consultations entre l'ONU, les victimes, leurs familles et leurs communautés n'ont jamais eu lieu (ASFC, 2019, p. 28).

⁸ Mme Leilani Farha (droit au logement convenable), M. Philip Alston (extrême pauvreté), M. Dainius Pūras (droit à la santé), Mme Tendayi Achiume (: racisme, discrimination raciale, xénophobie et intolérance); Obiora C. Okafor (droits de l'homme, solidarité internationale); Ahmed Reid, Dominique Day, M. Michal Balcerzak, Ricardo A. Sunga III, Sabelo Gumedze (groupe de travail sur les personnes d'ascendance africaine), Baskut Tuncak (incidences sur les droits de l'homme de la gestion et de l'élimination écologiquement rationnelles des produits et déchets dangereux), Fabián Salvioli (promotion de la vérité) et Léo Heller (droit à l'eau potable).

⁹ Le terme « WASH » dans les établissements de santé fait référence à la fourniture d'infrastructures et de services d'eau, d'assainissement, de gestion des déchets médicaux, d'hygiène et de nettoyage de l'environnement dans toutes les parties d'un établissement. [Notre traduction] Voir: UNICEF, Infrastructure, Water, sanitation and hygiene (WASH), <https://www.newborntoolkit.org/toolkit/infrastructure/water-sanitation-and-hygiene?tab=overview#section1>.

C. Problématique et questions de recherche

Les premières études sur l'épidémie de choléra en Haïti ont mis l'emphase sur les origines du virus (Frerichs et al., 2012, p. 162; Katz et al., 2013, p. 1). Cependant, la majorité des études menées par la suite se sont concentrées sur son épidémiologie et ses impacts biomédicaux (Andrews et Basu, 2011, p. 5; Ali et al., 2011, p. 1; Beau de Rochars et al., 2011, p. 2158; Childs et al., 2016, p. 1305; Fung et al., 2013, p. 663; Garnett, 2013, p. 7; Matias et al., 2017 p. 7, 9; Williams et al., 2015, p. 13).

Cette nouvelle orientation a permis d'examiner, d'une part, les modes de transmission de la maladie, et, d'autre part, les stratégies d'intervention et l'efficacité des campagnes de santé publique. Cela a permis de mettre en lumière les mauvaises conditions sanitaires et la fragilité des infrastructures de santé publique, compromises par le tremblement de terre de 2010 (Andrews et Basu, 2011, p. 2; Ali et al., 2011, p. 1-2; Luquero et al., 2016, p. 415).

Des études subséquentes se sont, quant à elles, concentrées sur la faisabilité de la mise en œuvre d'une campagne de vaccination orale contre le choléra en Haïti (Date et al., 2011, p. 2108; Fung et al., 2013, p. 368; Mukandavire et al., 2013, p. 1). De plus, des initiatives communautaires ont été lancées avec pour objectif d'établir le niveau de connaissance de la population sur la maladie et sur la prévention et le traitement de celle-ci. (Beau De Rochars et al., 2011, p. 2158; Childs et al., 2016, p. 1305; Khan et al., 2017, p. 900).

En 2019, une étude sur la faisabilité d'une approche d'assistance individuelle a particulièrement mis en lumière les besoins des victimes concernant leur droit à la justice et aux réparations (ASFC, 2019, p. 29).

Toutefois, peu d'études se sont concentrées sur le vécu et l'impact à long terme de l'épidémie sur les victimes, leurs familles ou leurs communautés (ASFC, 2019, p. 39-42; Bartels et al., 2022, p. 7-8; Guillaume et al., 2019, p. 4-6; Grimaud et Legagneur, 2011, p. 5; Freedman, R. et al., 2021, p. 2).

Cette lacune dans l'analyse de la situation limite la reconnaissance et la compréhension de l'ampleur réelle des préjudices subis par les victimes du choléra. C'est dans ce contexte que la présente étude s'inscrit. En offrant une analyse des conséquences de la maladie, tant sur le plan juridique que physique, psychologique et économique sur les victimes, elle a pour objet de renforcer les actions de plaidoyer auprès de l'ONU visant à l'amener à reconnaître sa responsabilité juridique et à indemniser les victimes en conséquence.

Le présent rapport adopte une approche basée sur les droits humains, c'est-à-dire qu'il se base sur le cadre normatif international applicable en matière de droits humains et qu'il a pour objectif de contribuer à la réalisation de ceux-ci. Il a pour objet d'amener les responsables à assumer leurs obligations internationales et d'encourager les bénéficiaires de ces obligations à revendiquer leurs droits (UNDG, 2003, p. 2003). De plus, le présent rapport prend en compte, dans son analyse, le fait que les conséquences du choléra sont différentes en fonction du genre des personnes touchées par la maladie. En ce sens, l'étude ci-dessous s'inscrit dans une démarche sexospécifique (ASFC, 2019, p. 39-42; Bartels et al., 2022, p. 4-6; Grimaud et Legagneur, 2011, p. 5; Freedman, R. et al., 2021, p. 2).

En plus de son originalité méthodologique et contextuelle, puisqu'il se concentre sur les conséquences du choléra sur l'exercice par les populations de leurs droits humains, ce rapport apporte des éléments de réponses à certaines questions encore non résolues telles que :

- 1)** Quels ont été les impacts physiques, psychosociaux et économiques de l'épidémie de choléra sur les victimes? Ces impacts ont-ils affecté les hommes et les femmes de manière différenciée?
- 2)** Quels rôles les dynamiques de genre ont-elles joué dans cette construction de la réalité?
- 3)** Quels sont les besoins, attentes et priorités des victimes du choléra en matière de réparations, 14 ans après son introduction en Haïti?
- 4)** Quels impacts a eu le choléra sur l'exercice des droits des victimes?

II. Conception générale de l'étude et méthodologie

Cette deuxième sous-partie présente l'approche théorique de l'étude (A), les étapes qui ont mené à sa réalisation (B) ainsi que sa méthodologie (C). Elle expose les mesures de protection qui ont été mises en place pour protéger les participant.e.s (D) et la façon dont l'étude a été menée (E). Enfin, elle met en lumière la méthode qui a été utilisée pour analyser les données recueillies (F), ainsi que les limites de l'étude (G).

A. Approche théorique et conception générale de l'étude

Dans un pays déjà vulnérable en raison des catastrophes naturelles, des inégalités, et des crises sociopolitiques, le choléra a contribué à renforcer les disparités entre les Haïtiens. Les communautés les plus éloignées de la capitale, les plus pauvres et disposant d'infrastructures lacunaires, présentant un faible taux d'alphabétisation et un haut niveau de marginalisation sociale et culturelle ont été disproportionnellement affectées par la maladie, particulièrement les femmes et les enfants (UNICEF, 2010).

La présente étude s'inscrit dans une conception intersectionnelle, c'est-à-dire qu'elle prend en compte les différentes identités sociales de chaque individu et leurs effets sur les expériences personnelles de ces personnes dans les systèmes plus généraux de privilèges et d'oppressions (Bolweg, 2012, p. 1267). Ainsi, elle mobilise le genre en tant que révélateur des rapports de pouvoir entre les femmes et les hommes, afin de saisir la manière dont la maladie a été vécue en fonction du genre des victimes. Elle rend compte des dimensions subjectives et sociales de l'impact du choléra sur la vie des personnes qui ont été affectées par la maladie.

Dans cette perspective intersectionnelle, cette étude a une approche centrée sur la victime. Elle permet de reconnaître la pluralité des conditions des victimes tout en donnant une visibilité à leur vécu, leurs souffrances, les séquelles affectant négativement leur vie ainsi que leur résilience.

B. Étapes initiales et rencontres préparatoires

Dans le cadre de la réalisation de cette étude, INURED et ASFC ont sollicité la collaboration d'associations de victimes du choléra, d'organisations de défense des droits des femmes, de directeur.trice.s d'hôpitaux et de centres de santé, d'officiel.le.s et de spécialistes qui ont travaillé sur le dossier choléra en Haïti. Ceux-ci ont été impliqués dans l'élaboration du questionnaire et des guides qui ont servi à la réalisation d'entretiens.

Leur participation a mené à l'incorporation de leurs perspectives dans le processus de l'étude, de l'analyse, de la formulation d'actions programmatiques ainsi que de plaidoyer élaborées en fonction des résultats obtenus.

En partenariat avec des associations de victimes et d'autres parties prenantes qui travaillent avec ASFC, INURED a mis en œuvre un programme d'introduction de l'étude dans les communautés locales par l'intermédiaire des leaders communautaires et des notables. Notamment, des rencontres communautaires ont été organisées, des pamphlets portant sur le sujet de l'étude ont été distribués, et des annonces dans les églises et temples religieux ont été effectuées. Toutes ces actions ont permis de diffuser les objectifs de l'étude au grand public.

C. Méthodologie

Dans le cadre de l'enquête, INURED a employé une approche méthodologique mixte (qualitative, quantitative et documentaire), multidisciplinaire (anthropologique, épidémiologique et sociologique) et participative. Cette approche inclut l'analyse documentaire, l'ethnographie et l'enquête quantitative auprès des ménages.

L'analyse documentaire consiste en un examen systématique des données et analyses existantes sur le choléra et son impact en Haïti. Cet exercice a servi à établir un cadre référentiel de l'analyse historique et politique et à formuler des questions de recherche adaptées.

L'ethnographie a permis de produire des données contextuelles et socioculturelles sur les formes de dommages à court et à long terme qui ont pu être observées dans les communautés étudiées. Elle a consisté en l'établissement d'une cartographie communautaire des ressources ainsi qu'en l'observation ethnographique des membres de la communauté.

Trois (3) groupes d'observation dans les départements du Centre, du Nord, de l'Artibonite, de l'Ouest et de Grande-Anse ont été sélectionnés, pour un total de 15 groupes. 9 entretiens avec les parties prenantes ont été réalisés ainsi que 30 entretiens avec les victimes, pour un total de 39 entretiens. L'enquête quantitative a été menée auprès de 884 ménages dans 5 départements au moyen d'un échantillonnage par grappes¹⁰, en trois phases.¹¹ Selon le MSPP (2012; p. 10,12-14), en Haïti, du 20 octobre au 18 août 2012, plus de 80 % de cas de choléra étaient concentrés dans les départements suivants (par ordre de taux de contamination) : Centre, Nord, Artibonite, Ouest et Grande-Anse (plus de 600 000 cas).

Lors de la première phase de l'enquête, 21 sections d'énumération (SDE) ont été sélectionnées proportionnellement selon la taille des 5 départements sélectionnés.

Dans la deuxième phase, une cartographie et un dénombrement des bâtiments et des ménages ont été réalisés dans chacune des SDE sélectionnées.

Au cours de la troisième phase, deux groupes de 17 ménages ont été sélectionnés, soit grâce à une sélection aléatoire, soit au moyen d'une sélection systématique avec départ aléatoire. Dans chacun de ces ménages, un.e répondant.e admissible (femme ou homme) a été choisi au hasard. L'anonymat des personnes sélectionnées et des ménages a été assuré au long du processus.

Puisqu'une approche sexospécifique a été adoptée, l'intégration des femmes dans le développement des instruments de collectes de données, la parité de genre dans la constitution des équipes, et l'analyse triangulée des données ont été privilégiées.

¹⁰ La technique de l'échantillonnage par grappes implique la division de la population en groupes, puis la sélection d'un nombre de groupes ou grappes au hasard afin de les inclure dans l'échantillon.

¹¹ Les ménages sélectionnés devaient au préalable avoir au moins une victime. L'enquête n'est donc pas de nature probabiliste pour l'ensemble de la population haïtienne, elle l'est cependant pour les ménages dont au moins un de ses membres a contracté le choléra.

D. Protection des participant.e.s et éthique de la collecte des données

Un manuel à l'intention des enquêteur.trice.s ainsi qu'un protocole de recherche pour la protection des répondant.e.s et des enquêteur.trice.s impliqué.e.s dans l'étude ont été rédigés par INURED. Un protocole de sécurité personnelle et sanitaire a également été élaboré. Le manuel et les protocoles joints aux formulaires de consentement ont été soumis à son Comité d'éthique, l'Institutional Review Board (IRB), puis approuvés par ce dernier.

De plus, le protocole de la recherche contient une définition des termes de protection de la confidentialité en accord avec les règles et obligations tenues par INURED sur la protection des sujets humains dans la recherche (règles et obligations certifiées par l'Office for Human Research Protections ID: IORG0007192 - IRB00008627).

E. Mise en œuvre de l'étude

L'enquête quantitative a été menée en mai et juin 2021 au sein des 23 SDE sélectionnées. On dénombre 40 à 44 ménages qui ont été interrogés dans la plupart des SDE. Chacun comptait au moins une victime de l'épidémie du choléra. Néanmoins, dans certaines SDE situées en milieu rural où la densité de population est particulièrement faible, 20 à 22 ménages ont été sélectionnés.

Les équipes d'enquêteur.trice.s ont essuyé en moyenne 1,14 refus sur 2 ménages éligibles approchés. En effet, parmi les 2053 ménages éligibles visités par les équipes de recherche, seulement 884 ont accepté de répondre au questionnaire. Ce taux s'explique par plusieurs facteurs, notamment le haut degré d'insécurité entretenu par la dégradation continue de la situation politique et la violence généralisée dans les villes et certaines zones rurales, la stigmatisation liée au choléra ainsi que la méfiance et le scepticisme des chef.fe.s de ménage envers la démarche de recherche.

La collecte des données qualitatives a été conduite durant les mois de juin et juillet 2021 à travers les départements du Nord, de l'Artibonite, du Centre, de la Grande-Anse et de l'Ouest. Durant cette période, 39 entretiens et 16 groupes de discussion ont été réalisés. L'étude qualitative s'est déroulée sans incident majeur en dépit de la conjoncture peu favorable dans le pays.



Un groupe focal à Roseaux, Grande-Anse 31-05-21 – Un enquêteur à Boucan carré, Centre, 28-05-21.

F. Approche analytique

À la suite de la collecte de données, deux analyses ont été menées. Une première a été menée en étudiant chaque type de données collectées de façon séparée. La seconde, cependant, a pris la forme d'un examen croisé et intersectionnel en tenant compte de la manière dont le genre s'imbrique aux problématiques telles que le territoire, l'accès à la justice et aux services sociaux, les activités socio-économiques, et l'âge des personnes enquêtées.

G. Difficultés rencontrées et limites de l'étude

Les difficultés rencontrées sur le terrain sont diverses et varient selon les localités. À cause de l'insécurité ambiante, les enquêteur.trice.s ont fait l'objet de menaces de violence physique ou d'injures dans certains quartiers contrôlés par les gangs.

Cette étude comporte par ailleurs des limites intrinsèques. En effet, puisque l'échantillon a été sélectionné sur la base du taux d'incidence du choléra dans les départements les plus affectés, les résultats ne sont généralisables qu'à ces départements.

De plus, seuls les ménages ayant été victimes du choléra ont été inclus à l'étude. Les conclusions ne sont donc pas généralisables à toute la population haïtienne. Par ailleurs, la détérioration de la situation sociopolitique, la hausse de l'insécurité et les différents cas d'enlèvements qui se sont produits pendant la période de référence ont profondément affecté le choix des SDE. À cause de l'insécurité, par exemple, une SDE de la commune de l'Arcahaie a été remplacée par une autre de la commune de Petit-Goâve.

Ces obstacles ont eu un impact sur les données générées par l'étude et sur les analyses ultérieures.

III. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

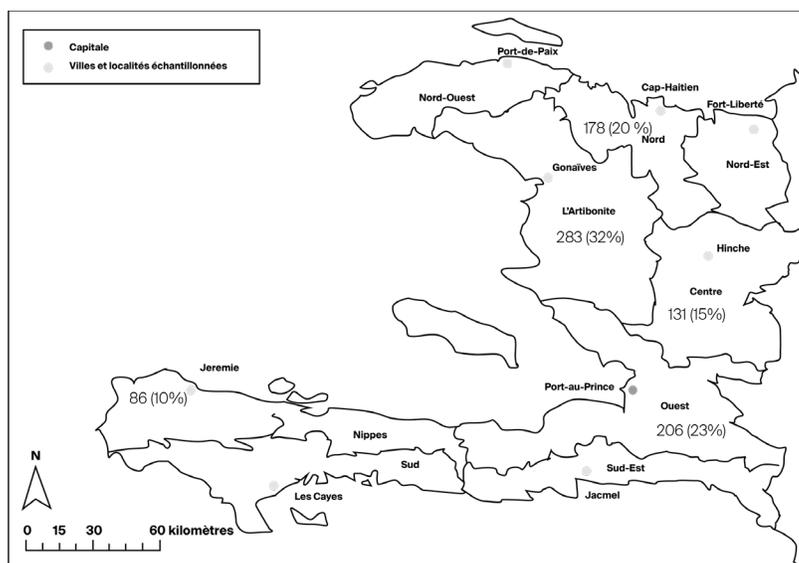
Cette troisième sous-partie a pour objet de présenter l'échantillon qui a servi à réaliser l'étude, premièrement, en termes géographique (A), puis en termes de genre et d'âge (B) et enfin, en termes de conditions socio-économiques (C).

A. Répartition et variations régionales de l'échantillon

L'échantillon de l'étude était composé de 884 ménages ayant été affectés par le choléra dans la période 2010 - 2020¹². Les ménages ont été échantillonnés dans cinq (5) départements (ou régions administratives) d'Haïti : 283 (32 %) dans l'Artibonite; 206 (23 %) dans l'Ouest; 178 (20 %) dans le Nord; 131 (15 %) dans le Centre; 86 (10 %) dans la Grande-Anse (**Figure 1**). Comme mentionné plus haut, les paramètres de choix ont été définis par les taux d'incidence de la maladie et de mortalité, tels que publiés par le MSPP en 2018.

Sur les 884 ménages, 391 (44 %) étaient ruraux, 235 (27 %) étaient périurbains et 258 (29 %) étaient des ménages considérés comme urbains. Durant l'épidémie, les zones urbaines ont été le plus touchées par la maladie puisqu'en raison de la prolifération d'habitations dans les dernières années, ces zones manquaient d'infrastructures en eau, en assainissement et d'hygiène (Sklar et Faustin, 2017, p. 3)¹³.

Figure 1- Nombre d'enquêtes menées auprès des ménages par département



¹² Dans le cadre de l'étude actuelle, les ménages éligibles sont ceux qui ont eu au moins un cas de choléra et/ou un décès dû au choléra au cours des dix (10) dernières années.

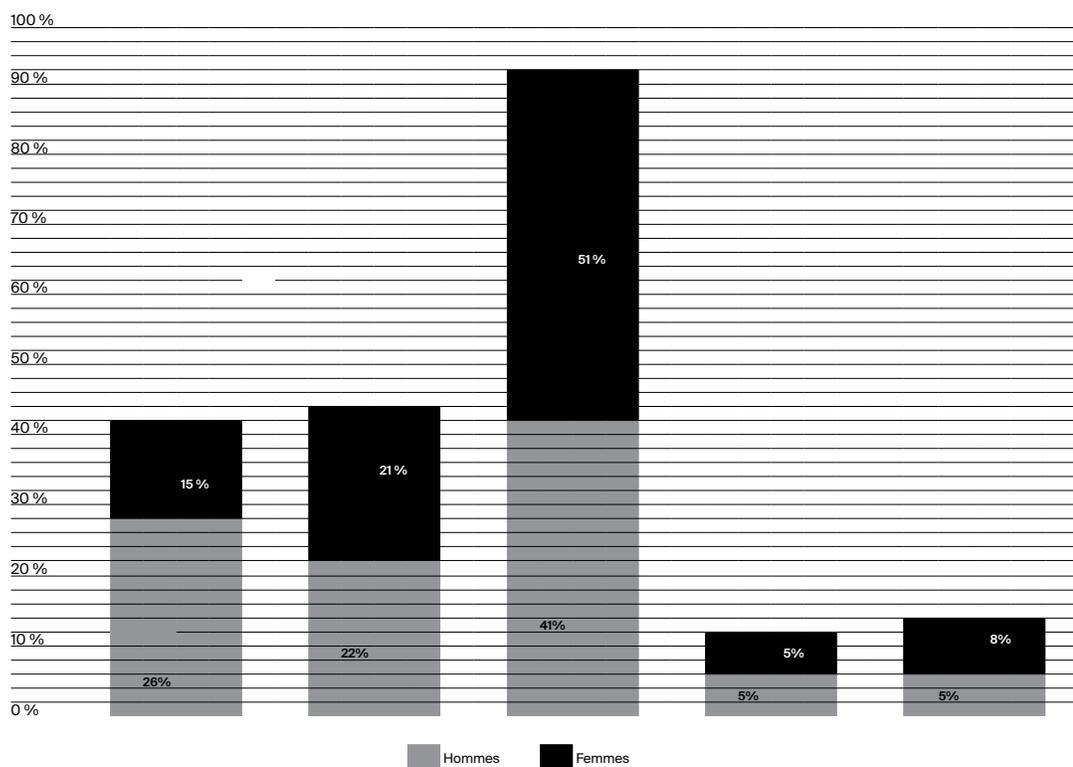
¹³ Au cours de l'un des pics épidémiques, la région métropolitaine de Port-au-Prince a par exemple enregistré le plus grand nombre de cas parmi l'ensemble des départements entre janvier et août 2012 (MSPP, 2012, p.10).

B. Les spécificités liées au genre et à l'âge

Parmi les chef.fe.s de ménage interrogé.e.s, 386 (44 %) étaient des hommes et 498 (56 %) des femmes. Selon les estimations de la Banque mondiale fondées sur les données du PNUD, 51 % de la population d'Haïti serait composée de femmes (Banque mondiale, 2019). Les chef.fe.s des ménages interrogé.e.s avaient un âge moyen de 43 ans (écart type, $s=15$) et 422 (48 %) chef.fe.s des ménages avaient entre 25 et 44 ans. La taille moyenne des ménages était de 5,4 ($s=2,6$). Le nombre moyen de femmes par ménage (1,7) était supérieur à celui des hommes (1,5), alors que le nombre moyen de garçons et de filles était de (1,1).

Concernant le statut matrimonial, la plupart des chef.fe.s de ménages ont déclaré être fiancé.e.s ou en concubinage (410 ; 46 %), ou être marié.e.s (190 ; 22 %) au moment de l'entretien. Cent huit (12 %) chef.fe.s de ménages ont déclaré être séparé.e.s ou veuf.ve.s (**Figure II**). L'échantillon contient une plus grande proportion d'hommes célibataires (100 ou 26 % des hommes) que de femmes célibataires (75 ou 15 % des femmes)¹⁴.

Figure 2- Statut matrimonial du ou de la chef.fe de ménage par genre¹⁵



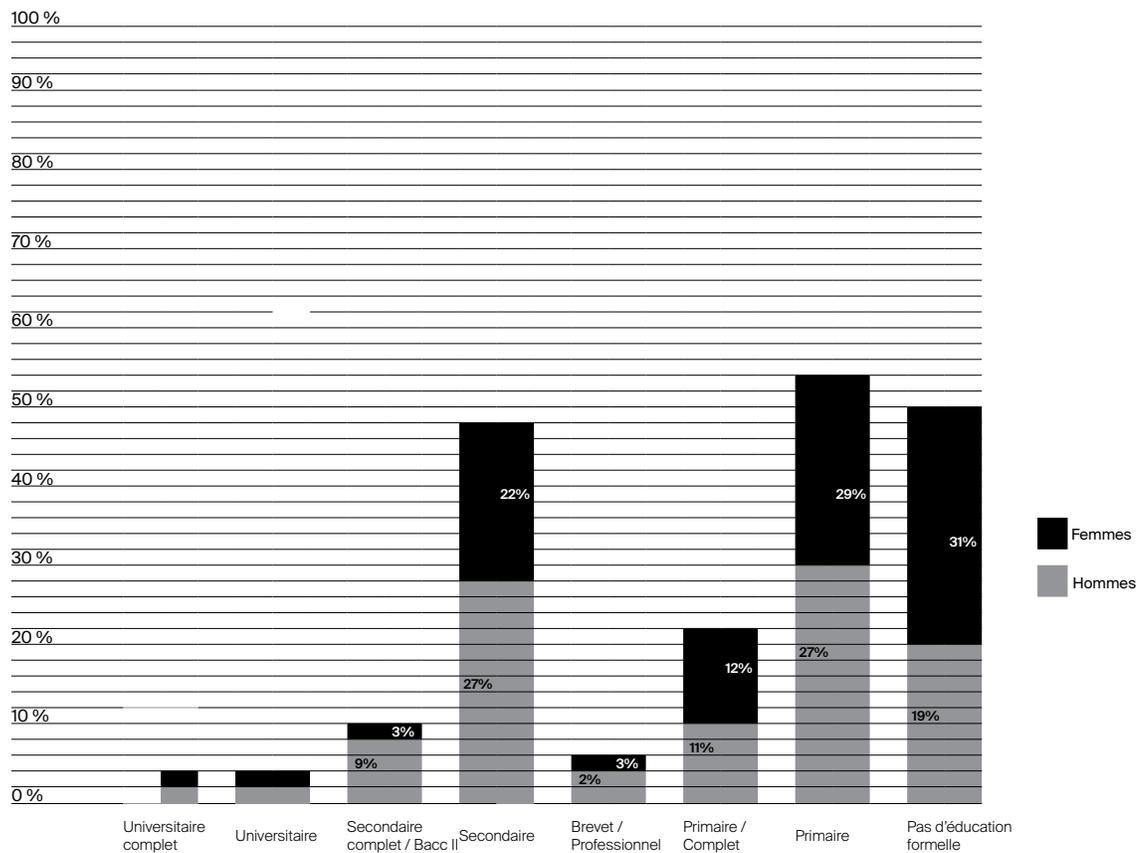
¹⁴ Le test du khi-deux d'indépendance de Pearson a montré qu'il existait une association significative entre le genre du ou de la chef.fe de ménage et le statut matrimonial, $X^2(5, N = 884) = 20,11, p = < 0,01$.

¹⁵ Veuillez noter que les catégories Ne sait pas et Refus de répondre ne figurent pas dans la représentation, car les proportions marginales étaient inférieures à 1% (tant chez les hommes que chez les femmes).

C. Caractéristiques socio-économiques

250 personnes ont répondu avoir un niveau de scolarité correspondant à quelques études primaires incomplètes (28 % des répondant-e-s). 225 personnes ont déclaré n'avoir aucune scolarité formelle (25 %). 213 (24 %) ont répondu avoir suivi des études secondaires et 49 personnes (6 %) ont déclaré avoir terminé leurs études secondaires. 21 personnes (2 %) ont déclaré avoir complété une partie ou la totalité de leurs études universitaires.

Figure 3- Niveau d'éducation (Q1.4) du ou de la chef-fe de ménage par genre (Q1.1)





Une école primaire dans la communauté de Delatte, Département de l'Ouest, 31-05-21

Pour évaluer les moyens de subsistance et les activités économiques de l'échantillon, il a été demandé aux ménages de choisir jusqu'à 2 de leurs principales activités génératrices de revenus (Q2.1). 462 (51 %) ménages ont déclaré que le petit commerce¹⁶ était leur activité principale, et 455 (51 %) ont répondu que c'était le revenu agricole. Ces sources de revenus sont répandues en Haïti. 48 (5 %) ménages ont déclaré que les transferts d'argent constituaient leur principale source de revenus, et, pour 26 personnes, notamment les transferts reçus de l'étranger (3 %).

Comme les réponses multiples étaient autorisées, chaque catégorie de réponses dans l'indicateur de moyens de subsistance (Q2.1) a été testée séparément, tout en tenant compte de l'impact du genre. Les cellules présentant une faible fréquence attendue ont été exclues ; les statistiques du test du khi-deux de Pearson pour l'Entreprise/Commerce du ménage, le Petit commerce, le Travail salarié – revenu agricole, le Travail salarié – revenu non agricole, les Transferts de l'étranger et les Transferts locaux ont été calculées en fonction du genre.

Ainsi, pour étudier l'impact du genre sur les sources principales de revenus, une nouvelle variable binaire couvrant tout transfert (étranger ou local) a été calculée et testée. Celle-ci a permis de montrer qu'il existe un lien entre la réception de transferts locaux (en tant que principale source de revenus) et le genre. En effet, les ménages dirigés par une femme reçoivent significativement plus de transferts locaux que les ménages dirigés par un homme. Les écarts les plus importants relativement au genre des personnes interrogées se situent dans le petit commerce, et du travail salarié – revenu agricole.

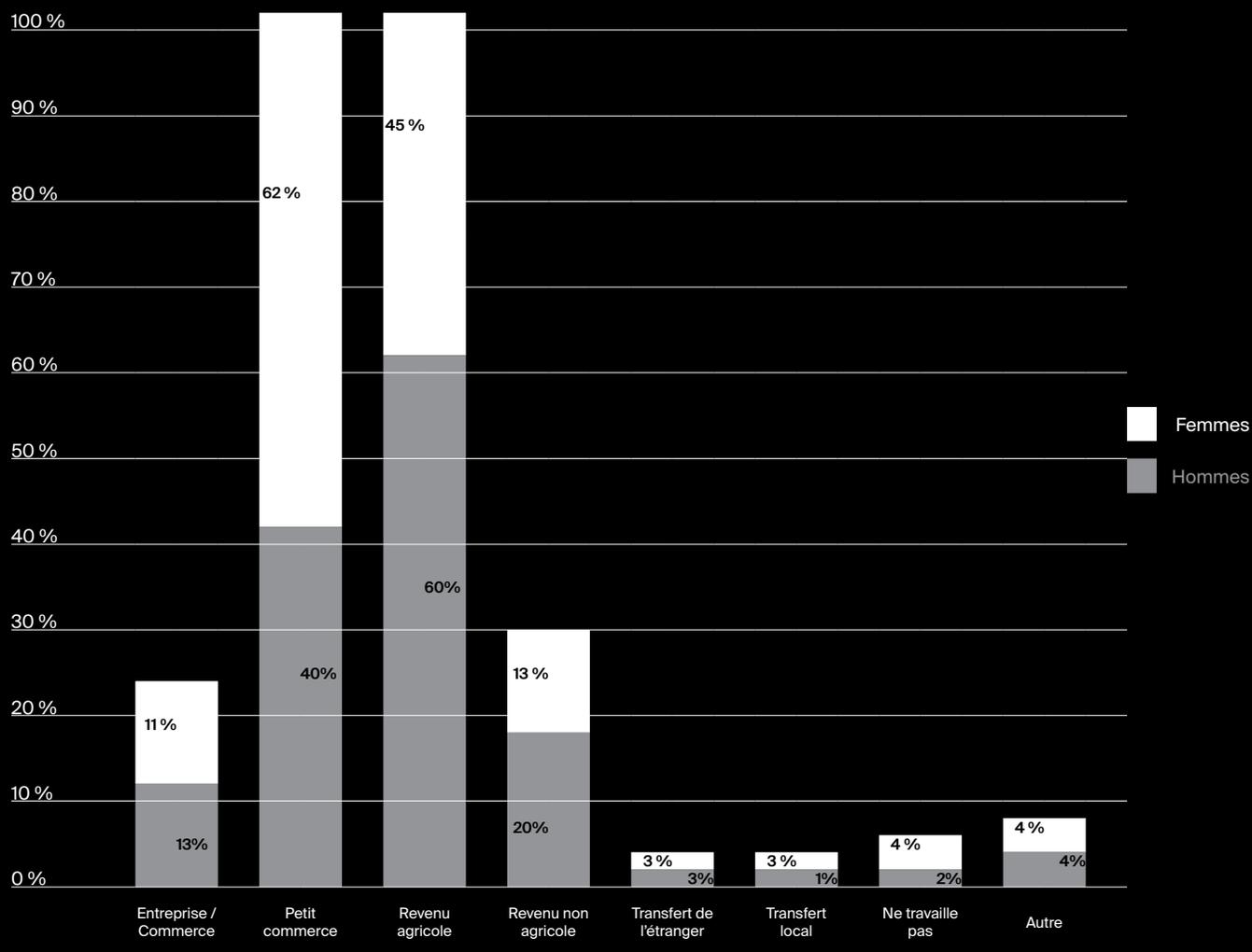
Tableau 1- Principales sources ou activités génératrices de revenus déclarées

	Valeur
Entreprise / commerce du ménage	107 (12 %)
Petit commerce	462 (52 %)
Travail salarié – revenu non-agricole	140 (16 %)
Travail salarié – revenu agricole	455 (52 %)
Transferts de l'étranger	26 (3 %)
Transferts locaux	22 (3 %)
Transferts (combinés)	48 (6 %)

Il est important de souligner que la réponse rien a été codifiée a posteriori (à partir des réponses autre) et peut donc avoir généré un taux de réponse plus faible que si elle avait été incluse dans l'instrument d'enquête a priori.

¹⁶ Dans le contexte haïtien, le terme « petit commerce » fait référence au commerce en détail ou à des entreprises de petite taille.

Figure 4- Activités de subsistance déclarée du ou de la chef.fe de ménage par genre¹⁷



¹⁷ Les répondant-e-s ont été autorisé-e-s à choisir jusqu'à deux sources de revenus et les proportions rapportées exploitent la taille totale de l'échantillon de 884 personnes dans le dénominateur. Les catégories de réponses avec moins de 1% de réponses pour les hommes et les femmes ont été retirées de cette représentation : Loyer, Pension, Aide gouvernementale, Ne sait pas et Refus de répondre.

Dans les départements de l'Artibonite, du Centre et de la Grande-Anse, l'agriculture demeure la source de revenus dominante (Artibonite 70 %, Centre 65 % et Grande-Anse 60 %), tandis que le petit commerce est la source principale de revenu des ménages de la région de l'Ouest avec 58 % des réponses. Dans le Nord, aucune source de revenus dominante ne s'est détachée. En effet, le secteur agricole partage le même résultat, soit quarante-quatre (44 %) avec le petit commerce. Par ailleurs, il est notable que la moitié des répondant.e.s, quel que soit leur lieu de résidence (urbain, périurbain ou rural), pratiquent le petit commerce pour maintenir leur revenu de subsistance.

Afin d'évaluer les perceptions subjectives qu'ont les chef.fe.s de ménages de la pauvreté et du statut socio-économique de leur communauté, les répondant.e.s ont été invité.e.s à noter leur ménage sur une échelle de 1 à 10 (Question 2.2), la note 1 représentant les ménages ayant le moins de revenus et la note 10 représentant les ménages les plus aisés. La valeur moyenne rapportée était de 2,8 et la médiane était de 2,5. La plupart des ménages ont choisi les valeurs 1 (235 ; 27 %) ou 2 (226 ; 26 %). La proportion diminue progressivement jusqu'à 9, avec seulement 5 (<1 %) ménages ayant sélectionné la note de 9, et 7 (<1 %) ménages s'étant situés à une valeur 10. 41 (5 %) ménages ont choisi ne sait pas et seulement 1 ménage a choisi le refus de répondre. Les notes les plus basses constituent le socle de la répartition, ce qui illustre les inégalités importantes perçues au sein des communautés haïtiennes étudiées¹⁸.



Activité économique des femmes à Régail, Département de l'Ouest, 28-05-21

¹⁸ Soulignons également que ces données issues d'une auto-déclaration sur les perceptions du statut socio-économique peuvent être biaisées, car les participant.e.s peuvent croire qu'ils ou elles seront admissibles à une assistance matérielle ou financière en raison du statut socio-économique qu'ils ou elles auront déclaré.

Partie 2 : Comprendre qui sont les victimes du choléra et leur vécu

Cette deuxième sous-partie présente les victimes du choléra et les impacts qu'a eu la maladie sur leur vie (I). Elle met également en lumière de quelle manière les victimes ont eu accès à des informations sur la maladie et explique comment cela a influé sur leur comportement face à la maladie (II).

I. L'impact du choléra sur les victimes et leurs ménages

Dans ses Principes fondamentaux et directives concernant le droit à un recours et à la réparation des victimes de violations flagrantes du droit international des droits de l'homme et de violations graves du droit international humanitaire, (Principes et directives),¹⁹ adoptés le 16 décembre 2005, l'AGNU définit la notion de victimes comme suit :

Les 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 (AGNU, 2005, principe 8).

Cependant, la notion de victime ne se limite pas aux personnes ayant directement subi un préjudice. Elle peut être étendue aux personnes qui, indirectement, ont subi des dommages. En effet, sont reconnues comme victimes les : « membres de la famille proche ou les personnes à charge de la victime directe et les personnes qui, en intervenant pour venir en aide à des victimes qui se trouvaient dans une situation critique ou pour prévenir la persécution, ont subi un préjudice » (AGNU, 2005, principe 8).

Par ailleurs, en tant qu'État partie à la Convention américaine des droits de l'homme (ConvADH) ayant reconnu la compétence de la Cour interaméricaine des droits de l'homme (la Cour IDH), Haïti doit se soumettre aux normes du système interaméricain, lesquelles lui sont opposables. L'article 2.33 du Règlement de la Cour, définit la victime comme étant « la personne dont les droits ont été violés selon l'arrêt de la Cour ». L'article 63.1 de la ConvADH précise quant à lui que : « Lorsqu'elle reconnaît qu'un droit ou une liberté protégés par la présente Convention ont été violés, la Cour ordonnera que soit garantie à la partie lésée la jouissance du droit ou de la liberté enfreints ». Par « partie lésée », la Convention adopte une conception large des personnes pouvant jouir de réparation. Celle-ci ne se limite pas aux victimes directes (Commission internationale de juristes, 2006, p. 36). La jurisprudence régionale vient confirmer cette interprétation large. La Cour IDH, par exemple, dans l'affaire Miguel Castro Castro c. Pérou, a reconnu que :

¹⁹ Les Principes fondamentaux et directives concernant le droit à un recours et à la réparation des victimes de violations flagrantes du droit international des droits de l'homme et de violations graves du droit international humanitaire, ci-après dénommés : principes et directives, ont été adoptés par l'AGNU, en 2005, par consensus, via la Résolution 60/147.

Le droit à l'intégrité psychologique et morale des proches des victimes a été violé en raison des souffrances supplémentaires qu'ils ont endurées du fait des circonstances particulières correspondant aux violations perpétrées à l'encontre de leurs proches et du fait des actions ou omissions ultérieures des autorités de l'État concernant ces actes (Cour IDH, 2006a, para. 335).

Ainsi, dans le cadre de la présente étude, la notion de victime fait écho à cette définition libérale, et couvrira non seulement les personnes ayant été infectées par le choléra, mais également leurs proches.

A. Typologie des victimes

L'échantillon de victimes interrogées aux fins de la présente étude est composé de ménages ayant déclaré avoir été affectés par le choléra au cours des 14 dernières années. Il convient dès lors de déterminer de quelle manière le choléra les a affectés.

L'enquête a révélé que 207 (23 %) ménages ont perdu au moins un membre de leur famille, soit au sein de leur ménage (154 ménages soit 17 %), soit à l'extérieur de celui-ci (53 ménages, c'est-à-dire 6 %).

Par ailleurs, l'enquête montre que les hommes adultes sont les plus nombreux à avoir été infectés par la maladie, devant les femmes adultes et les enfants. En effet, 176 (46 %) des hommes chefs de ménage ont déclaré avoir été infectés par le choléra, contre seulement 150 (30 %) des femmes à la tête de ménages.

Une autre question portait sur le fait de savoir si une personne décédée du choléra au domicile était le ou la chef.f.e de ménage lors du décès. Sur les 245 ménages qui ont répondu à cet indicateur, 101 (41 %) ont déclaré que oui²⁰.

Par ailleurs, 91 (44 %) ménages ont déclaré avoir perdu au moins 1 femme et 100 (48 %) ménages ont déclaré avoir perdu au moins 1 homme en raison de l'épidémie. Il y a donc plus de ménages qui ont déclaré avoir perdu un homme, que de ménages qui ont perdu une femme. Dans un pays où l'État ne fournit que peu d'aides sociales (Oxford policy, 2017, p.ii), les répondant.e.s estiment que celles qui ont perdu leur mari étaient désormais appelées à faire face seules aux responsabilités familiales. Celles et ceux qui ont été contraint.e.s de vendre leurs biens pour soigner un malade, soit 4,4 % de l'échantillon, ont également été affectés par la maladie de façon disproportionnée. Ces personnes vivaient en général dans des milieux dépourvus d'infrastructure sanitaire, particulièrement, celles et ceux qui vivaient dans les mornes (collines ou zones montagneuses) et qui n'avaient pas accès à l'eau potable et aux infrastructures routières, ou encore ceux et celles qui vivaient dans les quartiers défavorisés.

²⁰ Il est important de souligner que le dénominateur diffère ici de celui rapporté dans la question 4.5 en raison d'incohérences entre les résultats de 4.5 et de 4.5.1 / 4.5.2. Les résultats ont donc été analysés séparément.

Figure 5- Ce ménage a-t-il perdu des membres de sa famille à cause du choléra (au sein ou hors ménage)?

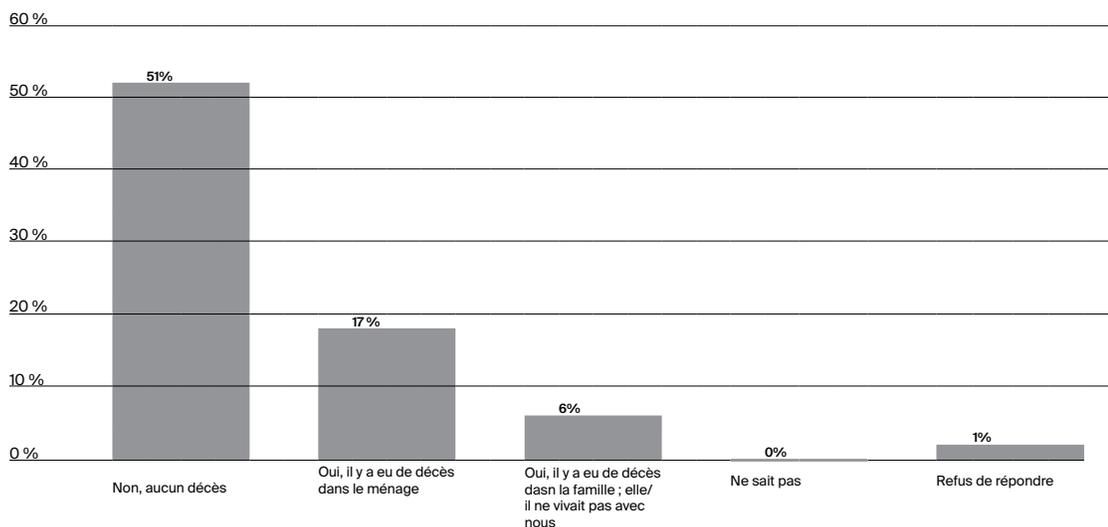


Tableau 2- Nombre et pourcentage des ménages signalant le décès de femmes, d'hommes et/ou d'enfants dû au choléra

	1	2 ou plus	Total
Femmes	81	10	91 (44 %)
Hommes	92	8	100 (48 %)
Enfants	21	0	21 (10 %)

B. Typologie des décès

Pour les répondant.e.s ayant déclaré qu'une personne de leur famille était décédée de la maladie, des questions de suivi ont été posées sur le lieu du décès, sur la prise d'un traitement médical avant celui-ci et sur l'endroit où ce traitement a été distribué.

Indépendamment du genre, la plupart des ménages interrogés ont rapporté que la/les personne.s décédée.s avaient reçu un traitement. Concernant le lieu de survenance du décès, les personnes interrogées rapportent que 41 % des hommes, 42 % des femmes, et 40 % des enfants, sont décédé.e.s chez elles et eux. Par ailleurs, 29 % des hommes, 32 % des femmes et 15 % des enfants sont décédé.e.s dans un CTC²¹. Pour les enfants, la deuxième catégorie de survenance des décès (20 %) est en route pour chercher un traitement, bien qu'il y ait eu un nombre de réponses faibles à cet indicateur (n=20 sur 21 ont signalé le décès d'un enfant; 1 NA).

²¹ Voir le tableau III pour les résultats de ces indicateurs. Le tableau présente deux répartitions distinctes, car les mêmes questions ont été posées séparément aux femmes (4.5.1.1) et aux hommes (4.5.2.1).

Tableau 3- Lieu du décès déclaré des femmes et des hommes décédés (par genre de la personne décédée)

	Hommes	Femmes
À la maison	41 (41 %)	39 (42 %)
Au CTC	29 (29 %)	29 (31 %)
À l'hôpital public	14 (14 %)	12 (13 %)
À l'hôpital privé	10 (10 %)	3 (3 %)
En route, en quête de traitement	5 (5 %)	5 (5 %)
Chez un prêtre vaudou	0 (0 %)	0 (0 %)
Auprès de la brigade EMIRA	0 (0 %)	0 (0 %)
Dans la communauté	0 (0 %)	3 (3 %)
Ne sait pas	1 (1 %)	1 (1 %)
Refus de répondre	0 (0 %)	1 (1 %)

Il y a peu de différence entre les hommes et les femmes au regard de leur lieu de décès. Il demeure que moins de la moitié des femmes (47 %) et des hommes (42 %) sont décédés.e.s dans le système sanitaire national. Ces chiffres confirment que le nombre de décès officiels est sous-estimé à cause des défaillances du système de surveillance (Luquero et al. (2016). Les personnes décédées chez elles ont pu échapper au décompte des autorités.

Tableau 4- Comment ce membre du ménage a-t-il traité cette maladie?

	Hommes	Femmes
Aller à l'hôpital/Centre de santé/Clinique	87 (30 %)	114 (31 %)
Aller au CTC	164 (57 %)	211 (57 %)
Traiter par une brigade EMIRA	0 (0 %)	2 (<1 %)
Consulter un prêtre vaudou	0 (0 %)	0 (0 %)
Se soigner à la maison	5 (1 %)	4 (1 %)
Personne non traitée	12 (4 %)	15 (4 %)
Ne sait pas	0 (0 %)	1 (<1 %)
Refus de répondre	0 (0 %)	0 (0 %)
Autre	8 (3 %)	12 (3 %)
NA	13 (4 %)	14 (4 %)
Total	289	373

Les chef.fe.s de ménages ont indiqué que 88 % des personnes infectées ont reçu des soins. La majorité ont reçu un traitement dans les hôpitaux, soit dans les CTC, ou ont reçu des soins

par l'équipe mobile d'intervention d'urgence (EMIRA). Seuls 4 % des personnes infectées n'ont reçu aucun soin. Seul 1,5 % des personnes interrogées ont indiqué l'absence d'un centre de santé dans leur région comme explication à leur décision de ne pas recourir aux institutions sanitaires.

L'enquête montre que les personnes interrogées se sont majoritairement tournées vers les CTC pour recevoir un traitement: soit parce que les CTC étaient plus accessibles que les hôpitaux et les centres de santé, notamment dans les régions les moins urbanisées telles que la région du Centre, où seuls 23 % des personnes interrogées ont déclaré avoir fréquenté de tels établissements; soit parce que les CTC fournissaient des traitements plus spécialisés et plus appropriés que les hôpitaux, comme cela a notamment été le cas dans l'Ouest, département le plus urbanisé du pays. Dans ce département, 87 % des personnes interrogées ont déclaré avoir été chercher un traitement dans les CTC.

C. Impacts financiers, sociaux et émotionnels

Une série de questions ont été posées aux répondant.e.s quant à leur perception des impacts du choléra sur les aspects financiers, sociaux et émotionnels de leur vie, puisque 641 (73 %) des chef.fe.s de ménage citent les dimensions économiques et financières en tant que conséquences à long terme du choléra.

Sur le plan financier, 318 (36 %) des ménages ont perdu des revenus, à cause de l'impossibilité de travailler, soit en raison de la contamination par la maladie, soit parce que les personnes saines devaient s'occuper des autres malades. Dans certains cas, les activités génératrices de revenus ont même été réduites à néant, notamment dans le domaine de la restauration de rue. Une commerçante expliquait : « À cause de cette maladie, on doit mener une vie misérable. Moi, par exemple, j'avais un petit commerce, je vendais des pâtés, mais à cause de la maladie, les gens craignaient de les manger et je ne pouvais plus en vendre. C'est un grand problème, car j'ai dû arrêter mes activités ». De même, la perte d'un membre de la famille a entraîné des conséquences indirectes sur les revenus puisque les survivant.e.s se retrouvaient alors avec la charge totale des dépenses du foyer²². Cependant, 166 (19 %) ont déclaré que le choléra n'avait pas eu d'impact financier sur la vie de leur ménage.

²² Dans l'Ouest, une répondante explique : « Après la mort de mon mari, je me suis retrouvée seule et sans ressources avec les enfants, car c'est lui qui s'efforçait d'assurer la scolarité des enfants et me donnait un peu d'argent pour faire fonctionner mon petit commerce. Maintenant, je ne peux plus rien faire ! »

Tableau 5- Quel impact financier le choléra a-t-il eu sur votre ménage ?

Catégories	N (%)
Perte de revenus car certains membres du ménage ne peuvent plus travailler	318 (36 %)
Le choléra n'a pas d'impact financier sur ma famille	166 (19 %)
Dépenses excessives pour les soins de santé / service funéraire	103 (12 %)
Perte de la personne en charge de la famille	72 (8 %)
Emprunt d'argent pour les soins de santé / service funéraire	72 (8 %)
Perte de revenus vu l'impact du choléra sur la communauté (nos produits sont stigmatisés)	65 (7 %)
Vente de patrimoine pour payer les soins de santé / service funéraire	39 (4 %)
Perte de revenus en raison de la mort d'un membre du ménage victime du choléra	32 (4 %)
Perte de maison, de terre (victime d'expulsion à cause de la stigmatisation)	8 (1 %)
Ne sait pas	45 (5 %)
Refus de répondre	14 (2 %)
Autre	140 (16 %)
Total	1074

L'impact du choléra sur le travail et l'activité économique a également été documenté par l'enquête. La majorité des chef.fe.s de ménage ont indiqué avoir subi des impacts à court terme. Plus précisément, 523 (59 %) personnes interrogées ont rapporté avoir cessé leur travail ou activité économique en raison du choléra. Toutefois, 428 d'entre elles (82 % des 59 % de ces personnes) affirment avoir pu retrouver leur activité rapidement par la suite. Enfin, environ 205 (23 %) ont déclaré qu'ils ou elles n'étaient pas engagé.e.s dans une activité économique à l'époque.

Sur le plan du logement, 811 (92 %) des personnes interrogées ont déclaré que le choléra n'avait pas eu de conséquences sur leur habitat et qu'elles vivaient toujours au même endroit. 40 (5 %) ont dû quitter leur milieu de vie à cause de la baisse ou de la perte de leurs revenus résultant du choléra. 14 (2 %) personnes ont déclaré avoir déménagé de peur d'être infectées par la maladie, et huit ménages (1 %) ont changé d'habitat à la suite de pressions ou de menaces en provenance de leur communauté. Un.e participant.e raconte :

Tout le monde était parti, j'étais le seul à vivre dans la zone. Un de mes fils vivait ici avec moi mais quand j'ai constaté l'ampleur des dégâts, les morts que l'on comptait au jour le jour, je lui ai dit d'aller retrouver sa mère à Désormeaux : « Je ne veux pas être coupable si quelque chose t'arrive ».

À la question de savoir s'il y avait une pénurie de nourriture dans le ménage, 362 (41 %) répondant.e.s ont déclaré qu'à cause du choléra et l'impact qu'a eu la maladie sur leurs finances, leur alimentation s'est détériorée pendant au moins plusieurs semaines. 301 autres (34 %) ont déclaré avoir souffert d'une faim intense en raison du manque de nourriture. Seuls 210 (24 %) ménages ont déclaré que le choléra n'avait pas eu d'impact sur la quantité de nourriture consommée par le ménage.

L'étude a également révélé que les ménages périurbains et urbains sont plus touchés par l'insécurité alimentaire due au choléra²³.

Tableau 6- Quel impact social le choléra a-t-il eu sur votre ménage?

Catégories	N (%)
La communauté s'est montrée solidaire avec notre famille	290 (33 %)
Il n'y a pas eu d'impact social	244 (28 %)
Amis et membres de la communauté prennent leurs distances	166 (19 %)
Des gens nous humilient	137 (12 %)
Nous étions humiliés à l'hôpital/la clinique	80 (9 %)
Membres de notre famille prennent leur distance	56 (6 %)
Le choléra a créé des cas de conflit dans la communauté (attaques contre des vaudouisants)	2 (<1 %)
Ne sait pas	15 (2 %)
Refus de répondre	7 (<1 %)
Autre	24 (3 %)
Total	1021

En termes d'impacts sociaux, 290 (32 %) ménages ont déclaré que leur communauté s'était montrée solidaire et 244 (28 %) ont signalé que la maladie n'avait eu aucun impact social sur leur famille. Respectivement, 166 (19 %) et 56 (6 %) personnes ont déclaré avoir été abandonné.e.s par leurs ami.e.s et leur communauté ou par un membre de la famille. Des gestes ou attitudes d'humiliation ont également été rapportés par 137 (12 %) des personnes, dont 80 (9 %) se seraient produits à l'hôpital ou à la clinique. Certains impacts sociaux sont notables à long terme, puisque 136 (15 %) des personnes interrogées rapportent toujours souffrir de problèmes émotionnels. De plus, 45 personnes (5 %) mentionnent que leur communauté continue de les stigmatiser et 13 (2 %) mentionnent l'existence de conflits familiaux non résolus causés par la maladie.

²³ Alors que le khi-deux de Pearson a fourni la preuve que le genre et l'impact alimentaire étaient indépendants dans l'échantillon de l'étude [$\chi^2(4, N = 884) = 34,5, p < 0,001$], des différences significatives ont été détectées par rapport à la provenance (rurale ou urbaine) et au département (au niveau .05) : $\chi^2(4, N = 884) = 34,5, p < 0,001$ [provenance]; $\chi^2(8, N = 884) = 126,86, p < 0,001$ [département].

D. Les impacts différenciés du choléra sur les enfants

Selon des répondant.e.s, le choléra a eu un impact négatif sur le développement des enfants. Ces impacts sont multiples. Dans un premier temps, la vie de plusieurs enfants a pu être bouleversée par la mort de leurs parents. Il a été demandé aux répondant.e.s s'ils ou elles connaissaient des enfants de la communauté ayant perdu un parent à cause du choléra : 323 (37 %) ont répondu Oui; alors que 391 (44 %) ont répondu Non; et 170 (19 %) Ne sait pas. L'enquête démontre par ailleurs que l'éducation des enfants a été perturbée par l'épidémie. En effet, certains établissements scolaires ont été fermés, notamment à cause de la paupérisation due au choléra ou à cause des normes sanitaires (Guy et Mutiu, 2019). Par ailleurs, même dans les cas où les écoles restaient ouvertes, certains parents préféraient ne pas envoyer leurs enfants à l'école pour éviter qu'ils y soient contaminés²⁴. De plus, la maladie des parents a également joué un rôle dans la capacité des enfants à se déplacer pour assister aux cours (Guy et Mutiu, 2019, p. 16).

1. L'abandon scolaire

À la question portant sur l'abandon scolaire, 130 (15 %) ménages ont signalé qu'au moins une fille et 124 (14 %) qu'au moins un garçon avait abandonné l'école. Les raisons invoquées pour expliquer l'abandon sont multiples, mais la majorité des réponses (les participant.e.s pouvaient en nommer plus d'une) concernent l'insuffisance de fonds pour acquitter les frais scolaires des enfants²⁵. Soulignons également qu'environ 1 répondant.e sur 5 a justifié cet abandon par l'impact qu'a eu le choléra sur le fonctionnement normal des établissements scolaires.-

2. Délinquance, grossesse précoce et prostitution

Le choléra et ses conséquences sur l'éducation des enfants ont rendu ces derniers vulnérables à la délinquance. Livré.e.s à elles et eux-mêmes, sans moyen de combler leurs besoins primaires, certains de ces enfants se sont en effet tournés vers des activités délictueuses et sous l'emprise des gangs armés (Guy et Mutiu, 2019, p. 16, 29). L'enquête rapporte également que certaines filles se sont également tournées vers la prostitution afin de pouvoir se nourrir (Guy et Mutiu, 2019, p. 16), ce qui a contribué à augmenter les cas de grossesse précoce²⁶ et ceux de viols sur mineur.e.s²⁷.

Il est important de noter que même lorsque les enfants n'ont pas perdu leurs parents des suites de la maladie, la distanciation physique était appliquée au sein des familles lorsqu'une personne déclarait la maladie. Cela a participé à l'isolement et à la détresse de certains jeunes.

Dans les cas d'hospitalisation et de décès d'un ou des parents, les enfants se trouvaient brutalement privés de leur cadre familial. Ces enfants n'ont pu obtenir de soutien de la part de leur communauté ou d'accompagnement psychologique adapté à leur situation (ONU info, 2016, para. 1; UNICEF, 2023, p.1).

²⁴ Dans l'Artibonite par exemple, un répondant a déclaré : «L'école fonctionnait durant le choléra, mais les élèves ne se réunissaient pas en grand nombre comme avant, car les parents craignaient de les y envoyer».

²⁵ En Haïti, le système scolaire est presque entièrement privé, ce qui oblige les parents à en assumer les coûts relatifs à son fonctionnement.

²⁶ Un.e répondant.e précise : «Je connaissais une jeune mineure qui avait perdu ses parents, elle n'avait alors que 14-15 ans. Elle a trois enfants aujourd'hui. Puisqu'elle n'avait aucun.e tuteur.trice, elle a dû faire face à des grossesses précoces et se trouve à présent dans la misère. Ce sont des cas visibles dans la communauté.»

²⁷ Un.e répondant.e précise : «Il y a des enfants qui ont perdu leurs parents et ne peuvent plus aller à l'école. D'autres sont obligé.e.s de se livrer au commerce de la chair (vann kò yo) pour subvenir à leurs besoins. Il y en a d'autres qui se sont font violer en cherchant les moyens de vivre. Les enfants sont souvent victimes de viol.»

E. Les impacts différenciés du choléra sur les femmes et les hommes

L'analyse suivante a pour objet de présenter la façon dont le choléra a affecté les Haïtiens en fonction de leur genre par rapport au travail (1), en expliquant en quoi l'épidémie a disproportionnellement impacté les femmes (2). Enfin, cette partie conclut que le choléra a freiné l'émancipation des femmes (3).

1. La division sexuelle du travail

En Haïti, les hommes et les femmes tendent à occuper des activités économiques différentes, ce qui les portent à s'exposer de manière inégale au risque de contracter le choléra. C'est la raison pour laquelle la division sexuelle du travail a été prise en compte dans l'étude.

En effet, les femmes sont plus souvent assignées à la prise en charge de leurs proches ou des malades, notamment à travers le lavage des vêtements et des draps de celles et ceux-ci. Elles se trouvent donc en première ligne lorsque la maladie se déclare au sein du foyer. Ainsi, les femmes ont plus tendance à contracter la maladie à travers leurs proches que les hommes.

Des répondantes de la Grande-Anse et de l'Artibonite racontent : « La femme fait à manger, la lessive, le ménage, les courses. Quand quelqu'un tombe malade, c'est encore elle qui doit aller chercher des vêtements. Donc, elle est la première appelée en cas de maladie et la plus exposée à la maladie ». De même, les activités de commerce sont majoritairement exercées par les femmes (CISR, 2017, par 7.), notamment dans les marchés insalubres (Semexant, 2022, para. 1; Germain, 2022, p. 49), propices à la diffusion de la maladie (OMS, 2007, p. 1). Les femmes ont donc été disproportionnellement affectées par la maladie dans ces lieux de sociabilisation.

Les hommes, en revanche, rapportent avoir été touchés par la maladie en travaillant dans les champs, notamment dans les rizières, espaces qui leur sont traditionnellement réservés. Ces zones ont été particulièrement touchées par la maladie puisque les lacunes dans l'assainissement de l'eau ont facilité la propagation de celle-ci dans les cours d'eau (Guillaume et al., 2019, p. 4).

De plus, les hommes ont tendance à se contaminer dans les endroits de fraternité. Dans ces espaces, les hommes boivent et mangent ensemble et partagent les mêmes ustensiles (ASFC, 2019, p. 32). Dans un scénario où la maladie circule, ces habitudes amplifient les risques de contagion. Ainsi, les lieux de travail ont constitué un endroit de contagion pour les deux sexes, mais davantage de femmes ont été infectées dans leur foyer.

Tableau 7- Comment votre maladie a-t-elle été traitée?

Catégories	Hommes	Femmes
Se faire soigner à l'hôpital/Centre de santé	61 (34 %)	47 (32 %)
Se faire soigner au CTC	106 (60 %)	93 (62 %)
Se faire soigner par une équipe mobile d'intervention rapide (EMIRA)	2 (<1 %)	0 (0 %)
Consulter un prêtre vaudou	0 (0 %)	0 (0 %)
Aucun traitement	0 (0 %)	0 (0 %)
Se faire soigner à la maison	6 (3 %)	7 (5 %)
Ne sait pas	0 (0 %)	0 (0 %)
Refus de répondre	0 (0 %)	0 (0 %)
Autre	2 (1 %)	2 (1 %)
Total	177	[1] [2] 149

En ce qui a trait à l'accès aux soins, la vaste majorité des femmes cheffes de ménages infectées affirment avoir eu accès aux services de santé (hôpitaux, CTC), soit 140 (94 %) d'entre elles. Seules 6 femmes (5 %) ne se sont pas rendues dans un centre de santé pour des raisons diverses : le coût du transport, la peur de la stigmatisation ou l'absence de connaissance sur le choléra. Il demeure toutefois qu'un nombre plus important de femmes ont éprouvé des difficultés à se rendre aux centres de santé dans les délais requis (108, 37 %). Les raisons invoquées sont multiples : la nécessité de la présence au marché, l'absence d'aide pour s'occuper des enfants, l'absence de soutien à l'hôpital, le coût du transport et l'éloignement du centre de santé.

2. Surcharge des femmes

En raison de la réputation qu'a le choléra d'être une maladie liée aux mauvaises conditions d'hygiène et à l'insalubrité (Grimaud, et Legagneur, 2011, p. 28), les femmes ont été particulièrement visées par la stigmatisation, compte tenu qu'elles étaient en charge de la propreté du foyer et de ses membres. Les femmes ont redoublé d'efforts afin de garder leur environnement propre et de prévenir ainsi les jugements de valeur dans l'éventualité où leurs foyers étaient touchés par la maladie. Le choléra a donc engendré un impact important sur la charge de travail des femmes.

Si les femmes ont été particulièrement stigmatisées à cause du rôle qu'elles occupaient dans leur foyer, les hommes ont également subi de tels traitements, parce que la maladie a remis en question leur rôle de pourvoyeurs de la famille. Certains ont ainsi subi une certaine stigmatisation de la part de leurs semblables, et des tensions ont été observées au sein des ménages en raison de celle-ci.

3. Un frein à l'émancipation des femmes

La crise sanitaire a entraîné un coût pour la société en général, et en particulier pour les femmes.

En premier lieu, le choléra a renforcé les inégalités entre les genres en renforçant le schéma selon lequel les femmes sont les principales responsables des tâches domestiques et qu'elles ont le devoir de compenser les pertes engendrées par le décès de leur compagnon au sein de leur foyer. Comme expliqué précédemment, cela a donc entraîné une surcharge des responsabilités domestiques pour les femmes.

En second lieu, la crise sanitaire a aggravé les inégalités socio-économiques existantes en atteignant de manière disproportionnée les catégories les plus vulnérables, notamment les mères isolées. À ce propos, une répondante dans la Grande-Anse déclare :

Plusieurs cas se sont répétés. Parfois c'est l'homme qui est mort et la femme a survécu, parfois c'est une séparation du couple lorsque l'homme abandonne sa famille à cause du choléra et ne revient pas. Il s'ensuit que les enfants n'arrivent plus à poursuivre leur cursus scolaire. Les membres de la maisonnée ne peuvent plus être nourris deux fois par jour. Le choléra a provoqué bien des soucis dans les familles et la vie devient encore plus dure pour ces femmes.

Cette situation a entraîné une fragilisation de l'autonomie financière des femmes, alors que celles-ci n'ont à la base pas accès à une quelconque forme de protection sociale en lien avec le contexte et les circonstances.

Ainsi, les conséquences de la crise sanitaire font fortement écho aux inégalités entre les genres. Les femmes, surreprésentées dans les activités précaires et peu valorisées, sont plus vulnérables aux conséquences de l'épidémie et cela a mis un frein à leur émancipation sur les plans sociaux et économiques.

II. Accès à l'information et **impacts sur les victimes**

La présente analyse a pour objectif de présenter le niveau de connaissance de la population quant à la maladie (A), son mode de transmission et sa prévention. Elle expose également les différentes mesures qui ont été adoptées (B). Enfin, elle montre les différents mécanismes de prise en charge de la maladie qui ont été mis en place au niveau communautaire (C).

A. Compréhension du choléra aux niveaux communautaire et individuel

Cette sous-partie expose le niveau de connaissance des Haïtien.ne.s à l'égard des causes du choléra (1), et montre de quelle manière les personnes ont pu récupérer des informations sur la maladie (2).

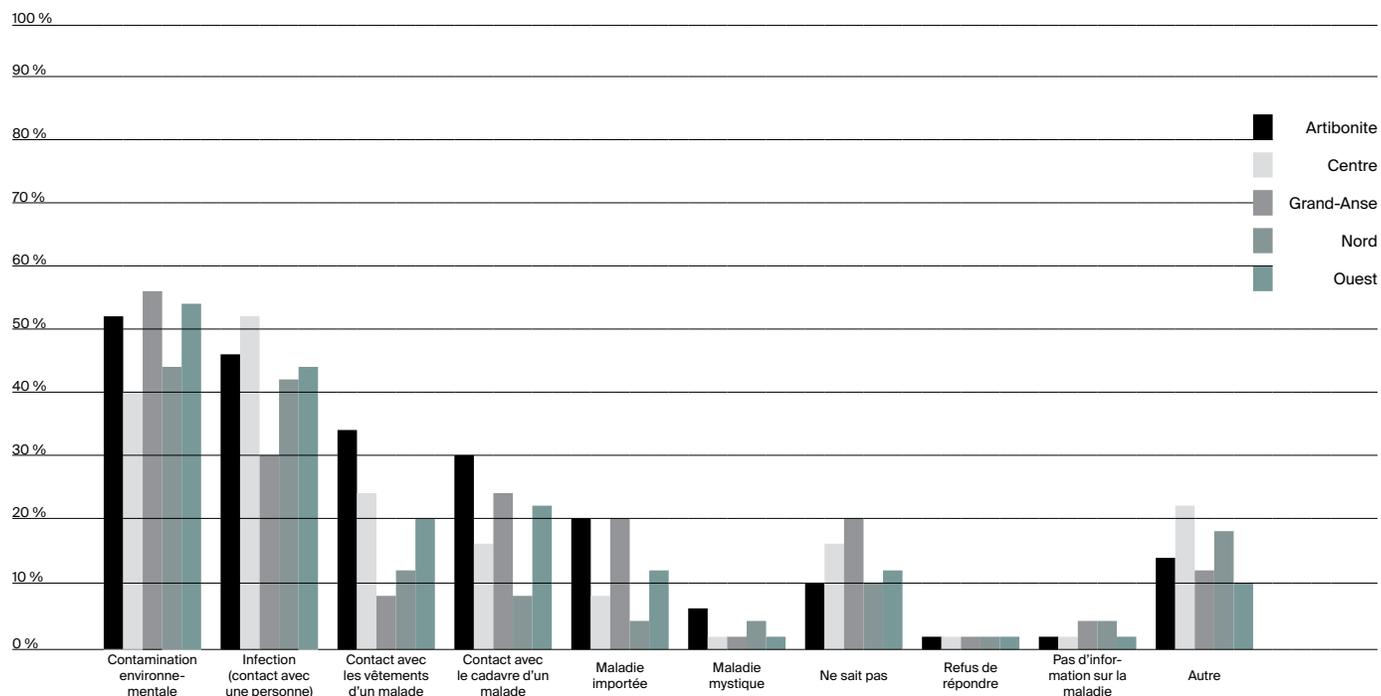
1. La connaissance des causes du choléra

3 indicateurs ont permis d'évaluer les connaissances générales des répondant.e.s sur l'étiologie du choléra ainsi que les mesures de protection prises contre celui-ci. Les répondant.e.s ont été autorisé.e.s à choisir plus d'une catégorie de réponse pour cette série d'indicateurs.

Interrogé.e.s sur leur perception des causes de l'apparition de l'épidémie du choléra, les répondant.e.s ont cité les éléments suivants : 448 (51 %) la contamination environnementale, 390 (44 %) l'infection (contact de personnes), 195 (22 %) le contact avec les vêtements d'un malade et 175 (20 %) le contact avec le cadavre d'un.e malade. Seuls 118 (13 %) et 26 (3 %) des ménages ont mentionné que la maladie avait été importée ou que le mystique est responsable du développement du choléra. Une moyenne de 14 % des personnes interrogées ont déclaré ne pas connaître la source de l'infection. La population avait donc globalement une bonne connaissance des causes du choléra au début de l'épidémie.

Tel que l'attestent les proportions représentées dans la Figure VI, les perceptions ne diffèrent pas significativement selon le genre.

Figure 6- Perceptions des causes du choléra selon les départements

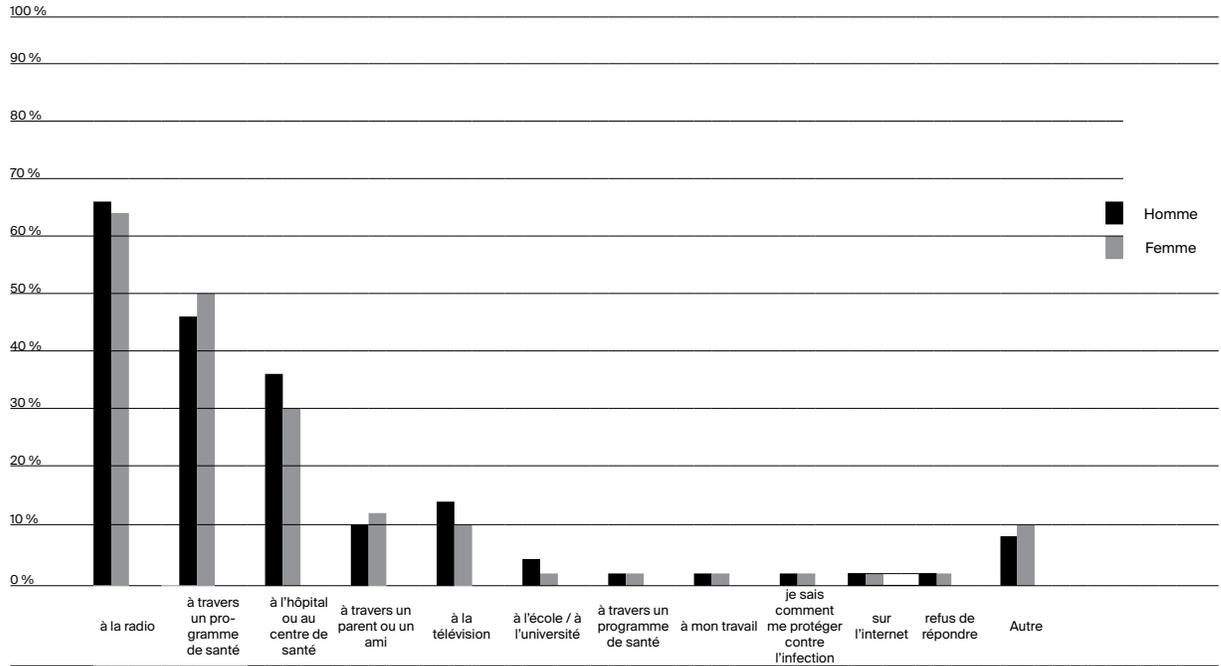


2. Sources d'information

À l'exception du département du Nord, les données révèlent que la radio était la source d'information première des communautés, à plus de 60 % pour les hommes et les femmes. Les campagnes d'information des programmes de santé communautaire représentent la deuxième source d'information de la population, mis à part en Artibonite où les informations ont été dispensées par les hôpitaux et les centres de santé. Le bouche-à-oreille semble également avoir eu un impact significatif (parents/amis 22 %, école/université 2 %, au travail 3 %).

Cette enquête a mis en exergue le fait que la télévision, en tant qu'outil de transmission des informations, dessert principalement la population de l'Ouest. Les différences ne sont pas apparentes selon le genre du ou de la chef.fe de ménage, comme le montre le **Figure VII**. En somme, l'enquête menée démontre que la majorité des Haïtien.ne.s questionné.e.s avaient reçu de l'information au sujet du choléra.

Figure 7- Sources d'information sur le choléra par genre



Centre de Santé Dr. Polycarpe, champion de la lutte contre le choléra,



Quartier Morin, Département du Nord 4-06-21.

B. Mesures prédominantes adoptées

Une fois que la population a reçu de l'information sur la maladie et a assimilé que le choléra était une maladie infectieuse transmissible d'une personne à l'autre, des mesures de protection contre l'infection ont été prises.

À ce titre, 814 (92 %) des ménages ont déclaré s'être lavé les mains avec de l'eau et du savon, mesure suivie de près par le traitement de l'eau (par exemple, l'utilisation d'aquatabs) pour 772 (87 %) des répondant.e.s. 24 (3 %) ménages ont déclaré n'avoir pris aucune mesure pour se protéger eux-mêmes et leur famille de l'infection. Aucune différence significative entre les femmes et les hommes chef.fe.s de ménage n'est ressortie de l'enquête au sujet des mesures de protection.

Par contre, sur le plan géographique, des différences ont été observées concernant les modes d'utilisation des latrines (en opposition à la défécation à l'air libre) : seulement 5 % des ménages du Nord ont déclaré les utiliser, comparativement à 20 % dans l'échantillon général.

11 % des répondant.e.s ont évité de manger des salades et des fruits de mer avec une pointe régionale de 26 % dans le département de l'Ouest. Le lavage des fruits et des légumes mentionnés par près de 50 % des répondant.e.s de l'Artibonite, de l'Ouest, et de la Grande-Anse était moins populaire dans les départements du Nord et du Centre (respectivement 39 % et 24 %).

Tableau 8- Quelles mesures avez-vous prises pour vous protéger (vous et votre famille) contre l'infection du choléra ?

	Total
Se laver les mains	814 (92 %)
Traiter l'eau	772 (87 %)
Laver les fruits et légumes avec de l'eau traitée	406 (46 %)
Utiliser une latrine	175 (20 %)
Éviter de manger les salades et fruits de mer	98 (11 %)
Rester éloigner des personnes infectées	68 (8 %)
Ne prendre aucune mesure	24 (3 %)
Autre	62 (7 %)
Ne sait pas	10 (1 %)
Refus de répondre	1 (<1 %)
Total	2430

Certain.e.s leaders communautaires ont dû mener une campagne de sensibilisation afin de faire connaître les mesures de prévention. Dans ce contexte, l'un.e d'entre eux/d'entre elles explique : « J'ai dit à beaucoup de gens de se protéger et je leur ai dit comment se protéger. Quand ils sortent, qu'ils se lavent les mains, quand ils rentrent, qu'ils se déshabillent et mettent d'autres vêtements pour se protéger de la maladie ».

Une femme interrogée à la Grand'Anse a expliqué en détail le processus de protection de sa maison contre l'infection au choléra :

En rentrant chez nous, on devait d'abord se changer, utiliser le chlore afin de purifier l'eau, on n'utilisait plus n'importe quelle eau, désormais on utilisait de l'eau potable. C'est ce qu'on a dû faire. On aspergeait la maison de solution chlorée, on nettoyait la maison avec du chlore, on interdisait aux enfants de jouer au sol ou de se promener les pieds nus.

L'accent a également été mis sur le rôle joué par la contamination des aliments dans la propagation du choléra. Tel qu'a déclaré une répondante à l'un des groupes de discussion dans le département de l'Ouest à Port-au-Prince : « Nous traitons toujours l'eau, nous désinfectons toujours les légumes, nous désinfectons tout avec de l'eau de Javel. On se lavait les mains pour éliminer le microbe ».

En ce qui concerne l'enquête auprès des ménages, lorsqu'il leur a été demandé où ces mesures leur avaient été enseignées, la plupart des ménages ont répondu : à la radio (555 soit 63 %), dans le cadre d'un programme de santé communautaire (420 soit 48 %), dans un hôpital ou une clinique (280 soit 32 %), et auprès d'un parent ou d'un.e ami.e (93 soit 11 %).

C. Prise en charge du choléra dans les communautés

Sur le plan communautaire, les hougans et mambos, respectivement prêtres et prêtresses de la spiritualité vaudou, ainsi que les matrones, ont largement accompagné leurs communautés dans le cadre de la prise en charge de la maladie. -

L'aide des hougans a été sollicitée pour le transport des malades, les funérailles, le soutien économique et celui du groupe familial avant et après les funérailles (HCDH et MINUSTAH, 2017, p. 19). En effet, plusieurs d'entre eux/elles expliquent qu'ils/elles avaient placé leurs motocyclettes, voitures et autres moyens de locomotion à la disposition des parents des malades. Dès qu'une personne se présentait dans leur hounfort (temple vaudou) avec les signes cliniques de la maladie, ils la référaient aux CTC les plus proches.

Par ailleurs, les mambos assuraient une prise en charge directe des malades, avant leur transfert vers les CTC (ASFC, 2019, p. 70). Une mambo rencontrée à Saint-Michel de l'Attalaye (haut-Artibonite) a expliqué qu'elle avait préparé un sérum artisanal à base d'eau de riz et d'eau de noix de coco pour faciliter et hâter la réhydratation de celles et ceux qui venaient chez elle. Quand le cas n'était pas trop grave, expliquait-elle, elle gardait durant plusieurs jours le/la malade dans un espace spécialement aménagé pour cette prise en charge.

Ces différences laissent entrevoir une gestion de la maladie qui inscrit les femmes dans le prolongement des rôles auxquels elles sont déjà assignées dans l'espace privé.

Partie 3 : Implication des victimes, satisfaction et réponse demandée

Cette troisième grande partie se consacre aux réponses adoptées face à la propagation du choléra sur le sol haïtien. Dans un premier temps, elle analyse la réponse de l'ONU, et la façon dont celle-ci a été perçue par les victimes (I), puis, dans un second temps, elle se livre à la même analyse en ce qui concerne l'État haïtien (II).

I. Perceptions de la réponse de l'Organisation des Nations Unies

Cette première sous-partie a pour objet de présenter quelles ont été les actions que l'ONU a entreprises pour faire face aux conséquences de la maladie. Puisque c'est par sa négligence que la maladie a été introduite en Haïti (Alston, 2016, p. 21), cette sous-partie expose, dans un premier temps, l'importance que revêt l'implication des victimes en droit international (A). En effet, elles seules peuvent exposer les besoins qui justifieront que certaines actions d'assistance soient mises en œuvre (B). Afin de pouvoir bénéficier de ces actions (C), il est nécessaire d'établir certains critères d'éligibilité (D). De plus, pour que les mesures d'assistance atteignent leur objectif (G), il convient d'évaluer les risques liés à ces mesures (E). Enfin, il convient d'étudier quel rôle les différents acteurs pourraient avoir dans la mise en place des mesures d'assistance (F).

A. L'importance de l'implication des victimes en droit international

Dans des contextes de violations des droits humains, il est admis que « les victimes et d'autres acteurs de la société civile devraient jouer un rôle important dans la conception et la mise en œuvre de ces programmes [de réparation] » et que les victimes, en particulier les femmes et les minorités, devraient participer à ces initiatives et être consultées. » (CDH, 2019, para. 41). Cette participation légitime les programmes de réparations, et assure que ceux-ci seront adéquats et adaptés aux besoins des victimes (CDH, 2019, para. 62). Pour le Rapporteur spécial de l'ONU sur la promotion de la vérité, de la justice, de la réparation et des garanties de non-répétition, la participation des victimes est essentielle au processus de réparation (CDH, 2019, para. 71).

B. Les actions entreprises par l'ONU

Le sentiment général exprimé par les répondant.e.s lors de l'enquête est que si l'ONU est effectivement responsable de cette crise de santé publique, elle a la responsabilité d'en réparer les dommages au bénéfice des victimes. Beaucoup ont cependant estimé qu'elle n'avait pas encore assumé cette responsabilité. Malgré les démarches entreprises en ce sens, l'ONU n'a que partiellement reconnu sa responsabilité, se limitant à admettre un devoir moral d'aider les victimes. L'État haïtien semble également avoir joué un rôle dans le refus de l'organisation à dédommager les victimes. En effet, le gouvernement a longtemps nié le rôle de l'ONU dans l'éclosion de la maladie (AlterPresse, 2012), et certaines victimes ont déploré que le gouvernement semblait faire « obstruction » aux réparations (AlterPresse, 2013). C'est la raison pour laquelle plusieurs répondant.e.s avancent que si l'État haïtien avait mieux accompagné les victimes, l'ONU aurait adopté une position différente.

Il convient de souligner que quelques répondant.e.s avaient l'impression que l'ONU était à l'origine de nombreux efforts pour éliminer le choléra, notamment en soutenant des projets financés et mis en œuvre par d'autres organisations.

Il s'agit cependant d'une évaluation qui ne fait pas l'unanimité auprès des personnes interrogées. Une autre répondante d'un groupe de discussion organisé dans le département de l'Artibonite a qualifié de « saupoudrage » les actions entreprises par l'ONU pour endiguer le choléra en Haïti.

Même si quelques répondant.e.s soulignent de façon positive certaines actions de l'ONU, dans leur grande majorité, c'est plutôt le besoin d'une plus grande assistance de la part de l'organisation qui ressort de l'étude. En effet, la responsabilité morale assumée par l'ONU n'est pas jugée suffisante par les victimes qui aimeraient que l'organisation assume un rôle plus important au vu de sa responsabilité quant à l'importation de la maladie dans le pays²⁸.

C. Perceptions de l'assistance directe

Lorsqu'il a été demandé aux répondant.e.s de quelles modalités d'assistance matérielle ils ou elles souhaiteraient bénéficier, 336 (39,6 %) ont fait mention d'une combinaison d'assistances financières et en nature²⁹ et 307 (36,2 %) ont cité vouloir bénéficier d'assistance financière seulement. Enfin, 20,5 % (174) des répondant.e.s ont déclaré vouloir bénéficier d'assistance en nature uniquement, à travers la mise en place d'infrastructures sanitaires, routières et scolaires au niveau des communautés, notamment dans les zones les plus touchées par la maladie³⁰. Les hommes et les femmes ont répondu de manière similaire à cet indicateur.

Les mesures d'assistances souhaitées peuvent être individuelles ou collectives et ces méthodes peuvent être alternativement ou cumulativement employées. Selon la majorité des répondant.e.s, une assistance sous forme individuelle serait la mieux adaptée à leurs besoins. En effet, une approche collective comporterait certains risques susceptibles de compromettre la bonne administration de l'assistance (ASFC, 2019, p. 20). Pour pallier ces risques, notamment ceux liés à la corruption et la mauvaise gestion, les organisations de la société civile (OSC) pourraient jouer un rôle dans la mise en œuvre et dans la détermination des mesures adéquates. Cependant, dans certaines régions, l'étude a démontré que les ménages étaient sceptiques quant au rôle que ces OSC pourraient jouer, notamment dans les régions de la Grande-Anse et du Centre.

Parallèlement, un des répondants pense que l'on pourrait combiner l'approche individuelle qui aurait pour objectif de combler les besoins directs des bénéficiaires, tels que les besoins en nourriture, à une approche collective qui bénéficierait à la communauté dans son ensemble. Cette dernière aurait pour objet la construction d'infrastructures routières, sanitaires et scolaires.

²⁸ Un répondant souligne, à propos du devoir moral de l'ONU envers les victimes : « Eh bien, moi je n'aime pas du tout l'expression « responsabilité morale », c'est une façon de nous rouler. Parce que nous avons perdu les personnes qui nous sont les plus chères. Je me souviens quand le président français Emmanuel Macron est venu en Haïti et a dit que la France avait une dette morale envers Haïti, j'ai trouvé que c'était un second affront par rapport à ce que les colons avaient déjà fait à l'encontre des Noirs. Je dis aussi que l'ONU a une responsabilité à tous les points de vue, car c'est elle qui nous a apporté cette maladie. C'est vrai que nous étions dans une situation difficile, mais ce sont les organisations internationales qui l'ont fait venir. Nous ne l'avons pas appelé pour nous apporter la maladie ».

²⁹ Tels que la jouissance d'un accès gratuit à des soins de santé, la mise en place de drainages dans les communautés affectées, etc.

³⁰ Aucun répondant.e n'a sélectionné la réponse : les Nations unies ne devraient fournir aucune assistance aux victimes du choléra.

D. Critères d'éligibilité à l'assistance

Au-delà de l'expression des besoins, l'administration de l'assistance requiert également que les victimes soient identifiées à l'aide de critères.

De tels critères pourraient inclure la reconnaissance officielle, par les autorités, de la contamination d'un individu par la maladie ou par le décès. Cependant, en Haïti, la défaillance du système sanitaire, ainsi que les dommages causés aux infrastructures étatiques par les catastrophes naturelles n'ont pas permis à toutes les victimes d'obtenir ou de conserver des documents officiels permettant d'établir leur identité et leur contamination, tel qu'un acte de décès délivré par un CTC, un centre de santé ou un hôpital par exemple.

À la question de savoir si ces victimes sans documentation devraient être autorisés à recevoir une assistance matérielle, 72 % des répondants (soit 610) ont répondu Oui et 177 (soit 21 %) ont répondu Non. Certains répondants ont proposé des alternatives à la documentation, dont les suivantes: le soutien du MSPP dans la gestion de l'assistance, car c'est celui-ci qui posséderait les archives nécessaires pour l'identification des victimes; le recours à des tests sanguins afin d'identifier les personnes ayant contracté la maladie; l'identification des victimes à l'aide de témoignages obtenus lors d'enquêtes de proximité; le recours à l'expertise de tiers tels que des institutions étatiques ou de la société civile, de notables ou de leaders communautaires. Cependant, cette dernière solution ne serait pas idéale puisque ces personnes devraient être rémunérées pour leur service, ce qui, de fait, serait discriminatoire à l'égard des familles ayant des revenus limités.

D'autres répondants précisent que les critères d'admission au programme d'assistance directe devraient être établis en amont par une commission mise en place par l'État haïtien en coopération avec l'ONU. Cette commission devrait comporter des représentants étatiques, des représentants onusiens et des représentants des victimes chargés de défendre leurs intérêts.

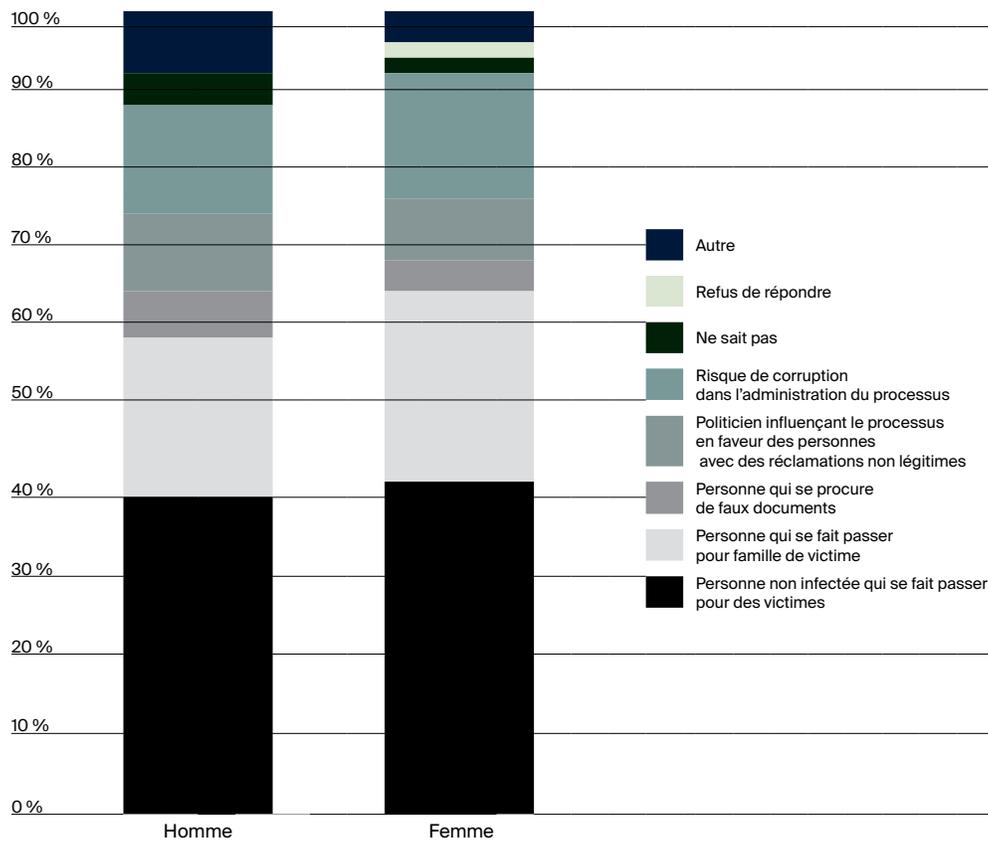
E. Risques associés à l'assistance individuelle

Dans le cadre d'une étude de faisabilité d'une approche individuelle d'assistance pour les personnes les plus affectées par la maladie réalisée en 2019, ASFC avait soulevé plusieurs risques associés à la mise en œuvre de ce type d'assistance, dont certains sont liés à l'identification des victimes et aux conflits pouvant survenir au sein des communautés.

Dans le cadre de la présente étude, ces risques ont été confirmés et d'autres ont été soulevés, dont certains liés à l'absence généralisée de documents officiels. En effet, la majorité des répondants, soit 482 personnes (57 %), pensent que les programmes d'assistance matérielle donneront lieu à des cas de fraude. Lorsqu'il leur a été demandé quels types de fraude ils/elles s'attendaient à voir apparaître, plusieurs parmi les personnes sondées ont répondu qu'ils craignaient de voir une personne non infectée par le choléra tenter de se faire qualifier de victime dans l'espoir de bénéficier de mesures de réparation (199, 41 %). 101 répondants (21 %) pensent que des personnes pourraient prétendre avoir perdu des parents à cause du choléra, 73 (15 %) pensent qu'il existe un risque de corruption dans l'administration du processus de réparation et 40 (8 %) pensent que les politiciens locaux influenceront le processus avec des réclamations non légitimes. La **Figure VIII** illustre l'absence de différence significative entre les hommes et les femmes sur la perception des types de fraudes attendues³¹.

³¹ Aucune différence significative n'a été détectée par les statistiques du khi-deux : $\chi^2(3, N = 852) = 0,80, p = 0,85$.

Figure 8- Types de fraudes attendues dans les programmes d'assistance matérielle, par genre



S'agissant de savoir si l'assistance matérielle créerait des conflits dans la communauté, 418 (49 %) des personnes interrogées pensent qu'aucun conflit ne serait causé par la mise en place de mesures d'assistance matérielle. Parmi les personnes ayant exprimé des craintes quant à la survenue éventuelle de conflits communautaires, 710 (83 %) personnes pensent que pareils conflits ne surviendraient pas au niveau de la famille. 104 personnes (12 %) craignent que la jalousie entre les personnes bénéficiaires de l'aide et celles qui en seraient exclues soit la source des conflits.

Une des principales préoccupations concernant l'apparition de conflits communautaires est liée au risque de fraude et de corruption, qui sont dans les faits des pratiques répandues en Haïti (Trading Economics, 2022) :

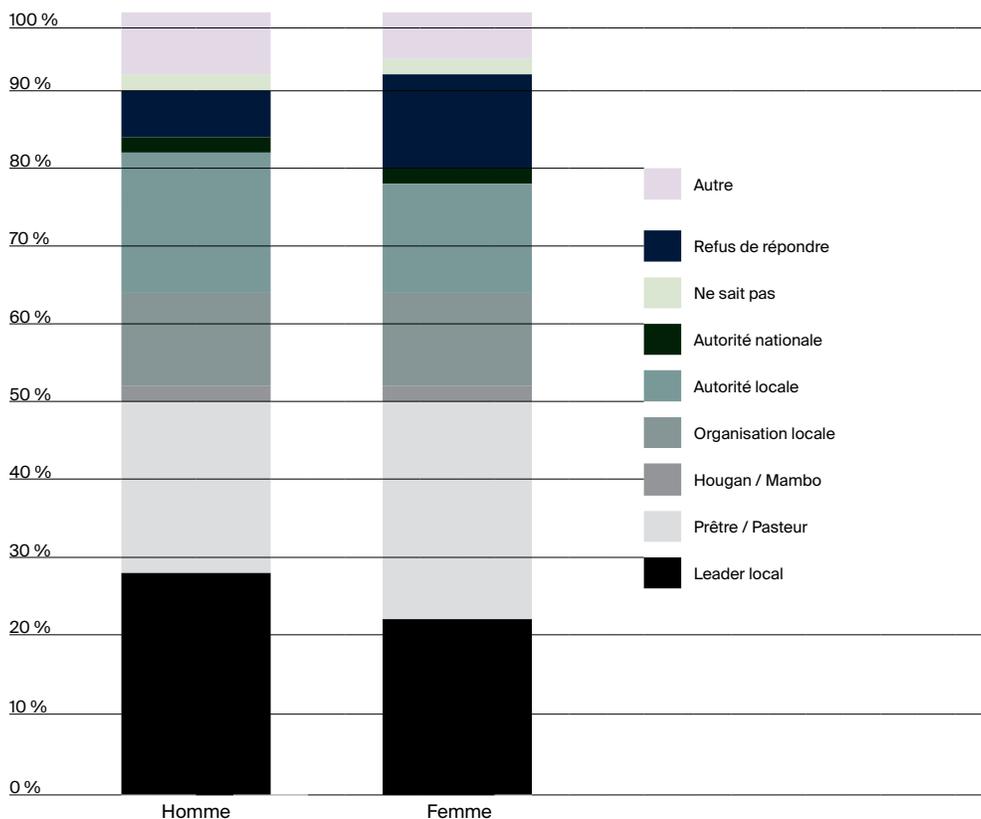
La fraude en Haïti est devenue une pratique culturelle. Une fois qu'une personne entre dans une institution, la première idée qu'elle a en tête, c'est de se livrer à des pratiques frauduleuses. Donc, je pense que c'est difficile parce que cette pratique est enracinée dans notre réalité, enracinée dans nos pratiques sociales, dans nos comportements. Je pense qu'il sera difficile pour nous de l'éradiquer.

Un autre risque identifié par les répondant.e.s est le risque sécuritaire. En effet, plusieurs des personnes qui ont participé aux groupes de discussion soulignent que les victimes pourraient courir un risque pour leur vie si on leur remettait de l'argent liquide, à cause de l'insécurité importante qui sévit dans le pays (ONU, 2023). Afin de pallier ce risque, des alternatives ont été envisagées, notamment le versement d'argent à travers des transferts électroniques. Il a également été envisagé que les responsables d'organisations des victimes du choléra pourraient aider les victimes à ouvrir des comptes bancaires à cette fin.

F. Rôle des organisations locales, nationales et internationales dans l'assistance matérielle

Afin de mitiger les risques, certaines personnes fiables ont été identifiées. Ces personnes pourraient constituer une commission d'identification et de vérification des informations des personnes sans documents officiels. 150 personnes interrogées à ce sujet (25 %) pensent que le Prêtre/Pasteur, le ou la Leader local (148 ; 24 %) et l'Autorité locale (ASEC, CASEC, bureau du maire) pourraient se voir confier cette responsabilité. Ces mêmes personnes de confiance pourraient également jouer un rôle de coordination lors de la distribution de l'assistance. Il semble cependant que les personnes interrogées ne vouent qu'une confiance limitée aux autorités nationales telles que les sénateur.trice.s, les député.e.s/membres du congrès ou les ministres. En effet, 331 (39 %) répondant.e.s ne souhaitent pas que des représentant.e.s de partis politiques fassent partie de la commission susnommée, et (31 %) expriment la même réticence à l'égard des fonctionnaires de l'État haïtien.

Figure 9- Parties fiables chargées d'examiner les demandes en l'absence de documentation par genre



Toutefois, de l'avis des répondant.e.s, les institutions étatiques devraient être impliquées, complètement ou partiellement, en consortium avec d'autres organisations, dans la mitigation des risques :

L'État joue un rôle de premier plan dans sa responsabilité envers la population. Si l'ONU veut fournir l'aide, elle doit passer par l'État. Même si les Nations unies disent parfois qu'elles ne dépendent pas de l'État. Mais, l'implication des autorités est importante.

Il est notable que certain.e.s répondant.e.s ont relevé que les organisations non gouvernementales (ONG) souffrent d'une image négative en Haïti: « En général, nous savons que les organisations de droits de l'Homme³² ont une certaine sensibilité. Mais, une seule organisation ne peut s'arroger le droit de tout décider, elle doit travailler avec les organisations qui sont plus proches de la population. » Néanmoins, certain.e.s répondant.e.s reconnaissent tout de même que les ONG pourraient jouer un rôle de surveillance dans la distribution de l'assistance.

Il n'y a donc pas de consensus concernant l'entité qui devrait diriger ou superviser l'administration de tout programme d'assistance.

G. L'impact que l'assistance directe devrait avoir dans la vie des bénéficiaires

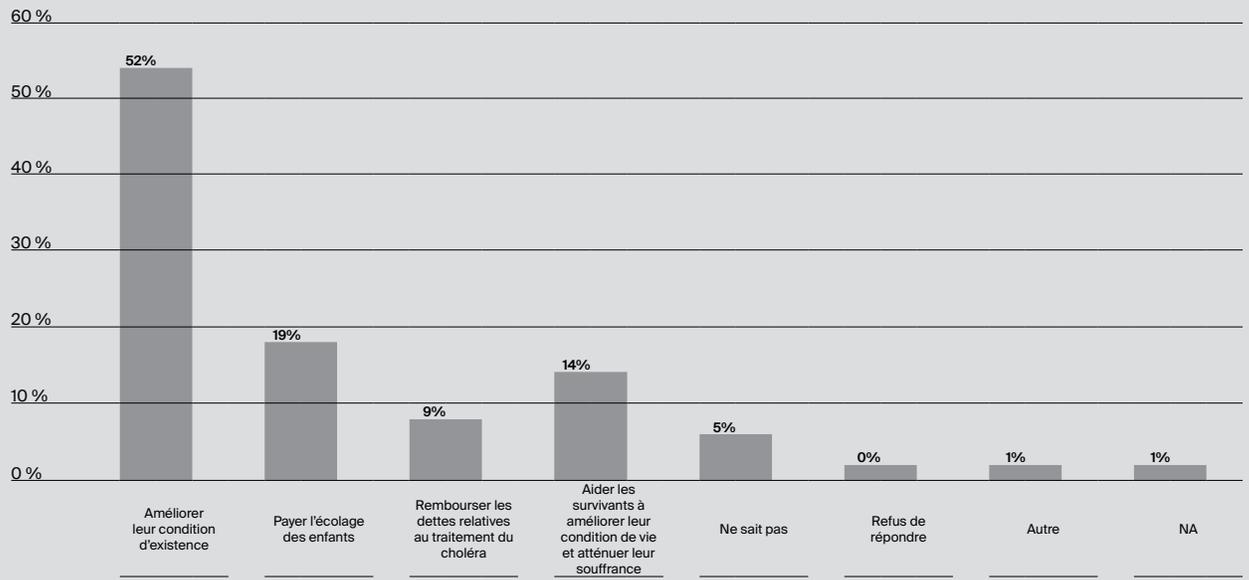
La détermination des objectifs de la mise en œuvre d'une assistance permettra de s'assurer que les mesures mises en place seront adéquates. À ce propos, plus de la moitié des répondant.e.s ont déclaré que l'assistance devrait avoir pour conséquence d'améliorer leurs conditions de vie. Notamment, elle devrait favoriser la scolarisation des enfants et offrir de meilleures perspectives pour les survivant.e.s. Voir les résultats dans la **figure X** ci-dessous.

Cependant, l'objectif recherché par les répondant.e.s est mis à mal par le temps écoulé entre la survenance du ou des dommages et la mise en place de mesures de réparation. En effet, plus de 10 ans se sont écoulés depuis le début de l'épidémie, ce qui risque de limiter la capacité de l'assistance à influencer positivement la vie des bénéficiaires, au moins en ce qui concerne les compensations matérielles³³.

³² Beaucoup de répondant.e.s associent les organisations des droits humains aux organisations humanitaires puisque la plupart de ces organisations interviennent aussi dans des activités humanitaires.

³³ Voir à ce propos la déclaration d'un.e répondant.e : « J'ai peur que dix ans après, pour un enfant qui a perdu ses parents à l'âge de 3 ou 4 ans, et qui a maintenant 13 ou 14 ans, il soit difficile de faire quelque chose pour lui. Si sa vie a été chamboulée par le choléra, par la mort d'un parent par exemple, ça va être difficile de rectifier le tir. Parce que ce n'est pas si simple, si c'est devenu un enfant des rues, on ne va pas le remettre à l'école comme ça. Donc, avec le temps, ça devient de plus en plus difficile de faire des réparations individuelles. »

Figure 10- Perception de l'impact que l'assistance directe des Nations unies devrait avoir sur les bénéficiaires



II. La réponse de l'État haïtien

Cette deuxième sous-partie se consacre à l'analyse de la réponse que l'État haïtien a apportée à l'épidémie (A), et sur le rôle que devrait avoir l'État dans la mise en œuvre des mesures d'assistance (B).

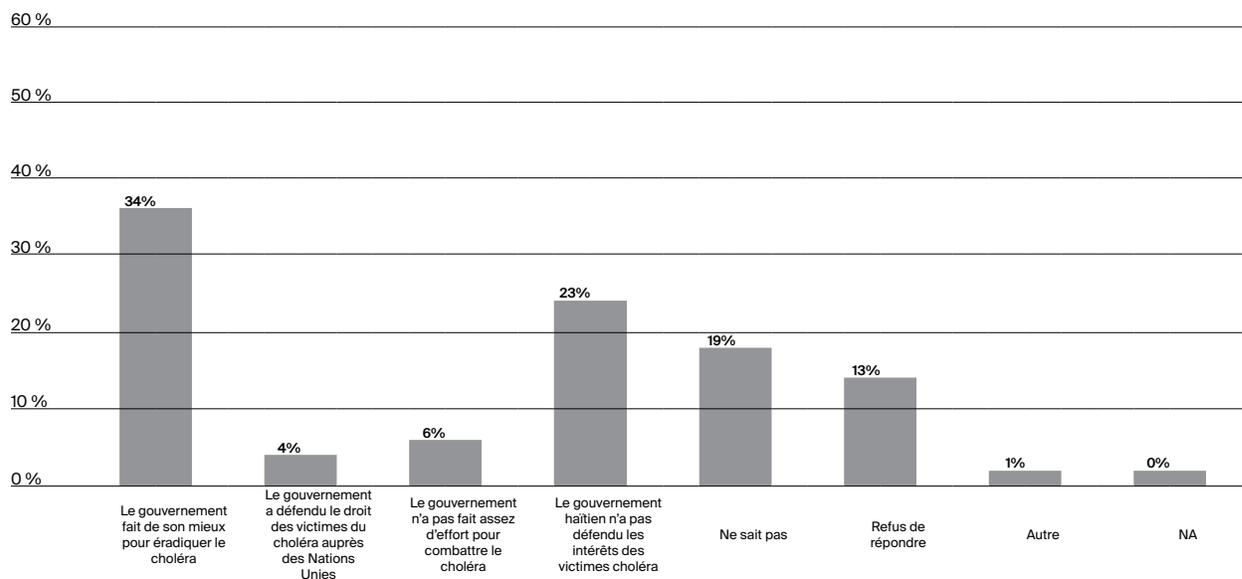
A. Perception et caractérisation de la réponse de l'État

Le dernier volet de l'enquête contenait une série de trois questions sur la réponse du gouvernement haïtien à l'épidémie et la façon dont elle a été perçue par la population. Les répondant.e.s ont été amené à choisir, parmi une liste d'affirmations, celles avec lesquelles ils ou elles étaient le plus en accord. Un tiers (299) des répondant.e.s pensaient que le gouvernement avait fait de son mieux pour combattre l'épidémie. Toutefois, les réponses collectées montrent qu'un plus grand nombre de répondant.e.s, 368 (42 %), ont une perception plus mitigée concernant la réponse du gouvernement à l'épidémie. Précisément, 204 (23 %) personnes sont d'avis que le gouvernement haïtien n'en a pas fait assez pour lutter contre l'épidémie de choléra et 164 (19 %) qu'il n'a pas défendu les intérêts des victimes du choléra.

B. Rôle de l'État dans l'assistance matérielle

Une seconde partie du dernier volet de l'enquête tendait à évaluer les attentes des répondant.e.s quant au rôle que devrait jouer, selon elles/eux, le gouvernement dans la mise en place de l'assistance matérielle. Les deux tiers des personnes interrogées ont donné la priorité aux interventions en matière de santé et d'eau, d'assainissement et d'hygiène : 340 (39 %) ont déclaré que Le gouvernement devrait rendre l'eau potable accessible et améliorer les infrastructures en eau, assainissement et hygiène pour les communautés dans le besoin, et 248 (28 %) que le gouvernement devrait augmenter l'accès à des services de santé de qualité pour les communautés dans le besoin. Ces résultats indiquent que les communautés sont sensibilisées au fait que les infrastructures sanitaires et hydrauliques, d'assainissement et d'hygiène doivent être renforcées afin de prévenir de futures épidémies.

Figure 11- Avec quelle affirmation concernant la réponse du gouvernement haïtien à l'épidémie êtes-vous le plus d'accord?



Partie 4 : L'analyse juridique

Cette analyse a pour objectif d'étudier une série de droits humains qui ont été mis en cause par le choléra. Pour chacun de ces droits, les obligations qui incombent à l'ONU et à l'État sont exposées. Si la violation de ces droits est établie, alors les victimes de l'épidémie ont le droit de prétendre à la réparation de leurs préjudices.

Notre analyse juridique repose sur les principales sources du droit international public et du droit international des droits humains: les traités internationaux ratifiés par Haïti, la coutume internationale, la jurisprudence de la Cour internationale de justice, celle de la Cour interaméricaine des droits de l'Homme, la doctrine, les principes généraux de droit, les observations générales des Comités, la Constitution de la République d'Haïti ainsi que les autres normes juridiques nationales pertinentes.

Dans un premier temps, nous analyserons le statut juridique de l'ONU au regard du droit international, ainsi que le contenu de ses obligations (I). Dans un second temps, différents droits humains reconnus aux citoyens d'Haïti par les sources juridiques mentionnées ci-dessus seront étudiés, afin de déterminer s'ils ont été violés (II). Enfin, la dernière partie sera consacrée à la réfutation de la responsabilité limitée de l'ONU (III).

I. La responsabilité des Nations Unies et son obligation de respecter les droits humains

Les Casques bleus népalais de la MINUSTAH étant à l'origine de l'introduction de la maladie dans le pays, il convient d'analyser de quelle manière la responsabilité de l'ONU pourrait être recherchée (A), et sur quels fondements juridiques (B).

A. Responsabilité internationale de l'ONU

En droit international, les organisations internationales sont pourvues de la personnalité juridique. L'ONU ne fait pas exception à ce principe. Dans son avis consultatif du 11 avril 1949 sur la Réparation des dommages subis au service des Nations Unies, la CIJ a consacré le principe selon lequel l'ONU est dotée de la personnalité juridique en affirmant ce qui suit :

L'organisation est une personne internationale. Ceci n'équivaut pas à dire que l'Organisation soit un État, ce qu'elle n'est pas certainement, ou que sa personnalité juridique, ses droits et ses devoirs soient les mêmes que ceux des États. Encore moins cela équivaut-il à dire que l'Organisation soit un « super-État », quel que soit le sens de cette expression. [...]. Cela signifie que l'Organisation est un sujet de droit international, qu'elle a la capacité d'être titulaire de droits et devoirs internationaux et qu'elle a la capacité de se prévaloir de ses droits par voie de réclamation internationale (CIJ, 1949, p. 149).

La ConvPI affirme également que l'Organisation dispose d'une personnalité juridique, à sa section 1. À ce titre, elle a la capacité d'ester en justice.

En sa qualité de sujet de droit international, elle est titulaire de droits et d'obligations sur le plan international. Cela signifie que sa responsabilité internationale peut être engagée lorsque ses actions se révèlent contraires au droit international conventionnel ou coutumier. Elle peut être tenue responsable des violations des droits humains commises par ses organes et représentant.e.s (TDC et al., 2013, p. 35-36). Les fautes et manquements que les Casques bleus commettent dans l'exercice de leur mission sont donc imputables à l'organisation (District Court in The Hague, 2008, para. 3.2.6).

La MINUSTAH a été établie en application de la Résolution 1542, adoptée par le Conseil de sécurité des Nations Unies, en date du 30 avril 2004, et elle est directement désignée comme étant un « organe subsidiaire » de l'ONU dans l'Accord de siège du 9 juillet. À ce titre, les dommages causés par les Casques bleus de la MINUSTAH sont directement imputables à l'ONU.

Pour engager sa responsabilité, trois éléments doivent cependant être établis. Il faut qu'une faute ait été commise, que des dommages aient été causés, et enfin qu'il existe un lien de causalité entre la faute et le dommage.

Si l'ONU a commis une faute qui a eu pour effet de propager le choléra dans le pays, causant plusieurs dommages physiques, moraux et financiers aux victimes, sa responsabilité peut être engagée (Seitenfus, 2018, p. 138).

B. Les obligations de l'ONU de respecter les droits humains et le droit international

L'ONU est liée par trois niveaux d'obligations.

Premièrement, en raison de sa personnalité juridique, elle est liée par les accords multilatéraux qu'elle conclut (Institut de Droit International, 1973, art. 1). L'ONU est obligée d'honorer ses obligations contractuelles de bonne foi. En l'espèce, elle est donc tenue de respecter l'Accord de siège qu'elle a conclu avec Haïti. L'article 52 de cet accord prévoit que des demandes en indemnisations peuvent être soumises à la Commission permanente des réclamations, ce qui oblige donc l'ONU à mettre en place une telle commission, et à rendre effectifs les recours devant elle.

Le deuxième niveau d'obligation est le respect du droit interne de l'État où elle opère et des traités et conventions qui ont été ratifiés par l'État. En effet, l'Institut du droit international a précisé que « [] les obligations qu'une organisation internationale peut encourir à l'égard des tiers peuvent être régies par le droit international (y compris les règles de l'organisation) ou par le droit d'un État particulier » (Institut de Droit International, 1995, art. 4). Cette obligation de respect est également prévue dans l'accord passé entre l'ONU et l'État d'Haïti, à son article 5.

Ainsi, l'ONU peut voir sa responsabilité engagée sur la base du droit haïtien, parce qu'elle n'aurait pas respecté le droit interne, notamment les droits fondamentaux inscrits dans la Constitution, les traités de droits humains qui ont été intégrés au droit positif national ou les différentes dispositions de droit interne protégeant l'environnement. Par ailleurs, tant le Code civil que la jurisprudence nationale prévoient l'existence d'une responsabilité pour faute (Day-Cayer, 2019, p. 45-46).

Troisièmement, à l'instar de ses États membres, l'ONU a elle-même une obligation de promotion et de protection des droits humains. Cette obligation juridique découle notamment de la Charte des Nations Unies qui énonce expressément sa mission de promotion et de protection des droits humains (Couzigou, 2018, p. 74 ; Charte des Nations Unies). Elle doit donc contribuer à l'effectivité de tous les droits fondamentaux et s'abstenir d'entraver ou de compromettre leur jouissance du fait de ses actions ou omissions ou de celles de ses organes ou agent.e.s.

Dans le cadre de ses activités, l'ONU est donc tenue de se conformer aux instruments juridiques internationaux de protection des droits humains, dont elle demande le respect aux États membres, et ce, bien qu'elle ne soit pas elle-même partie à ces traités. Le contraire serait incompatible avec son obligation de promouvoir le respect des droits humains (Couzigou, 2018, p. 75).

Les missions de maintien de la paix menées par l'ONU n'échappent pas à cette obligation. Les directives internes de l'ONU en matière d'opérations de maintien de la paix prévoient que le droit international des droits humains fait partie du cadre normatif qui les régit. Par conséquent, les opérations de maintien de la paix doivent évoluer « dans le respect total des droits » humains (Département du maintien de la paix, 2008, p. 14-15). La mission de la MINUSTAH est d'ailleurs elle-même ancrée dans les droits humains. En effet, elle vise à soutenir les efforts du gouvernement pour la promotion, le respect et la défense des droits humains (CSNU, 2004, art. 3(a)). Les Casques bleus doivent donc s'atteler à respecter les normes qu'ils cherchent à faire respecter.

Par ailleurs, certains droits violés dans le cadre de la mission de la MINUSTAH en Haïti ont le statut de droit coutumier (tel que le droit à la vie, et le droit à la dignité par exemple). Or, le droit coutumier s'applique de façon erga omnes à toutes les personnes physiques ou morales qui disposent de la personnalité juridique. L'ONU est donc tenue de respecter ces droits humains. Cela implique de ne pas les violer, de ne pas entraver leur jouissance et de faire en sorte que soient poursuivis les individus soupçonnés de les avoir violés (Principes fondamentaux et directives, 2005, art. 2).

II. Impacts du choléra sur la jouissance des droits des victimes et de leurs proches

Toute personne, indépendamment de son statut ou de son âge, est titulaire de droits fondamentaux. Les personnes mineures n'y font pas exception. Le choléra, et plus particulièrement la gestion de la maladie par les différentes parties impliquées dans l'introduction, la propagation et la lutte contre celle-ci, a eu des impacts directs et indirects sur les droits civils et politiques (A) et les droits économiques et sociaux des victimes du choléra (B). De plus, certaines personnes ont été affectées par la maladie de façon disproportionnée en raison de caractéristiques propres. Enfin, des droits spécifiques, tels que le droit à la justice et à la vérité des victimes, ont également été mis en cause par l'inaction de certain.e.s acteur.trice.s face à l'épidémie (C).

A. Les droits civils et politiques

Avec un bilan d'environ 10 000 décès (Bartels et al., 2022, p. 3; Guillaume et al., 2019, p. 2) (1), les conséquences de l'épidémie du choléra sur le bien-être et la dignité des Haïtien.ne.s sont multiples (2).

Le Pacte International sur les droits civils et politiques (PIDCP) a été ratifié par Haïti en 1991. Ce Pacte prévoit le respect du droit à la vie (1) et à la dignité (2) respectivement en ses articles 6 et 10. De nombreuses obligations incombant aux Nations Unies et à l'État haïtien découlent de ces deux droits.

1. Le droit à la vie

Dans le cadre juridique haïtien, le droit à la vie est protégé à plusieurs niveaux: par le droit national en vertu de l'article 19 de la Constitution; par le droit régional par le biais de l'article 4 de la ConvADH; et enfin par le droit international à l'article 6 du PIDCP. À cela s'ajoute l'obligation, issue du droit coutumier, en vertu de laquelle les États et les organisations internationales doivent respecter, faire respecter, et mettre en œuvre le droit à la vie, qu'ils s'y soient engagés en adhérant à des traités le protégeant de manière explicite ou pas, puisque la coutume internationale est opposable à tous les États (Meron, 1989).

Le droit à la vie est un droit qui ne souffre aucune exception (Comité des droits de l'Homme, Observation générale 36, 2019, para. 2). Il signifie que les personnes ont le droit de « ne pas subir d'actes ni d'omissions ayant pour but ou résultat leur décès non naturel ou prématuré, et de vivre dans la dignité » (Comité des droits de l'Homme, Observation générale 36, 2019, para. 3). Cela implique l'obligation négative de s'abstenir de priver les personnes de leur vie de façon arbitraire et l'obligation positive de protéger la vie contre les atteintes imputables à des acteur.trice.s privé.e.s, et, plus généralement, contre toutes les menaces prévisibles. C'est la raison pour laquelle le droit à la vie requiert que des mesures soient prises afin de lutter

contre les contextes pouvant entraîner des menaces pour la vie, telles que la « prévalence des maladies potentiellement mortelles » (Comité des droits de l'homme, Observation générale 36, 2019, para. 30).

Le Comité des droits de l'Homme des Nations Unies précise, à ce titre, dans son Observation générale No 6 que des « mesures permettant d'éliminer (...) les épidémies » doivent être prises (Comité des droits de l'homme, Observation générale No 6, 1982, para. 5). Ces mesures incluent : l'accès aux biens et services essentiels, l'assainissement de l'eau, et le renforcement des soins d'urgence. Elles peuvent également inclure l'obligation de protéger les personnes saines contre les personnes porteuses de maladies potentiellement mortelles (Spadaro, 2020, p. 318).

Ainsi, dans un contexte d'épidémie, il y a violation du droit à la vie lorsqu'aucune mesure n'est mise en place afin d'empêcher la survenance de la maladie ou de limiter l'impact de celle-ci sur la vie des personnes, ou encore si ces mesures sont insuffisantes ou inadéquates (Cour IDH, 2006b, para. 153).

Au surplus, dans le cadre de ses missions de maintien de la paix, l'ONU a l'obligation de s'assurer que les techniques employées afin de disposer des eaux usées correspondent aux standards en la matière et n'affectent pas l'environnement local. C'est d'ailleurs ce que précisent les règles 2 et 8 du Code de conduite des Casques bleus, qui portent respectivement sur le respect des lois en vigueur dans le pays d'intervention et du respect de l'environnement (Code de conduite, 1999, règle 2 et 8).

De plus, les missions de maintien de la paix se basent sur le principe de ne pas nuire (« Do No Harm »), voulant que le personnel onusien s'abstienne de « contaminer les ressources naturelles » (ONU, 2017, p. 11). Enfin, le traitement des eaux usées est explicitement prévu dans le Manuel des Nations Unies sur la gestion de l'environnement à l'intention des commandants militaires des opérations de paix des Nations Unies. Ce manuel a pour objet de donner des « orientations pratiques à l'intention des commandants, pour la planification et la mise en œuvre d'initiatives de gestion de l'environnement dans les opérations de paix » (Manuel, 2021, p. 3). Chaque mission doit planifier une politique de gestion des eaux usées contenant : son traitement, son épuration et l'élimination des eaux contaminées par des matières fécales ou l'urine (Manuel, 2021, p. 28). De plus, les commandants doivent s'assurer que les eaux usées « ne soient pas déversées à l'extérieur de la clôture d'enceinte du camp d'une unité des Nations Unies ou directement dans les ruisseaux, les rivières, les eaux souterraines ou d'autres masses d'eau sans traitement préalable » (Manuel, 2021, p. 28). Donc, en déversant les eaux usées directement dans des cours d'eau, l'ONU n'a pas respecté ses propres standards d'intervention.

Haïti se trouvait dans une situation de vulnérabilité accrue lors du déploiement de la mission en octobre 2010, à cause du tremblement de terre de janvier 2010, de l'accès limité à l'eau potable et de la pauvreté. Le contexte d'intervention est également à considérer puisqu'une épidémie de choléra courait au Népal dans la région de provenance des Casques bleus (Frerichs, 2011). Ce faisant, l'ONU aurait dû prendre toutes les mesures nécessaires afin de s'assurer que les techniques de disposition des eaux usées respectaient ses standards. En effet, même en cas de catastrophes naturelles (Commission du droit international, 2016, p. 14) et de pandémie (CIDH, 2020, para. 3.d), les États et les organisations internationales sont invités à continuer à mettre en œuvre les droits humains, notamment le droit à la vie, et à prendre des mesures positives pour le protéger.

Ainsi, dans le cadre de l'épidémie de choléra, l'ONU a manqué de diligence dans la surveillance et le traitement des eaux du camp des Casques bleus népalais. En effet, l'organisation aurait dû s'assurer que soit mis en place sur le camp des Casques bleus un système de traitement et d'assainissement des eaux usées respectueux des standards internationaux en la matière et assurer un dépistage systématique et en temps opportun des soldats avant leur arrivée au pays. Le Docteur Kishore Rana, responsable médical du contingent népalais, a notamment déclaré qu'« aucune des troupes népalaises déployées au sein de la MINUSTAH n'avaient été soumises à des dépistages du choléra avant leur arrivée en Haïti » (Joseph et al., 2011, para. 19). En s'abstenant de prendre de telles mesures, l'ONU a failli à son obligation de prévention des maladies potentiellement mortelles.

Par ailleurs, une fois l'épidémie déclenchée, les mesures mises en place par l'ONU afin de lutter contre la maladie n'ont pas été suffisamment financées (ONU, 2016) et se sont limitées à quelques actions « symboliques » (ONU, 2020b), telles que des appels aux dons, et des excuses publiques. Ainsi, l'ONU a également failli à son obligation de mettre en place des mesures suffisantes et adéquates³⁴, afin de lutter contre l'épidémie, affectant directement le droit à la vie des Haïtiens.

En ne respectant pas son protocole de déploiement des troupes, et en n'adoptant pas de mesures suffisamment efficaces afin de lutter contre la propagation du choléra sur le territoire haïtien, l'ONU n'a pas respecté ses obligations relatives au droit à la vie des Haïtiens.

D'autre part, concernant la responsabilité de l'État d'Haïti, bien que le gouvernement ait pris des mesures rapides pour prévenir la transmission de la maladie et pour soigner les malades (Guimier, 2011, p.28), cela ne signifie pas que l'État ait respecté le droit à la vie. En effet, l'État a manqué d'allouer un budget suffisant aux services de santé qui aurait permis d'embaucher plus de personnel, et donc d'augmenter la capacité du secteur de la santé à traiter les malades (Guimier, 2011, p. 28). Cette gestion du budget est incompatible avec l'obligation d'accès aux biens et aux services de santé inhérents au droit à la vie (CDH, Observation générale No 6, 1982, para. 5).

2. Droit à la dignité

Tout comme le droit à la vie, le droit à la dignité est garanti par la Constitution à l'article 19, et par le droit régional, puisque la ConvADH, ratifiée par Haïti, dispose à son article 11.1 que « toute personne a droit au respect de son honneur et à la reconnaissance de sa dignité » (ConvADH, 1969). Ce droit est également garanti par l'article 10 du PIDCP.

Il est considéré comme étant la pierre d'assise de l'ensemble des droits humains, puisqu'il est reconnu que les violations flagrantes des droits humains portent atteinte à la dignité humaine (Principes et directives, 2003, Préambule). Selon la conception contemporaine des droits humains, le respect de la dignité humaine inclut l'accès aux biens et services de base (HCDH, s.d.a), le droit à l'égalité, l'autonomie individuelle, ainsi que le respect général de la personne humaine.

La violation d'un autre droit humain peut entraîner la violation du droit à la dignité (Principes fondamentaux et directives, 2005, préambule).

³⁴ Selon le Règlement Sanitaire international de l'OMS (OMS, 2005), ces mesures peuvent comprendre : « un examen médical non invasif » au lieu de départ des Casques bleus ; la mise en quarantaine des cas suspects... En général, sont considérées comme adéquates les mesures qui ont pour objet de développer les traitements médicaux accessibles à toutes et tous, la diffusion d'information aux personnes marginalisées et la protection des droits fondamentaux (ONU, 2022)

L'Observation générale No 36 sur le droit à la vie précise que la prévalence de maladie potentiellement mortelle et la dégradation de l'environnement peuvent menacer la dignité des personnes (Comité des droits de l'Homme, Observation générale No 36, 1982, para. 26). De fait, les conditions de vie qui ont été imposées aux Haïtiens du fait de l'introduction du choléra sur le territoire, à savoir la pollution de leurs eaux, et de leurs terres ainsi que l'exclusion sociale et financière dont ils/elles ont été victimes lorsque qu'ils/elles ou leurs proches étaient atteints de la maladie, ne leur permettait pas de jouir d'un mode de vie décent. Cet état de fait a entraîné une violation de leur droit à la dignité.

Le droit à la dignité ne cesse pas avec la mort. Le ou la défunt.e continue à jouir de certains droits même post mortem, ainsi sa famille afin qu'elle puisse passer à travers cet événement de la manière la plus digne possible. Cela signifie que les cadavres ne doivent pas subir d'outrages et doivent être inhumés de manière respectueuse. La jurisprudence régionale précise que le mauvais traitement post mortem des corps peut constituer un traitement inhumain ou dégradant pour la famille survivante (Cour IDH, 2005a, para. 98-100 ; Cour IDH, 2012a, para. 151-165).

Par ailleurs, les limites posées au déroulement normal des rites funéraires tels que des obsèques précoces ou l'interdiction d'assister aux funérailles portent atteinte au droit au respect de la vie privée et familiale. C'est ce que le Haut Conseil de la Santé publique en France a estimé à propos des mesures liées à la pandémie de COVID-19 qui imposait une mise en bière immédiate après le décès, interdisait le recueillement auprès des défunts et limitait le nombre de présences aux funérailles. D'après le Haut Conseil, ces mesures portaient atteinte de façon disproportionnée aux droits des proches des victimes par rapport à l'objectif de santé publique qui était poursuivi (Hazif-Thomas et Séquin, 2022).

Les victimes du choléra soulignent que leur droit à la dignité a été enfreint (Entrevues des victimes du choléra par INURED pour l'étude de faisabilité d'ASFC, 2017). Selon les données de l'enquête, le tiers des victimes de l'épidémie (32 %) se sentaient « dépossédées » de leur « humanité ». Ces atteintes se sont traduites par un isolement social et financier des survivant.e.s, ainsi que la perpétration de discriminations en raison de leur état de santé (Day-Cayer, 2019, p. 35). Les victimes rapportent également que l'interdiction de certains rites funéraires était une violation de la dignité et du respect dû aux personnes décédées.

En Haïti, dans le cadre de l'épidémie du choléra, les cadavres ont été enterrés dans des fosses communes, dans un non-respect des us et coutumes des communautés, violant ainsi la dignité des défunts (TV5Monde, 2019). Cette violation peut également être constitutive de traitements inhumains pour les membres de la famille survivant.e.s, si la souffrance causée par ce traitement était différente du chagrin « raisonnable » causé par la perte d'un proche (Cour IDH, 2012b, para. 117,252).

D'autre part, le droit à la dignité est intrinsèquement lié au droit à la réparation. Dans son Observation générale No 3 portant sur l'article 14 de la Convention des Nations Unies contre la torture qui porte sur le droit à la réparation, le Comité contre la torture a précisé que « le rétablissement de la victime dans sa dignité est l'objectif primordial de la réparation » (Comité contre la torture, Observation générale No 3, 2012, para. 4). La jurisprudence reconnaît que la non-poursuite des crimes et la non-réparation des victimes de ceux-ci cause une situation « d'indignité » (ONU, 2006, p. 82). Ce lien est également réaffirmé dans les Principes fondamentaux et directives, notamment dans le préambule et le principe 9, portant sur la réparation du préjudice subi. Par ailleurs, le droit à la restauration de la dignité à travers les mesures de réparation est également lié à l'accès à la justice. L'article 4 de la Déclaration des

principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir précise que « Les victimes doivent être traitées [...] dans le respect de leur dignité. Elles ont droit à l'accès aux instances judiciaires et à une réparation rapide du préjudice qu'elles ont subi [...] ». Cette disposition, reprise dans les Principes fondamentaux et directives, établit un lien clair entre l'accès à la justice, le droit aux réparations pour les préjudices subis et la préservation de la dignité humaine.

En privant les victimes du choléra d'accéder à toute forme de justice, et en refusant de les indemniser, l'ONU viole leur droit à la dignité.

B. Droits économiques et sociaux

Le choléra a perturbé le mode de vie de plusieurs Haïtiens. Ces personnes déplorent entre autres la perte de leur travail, une baisse de leurs revenus, notamment dans les secteurs du petit commerce et de l'agriculture (Michel, 2010, para. 10), l'impossibilité pour les enfants de se rendre à l'école et une baisse globale de leur qualité de vie.

D'un point de vue juridique, ces conséquences de l'épidémie sont à observer sous la loupe des droits économiques, sociaux et culturels. Ces derniers regroupent plusieurs droits, tels que le droit à la santé (1), à l'eau (2) et à l'environnement (3). Ce dernier, ainsi que le droit à la santé, à l'alimentation, et le droit à un logement décent, par exemple, sont intrinsèquement liés à la réalisation du droit à l'eau (CDH, Observation générale No 12, 2002, para. 3). Ces droits sont consacrés dans le Pacte International sur les droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) qui a été ratifié le 8 octobre 2013 par Haïti. Les États, et, par leur intermédiaire, l'ONU, ont pour obligation d'en assurer leur effectivité, et de protéger les personnes contre leur violation.

1. Droit à la santé

Le droit à la santé est garanti au niveau national par la Constitution haïtienne à son article 19, au niveau régional, par la ConvADH à travers son article 26 visant le développement progressif, et par l'article 10 du Protocole de San Salvador. Bien que Haïti ne l'ait pas ratifié, il a signé ce protocole et s'est donc engagé à ne pas agir contre les principes établis par ce Protocole (Convention de Vienne sur le droit des traités, 1980, art 12 et 18). Au niveau international, le droit à la santé est protégé par l'article 12 du PIDESC.

La mise en œuvre du droit à la santé s'adresse, au premier chef, aux États qui en sont les principaux débiteurs. Toutefois, les organisations internationales « ont une part de responsabilité dans la réalisation du droit à la santé », même si elles ne sont pas parties aux traités (CDESC, Observation générale No 14, 2000, para. 42).

Bien que le droit à la santé soit assujéti au principe de la réalisation progressive des droits économiques et sociaux, il impose certaines obligations minimales et immédiates aux États (Hennebel et Tigroudja, 2016, p. 1258). Les États ont l'obligation de respecter, garantir et mettre en œuvre le droit à la santé et à en prévenir les violations. À ce titre, les États ont une obligation de prévention lorsqu'ils savent ou auraient dû avoir connaissance de l'existence d'un risque pour la population et que des mesures raisonnables de préventions étaient disponibles (CIDH, 2015, para. 68).

La mise en œuvre du droit à la santé comprend également l'accès aux soins sans discrimination, dans un délai raisonnable, la bonne qualité de ceux-ci ainsi que leur accessibilité économique. De plus, le PIDESC précise que le droit à la santé comprend également l'obligation d'améliorer « tous les aspects de l'hygiène du milieu, [...] et le traitement des maladies épidémiques, [...] ainsi que la lutte contre ces maladies » (TDC et al., 2013, p. 49).

L'épidémie de choléra a, entre 2010 et 2019, contaminé environ 820 000 personnes. À la lumière des données de l'enquête, il est patent que toutes les personnes ayant contracté l'épidémie n'ont pas pu bénéficier d'une prise en charge médicale.

Si les soins semblent avoir été prodigués à un coût raisonnable (aucune victime n'a affirmé de ne pas avoir eu les moyens suffisants pour payer les frais des soins), 13 % des personnes interrogées déclarent n'avoir reçu aucun soin, en raison du manque de disponibilité et la mauvaise accessibilité des infrastructures sanitaires dans les milieux ruraux, où le taux de mortalité a été deux fois plus élevé que dans les milieux urbains (Emilien, 2015, p. 33). De même, les mesures mises en place pour lutter contre le choléra l'ont majoritairement été dans les milieux urbains, n'offrant qu'un « soutien dérisoire » aux zones rurales (Johnston et Bhatt, 2011, p. 1,9).

L'État d'Haïti et l'ONU ont fait défaut d'adopter des mesures positives pour offrir équitablement des soins de santé aux populations des milieux ruraux et isolés. Ce défaut s'illustre notamment par un manque de coordination des ressources de la communauté internationale et d'investissement national dans ces secteurs. Or, le paragraphe 23 de l'Accord de siège de 2004 prévoyait justement que l'ONU et Haïti devaient collaborer dans le domaine sanitaire. Ce faisant, ils ont violé leur obligation de non-discrimination en lien avec le droit à la santé.

Par ailleurs, puisque l'ONU a installé un camp de la MINUSTAH dont les soldats venaient d'un pays qu'on savait touché par une épidémie de choléra avant leur déploiement à Haïti, et qu'elle n'a pas fourni à ce camp des infrastructures sanitaires appropriées permettant d'assainir les eaux noires du camp (Day-Cayer, 2019, p. 25), l'ONU a violé son obligation de prévention de la propagation de la maladie.

2. Le droit à l'eau et à un environnement sain

A. Le droit à l'eau et à l'assainissement

Le droit à l'eau potable et à l'assainissement est reconnu comme un droit « essentiel à la pleine jouissance de la vie et à l'exercice de tous les droits [humains] » (AGNU, 2010, para. 1). Depuis 2010, il a été reconnu par l'AGNU comme un droit humain à part entière. D'un point de vue régional, le droit à l'eau a été reconnu comme étant un droit autonome et justiciable par la Cour IDH dans l'affaire *Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) v. Argentina*, en 2020.

Tel que reconnu par le CDH, ce droit fait également partie des garanties fondamentales permettant d'assurer les droits à la vie et à la dignité, en plus d'être inextricablement lié aux droits à la santé, à une alimentation saine et à un logement adéquat (CDH, 2010, p. 2). Il inclut, entre autres, l'accès à une eau non contaminée (soit à une eau salubre exempte de microbes constituant une menace pour la santé) nécessaire à l'usage personnel et domestique. Pour ce faire, les États s'obligent à assurer le bon fonctionnement des services d'assainissement. Ce droit inclut également la prise de mesures préventives pour réduire les risques pour la santé qui seraient liés à une eau insalubre et toxique, notamment la contamination des ressources hydriques par des substances nocives ou des microbes pathogènes (CDESC, Observation générale No 15, 2003, para. 8 et 28).



Un centre de santé à Alèg, Département du Sud, 31-05-21.

Il existe au surplus une obligation de prévention, qui exige de l'État, entre autres, qu'il supervise la prestation des services d'intérêt public comme les services d'assainissement fournis par des acteurs privés ou publics (Cour IDH, 2018, para. 124). À ce titre, l'État peut engager sa responsabilité s'il manque à son devoir de contrôle (Cour IDH, 2018, para. 124). Cela s'inscrit dans son obligation de protection, l'une des trois grandes composantes des droits humains, qui veut que l'État protège les droits des individus sous sa juridiction même lorsque ces atteintes proviennent de personnes tierces (Cour IDH, 1988, para. 172). La supervision porte sur la disponibilité des services d'assainissement, ainsi que leur acceptabilité et leur qualité (Cour IDH, 2018, para. 121), c'est-à-dire qu'ils doivent être « scientifiquement et médicalement appropriés » (CDESC, Observation générale No 14, 2000, para. 12).



Enfants puisant de l'eau, Grande Rivière du Nord 2-06-21
- Point d'approvisionnement en eau, Estère, Haut-Artonite 30-05-21

Comme expliqué précédemment, des études ont démontré que le choléra s'est développé en Haïti parce que les services d'assainissement du camp des Casques bleus de Mirebalais étaient défaillants (Day-Cayer, 2019, p. 25). Les eaux noires se sont déversées dans l'Artibonite (Cravioto et al., 2011, p. 3 ; Piarroux, 2019 ; Ivers et Walton, 2012, p. 37). La bactérie s'est ensuite répandue dans ses affluents, puis dans l'ensemble du pays. C'est à travers l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés que les personnes ont été infectées (Day-Cayer, 2019, p. 26). Pourtant, l'État d'Haïti a mis en place la DINEPA. Cette direction a pour fonction d'assurer la conformité des services avec les critères de qualité établis et les lois en vigueur, dont certaines prohibent le déversement de matières fécales dans les cours d'eau. Cependant, la DINEPA « a manqué jusqu'en 2011 de ressources dédiées à sa planification stratégique, à l'organisation effective des activités d'assainissement et à la coordination des acteurs actifs dans ce domaine » (MTPTC, 2014, p. 11). Par ailleurs, la mission de disposer des eaux usées du camp des Casques bleus de la MINUSTAH a été déléguée à une entreprise privée (Piarroux et al., 2011, p. 22), laquelle devait déverser les eaux noires dans une fosse éloignée du camp. Cependant, cette dernière se trouvait trop proche de la rivière et risquait de déborder dans celle-ci, en cas de précipitations (Piarroux et al., 2011, p. 22).

Si l'État haïtien avait correctement effectué son devoir de supervision, notamment en fournissant à la DINEPA les moyens nécessaires à l'accomplissement de sa mission, alors la dispersion de la maladie sur le territoire aurait pu être mieux maîtrisée, voire évitée. Le ministère des Travaux publics a d'ailleurs reconnu que le manque de contrôle et de supervision de l'évacuation des eaux usées des personnes tierces ou des organisations avaient aggravé les risques sanitaires (MTPTC, 2014, p. 15).

L'État haïtien et l'ONU étaient au courant des risques sanitaires engendrés par cette situation. Dès les premiers jours qui ont suivi le séisme de janvier 2010, l'OMS a alerté les pouvoirs publics des risques plus élevés « de flambée de maladies à transmission hydrique », notamment dû aux difficultés d'accès aux services d'assainissement des eaux et au réseau d'égouts endommagé (OMS, 2010, p. 8).

Ainsi, la responsabilité internationale de l'État d'Haïti est engagée pour avoir manqué à son obligation de supervision des services d'assainissement, laquelle aurait pu prévenir la contamination des eaux et l'épidémie de choléra. En permettant que des pratiques ayant perturbé l'environnement se déroulent sur le sol national, Haïti a également violé l'article 253 de sa Constitution qui établit que « les pratiques susceptibles de perturber l'équilibre écologique sont formellement interdites ».

L'ONU a également manqué à ses obligations internationales relatives au droit à l'eau. Elle a construit « à l'improviste » et d'une façon non sécuritaire les systèmes d'évacuation du camp en ne prenant aucune disposition concrète pour assainir les bases militaires et autres installations (Seitenfus, 2018, p. 45-49). Elle n'a pas assuré un assainissement de l'eau d'une manière qualitative. Ce faisant, elle a aussi contrevenu au « principe de ne pas nuire » qui gouverne les missions onusiennes se déroulant sur des « terrains écologiquement sensibles » (Manuel, 2021, p.20). Cette contamination, découlant de son manque de diligence, a privé l'accès des haïtiens à des sources d'eau potable (TDC et al., 2013, p. 30).

B. Le droit à un environnement sain

Dans une résolution adoptée en 2021, le CDH a souligné que le droit de « bénéficier d'un environnement propre, sain et durable est un élément important de la jouissance des droits [humains] » et que ce droit est « lié à d'autres droits conformes au droit international en vigueur » (CDH, 2021, p. 3). Un environnement propre, sain et durable est « nécessaire à la pleine jouissance de toute une série de droits [humains], notamment des droits à la vie, à la santé, à l'alimentation, à l'eau et au développement » (Knox, 2018, p. 16). Ce droit est reconnu dans plusieurs instruments internationaux et régionaux tels que le Mandat des Procédures spéciales des Nations Unies concernant les droits humains et l'environnement et le Protocole de San Salvador. Au niveau national, l'article 253 de la Constitution haïtienne dispose que « les pratiques susceptibles de perturber l'équilibre écologique sont formellement interdites » (Constitution de la République d'Haïti, 1987).

Comme pour les autres droits humains, le droit à l'environnement doit être protégé, respecté et mis en œuvre par les États. Ceux-ci ont également un devoir de prévention à son égard.

Pour qu'il y ait violation du droit à un environnement sain, un seuil minimal de gravité d'atteinte à l'environnement est requis. La Cour IDH a qualifié ce seuil de « dommages significatifs », c'est-à-dire un dommage environnemental susceptible d'affecter les droits à l'intégrité et à la vie de personnes.

L'obligation de protection et de prévention est une obligation de moyens et non de résultat. L'existence d'un dommage significatif à l'environnement ne suffit pas pour engager la responsabilité de l'État, dans la mesure où l'État pourrait avoir pris des mesures pour tenter de le prévenir (CIDH, 2015, para. 68). Des principes-cadres résumant les principales obligations relatives au droit à un environnement sain précisent que l'État doit faire preuve de diligence pour prévenir les dommages environnementaux, les limiter et prévoir des mesures de réparations s'ils surviennent. L'État se décharge de cette obligation notamment en assurant l'accès à des recours utiles en cas d'infractions relatives à l'environnement, et en respectant et appliquant les accords multilatéraux relatifs à l'environnement ainsi que les lois nationales en vigueur (Knox, 2018). Les États doivent également assurer matériellement la préservation et l'utilisation viable des écosystèmes et de la diversité biologique et adopter des politiques nationales sur la question (Knox, 2018, p. 4).

Les organisations internationales sont également débitrices d'obligations par rapport au droit à l'environnement. Comme l'a indiqué l'AGNU, dans sa résolution de 2022 qui promeut le droit à un environnement sain comme étant un droit humain, les organisations internationales doivent participer à la protection de l'environnement, en adoptant des politiques spéciales (AGNU, 2022, para. 4).

Les Casques bleus de la MINUSTAH ont déversé leurs eaux usées directement dans la nature, sans en assurer l'assainissement préalable (Cravioto et al., 2011, p. 21). Un tel comportement a pollué les cours d'eau. Cependant, pour que ce manque de diligence constitue une violation du droit à un environnement sain, il faut que les dommages découlant de cette pollution aient un impact négatif « significatif » sur la vie des personnes. Il faut de plus démontrer que le débiteur de l'obligation n'a pas pris toutes les mesures raisonnablement possibles afin de limiter le dommage à l'environnement (CIDH, 2015, para. 68). Qu'en est-il en l'espèce ?

Le seuil requis par la Cour IDH pour qualifier un dommage est atteint, puisque les conséquences de la pollution ont eu un impact majeur sur la vie et l'intégrité physique et morale des personnes. L'introduction du choléra à travers la pollution des cours d'eau a mené à la contamination

de 800 000 personnes, et près de 10 000 décès. De plus, en n'utilisant pas les moyens d'assainissement de l'eau mis à leur disposition, les Casques bleus n'ont pas pris tous les moyens raisonnables possibles afin de limiter les dommages à l'environnement.

L'ONU a donc violé ses obligations internationales en matière de droit à un environnement sain.

Qui plus est, les obligations contractuelles de l'ONU envers Haïti lui imposent que les lois nationales soient respectées (Accord de Siège, 2004, art. 5). Comme la Constitution dispose que les pratiques susceptibles de nuire à l'environnement sont interdites, l'ONU a aussi contrevenu au droit national d'Haïti, et, par là même, à ses engagements contractuels.

C. Droit à la vérité et à une juste réparation

Dans un contexte de violations massives des droits humains, comme cela a été le cas à Haïti lors de l'épidémie du choléra, le respect des droits à la vérité (1), à un recours effectif (2) et à réparation (3) est indispensable afin de répondre de façon holistique aux souffrances des victimes. Le respect de ces droits constitue le premier pas vers la réconciliation, le renforcement de l'État de droit, la recherche de la justice et le maintien de la paix.

1. Droit à la vérité

Consacré dans les résolutions 21/27 du CDH et 68/165 de l'AGNU, le droit à la vérité est une composante essentielle du droit à un recours effectif. En effet, il permet d'assurer aux victimes le droit d'accès aux informations utiles concernant les violations de droits humains qu'ils ou elles auraient subies et les mécanismes de réparation.

Dans le contexte de l'étude, l'instrument le plus pertinent qui établit le droit à la vérité sont les 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.

Ces principes disposent que les responsables de violations des droits humains doivent :

«Mettre en place des moyens d'informer le public, en particulier les victimes de violations flagrantes [...] des droits [humains]. [...] En outre, les victimes et leurs représentants devraient être habilités à rechercher et à obtenir des informations sur les causes et conditions propres aux violations flagrantes du droit international des droits de l'Homme et aux violations graves du droit international humanitaire et avoir le droit d'apprendre la vérité sur ces violations» (Principes fondamentaux et directives, 2005, Principe 10).

Le droit à la vérité comporte à la fois une dimension individuelle et collective. La dimension individuelle offre aux survivant.e.s et aux familles des victimes la possibilité d'avoir accès à des formes d'indemnisation. Dans sa dimension collective, le droit de connaître la vérité permet à la société dans son ensemble d'accéder à des informations «essentielles au fonctionnement des systèmes démocratiques» (CIDH, 1999, para. 224).

Ce droit inaliénable (HCDH, 2006, para. 38 et conclusions) et imprescriptible (Commission des droits de l'homme, 1997a, Principe 3) oblige les États à faire connaître les faits générateurs des violations des droits humains, les circonstances dans lesquelles se sont déroulées les violations, la conduite et le résultat des enquêtes menées incluant l'identité des auteurs présumés (Amnesty International, 2007, p. 7). Ce droit constitue également une « protection essentielle contre le renouvellement des violations » (Commission des droits de l'homme, Ensemble de principes actualisé pour la protection et la promotion des droits de l'homme par la lutte contre l'impunité, 2005, Principe 2).

Bien que ce droit ne soit pas lié à la tenue d'un procès, il est à noter qu'il engendre une obligation pour les responsables de « prendre les mesures appropriées, y compris les mesures destinées à assurer l'indépendance et le fonctionnement efficace de la justice, pour rendre effectif le droit de savoir » (CES, 2005, Principe 5).

En ce qui a trait à l'épidémie de choléra, les études ont montré dès 2011 que la maladie provenait du déversement des eaux usées des Casques bleus de la MINUSTAH dans les affluents du fleuve Artibonite (Cravioto et al., 2011, p. 3; Piarroux, 2019; Ivers et Walton, 2012, p. 37). Cependant, ce n'est qu'en 2016 que l'ONU a reconnu qu'elle avait joué un rôle dans l'introduction de la bactérie en Haïti. L'ONU a même cherché à dissimuler sa faute, ce qui entrave le processus de découverte de la vérité (Réseau CHU, 2016). Ce faisant, elle se déresponsabilise de ses obligations liées aux droits des victimes en droit international.

Par ailleurs, l'ONU a, jusqu'à présent, refusé de porter l'affaire devant un organe chargé de trancher la question de sa responsabilité Alston (2016, p. 6). Puisque le droit à la vérité et le droit au recours sont liés, le refus de l'ONU de garantir aux victimes un droit de recours, et un droit à l'indemnité viole leur droit à la vérité. Pourtant, ce sont des droits fondamentaux et leur réalisation ne dépend pas du bon vouloir des auteurs des violations.

2. Droit à un recours effectif

Reconnu par l'article 9 de la Déclaration universelle des droits de l'homme, le PIDCP à son article 14 et la ConvADH à l'article 25, le droit à un recours effectif reconnaît à tout individu le droit de faire valoir ses droits, en cas de violation des droits humains, devant les juges nationaux et les organes internationaux (Hennebel et Tigroudja, 2018, p. 1294). Par ailleurs, les Principes fondamentaux et directives rappellent que le droit des victimes comprend l'accès effectif à la justice.

Pour être effectif, un recours doit être accessible, utile, rapide, efficace et assorti de garanties effectives de nature à permettre à la victime de faire valoir ses droits (Hennebel et Tigroudja, 2018, p. 1301). De plus, l'autorité en charge d'examiner le recours doit être indépendante (Comité des droits de l'Homme, Observation générale No 31, 2004, para. 15; Cour IDH, 1987, para. 24). L'AGNU reconnaît aux victimes le droit d'avoir accès à des mécanismes judiciaires effectifs permettant d'assurer l'accès à la justice à travers des voies de recours utiles dans des conditions équitables et d'impartialité (AGNU, 2005). Le Comité des droits de l'Homme a par ailleurs précisé dans son Observation générale No 31 portant sur la nature de l'obligation juridique générale imposée aux États parties au PIDCP, que le droit de recours comprend notamment la restitution (la remise en état de la situation avant la survenance du dommage) et des garanties de non-répétition. De son respect découlent l'effectivité et la protection des autres droits (Jilani, 2001, para. 9; Commission des droits de l'Homme, 2002, para. 116).

Le droit de recours implique des composantes individuelles et collectives. Une personne exige de l'État qu'il « accomplisse son devoir, que ce soit pour elle-même ou pour l'ensemble de la société » (Cour IDH, 2002, para. 115).

Conformément au Chapitre VIII et à l'article 55 de l'Accord de siège du 9 juillet 2004, une Commission permanente des réclamations doit être créée en vue de statuer sur les « différends ou réclamations de droit privé qui ne se rapportent pas à des dommages imputables aux impératifs opérationnels de la MINUSTAH, auquel la MINUSTAH ou l'un de ses membres est partie et à l'égard duquel les tribunaux d'Haïti n'ont pas compétence en raison d'une disposition du présent Accord ». Cet article donne compétence exclusive à la Commission en ce qui concerne les demandes d'indemnisation en responsabilité civile pour les dommages matériels ou les préjudices corporels qui seraient imputables à la MINUSTAH (voir article 54 de l'Accord de siège).

C'est donc la Commission permanente des réclamations qui est compétente pour régler les différends qui ont été causés par le choléra qui a été importé par les Casques bleus de la MINUSTAH. Cependant, depuis 2010, l'ONU n'a pris aucune disposition pour mettre sur pied cette Commission qui aurait pu statuer sur les préjudices subis par les victimes du choléra. Toutefois, l'Accord de siège étant en vigueur, les tribunaux haïtiens ne sont pas compétents pour statuer sur les dommages causés par la MINUSTAH. Les possibilités de recours sont donc absentes, ce qui viole le droit au recours effectif des victimes.

De même, en novembre 2011, l'ONU a jugé irrecevable la demande d'indemnisation qui lui avait été présentée au nom de 5 000 victimes du choléra (ONU info, 2013), en raison de la clause d'immunité dont jouit l'ONU grâce à l'article 29 de la ConvPI. Cette immunité a été confirmée par la Cour Fédérale de New York, dans l'arrêt *George v. United Nations* en 2013. L'immunité priverait donc totalement les victimes du choléra de possibilité de recours devant les tribunaux nationaux.

Cependant, la Cour internationale de justice, en 2002, dans l'affaire de la République démocratique du Congo c. Belgique a précisé que les immunités ne peuvent avoir pour effet de priver complètement les victimes de voies de recours et de consacrer une impunité totale des auteur.trice.s présumés des violations. À ce titre, plusieurs cours régionales et nationales ont déjà levé des immunités, puisque celles-ci ne permettaient pas de respecter les droits humains³⁵. Ainsi, puisque l'immunité conférée par l'article 29 de la ConvPI a pour effet de priver totalement les victimes de leur droit au recours effectif, et que cela a un impact sur leurs droits humains, l'immunité de l'ONU devrait être levée.

3. Droit à une juste réparation pour les préjudices subis

En ce qui concerne le droit à une réparation pour les préjudices subis, le Projet d'articles sur la responsabilité des organisations internationales prévoit que « l'organisation internationale responsable est tenue de réparer intégralement le préjudice causé par le fait internationalement illicite. Le préjudice comprend tout dommage, tant matériel que moral, résultant du fait internationalement illicite de l'organisation internationale ». Bien que ce texte ne soit pas contraignant, l'article 29 de la ConvPI prévoit que des mécanismes institutionnels peuvent statuer sur les réclamations relatives aux griefs dont sont victimes les tiers et leur fournir, en conséquence, une réparation appropriée et adéquate.

Le droit à la réparation est un droit fondamental consacré tant par le droit international public que par le droit international des droits humains dans plusieurs conventions internationales, telles que le PIDCP à son article 9(5), ou, au niveau régional, à l'article 63 de la ConvADH.

³⁵ Voir à ce propos : Cour Européenne des droits de l'Homme (CEDH), (1999). *Waite et Kennedy v. Allemagne*. Arrêt du 18 février 1999, No 26083/94 ; Cour d'appel de Belgique, (2009). *Siedler v. Western European Union*. Arrêt du 21 décembre 2009.

Cette obligation est aussi consacrée par le droit civil haïtien. En effet, les dispositions de l'article 1168 du Code civil haïtien, disposent que « tout fait quelconque, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer ». De même, les Principes fondamentaux et directives exigent que les victimes soient réparées indépendamment de l'auteur ou des auteurs des dommages (Principes fondamentaux et directives, 2005, Principe 5).

Ce droit permet à tout individu, sans discrimination, dont les droits ont été violés, d'obtenir une juste réparation des préjudices qu'il ou elle a subi. On entend par réparation une série de « mesures visant à tenter de remédier aux violations des droits de l'homme en offrant aux victimes ou à leur famille, ainsi qu'aux communautés touchées, un certain nombre d'avantages, matériels et symboliques » (HCDH, s.d.b). Elle exige des auteurs des crimes qu'ils assurent aux victimes « la réparation des actes ou omissions qui peuvent lui être imputés » (Principes fondamentaux et directives, 2005, Principe 9).

Pour honorer leur obligation, les débiteurs du droit aux réparations doivent s'assurer que les mesures mises en place soient efficaces, adéquates, rapides et à la hauteur de la gravité des violations et du préjudice subi (AGNU, 2014, para. 46). Comme l'a indiqué la Cour IDH, « leur nature et leur montant dépendent des caractéristiques de la violation et du dommage causé tant au niveau matériel qu'immatériel » (Cour IDH, 2006b, para. 142).

Les mesures de réparation peuvent prendre plusieurs formes : la restitution, la réhabilitation, certaines mesures qui peuvent donner satisfaction (telles que des excuses publiques), des garanties de non-répétition, des modifications de pratiques ou de lois litigieuses, etc. (Comité des droits de l'Homme, Observation générale No 31, 2004, para. 16). Les Principes fondamentaux et directives précisent que les restitutions comprennent également la restauration des droits qui ont été violés (Principes fondamentaux et directives, 2003, Principe 9).

Le Rapporteur spécial sur la promotion de la vérité, de la justice, de la réparation et des garanties de non-répétition ajoute que les victimes et leurs besoins doivent être au centre du processus de réparation (CDH, 2019).

Les Haïtiens, interrogés dans le cadre de l'étude, ont exprimé leurs besoins d'assistance matérielle et financière. Jusqu'à présent, les mesures prises par l'ONU, telles que des excuses publiques et la mise en place de certaines mesures visant à lutter contre la maladie, n'ont pas été jugées adéquates. En effet, s'il n'existe pas de définitions universelles sur la forme que devrait prendre une réparation adéquate, puisque celle-ci varie en fonction des cas (Cour IDH, 2004, para. 119), il est entendu que celle-ci devrait être proportionnelle à la gravité du dommage subi, efficace, attribuée dans un délai raisonnable et holistique (Comité CEDEF, Recommandation générale No 33, 2015, para. 19). En l'espèce, les victimes n'ont toujours pas été réparées pleinement de leur préjudice. De plus, l'ONU a mis plusieurs années à présenter ses excuses, or, ce délai à lui seul suffit à enlever le caractère adéquat de la mesure (CEDH, 2011, para. 81). Donc, le droit à la réparation des Haïtiens n'est donc toujours pas respecté.

Les victimes se sont également prononcées sur la façon dont ces réparations devraient être distribuées. En effet, certaines victimes proposent la mise en place d'une commission permanente, regroupant aussi bien du personnel haïtien que du personnel onusien. Cette commission, prévue par l'article 55 de l'Accord de siège, aurait pour mission de statuer sur les demandes de réparations et de les attribuer, de façon juste, équitable, et transparente (Accord de siège, 2004, art. 55). Si une telle commission venait à être mise en place, conformément aux demandes des victimes, l'ONU pourrait être reconnue comme responsable des dommages causés. Puisque le droit à réparation n'est pas dépendant des volontés politiques, mais qu'il est une obligation juridique, l'ONU devrait alors s'engager à satisfaire les besoins des victimes (CDH, 2019).

III- La réfutation de la responsabilité limitée de l'ONU

Alors même que l'ONU est obligée, par le droit international, d'assurer l'effectivité du droit de recours effectif pour les victimes, elle invoque la section 2 de la ConvPI et l'article 105 de la Charte des Nations Unies afin que sa responsabilité ne puisse être invoquée devant un tribunal.

De plus, l'Accord de siège qui a été conclu avec le gouvernement haïtien, mentionne également l'immunité des Casques bleus. Cette immunité sert à s'assurer que l'ONU, et ses agent.e.s et/ou représentant.e.s, puissent mener leur mission à bien, et en toute indépendance. Le fait que l'ONU invoque ce moyen de défense est intéressant puisqu'il repose sur la non-recevabilité de l'affaire devant les tribunaux nationaux. Cela devrait donc encourager l'ONU à mettre en place des moyens de recours alternatifs (TDC et al., 2013, p. 19), ce qui n'a pas été entrepris jusqu'à présent.

L'immunité conférée aux Nations Unies n'est pas totale puisque les instruments juridiques la prévoyant l'obligent également à prévoir des modes de règlement appropriés pour une série de domaines. L'article 29 de la ConvPI a notamment été perçu comme étant une « reconnaissance du droit d'accès aux tribunaux » (Reinisch, 2009, p. 2). Ce mode de règlement, à Haïti, est prévu dans l'Accord de siège à travers la création d'une Commission permanente. Cette commission a pour mission de statuer sur les demandes d'indemnisation de droit privé (Accord de siège, 2004, art. 55). Or, les demandes d'indemnisation liées à l'introduction du choléra entrent dans cette catégorie, puisque les dommages subis relèvent de la responsabilité délictuelle, ce qui entre traditionnellement dans le domaine du droit privé (Weinrib, 2012, p. 8), et qu'elles proviennent de personnes privées (Barnett, 1986, p. 269) demandant une compensation financière (Joseph et al., 2011, para. 108-109) Par ailleurs, la pratique onusienne montre qu'elle considère généralement ces recours comme relevant du droit privé (AGNU, 1995, p. 9).

Les plaintes des victimes du choléra ne relèvent pas de questions politiques et stratégiques pour lesquelles l'ONU pourrait effectivement jouir de son immunité. Les demandes des victimes haïtiennes pourraient donc être portées devant la Commission prévue par l'accord entre Haïti et l'ONU si toutefois celle-ci venait à être créée, conformément aux obligations internationales de l'ONU en matière de droits humains.

Conclusions

Les résultats de l'étude illustrent le fait que la maladie a eu un impact différencié sur les femmes et les hommes, tant sur les plans de la prévention et de la contamination, que sur les conséquences du choléra à moyen et à long terme. En effet, les femmes ont été disproportionnellement affectées par la baisse des revenus et la stigmatisation qui ont découlé de l'épidémie, ce qui a entravé leur autonomisation sociale et économique. Les enfants ont également été particulièrement touchés, notamment par leur accès à l'éducation qui a été drastiquement limité par la situation sanitaire et la précarisation de leur cadre familial.

Sur le plan des réparations, les données collectées ont révélé la nature à la fois individuelle et collective des besoins des victimes du choléra en Haïti. Il est nécessaire que les mesures de réparation tiennent compte de l'entièreté de ces données, afin d'assurer une réponse adaptée. Pour parvenir au résultat souhaité, une approche mixte, supervisée par un organe spécifique, combinant des réparations d'ordre financier et en nature a été privilégiée par les participant.e.s.

Sur le plan de la responsabilité, les fautes de l'ONU qui ont entraîné l'introduction de la maladie dans le pays, ainsi que son inaction et la réponse insuffisante du gouvernement haïtien face à son développement, ont généré des violations de droits humains qui ont été mises en lumière par l'étude. Ceux-ci concernent le droit à la vie, le droit à l'eau, le droit à l'environnement, le droit à la dignité, le droit à la vérité et le droit à un recours efficace.

Par l'intermédiaire de l'immunité que lui confère sa ConvPI, l'ONU a fait valoir que sa responsabilité se limitait à une responsabilité morale, de laquelle ne découle aucune obligation juridique de réparation en faveur des victimes. Cette situation contribue au sentiment de rejet, d'injustice et d'impunité vécu par les victimes de l'épidémie en Haïti. Cette absence de responsabilité face à une crise majeure contrevient aux obligations internationales de droits humains que l'ONU se charge pourtant de promouvoir. Il s'agit également d'un manquement aux engagements contractuels des Nations Unies avec Haïti. Selon ces corpus, l'ONU est tenue de mettre en œuvre un mécanisme pour s'assurer que les violations des droits précédemment cités ne restent pas impunies.

Si rien n'est fait, le message adressé par l'ONU est qu'elle applique une double logique, à savoir qu'elle peut presser les États membres de respecter les droits humains tout en réfutant toute responsabilité pour elle-même dans ce domaine que celle d'Haïti.

Sur cette base, ASFC exhorte :

- 1) L'ONU à reconnaître sa responsabilité juridique dans l'introduction du choléra en Haïti et les violations des droits des victimes qui en ont découlé ;
- 2) L'État haïtien à demander à l'ONU la mise en place de la commission permanente des réclamations prévue par l'Accord de Siège, dans les plus brefs délais ;
- 3) L'ONU à mettre en place la Commission permanente des réclamations prévue par l'Accord de Siège afin de pouvoir offrir des réparations aux victimes du choléra en Haïti ;
- 4) L'ONU à prendre en compte les priorités des victimes dans l'octroi des réparations, en particulier ceux spécifiques aux personnes en situation de vulnérabilité, telles que les femmes et les enfants ; et,
- 5) L'État haïtien à prendre les mesures nécessaires pour assurer l'effectivité des droits fondamentaux des Haïtiens, notamment en ce qui concerne l'accès à l'eau et à l'assainissement, le droit à la vie, le droit à la santé, le droit à la dignité, le droit à la vérité, et le droit à l'environnement.

Bibliographie

I- Traités internationaux

- Accord entre l'ONU et le gouvernement haïtien concernant le statut de l'opération des Nations Unies en Haïti (Accord de Siège). (2004). 2271 RINU 236, (entrée en vigueur : 9 juillet 2004). <http://www.ijdh.org/wp-content/uploads/2012/05/MINUSTAH-SOFA.pdf>.
- Assemblée générale des Nations Unies (AGNU). (1946, 13 février). Convention sur les privilèges et immunités des Nations Unies. <https://treaties.un.org/doc/source/docs/III-1-in-French.pdf>.
- CIDH. (2009). Règlement de la Commission interaméricaine des droits de l'homme, (entrée en vigueur: 1^{er} août 2013). <https://www.cidh.oas.org/basicos/french/u.reglement.cidh.htm#:~:text=La%20Commission%20interam%C3%A9ricaine%20des%20droits,l'Organisation%20en%20la%20mati%C3%A8re.>
- CDIH. (1988). Protocole additionnel à la convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels (Protocole de San Salvador), (entrée en vigueur: 16 novembre 1999). <https://www.cidh.oas.org/basicos/french/f.sansalvador.rat.htm>.
- CIDH. (1969). Convention américaine relative aux droits de l'homme, (entrée en vigueur : 18 juillet 1978, adhésion par Haïti le 27 septembre 1977). <https://www.cidh.oas.org/basicos/french/c.convention.htm>.
- Déclaration de Vienne et programme d'action. (1993). Rapport de la Conférence mondiale sur les droits de l'Homme, Doc NU A/CONF:157/24. undocs.org <[https://undocs.org/fr/A/CONF:157/24\(PartI\)>](https://undocs.org/fr/A/CONF:157/24(PartI)>).
- Haut-Commissariat des droits de l'Homme (HCHR). (1989). Convention relative aux droits de l'enfant (entrée en vigueur: 2 septembre 1990). <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>.
- Organisation des Nations Unies (ONU). (1948). Déclaration universelle des droits de l'Homme. <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>.
- Organisation des Nations Unies (ONU). (1945). Charte des Nations Unies (entrée en vigueur: 24 octobre 1945). <https://www.un.org/fr/about-us/un-charter/full-text>.
- Organisation des États Américains. (1998). Déclaration américaine des droits et devoirs de l'Homme, AG/RES. 1591 (XXVIII-O/98).
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (1978). Déclaration d'Alma-Ata. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347880/WHO-EURO-1978-3938-43697-61473-fre.pdf?sequence=1>.
- Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP). (1966). 999 RTNU 171, (entrée en vigueur : 23 mars 1976, adhésion par Haïti le 6 février 1991). <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>.
- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, (PIDESC). (1966). 993 RTNU 3, (entrée en vigueur: 3 janvier 1976, adhésion par Haïti le 8 octobre 2013). <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>.

II- Législation

- Constitution de la République d'Haïti. (1987). <http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/ht/ht009fr.pdf>.

III- Jurisprudence

- Commission IDH (CDIH). (1999). Coard et al. v. United States. **Cas 10 951, Rapport No 109/99 (29 septembre 1999).**
- Commission IDH (CDIH). (1999). Ignacio Ellacuria et al. v. El Salvador. **Cas 10 488, Rapport No 136/99 (22 décembre 1999).**
- Cour constitutionnelle de l'Afrique du Sud. (2000). Jacques Charl Hoffmann v. South African Airways. **Jugement du 28 septembre 2000, cas CCT 17/00.**
- Cour d'appel de Belgique. (2009). Siedler v. Western European Union. **Arrêt du 21 décembre 2009.**
- Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH). (2012). De Souza Ribeiro v. France. **Arrêt du 13 décembre 2012, No 22689/07.**
- Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH). (1999). Waite et Kennedy v. Allemagne. **Arrêt du 18 février 1999, No 26083/94.**
- Cour IDH. (2020). Comunidades indígenas miembros de la asociación lhaka honhat (nuestra tierra) v. Argentina. **Jugement du 6 février 2020, fond, réparations et coûts, (Série C), no 400, para. 222.**
- Cour IDH. (2018). Pobleto Vilches et autres v. Chili. **Jugement du 8 mars 2018, fonds, réparations et coûts, (Série C), no 349.**
- Cour IDH. (2017). Medio ambiente y derechos humanos. **Avis consultatif, OC-23/17, (Série A), no 127, para. 66, 110-111.**
- Cour IDH. (2013). Garcia Lucero v. Chili. **Arrêt du 28 août 2013, (Série C), no 267, para. 243.**
- Cour IDH. (2012a). Masacres de Rio Negro v. Guatemala. **Jugement du 4 septembre 2012, exceptions préliminaires, fond, réparations et coûts, (Série C), no 250, para. 151-165.**
- Cour IDH. (2012b). Nadege Dorzema et al. v. République dominicaine. **Jugement du 24 octobre 2012, mérites, réparations et coûts, (Série C), no 251, para. 117, 252.**
- Cour IDH. (2006a). Miguel Castro-Castro Prison v. Pérou. **Jugement du 25 novembre 2006, mérites, réparations et coûts, (Série C), no 160, para. 335.**
- Cour IDH. (2006b). Sawhoyamaya Indigenous Community v. Paraguay. **Jugement du 29 mars 2006, mérites, réparations et coûts, (Série C), no 146, para. 153-154.**
- Cour IDH. (2005a). Comunidad Moiwana v. Suriname. **Jugement du 15 juin 2005, exceptions préliminaire, fond, réparations et coûts, (Série C), no 124, para. 98-10.**
- Cour IDH. (2005b). Yakye Axa Indigenous Community v. Paraguay. **Jugement du 17 juin 2005, mérites, réparations et coûts, (Série C), no 125, para. 167.**
- Cour IDH. (2002). Caracazo v. Venezuela. **Jugement du 29 août 2002, réparations et coûts, (Série C), no 95, para. 115.**
- Cour IDH. (1999). Villagràn Morales et al. ("Street Children") v. Guatemala. **Jugement du 19 novembre 1999. Fond, (Série C), No 63.**
- Cour IDH. (1999). Villagràn Morales et al. ("Street Children") v. Guatemala. **Jugement sur le fond, opinion des juges Trindade et Abreu-Burelli, (Série C), No 63, (19 novembre 1999).**
- Cour IDH. (1998). Loayza Tamayo c. Pérou. **Jugement du 27 novembre 1998, réparations et coûts, (Série C), no 42.**
- Cour IDH. (1989). Interprétation de la Déclaration américaine des droits et devoirs de l'Homme dans le cadre de l'Article 64 de la Convention américaine relative aux droits de l'Homme. **Avis consultatif, OC-10/89, (Série A) No 10 (14 juillet 1989).**
- Cour IDH. (1988). Velásquez-Rodríguez v. Honduras. **Jugement du 29 juillet 1988, mérites, (Série C), no. 4.**
- Cour IDH. (1987). Garantías judiciales en estados de emergencia (arts. 27,2, 25 y 8 convención americana sobre derechos humanos). **Avis consultatif, OC-9/87, (Série A), No 9 (6 octobre 1987).**
- Cour internationale de justice (CIJ). (2004). Avena et autres ressortissants mexicains (Mexique v. États-Unis d'Amérique). **Jugement du 31 mars 2004, No 128, para. 119.**
- Cour internationale de justice (CIJ). (2002, 14 février). Affaire relative au mandat d'arrêt du 11 avril 2000 (République démocratique du Congo c. Belgique). **Jugement du 14 février 2002, No 121.**

- Cour internationale de justice (CIJ). (1949, 11 avril). Réparation des dommages subis au service des Nations Unies. Avis consultatif, Recueil 1949, p. 174.
- District Court in The Hague. (2008). Hasan Nuhanovic v. The Netherlands. Jugement du 10 septembre 2008, cas No 265615/Ha Za 06/1671.
- The United States Court of Appeals for the Second Circuit. (2016). Georges v. United Nations. Jugement du 18 août 2016, No 15-455-cv.
- United States District Court Southern District of New York. (2015). Delama Georges et al. v. United Nations et al. Jugement du 9 janvier 2015, Cas 1:13-cv-07146-JPO.
- Organisation des Nations Unies. (2006). Laura M.B. Janes et al. (USA) v. United Mexican States. Sentence arbitrale du 16 novembre 1925. Recueil des sentences arbitrales, IV: p. 82-98.

IV- Documentation onusienne

A. Documents officiels onusiens

- Assemblée générale des Nations Unies (AGNU). (2022). Droit à un environnement propre, sain et durable. Doc off AGNU, 76^{ième} session, New York. <https://blog.landot-avocats.net/wp-content/uploads/2022/08/Resolution-UN-juillet-2022-droit-a-un-environnement-propre-sain-et-durable.pdf>.
- Assemblée générale des Nations unies (AGNU). (2017). Nouvelle stratégie de lutte contre le choléra en Haïti Rapport du Secrétaire général. Doc off AGNU, 71^{ième} session, New York, A/71/895. <https://reliefweb.int/report/haiti/nouvelle-strategie-de-lutte-contre-le-cholera-en-haiti-rapport-du-secr-taire-g-n-ral#:~:text=L'objectif%20est%2C%20d',la%20maladie%20dans%20le%20pays>.
- Assemblée générale des Nations unies (AGNU). (2016). Extrême pauvreté et droits de l'homme: Note du Secrétaire général. Doc off AGNU, 71^{ième} session, New York. <http://www.ijdh.org/wp-content/uploads/2016/09/A-71-367-Final-French-Alston-Report.pdf>.
- Assemblée générale des Nations unies (AGNU). (2014). Promotion de la vérité, de la justice, de la réparation et des garanties de non-répétition: Note du Secrétaire général. Doc off AGNU, 69^{ième} session, A/69/518. <https://digitallibrary.un.org/record/782020#record-files-collapse-header>.
- Assemblée générale des Nations unies (AGNU). (2013). Le droit à la vérité. Doc off AGNU, 68^{ième} session, A/RES/68/165. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N13/449/36/PDF/N1344936.pdf?OpenElement>.
- Assemblée générale des Nations unies (AGNU). (2010). Le droit de l'homme à l'eau et à l'assainissement. Doc off AGNU, 64^{ième} session, A/RES/64/292*. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/479/36/PDF/N0947936.pdf?OpenElement>.
- Assemblée générale des Nations unies (AGNU). (2005). 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. Doc off AGNU, 60^{ième} session, AJRES/60/14 7.
- Assemblée générale des Nations unies (AGNU). (1998). Demandes d'indemnisation au titre de la responsabilité civile: limitations temporelles et financières. Résolution 52/247, Doc off AGNU, 52^{ième} session, New York. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N98/773/36/PDF/N9877336.pdf?OpenElement>.
- Assemblée générale des Nations unies (AGNU). (1995). Examen de l'efficacité du fonctionnement administratif et financier de l'Organisation des Nations unies, Rapport du Secrétaire général. Doc off AGNU, 49^{ième} session, New York. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/120/52/PDF/N9512052.pdf?OpenElement>.
- Commission des droits de l'Homme. (2006). Étude sur le droit à la vérité: Promotion et protection des droits de l'Homme, Rapport du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, Doc off AGNU, 62^{ième} session. E/CM.4/2006/91. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G06/106/57/PDF/G0610657.pdf?OpenElement>.
- Commission des droits de l'Homme. (2005). Promotion et protection des droits de l'homme, Impunité: Rapport de l'experte indépendante chargée de mettre à jour l'Ensemble des principes pour la lutte contre l'impunité, Diane Orentlicher, Additif: Ensemble de principes actualisés pour la protection et la promotion des droits de l'homme par la lutte contre l'impunité. 61^{ième} session. E/CN.4/2005/102/Add.1. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G05/109/01/PDF/G0510901.pdf?OpenElement>.

- **Commission des droits de l'Homme. (2002, 31 janvier).** Intégration des droits fondamentaux des femmes et de l'approche sexospécifique, violences contre les femmes: Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences, Mme Radhika Coomaraswamy, présenté en application de la résolution 2001/49 de la Commission des droits de l'homme, Pratiques culturelles au sein de la famille qui constituent des formes de violences contre les femmes. 58^{ème} session. E/CN.4/2002/83. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G02/104/29/PDF/G0210429.pdf?OpenElement>. Commission des droits de l'Homme. (1997a). L'administration de la justice et les droits de l'Homme des détenus: Question de l'impunité des auteurs de violations des droits de l'Homme (civils et politiques): Rapport final révisé établi par M. L. Joinet, en application de la décision 1996/119 de la Sous-Commission. 49^{ème} session, E/CN.4/Sub.2/1997/20/Rev.1. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G97/141/43/PDF/G9714143.pdf?OpenElement>.
- **Commission des droits de l'Homme. (1997b).** Rapport sur la cinquante-troisième session. 53^{ème} session, Genève, 10 mars-18 avril 1997. <https://digitallibrary.un.org/record/244413>.
- **Commission des droits de l'Homme. (1985).** Report on the 49th session. 49^{ème} session, Genève, 4 février -15 mars 1985.
- **Commission du droit international. (2016).** Projets d'articles sur la protection des personnes en cas de catastrophe et commentaire y relatifs. 68^{ème} session. https://legal.un.org/ilc/texts/instruments/french/commentaries/6_3_2016.pdf.
- **Commission du droit international. (2011).** Projets d'articles sur la responsabilité des organisations internationales. 63^{ème} session. https://legal.un.org/ilc/texts/instruments/french/draft_articles/9_11_2011.pdf.
- **Comité des droits de l'enfant. (2011).** Observation générale no 13 : Le droit de l'enfant d'être protégé contre toutes les formes de violence. Genève, CRC/C/GC/13. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fGC%2f13&Lang=fr.
- **Comité des droits de l'Homme. (2004, 18 septembre).** Observation générale No 30: Obligation de présenter des rapports qui incombe aux États parties en vertu de l'article 40 du Pacte. 80^{ème} session. CCPR/C/21/Rev.2/Add.12. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2FC%2F21%2FRev.2%2FAdd.12&Lang=fr.
- **Comité des droits de l'Homme. (2004, 26 mai).** Observation générale No 31: La nature de l'obligation juridique générale imposée aux États parties au Pacte. 80^{ème} session. CCPR/C/21/Rev.1/Add.13. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR%2FC%2F21%2FRev.1%2FAdd.13&Lang=fr.
- **Comité des droits de l'Homme. (1982).** Observation générale No 6 : Article 6 (Droit à la vie), 16^{ème} session. https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2FCCPR%2FGEC%2F6630&Lang=fr.
- **Comité des droits de l'Homme. (2019).** Observation générale No 36 : Le droit à la vie (art. 6 du Pacte), 120^{ème} session. CCPR/C/GC/236. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G19/261/16/PDF/G1926116.pdf?OpenElement>.
- **Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CDESC). (2016).** Observation générale No 23 sur le droit à des conditions de travail justes et favorables (art. 7 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels). E/C.12/GC/23. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/087/52/PDF/G1608752.pdf?OpenElement>.
- **Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CDESC). (2005).** Observation générale No 18 : Le droit au travail (article 6 du Pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), 35^{ème} session. E/C.12/GC/18. <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmIBEDzFEovLCuW1a0SzabOoXTdlmnsJZZVQfUKxXVsd-7Dae%2FCu%2B13J253bHC9gqkloiEoXmdKX6hxAgjv2NY6s2TbtqBL9seJlbZGg3C%2Faul8corgwAfbmf>.
- **Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CDESC). (2003).** Observation générale No 15: Le droit à l'eau (art. 11 et 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), 29^{ème} session. E/C.12/2002/11. <https://www.unhcr.org/sites/default/files/legacy-pdf/4ba352cc6.pdf>.
- **Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CDESC). (2000).** Observation générale No 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), 22^{ème} session. E/C.12/2000/4. https://www.right-to-education.org/sites/right-to-education.org/files/resource-attachments/Comite_DESC_Observation_Generale_14_2000_FR.pdf.
- **Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CDESC). (1999).** Observation générale No 13 : Le droit à l'éducation (art. 13 du Pacte), 21^{ème} session. E/C.12/1999/10. <https://daccess-ods.un.org/access.nsf/Get?OpenAgent&S=E/C.12/1999/10&Lang=F>.
- **Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CDESC). (1999).** Observation générale No 12 : Le droit à une nourriture suffisante (art. 11), 20^{ème} session. E/C.12/1999/5. <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmIBEDzFEovLCuW%2BKyH%2BnXprasyMzd2e8mx4fouQpDVshj73SoMLU1JTdj5S-GZLwiKFeRfUatfhdJ84IZMuYj6IOGDyJpkYKvhZuc8jlbVfd5BrRoGWzE6fZN>.

- **Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CDESC). (1991).** Observation générale No 4 : Le droit à un logement suffisant (art. 11, par. 1 du Pacte). 6^{ème} session. E/1992/23. <https://www.ohchr.org/fr/documents/committee-economic-social-and-cultural-rights-general-comment-no-4>.
- **Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (Comité CEDEF). (2015).** Recommandation générale No 33 sur l'accès des femmes à la justice. CEDAW/C/GC/33. <https://digitallibrary.un.org/record/807253?ln=fr>.
- **Conseil des droits de l'homme (CDH). (2021).** Résolution 48/13 – Droit à un environnement propre, sain et durable (A/HRC/RES/48/13). 46^{ème} session, 22 février-23 mars 2021. <https://undocs.org/A/HRC/RES/48/13>.
- **Conseil des droits de l'homme (CDH). (2019, 11 juillet).** Rapport du Rapporteur spécial sur la promotion de la vérité, de la justice, de la réparation et des garanties de non-répétition. 42^{ème} session. A/HRC/42/45, 9-27 septembre 2019. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G19/213/94/PDF/G1921394.pdf?OpenElement>.
- **Conseil des droits de l'homme (CDH). (2012).** Résolution 21/7 – Le droit à la vérité (A/HRC/RES/21/7). 21^{ème} session, 10-28 septembre, 5 novembre 2012. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/G12/173/62/PDF/G1217362.pdf?OpenElement>.
- **Conseil des droits de l'homme (CDH). (2010, 6 octobre).** Résolution 15/9 - Les droits de l'homme et l'accès à l'eau potable et à l'assainissement. 15^{ème} session. A/HRC/RES/15/9, 13-15 septembre 2010. <https://undocs.org/fr/A/HRC/RES/15/9>.
- **Conseil des droits de l'homme (CDH). (2010, 24 septembre).** Les droits de l'homme et l'accès à l'eau potable et à l'assainissement. 15^{ème} session. A/HR/15/L.14. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/G10/163/10/PDF/G1016310.pdf?OpenElement>.
- **Conseil de sécurité de l'ONU (CSNU). (2004).** Résolution 1542 (2004) adoptée par le Conseil de sécurité à sa 4961^{ème} séance, le 30 avril 2004. S/RES/1542(2004). <https://digitallibrary.un.org/record/520532?ln=fr>.
- **Jilani, H. (2001, 10 octobre).** Défenseurs des droits de l'homme. Doc off, AGNU, 56^{ème} session. A/56/341. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N01/532/18/PDF/N0153218.pdf?OpenElement>.

B. Pages Web onusiennes

- **Centre de ressources de maintien de la paix. (2017).** Cours 3, Leçon 3.5: L'environnement et les ressources naturelles. Les modules de formation de base préalable au déploiement (CPTM) - Module 3. <https://resourcehub01.blob.core.windows.net/training-files/Training%20Materials/004%20CPTM-FR/004-103%203.5%20Le%C3%A7on%20combine.pdf>.
- **Conseil des droits de l'homme (CDH). (2021, 8 octobre).** Le Conseil adopte des résolutions sur le droit au développement, les droits des peuples autochtones, le droit à un environnement sûr et durable et les incidences de la pandémie de COVID-19 sur les droits humains des jeunes : Compte rendu de séance (HRC21.148F). <https://www.ungeneva.org/fr/news-media/meeting-summary/2021/10/midday-human-rights-council-adopts-four-resolutions-right>.
- **Groupe des Nations Unies pour le développement (UNDG). (2003, septembre).** The human rights based approach to development cooperation towards a common understanding among UN agencies. New York: ONU. <https://live-undsg.pantheonsite.io/resources/human-rights-based-approach-development-cooperation-towards-common-understanding-among-un>.
- **Haut-Commissariat des droits de l'Homme (HCDH). (2020, 30 avril).** L'inaction des Nations Unies prive de justice les victimes du choléra en Haïti, selon les experts de l'ONU. <https://www.ohchr.org/fr/2020/04/un-inaction-denies-justice-haiti-cholera-victims-say-un-experts>.
- **Haut-Commissariat des droits de l'Homme (HCDH). (2019, 24 octobre).** Selon l'expert, les réparations dues aux victimes de violations des droits de l'homme de sont pas facultatives. <https://www.ohchr.org/fr/stories/2019/10/expert-reparations-victims-rights-violations-not-optional>.
- **Haut-Commissariat des droits de l'Homme (HCDH). (2019).** Orientations concernant la COVID-19: Le HCDH et la COVID-19. <https://www.ohchr.org/fr/covid-19/guidance>.
- **Haut-Commissariat des droits de l'Homme (HCDH). (s.d.a).** Le HCDH et les droits à l'eau et à l'assainissement. <https://www.ohchr.org/fr/water-and-sanitation>.
- **Haut-Commissariat des droits de l'Homme (HCDH). (s.d.b).** Réparations: Le HCDH et la justice transitionnelle. <https://www.ohchr.org/fr/transitional-justice/reparations#:~:text=Les%20victimes%20ont%20droit%20%C3%A0,%27avantages%2C%20mat%C3%A9riels%20et%20symboliques>.

- **Organisation des Nations Unies (ONU). (2023, 6 juillet).** Conseil de sécurité: sous l'emprise des gangs, Haïti réitère sa demande de déploiement d'une force internationale d'appui à sa police nationale. **New York.** <https://press.un.org/fr/2023/cs15345.doc.htm>.
- **Organisation des Nations Unies (ONU). (2020b, 30 avril).** L'inaction des Nations Unies prive de justice les victimes du choléra en Haïti, selon les experts de l'ONU. **Genève.** <https://www.ohchr.org/fr/2020/04/un-inaction-denies-justice-haiti-cholera-victims-say-un-experts>.
- **ONU info. (2016, 1^{er} décembre).** Haïti: Ban Ki-Moon présente les excuses de l'ONU et propose un nouveau plan de lutte contre le choléra. **New York: ONU.** <http://www.un.org/french/newscentre/>.
- **ONU Info. (2016, 1^{er} juillet).** Entretien: l'ONU appelle à maintenir un engagement fort pour éradiquer le choléra en Haïti. **New York: ONU.** <https://news.un.org/fr/story/2016/07/338762>.
- **ONU Info. (2016, 13 juin).** Haïti: «Le choléra demeure une menace», selon un envoyé de l'ONU. <https://reliefweb.int/report/haiti/ha-ti-le-chol-ra-demeure-une-menace-selon-un-envoy-de-l-onu>.
- **ONU Info. (2013, 21 février).** Haïti: la lutte contre le choléra se poursuit, mais la demande d'indemnisation présentée contre l'ONU est rejetée. <https://news.un.org/fr/story/2013/02/261832#:~:text=Prince%2C%20en%20Ha%C3%AFti,-Ha%C3%AFti%20%3A%20la%20lutte%20contre%20le%20chol%C3%A9ra%20se%20poursuit%2C%20mais%20la,contre%20l%27ONU%20est%20rejet%C3%A9&text=L%27ONU%20a%20fait%20savoir,%2C%20n%27%C3%A9tait%20pas%20recevable>.
- **Organisation mondiale de la santé (OMS). (2022, 13 décembre).** Cholera - Haïti. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON427>.
- **Organisation mondiale de la santé (OMS). (2022, 12 octobre).** Bulletin d'information sur les flambées épidémiques; Cholera - Haïti. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON427>.
- **Nations Unies Maintien de la paix. (2020).** Comment sommes-nous financés?. [Peacekeeping.un. https://peacekeeping.un.org/fr/how-we-are-funded](https://peacekeeping.un.org/fr/how-we-are-funded).
- **Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies (ONU). (2016, 19 août).** Haïti, le secrétaire général affirme la responsabilité morale des Nations Unies d'aider Haïti à surmonter l'épidémie de choléra. **New York: ONU.** <https://press.un.org/fr/2016/sgsm17991.doc.htm>.
- **Steinlechner, B. (2012, 7 février).** Améliorer l'approvisionnement en eau et l'assainissement dans les écoles haïtiennes. **Port-au-Prince: UNICEF.** <https://reliefweb.int/report/haiti/am%C3%A9liorer-lapprovisionnement-en-eau-et-lassainissement-dans-les-%C3%A9coles-ha%C3%AFtiennes>.
- **United Nations MPTF Office. (2022).** Haiti Cholera Response Multi-Partner Trust Fund, Resourcing collaborative and comprehensive responses to cholera outbreaks in Haiti. <https://mptf.undp.org/fund/clh00>.

C. Publications onusiennes

- **Conseil des droits de l'homme (CDH). (2016, mars).** Examen Périodique Universel (EPU), 26^{ième} session (31 octobre - 11 Novembre 2016): Les droits des enfants en Haïti. **Genève: Instituto Internazionale Maria Ausiliatrice (IIMA).** <https://uprdoc.ohchr.org/uprweb/downloadfile.aspx?filename=2927&file=FrenchTranslation>.
- **Département des opérations de maintien de la paix et Département de l'appui opérationnel. (2021, février).** Manuel des Nations Unies sur la gestion de l'environnement à l'intention des commandants militaires des opérations de paix des Nations Unies (Première édition). <https://pcrs.un.org/Lists/Resources/14-%20Environment/3-%20Policies/2021.02%20Environmental%20Mgmt%20Handbook%20for%20Military%20Commanders%20DPO-DOS%20-%20French.pdf>.
- **Département des opérations de maintien de la paix. (2008).** Opérations de maintien de la paix des Nations Unies : Principes et Orientations [Capstone Doctrine]. **Organisation des Nations Unies (ONU).** https://peacekeeping.un.org/sites/default/files/capstone_eng_0.pdf.
- **Haut-Commissariat des droits de l'Homme (HCDH) et Mission des Nations Unies pour la stabilisation en Haïti (MINUSTAH). (2017, janvier).** Bay tèt yo jistis: Se faire justice soi-même ou le règne de l'impunité en Haïti. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Countries/HT/170117Rapport_Se_faire_justice_soimeme_FR.pdf.
- **Haut-Commissariat des droits de l'Homme (HCDH). (2011).** Principes directeurs relatifs aux entreprises et aux droits de l'Homme (HR/PUB/11/4). **New York, Genève: ONU.** https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/GuidingPrinciplesBusinessHR_FR.pdf.
- **Haut-Commissariat des droits de l'Homme (HCDH). (2004).** Droit économiques, sociaux et culturels : Manuel destiné

aux institutions des droits de l'homme (HR/P/PT/12). New York, Genève: ONU. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/HR_P_PT_12_NHRI_fr.pdf.

- Haut-Commissariat des droits de l'Homme (HCDH). (2004). Les droits de l'Homme et la lutte contre la pauvreté, cadre conceptuel (HR/PUB/04/1). New York: ONU. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/PovertyReductionfr.pdf>.
- Organisation des Nations Unies (ONU). (2020a, août). Note de synthèse: L'éducation en temps de COVID-19 et après. New York. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/2020/09/policy_brief_-_education_during_covid-19_and_beyond_french.pdf.
- Organisation des Nations Unies (ONU). (2014). Haiti Cholera response. Microsoft Word - UN Factsheet December Final 2014.doc (humanitarianresponse.info).
- Organisation des Nations Unies (ONU). (1999). Ten Rules Code of the Personal Conduct for Blue Helmets. https://conduct.unmissions.org/file/2366/download?token=D_f2_Nar.
- ONU Info. (2022, 22 décembre). Retour sur l'année 2022 : la résurgence du choléra en Haïti. <https://news.un.org/fr/story/2022/12/1130392>.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2015, 19 mai). Planification de la gestion de la sécurité sanitaire de l'assainissement: Manuel pour une utilisation et une élimination sûre des eaux usées, des excréta et des eaux ménagères. France. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/251457/9789242549249-fre.pdf?sequence=1>.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2010, janvier). Évaluation des risques pour la santé publique et interventions: séisme Haïti (WHO/HSE/GAR/DCE/2010.1). Genève. <https://iris.who.int/handle/10665/70222?&locale-attribute=fr>.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2007). Marchés-santé: guide pour le respect des conditions d'hygiène sur les marchés alimentaires. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/51803/retrieve>.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2005). Règlement sanitaire international (Troisième édition). Genève. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/246187/9789242580495-fre.pdf?sequence=1>.
- UNICEF. (2010, 2 décembre). Strategy for integrating a gendered response in Haiti's cholera epidemic. New York: ONU. https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2020/03/29_Haiti_UNICEF_Briefing_Note_Gender_Cholera.pdf.

V- Documentation interaméricaine

- Commission interaméricaine des droits de l'homme (CIDH). (2020). Pandémie et droits humains dans les Amériques. Résolution N°1/2020. <https://www.oas.org/fr/cidh/decisions/pdf/resolution-1-20-fr.pdf>.

VI- Doctrine

A. Ouvrages de référence

- Académie de la Médecine. (2023). Maladie importée. Dictionnaire de l'Académie de la Médecine. <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=%C2%A0%20maladie%20import%C3%A9e>.

Hennebel, H. et Tigroudja, H. (2016). Traité de droit international des droits de l'homme. Pedone, Paris.

Magnan, M-F (2008). La dignité humaine. in Joël ANDRIANTSIMBAZOVINA (dir.), Dictionnaire des droits de l'homme. Paris, pp. 288-290, PUF.

- Van Boven, T. (2010). Principes fondamentaux et directives des Nations unies 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. United Nations Audiovisual Library of International Law, Nations unies, consulté le 21 Octobre 2022. https://legal.un.org/avl/pdf/ha/ga_60-147/ga_60-147_f.pdf.

B. Monographies

- El Kouhene, M. (1988). Les garanties fondamentales de la personne en droit humanitaire et droits de l'Homme. Dordrecht: Martinus Nijhoff.

- Frerichs, R.R. (2016). *Deadly River: Cholera and Cover-Up in Post-Earthquake Haiti*. New York et London: Ithaca.
- Lafrance, L. (2006). *Droit humanitaire et guerre déstructurées, l'exemple africain*. Montréal: Liber.
- Meron, T. (1989). *Human Rights and Humanitarian Law as Customary Law*. New York: Clarendon.
- Piarroux, R. (2019). *Choléra, Haïti 2010–2018, Histoire d'un désastre*. Paris: CNRS Éditions.
- Seitenfus, R. (2018). *Les Nations unies et le choléra en Haïti : coupables mais non responsables ?* C3 Editions.
- Weinrib, E. (2012). *The Idea of Private Law*. Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199665815.001.0001>.

C. Chapitre d'une monographie

- Aksoy, E.E. (2015). «La notion de dignité humaine dans la sauvegarde des droits fondamentaux des détenus». Dans A.A.C. Trindade et C.B. Leal (coord), *Le respect de la dignité humaine* (p. 47-66).
- Henrys, J.H. (2020). «Haïti : d'une pandémie à l'autre, du choléra au Covid-19». Dans J. Lumarque (dir), *Haïti et le Covid-19 des outils pour comprendre et agir* (p. 24-34). Port-au-Prince, Haïti: Presses de l'Université Quisqueya, <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02970663/document>.

D. Articles de périodiques

- Ali, A., Chen, Y., Johnson, J.A., Redden, E., Mayette, Y. et Rashid, M.H. (2011). Recent clonal origin of cholera in Haiti. *Emerging Infectious Diseases*, 17(4): 699-701. <https://doi.org/10.3201/eid1704.101973>.
- Andrews, J.R. et Basu, S. (2011). Transmission dynamics and control of cholera in Haiti: An epidemic model. *The Lancet*, 377(9773): 1248-1255. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60273-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60273-0).
- Barnett, R.E. (1986). Four Senses of the Public Law/Private Law Distinction. *Harvard Journal of Law and Public Policy*, 9(2): 267-276. <https://scholarship.law.georgetown.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=&httpsredir=1&article=2562&context=facpub>.
- Bartels, S., Faughlin, G. et Lee, S. (2022). Cholera in time of MINUSTAH: Experiences of community members affected by cholera in Haiti. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-40674/v1>.
- Barzilay, E.J. et al. (2013). Cholera Surveillance during the Haiti Epidemic – The First 2 Years. *New England Journal of Medicine*, 368(7): 599-609. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1204927>.
- Beau De Rochars, V.E.M., Tipret, J., Patrick, M. et al. (2011). Knowledge, attitudes, and practices related to treatment and prevention of cholera, Haiti, 2010. *Emerging Infectious Diseases*, 17(11): 2158-61. <http://dx.doi.org/10.3201/eid1711.110818>.
- Bengtsson, L., Gaudart, J., Lu, X. et al. (2015). Using Mobile Phone Data to Predict the Spatial Spread of Cholera. *Sci Rep*, 5(8923): 1-5. <https://doi.org/10.1038/srep08923>.
- Bolweg, L. (2012). The Problem with the Phrase Women and Minorities: Intersectionality - an Important Theoretical Framework for Public Health. *American Journal of Public Health*, 102(7): 1267-1273. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300750>.
- Cazala, M.S. (2015). Le cadre juridique de l'action des Casques bleus. *Après-demain*, 35(3): 27-28. <https://www.cairn.info/revue-apres-demain-2015-3-page-27.htm>.
- Cela, T., Fidalgo, M. et Marcelin, L.H. (2022). The COVID-19 pandemic and Haiti's changing remittance landscape. *Revista Relaciones Internacionales*, 95(2): 139-169. <https://doi.org/10.15359/ri.95-2.6>.
- Childs, L., François, J., Choudhury, A., Etheart, M., Juin, S. et al. (2016). Evaluation of knowledge and practices regarding cholera, water treatment, hygiene, and sanitation before and after an oral cholera vaccination Campaign-Haiti, 2013-2014. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 95(6): 1305-1313. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.16-0555>.
- Chin, C-S., Sorenson, J., Jason B.H. et al. (2011). The Origin of the Haitian Cholera Outbreak Strain. *The New England Journal of Medicine*, 364(1): 33-42. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1012928>.
- Couzigou, I. (2018). Le respect des droits de l'homme dans les actions du Conseil de sécurité des Nations Unies. *Civitas Europa*, 41(2): 67-92. <https://doi.org/10.3917/civit.041.0067>.
- D'Argent, P. (2005). Le droit de la responsabilité internationale complété ? Examen des 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. *Annuaire français de droit international*, 51(1): 27-55. <https://doi.org/10.3406/afdi.2005.3871>.

- Date, K.A., Vicari, A., Hyde, T.B., Mintz, E., Donavaro-Holliday, M.C., Henry, A., et al. (2011). Considerations for oral cholera vaccine use during outbreak after earthquake in Haiti, 2010-2011. *Emerging Infectious Diseases*, 17(11): 2105-2112. <http://dx.doi.org/10.3201/eid1711.110822>.
- Daugirdas, K. (2014). Reputation and the Responsibility of International Organizations. *European Journal of International Law*, 25(4): 991-1018. <https://doi.org/10.1093/ejil/chu087>.
- Daugirdas, K. (2019). Reputation et Accountability: Another Look at the United Nations Response to the Cholera Epidemic in Haiti. *International Organizations Law Review*, 16(1): 11-41. <https://doi.org/10.1163/15723747-01601002>.
- Freedman, R., Lemay-Hébert, N. et Monroy-Santander, L. (2021). Seeking justice for the victims of cholera in Haiti: Framing the reparations debate through transitional justice. *Human Rights Quarterly*, 43(3): 567-585. <https://doi.org/10.1353/hrq.2021.0040>.
- Frerichs, R.R., Keim, P.S., Barraï, R. et Piarroux, R. (2012). Nepalese origin of cholera epidemic in Haiti. *Clinical Microbiology and Infectious Disease*, 18: E158-E163. <https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2012.03841.x>.
- Fung, I.C.-H., Fitter, D.L., Borse, R.H., Meltzer, M.I. et Tappero, J.W. (2013). Modeling the effect of water, sanitation, and hygiene and oral cholera vaccine implementation in Haiti. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 89(4): 633-640. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.13-0201>.
- Gage, A.D., Leslie, H.H., Bitton, A., Jerome, J.G., Thermidor, R., Joseph, J.P. et Kruk, M.E. (2017). Assessing the quality of primary care in Haiti. *eBulletin of the World Health Organization*, 95: 182-190. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.179846>.
- Gelting, R., Bliss, K., Patrick, M., Lockhart, G. et Handzel, T. (2013). Water, sanitation and hygiene in Haiti: Past, present, and future. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 89(4): 665-670. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.13-0217>.
- Grimaud, J. et Legagneur, F. (2011). Community beliefs and fears during a cholera outbreak in Haiti. *Intervention*, 9(1): 26-34. <https://doi.org/10.1097/WTF.0b013e3283453ef2>.
- Guillaume, Y., Raymond, M., Jerome, G.J., Ternier, R., et Ivers, L.C. (2019). 'It was a ravage!': Lived experiences of epidemic cholera in rural Haiti. *BMJ Global Health*, 4: 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001834>.
- Guimier, L. (2011). L'épidémie de choléra en Haïti: Lecture géopolitique d'un enjeu de santé publique. *Hérodote*, 143(4): 184-206. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.3917/her.143.0184>.
- Hazif-Thomas, C. et Seguin, J.-P. (2022, 19 septembre). Les funérailles à l'épreuve de la pandémie de COVID-19. Regards croisés d'un directeur d'espace de réflexion éthique et d'un guide de funérailles sur le bouleversement des rites funéraires lors de la crise sanitaire. *Éthique Santé*, 19(3): 134-142. <https://doi.org/10.1016/j.etique.2022.06.001>.
- Humphrey, P. (1981). La nature juridique de la déclaration universelle des droits de l'Homme. *Revue générale de droit*, 12(2): 397-400. <https://doi.org/10.7202/1059408ar>.
- Ivers, L. et Walton, D. (2012). The "first" case of cholera in Haiti: Lessons for global health. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 86(1): 36-38. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.2012.11-0435>.
- Jenson, D., et Szabo, V. (2011). Cholera in Haiti and other Caribbean regions, 19th century. *Emerging Infectious Diseases*, 17(11), 2130-2135. <https://doi.org/10.3201/eid1711.110958>.
- Jørstad, H. et Webersik, C. (2016). Vulnerability to climate change and adaptation strategies of local communities in Malawi: Experiences of women fish-processing groups in the Lake Chilwa Basin. *Earth System Dynamics*, 7(4), 977-989. <https://doi.org/10.5194/esd-7-977-2016>.
- Katz, L.S., Petkau, A., Beaulaurier, J., Tyler, S., Antonova, E., Turnsek, M.A., Guo, Y., Wang, S., Paxinos, E.E., Orata, F., Gladney, L.M., Stroika, S., Folster, J.P., Rowe, L., Freeman, M.M., Knox, N., Frace, M., Boncy, J., Graham, M., (...) Tarr, C.L. (2013). Evolutionary dynamics of *Vibrio cholerae* O1 following a single-source introduction to Haiti. *MBio*, 4(4): 1-10. <https://doi.org/10.1128/mbio.00398-13>.
- Khan, R., Anwar, R., Akanda, S., McDonald, M.D., Huq, A., Jutla, A., et Colwell, R. (2017). Assessment of risk of cholera in Haiti following Hurricane Matthew. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 97(3): 896-903. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.17-0048>.
- Kwok, A.H., Doyle, E.E.H., Becker, J., Johnston, D., et Paton, D. (2016). What is 'social resilience'? Perspectives of disaster researchers, emergency management practitioners, and policymakers in New Zealand. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 19, 197-211. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2016.08.013>.
- Lewnard, J.A., Antillón, M., Gonsalves, G., Miller, A.M., Ko, A.I. et Pitzer, V.E. (2016). Strategies to Prevent Cholera Introduction during International Personnel Deployments: A Computational Modeling Analysis Based on the 2010 Haiti Outbreak. *PLoS Med* 13(1): e1001947. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001947>.

- Lucien, M., Adrien, P., Boncy, J., Canarie, M., Hadid, H., Hsia, T., Joseph, G., Kaljee, L., Kilgore, P., Lafosse, E., Parke, D. et Zervos, M. (2019). Cholera Outbreak in Haiti, *Epidemiology, Control, and Prevention, Infectious Diseases in Clinical Practice*, 27(1): 3-11. <https://doi.org/10.1097/IPC.0000000000000684>.
- Luqueros, F.J., Alberti, K.P., Boncy, J., Ciglenecki, I., Degail, M.A., Ginsbourger, M., Grandesso, F., Mekaoui, H., Munger, A., Nicolas, S., Olson, D., Page, A.L., Polonsky, J., Porten, K., Rondy, M., Rymshaw, E., Terzian, M. et Toure, B. (2016). Mortality rates during cholera epidemic, Haiti, 2010-2011. *Emerging Infectious Disease*, 22(3): 410-416. <https://doi.org/10.3201/eid2203.141970>.
- Matias, W.R., Julceus, F.E., Abelard, C., Mayo-Smith, L.M., Franke, M.F., Harris, J.B. et Ivers, L. (2017). Laboratory evaluation of immunochromatographic rapid diagnostic tests for cholera in Haiti. *PLoS One*, 12(11): e0186710. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186710>.
- Mompontet, M. (2017). La responsabilité civile de l'Organisation des Nations Unies. Effectivité et efficacité des mécanismes de réparation offerts pour les personnes privées : le cas des exactions sexuelles commises par les Casques bleus. *Revue québécoise de droit international / Quebec Journal of International Law / Revista quebequense de derecho internacional*, 30(1): 41-63. <https://doi.org/10.7202/1053757ar>.
- Mukandavire, Z., Smith, D.L., and Morris Jr., J.G. (2013). Cholera in Haiti: Reproductive number and vaccination coverage estimates. *Scientific Reports*, 3(997): 1-8. <https://doi.org/10.1038/srep00997>.
- Piarroux, R., Barraï, R., Faucher, B., Gaudart, J., Haus, R., Magloire, R., Piarroux, M., et Raoult, D. (2011). Understanding the cholera epidemic, Haiti. *Emerging Infectious Diseases*, 17(7): 1161-1168. <https://doi.org/10.3201/eid1707.110059>.
- Pillinger, M., Hurd, I. et Barnett, M. (2016). How to Get Away with Cholera: The UN, Haiti, and International Law, *Perspectives on Politics*, 14(1): 70-86. <https://doi.org/10.1017/S1537592715003230>.
- Poncelet, J.-L. (2015, 2 octobre). Choléra en Haïti: succès et difficultés dans un pays à faible revenu. *Weekly Epidemiological Record*, 90(40): 542-544. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/242435/WER9040_542-544.PDF?sequence=1&isAllowed=y.
- Richterman, A., Franke, M.F., Constant, G., Jerome, G., Ternier, R. et Ivers, L.C. (2019). Food insecurity and self-reported cholera in Haitian households: An analysis of the 2012 Demographic and Health Survey. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 13(1): e0007134. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007134>.
- Routh, J.A., Ailes, E., Archer W.R., Cartwright, E.J., Dahourou, G., Fouché, M.D., Loharikar, A., Quick, R.E, Roels, T.H., Roy, S.L. et Tappero J.W. (2011). Rapid assessment of cholera-related deaths, Artibonite Department, Haiti, 2010. *Emerging Infectious Diseases*, 17(11): 2139-42. <https://doi.org/10.3201/eid1711.110747>.
- Spadaro, A. (2020). COVID-19: Testing the Limits of Human Rights. *European Journal of Risk Regulation*, 11(2): 317-325. <https://doi.org/10.1017/err.2020.27>.
- Schillberg, E., Ariti, C., Bryson, L., Delva-Senat, R., Price, D., GrandPierre, R. et Lenglet, A. (2016). Factors related to fetal death in pregnant women with cholera, Haiti, 2011-2014. *Emerging Infectious Disease*, 22(1): 124-127. <https://doi.org/10.3201/eid2201.151078>.
- Siembieda, W.J. (2010). Lowering vulnerability using the asset-access-time method. *Journal of Disaster Research*, 5(2): 1-7. <https://doi.org/10.20965/jdr.2010.p0180>.
- Watson, J.T., Gayer, M. et Connolly, M.A. (2007). Epidemics after natural disasters. *Emerging Infectious Diseases*, 13(1): 1-5. <https://doi.org/10.3201/eid1301.060779>.
- Williams, H.A., Gaines, J., Patrick, M., Berendes, D., Fitter, D. et Handzel, T. (2015). Perceptions of health communication, water treatment and sanitation in Artibonite Department, Haiti, March-April 2012. *PLoS One*, 10(11): e0142778. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142778>.
- Zarocostas, J. (2017). Cholera outbreak in Haiti – from 2010 to today. *The Lancet*, 389(10086): 2274-2275. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31581-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31581-7).

E. Mémoire et thèse

- Bony, H. (2016). Les enfants de la rue à Port-au-Prince. Liens avec les membres de leurs familles [Thèse de doctorat en sociologie, Université Laval, Québec].
- Day-Cayer, S. (2019). Entre inaction, immunité et impunité, Le cadre juridique des missions de paix onusiennes en matière de responsabilité internationale : le cas haïtien [Mémoire de maîtrise en droit international, UQAM, Montréal].
- Germain, R. (2022). Gestion des déchets solides municipaux en Haïti: Cas de la zone métropolitaine de Port-au-Prince. [Mémoire de maîtrise en administration publique, UOttawa, Ottawa].
- Lamour, S. (2017). Entre imaginaire et histoire : une approche matérialiste du poto-mitan en Haïti [Thèse de doctorat en sociologie et démographie, Université Paris 8, Paris].

VII- Autres

A. Publications d'organisations internationales

- Agency for Technical Cooperation and Development (ACTED). (2009, 20 novembre). Les filtres à sable: une réponse durable aux enjeux de l'eau potable en Haïti. France. <https://reliefweb.int/report/haïti/les-filtres-%C3%A0-sable-une-r%C3%A9ponse-durable-aux-enjeux-de-leau-potable-en-ha%C3%Afti>.
- Avocat sans frontières Canada (ASFC). (2016, janvier). État des lieux sur la justice transitionnelle au Mali. Québec, Bamako. https://asfcandada.ca/wp-content/uploads/2022/06/justice_transitionnelle_2016.pdf.
- Bureau des avocats internationaux (BAI) et Institute for Justice and Democracy in Haïti (IJDH). (2016). George v. United Nations: The lawsuit against the UN for cholera, Cholera litigation. <https://www.ijdh.org/our-work/accountability/cholera-accountability/cholera-litigation/>.
- Banque Mondiale. (2023). In Haïti, Access to Water and Sanitation is Vital, and the World Bank Is Making This Possible. <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2023/03/22/in-haiti-access-to-water-and-sanitation-is-vital-and-the-world-bank-is-making-this-possible#:~:text=Access%20to%20drinking%20water%20supplies,2015%20and%2050%25%20in%201990>.
- Banque Mondiale. (2019). Travailleurs salariés, (% en emploi). <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SL.EMP.WORK.ZS?locations=HT>.
- Banque Mondiale. (2015). Haïti: Systemic Country Diagnostic. Washington. D.C.. <https://doi.org/10.1596/22580>.
- Commission internationale de juristes. (2006). Le droit à un recours et à obtenir réparation en cas de violations graves des droits de l'homme. Guide pratique. Genève. <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4a7839102%20p.36e-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfindmkaj/https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2020/03/29>
- Concannon, B., Joseph, M., Kurzban, I. et Kolovos, M.E. (2011, 8 novembre). Communiqué de presse: Plus de 5,000 Haïtiens Victimes du Choléra ont porté plainte contre l'ONU/MINUSTAH afin d'obtenir Justice et Réparation (IJDH-BAI). Bureau des avocats internationaux (BAI), Institute for Justice and Democracy in Haïti (IJDH). https://www.ijdh.org/press_release/communique-de-presse-plus-de-5000-haitiens-victimes-du-cholera-ont-porte-plainte-contre-lonu-minustah-afin-dobtenir-justice-et-reparation-ijdh-bai/.
- Institut de droit international. (1995). Les conséquences pour les États membres de l'inexécution par des organisations internationales de leurs obligations envers des tiers. 5^e commission, session de Lisbonne. https://www.idi-iii.org/app/uploads/2017/06/1995_lis_02_fr.pdf.
- Institut de droit international. (1973). L'application des règles de droit international général des traités aux accords internationaux conclus par les Organisations internationales. 14^e commission, session de Rome. https://www.idi-iii.org/app/uploads/2017/06/1973_rome_01_fr.pdf.
- Institute for Justice and Democracy in Haïti (IFDH) et Joseph, M. (2013). Citizens Demanding Accountability in the International Arena: The fight against impunity and immunity in Haïti, The cholera scandal. <https://www.civicus.org/images/The%20fight%20against%20UN%20impunity%20and%20immunity%20in%20Haïti.pdf>.
- Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). (2012, janvier). La réponse sanitaire au tremblement de terre en Haïti, Janvier 2010: Leçons à retenir pour la prochaine catastrophe soudaine. Washington. <https://www.paho.org/fr/documents/reponse-sanitaire-tremblement-terre-haiti>.
- Reinisch, A. (2009). Convention on the Privilege and Immunities of the United Nations, Convention on the Privilege and Immunities of the Specialized Agencies. United Nations Audiovisual Library of International Law. https://legal.un.org/avl/pdf/ha/cpiun-cpisa/cpiun-cpisa_e.pdf.

B. Publications gouvernementales nationales

- Direction Nationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement (DINEPA). (2014). Document d'orientation stratégique pour l'assainissement en Haïti. République d'Haïti, ministère des travaux publics, transports, communications (MTPTC). https://www.pseau.org/outils/ouvrages/dinepa_document_d_orientation_strategique_pour_l_assainissement_en_haiti_2016.pdf.
- Direction Nationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement (DINEPA). (2013). National plan for the elimination of cholera in Haïti, 2013-2022. République d'Haïti, ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP). [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8544981/#:~:text=The%20National%20Plan%20for%20the,of%20the%20population%20\(2\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8544981/#:~:text=The%20National%20Plan%20for%20the,of%20the%20population%20(2)).
- Ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP). (2013). Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services : EMMUS V Haïti 2012. Microsoft Word - 00 - 01 - Haïti DHS 2012 - Title Page and Back - Final 05-06-2013. docx (mspp.gouv.ht).

- Ministère de la Santé publique et Population (MSPP). (2012). Plan d'élimination du choléra en Haïti : 2013-2022. Consulté le 3 février 2021. http://mspp.gouv.ht/site/downloads/Plan_elimination_du_cholera_2012_2022.pdf.

C. Rapports

- Alston, P. (2016). Rapport sur le choléra en Haïti. Rapport, soumis en application de la résolution 26/3 du Conseil des droits de l'homme.
- Alter, S. (1999). La présentation d'excuses relatives à une faute grave : considérations sociales, psychologiques et juridiques, Rapport final pour la commission du droit du Canada. <https://dalspace.library.dal.ca/bitstream/handle/10222/10273/Alter%20Research%20Apology%20FR.pdf>.
- Amnesty International. (2007, 11 juin). Vérité, justice et réparation: créer une commission vérité efficace. <https://www.amnesty.org/fr/wp-content/uploads/sites/8/2021/08/pol300092007fr.pdf>.
- Amnesty International. (2005). Des droits humains pour la dignité : Une introduction aux droits économiques, sociaux et culturels. <https://www.amnesty.org/fr/documents/pol34/009/2005/fr/>.
- Avocats sans frontières Canada (ASFC). (2019). 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. https://asf-canada.ca/wp-content/uploads/2022/06/asfc_etudedefaisabilite_cholera.pdf.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2014). Acute watery diarrhea and cholera: Haiti pre-decision brief for public health action. <https://www.cdc.gov/cholera/haiti/pre-decision-brief.html>.
- Centre international pour la justice transitionnelle (ICTJ). (2019, mai). Sur des bases solides :, Bâtir une paix et un développement durables après des violations massives des droits humains. https://www.ictj.org/sites/default/files/ICTJ_Report_WG-TJ-SDG16%2B_2019_FR_Web.pdf.
- Commission interaméricaine des droits de l'homme (CIDH). (2015). Chapter IV.A Access to Water in the Americas an Introduction to the Human Right to Water in the Inter-American System. Rapport annuel 2015. <https://www.oas.org/en/iachr/docs/annual/2015/doc-en/InformeAnual2015-cap4A-agua-EN.pdf>.
- Cravioto, A., Lanata, C.F., Lantagne, D.S. et Balakrish Nair, G. (2011). Final report of the independent experts of the cholera outbreak in Haiti. <http://www.ijdh.org/wp-content/uploads/2011/05/UN-cholera-report-final.pdf>.
- Crouch, M., et al. (2010). Violations of the right to effective remedy: The UN's responsibility for cholera in Haïti. <https://hrp.law.harvard.edu/wp-content/uploads/2022/10/HLS-IHRC-IJDH-BAI-Submission-to-Special-Procedures-Cholera.pdf>.
- Emilien, C.D. (2015, 8 novembre). An Ecological Study of the Cholera Outbreak in Rural and Urban Areas of Haiti. Georgia State University. <https://doi.org/10.57709/7209149>.
- Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (IFRC). (2011). Appel d'urgence Rapport intérimaire: Haïti: Tremblement de terre (MDRHT008). <https://www.ifrc.org/docs/appeals/10/MDRHT00828FRA.pdf>.
- Garnett, E.S. (2013). Gadyen Dlo "Water Guardian": A Qualitative study of the Influence of cholera on household water treatment practices in Haiti. Atlanta, GA: Rollins School of Public Health of Emory University.
- Guillaume, Y., Raymond, M., Jerome, G.J., Ternier, R. et Ivers, L.C. (2019). 'It was a ravage!': lived experiences of epidemic cholera in rural Haiti. *BMJ Global Health*, 4: e001834. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001834>.
- Guy, A. et Mutiu, L. (2019). Rapport final: Évaluation de l'impact de la crise actuelle en Haïti sur les ménages. Start Network. <https://www.bretagne-solidaire.bzh/wp-content/uploads/sites/11/2020/04/START-NETWORK-Rapport-Final-%C3%89valuation-de-lu2019impact-de-la-crise-pais-lock-en-Ha%C3%Afti-sur-les-m%C3%A9nages-20200123-.pdf>.
- HLS, IHRC, IJDH and BAI. (2020). Violations of the right to effective remedy: The U.N.'s responsibility for cholera in Haiti. <http://www.ijdh.org/wp-content/uploads/2020/02/FINAL-HLS-IHRC-IJDH-BAI-Submission-to-Special-Procedures-Cholera-2-6-2020.pdf>.
- Interuniversity Institute for Research and Development (INURED). (2017, août). Republic of Haiti: Country of Origin Information Paper. Port-au-Prince: INURED. https://www.researchgate.net/publication/320383443_REPUBLIC_OF_HAITI_Country_of_Origin_Information_Paper.
- Interuniversity Institute for Research and Development (INURED). (2020, octobre). Post-Earthquake Migration from Haiti to Brazil, MIDEQ Working Paper. Port-au-Prince: INURED. https://www.mideq.org/documents/46/MIDEQ_INURED_2020_Post-Earthquake_Haitian_Migration_to_Latin_America_v1_mThrIEy.pdf.

- Johnston, J. et Bhatt, K. (2011, août). Not Doing Enough: Unnecessary Sickness and Death from Cholera in Haiti. Washington: Center for Economic and Policy Research. <https://reliefweb.int/report/haiti/not-doing-enough-unnecessary-sickness-and-death-cholera-haiti>.
- Knox, J. (2018). Principes-cadres relatifs aux droits de l'Homme et à l'environnement. Genève:HCDH. [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Environment/SR Environment /FP_ReportFrench.PDF](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Environment/SR%20Environment/FP_ReportFrench.PDF).
- Marcelin, L.H. et Cela, T. (2017). After Hurricane Matthew: Resources, capacities and pathways to recovery and reconstruction in devastated communities in Haiti. Consulté le 2 février 2021. http://www.inured.org/uploads/2/5/2/6/25266591/reportonline_051117.pdf.
- Mégret, F. (2013). La responsabilité des Nations Unies aux temps du choléra. Montréal: Faculté de droit, Université McGill. https://papers.ssrn.com/sol3/Delivery.cfm/SSRN_ID2242902_code372721.pdf?abstractid=2242902&mirid=1.
- Oxford Policy Management et Programme Alimentaire Mondial (PAM). (2017, août). Étude sur la protection sociale réactive aux crises en Amérique du Sud et dans les Caraïbes: Étude de cas sur Haïti. <https://www.opml.co.uk/files/Publications/a1537-shock-responsive-social-protection-latin-america-caribbean/haiti-etude-de-cas.pdf?noredirect=1>.
- Oxfam. (2014, décembre). Mesures en faveur d'un salaire décent dans les chaînes mondiales d'approvisionnement (Rapport thématique). Oxford. Consulté le 23 décembre 2022. <https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/336623/1b-steps-towards-living-wage-global-supply-chains-101214-fr.pdf?sequence=7>.
- Organisation panaméricaine de la santé (OPS/OMS). (2023). Cholera outbreak in Hispaniola 2023 - Situation report 18. Consulté le 16 septembre 2023. <https://www.paho.org/en/documents/cholera-outbreak-hispaniola-2023-situation-report-18>.
- Piarroux, R. (2010). Rapport de mission sur l'épidémie de choléra en Haïti. Port-au-Prince : Gouvernement haïtien. Microsoft Word - PiarrouxMissionReport_Nov29_2010_French_English.docx (deadlyriver.com).
- Sklar, R. et Faustin, C. (2017, 13 avril). Les latrines de puits ou les toilettes à base de conteneurs ? : Une analyse coût-bénéfice comparant deux approches pour améliorer l'accès à l'assainissement dans les zones urbaines d'Haïti. Haïti Priorise, Copenhagen Consensus Center. https://copenhagenconsensus.com/sites/default/files/documents/haiti_priorise_urban_sanitation_sklar_-_french.pdf.
- Transnational Development Clinic (TDC), Jerome N. Frank Legal Services Organization, Yale Law School, Yale School of Public Health et Association Haïtienne de Droit de L'Environnement (AHDEN). (2013, 15 octobre). Peacekeeping without Accountability: The United Nations' Responsibility for the Haitian Cholera Epidemic. https://law.yale.edu/sites/default/files/area/center/ghjp/documents/ghjp_cholera_in_haiti.pdf.

D. Correspondances

- Bureau des avocats internationaux (BAI) et IJDH. (2013, 7 mai). Correspondance avec Madame la Secrétaire générale adjointe O'Brien. <http://www.ijdh.org/wp-content/uploads/2013/05/IJDH-Response-to-UN-Dismissal-DRAFT-5-6-FRENCH.pdf>.

E. Articles de journaux

Alterpresse. (2013, 26 mars). Haïti - Choléra: Des victimes toujours en quête de justice et réparation. <https://www.alterpresse.org/spip.php?article14315>.

- Alterpresse. (2012, 6 novembre). Haïti - Choléra - Minustah: « Le gouvernement se fait l'avocat du diable ». <https://www.alterpresse.org/spip.php?article13638>.
- Agence France-Presse. (2016, 19 août). Haïti, victoire en demi-teinte pour les victimes face à l'ONU. RTBF. (2016, 19 août). <https://www.rtf.be/article/haiti-victoire-en-demi-teinte-pour-les-victimes-du-cholera-face-a-l-onu-9382224f>.
- Agence France-Presse. (2016). Manifestation contre le résultat de la présidentielle en Haïti. La Presse. <https://www.lapresse.ca/international/amerique-latine/201612/16/01-5052118-manifestations-contre-le-resultat-de-la-presidentielle-en-haiti.php>.
- Agence France-Presse. (2010, 23 décembre). Choléra en Haïti; les autorités inquiètent de lynchage à mort. Le Monde. https://www.lemonde.fr/ameriques/article/2010/12/23/cholera-en-haiti-les-autorites-inquietes-de-lynchages-a-mort_1456914_3222.html.
- Alphonse, R. (2022, 4 octobre). Choléra et pénuries, Haïti s'enfonce dans une autre crise. Le Nouvelliste. <https://lenouvelliste.com/article/238385/les-remous-de-lactualite>.
- Assistance publique, Hôpitaux de Marseille. (2016, 22 août). Haïti, épidémie de choléra: l'ONU reconnaît sa responsabilité... 6 ans après le rapport du PR Piarroux (AP-HM). Réseau CHU. <https://www.reseau-chu.org/article/haiti-epidemie-de-cholera-lonu-reconnait-sa-responsabilite-6-ans-apres-le-rapport-du-pr/>.

- Côté-Paluck, E. (2022, 28 octobre). Malades et encerclés. La Presse. <https://www.lapresse.ca/international/ca-raibes/2022-10-28/la-presse-en-haiti/malades-et-encerclés.php>.
- Pilkington, E. et Clarke, J.S. (2016, 14 avril). UN could have prevented Haiti cholera epidemic with \$2,000 health kit – study. The Guardian. <https://www.theguardian.com/world/2016/apr/14/haiti-cholera-epidemic-un-prevention>.
- Ponge, M. (2021, 4 août). Haïti: de la rue aux gangs, le parcours des enfants livrés à eux-mêmes. Radio France International (RFI). <https://www.rfi.fr/fr/podcasts/journal-d-ha%C3%AFti-et-des-am%C3%A9riques/20210804-ha%C3%AFti-de-la-rue-aux-gangs-le-parcours-des-enfants-livr%C3%A9s-%C3%A0-eux-m%C3%AAs>.
- Sandler Clarke, J. et Plikington, E. (2016, 5 avril). Leaked UN report faults sanitation at Haiti bases at time of cholera outbreak. The Guardian. <https://www.theguardian.com/world/2016/apr/05/leaked-un-report-sanitation-haiti-bases-cholera-outbreak>.
- Semexant, S. (2022, 27 octobre). Le choléra et l'insalubrité des marchés publics. Le National. https://www.lenational.org/post_article.php?pol=2743.
- Snayder P.L. (2019, 31 janvier). La dure réalité de la rue pour les adolescentes d'Haïti. Equal Times. <https://www.equaltimes.org/la-dure-realite-de-la-rue-pour-les?lang=fr>.
- TV5 Monde. (2016, 10 octobre). Vidéo: Haïti, le choléra risque d'alourdir le bilan de l'ouragan Matthew. <https://information.tv5monde.com/international/video-haiti-le-cholera-risque-dalourdir-le-bilan-de-louragan-matthew-25466>.

F. Divers

- Brauman, R. (2019, 23 décembre). À propos de « Choléra, Haïti, 2010-2018, Histoire d'un désastre » de Renaud Piarroux. MSF-crash. <https://msf-crash.org/fr/blog/medecine-et-sante-publique/propos-de-cholera-haiti-2010-2018-histoire-dun-desastre-de-renaud>.
- Commission de l'immigration et du statut de réfugié au Canada (CISR). (2017). Haïti : information sur la situation des femmes vivant seules, y compris celles qui ne sont pas en situation de précarité; information indiquant si elles peuvent accéder à un emploi et à un logement; services de soutien qui leur sont offerts (2015-septembre 2017). Refworld. <https://www.refworld.org/docid/59ef1c0e4.html#:~:text=%5BLe%20femmes%5D%20qui%20exercent%20une,et%206%25%20>.
- Entrevues des victimes du choléra par l'Interuniversity Institute for Research and Development (INURED) pour l'étude de faisabilité d'ASFC. (Juillet à octobre 2017). Port-au-Prince, Saint-Marc, Mirebalais, La Chapelle, Chambellan et Anse d'Hainault.
- Frerichs, R. (2011, 20 juillet). Origin of Cholera in Haiti - Epilogue. Los Angeles, University of California (UCLA). https://www.ph.ucla.edu/epi/snow/origin_cholera_haiti_epilogue.html.
- Joseph, M., Cocannon, B.Jr. et Kurzban, I. (2011, 3 novembre). Petition for Relief. <https://iidh.org/wordpress/wp-content/uploads/2011/11/englishpetitionREDACTED.pdf>.
- Trading Economics. (2022). Haiti Corruption index. <https://tradingeconomics.com/haiti/corruption-index>.