



République d'Haïti

Ministère de la Santé Publique et de la Population

Analyse du Secteur de la Santé pour la Réforme

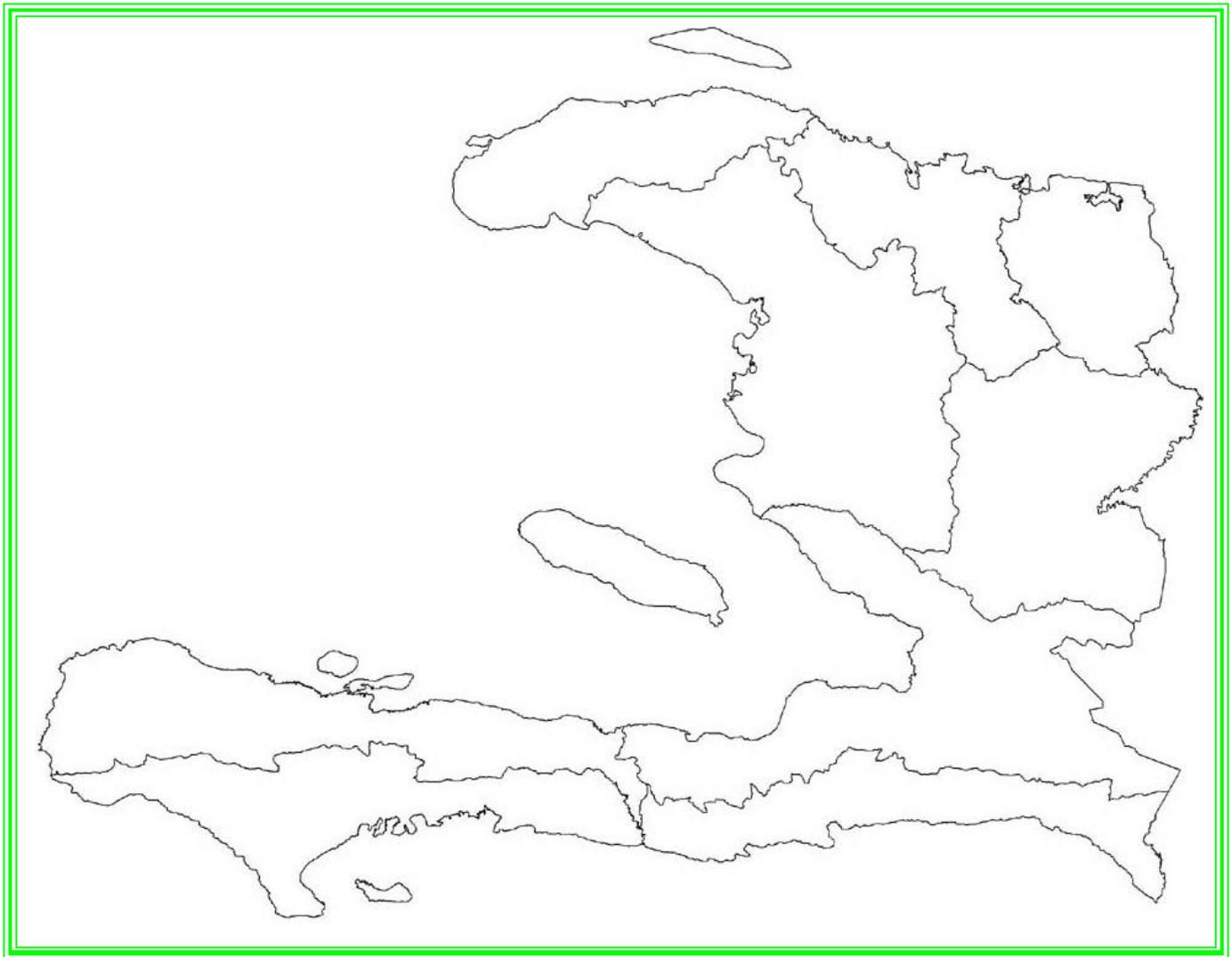


TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS ET SIGLES

LISTE DES GRAPHES, TABLEAUX ET FIGURES

PREAMBULE

INTRODUCTION

CHAPITRE I ANALYSE DU SECTEUR

1. LE CONTEXTE GENERAL

1.1.- Le Contexte Politique

1.2.- La Situation Economique

1.3.- Le Contexte Social

1.4.- Les Tendances Démographiques

1.5.- Le Secteur Eau et Assainissement du Milieu

2. LE PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET PROBLEMES DE SANTE

2.1.- La Santé de la Population Generale

2.2.- La Santé Maternelle

2.3.- La Santé des Enfants

2.4.- La Santé des Jeunes

3. L'OFFRE DE SERVICES

3.1.- L'accès aux Soins

3.2.- La Qualité des Services et Utilisations des Services

3.3.- Le Système Hospitalier

3.4.- Les Programmes

3.4.- La Promotion de la Santé

3.5.- Les Ressources pour la Santé

4. LES DEPENSES DE SANTE ET LE FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTE

- 4.1.- *Les Dépense de Santé*
- 4.2.- *L'Aide Extérieure au Secteur de la Santé*
- 4.3.- *Les Procédures Budgétaires du MSPP*
- 4.4.- *Le Financement des services de Santé*
- 4.5.- *Les Expérience Haïtiennes pour une Alternative au Système de Financement Actuel*

5. LA GOUVERNANCE DE L'AUTORITE SANITAIRE

- 5.1.- *La Régulation*
- 5.2.- *Le Processus Gestionnaire*
- 5.3. *Le partenariat et la coopération*

6. L'ETAT D'AVANCEMENT DES INITIATIVES MISES EN ŒUVRE DANS LE CADRE DE LA REFORME DU SECTEUR

- 6.1.- *La Décentralisation du système*
- 6.2.- *La Professionnalisation des soins de santé*
- 6.3.- *La Revitalisation et l'extension du réseau Hospitalier Public*
- 6.4.- *La modernisation du Système d'Information Sanitaire (SIS)*
- 6.5.- *Médicaments*

7. LISTE DES PROBLEMES PRIORISES

8. CONCLUSION

ABREVIATIONS ET SIGLES

ACDI :	Agence Canadienne de Développement International
ACP :	Afrique, Caraïbes, Pacifique (les pays de)
BID :	Banque Internationale de Développement
BIRD :	Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement
BIT :	Bureau International du Travail
BM :	Banque Mondiale
BONC :	Besoins Obstétricaux Non Couverts
CAMEP :	Centrale Autonome Métropolitaine d'Eau Potable
CASEC :	Conseil d'Administration de la Section Communale
CCC :	Communication pour le Changement de Comportement
CCM :	Country Coordinating Mechanism
CECI :	Centre d'Etudes et de Coopération Internationale
CLS :	Comité Local de Santé
BGF :	Bureau de Gestion des Fonds
BRH :	Banque de la République d'Haïti
CHOSCAL :	Centre Hospitalier Ste Catherine Labouré
CIFAS :	Centre d'Information et de Formation en Administration de la Santé
DCP-CSC :	Direction Centrale de Pharmacie et de Contrôle des Substances Chimiques
DDRH :	Direction de Développement des Ressources Humaines
DHP :	Direction d'Hygiène Publique
DOSS :	Direction d'Organisation des Services de Santé
DPCE :	Direction de Planification et de Coopération Externe
ECHO :	European Commission Humanitarian Office
ECVH :	Enquête sur les Conditions de Vie en Haïti
EDH :	Electricité d'Haïti
EMMUS :	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (2000)
FDCHC :	Fonds de Contrepartie Haïti/Canada
FMI :	Fonds Monétaire International
FSE :	Fonds Santé/Education
GAVI :	Global Alliance of Vaccine and Immunization
GRET :	Groupe de Recherche et d'Echanges Technologiques
GSP :	Groupe Santé Plus
HCR :	Hôpital Communautaire de Référence
HUEH :	Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti
IBESR :	Institut du Bien Etre Sociale et de Recherche
IEC :	Information, Education et Communication
IDA :	International Development Agency
IHSI :	Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique
ISF :	Indice Synthétique de la Fécondité
IST :	Infections Sexuellement Transmissibles
MAS :	Ministère des Affaires Sociales
MCFDF :	Ministère à la Condition Féminine et aux Droits de la Femme
MDE :	Ministère de l'Environnement

MEF :	Ministère de l' Economie et des Finances
MENJS :	Ministère de l' Education Nationale, de la Jeunesse et des Sports
MSPP :	Ministère de la Santé Publique et de la Population
MTPTC :	Ministère des Travaux Publiques, Transports et Communications
OEA :	Organisation des Etats d' Amérique
OFATMA :	Office d' Assurance Accidents du Travail, Maladie et Maternité
ONA :	Office National d' Assurance
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ONU :	Organisation des Nations Unies
OPS/OMS :	Organisation Pan Américaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé
PALIH :	Projet d' Appui à la Lutte contre les IST/VIH
PCGE :	Prise en Charge Globale de l'Enfant
PCIME :	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PIB :	Produit Intérieur Brut
PMS :	Paquet Minimum de Services
PNB :	Produit National Brut
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
POCHEP :	Poste Communautaire d'Hygiène et d' Eau Potable
PRGF :	Poverty Reduction and Growth Facility
PROMESS :	Programme de Médicaments Essentiels
PVVIH :	Personne Vivant avec le Virus d'Immunodéficience Humain
SIDA :	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
SIS :	Système d'Information Sanitaire
SMI :	Santé Materno- Infantile
SSPE :	Services de Santé de Premier Echelon
TFGI :	The Futures Group International
TNN :	Tétanos Néo-Natal
UCS :	Unité Communale de Santé
UE :	Union Européenne
UNFPA :	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID :	United States Agency for International Development
VIH :	Virus d'Immunodéficience Humain

LISTE DES GRAPHES, TABLEAUX ET FIGURES

Taux d'inflation, Glissement annuel en pourcentage

Déciles de revenu total des ménages dans les lieux de résidence

Dépenses globales de l'Etat

Découpage Administratif

Pyramide des Ages (population totale) 2000

Pyramide des Ages, Population Urbaine 2002

Pyramide des Ages, Population Rurale 2002

Enfants et Jeunes, 2003

Population en âge de procréer, 2003

Personnes âgées de 50 ans et plus

Répartition de la Population, 2003

Treize Premières Causes de Mortalité en Haïti en 2000

Comparaison de l'évolution de la Mortalité Maternelle en Haïti et certains Pays

Réduction de la Mortalité chez les enfants en Haïti, 1990

Surveillance Sentinelle, Haïti, 1997-1999

Cas de Meningococcémie notifiés à travers le système de surveillance sentinelle, Haïti 1996-1998

Représentation simplifiée du microsystème des UCS

Distribution des infrastructures de santé par département géographique

Fonctionnement des Hôpitaux

 Offre des services, Management, Gestion Administrative et Financière,

 Les Services Généraux, Infrastructure et Equipements

Quelques Données Comparatives sur les ressources

Parts relatives par Sources de Financement dans les Dépenses Totales de Santé

Part Relative des Sources de Financement des Dépenses Totales de Santé dans le PIB

Ministère de la Santé et de la Population, Dépenses à prix constants, 1996

Répartition des Dépenses, MSPP

Pourcentage du Budget de Consommation à la Santé (par quintile)

Distribution des Dépenses de Santé des Ménages

Aide Externe Décaissée par Secteur

PREAMBULE

En juin 1996, le Gouvernement de la République d'Haïti a publié une politique sectorielle de la santé, afin de résoudre les problèmes prioritaires de santé du pays. Cette politique de santé qui se fonde sur les principes des soins de santé Primaires (SSP), se propose de :

« Traduire dans les faits la volonté de répondre à la requête du peuple haïtien en matière d'équité, de justice sociale et de solidarité, permettre l'accès aux services de santé préventifs et curatifs et aux services d'eau et d'assainissement, favoriser la mise en place de structures permettant la participation communautaire au niveau de la planification et de l'exécution des activités de santé ainsi que de la gestion des ressources.»

Le but de la réforme exprimé dans la dernière version de politique de santé et repris dans différents autres documents, est d'améliorer de manière durable l'état de santé de la population en misant sur une approche qui privilégie l'équité, l'efficacité et la participation citoyenne. Ces trois objectifs qui correspondent d'ailleurs à des dénominateurs communs aux réformes engagées un peu partout, tentent d'apporter une réponse appropriée à la problématique de la situation sanitaire actuelle caractérisée par des taux élevés de morbi-mortalité, et par une faible accessibilité à des services de santé de qualité insuffisante.

Pour atteindre l'objectif d'équité, la stratégie proposée par la réforme vise à garantir à l'ensemble de la population, sans exclusion aucune, l'accès à un paquet minimum de services (PMS) qui devrait être offert au niveau des Unités Communales de santé (UCS). Ce PMS est motivé par l'ambition de fournir une palette de soins de santé essentiels, préventifs, curatifs et promotionnels, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles.

Pour atteindre l'objectif d'efficacité, les stratégies proposées par la réforme visent :

- la mise en réseau, au niveau local, des institutions sanitaires afin de réaliser des synergies entre les établissements sanitaires et d'organiser la complémentarité des interventions ;
- la rationalisation de la carte sanitaire ;
- la restructuration des établissements sanitaires afin d'en améliorer la gestion;
- le renforcement des capacités administratives et de gestion au niveau central.

La préoccupation en terme d'efficacité se traduit par des recommandations récurrentes d'une meilleure utilisation des ressources disponibles en vue de garantir de bons résultats sur le plan de la santé et d'assurer la satisfaction des consommateurs.

La participation communautaire est au cœur de ce processus de réforme. Les unités décentralisées dites UCS, considérées comme réponse aux problèmes d'organisation du secteur, comme moyen pour renforcer la coordination, sont aussi proposées comme outil majeur pour favoriser la participation de la population.

INTRODUCTION

Vingt cinq ans après l'adhésion d'Haïti aux résolutions de la Conférence d'Alma-Ata (URSS, 1978) et à l'objectif mondial « Santé Pour Tous », la situation sanitaire du peuple Haïtien se caractérise essentiellement par sa précarité.

Cette précarité, reflet de conditions socio-économiques tout aussi difficiles, résulte de multiples causes inter reliées : situation politique, situation économique précaire, insuffisance des ressources, insuffisance organisationnelle du système de soins de santé.

Le siècle dernier a été caractérisé, dans le cadre de la lutte contre la maladie, par d'importants progrès scientifiques et technologiques dans le domaine des sciences médicales et des disciplines connexes. Ces progrès ont permis un recul considérable de la morbidité et de la mortalité dans les pays industrialisés, les pays en voie de développement tel que le nôtre en ont moins profité.

Le gouvernement de la République d'Haïti, conformément à son Programme Economique et Social 2001-2006, s'est engagé à pourvoir des soins de santé à toutes les catégories sociales de la population sur l'ensemble des 565 sections communales du pays. Cette démarche politique est sous-tendue par une volonté de promouvoir le Partenariat secteur public - secteur privé, la Décentralisation et la Participation communautaire. Après l'élaboration du *Plan d'Actions prioritaires et de mesures préparatoires au renforcement du système 2001-2002*, et l'*Agenda pour l'Action 2002-2003*, le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), instrument de l'appareil d'Etat chargé de la gestion du secteur santé, se propose de doter le secteur d'un *Plan Stratégique national pour la Réforme du Secteur Santé (Octobre 2003 - Septembre 2008)*. Cette initiative représente une étape déterminante d'ouverture et de consolidation de cette pratique de planification concertée qui a guidé la préparation des plans antérieurs. Elle s'inscrit également dans un cadre international plus large, qui réfère aux Objectifs du Millenium pour le développement selon les termes de la déclaration approuvée par les Chefs d'État et de Gouvernements en l'an 2000 dont les objectifs sont :

- Éliminer la pauvreté et la faim,
- Réaliser l'éducation primaire universelle,
- Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes,
- Réduire la mortalité infantile,
- Améliorer la santé maternelle,
- Combattre le VIH-SIDA, paludisme et autres maladies,
- Assurer un environnement viable,
- Créer un partenariat mondial pour le développement.

Le Ministère de la Santé Publique est conscient de la nécessité d'avoir une vision stratégique à long terme qui doit s'exprimer dans un processus de planification méthodique, permettant une allocation équitable et transparente des ressources.

1 METHODOLOGIE

Cette démarche propose un certain nombre d'innovations au processus de planification stratégique :

- Elle s'articule avec la Politique Générale du Gouvernement qui fait de la santé UNE PRIORITE NATIONALE.
- Elle propose une démarche participative large impliquant non seulement les acteurs du secteur de la santé (secteur public, secteur privé, médecine traditionnelle), mais aussi les autres secteurs et des représentants de la société civile et de la population.
- Elle permet une démarche cohérente allant de la définition des problèmes essentiels construite à partir d'une analyse partagée, au choix transparent d'axes d'interventions techniquement valables et faisables.
- Elle cherche à renforcer la complémentarité entre le niveau central qui doit jouer son rôle de phare technique dans les interventions proposées et le niveau périphérique qui doit évaluer leur faisabilité opérationnelle et assurer le suivi de ces interventions.
- Elle préconise l'approche intersectorielle, car de nombreux secteurs tels : l'éducation, l'économie, l'environnement et les infrastructures ont une influence déterminante sur la santé de la population.
- Elle implique la définition d'un processus de suivi et de contrôle de l'application du plan.

2 LOGIQUE DU PLAN

Le plan constitue un cadre cohérent et consensuel du développement sanitaire national sur un horizon de 5 ans, dans lequel se reconnaissent tous les partenaires intervenant dans son financement et sa mise en œuvre. C'est la concrétisation de la vision et de l'aboutissement d'une réflexion prospective touchant toutes les préoccupations actuelles ou prévisibles en matière de santé et de population. Il a été conduit avec la participation de tous les acteurs. Il servira de cadre d'intervention à tous les partenaires du secteur.

Il prolonge les politiques sectorielles du Ministère de la santé publique, et permet de consolider les acquis en tenant compte des préoccupations émergentes telles que l'approche genre, et la lutte contre la pauvreté, en s'inscrivant dans les grands objectifs du Millenium.

Il s'appuie sur des éléments d'une carte sanitaire élaborée dans le but d'harmoniser et de rationaliser le développement des services sur l'ensemble du territoire national.

Les plans opérationnels seront d'actualité compte tenu du contexte de la décentralisation territoriale. Ils prolongeront ce plan directeur national qui leur servira de support d'élaboration. Il en est de même pour l'élaboration des plans spécifiques du niveau central et l'analyse organisationnelle du MSPP.

La planification du secteur des hôpitaux s'appuiera sur un schéma directeur hospitalier. Chaque hôpital élaborera également son projet d'établissement.

Durant toute son élaboration, la faisabilité technique, financière et institutionnelle des options stratégiques définies a fait l'objet de réflexions approfondies pour garantir au plan les meilleures chances de réussite.

Sa mise en œuvre cohérente dépendra de la disponibilité à temps des ressources requises et de la mise en place d'un environnement institutionnel adéquat.

C'est pourquoi, ces éléments seront au cœur de l'élaboration du programme sectoriel d'investissement.

CHAPITRE I ANALYSE

L'analyse de la situation s'intéresse au contexte dans lequel se déroule l'action sanitaire, afin d'établir le lien entre la problématique sanitaire, l'offre de service et la situation politique, économique et sociale du pays.

L'analyse de la situation est faite selon une grille d'analyse adaptée du « methodological guidelines for sectoral analysis in health ». Dans un premier temps elle fait état du contexte politique, économique et social du pays, en mettant en évidence les facteurs qui influencent la situation sanitaire. Dans un deuxième temps, elle présente les données relatives à l'état de santé de la population, et la réponse que le système apporte aux besoins de santé exprimés.

1. CONTEXTE GENERAL

1.1.- Contexte Politique

Avec les élections du 16 décembre 1990, le pays a pris une option irréversible pour la démocratie et le progrès économique et social ce qui constitue une rupture avec une histoire de dictatures violentes au service d'une minorité. Les espoirs suscités par l'arrivée au Pouvoir du Président Jean Bertrand Aristide se sont vite estompés par un coup d'Etat sept mois après son investiture. L'opposition quasi unanime à l'interruption de la construction démocratique en Haïti a abouti après 3 ans de lutte au retour à l'ordre constitutionnel.

En 1996 on a assisté pour la première fois en Haïti à une passation pacifique des pouvoirs entre deux présidents. Depuis les efforts pour la réforme de l'appareil étatique dominé par une tradition de centralisation et d'autoritarisme se sont heurtés à de fortes résistances¹. L'exercice du pouvoir au cours de ces dix dernières années est caractérisé par la difficulté de rendre opérationnel le projet de société prévu par la constitution de 1987. Les craintes, concernant le retour d'un pouvoir autocratique, ont porté les constituants à placer des verrous au sein de la constitution qui la rendent presque inapplicable si on tient compte, entre autres, du poids des traditions politiques et de la multiplicité des structures qu'elle prévoit.

Les retards séculaires résultant de la mauvaise gestion de la chose publique ont eu des répercussions incommensurables sur la fondation du nouvel Etat démocratique tant attendu par les citoyens. L'appauvrissement continu du pays, la dégradation de l'environnement, la rareté des ressources humaines qualifiées ont constitué une entrave à toute réponse célère aux urgences exprimées par la population.

Durant la période 1995 - 2000 on a assisté au blocage de l'action gouvernementale par une opposition systématique du corps législatif peu rompu à l'exercice parlementaire.

¹ LARD TASK FORCE Analyse de la situation en Haïti 1997.

Ceci a empêché la mise en place des bases d'un Etat moderne pouvant compter sur des institutions stables, un cadre macroéconomique sûr et des infrastructures facilitant l'investissement et le développement du commerce.

Toutefois cette dernière décennie a vu naître en Haïti une nouvelle approche dans la gestion de la chose publique. Le programme du gouvernement axé sur son livre blanc « **Investir dans l'Humain** » devrait prendre en compte les besoins fondamentaux de la population dans une perspective de développement durable. Sa mise en œuvre doit aboutir à l'élargissement du champ des possibilités de l'être humain lui permettant d'avoir une vie saine, l'accès à l'éducation et aux ressources².

La lutte contre la pauvreté est inscrite dans l'agenda du gouvernement selon une perspective de résolution à court et à moyen termes. L'approche à court terme regroupe un ensemble d'interventions ciblant **l'emploi** à travers les travaux de construction d'infrastructures publiques mobilisant une forte concentration de main d'œuvre non qualifiée, le **logement, la formation professionnelle, l'encadrement des artisans**³. L'approche à moyen terme consiste : à **réduire les sources d'inégalité** que sont l'accès à l'éducation et à la santé, à **promouvoir la décentralisation** et à **mettre en place** une politique d'augmentation de la production nationale.

La protection sociale est incluse dans le programme économique et social de l'Organisation Fanmi Lavas. Il s'agit d'un des axes stratégiques de ce programme qui envisage la mise en place d'un filet de protection sociale en commençant par les groupes les plus défavorisés et les plus vulnérables de la population⁴. Les initiatives prises dans ce secteur touchent jusqu'à présent une faible frange de la population et les actions ne sont pas réalisées de façon synergique.

L'opinion publique influence de façon certaine la prise des décisions majeures. Elle se manifeste d'une part à travers la liberté d'expression et d'association et d'autre part par les structures de participation que sont les assemblées des collectivités territoriales.

Depuis le retour à l'ordre constitutionnel la violence ne constitue plus un outil de l'appareil étatique. Elle existe à un certain degré et se manifeste soit à travers des actes de banditisme soit à cause de la défaillance du système judiciaire.

Actuellement la situation politique est dominée par une crise issue de la contestation des élections législatives de mai 2000. Cette situation qui perdure tend à polariser la société haïtienne et à retarder la mise en place de politiques publiques pouvant résoudre les problèmes fondamentaux du pays tels : le besoin de justice et de sécurité, l'étendue et l'impact de la pauvreté, la protection de l'environnement, l'adoption d'un pacte social basé sur les valeurs visant le bien-être de la population⁵

² Aristide, J.B 1999 Investir dans l'Humain.

³³ L'encadrement des pêcheurs dans le cadre de la coopération cubaine, formation de technicien, réforme agraire dans la vallée de l'Artibonite et dans la plaine de Maribarou.

⁴ In Programme Economique et Social, Organisation Fanmi Lavalas, 2000.

⁵ Bilan commun de Pays, Gouvernement Haïtien et système des Nations Unies.

1.2 La Situation Economique

1.2.1. Le Cadre Macro-économique.

Depuis 1994, l'Etat haïtien a signé des accords avec le Fonds Monétaire International (FMI) pour équilibrer les finances publiques, renforcer la position extérieure d'Haïti, maîtriser l'inflation, entreprendre la reconstruction des infrastructures économiques et sociales de base et renforcer les institutions existantes. Ces programmes ont donné de relativement bons résultats entre 1997 et 1999. Depuis 1998, les autorités monétaires et financières haïtiennes ont mis sur pied des programmes relais suivis par le FMI (Staff-Monitored Programs) non appuyés par des financements externes. Les indicateurs de performance de ces programmes sont mitigés. En juin 2003, le gouvernement haïtien a présenté au FMI un nouveau programme-relais économique et financier d'une année (avril 2003 à mars 2004) et demandé l'appui du FMI dans le suivi du programme. Ce programme d'un an est axé sur :

- une maîtrise du déficit budgétaire (passant de G 3 à 1.2 milliards ou 1.9% du PIB) ;
- une maîtrise des dépenses publiques ;
- une reprise de la croissance du PIB (0.7% en 2002/03 et 1.0% en 2003/04) ;
- une augmentation des recettes fiscales ;
- une augmentation des taux d'intérêt et émission de bons d'Etat. Ces trois dernières stratégies traduisant une nette diminution du recours à la Banque Centrale pour financer le déficit de l'Etat ;
 - une baisse de l'inflation de 29% sur le premier semestre à 12% sur le second semestre sept. (2003 à mars 2004).

Au terme de cette année, l'atteinte présumée des objectifs devrait donner à Haïti l'occasion de bénéficier du programme de Poverty Reduction and Growth Facility⁶ (PRGF), pour lequel le pays est éligible, sur base du Poverty Reduction and Strategic Paper (non encore rédigé). Malgré les mesures prises, l'atteinte des objectifs de l'année 2002/03 s'avère plus difficile que prévu, en particulier parce que le financement externe de la dette est inférieur aux prévisions, et parce que les dépenses publiques du premier trimestre sont supérieures aux prévisions.

1.2.2. Indicateurs Macro-économiques et Perspectives.

Le Produit Intérieur Brut (PIB) a affiché un taux de croissance annuelle décroissant entre 1993-94 et 1999-00 (de 7.3% à 0.9%). Depuis, la croissance annuelle du PIB est négative (-1.1% en 2000-01 et -0.9% en 2001-02). Le gouvernement espère sortir de la récession pour l'année 2002-2003 en atteignant au moins le niveau de croissance de l'année 1999-2000. Le PIB annuel par habitant est passé sous la barre des US\$400 en 2001-02 (prix courants) ; il a augmenté de US\$255 en 1993-94 (son niveau le plus bas au cours des 9 dernières années) jusqu'à US\$525 en 1998-99 avant de décroître au cours des 3 dernières années. La croissance du PIB par habitant à prix constants affiche une tendance négative depuis 1999-00 (-1.1%), confirmée en 2001-02 (-3.2%), reflétant les mauvaises

⁶ Ce programme est destiné aux pays à faible revenu et propose des prêts contribuant à la lutte contre la pauvreté et à la promotion de la croissance économique, en général sur base contractuelle de trois ans. Les conditions sont des taux d'intérêt de 0.5%, avec des remboursements semi-annuels, s'échelonnant entre 5.5 et 10 ans après le déboursement.

performances de l'économie et la pression démographique. Pour les années à venir, le gouvernement tente une relance de la croissance, basée sur la relance du tourisme, de l'industrie d'assemblage et agro-alimentaire. Cette politique est accompagnée par le nouveau code d'investissement et les lois sur les zones franches.

1.2.3. Contribution des Différents Secteurs au PIB⁷.

La contribution du secteur primaire dans le PIB a progressivement diminué de 31% en 1987-88 à 26% en 2001-02, et la contribution du secteur secondaire est passée de 23% à 16% entre les mêmes années. Le secteur tertiaire a pris une part relative plus importante passant de 41% en 1987-88 à 51% en 2001-02.

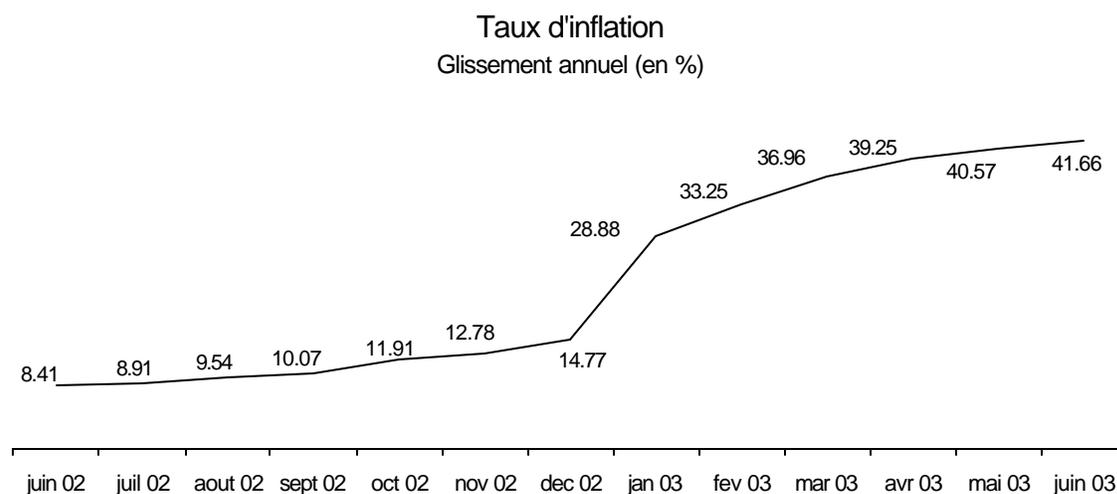
1.2.4. Taux d'Inflation.

Mesuré en glissement annuel, le taux d'inflation a montré une forte tendance à la baisse sur les dix dernières années, depuis son taux de 40% en 1993-94 jusqu'en 1998-99 (seule année où il est descendu sous la barre des 10% : il atteignait les 8%). Ces trois dernières années, il a remonté jusqu'à atteindre 17% en 2000-01, pour redescendre en 2001-02 à 9%. La hausse des produits pétroliers en 2003 a provoqué une hausse de l'inflation de 42% (glissement annuel de juillet 2002 à juillet 2003). Dans sa lettre d'intention au FMI, le gouvernement s'engage à maîtriser l'inflation autour de 10% dans le prochain semestre (octobre 2003 à mars 2004).

1.2.5. Indice des Prix à la Consommation.

Suite à la hausse des produits pétroliers du début de l'année 2003, l'indice des prix à la consommation indique que toutes les catégories de biens ont vu leurs prix s'envoler au début de l'année 2003 : en glissement annuel (juin 2003 – BRH), le prix du « transport » a augmenté de 111.5%, le prix du « logement » de 35.7%, le prix de l' « alimentation » de 39.5, celui de la « santé » de 37.6%, le prix des autres biens et services ayant augmenté d'au moins 30%, excepté les dépenses liées aux « loisirs, spectacles, enseignement et culture » (+24.8%). En particulier, le prix des « médicaments » a augmenté de 7.5% entre mars et juin 2003, et le prix des « examens de diagnostic » (laboratoire et radiographie) de 10.5%.

Source : Institut Haïtien de Statistiques et Informatiques (IHSI), 2003.



1.2.6. Taux de Change.

En 1994-95, la reprise massive de l'aide externe (en appui à la balance des paiements et au budget d'Etat) avait permis à la Banque Centrale d'atteindre un niveau de réserves en devises élevé ; ces réserves avaient permis de jouer un rôle dans le contrôle des changes et la stabilisation des prix ; entre 1995-96 et 1999-00 (5 ans), la dépréciation de la Gourde n'était que de 8.2% pour la période). Entre octobre 2002 et juillet 2003, la dépréciation s'est poursuivie à un rythme élevé (-39%). Depuis mars 2003, suite aux interventions massives de la BRH sur le marché des changes, l'emballement du taux de change s'est sensiblement amoindri, et la Gourde est plus ou moins revenue à son cours de début d'année. L'impact de la dépréciation de la Gourde sur le pouvoir d'achat de la population est toutefois considérable, étant donné la proportion élevée des importations dans l'offre globale (53% en 2000-01 et 2001-02).

1.2.7.- Les Taxes.

La fiscalité en Haïti repose davantage sur la fiscalité indirecte depuis la libéralisation de l'économie en 1986 que sur les revenus et les bénéfices. Suite à la baisse de la production locale et à la hausse des importations dans l'offre globale au cours des douze dernières années, les impôts indirects à la consommation (TCA⁸, accises, recettes douanières) constituent la principale recette publique (environ 65% des recettes). L'impôt sur le revenu est progressif et s'applique par tranche de revenus ; avec l'impôt sur les bénéfices, il représente environ 20% des recettes. Les autres recettes représentent à peu près 15%. La pression fiscale actuelle s'élève à environ 7-8%, par rapport à une pression fiscale optimale de 12%. Une forte évasion fiscale, la faible formation des agents de collecte de l'impôt, la régression du PIB, ainsi que l'expansion du secteur informel expliquent la différence entre pression fiscale optimale et actuelle.

Au cours des trois dernières années, la politique fiscale de l'Etat haïtien, dans un contexte de rareté de l'assistance externe, n'a pas atteint les résultats escomptés ; ceci a profondément affecté la politique monétaire du pays, qui a dû recourir aux réserves de la banque centrale et à un accroissement de la masse monétaire pour couvrir le déficit de l'Etat.

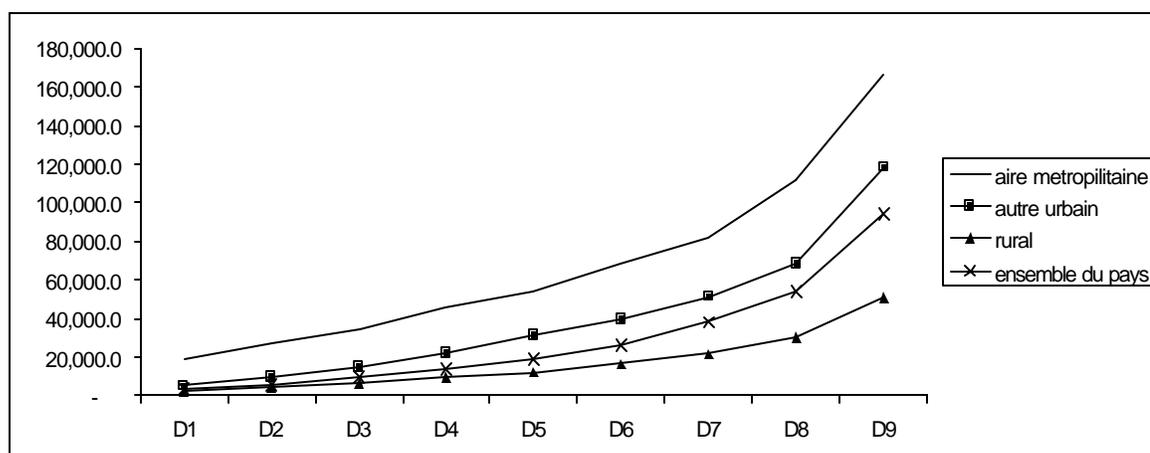
1.2.8.- Revenus des ménages et seuil de pauvreté

Selon l'enquête budget-consommation des ménages (IHSI, 1999-2000), le revenu annuel moyen des ménages s'élève à 44,400 Gourdes ; cependant, le revenu médian s'élève à 19,080 Gourdes. Les revenus varient grandement par aire de résidence : en aire métropolitaine le revenu moyen est de 90,026 Gourdes, en villes de province il est de 62,191 Gourdes et en zone rurale, il est de 26,060 Gourdes. Le revenu annuel par ménage le plus élevé correspond à Gourdes 166,213 en aire métropolitaine, et le revenu annuel par ménage le plus bas s'élève à Gourdes 2,500 en zone rurale. Ces différences reflètent de grandes inégalités dans la distribution des revenus : le coefficient de Gini⁹ s'élève pour

⁸ TCA Taxe sur le Chiffre d'Affaires

⁹ Le coefficient de Gini est une mesure de concentration des revenus. Le coefficient est compris entre 0 et 1 : plus il est proche de 0, moins il y a d'inégalités, et plus il est proche de 1, plus les inégalités sont grandes. Le coefficient permet également de mesurer la part des revenus détenus par tranche de revenus.

l'ensemble du pays à 0.63 : la part des revenus pour les deux premiers déciles (les plus pauvres) s'élève à 1.4% contre 68% pour les deux derniers déciles (les plus riches).



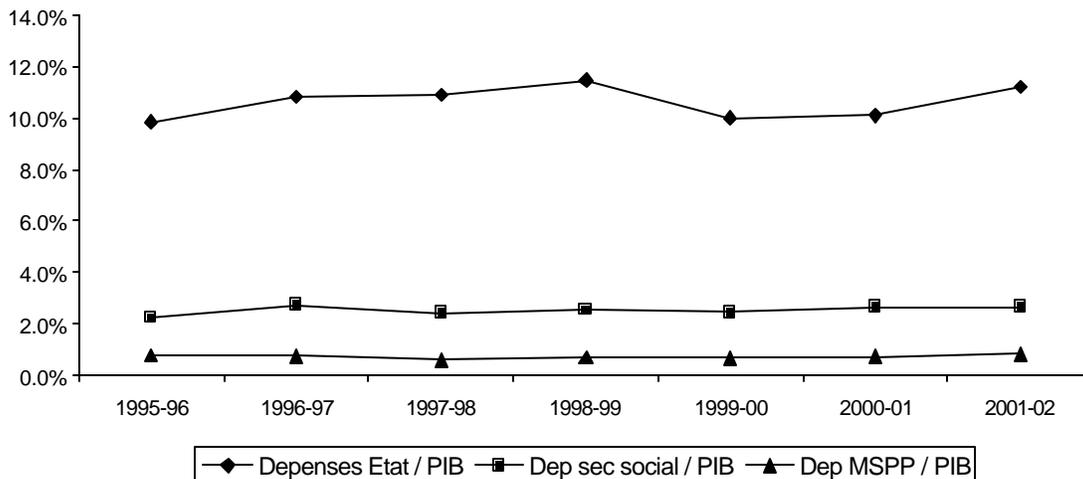
Source : Institut Haïtien de Statistiques et Informatiques (IHSI), 2003. Enquête Budget-Consommation des Ménages, 1999-2000, IHSI. Déciles du revenu total des ménages dans les milieux de résidence (en Gourdes).

Le seuil de pauvreté relative des ménages est estimé à un niveau de revenu inférieur ou égal à Gourdes 2,951 par an ; dans l'ensemble du pays, 28.8% des ménages vivent en situation de pauvreté relative. Les disparités sont fortes entre le milieu rural où près de 40% des ménages sont pauvres (avec un seuil de pauvreté relative équivalent à Gourdes 1,952), par rapport à 3.0% en aire métropolitaine (avec un seuil de pauvreté relative équivalent à Gourdes 8,636), et 18.1% en zone urbaine de province (avec un seuil de pauvreté relative équivalent à Gourdes 4,569). Les ménages les plus pauvres sont ceux dont le chef de ménage est une femme seule.

1.2.9.- Dépenses de l'Etat.

Les dépenses globales de l'Etat, les dépenses publiques liées au secteur social, et les dépenses du MSPP en termes du PIB sont restées relativement stables au cours des sept dernières années. Les dépenses globales ont varié entre 9.9% (1995-96) et 11.5% (1998-99) du PIB, avec une légère baisse en 1999-00 (10.0%) et 2000-01 (10.1%); les dépenses publiques liées au secteur social ont varié entre 2.3% (1995-96) et 2.7% (2001-02), et les dépenses du MSPP entre 0.6% (1997-98) et 0.8% (2001-2002). Les efforts consentis dans la maîtrise des finances publiques se sont faits au détriment des investissements. Le taux global de réalisation des dépenses publiques s'élevait à 77.8% en 2001-02 ; le secteur social a un taux de réalisation de 60.9%, et le MSPP un taux de 66.1% (similaire aux taux du secteur culturel, du pouvoir législatif, du pouvoir judiciaire et des organismes indépendants); le secteur économique a un taux de réalisation de 39.5%, et le secteur politique¹⁰, un taux de 123.1%.

¹⁰ Le pays a connu deux élections durant cette période.



Source : Institut Haïtien de Statistiques et Informatiques (IHSI), 2003.

Au vu des ces chiffres, il est juste de dire que la priorité donnée au secteur social et au MSPP est maintenue, mais non accrue. Les taux de réalisation (hormis pour l'année 1997-98) n'indiquent pas de rationnement particulier sur ces deux lignes.

1.2.10.- Déficit Budgétaire de l'Etat.

Depuis 1990-91, au cours des 12 dernières années, et en termes nominaux, le déficit de l'Etat s'est considérablement aggravé, bien qu'ayant connu trois années de relative stabilité, avant de plonger à un niveau 36 fois inférieur à sa meilleure performance en 1990-91 (soit 0,61% du PIB). En 2001-02, le déficit reporté est de Gourdes 3,150 milliards, soit 3.4% (est.) du PIB ; le déficit public est financé en général par la BRH (sauf en 1994-95 où le financement externe net a épongé le déficit) ; depuis 1998-99, le financement du déficit repose exclusivement sur les ressources internes (BRH –à hauteur de 83 à 93%- et autres dettes). Les prévisions pour 2002/03 révisées après le 1er semestre indiquent un déficit équivalent à 4.1% du PIB. Les dépenses publiques ont été constamment supérieures aux recettes sur la période. Au cours de ces trois dernières années, le ralentissement de l'augmentation annuelle moyenne des recettes, accompagné de la faiblesse de l'assistance externe et de l'augmentation globale des dépenses, a aggravé le déficit de l'Etat.

1.2.11.- Balance Commerciale.

Durant la dernière décennie et en termes réels, les importations ont augmenté en moyenne de 16.5% par an, par rapport à une augmentation moyenne des exportations de 7.3% par an sur la même période : l'insuffisance de la production intérieure par rapport à la demande, notamment de biens alimentaires a été compensée par une hausse des importations. La contraction de la production intérieure a donné lieu à une croissance des exportations plus faible que celle des importations; le volume des exportations représente entre 26 et 47% des importations au cours des douze dernières années. En 2000-01 et 2001-02, le volume d'importations (p constants) a diminué (respectivement –3.5% et –0.8%), et le volume des exportations a enregistré une baisse annuelle respectivement de –

3.2% et -2.9%. En 2001-02, les exportations représentent 35% des importations. La balance commerciale est déficitaire au cours des 12 dernières années ; ce déficit a quadruplé entre 1989-90 et 2001-02 (p constants), mais a pu être réduit depuis 1999-00 ; il s'est stabilisé en 2001-02, autour de Gourdes 21.8 milliards (p courants), ce qui représente 24% du PIB (p courants).

1.2.12.- Balance des Paiements

La balance des paiements enregistre des résultats variables, largement tributaires des transferts (provenant de l'aide externe et des émigrés). Les déficits enregistrés sont nettement moins importants que ceux de la balance commerciale ; ils sont financés principalement sur les avoirs de réserve (devises – BRH) et dans une moindre mesure par la variation des arriérés de paiement. En 2002, la balance des paiements enregistre le plus grave déficit des dix dernières années (US\$79.7 millions), à un moment où ses réserves en devises sont presque à leur niveau le plus bas (sur les dix dernières années : US\$75.2 millions en 2001-02, vs. US\$42.4 millions en 1993-94).

1.2.13.- Marché du Travail.

La taille de la population en âge de travailler comprend la population des personnes âgées de 10 ans et plus, ce qui biaise beaucoup les taux de chômage calculés sur ces bases (en effet, la population des 10-19 ans introduit un biais énorme, car leur taux d'activité est très bas). Le taux d'activité net (rapport entre les actifs occupés plus les chômeurs à la population en âge de travailler -10 ans et plus) s'élève à 54.5% en 1999-00¹¹.

1.2.14.- La Dette Externe.

La dette externe du secteur public s'élevait à US\$ 1,211.90 millions en 2002, répartie entre les créanciers bilatéraux (15.60% de la dette) et les multilatéraux (83.22%), le reste étant constitué d'arriérés (4.08%) et de réaménagement de la dette (1.18%). Les principaux créanciers sont la BIRD/IDA (40.9% de la dette) et la BID (35.5%). Entre 1995 et 2002 (8 ans), la dette a augmenté de 35%¹² (p courants US\$), et son augmentation la plus forte date de 1997 (augmentation annuelle de 12.1%).

1.2.15.- Offre monétaire globale

Entre 1996 et 2002, l'offre monétaire globale a augmenté de 162%, soit une augmentation annuelle comprise entre 5 et 17%, excepté en 2000, où elle a augmenté de 37%¹³. Cette augmentation est due en partie à l'émission de bons BRH et à l'augmentation de monnaie fiduciaire. En 2002, le crédit à l'Etat constitue 40.5% de l'offre monétaire globale, niveau comparable à celui de 1996 (vs. 31 à 33% entre 1997 et 2000). La hausse de demande de crédit pour le secteur public durant ces deux dernières années s'est faite au détriment du crédit au secteur privé (passé de 60% entre 1997 et 2000 à 50% ces deux dernières années).

1.2.16.- Réserves nettes de change

¹¹ Source Enquête Budget Consommation des Ménages, 1999-2000

¹² Elle s'élevait à US\$ 897.5 mio en 1995

¹³ Le programme financier de 1996 retenait une croissance annuelle de l'offre monétaire de 13%.

Les réserves nettes de change ont fortement augmenté depuis 1993-94, suite à la reprise massive de l'aide externe (en appui à la balance des paiements et au budget d'Etat). Leur niveau maximum est enregistré en juin 1999 (US\$224.60 millions). Depuis septembre 2002, leur niveau a considérablement diminué (US\$75.20 millions en sept. 2002, US\$24 millions en février 2003) ; le rôle de la BRH dans le contrôle des changes reste cependant significatif au cours de l'année 2003.

1.2.17.- Influence de l'Economie sur le Secteur Santé.

On observe une augmentation du coût des services de santé (service, matériels médicaux et médicaments). Vu que la majorité des produits médicaux et pharmaceutiques sont achetés à l'étranger, la variation de la devise et le taux d'inflation rendent l'accès universel aux soins de santé difficile.

Conclusion Au cours des douze dernières années la situation générale en République d'Haïti a connu plusieurs retournements, dont une économie en déclin, suivie d'une relance de 1995-96 à 1999-00, brutalement interrompue par la crise politique marquée par les élections de mai 2000. Une des mesures prises en 2003 a été de libéraliser le prix des produits pétroliers, ce qui a profondément affecté les conditions socio-économiques déjà précaires de la population ; désormais vulnérables aux fluctuations mondiales, la variation des prix pétroliers en Haïti reste un facteur important dans l'évolution du taux d'inflation. Dans les conditions économiques actuelles, l'Etat haïtien a fortement besoin de l'aide extérieure (*particulièrement celles des institutions financières*) pour permettre à son économie de subsister. L'évolution du contexte politique conditionne de façon non négligeable la reprise de l'économie. A ce jour, malgré une reprise partielle de l'aide internationale, la maîtrise des finances publiques reste de mise.

1.3. Le Contexte Social

1.3.1.- La Situation Géographique et l'Environnement Climatique.

La république d'Haïti occupe le tiers occidental de l'île d'Hispaniola, qu'elle partage avec la République Dominicaine. Elle se situe au centre de la région Caraïbe, à égale distance (1000 Km) de Miami, de Panama et de Bogota. Sa superficie est de 27 750 km², ce qui en fait le troisième plus grand pays des Caraïbes après Cuba et la République Dominicaine. C'est un pays montagneux, dont 60 % des terres présentent des pentes supérieures à 20 %. Les plaines, et plateaux, situées entre les massifs et sur le littoral, représentent moins de 30 % de la superficie. Le littoral s'étend sur 1 771 Km, avec un plateau continental d'à peine 5 000 Km².

Haïti, qui s'étend entre 18 et 20 degrés de latitude Nord, bénéficie d'un climat tropical. La pluviométrie annuelle, est très variable, passant de 400 mm dans certaines plaines à plus de 3 000 mm sur certains sommets, ce qui contribue à différencier si fortement les régions que l'on peut passer, en quelques kilomètres de plaines sèches évocatrices de zones subdésertiques à des rizières.

En milieu urbain, il y a prolifération de bidonvilles, suite à l'exode rural. L'insuffisance des systèmes de drainage des eaux de pluie dans la capitale – au bord de la mer et au pied de montagnes abruptes et dénudées - est à l'origine de fréquentes et graves inondations et/ou glissements de terrains pouvant entraîner d'importants dégâts matériels, voire des pertes en vies humaines. Les déficiences des systèmes d'évacuation des eaux usées, des excréments et des déchets solides, entraînent la contamination des sources d'eau et la prolifération des insectes et rongeurs. La pollution atmosphérique s'aggrave d'année en année, sous l'effet conjugué de l'utilisation du charbon de bois et de la croissance rapide et de la vétusté du parc automobile.

Haïti est très exposé aux catastrophes naturelles. De 1900 à ce jour, le pays a connu 16 Cyclones, plus de 25 inondations sectorielles, un séisme majeur et 7 sécheresses. Haïti est particulièrement vulnérable aux catastrophes naturelles en raison de la pauvreté et de l'explosion démographique. La conjonction de ces deux facteurs et l'anarchie qui règne dans la construction des logements (bassins versants, lits de rivières, falaises, type de matériaux utilisés) exposent leurs résidents à de graves dangers en cas de grosses précipitations, d'inondations ou tremblements de terres.

1.3.2.- Organisation Territoriale.

La République d'Haïti est divisée administrativement en 9 **départements** subdivisés en 41 arrondissements, 135 communes et 565 sections communales

Découpage Administratif

Département	Population 2003	Découpage administratif						Chef-lieu De département
		Arrondissements		Communes		Sections Communales		
		Nombre	Taille	Nombre	Taille	Nombre	Taille	
Artibonite	1 191 253	5	238 251	15	79 417	62	19 214	Gonaïves
Centre	575 013	4	143 753	12	47 918	35	16 429	Hinche
Grande-Anse	747 247	5	149 449	18	41 514	79	9 459	Jérémie
Nord	888 983	7	126 998	19	46 789	82	10 841	Cap-Haïtien
Nord-Est	289 205	4	72 301	13	22 247	36	8 033	Fort-Liberté
Nord-Ouest	497 830	3	165 943	10	49 783	40	12 765	Port de paix
Ouest	2 999 663	5	599 933	20	166 648	113	27 024	Port au Prince
Sud	759 345	5	151 869	18	42 186	69	11 005	Cayes
Sud-Est	528 183	3	176 061	10	52 818	49	11 004	Jacmel
Ensemble	8 476 722	41	206 749	135	63 735	565	15 110	

Source : Institut Haïtien de Statistiques et Informatiques (IHSD), 2003.

Conformément aux principes de la constitution promulguée en 1987, le cadre institutionnel de l'organisation territoriale est appelé à être remanié dans le sens d'une décentralisation avec trois niveaux de collectivités territoriales - le département, la commune et la section communale, doté chacun de deux organes (une assemblée et un conseil) - et la création d'un Conseil Inter-départemental comprenant un représentant de chaque département. Cette représentation égalitaire, indépendante du poids démographique et économique, vise à corriger l'excentricité et l'oubli dont souffrent les régions les moins favorisées. La constitution prévoit, parmi les prérogatives des collectivités territoriales, leur participation : à l'exercice du pouvoir exécutif sur les projets de développement et le financement local ; à la desserte des services publics. En fait, les collectivités territoriales ne sont pas encore fonctionnelles, faute de la mise en place des organes prévus (seul les conseils – CASEC et Mairie - ont été mis en place); et faute de l'existence / promulgation du cadre juridique et réglementaire de référence.

1.3.3.- Transports routiers et Communications.

Un important effort de désenclavement a été fait, qui s'est concentré sur **l'amélioration des liaisons inter-départementales** par la réfection de routes nationales, e.g: Port-au-Prince-Cayes-Jacmel ; Port au Prince-Gonaïves-Cap Haïtien ; et Port au Prince-Hinche. Mais dans l'ensemble, l'état de délabrement du réseau routier, combiné aux accidents du terrain, et aux déficiences des ouvrages de franchissement des cours d'eaux, rend la circulation des biens et des personnes pénible, excessivement coûteuse, et dépendant des conditions météorologiques.

En milieu rural, selon l'Enquête Morbidité, Mortalité et Utilisation des Services de Santé réalisée en 2000 (EMMUS-III), 43,8 % de la population vit dans des zones de montagne et réside dans une communauté dont la principale voie d'accès est une piste carrossable difficile (35,6 %) ou un sentier (8 %). **Les moyens de transports privés sont rares**, avec par ordre de fréquence décroissante : la mule ou le cheval, possédé(e) par moins d'un

quart des ménages (22,2 %) ; la bicyclette (13,1 %) ; la motocyclette ou moto (0,8 %) ; et la voiture ou camion (0,8 %). Même **les moyens de transports collectifs sont rares** : la moitié de la population (50,2 %) réside dans une communauté où il n'existe aucun moyen de transport.

En ce qui concerne le transport maritime, le cabotage assure un trafic important de biens (notamment du charbon de bois) et de personnes entre les villes de la région côtière (en particulier entre Port au prince et Jérémie), et entre celles-ci et les îles adjacentes (en particulier entre Carriès et l'Île de la Gônave ; et entre Port de Paix et l'Île de la tortue). Ce trafic non réglementé et mal organisé engendre beaucoup d'accidents occasionnant d'importantes pertes en vies humaines et en biens matériels.

Télécommunications. Le téléphone fonctionne de manière plus ou moins acceptable dans les principales villes ; le reste du pays dépend d'aléatoires liaisons radios. Un ménage sur sept (13,4 %) a le téléphone dans l'aire métropolitaine ; un sur 19 (5,3 %) a le téléphone dans les autres centres urbains. L'accessibilité de l'information diffusée par les **médias de communications** – journaux, radio et télévision – varie selon le média et milieu de résidence. La radio est le média le plus largement accessible et populaire. Toutefois, selon l'EMMUS-III, moins d'un tiers (30,9 %) des ménages ruraux – contre trois quarts (75,1 %) des urbains - possède un récepteur radio.

Communications externes. Haïti partage avec la République Dominicaine une frontière terrestre. Il existe quatre points de passage officiel Ouanamithe-Dajabon, Belladère-Ellias Pinas, Malpasse-Jimani, Anse-à-Pites-Pedernales. Des lignes maritimes relient Port au Prince et les autres ports ouverts au commerce extérieur – Cap Haïtien, Miragoane, Petit Gôave, Gonaïves, en particulier ; mais aussi Port de paix, Saint Marc, Jacmel, Cayes – à de nombreux ports Caribéens et Américains. Il y a deux aéroports internationaux et les chefs lieux de département disposent de petits aérodromes qui les relient à la capitale.

1.3.4.- La Scolarisation.

Depuis environ quatre ans le gouvernement a mis en place un programme de scolarisation universelle qui devrait agir en synergie avec la campagne nationale d'alphabétisation en vue de résoudre de façon définitive le problème de l'illettrisme. Il est encore tôt pour évaluer les résultats de ces initiatives. L'enquête sur les conditions de vie en Haïti (ECVH) réalisée par l'IHSI au début de l'année 2003 révèle que le niveau de scolarité varie suivant les générations, le milieu de résidence et surtout avec le revenu qui constitue le déterminant majeur de l'accès à l'éducation¹⁴. Environ 54% des personnes âgées de 15 ans et plus déclarent savoir lire et écrire. Le taux d'alphabétisation est de moins de 50% en milieu rural, de 82% en zone métropolitaine et 71% pour les autres villes du pays. La tranche de la population possédant un revenu élevé regroupe 77% de personnes sachant lire et écrire contre 36% chez ceux appartenant à la tranche ayant un faible revenu. La fréquentation scolaire varie suivant le niveau préscolaire, primaire et secondaire. Le taux brut de scolarisation se situe à 44% pour le préscolaire, 120% pour le primaire et 37% pour le secondaire. Le phénomène des sur-âgés au niveau primaire est

¹⁴ Données provenant des premiers résultats de l'Enquête sur les Conditions de Vie en Haïti réalisée par l'Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique (IHSI).

très important quand on considère le taux net de scolarisation. Au niveau primaire il se situe autour de 60%.

1.3.5.- L'Emploi.

Le taux de chômage est de 40% au sens du Bureau International du Travail (BIT). Il est plus élevé en zone métropolitaine qu'en milieu rural et dans les autres villes. L'emploi est mieux réparti à travers les ménages pour l'ensemble du pays 75% des ménages ont au moins un actif occupé. Cependant l'écart entre la zone métropolitaine (taux de chômage de 20.4%), le milieu rural (2.7%) et les autres villes (9.7%) est moins accentué. Il affecte un peu plus la population féminine en zone métropolitaine (8% de chômeuses de plus par rapport aux hommes), et beaucoup plus en zone rurale (75% de chômeuses de plus par rapport aux hommes). Le chômage touche d'abord les jeunes de moins de 30 ans : 69.5% des chômeurs ont moins de 30 ans. Il n'y a pas de corrélation systématique entre le taux de chômage et le niveau d'études (même source).

L'agriculture et le commerce informel constituent plus de la moitié des emplois disponibles. Le programme gouvernemental prévoyait la création de 500 000 emplois au cours de la période 2001-2006 en prenant des mesures pour faciliter l'accès au crédit et la mise en œuvre d'incitatifs au niveau de la fiscalité. La crise politique a considérablement ralenti la réalisation de ce programme particulièrement dans le domaine de la production nationale où l'on espérait la création de 84% des emplois.

1.3.6.- Le Rôle de la Femme.

Les femmes depuis la chute de la dictature des Duvalier en 1986 prennent une part de plus en plus active dans la société. La création en 1991 du ministère à la condition féminine et aux droits de la femme s'inscrit dans l'agenda politique la lutte pour l'équité de genre, l'éradication de la discrimination et de la violence faites aux femmes. Les acquis dans ce secteur sont assez importants dans le domaine de l'éducation, on constate une réduction de l'écart homme/femme entre les générations. Parmi les personnes âgées de sexe féminin de 25 ans et plus, 59% des femmes n'ont aucun niveau de scolarité contre 47% des hommes tandis que chez les moins de 18 ans fréquentant l'école primaire et secondaire l'écart absolu est de 0,3% entre les deux sexes. Le mouvement des femmes est indissociable de la lutte pour la consolidation de la démocratie en Haïti. L'existence du contexte politique favorable à l'expression des besoins prioritaires de la nation est une condition sine qua none pour l'aboutissement des revendications des femmes.

1.3.7.- Les groupes Vulnérables et la Lutte contre l'Exclusion.

Les enfants, les femmes, les adolescents, les personnes à faible revenu et celles vivant en milieu rural sont les cibles prioritaires de l'action gouvernementale en matière de protection sociale. Avec l'épidémie de l'infection au VIH les orphelins du SIDA constituent une autre catégorie de personnes vulnérables.

La Situation des Groupes Vulnérables. Les femmes et les enfants sont les cibles de choix de violence et d'agressions qui se propage en raison de facteurs économiques, politiques, sociaux et culturels complexes. La violence qui s'exerce contre les femmes à toutes les étapes de leur vie affecte doublement les bébés et les jeunes enfants. Les bébés

et les jeunes enfants sont menacés également parce qu'ils sont tributaires de la situation de leurs mères. L'état d'impuissance où se trouvent les femmes en raison des inégalités et des mauvais traitements qu'elles subissent menace la vie des bébés et des jeunes enfants.

a) Les femmes. En 1995, une étude nationale sur la violence faite contre les femmes (échantillon de 14 municipalités) a rapporté 1,935 cas de violence catégorisés ainsi : violence physique (33%), sexuel (37%) viol (13%), autres (31%). Dans 81% des cas les violences sont exercées sur des femmes âgées entre 10 et 34 ans. Les séquelles d'une longue tradition de violence, de discrimination envers les femmes dans la famille, dans la communauté, dans les institutions et voire dans les textes de lois sont difficiles à éliminer en l'espace de deux décennies. Plus de la moitié des femmes en union, divorcées, séparées ou veuves ont déclaré avoir subi au cours de 12 derniers mois précédent l'enquête EMMUS III un acte de violence physique sévère ; 48,4% ont eu des hématomes et meurtrissures, 23,7% ont eu une blessure ou un os cassé, 48,1% ont dû se faire soigner.

b) Les personnes âgées (60 ans et plus). Il n'y a aucun programme social défini pour ce groupe vulnérable et pas de services de soins spécifiques non plus. En 1991 les principales causes de mortalité sont d'étiologies non infectieuses (pathologies cardiovasculaires, cancer) et les pathologies infectieuses identifiées sont la tuberculose et VIH/SIDA.

c) Les mineurs. A cause du niveau de pauvreté, les enfants sont victimes de toute sorte de violence (physique, viol, domesticité, etc.) ceci ayant pour conséquence des troubles psychologiques. Durant ces dernières années à cause de la violence et des conflits, ils sont nombreux à être orphelins, abandonnés, sans abris avec pour conséquence une augmentation du nombre des délinquants et sont victimes d'exclusion sociale.

d) Les orphelins du SIDA. Une grande majorité d'enfants nés de femmes séropositives ont contracté le virus dans l'utérus, à la naissance ou pendant l'allaitement. Leur droit à survivre, à grandir et à se développer est menacé dès leur plus jeune âge et ils mènent pour la plupart une existence brève, mourant avant même l'adolescence. Le nombre d'orphelins se situerait entre 133 et 190 mille en 1998. Ces jours-ci les adolescents et les jeunes représentent un groupe vulnérable vis-à-vis du VIH/SIDA.

e) Les personnes handicapées. Les handicapés sont exclus de la société d'une manière générale. On ne retrouve pas dans le système de santé des structures de soins aptes à les prendre en charge. Il existe deux institutions, l'Ecole St Vincent et une ONG qui interviennent dans ce domaine. Depuis quelques années l'Association des Aveugles entreprend des actions pour promouvoir l'intégration des aveugles dans la société. En Haïti, il est difficile aux enfants atteints de handicaps physiques et mentaux de surmonter les obstacles qui s'opposent à leur éducation. D'après l'UNESCO, moins de 1% des enfants ayant des besoins spéciaux réussissent à entrer dans les systèmes éducatifs des pays en développement. Les enfants vivant dans les zones rurales sont les plus mal lotis.

1.3.8.- Les Politiques Sociales.

Le programme du gouvernement envisageait l'application de politiques sociales en vue de réduire la pauvreté. Ces politiques¹⁵ considèrent les domaines suivants : (i) la population avec comme axes stratégiques : la protection de la vie, la santé de la reproduction et le contrôle de la migration ; (ii) La sécurité sociale ; l'extension de la couverture sanitaire, la synergie entre les systèmes privé et public de protection sociale, le renforcement des institutions publiques (**ONA, OFATMA**) ; le genre et l'enfance ; la jeunesse et les sports ; et la culture.

La mise en œuvre de ces politiques se heurte aux problèmes de ressources et des aléas de la crise politique. On note toutefois des initiatives heureuses dans le domaine de la protection sociale comme la couverture d'assurance pour les employés de la fonction publique, la construction de logements sociaux, les subventions aux parents pour l'achat de matériels scolaires et cantines scolaires.

Les relations entre le secteur de la santé et les interventions dans le domaine de la protection sociale ne s'inscrivent pas encore dans le cadre d'une structure formelle. Les interventions demeurent trop isolées pour vaincre de façon durable les problèmes complexes de bien-être de la population.

1.4. Les Tendances Démographiques

1.4.1.- Effectif.

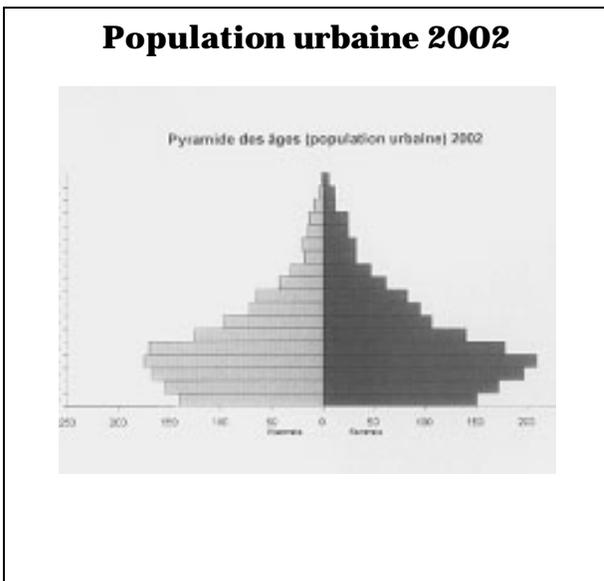
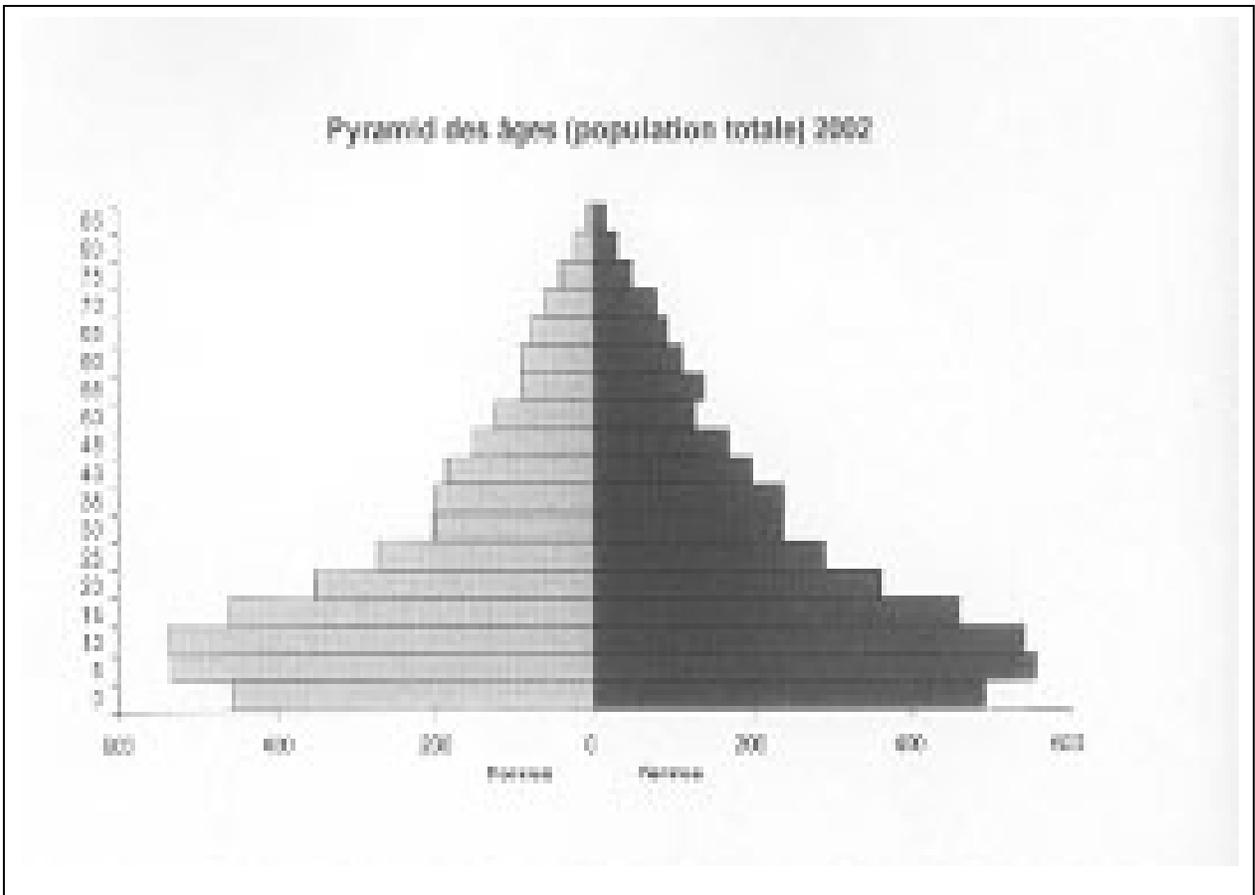
Au 12 janvier 2003 le dénombrement de la population totale d'Haïti indique 7, 929,048 habitants dont 4, 096,068 femmes et 3, 832,980 hommes¹⁶. Le nombre de personnes par ménage est de 4,63. Les moins de cinq ans représentent 11.79% de la population et ceux de 18 ans et plus 53.59%.

1.4.2.- Répartition selon l'Age et le Sexe.

La base de la pyramide des âges en 2002 commence à se rétrécir. La catégorie des 0-5 ans est inférieure à celle des 5-10 ans. En milieu urbain le grand axe de la pyramide se situe au niveau des 15-20 ans tandis que en milieu rural il se situe chez les 5-10 ans. L'indice synthétique de fécondité (ISF) se situe à 3.3 ; si la tendance se maintient en 2019 on atteindra le seuil de renouvellement de génération. Ce recensement a infirmé les prévisions pessimistes qui envisageaient une baisse plus lente de l'ISF.

¹⁵ Politique Economique et Social de la Fanmi Lavalas.

¹⁶ IHSI Recensement de la Population 2003.



Le cumul des tranches d'âges de **0-11 mois**, **1-4 ans**, **5-9 ans**, **10-14 ans** (pré-adolescents) et **14-18 ans** (adolescents), autrement dit, les **moins de 18 ans** représentent **50,4 % de la population**. Si on leur adjoint les **19-24 ans** («jeunes»), ils totalisent 59.5 % (voir tableau qui suit).

Enfants et Jeunes (2003)

Groupe d'age	Deux sexes		Effectif par Sexe		Structure (%)		Sexe Ratio
	%	Effectif	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	
0-4 ans	14,9%	1 266 293	640 635	625 658	7,6%	7,4%	1,02
5-9 ans	13,3%	1 127 310	567 885	559 425	6,7%	6,6%	1,02
10-14 ans	11,8%	1 003 356	504 860	498 496	6,0%	5,9%	1,01
15-19 ans	10,4%	877 451	440 869	436 582	5,2%	5,2%	1,01
=< 18 ans	50,4%	4 274 410	2 154 249	2 120 161	25,4%	25,0%	1,02
20-24 ans	9,0%	766 407	381 385	385 022	4,5%	4,5%	0,99
=< 24 ans	59,5%	5 040 817	2 535 634	2 505 183	29,9%	29,6%	1,01

Source : Institut Haïtien de Statistiques et Informatiques (IHSI), 2003.

Les **femmes** en général, et les **femmes en âge de procréer** (âgées de 15-49 ans) représentent respectivement 50,9 % et 24,7 % de la population. Le rapport de masculinité est globalement de 97 hommes pour 100 femmes et entre 15 et 49 ans de 95 hommes pour 100 femmes, soit une sous représentation des hommes, consécutive à la surmortalité masculine et l'émigration.

Population en âge de procréer (2003)

Groupe d'age	Deux sexes		Effectif par Sexe		Structure (%)		Sexe Ratio
	%	Effectif	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	
15-19 ans	10,4%	877 451	440 869	436 582	5,2%	5,2%	1,01
20-24 ans	9,0%	766 407	381 385	385 022	4,5%	4,5%	0,99
25-29 ans	7,8%	664 929	326 721	338 208	3,9%	4,0%	0,97
30-34 ans	6,8%	572 697	277 147	295 550	3,3%	3,5%	0,94
35-39 ans	5,7%	481 556	228 766	252 790	2,7%	3,0%	0,90
40-44 ans	4,7%	397 636	185 672	211 963	2,2%	2,5%	0,88
45-49 ans	3,9%	326 487	151 178	175 309	1,8%	2,1%	0,86
15 à 49 ans	48,2%	4 087 163	1 991 739	2 095 425	23,5%	24,7%	0,95

Source : Institut Haïtien de Statistiques et Informatiques (IHSI), 2003.

A peine plus d'une personne sur 10 (11,7 %) est âgée de plus de 50 ans ; et les **plus de 60 et 70 ans**, ne représentent qu'une proportion tout à fait minime de la population (6 % et 2,3 %).

Personnes âgées de 50 ans et plus

Groupe d'âge	Deux sexes		Effectif par Sexe		Structure (%)		Sexe Ratio
	%	Effectif	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	
50-54 ans	3,2%	267 731	124 170	143 561	1,5%	1,7%	0,86
55-59 ans	2,6%	219 698	102 144	117 554	1,2%	1,4%	0,87
60-64 ans	2,1%	176 103	81 717	94 386	1,0%	1,1%	0,87
65-69 ans	1,6%	132 998	61 397	71 601	0,7%	0,8%	0,86
70-74 ans	1,1%	93 378	42 653	50 725	0,5%	0,6%	0,84
75-79 ans	0,7%	58 477	26 344	32 133	0,3%	0,4%	0,82
80 ans /+	0,5%	44 215	19 628	24 587	0,2%	0,3%	0,80
Plus de 50 ans	11,7%	992 600	458 053	534 547	5,4%	6,3%	0,86
Plus de 60 ans	6,0%	505 171	231 739	273 432	2,7%	3,2%	0,85
Plus de 70 ans	2,3%	196 069	88 625	107 445	1,0%	1,3%	0,82

Source : Institut Haïtien de Statistiques et Informatiques (IHSI), 2003.

1.4.3.- Répartition spatiale de la population.

Répartition sur le territoire. La densité de population, 306 habitants au km² en moyenne, est partout très élevée, mais avec de fortes disparités entre les départements. Même si l'on met à part le département de l'Ouest, qui inclut l'agglomération de Port au Prince, la densité va du simple (Centre : 157) à plus du double (Nord : 422). L'habitat rural n'est pas regroupé en villages, mais très dispersé.

Répartition de la population (2003)

Département	Population 2003	Découpage administratif						Chef-lieu de département
		Arrondissements		Communes		Sections Communales		
		Nbre	Taille	Nbre	Taille	Nbre	Taille	
Artibonite	1 191 253	5	238 251	15	79 417	62	19 214	Gonaïves
Centre	575 013	4	143 753	12	47 918	35	16 429	Hinche
Grande-Anse	747 247	5	149 449	18	41 514	79	9 459	Jérémie
Nord	888 983	7	126 998	19	46 789	82	10 841	Cap-Haïtien
Nord-Est	289 205	4	72 301	13	22 247	36	8 033	Fort-Liberté
Nord-Ouest	497 830	3	165 943	10	49 783	40	12 765	Port de paix
Ouest	2 999 663	5	599 933	20	166 648	113	27 024	Port au Prince
Sud	759 345	5	151 869	18	42 186	69	11 005	Cayes
Sud-Est	528 183	3	176 061	10	52 818	49	11 004	Jacmel
Ensemble	8 476 722	41	206 749	135	63 735	565	15 110	

Source : Institut Haïtien de Statistiques et Informatiques (IHSI), 2003.

La Migration. La migration externe, est une **tendance lourde de la société Haïtienne**. Elle prend diverses formes : temporaires ou permanente ; légale ou illégale; « fuite des cerveaux ». On estime que, toutes formes confondues elle représente plus de 1.5 millions de personnes, répartis par ordre d'effectif – estimatifs – décroissant, entre : les Etats Unis

(700,000) ; La République Dominicaine (550,000) le Canada (100,000) ; les DOM-TOM Français avoisinants (70,000); et les Bahamas (40,000).

L'Exode Rural. Au cours des dernières années, le rythme de l'urbanisation s'est accéléré. Ce phénomène intéresse tous les départements du pays, mais tout particulièrement le département de l'Ouest et d'abord Port-au-Prince, dont le rythme de croissance annuel de la population est estimé à 6.6 %. L'urbanisation est due, moins à la croissance naturelle, qu'à l'exode rural consécutif à la pauvreté extrême prévalant en milieu rural. Urbanisation accélérée et exode rural entraînent la prolifération des bidonvilles en périphérie des villes. Ils entraînent aussi une «ruralisation» des villes, caractérisée par une forte proportion de migrants récents d'origine paysanne – et en particulier de jeunes célibataires de sexe masculin, avec tous les corollaires de cette situation.

1.5.- Secteur de l'Eau Potable et de l'Assainissement.

La couverture des besoins en eau potable et en assainissement de base EPA, un des principaux déterminants de la santé, sont d'après les estimations de l'OPS/OMS, comme suit: à Port-au-Prince: 54 % ; dans les 27 villes secondaires gérées par le SNEP (service étatique): 46 % ; en milieu rural (localités de moins de 5,000 habitants): 48 %; évacuation des excréta en milieu urbain: 46 %; évacuation des excréta en milieu rural: 23 %. Il faut déplorer que les systèmes d'eau potable du milieu rural se dégradent continuellement à cause du manque d'entretien ; ainsi, la faiblesse des investissements conjuguée au manque d'entretien font que la couverture des besoins a plutôt tendance à baisser. La corvée de l'eau revient aux femmes et surtout aux jeunes filles, qui, au lieu d'aller à l'école, passent de longues heures à chercher quelques litres d'eau à de longues distances. Il n'existe dans le pays aucun système public de collecte et de traitement des eaux usées urbaines.

La déficience manifeste du système de **gestion des déchets solides de Port-au-Prince** est la marque visible du mauvais environnement physique de la capitale. Moins de 50 % des 1,800 tonnes de déchets solides produits par jour sont collectés, pour être jetés dans des sites non aménagés. Cette situation est similaire dans toutes les villes secondaires, dont aucune ne dispose d'une décharge contrôlée satisfaisant aux normes minimales d'hygiène publique. Il faut toutefois souligner que le Ministère de l'Environnement (MDE) est en train de mettre en application un plan d'action pour l'environnement (PAE) dont l'un des axes est l'assainissement du milieu.

Les hôpitaux publics et centres de santé, en plus d'être logés dans de vieux bâtiments mal entretenus, ne disposent pas d'eau potable en permanence; les déchets solides, incluant les déchets biomédicaux et chimiques sont mal gérés; les eaux pluviales sont mal drainées causant des flaques d'eaux stagnantes gîtes de moustiques ; la gestion des eaux usées laisse beaucoup à désirer. Certaines institutions telles que l'HUEH, l'Hôpital Immaculée Conception des Cayes (HIC), l'Hôpital de Delmas 33 disposent d'un système de collecte et de traitement des eaux usées. Les systèmes individuels de production d'électricité ne sont pas suffisamment efficaces pour palier aux insuffisances de l'EDH.

Tout cela fait que l'Hôpital, qui est normalement destiné à guérir, présente souvent des risques d'infections nosocomiales tant des patients, du personnel soignant que des personnes accompagnantes. Pour palier à ce problème un projet d'Hygiène Hospitalière est en cours d'implémentation dans deux structures hospitalières (Hôpital de Carrefour et Hôpital St Antoine de Jérémie).

L'eau distribuée par les réseaux publics, en plus de ne pas être pérenne, est de qualité douteuse. Seule la CAMEP désinfecte régulièrement l'eau distribuée à Port-au-Prince et dispose d'un laboratoire d'analyse des eaux. L'eau distribuée dans les villes secondaires et les villages n'est ni désinfectée ni contrôlée, alors qu'il n'existe aucune mesure de protection des sources d'eau contre les pollutions d'origines humaine, animale et agricole. La grande prévalence des maladies diarrhéiques est une des conséquences de la mauvaise qualité bactériologique de l'eau de boisson.

Les logements des populations démunies sont à la fois insalubres et vulnérables aux moindres intempéries. C'est le cas en particulier des quartiers marginaux de la capitale, où la densité moyenne dépasse 1,500 habitants à l'hectare. Les maisonnettes bâties à la hâte en bordure de mer, sur des terrains plats, marécageux et non drainés, dépourvus de système d'eau potable et d'assainissement de base, sont régulièrement victimes de graves inondations et d'incendies massifs.

Le service d'inspection sanitaire de la Direction d'Hygiène Publique (DHP) ne cesse de s'affaiblir, pour les raisons suivantes : (i) Le nombre d'officiers sanitaires en fonction est de 60 % inférieur à celui de 1999 ; (ii) 48 % d'officiers sanitaires ont abandonné leurs fonctions en 4 ans ; (iii) 66 % d'officiers sont âgés de plus de 46 ans ; (iv) L'âge moyen des officiers est de 48 ans et 50 % ont plus de 20 ans d'ancienneté ; (v) Les conditions de travail sont précaires et démotivantes ; (vi) **La fonction d'officier sanitaire est fort dévalorisée** par rapport à il y a 50 ans.

Le « Poste Communautaire d'Hygiène et d'Eau Potable :POCHEP », qui a été créé en 1981 avec la coopération de la BID (financement) et de l'OPS/OMS (technique), a construit avec succès, 148 systèmes d'eau potable en milieu rural, avec une enveloppe d'environ 16 millions de \$ US et desservant 500,000 d'habitants.

Ainsi, le POCHEP a acquis une grande expérience managériale et technique et dispose d'un personnel bien entraîné. Malheureusement, dans le sillage du processus (trop long) de réforme sectorielle et à cause de la crise politique qui perdure, le POCHEP est privé de financements externes depuis 6 ans et connaît de graves difficultés financières. Des travaux de construction des systèmes d'eau potable ont dû être interrompus pour manque de fonds. Cette institution dispose des projets prêts à être exécutés et dont les travaux pourraient démarrer dès réception de financements.

La CAMEP et le GRET, avec un cofinancement de 12 millions de US\$ de l'Union européenne et de l'Agence française de développement, réalisent un programme de développement durable depuis 1995 à nos jours. Il s'agit de l'approvisionnement en eau potable de 37 quartiers de la Capitale, représentant environ 700,000 habitants : 204

bornes fontaines ont été construites, 200 branchements privés installés, 3,360 mètres cubes de réservoir réalisés, 70 Km de canalisations posés, 60,000 m³ d'eau fournis chaque mois en moyenne. Par ailleurs des actions en matière d'assainissement (canalisations, latrines, ordures ménagères) et de formation à l'hygiène publique des communautés ont été réalisées dans le cadre de ce programme.

2.- PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET PROBLEMES DE SANTE

2.1.- Santé de la Population Générale

2.1.1- La Mortalité Générale

Le taux brut de mortalité a connu une baisse continue de 1985 à 2000. Ce taux pour la période 1985-1990 qui était estimé à 13,12 décès pour mille habitants est passé à 11,85 pour mille pour la période 1990-1995 et se situe actuellement autour 10,72 décès pour mille habitants. Les projections pour la période 2000-2005 prévoient un taux brut de mortalité de 9,6 pour mille si la situation économique et sociale du pays s'améliore¹⁷. Les décès infantiles constituent une grande préoccupation, le taux de mortalité infantile (81 décès pour mille naissances vivantes) est 7 fois plus élevé que le taux brut de mortalité, soit un décès sur trois survenu dans le pays est celui d'un enfant.

Les causes de décès. Les maladies infectieuses restent la première cause de mortalité en Haïti, parmi elles les maladies dues au VIH sont en première place. Cependant le pays est en pleine transition épidémiologique et on voit en bonne position les maladies non transmissibles en particulier les traumatismes, les accidents cérébraux et cardiovasculaires, les cancers et le diabète. Par ailleurs la malnutrition occupe aussi une place importante parmi les causes de mortalité (voir tableau qui suit).

Treize premières causes de mortalité en HAÏTI en 2000*

RANG	CODES CIM-10	MALADIES/SYMPTOMES	NO	%
1	S00-T98 V00-Y36	Traumatisme	536	6%
2	B20-B24	Maladies dues au VIH	470	5%
3		Diarrhée	440	5%
4	I60-I69	Accidents vasculaires et cérébraux	426	5%
5	P00-P96	Pathologie néonatale	393	5%
6	C00-D48	Cancers	314	4%
7	I00-I52 I70-I99	Accidents cardiovasculaires	284	3%
8		IRA	278	3%
9	A15-A19	Tuberculose	254	3%
10	E40-E46	Malnutrition	250	3%
11	O00-O99	Complications de la grossesse	216	2%
12		HTA	210	2%
13		Diabète	185	2%
TOTAL			4,256	49%
Autres causes définies			557	6%
Causes mal définies			3,835	44%
Total décès documentés¹⁸			8,648	11%
Total décès estimés pour l'année 2000			76,405	100%

*Source : Certificats de décès complétés en Haïti en 2000.

Les femmes en âge de procréer décèdent essentiellement dans des tableaux liés à la santé reproductive (27,2% dûs au Sida et à la grossesse). Les trois premières causes de

¹⁷ MSPP, OPS/OMS Salle de Situation, HAÏTI 2002

¹⁸ Non compris les 81 décès documentés par la Coordination Sanitaire des Nippes (disquette non disponible) et les 241 décès documentés par le Département du Nord-Ouest en 1997 (disquette non lisible). Les données de l'Artibonite en 1997 ne concernent que les décès documentés par l'Hôpital Albert Schweitzer.

mortalité infanto-juvénile (moins de 5 ans) restent la malnutrition, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës (IRA) qui représentent 55% des décès documentés dans cette tranche d'âge. Chez les adolescents, les causes de décès associées à la grossesse, le SIDA et la Tuberculose, et les causes externes (accidents, agressions, suicides, etc.) se partagent la première place (15,4 %).

2.1.2.- La Morbidité Générale

LES PATHOLOGIES TRANSMISSIBLES

Depuis janvier 1997, le système de surveillance sentinelle fournit des données régulières pour une série de maladies placées sous surveillance active (paralysie flasque aiguë, rougeole, diphtérie, coqueluche, tétanos néonatal, choléra, méningococcémie, rage humaine et tout phénomène suspect ou anormalement fréquent). Le taux de notification est très satisfaisant (globalement supérieur à 90%), mais la qualité de l'investigation et de la prise en charge laisse encore souvent à désirer. Le nombre de cas notifiés par le réseau de 50 institutions sentinelles à travers les 9 départements est résumé dans le tableau suivant :

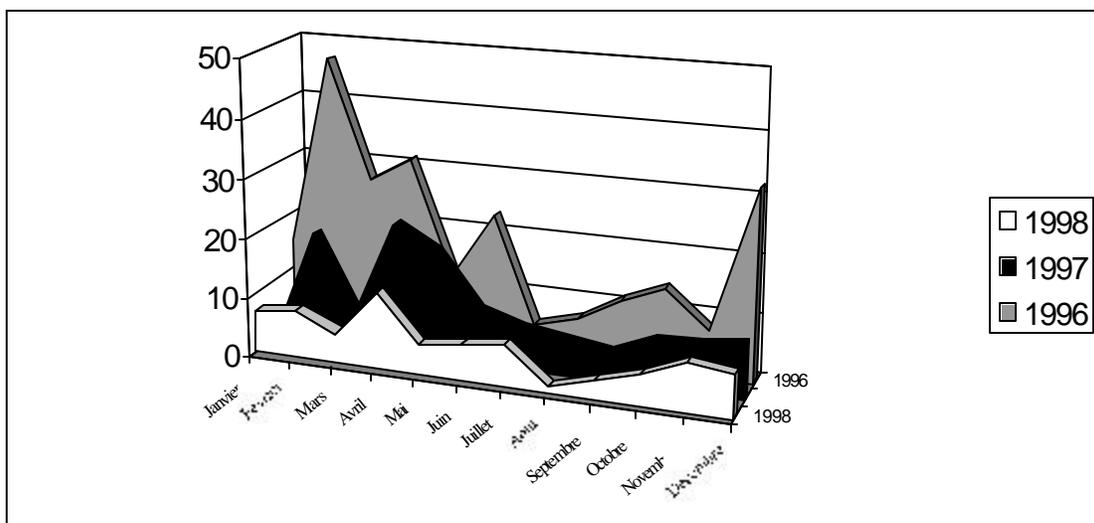
Surveillance Sentinelle – Haïti – 1997 - 1999

MALADIES/SYMPTOMES	1997	1998	1999
Paralysie Flasque Aiguë (PFA)	8	4	1
Poliomyélite (cas confirmés)	0	0	0
Rougeole (cas suspects)	22	8	18
Rougeole (cas confirmés)	0	0	0
Tétanos néonatal	63	56	17
Diphtérie (cas suspects)	12	6	5
Coqueluche (cas suspects)	...	16	18
Méningococcémie	125	75	46
Choléra	0	0	0
Dengue	...	4	1
Rage humaine	...	7	0
Charbon	...	13	15

Source : MSPP – Institut Haïtien de l'Enfance – OPS/OMS

Le système de surveillance sentinelle ne permet pas de fournir des données précises sur l'incidence ou la prévalence d'une maladie à l'échelle nationale, mais il donne une idée des tendances. On dispose en particulier maintenant de données concernant la méningococcémie pour trois années consécutives (voir figure 1), qui confirment que la maladie est toujours présente dans le pays avec un pic saisonnier en mars - avril, mais montrent une chute constante du nombre de cas annuels notifiés en dépit du renforcement du système de notification.

Cas de Méningococcémie notifiés à travers le Système de Surveillance Sentinelle, Haïti 1996-1998



La **rougeole** a été contrôlée en 1995 ; en Haïti, aucun cas n'a été confirmé jusqu'au mois de mars 2000 où l'on a eu une épidémie suite à la réintroduction du virus dérivé du vaccin à partir de la République Dominicaine. Le dernier cas de rougeole confirmé¹⁹ a été notifié le 26 septembre 2001.

La **rage** continue à faire des victimes : au cours des 5 dernières années 22 cas ont été notifiés soit une moyenne de 4 cas par an²⁰.

Le SIDA. Le Syndrome de l'Immuno-Déficiences Acquise (SIDA) apparu depuis deux décennies, constitue une véritable pandémie et Haïti est l'un des pays de la région où **l'épidémie est généralisée***. En Haïti, la transmission du VIH (Virus de l'Immuno-déficiences Humaine) est surtout hétérosexuelle et le ratio Homme-Femme est de 1:1. L'infection à VIH est présente tant en milieu urbain qu'en milieu rural. Les études menées chez les travailleuses du sexe en 1990, indiquaient que 72% d'entre elles étaient séropositives pour le VIH. L'analyse des données du *Centre de Transfusion Sanguine (CTS)* pour la période 1993-1995, révélaient que 4,2% des donneurs de l'aire métropolitaine étaient infectés. Chez les tuberculeux fréquentant le *Sanatorium de Port-au-Prince* en 1995, le taux de prévalence était de 50%. Les résultats de la dernière enquête de séroprévalence du VIH (9 sites) menée chez les femmes enceintes fréquentant les cliniques prénatales en 1996, indiquaient que la prévalence de l'infection à VIH était comprise entre 4,5 et 13% selon les sites, avec une moyenne de 5%. Ce taux variait entre 3 à 5 % en milieu rural et entre 7 à 10% en milieu urbain. Selon les projections du groupe *Policy Project* établies en septembre 1998, entre 240 à 335 milles personnes vivent avec le VIH en Haïti. Il y aurait entre 28 à 40 milles nouveaux cas de SIDA chaque année.

¹⁹ MSPP 2002, *Rapport final des campagnes de vaccination contre le Polio et la Rougeole.*

²⁰ MSPP 2003, *Direction d'Hygiène Publique.*

* L'épidémie est dite "généralisée" lorsque la séroprévalence du VIH est au-dessus de 5% chez les femmes enceintes fréquentant les cliniques prénatales.

Impact du SIDA. Le SIDA affecte les individus et leurs familles sur les plans psychologique, moral et physique. Les conséquences sont particulièrement graves du fait de la chronicité de la maladie et aussi du fait de l'absence de structures appropriées pour la prise en charge.

Le SIDA a également un impact sur le plan politique, social et économique. Il augmente le taux d'absentéisme, les taux d'occupation des lits d'hôpitaux et la durée d'hospitalisation, le nombre d'orphelins (ce nombre se situerait entre 133 et 190 milles en 1998), les taux de morbidité et de mortalité. Le SIDA constitue une des principales causes de mortalité. Le nombre de décès dus au SIDA est estimé à près de 35,000 par an.

Parallèlement, il diminue la productivité, les ressources familiales à cause des dépenses en soins médicaux et frais funéraires, le taux de scolarisation des enfants ainsi que l'accès aux soins de santé suite à la baisse des revenus. Le SIDA fait perdre les acquis pour réduire la morbidité et la mortalité infantiles.

La Tuberculose. En 2000, l'incidence de la tuberculose est estimée à 180 pour 100,000 habitants et fait partie de l'une des premières causes de mortalité. La tendance s'est aggravée avec l'épidémie du SIDA et la Tuberculose est diagnostiquée chez 50 à 60% des patients atteints du SIDA.

Le taux de détection de la Tuberculose fut de 58% en 1999 et 45% en 2000. Ces cas détectés représentent les cas diagnostiqués par différentes méthodes et non pas uniquement par l'examen du crachat. Il faut toutefois souligner que ces cas représentent seulement une portion des cas à cause de la couverture incomplète des services de santé, mauvais diagnostic et faiblesse dans le système de notification.

Le taux de réussite du traitement a été de 80% en 1998 et de 75% en 1999 C'est la proportion des malades guéris et ceux qui ont complété leur traitement. En 2000, 68% de la population est couverte par la stratégie DOTS.

La Filariose Lymphatique. Elle est endémique en Haïti avec certains foyers où le taux d'infection dépasse 50% de la population. Le MSPP a mis en place un programme national d'élimination de la filariose lymphatique.

La Malaria. Elle est endémo épidémique en Haïti. Les données d'une enquête nationale de prévalence en institution réalisée en 1995 par le MSPP montrent un taux de prévalence de 3,9% chez les fébriles.

La Dengue. Elle est endémo épidémique en Haïti.

LES PATHOLOGIES NON TRANSMISSIBLES

Le Diabète. Il se retrouve dans toutes les classes sociales de la population et sa prévalence est estimée entre 2 et 8%. A noter que dans les couches défavorisées la

consommation d'aliments riches en cyanure (comme le manioc) susceptible de favoriser le diabète en présence d'une carence en protéines est beaucoup plus fréquente. Selon une étude parue dans le Bulletin de l'Association Haïtienne de Diabète (juin 1991), le diabète représente un problème de santé publique encore plus grave dans la classe pauvre et chez les jeunes qui souffrent de malnutrition.

Les Maladies Cardiovasculaires. Une étude portant sur les causes d'hospitalisation au service de médecine interne de l'HUEH de janvier à mars 1996 révèle la prédominance de la pathologie cardiovasculaire (40% des admissions) juste après les pathologies infectieuses (42% des admissions). Selon des estimations 70% des pathologies cardiovasculaires seraient associées à une Hypertension artérielle (HTA).

Les Tumeurs. Une étude rétrospective à l'Hôpital Albert Schweitzer de Deschapelles publiée en Avril 1997 montre que sur 20,000 spécimens examinés par le service d'anatomopathologie 21% relevaient d'une pathologie tumorale. Une autre étude sur le cancer du col et service de santé en Haïti publiée en décembre 1997 confirme que le cancer du col de l'utérus est un problème important. La mortalité spécifique y est estimée à 141,7 pour cent mille femmes haïtiennes âgées de 15 ans et plus (soit 9 fois plus que le reste de la zone caraïbe pendant la période 1980-1990).

La Malnutrition et les Déficiences en Micronutriments.

La malnutrition sera traitée dans les groupes spécifiques de la mère et de l'enfant.

➤ *Carence en Iode :*

L'intérieur du pays réunit des conditions propices à l'existence de Troubles dus aux Carences en Iode (TDCI) au sein des populations humaines et animales: l'éloignement de la mer et un relief montagneux, qui font que milieu et aliments locaux sont pauvres en iode ; et l'enclavement, qui contraint les populations à vivre en autarcie, avec un modèle alimentaire basé sur l'autoconsommation, au détriment d'aliments extérieurs, riches en iode. Le risque est maximum dans l'Artibonite, le Plateau Central et l'Ouest – à l'exclusion de Port au Prince.

Les tranches le plus à risque de TDCI, du fait de besoins physiologiques accrus – enfants (0-5 ans), jeunes (pré)pubères (5-14 ans), femmes en âge de procréer (15-49 ans) totalisent près de la moitié de la population (49,8 %). Les TDCI couvrent un large spectre pathologique, allant du simple goitre à l'hypothyroïdie foetale, arriération mentale majeure, en passant par de simples retards de développement mental, des troubles reproductifs et un ralentissement des performances intellectuelles et physiques pouvant s'intégrer dans un tableau d'hypothyroïdie clinique. La carence en iode a aussi de graves effets indirects. En diminuant les défenses de l'organisme, elle s'accompagne d'une surmortalité infantile; et surtout, à travers le ralentissement mental et affaiblissement physique, elle diminue les capacités des enfants à s'instruire, la productivité, individuelle et collective des adultes et le rendement de l'élevage. La carence en iode affecte d'autant plus le développement économique qu'elle n'épargne aucune catégorie sociale et qu'elle touche les catégories reproductives de la population.

La lutte contre les TDCI à travers l'iodation du sel est encore loin de compenser la carence d'apport en iode des populations Haïtienne : selon l'EMMUS-III, la proportion de ménages disposant de sel iodé (15 PPM ou +) est de 12 % en moyenne, et cette proportion est particulièrement faible dans deux des régions les plus à risque : Artibonite et Ouest (5,6 %).

➤ **Carences en autres micronutriments :**

Les autres carences en micronutriments, carence en vitamine A et la carence en fer/anémie ont un retentissement sur la morbi-mortalité générale par leur retentissement sur les tranches à risque – les femmes enceintes et enfants - avec lesquelles elles sont envisagées.

Les anémies ferriprives sont parmi les plus fréquentes en Haïti. Elles comprennent non seulement la carence en fer, mais aussi celles de l'acide folique et de la vitamine B12. Les dernières données dont nous disposons sur les anémies datent de 1978 et indiquent que 30% des enfants souffrent de déficience en fer et 33% des femmes enceintes et allaitantes. Des données plus récentes mais circonscrites à des zones précises indiquent que près de la moitié des enfants d'âge préscolaire souffrent d'anémie. Elles s'expliquent facilement chez les enfants de moins de 5 ans, compte tenu de la prévalence très élevée des infections parasitaires. Des études conduites en 1991 révèlent que 97% des enfants de 12 à 59 mois et 82% des enfants d'âge scolaire ont des infestations parasitaires.

Une enquête de consommation réalisée en 1989 estimait une consommation de fer per capita de 16,01 mg. Tout comme pour la vitamine A, la disponibilité du fer dépendra de la source diététique de celui-ci. La biodisponibilité du fer, pour des aliments à dominance végétale est faible: de 1 à 5% contre 10 à 25% pour des aliments de sources animales. Or la consommation de protéines animales est très basse pour les classes pauvres haïtiennes. En effet, si certains individus dans les familles peuvent bénéficier d'une ration réelle de protéines animales régulièrement, celle-ci est très minime, voire inexistante pour la majorité de la population

Goitre Endémique. Quatorze ans après l'enquête de 1978 qui a mis en évidence 8.2% de cas d'hypertrophie de la glande thyroïde, la situation a été étudiée avec plus de précision en 1992 et on a constaté les taux suivants:

Femmes :	13.3%	visible :	3.8%
Hommes :	5.3%	visible :	0.4%

Par ailleurs, pour la même année, une enquête au Plateau Central a révélé que la prévalence du goitre visible était approximativement de 2.5% dont 96% chez les femmes. Dans la tranche d'âge de 15 à 34 ans, tous les cas de goitres se trouvaient parmi les femmes. Enfin, tous les indices tendent à indiquer qu'il existe d'autres déficiences en micronutriments parmi la population haïtienne mais qui n'ont pas pu être évaluées.

Les troubles du comportement

1. **Les troubles psychiatriques.** Les cas de pathologies mentales ont certainement augmenté ces dernières années en raison de plusieurs facteurs : La crise sociopolitique, le chômage, la violence, l'insécurité sociale, la consommation des drogues.

Selon les données de l'analyse de la situation sanitaire 1999 la clientèle de l'Hôpital Défilée de Beudet, la grande institution psychiatrique du pays (189 lits), est composée à plus de 75% de patients âgés de 25 à 35 ans. De janvier à décembre 1997, cette structure à accueilli 2,088 patients en cliniques externes. Sur un total de 8747 hospitalisés, 43% sont des femmes. Dans 80% des cas les patients sont d'origine rurale. Les principaux motifs d'hospitalisations étaient les suivants : par ordre décroissant, la schizophrénie (50%), la composante maniaque de la psychose maniaco-dépressive (30%), les autres psychose (15%), l'épilepsie (5%).

2. **Les troubles psychologiques.** Chez les adolescents (12 à 18 ans) les troubles d'apprentissage dominant (48%), suivis d'états dépressifs / troubles masqués (28%). Quant aux adultes les états dépressifs / troubles masqués occupent la première place (32%), les problèmes de couples (30%).

3. **Les troubles liés à l'absorption des substances psycho-actives.** Une étude nationale réalisée en 1990 par l'Association pour la Prévention de l'Alcoolisme et Autres Accoutumances Chimiques (APAAC) auprès de 2,100 personnes âgées de 12 à 45 ans vivant dans les principales villes du pays a montré que le pourcentage de personnes ayant consommées au moins une fois dans leur vie ce type de substances était de 25% pour le tabac, 58% pour l'alcool, 3% respectivement pour les médicaments, les inhalants et la marijuana, 0.8% pour la cocaïne et 0.3% pour le crack.

La santé bucco-dentaire.-

Deux études réalisées en 1996 ont révélé que la carie dentaire représente 100% de l'indice chez les enfants de 5 à 15 ans tandis que la composante « dents absentes » représente 50 à 79% du score chez l'adulte. Il faut toutefois noter qu'aucune différence significative liée au sexe, au niveau d'éducation des parents, au statut socioéconomique, ni au type de communauté rurale et urbaine n'a été relevée.

2.1.3.-Déterminants de la mortalité générale:

Profil démographique :

La forte proportion d'enfants, adolescents et jeunes (60 % de la population totale) entraîne une sur-représentation des pathologies auxquelles – dans le contexte d'Haïti - ces tranches d'âges sont particulièrement exposées, notamment, pour les plus petits, maladies diarrhéiques, infections respiratoires, malnutrition, maladies immuno-contrôlables ; et pour les plus grands : les IST, dont le SIDA et les pathologies traumatiques (accidentelles ou provoquées).

Sécurité alimentaire :

La sécurité alimentaire – « accès physique et économique de tous, à tout moment, à une nourriture suffisante, salubre et nutritive leur permettant de satisfaire besoins nutritionnels et préférences alimentaires pour mener une vie saine et active » - est loin d'être assurée en Haïti.

On estime qu'environ 57 % de la population vit dans l'insécurité alimentaire. Celle-ci se manifeste sur le plan quantitatif et qualitatif : l'enquête des dépenses et consommation des ménages en Haïti (HCS, 1986), a montré que la disponibilité quotidienne moyenne est d'environ 1 788 calories, loin des 2 200 calories nécessaires pour un effort physique modéré. D'autres enquêtes ont montré des situations très préoccupantes du point de vue de l'accès aux protéines animales, le lait et les œufs inclus, et aux matières grasses et/ou huiles de cuisine.

L'insécurité alimentaire est la traduction d'un déficit structurel chronique de la disponibilité alimentaire, de l'ordre de 10 % des calories requises : le volume annuel de la production agricole ne couvrant qu'un peu plus de la moitié des besoins ; les importations commerciales environ le tiers ; et l'aide alimentaire une proportion variable d'une année à l'autre, inférieure à 10 %. Le déficit est instable, à la merci d'aléas climatiques et saisonniers, qui, même localisés, peuvent entraîner des situations de famine, liées à la pauvreté des populations, aux insuffisances des infrastructures et moyens de transports et au dysfonctionnement du marché.

Environnement :

❖ Eau et assainissement :

Les faibles couvertures en eau d'une part, sources d'approvisionnement en eau potable et en eau, en général, et, d'autre part, systèmes d'évacuation des eaux usées, des excréments et des déchets solides, créent des conditions propices aux « maladies liées à l'eau », qu'il s'agisse...

- i) Des maladies dont l'agent est contracté par la consommation d'eau contaminée (maladies diarrhéiques dont le Choléra; poliomyélite; typhoïde ; helminthiases intestinales) et/ou...
- ii) Dont l'agent se transmet sur le mode féco-oral, manu porté, à la faveur de l'insuffisance d'hygiène résultant du manque d'eau (conjonctivites, teignes, helminthiases intestinales, maladies diarrhéiques, typhoïde) ; ou
- iii) Dont le vecteur se reproduit dans le milieu aquatique (paludisme, filariose et dengue).

Les insuffisances en matière d'eau et d'assainissements sont maximales en milieu rural, où l'EMMUS-III a constaté que près de la moitié (45,2 %) des ménages s'approvisionnent en eau à des sources non protégées, puits ouverts (domestiques ou publics) ou eaux de surfaces, contre 6,4 % des urbains ; et 56 % n'ont pas de latrines, même rudimentaire (urbains : 10 %).

❖ Conditions de logement :

La densité croissante d'occupation des logements, maximale en milieu urbain, en particulier dans les Bidonvilles, liée à l'explosion démographique dans un espace limité et à la pauvreté, crée une promiscuité propice à la transmission des maladies respiratoires, de la tuberculose, de la méningite, des infections cutanées et, dans une certaine mesure, des IST et du SIDA.

❖ Violences et accidents :

L'importance de la violence et des accidents comme déterminants de l'état de santé de la population Haïtienne transparaît dans la liste des 20 premières causes de décès : les accidents de transports y occupent en effet le 12^{ième} rang, et les agressions par arme à feu, le 16^{ième} rang.

Comportements, instruction, culture et traditions

❖ Comportements :

La prévalence des comportements défavorables à la santé et à la survie dans la population a été récemment appréhendée par l'EMMUS-III, dans des domaines aussi variés que les comportements relatifs à la sexualité et la reproduction, aux relations conjugales et aux rapports inter-genre ; à l'alimentation, à la maltraitance et aux soins des enfants ; à la consommation d'alcool et tabac ; au recours aux services de santé pour les soins curatifs et à l'utilisation des services de SMI. Les principaux constats sont présentés dans le tableau qui suit.

❖ Manque d'instruction :

L'étroite corrélation négative entre l'insuffisance d'instruction et la prévalence de certains comportements défavorables à la santé apparaît clairement dans le même tableau (comportements défavorables à la santé).

❖ Culture et traditions :

Certains comportements défavorables identifiés par l'EMMUS-III sont liés à, voire enracinés dans la tradition et la culture Haïtienne. Un cas flagrant est celui du *Lok*, purgatif administré aux nouveaux nés dans les heures ou jours suivant la naissance. Mais pour d'autres attitudes et comportements – en particulier les «attitudes pro-natalistes» ou présumées telles – invoquées pour expliquer le niveau de certains indicateurs relatifs à la nuptialité et fécondité – ou le recours à la médecine et/ou aux thérapeutes traditionnels, sont à interpréter avec circonspection : l'option traditionnelle peut-être la seule alternative faute de disponibilité et ou d'accessibilité – géographique et/ou économique – ou d'information suffisante sur les conditions d'accès, aux biens et services requis par la mise en œuvre des options souhaitables.

Quoi qu'il en soit, il faut souligner que, seule la réduction de la pauvreté et l'accroissement de l'accès des enfants à l'éducation est à même de réduire de manière décisive la prégnance, les attitudes et les comportements néfastes.

Comportements défavorables à la santé

Domaine de comportement	Milieu de résidence			Niveau d'instruction		
	Globale	Urbaine	Rurale	Aucune	I ^{er} ou +	II ^{er} ou +
Nuptialité, sexualité et reproduction						

Première union précoce : (< 15 ans)	H	5,8 %	25,7	25,4	24,8	25,1	27,1
(< 20 ans)	F	14 %	21,9	19,8	19,4	20	24,8
Rapports sexuels précoces (15 - 19)	H	28 %	16,7	17,9	18,4	17,4	16,7
	F	12 %	18,5	17,9	17,3	18,2	20,1
Grossesses précoces (avant 20 ans)		18 %	13,3 %	22,8 %	44,9 %	18,9 %	10,7 %
Grossesses rapprochées < 23 mois		27,1 %	24,4 %	28,2 %	25,1 %	28,2 %	27,4 %
Non fréquentation de la CPréNatale	F	19 %	10 %	23,8 %	33 %	14,9 %	4,7 %
Accouchement effectué à domicile	F	76 %	48,6 %	89,4 %	89,7 %	78,4 %	37,2 %
Non fréquentation de la Consultation PostNatale	F	76,4 %	73,7 %	77,4 %	78,4 %	77,6 %	63,1 %
Survie et développement des enfants							
Mise au sein après la première heure		53,3 %	46 %	56,5 %	59,3 %	53 %	39,3 %
Mise au sein après le premier jour		40,2 %	29,8 %	45 %	47,2 %	39,3 %	26,2 %
Administration de « lok » dans les heures/jours ayant suivi la naissance		52,2 %	49,5 %	53,5 %	57,1 %	51,7 %	42,3 %
Pas d'allaitement seul avant 4 mois		68,2 %	Nd	nd	Nd	nd	Nd
Alimentation pauvre en vitamine A		51,9 %	52,9 %	51,3 %	54,9 %	50,3 %	50,7 %
Déclaration à l'Etat Civil non faite		30 %	21,4 %	34,1 %	36,2 %	29,1 %	18,3 %
Vaccinations inachevées à 12 mois		80,7 %	Nd	nd	Nd	nd	Nd
Vaccinations inachevées à 23 mois		66,5 %	66,4 %	66,5 %	78,5 %	62,4 %	56,4 %
Pas de suppléments de vitamine A		68,4 %	70,2 %	67,5 %	76,7 %	64,8 %	67,5 %
Aucun traitement en cas d'IRA/F°		28,6 %	18,8 %	32 %	38,2 %	24,9 %	16,5 %
Pas de consultation pour diarrhées		75,9 %	69,4 %	87,8 %	80,4 %	73,7 %	72,4 %
Pas de TRO et pas plus de liquides		45,1 %	36,9 %	48,7 %	56,5 %	40,6 %	32,3 %
Fréquentation des services curatifs							
Non consultation en cas de maladie et / ou de blessure estimée sérieuse		16,4 %	10 %	19,1 %	Nd	nd	Nd
Protection/prise en charge IST/Sida							
Multi-partenariat individus en union (= Dans les 12 mois précédent l'enquête)	H	25,4 %	29,5 %	23,7 %	14,5 %	26,4 %	33,1 %
	F	0,4 %	0,5 %	0,4 %	0,3 %	0,4 %	0,8 %
Multi-partenariat individus	H	20,4 %	25 %	16,8 %	7,9 %	17,4 %	26,9 %
	F	0,6 %	0,6 %	0,6 %	0,9 %	0,4 %	0,8 %
Condom non utilisé lors de rapports sexuels avec partenaire non habituel	H	74,5 %	58,3 %	86,7 %	96,7 %	87,1 %	56,5 %
	F	85,6 %	79,7 %	91,2 %	96,4 %	92,4 %	72,7 %
Pas de recherche de conseils/Tt ^{mt} si IST	H	(18,9 %)	35,8 %	14,8 %	15 %	18,4 %	22,7 %
	F	37,5 %	33,6 %	40,7 %	54,7 %	37,5 %	16,9 %
Aucune protection du partenaire si IST	H	62,7 %	36,2 %	69,2 %	(70,2 %)	64 %	55,3 %
	F	32,4 %	31,1 %	33,5 %	45 %	25,3 %	30,5 %
Consommations de tabac et d'alcool							
Consomme plus de > 10 cigarettes/J	H	31,4 %	30,6 %	31,6 %	31,7 %	30 %	35,2 %
	F	29 %	34 %	25,1 %	22,8 %	30,2 %	(43,9 %)
S'est soûlé dans les 3 derniers mois	H	15,7 %	17,6 %	14,9 %	16,4 %	13,5 %	18,7 %
	F	12,4 %	14,1 %	11,5 %	11,2 %	11,8 %	(15,6 %)

x Gradient urbain rural +/ascendant
x Relation négative avec l'instruction

Gradient urbain rural -/descendant
Relation positive avec l'instruction

Pauvreté :

La forte prévalence de la pauvreté et extrême pauvreté est le facteur structurel capital qui sous tend la précarité de l'état sanitaire de la population d'Haïti. Elle opère à 2 niveaux :

- ❖ **Au niveau des particuliers :** la pauvreté, du fait de la barrière économique liée à la non solvabilité et des nombreux désavantages comparatifs qui s'y rattachent contrarie l'accès à une alimentation suffisante et équilibrée, et l'accès aux biens et services socio-sanitaires.
- ❖ **Au niveau communautaire :** la faible disponibilité de temps dont disposent les actifs pauvres, compte tenu des impératifs de survie immédiats, et leur déficits en matière de confiance en soi et de facilités de communication, contrarient souvent l'établissement de la coordination des efforts et des solidarités dont ils auraient pourtant le plus grand besoin.

2.2. La Santé Maternelle

2.2.1 La Mortalité Maternelle.

Le taux de décès maternel était estimé à 1000 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 1970 et 1975. Ce taux actuellement se situe à 523 décès pour 100 000 naissances vivantes. Durant cette même période il se situait à 650 pour la Bolivie et 120 pour la Jamaïque, actuellement il est respectivement de 390 pour la Bolivie et 95 pour la Jamaïque. En Haïti les complications liées à la grossesse représentent chez les femmes de 15 à 49 ans la deuxième cause de décès après le SIDA. La situation est la même pour les jeunes filles de 10 à 24 ans où les causes maternelles et le SIDA arrivent juste après les maladies diarrhéiques et infectieuses.

Comparaison de l'évolution de la Mortalité Maternelle entre Haïti et certains Pays

	Période	
	1970 -1975	1995-2000
Bolivie	650 pour 100 000	390 pour 100 000
Jamaïque	120 pour 100 000	95 pour 100 000
Haïti	1 000 pour 100 000	523 pour 100 000

Source : PNUD Rapport du Développement Humain 2002.

Le taux de mortalité maternelle en Haïti se situe encore à un niveau inacceptable. Si les chiffres sur la mortalité maternelle varient grandement par source et sont loin de faire l'unanimité, les meilleures estimations pour Haïti n'en montrent pas moins que 2,900 femmes et filles environ meurent chaque année suite aux complications liées à la grossesse. Et en plus, chaque année, 58 000 à 87 000 femmes et filles haïtiennes souffrent d'invalidités imputables aux complications de la grossesse et de l'accouchement.

L'importance de cette mortalité explique la priorité que le MSPP accorde à la lutte contre la mortalité maternelle, en s'appuyant notamment sur les objectifs du millenium de réduire la mortalité maternelle de 2/3 d'ici 2015.

L'analyse des 216 décès maternels enregistrés en 2000 dont le certificat de décès a pu être établi, soit 16 % du nombre de décès maternels attendus, permet de conjecturer sur la répartition des principales causes de mortalité maternelle dans le pays. Cette répartition va dans le sens du constat fait dans d'autres pays en développement, à savoir que les trois quarts des décès maternels sont liés à des causes survenant lors de l'accouchement et de la délivrance ou peu après (la moitié le jour même, les deux tiers la première semaine) ; et qu'au premier rang de ces causes on trouve : l'hypertension/éclampsie, les hémorragies, l'anémie, les infections, les dystocies et les complications des avortements.

2.2.2. Morbidité Maternelle :

Il est admis que dans les pays comparables à Haïti, pour une femme qui meurt d'une complication de la grossesse, de l'accouchement ou du post partum, entre 30 et 100 femmes font des complications, dont certaines durables et/ou handicapantes sur le plan physique et/ou social, e.g : fistules vésico-vaginales, prolapsus utérin, infection pelvienne chronique, stérilité.

2.2.3. Déterminants de la Mortalité et Morbidité Maternelle :

Etat Nutritionnel de base

❖ Prévalence de la Malnutrition

Selon l'EMMUS-III, 1,4 % des femmes en âge de procréer (urbain : 0,9 % ; rural : 1,9 %) ont une taille inférieure à 145 cm , reflet d'une carence nutritionnelle chronique ancienne, qui est associée à un risque accru de dystocie mécanique ; 11,5 % des femmes (urbain : 9,4 % ; rural : 13,4 %) a un Indice de Masse Corporelle (IMC) au dessous du seuil de 18.5 kg/cm² traduisant un déficit protéino-calorique, qui est associé à un risque accru de retards de croissance Intra-utérin et d'hypotrophie. Plus de la moitié des femmes (55,1 %) a une anémie (urbain : 56 % ; rural : 54,5 %), qui est associée, non seulement, au risque de mettre au monde un enfant de petit poids, mais aussi à un risque accru d'hémorragies et infections périnatales.

❖ Prévalence de l'anémie

Selon l'EMMUS-III également, la prévalence de l'anémie sévère (idem) chez les femmes de 15-49 ans est de 3 % (urbain : 3,3 % ; rural : 2,8 %) ; mais plus de la moitié des femmes (55,1 %) sont anémiées, avec peu de disparités entre milieu rural et urbain et départements. Ces prévalences élevées d'anémie s'explique par plusieurs facteurs : la très faible consommation d'aliments riche en fer à haute biodisponibilité (produits animaux) du fait de la pauvreté ; la prévalence des parasitoses intestinales hématophages (Ankylostomes) ; et les grossesses itératives avec intervalles inter-génésique trop courts pour régénérer les stocks de fer/folates.

L'EMMUS-III montre les limites actuelles de la lutte contre l'anémie maternelle par l'apport de fer et folates aux femmes enceintes et allaitantes lors des consultations pré et post natales.

Attitudes et comportements

❖ Sexualité et reproduction

Il y a d'autant moins de complications, potentiellement létales, de la grossesse que les grossesses sont moins nombreuses, moins précoces ou tardives, et moins rapprochées. Or...

- Les Haïtiennes commencent la vie sexuelle et reproductive tôt: l'âge médian à la première union est 20,5 ans (19,8 ans en milieu rural, 21,9 ans en milieu urbain); l'âge médian aux premier rapport sexuel est 18,2 ans (17,9 ans en milieu rural, 18,5 ans en milieu urbain).
- Les Haïtiennes ont des grossesses rapprochées : L'intervalle inter-génésique est court – i.e. inférieur à : 2 ans dans 22,8 % des cas (28,2 % en milieu rural ; 24,4 % en milieu urbain) ; à 17 mois dans 11,4 % des cas (12,3 % en milieu rural ; 9,2 % en milieu urbain).
- Les Haïtiennes ont un nombre élevé d'enfants au terme de leur vie féconde : l'indice Synthétique de Fécondité est de 4,7, en moyenne, et de 5,8, en milieu rural (urbain : 3,3).
- Les Haïtiennes connaissent les méthodes modernes de contraception, mais les utilisent peu: alors que la quasi totalité des femmes (99,2 %), les connaissent, un quart des femmes en union (22,3 %) les utilisent à un moment donné (rural : 22,3 % ; et urbain : 22,3 %).

Il faut ici souligner que, d'une part, le nombre d'enfants souhaité par les femmes (3,1, en moyenne ; 3,4 en milieu rural ; et 2,7 en milieu urbain) comme par les hommes (3,3, en moyenne ; 3,5 en milieu rural ; et 2,9 en milieu urbain) est modéré et nettement inférieur à l'Indice synthétique de fécondité (cf supra) ; et que, d'autre part, 39,8 % de femmes non utilisatrices actuelles de contraception souhaiteraient limiter leur nombre d'enfant (23,8 %) ou retarder son arrivée (16 %). Autrement dit il y a une forte demande de contraception non satisfaite : on l'estime à 39,8 % en moyenne, avec peu de différence selon le milieu (rural : 40,6 % ; urbain : 38,4 %). La satisfaction de cette demande est un défi et un enjeu fondamental, non seulement sur le plan de la maîtrise démographique, mais aussi sur le plan de la réduction de la mortalité maternelle.

- ❖ **L'Avortement.** L'enquête EMMUS III révèle que sept (7) femmes sur cent (100) ont déclaré avoir eu au moins un avortement au cours de leur vie. Cette enquête révèle également que les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction ont eu recours d'avantage à ce procédé. De même que celle vivant en milieu rural ou au niveau des villes secondaires ont eu plus fréquemment des avortements que celles vivant dans la zone métropolitaine. Au niveau des régions les femmes vivant dans les départements de l'Artibonite et de la Grande Anse ont recours plus souvent à ce procédé. En ce qui a trait à la procédure d'avortement, 27,5% de l'ensemble des femmes qui se font avorter utilisent des méthodes traditionnelles. Celles qui ont un bas niveau

d'instruction ont eu recours plus souvent aux méthodes traditionnelles, soit 44,9% versus 13,5% pour les femmes ayant fréquenté au moins le secondaire. Un peu plus des deux tiers des femmes décident par elles-mêmes de se faire avorter. Les femmes jeunes prennent elles-mêmes plus souvent ce genre de décision que celles qui sont plus âgées d'après l'enquête EMMUS : 76% chez les 15-29 ans et 65,7 chez les 30-49 ans. Les plus jeunes et celles ayant un bas niveau d'instruction présentent plus souvent des complications à la suite des avortements que celles un peu plus âgées et ayant un niveau d'instruction supérieur.

❖ **Recours aux soins :**

La fréquentation des consultations pré-natales (CPN) est relativement élevée, témoignant d'un certain engouement des Haïtiennes pour ces prestations. Ainsi selon l'EMMUS-III, près de huit femmes sur dix (78,8 %) en moyenne - avec peu de différence entre le milieu rural (72,8 %) et urbain (89,7 %) et entre département, ont été examinées, au cours de la grossesse, par un professionnel de santé, à savoir un médecin (47 %) ou une infirmière/auxiliaire (32 %). L'assiduité aux CPN est également bonne, avec un nombre médian de CPN par grossesse de 3,5.

En revanche, la couverture en accouchement assisté est très faible : plus des trois quarts (76,3 %) des accouchements ont lieu à la maison (milieu rural : 89 % ; urbain : 56 %). La clef de la réduction de la mortalité maternelle est la référence rapide des cas compliqués vers une structure délivrant des « Soins Obstétricaux d'Urgence ». D'ou la nécessité pour les femmes qui accouchent à domicile, de savoir - ou d'avoir dans son entourage, lors de l'accouchement quelqu'un(e) qui sait - reconnaître ces complications - et qu'elles impliquent de recourir aux services de santé.

Malheureusement, ce n'est le cas que pour une petite minorité – la plus éduquée et favorisée – des Haïtiennes. Au demeurant, il ne suffit pas qu'une complication de la grossesse ait été détectée pour qu'une femme soit assurée de bénéficier à temps des soins ad hoc dans le service de santé approprié : il faut également, non seulement que ce service existe et qu'il soit géographiquement accessible dans le délais exigé par son état ; mais aussi, que les ressources nécessaires pour y accéder soient rapidement mobilisées. Or le statut socio-économique des femmes Haïtiennes des milieux traditionnels et/ou défavorisés ne le permet pas forcément...

Offre de soins et satisfaction des besoins

❖ **Planification familiale :**

Les Services de Planification Familiale (PF) sont appelés à faire partie du Paquet Minimum de Services en cours de définition; ils sont d'ailleurs déjà offerts par nombres de structures de santé publiques et privées philanthropiques et lucratives. Selon l'EMMUS-III, près des trois quarts (72,1 %) des femmes résident à moins de 5 kilomètres de services de PF et 9 femmes sur 10 (88,5 %) à moins de 15. Traduit en temps de trajet cela donne 73,8 % et 84,9 % des femmes à moins de 30/60 minutes. Bien que la désagrégation urbain/rural manque, il semble donc que l'on puisse dédouaner

l'accessibilité géographique de la faible satisfaction de la demande contraceptive. Le problème est donc en fait la non assurance d'une disponibilité permanente des contraceptifs adaptés et aussi la faible acceptabilité de l'offre (« accueil »).

❖ Soins Obstétricaux :

Les Soins Obstétricaux de Base (SOB) - Consultations Pré et Post natales et accouchement assisté - sont appelés à faire partie du Paquet Minimum de Services en cours de définition; et sont également déjà offerts par nombre de structures de santé publiques, privées philanthropiques et privées lucratives. Selon l'EMMUS-III, 74,6 % des femmes résident à moins de 5 kilomètre de services de Santé Maternelle et Infantile²¹ et 91,9 % à moins de 15 kilomètres. Traduit en temps de trajet cela donne 71,5 % des femmes à moins de 30 minutes et 83,1 % à moins d'une heure. Même en milieu rural, l'accessibilité est assez bonne : 59,9 % et 87,2 % de femmes étant à moins de 5/15 kilomètres; 54,9 et 73,2 % étant à moins de 30/60 minutes.

Mais il est établi qu'une forte proportion des complications vitales de la grossesse et de l'accouchement ne peuvent être ni prévues ou prévenues par les Consultations Périnatales, ni prises en charge correctement dans un Centre de Santé de premier échelon; si bien que, lorsque ces complications surviennent, le décès ne peut être évité que par une prise en charge en urgence au niveau d'un Centre de Santé de Première Référence doté d'un Plateau Technique - humain et matériel – lui permettant de prodiguer des Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU), et notamment, de pratiquer si besoin transfusions sanguines et césarienne.

L'accès à temps à un Centre de Santé de Première Référence délivrant des SOU d'une femme atteinte d'une complication obstétricale vitale, suppose un ensemble de conditions, à savoir :

- a) La complication requérant une prise en charge dans un établissement offrant des SOU doit être rapidement reconnue et perçue comme telle, par les agents de santé en périphérie, si elle a lieu en leur présence ou leur est amenée; par la femme et/ou son entourage (mari et parents) si elle a lieu à domicile;
- b) Le service offrant les SOU ne doit pas être trop éloigné et des moyens de communications et de transport appropriés doivent être disponibles;
- c) Le service doit être fonctionnel 24 h sur 24;
- d) Des dispositions matérielles et organisationnelles doivent être prises pour que l'évacuation puisse se faire dans le respect des délais vitaux; et, compte tenu de la pauvreté/précarité économique généralisée qui prévaut en Haïti, des dispositions doivent avoir été prises pour que les coûts de l'évacuation et prise en charge ne soient pas prohibitifs ou dilatoires.

²¹ L'EMMUS-III ne distingue malheureusement pas l'accessibilité spécifique des maternités des CPré/PostN

L'Étude sur les Besoins Obstétricaux Non Couverts (BONC) a permis de quantifier l'ampleur du déficit de couverture en besoins obstétricaux et d'en identifier les principales raisons. Cette étude a mesuré le déficit de prise en charge adéquate par le système de santé des femmes présentant des complications de la grossesse, de l'accouchement et du post partum ayant une forte probabilité d'entraîner la mort maternelle faute de la-dite prise en charge («Déficit en Interventions Obstétricales Majeures – IOM - pour Indications Maternelles Absolues » – IMA). Cette méthode a l'intérêt de porter sur des événements dont la fréquence - peu sensible à l'environnement - peut être estimée, et dont l'issue non fatale est tributaire de la prise en charge au niveau ad hoc du système de santé. L'étude a montré un déficit en IOM pour IMA allant de 32 à 69 % selon le département avec de très grandes variations entre UCS, à l'intérieur de chaque département. Mécanismes et raisons du déficit et interventions susceptibles d'y porter remède ont été identifiés.

Résultats départementaux de l'étude BONC

Département	N° IOM pour IMA		Déficit		Extrêmes			
	Attendu	Constaté	Nbre	%	Minima		Maxima	
					Valeur	UCS	Valeur	UCS
Aire Métro.								
Artibonite	371	148	223	60 %	32 %	Petite Rivière	95 %	Ennery
Centre								
Grand'Anse								
Nord	276	187	89	32 %	- 25 %	Cap Haïtien	89 %	Limbé
Nord-Est								
Nord-Ouest	156	45	111	71 %	34 %	Port de Paix	100 %	Jean Rabel
Ouest								
Sud								
Sud-Est								

Résultats de l'étude BONC par UCS (1ère phase)

Département	UCS *	N° IOM pour IMA		Déficit		Présence d'un hôpital	Relation instit. Commun.	Habit. / SSPE
		Attendu	Constaté	Nbre	%			
Artibonite	Gonaïves...	64	23	41	64	HPG	Ris.	13 880
	Gros Morne	31	7	24	77	0	Réf.	18 558
	Ennery...	19	1	18	95	0	Réf. Ris.	11 472
	Saint Michel de l'Atalaye	41	7	34	83	0	Réf. Ris.	14 470
	Saint Marc...	73	38	35	48	HSN	Réf. Urg.	30 678
	Marchand...	67	20	47	70	HCH		11 452
	Petite Rivière...	76	52	24	32	HAS	Réf. Ris.	17 261
Nord-Ouest	Jean Rabel...	49	0	49	100	0		7 768
	Bombardopolis...	15	0	15	100	0		7 587
	Port de Paix	32	21	11	34	HIC		8 078
	Chansolme...	17	6	11	65			12 684
	St Louis du Nord	22	12	10	45	Beraca		6 694
	Anse à Foleur	10	3	7	70			14 281
	La Tortue	11	3	8	73			8 196
Nord	Cap Haïtien...	102	128	- 26	-25	HJ		17 610
	Pignon...	47	26	21	45	HBP		17 181
	Limbé...	53	6	47	89	0		17 201
	Milot ...	31	17	14	45	H		18 465
	Pilate...	43	10	33	77	0		24 502

* Les UCS sont identifiées par le Chef lieu de l'UCS (i.e. site d'implantation actuel ou prévu de la référence)

Principaux constats de l'enquête BONC

<p>❖ Constats relatifs aux Hôpitaux (Communaux) de 1^{ère} référence (HCR*)</p> <p>➤ Certains départements présentent un déficit quantitatif de l'offre de soins au 1^{er} niveau de référence : il y a trop peu d'hôpitaux et/ou ils sont géographiquement peu accessibles.</p> <p>➤ Tous les départements connaissent un déficit qualitatif de l'offre de soins au 1^{er} niveau de référence : Il y a des hôpitaux, mais la qualité des soins qu'ils offrent est insuffisante ;</p> <p>Les principales insuffisances constatées dans la qualité de l'offre de soins constatées sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'insuffisance des ressources et conditions matérielles, notamment en matière de petits équipements (plateaux de césarienne et plateaux d'accouchements) ; matériel de stérilisation (autoclave) et d'incinération des déchets biomédicaux ; d'alimentation en électricité ; d'approvisionnement en eau ; et d'évacuation des urgences (ambulances) ; - L'absence de buffets de médicaments d'urgence fonctionnels 24 heures sur 24 qui permet de pratiquer les soins urgents, indépendamment du délai de mobilisation par la famille des fonds nécessaires à l'achat des médicaments et fournitures obstétricales ; - Une capacité transfusionnelle réduite : la plupart des hôpitaux sont approvisionnés au compte goutte à partir de la capitale. Ceci posant d'autant plus problème que les hémorragies ante-partum constituent une indication maternelle absolue très fréquente - La non assurance d'une permanence médicale : la nuit, en raison d'un manque de personnel et/ou déficit organisationnel, les infirmières ou auxiliaires assurent le service et les médecins de garde interviennent sur appel. Les délais de prise en charge augmentant parce qu'il faut aller chercher l'obstétricien et l'anesthésiste chez eux ; et - Le coût des interventions, de 500 à 6000 gourdes, est souvent hors de porté ou dissuasif
--

pour une importante proportion de la population.

Tous ces éléments entraînent l'allongement du délai de prise en charge - tributaire de la recherche de médicaments, de la disponibilité de l'énergie électrique, du rassemblement du personnel de garde, de l'obtention du consentement des parents... Ils ont également leur part de responsabilité dans le niveau alarmant de mortalité périnatale intra-hôpitalière

❖ **Les constats relatifs aux Services de Santé de Premier Echelon (SSPE) et Constats relatifs à la coordination entre les-dits SSPE et la 1^{ère} référence**

- Il n'y a pas vraiment de corrélation entre le déficit en BONC et la couverture en SSPE ou la formation de matrones ;
- La majorité des femmes qui arrivent dans les hôpitaux sont auto-référées, autrement dit court-circuitent les SSPE ;
- Les causes sous jacentes :
 - Les auxiliaires ou infirmières des SSPE s'occupent principalement des soins prénatals et n'interviennent que très peu dans la prise en charge des urgences obstétricales, faute de permanence du personnel et de moyens ;
 - Le rôle des matrones dans la référence et contre référence est peu ou pas perceptible.
 - Le manque de confiance dans, et la perception négative des, institutions de santé ; et
 - L'existence de croyances suscitant un refus de principe des interventions obstétricales
 - Le manque de moyens de communication et transport pour organiser les évacuations ;
 - Et le manque de participation communautaire pour la prise en charge des urgences.

❖ **Niveau d'instruction**

Quand bien même des estimations de la morbi/mortalité maternelle désagrégées selon le niveau d'instruction de la mère ne sont pas disponibles, il est légitime d'affirmer que la survie des mères au cours de leur période procréative est liée à leur niveau d'instruction, en effet :

- **Les mères instruites ont une plus grande maîtrise de leur reproduction que les mères non instruites.**
 - Elles commencent leur vie sexuelle et conjugale plus tard : l'âge médian des premiers rapports sexuels est 17,3 ans si elles n'ont jamais été à l'école, contre 18,2 ans si elles ont été à l'école primaire et 20,1 ans si elles ont été à l'école secondaire ou plus; l'âge médian à la première union est 19,4 ans si elles n'ont jamais été à l'école, contre 20 ans si elles ont été à l'école primaire, et 24,8 ans si elles ont été à l'école secondaire ou plus ;
 - Elles commencent leur vie féconde plus tard: l'âge médian au premier enfant est de 20,6 ans si elles n'ont jamais été à l'école, contre 21,3 ans si elles ont été à l'école primaire (*);
 - Elles s'exposent moins aux grossesses non désirées : à un moment donné, seulement 17,5 % des femmes qui n'ont pas été à l'école utilisent une méthode contraceptive moderne, contre 23,1 % si elles ont été à l'école primaire et 29 % si elles ont été à l'école secondaire. Ce faisant, elles s'exposent moins à la tentation de recourir à l'avortement provoqué clandestin, et au risque des complications infecto-hémorragiques y afférentes.
- **Les mères instruites utilisent plus des services de santé sexuelle et reproductive que les non instruites :**

- La couverture des Consultation Périnatale (CPN) est de 63 % pour les femmes qui n'ont pas été à l'école, contre 83,2 % pour celles qui ont été à l'école primaire et 95,2 % pour celles qui ont été à l'école secondaire ; et
- La proportion d'accouchements assistés en établissement sanitaire est de 10,3 % pour les femmes qui n'ont pas été à l'école, contre 21,6 % pour celles qui ont été à l'école primaire et 62,8 % pour celles qui ont été à l'école secondaire.

Au total, les mères et jeunes filles qui n'ont pas fréquenté l'école sont beaucoup plus vulnérables à la morbi/mortalité maternelle que celles qui l'ont fréquentée. D'abord, parce qu'au terme de leur vie féconde elles auront eu, en moyenne 6,4 enfants, soit plus d'un enfants de plus que celles qui ont été à l'école primaire (5,1) et quatre de plus que celles qui ont été à l'école secondaire ou plus (2,5)²². Ensuite parce que leurs grossesses sont plus souvent « à risque » - car plus précoces, tardives, rapprochées et non désirées (et que, dans ce cas, elles sont plus tentées de, et faute d'information sur le risque, enclines à, recourir à l'avortement provoqué clandestin). Enfin, parce qu'elles fréquentent peu les services de santé.

2.3.- La Santé des Enfants

2.3.1.- La Mortalité chez les Enfants de moins de 5 ans.

Chaque année, près de 138.000 enfants de moins de 5 ans meurent en Haïti de maladies le plus souvent évitables et de malnutrition. Soixante pour cent de ceux qui survivent ne grandissent pas et ne se développent pas comme ils le devraient. Ce sont toutefois les enfants de moins d'un an qui payent le plus lourd tribut à la maladie et la mort. Environ 8 décès sur 10 dans ce dernier groupe d'âge sont attribués à trois causes principales: la diarrhée, la malnutrition et les IRA (principalement la pneumonie).

Malgré ce sombre tableau du niveau de santé des enfants haïtiens, on persistait à croire que la performance du secteur santé pour faire chuter la mortalité chez les moins de 5 ans de 151.2 en 1989 à 131 pour 1000 en 1995 et la mortalité infantile de 101.4 à 74 pour 1000 pour la même période était très louable et que l'objectif du Sommet Mondial des Enfants de 1990 de réduire de 1/3 la mortalité infantile d'ici l'an 2000 était à la portée d'Haïti. En effet, de son niveau de 101.4 pour 1000 durant la période 1985-1989, la mortalité infantile est passée à 74 pour 1000 en 1995, soit une réduction de 27.02%. Ceci autorisait tous les espoirs et certains analystes pensaient même qu'elle diminuerait d'ici la fin du siècle jusqu'à 37-0 ou 51.0 pour 1000. Mais, la grave détérioration de l'environnement politique, social et économique qui a prévalu au cours de ces dix

²² Traduit en exposition au risque de grossesse et de complications y afférentes, cela signifie qu'elles ont un risque près de 1,2 fois plus élevé que celles qui ont été à l'école primaire et plus de 2,6 fois plus élevé que celles qui ont été à l'école secondaire.

dernières années a anéanti ces espoirs. Aujourd'hui, on se demande perplexe si la mortalité n'a pas augmenté par rapport à son niveau de 1995. C'est dire que d'importants moyens devront être déployés pour atteindre les objectifs du millenium qui est de réduire de 2/3 la mortalité infantile.

De tout temps, depuis 1975, la chute de la mortalité infanto-juvénile (chez les enfants de moins de 5 ans) a toujours été moins rapide que celle de la mortalité infantile. Par rapport à son niveau du début de la décennie actuelle, la mortalité infanto-juvénile n'a baissé que de 13.6%, ainsi l'objectif du sommet mondial des enfants de 1990 ne sera pas atteint. Dans le meilleur des cas, il avoisinera 100.8 pour 1000 au lieu de 70 pour la fin de la décennie.

Réduction de la Mortalité chez les Enfants en Haïti, 1990

Objectif du Sommet Mondial des Enfants, 1990	Cible	Indicateurs / Accomplissement
Réduction du Taux de Mortalité Infantile Réduite	Réduction du TMI de 1/3 par rapport à son niveau de 1990 ou à 50.0 pour 1000 au moins d'ici l'an 2000 et en deçà de 35 pour 1000 d'ici 2015	Le TMI a baissé de 27.02% au lieu de 33.3% par rapport à son niveau de 1990
Réduction de la Mortalité chez les moins de 5 ans	Réduction du Taux de Mortalité chez les moins de 5 ans de 2/3 par rapport à son niveau de 1990 ou à 70 pour 1000 ou moins	Le Taux de Mortalité chez les moins de 5 ans a baissé de 13.6% par rapport à son niveau de 1990

❖ Structure de la mortalité des 0-5 ans :

Globalement, les décès se répartissent à raison d'un quart (26,1 %) au cours de la période néo-natale ; d'un gros tiers (39 %) durant le reste de la première année (période post-néo natale), soit en tout près des 2/3 (65 %) avant le premier anniversaire; et un gros tiers restant (38 %) au cours de la période juvénile. La structure de la mortalité diffère entre milieu rural et urbain, avec, en milieu rural sur-représentation des décès juvéniles (43,3 % vs 24 % en milieu urbain) et en milieu urbain, sur-représentation des décès post-néonataux (52,4 % vs 34 % en milieu rural). Il n'y a guère de différence pour la période néo-natale (urbain : 25,5 %; rural : 26,4 %).

❖ Causes de la mortalité des 0-5 ans :

La répartition des causes de décès parmi les décès infantiles (enfant de 0 à 1 an) pour lesquels un certificat a été établi et signes et symptômes ont été consignés dans le-dit certificat, permet de conjecturer sur la répartition des causes de décès infantiles dans la population. En 2000, un certificat a été établi pour 814 décès, et la cause établie pour la très grande majorité (89.3 %).

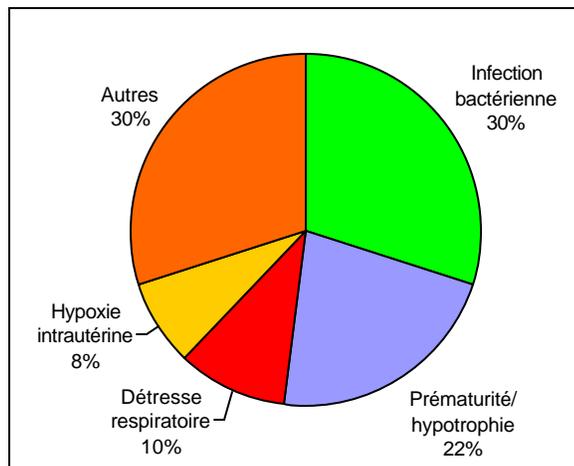
Le tableau ci dessous fait ressortir la place des pathologies de la période périnatale, qui totalisent plus du tiers des causes de décès infantiles (34,8 %) – à raison de près d'un tiers (30 %) d'infections néo-natales bactériennes et un quart (22 %) de décès liés à la prématurité et/ou hypotrophie (graphique ci-dessous). Viennent ensuite les infections

respiratoires (9,1 %), suivies par la malnutrition (8,2 %) et les maladies infectieuses infantiles - maladies diarrhéiques (7,5 %) et autres (méningites, septicémies) ; l'ensemble de ces protagonistes du «cercle vicieux infection-malnutrition» totalisant près du tiers (32,9 %) de la mortalité. On doit également souligner que le SIDA et le tétanos néo-natal viennent parmi les dix 1^{ière} causes.

Causes de décès infantiles

Rang	Cause du décès	CIM10	Nbre par sexe			TOTAL	
			F	M	I	Nbre	%
1	Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	P00-P96	143	138	2	383	34,8
2	Grippe et pneumopathie	J10-J18	38	36		74	9,1
3	Malnutrition	E40-E46	32	35		67	8,2
4	Diarrhée et gastro-entérite infectieuse	A09	21	40		61	7,5
5	Mal. Inflammatoires du système nerveux central	G00-G09	15	23		38	4,7
6	Septicémie	A41	14	14		28	3,4
7	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	Q00-Q99	12	12	1	25	3,1
8	Maladies dues au VIH/SIDA	B20-B24	12	13		25	3,1
9	Tétanos néonatal	A33	4	14		18	2,2
10	Autres maladies de l'appareil respiratoire	J95-J99	4	8		12	1,5
	Total dix premières causes		295	333	3	631	77,5
	Reste des causes avec diagnostic		47	48	1	96	11,8
	Symptômes et signes non classés ailleurs	R00-R99	33	53	1	87	10,7
	Total de certificats de décès enregistrés		375	434	5	814	100

Causes de mortalité néo-natale



2.3.2.- Niveau et causes de la morbidité des 0-5 ans :

La mortalité est la partie émergée d'un iceberg de la morbidité que le système d'information sanitaire ne permet pas d'appréhender. L'EMMUS-III donne une idée de son ampleur par la prévalence des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), fièvres et

Diarrhées au cours des quinze derniers jours chez les 0 à 5 ans : il est respectivement de 39,3 % 40,6 % et 25,7 %.

2.3.3.- Mortalité et morbidité des plus de 5 ans :

La période de 5 à 10/14 ans est marquée par la baisse des taux de mortalité et morbidité par rapport à ceux observés avant 5 ans, le profil épidémiologique pouvant se complexifier à l'occasion. L'état de santé de cette population, en Haïti, peut être appréhendée par 2 sources :

- L'analyse des causes de décès identifiées à partir des certificats de décès d'enfants de cet âge : elle fait ressortir la place prépondérante encore occupée par les causes infectieuses à ces âges, avec au premier rang, les fièvres (Para) typhoïdes, et, dans les dix premiers rangs, la tuberculose, le paludisme, les infections respiratoires et autres maladies bactériennes, le Sida, les traumatismes....
- Des enquêtes portant sur la population scolarisée, qui ont, entre autre, fait ressortir : la forte prévalence des infestations parasitaires intestinales, rencontrées en moyenne chez 34,2 % des élèves (milieu rural : 38 % ; urbain : 30 %), avec des variations importantes entre départements (21 % à 74 %) ; et des teignes, en particulier la teigne du cuir chevelu.

Cette période de relatif répit – par rapport à la période 0-5 ans - de la morbi/mortalité, et de très grande réceptivité aux influences éducatives n'est pas assez mise à profit par les canaux traditionnels (e.g. la famille) et modernes (e.g. l'école) de transmission des savoirs, pour faire acquérir aux enfants les «compétences pour la vie » - notamment en matière d'hygiène et de comportements sexuels et reproductifs – qui leurs seront pourtant bien nécessaires par la suite.

2.3.4 Déterminants de la morbidité et mortalité des enfants :

Etat nutritionnel de base des enfants :

❖ Situation à la naissance :

On peut penser que la prévalence du *faible poids à la naissance*, conjecturable devant la fréquence de nouveaux nés déclarés très petits (20,7 %) ou plus petit (12,4 %) que la moyenne (EMMUS-III) concourt substantiellement à la mortalité infantile du fait de la sur-vulnérabilité liée au petits poids, qu'il résulte de la prématurité et/ou d'un retard de croissance intra-utérin.

❖ Malnutrition infantile :

Selon l'EMMUS-III, la forme aiguë, appréciée par la prévalence de l'émaciation, touche 4,5 % des enfants (34 %) des moins de 5 ans. La forme chronique, appréciée par la proportion d'enfant accusant un retard de croissance, touche près d'un quart (22,7 %) des moins de 5 ans; cette proportion augmentant très régulièrement et très rapidement au cours des 18 premiers mois, puis se maintient en plateau aux alentours de 20 % pour le reste de la période.

Le risque de malnutrition chronique en général et de sa forme sévère, en particulier, est plus élevé pour le garçon (25 % et 9 %) que pour la fille (20,4 % et 7,1 %) et plus du double en milieu rural (27,3 % et 10 %) qu'en milieu urbain (12,2 % et 3,7 %), la situation étant particulièrement préoccupante dans le Centre (33 %) et le Sud (29 %). Il décroît avec le niveau d'instruction de la mère : 28,7/10,9 % si la mère n'a pas été à l'école, 20,8/6,5 % si elle a été à l'école primaire et 9,7/2,3 % si elle a été à l'école secondaire ou plus. D'après l'analyse des certificats de décès, la malnutrition est la cause de 8,2 % des décès survenant entre la naissance et le cinquième anniversaire. Mais si l'on en croit le modèle de Pelletier et al ²³, elle contribuerait, directement et indirectement - en fragilisant vis à vis des maladies infecto-contagieuses et vice versa (« cercle vicieux infections-malnutrition) - pour une part prépondérante de la mortalité infanto-juvénile. La comparaison des résultats des deux dernières EMMUS montre une stabilité de la malnutrition aiguë et une régression d'un tiers de la forme chronique à prendre avec circonspection, l'EMMUS-II (1994-1995). ayant eu lieu dans un conjoncture sociopolitique et économique exceptionnellement difficile (embargo).

❖ **Malnutrition « scolaire » :**

L'état nutritionnel des enfants d'âge scolaire est mal maîtrisé. Toutefois, des enquêtes menées par des Organisation Non Gouvernementales travaillant dans la santé scolaire ont montré qu'une forte proportion d'élèves arrivent à l'école après avoir marché plusieurs kilomètres sans avoir mangé le matin; que la faim («*grangou*») est une expérience quotidienne pour une forte proportion d'entre eux ; et que ceci, combiné avec les troubles liés aux infestations parasitaires intestinales contrarie sérieusement leurs capacités d'attention et d'apprentissage.

❖ **Carence en vitamine A :**

Par sa manifestation oculaire, la xérophtalmie, la Carence en vitamine A est cause de cécité infantile. Par la diminution de la résistance aux maladies, elle entraîne une surmortalité infantile: sa correction, là où elle existe, réduirait la mortalité de cette tranche d'âge d'environ un quart (23 %). L'importance de la carence en vitamine A en Haïti est peu documentée mais étayée par de forts arguments présomptifs : le taux élevé de mortalité infantile (EMMUS-III); la pauvreté du régime alimentaire des enfants en aliments riches en Vitamine A (ibid) et en corps gras nécessaires à l'absorption de la vitamine; et la fréquence des maladies infectieuses, qui la détournent/consomment, et malnutrition, qui en contrarie l'assimilation.

La lutte contre la carence en vitamine A par la distribution de capsules de vitamine A n'est pas encore en mesure de compenser la carence alimentaire : selon l'EMMUS-III, moins d'un tiers des 6-59 mois (31 %) ont reçu ces suppléments au cours des six derniers mois.

❖ **Carence en fer :**

L'anémie par carence en fer affaiblit les capacités physique et intellectuelles et les défenses contre les maladies infectieuses des enfants. Selon l'EMMUS-III, la prévalence des anémies sévères (hémoglobine sanguine inférieure à 7,0 g/dl) chez les enfants de 6-59

²³ Pelletier, D.L., E.A. Frongillo, Jr, D.G. Schroeder et J-P. Habicht. 1994. A methodology for estimating the contribution of malnutrition to child mortality in developing countries. Journal of Nutrition 124 (10 Suppl.): 2106S-2122S.

mois est de 1,6 % (le double en milieu urbain - 3 % - qu'en milieu rural -1,2 %). Mais les deux tiers (65,3 %) sont anémiés (< 11 g/dl). Sauf pour les formes sévères, il y a peu de disparités entre le milieu rural et urbain et entre les départements. Ces prévalences élevées d'anémie chez les enfants s'expliquent par une conjonction de facteurs : faible consommation d'aliments riches en fer à haute biodisponibilité (produits animaux) liée à la pauvreté ; prévalence de la carence en vitamine A et malnutrition ; et fréquence des parasitoses intestinales et maladies infectieuses.

Environnement

Les insuffisances domestiques en matière d'approvisionnement en eau et d'élimination des excréta, conjuguées aux pratiques d'alimentation des nouveaux nés (« *lok* ») et nourrissons (introduction très précoce des liquides ; sevrage brutal) expliquent la place des pathologies diarrhéiques dans le profil épidémiologique, et la mortalité des tous petits. Elles expliquent aussi la fréquence des infestations parasitaires chez les plus grands (enfants d'âge scolaire).

Dans une forte proportion d'écoles les conditions d'accès à l'eau et d'évacuation des excréta sont également insalubres et ainsi, non seulement propices aux cycles de transmission féco-orale, mais peu susceptibles de crédibiliser les messages relatifs à l'hygiène et encore moins d'en acquérir le savoir faire. Les plus grands sont également exposés à la contamination en se fournissant en dehors de l'école d'aliments préparés et/ou servis dans la rue (fièvre typhoïde). Les écoles publiques, surtout en milieu rural, sont dépourvues d'installations d'eau courante et de disposition des eaux usées, ce qui compromet la réussite de tout programme de déparasitage scolaire. Les insuffisances domestiques en matière d'approvisionnement en eau et d'élimination des excréta expliquent la fréquence des infestations parasitaires chez les enfants d'âge scolaire. Ces enfants âgés (5-15 ans) représentent 59.2 % de la population dont 54.3% de 6-12 ans fréquentent l'école primaire. Une enquête réalisée dans les écoles (Avril 2002-Janvier 2003) montre que la prévalence moyenne des Helminthiases intestinales est de 32% (38 % rural, 30 % urbain). Dans une forte proportion d'écoles les conditions d'accès à l'eau et d'évacuation des excréta sont aussi propices aux maladies à cycle de transmission féco-orale.

Comportements, (manque d') instruction et tradition

Les comportements défavorables à la survie et au développement du petit enfant sont très variés ; ils portent notamment sur :

- La reproduction : les grossesses trop précoces, trop rapprochées, trop nombreuses, pas du tout ou pas assez présentées à la CPN et les accouchements à domicile comportent, d'une part, un risque direct pour l'enfant (hypotrophie par prématurité et/ou retard de croissance intra-utérin, souffrance au moment de l'accouchement) d'autre part, multiplient les risques de décès de sa mère, hypothéquant gravement l'avenir de l'enfant si il survit !
- l'alimentation : retard de mise au sein, administration de « *lok* », interruption précoce de l'allaitement exclusif, sevrage brutal du sein maternel, faible utilisation des aliments riches en vitamine A dans le préparation des repas.

- le recours aux soins : non présentation des enfants aux services préventifs – les privant du bénéfice des vaccination, de l'éducation nutritionnelle et de la supplémentation en vitamine A ; non recours aux services de santé en cas de maladies courantes- diarrhées, épisodes fébriles et Infections Respiratoire Aiguës (IRA) ; et non respect des principes de la Thérapie de Réhydratation par voie Orale à la maison.

Certains de ces comportements sont liés au manque d'instruction et/ou enracinés dans la tradition (e.g. administration du *lok*). Nombre d'entre eux sont d'abord et avant tout liés à la pauvreté, à la fois directement, la non solvabilité ne permettant pas d'acquérir les biens et d'accéder aux services nécessaires à la survie et développement des enfants ; mais aussi indirectement, du fait que les services socio -sanitaires paraissent peu hospitaliers aux pauvres, et de l'insuffisant accès de ceux ci à l'éducation et autres sources d'acquisitions des «compétences sur la vie ».

Le non recours aux services préventifs et curatifs, bien souvent attribué à un manque de «sensibilisation», a sans doute, d'abord et surtout pour causes, les insuffisances de l'offre de soins, en termes d'accessibilité géographique et économique et d'acceptabilité.

Satisfaction des besoins de soins de santé

❖ Satisfactions des besoins préventifs : la Vaccination du PEV et la supplémentation en Vitamine A.

Le déficit en soins préventifs peut être appréhendé à travers les résultats de couverture vaccinale et supplémentation en Vitamine A qui ont été constatés l'EMMUS-III.

Déficit en soins préventifs

Soins		Milieu de résidence			Niveau d'instruction		
		Globale	Urbaine	Rurale	Aucune	I ^{er} ou +	II ^{er} ou +
Préventif	Vaccinations inachevées à 12 mois	80,7 %	nd	Nd	Nd	Nd	Nd
	Vaccinations inachevées à 23 mois	66,5 %	66,4 %	66,5 %	78,5 %	62,4 %	56,4 %
	Pas de suppléments de vitamine A	68,4 %	70,2 %	67,5 %	76,7 %	64,8 %	67,5 %

La faiblesse de la protection vaccinale de routine se reflète dans l'état d'avancement local des initiatives internationales d'éradication et d'élimination des maladies immuno-contrôlables cibles du Programme Elargi de Vaccination (PEV) :

- Polio : la circulation du virus a été interrompue, mais sept (7) cas de poliomyélite au polio-virus Sabin-1 se sont produits en 2000-2001 témoignant d'une mutation de celui ci liée à la faible, ou à l'absence de, couverture de certaines populations.
- Rougeole : en mars 2000, 5 ans après qu'aucun cas n'ait été confirmé, une épidémie se déclarait dans le pays, liée à l'accumulation d'enfants susceptibles du fait de la faible couverture vaccinale de routine qui, selon l'EMMUS-III n'est, globalement que de 34,3 % avant un an, (avant deux ans, milieu urbain : 60 % ; et milieu rural : 50 %).
- Tétanos néo-natal : 579 cas de tétanos néo-natal ont été enregistrés en 2002, répartis entre 59 des 133communes du pays, faisant de Haïti de loin le premier

contributeur de cas de tétanos néo-natal (TNN) de la région Amérique-Caraïbes. Parmi ces 59 communes, 17 dépassent le seuil d'incidence (1/1000 naissances) définissant un district à haut risque, justiciable de campagnes de vaccination des femmes en âge de procréer. En fait, compte tenu du sous enregistrement des cas et du niveau, mal maîtrisé par commune, mais très faible globalement, des autres paramètres pris en compte par l'algorithme OMS/UNICEF de classification des districts selon le risque de TNN (Couverture en accouchement et en VAT), on peut estimer que la quasi totalité des communes de Haïti sont à haut risque de TNN.

L'appui de GAVI au renforcement du PEV de routine représente une opportunité précieuse.

❖ Satisfacation des besoins curatifs : Prise en charge des maladies courantes de l'enfant

Le déficit de couverture en soins curatifs peut être également appréhendé grâce aux résultats de l'EMMUS-III, qui donnent les taux de recours aux soins pour des maladies courantes : diarrhées, fièvres et/ou Infections Respiratoires Aigues (IRA) ; et le taux d'administration de la Thérapie de Ré-hydratation Orale-TRO à domicile. Il ressort de ces résultats que les enfants non amenés à un établissement de santé sont la majorité : les deux tiers des enfants présentant de la fièvre et/ou des symptômes d'IRA ; les trois quarts des enfants souffrant de diarrhées ; et que, en cas de diarrhée, la prise en charge à domicile recommandée par les services de santé (la TRO) n'a pas eu le moindre degré d'application dans presque la moitié des cas.

Déficit en soins curatifs

Soins		Milieu de résidence			Niveau d'instruction		
		Globale	Urbaine	Rurale	Aucune	I ^{er} ou +	II ^e ou +
Curatif	Pas de consultation pour IRA / F ^o	62,5 %	54,3 %	65,5 %	72,8 %	59,4 %	47,4 %
	Pas de consultation pour diarrhées	75,9 %	69,4 %	87,8 %	80,4 %	73,7 %	72,4 %
	Pas de TRO et pas plus de liquides	45,1 %	36,9 %	48,7 %	56,5 %	40,6 %	32,3 %

2.4 – La Santé des Jeunes

2.4.1 Mortalité

La répartition des causes parmi les décès des adolescents et jeunes (10-24 ans) pour lesquels un certificat a été établi en 2000, renseigne sur la répartition des causes de décès de cette tranche d'âge dans la population. En première analyse, le Sida vient à la première place, aussi bien chez la fille que chez le garçon. Après regroupement des maladies par catégories, les maladies infectieuses – maladies intestinales en général, fièvres (para) typhoïdes en particulier, tuberculose et « autres maladies bactériennes » - viennent en première position. Les décès de cause maternelle occupent le troisième rang chez la femme. La principale discordance entre sexes, mortalité maternelle exclue, est

l'importance des agressions et des accidents de transport respectivement dix (10) et cinq (5) fois plus fréquents chez les garçons.

2.4.2. Santé sexuelle et reproductive :

❖ Impact sur la Mortalité Maternelle

Près d'un cinquième (18 %) des adolescentes (15-19 ans) en moyenne - 22,8 % en milieu rural, 13,3 % en milieu urbain - ont déjà eu (13,6 %), ou attendent (4,4 %) un premier enfant. Près d'un tiers d'entre elles (28,3 %) seront déjà mères d'un, ou plusieurs, enfants ou seront enceintes avant d'avoir 20 ans.

L'adolescente enceinte est d'abord une femme enceinte et, à ce titre, exposée aux risques de toute grossesse. Mais, du fait de la conjonction de l'état de primigeste et d'une grossesse précoce – alors que le développement de son bassin et de sa filière génitale n'est pas terminé – elle est exposée à des risques accrus d'éclampsie, d'obstructions du travail et de fistules.

Il est d'autre part admis que les adolescentes enceintes recourent fréquemment à l'avortement provoqué clandestin ; et paient un tribut d'autant plus lourd à ce dernier qu'il est volontiers tardif, quand le risque de complication mécanique et infecto-hémorragique est maximum. Les données sont difficiles à obtenir sur ce sujet. Selon l'EMMUS-III, 0,3 % des 15-19 ans et 1 % des 20-24 ans ont eu un avortement dans les cinq dernières années ; les trois quarts d'entre elles (73,7 % et 71 % respectivement) ont pris la décision de leur propre chef ; l'avortement s'est effectué entre 2 et 4 mois de grossesse dans les trois quarts des cas (71,6 % et 76 %) ; la technique utilisée a été la dilatation/curetage dans 71,1 % et 65 % des cas, et une méthode traditionnelle dans 21,3 % et 34,6 % des cas ; des complications sont survenues dans 37,2 et 27,1 % des cas.

On estime en général que les adolescentes enceintes ont deux fois plus de risque de décéder à cause de leur grossesse, et celles de moins de 15 ans cinq fois plus, que les femmes de 20 à 30 ans ; et que compte tenu de la fréquence élevée de ces grossesses précoces, les décès pour complications de grossesse représenteraient la première cause de mortalité des adolescentes.

❖ Impact sur la Mortalité Infantile

Les mortalités infantile et infanto-juvénile sont respectivement de 130,8 ‰ et 192,4 ‰ si la mère a moins de 20 ans contre 83 ‰ et 134,7 ‰ si elle a entre 20 et 29 ans, soit un risque respectivement 1,57 et 1,42 fois supérieur. La surmortalité des enfants d'adolescentes culmine dans la période post-néonatale (83,2 contre 48,9 ‰, soit un risque 1,7 fois supérieur).

2.4.3.- Maladies Sexuellement Transmissibles

Selon l'EMMUS-III, 8 % des adolescents et 14 % des adolescentes reconnaissent avoir eu une IST au cours de l'année écoulée, proportion déjà aussi élevée que pour l'ensemble

de la population en âge de procréer (hommes : 9 % ; et femmes 14,6 %). Le prévalence est encore plus élevée chez les jeunes de 19 à 24 ans (hommes 9 % ; femmes 20 %). Sur le cumul des IST observées chez les adolescents et jeunes, comme pour l'ensemble de la période pro créative, les IST avec écoulement urétral sont un peu plus fréquentes que les IST ulcéraives.

Déterminants de l'état de santé

Physiologie :

La croissance du bassin osseux se poursuit jusqu'à l'âge de 18 ans, et la maturation de la filière génitale n'est achevée qu'aux alentours de 20 ans. D'où un risque accru, chez les adolescentes et jeunes enceintes de disproportion foeto-pelvienne et donc de travail prolongé voire obstrué, pouvant aboutir au décès maternel et de l'enfant ou à la constitution de fistules.

Les muqueuses du col utérin et du vagin des adolescentes se défendant moins contre les IST que celles des femmes plus âgées, d'où un risque accru de IST lors d'un rapport non protégé.

Le risque est d'autant plus grand que l'EMMUS-III a montré que la proportion d'adolescentes enceintes malnutrie (IMC < 18,5 kg/m²) est très élevée (20,2 % ; contre 11 % en moyenne).

Comportements :

Les grossesses précoces et/ou non désirées – et le risque de recours à l'avortement provoqué clandestin qui lui est attaché – sont le reflet de la précocité des rapports sexuels pré-nuptiaux; de la prégnance de traditions favorisant les unions précoces et d'une faible utilisation des méthodes contraceptives modernes. L'EMMUS-III permet d'appréhender ces paramètres :

- Plus de la moitié (52,2 %) des adolescents et du tiers (34,3 %) des adolescentes ont déjà eu des rapports sexuels ; et une proportion importante en ont eu au cours du mois écoulé (adolescents garçons : 19,4 % ; filles : 13 % ; jeunes hommes : 40 % ; femmes : 42,5 %) ;
- L'âge médian de l'entrée dans la première union est de 20,5 ans
- L'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les 15-19 ans n'est que de 3,2 % et chez les jeunes, de 17,2 %, contre 22,3 % en moyenne pour l'ensemble des femmes en âge de procréer

La précocité des premiers rapports sexuels, précocité d'entrée en union, et faible utilisation des méthodes contraceptives modernes varient notablement entre le milieu rural et urbain. En milieu rural, l'âge médian aux premiers rapports sexuels et d'entrée dans la première union sont de 17,9 (garçons) et 19,8 ans (filles) contre 18,5 et 21,9 ans, en milieu urbain ; alors que la prévalence de la contraception moderne y est – sans doute – moins élevée qu'en milieu urbain. Finalement, le pourcentage d'adolescentes déjà mères ou enceintes est près de 2 fois plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (22,8 % vs 13,3 %).

La comparaison des résultats des deux dernières EMMUS fait ressortir les évolutions suivantes :

- L'âge médian au premier rapport s'est abaissé, aussi bien chez la fille que chez les garçons, et aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain ;
- La proportion d'adolescentes mères ou enceintes, s'est accrue. Il n'est pas possible faute de données désagrégées, de comparer cette évolution entre le milieu rural et urbain ; mais elle semble dissociée, à en juger par le fait que l'âge à la première naissance s'est élevée en milieu urbain ; alors qu'il a baissé en milieu rural.

Les résultats sur les connaissances, attitudes et comportements vis à vis des IST et du SIDA » montrent qu'elles laissent plus à désirer chez les adolescent(e)s que chez leurs aînées; ainsi :

- Plus de la moitié des adolescentes (51.7 %) ne connaissent aucune IST (contre 42 % des femmes de 20-29 ans et 6.4 % des garçons de 20-24 ans).
- Encore 17.7 % des adolescentes (contre 16 % des 20-29 ans et 2.6 % des garçons de 20-24 ans) n'ont jamais entendu parler du SIDA et 14.7 % (contre 12.9 % des 20-29 ans et 5.8 % des garçons de 20-24 ans) en ont entendu parler mais ignorent ses modes de transmission sexuels.
- A peine plus du quart des adolescentes (24.1 % ; contre 24.9 % des 20-29 ans et 50.4 % des garçons de 20-24 ans) connaissent à la fois l'existence du SIDA, un/plusieurs mode(s) de transmission sexuel et le condom comme moyen de prévention.
- Les activités sexuelles des adolescentes sont en général peu protégées par l'usage du condom : 12.6 % des adolescentes qui ont eu des rapports dans les 12 derniers mois l'ont utilisé (femmes de 20-29 ans : 14 % ; garçons de 20-24 ans : 44.5 %). L'utilisation du condom par les adolescentes lors des rapports les plus « à risque » - extraconjugaux et/ou occasionnels - n'est pas maîtrisée. Mais d'une manière générale, les femmes (15-49 ans) non mariées sexuellement actives - dont les adolescentes forment le plus gros contingent - même les mieux informées (connaissant le SIDA, sa transmission sexuelle et sa prévention par le condom) n'utilisent le condom que dans guère plus du tiers (36 %) des cas lors d'un rapport sexuel avec un partenaire occasionnel.

❖ Services de santé :

Pour les adolescent(e)s dépendant(e)s, la barrière financière à l'accès aux services de santé est forcément plus gênante dans le cas des IST que dans le cas des maladies pour lesquelles il n'y a pas de honte à demander de l'argent...

Les insuffisances notoires des services de santé en matière d'accueil et de confidentialité, dimensions auxquelles les adolescent(e)s sont particulièrement attentifs, à fortiori dans le domaine « sensible » que constituent les IST, contrarient l'utilisation des services par ces derniers. Avec la barrière financière, ceci contribue à ce que les jeunes atteints de IST se soignent encore moins par les médicaments modernes que leurs aînés (moins du quart - 22 % - des 20-29 ans, contre la moitié - 49 % - après 30 ans) ²⁴ et recourent d'autant plus aux prestataires informels/traditionnels, plus proches et familiers et moins onéreux.

²⁴ Signalons aussi que le taux de fréquentation de la curative est minimal entre 5 et 15 ans (cas/hab/an)

❖ Niveau d'instruction :

Le bon déroulement de l'adolescence est étroitement lié au niveau d'instruction; en effet : **Les adolescentes instruites contrôlent mieux leur vie reproductive et leur fécondité.** Elles commencent la vie conjugale plus tard : L'âge médian à la première union est de 18 ans si elles n'ont jamais été à l'école, contre 19.3 ans si elles ont été à l'école primaire et 23 si elles ont atteint l'école secondaire.

Elles commencent leur vie féconde plus tard: l'âge médian au premier enfant est de 19.3 ans si elles n'ont jamais été à l'école, contre 20 ans si elles ont été à l'école primaire et 22.9 ans si elles ont atteint le secondaire.

Elles s'exposent moins aux grossesses non désirées : D'une manière générale (il n'y a pas de données désagrégées par âge) seulement 2.1 % des femmes en âge de procréer qui n'ont pas été à l'école utilisent les méthodes contraceptives modernes, contre 7 % de celles qui ont été à l'école primaire et 11.1% de celles qui ont été à l'école secondaire). Ce faisant elles ont moins d'occasions de recourir à l'avortement provoqué clandestin, et au risque de complications infectieuses et hémorragiques y afférent.

Finalement, le pourcentage d'adolescentes mères ou enceintes décroît de façon drastique lorsque on passe des adolescentes qui n'ont pas été à l'école (35%) à celles qui ont été à l'école primaire (19 %) et secondaire ou plus (3%).

Les adolescentes instruites mènent une vie sexuelle moins dangereuse:

Elles commencent leur vie sexuelle plus tard : L'âge médian des premiers rapports sexuels est 17.2 ans si elles n'ont jamais été à l'école, contre 17.5 ans si elles ont été à l'école primaire et 18.3 ans si elles ont été à l'école secondaire.

Elles connaissent mieux les risques de IST et de SIDA: D'une manière générale moins de la moitié (44 %) des femmes en âge de procréer qui n'ont pas été à l'école connaissent au moins une IST, contre plus des deux tiers (69 %) de celles qui ont été à l'école primaire et la quasi totalité (92 %) de celles qui ont été à l'école secondaire. Trois quart (76 %) d'entre elles connaissent le SIDA contre la quasi totalité de celles qui ont été à l'école primaire (95 %) ou, à fortiori, à l'école secondaire (100 %).

Elles en connaissent mieux les moyens de prévention: D'une manière générale 63 % des femmes en âge de procréer qui n'ont pas été à l'école connaissent le Condom et 19.3 % le citent comme moyen de prévention du SIDA contre respectivement 89 % et 41 % de celles qui ont été à l'école primaire et 99 % et 75 % de celles qui ont été à l'école secondaire ;

Elles appliquent plus les moyens de prévention : D'une manière générale, moins de la moitié (45 %) des femmes en âge de procréer qui n'ont pas été à l'école qui connaissent le SIDA ont changé de comportement pour l'éviter, contre près des deux tiers de celles qui ont été à l'école primaire (63%) ou à l'école secondaire (66%) ; seulement 1,7 % des femmes en âge de procréer qui n'ont pas été à l'école qui connaissent le SIDA et qui ont

eu des rapports sexuels dans les 12 derniers mois ont utilisé le condom pour éviter les IST/SIDA, contre 15 % de celles qui ont été à l'école primaire et contre 31 % de celles qui ont été a l'école secondaire.

3.- LA REPONSE AUX PROBLEMES DE SANTE

L'offre des soins fournis par la médecine moderne est assurée par de nombreux acteurs dont les principaux sont : le MSPP, les organisations non gouvernementales, les associations de professionnelles intervenant dans le secteur, les prestataires privés à but lucratif. Ces acteurs peuvent se regrouper au sein de différents secteurs.

Le Secteur Public. :

Depuis le retour de l'ordre constitutionnel, une nouvelle politique de santé fondée sur des principes d'équité, de justice sociale et de solidarité et précisant le rôle de l'Etat et de ses partenaires a été adoptée. En 1995, le secteur public avait la charge de 38% des établissements de soins existants (40% des hôpitaux et des dispensaires, 50% des centres de santé avec lits, 25% des centres de santé sans lit). Toutefois, sa légitimité en tant qu'opérateur est limitée par la faible qualité des services de la majorité de ces structures et par la priorité donnée au sous-système hospitalier.

Le secteur Privé :

a) Le Secteur Privé à but Lucratif. À travers des structures telles que cabinets médicaux, polycliniques et hôpitaux privés, il délivre principalement des soins curatifs à la partie de la population qui peut en supporter les coûts. En l'absence d'enregistrement des professions médicales et paramédicales, le nombre exact de médecins et d'infirmiers exerçant à titre privé n'est pas suffisamment connu et n'est soumis à aucun contrôle.

b) Le Secteur Privé à but non Lucratif. Il est constitué par une nébuleuse d'organisations à vocation hétéroclite. Il s'agit de missions religieuses intégrant la santé dans le cadre de leurs services communautaires, parfois en appui à des activités pastorales, et pouvant faire fonctionner des institutions de soins allant de l'hôpital au dispensaire, parfois en réseau. Il s'agit également d'ONG laïques nationales ou internationales dont les prérogatives s'étendent de l'appui à une institution délivrant un service spécifique (par exemple des soins maternels et infantiles) à la conduite de programmes de développement intégré comprenant des actions de santé préventives et curatives sur une zone géographique pouvant inclure plusieurs communes.

On retrouve aussi des institutions mixtes qui sont le plus souvent des institutions privées à but non lucratif dans lesquelles tout ou partie du personnel est mis à disposition par le MSPP et les salaires pris en charge à 50% par l'Etat. Ces institutions mixtes représentent environ un quart des formations sanitaires.

A côté de la médecine moderne existe une médecine traditionnelle très présente. La médecine traditionnelle (médecine feuille ou médecine Guinen) représente dans 70 % des cas le premier recours de la population en cas de problème de santé.

La « médecine feuille » est basée sur les plantes et fait l'objet d'une transmission du savoir très souvent familiale. Elle représente un recours immédiat, celui de l'automédication ou celui du cercle familial.

La « médecine guinen » fait appel à une personne possédant un don, par exemple celui des rebouteux ou des accoucheuses traditionnelles. Lorsqu'elle est pratiquée par les

Hougans, elle utilise souvent la magie – au sens d’une transformation non rationnelle d’un système malade en un système fonctionnel - et peut nécessiter de véritables « hospitalisations ».

Ce monde complexe et varié représente le tissu socioculturel et religieux dans lequel vit la population. Si les ONG font parfois des efforts pour inclure les tradi-praticiens dans leurs stratégies, ces derniers sont souvent ignorés des professionnels de la médecine biomédicale.

Les obstacles au dialogue entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle sont nombreux.

Au niveau local, ce sont : l’absence de stratégie du ministère sur la base de laquelle ses cadres pourraient amorcer une collaboration, le manque de confiance mutuelle des interlocuteurs du fait de référents issus de cultures différentes. La langue (français/créole) et le jargon scientifique utilisé par les médecins jusque dans les formations de matrones illustrent bien ces barrières.

Au niveau national, le manque d’organisation et le manque d’homogénéité des tradi-praticiens rendent difficile et délicate le dialogue avec les autorités. Certains « ambassadeurs » entre ces deux mondes pourraient être sollicités. Mais sont-ils suffisamment représentatifs des multiples réseaux qui irriguent la totalité du territoire ?

Le grand perdant de cet état de bienveillante ignorance mutuelle est la population. Le champ communautaire rural demeure hors d’atteinte du système de santé et de ses stratégies au niveau communautaire. Ses actions sur la réduction du premier délai, son activité promotionnelle - un jour sa recherche en ethno pharmacie – en sont gravement affectées.

Une étude a été réalisée en 2003 par le MSPP (non encore validée), avec l’appui de l’OPS /OMS, au niveau de deux UCS. Les résultats de cette étude sont les suivants :

- L’importance de la médecine traditionnelle a été démontrée par les leaders communautaires et les guérisseurs eux-mêmes. Ils affirment que 70 à 90% des gens recourent à la médecine traditionnelle en raison du manque de structures sanitaires, du coût abordable de la médecine traditionnelle et de la croyance des populations. Cette même constatation a été faite du côté du personnel médical. Néanmoins certains membres de ce personnel médical attribuent le recours à la médecine traditionnelle à l’échec du traitement du patient à l’hôpital, au manque d’accueil, au manque d’information, au bas niveau d’éducation, à la croyance superstitieuse et à la religion.

- Le personnel médical constate qu’une forte proportion de la population (50 à 70% chez les enfants et 60 à 70% chez les adultes) a eu recours aux guérisseurs avant de venir à la consultation. Tout en reconnaissant à 100% que les guérisseurs peuvent rendre de grands services aux malades et à la communauté, les 2/3 de ce personnel médical doutent de l’efficacité des soins prodigués par les guérisseurs.

- La perception de la population est tout autre. En effet tant au niveau des guérisseurs que des informateurs clés, nombreux sont les témoignages qui attestent non seulement de l’efficacité des traitements, mais aussi de l’absence de leurs effets secondaires.

Malgré tout, les deux parties reconnaissent une certaine dévalorisation de la médecine traditionnelle.

Distribution des Infrastructures de Santé. Les institutions sanitaires sont inégalement réparties à travers le pays. En ce qui a trait aux services para-cliniques 73% des communes ont au moins un service de laboratoire, 20% ont un service de radiologie, 20% un service d'ambulance, 40% une clinique dentaire et seulement 5 communes disposeraient d'une banque de sang²⁵. (Cf. Rapport Annuel MSPP 2001, non encore validé).

Distribution des infrastructures de santé par département géographique - 2003

Départements	Hôpital	Centre de Santé	Dispensaire	Total
Artibonite	6	12	70	88
Centre	4	1	33	38
Grand'Anse	2	16	35	53
Nord	5	3	40	48
Nord-Est	1	6	15	22
Nord-Ouest	3	10	58	71
Ouest	31	13	169	213
Sud	6	17	41	64
Sud-Est	1	4	26	31
Total	59	82	487	628

Sources : MSPP,2003.

Fonctionnement des hôpitaux. Une analyse du fonctionnement des principaux hôpitaux publics du pays a été réalisée en 2001 par le MSPP. Les éléments de synthèse sont présentés en cinq tableaux :

- l'offre de service
- le management
- la gestion administrative et financière
- les services généraux
- Les infrastructures et les équipements

²⁵ MSPP. Rapport Annuel 2001, non encore validé

3.1 Les Programmes

La réponse à des problèmes de santé publique graves est adressée souvent à travers des programmes nationaux. Cette approche tend à être abandonnée, le ministère élabore plutôt des Politiques spécifiques et des plans directeurs pour coordonner les activités relatives à une problématique donnée.

3.1.1.- Le Programme de Santé de la Reproduction.

Dans la politique Nationale de Santé basée sur l'Équité, la Justice Sociale et la Solidarité, la Santé de la Reproduction est un élément du paquet minimum de services à offrir à la population haïtienne. Cette priorité de santé figure également dans la Politique nationale de Population.

Les efforts dans le domaine de la Santé de la Reproduction ont été concentrés jusqu'ici sur les **volets santé maternelle et planification familiale**. Ces volets sont caractérisés par un taux élevé de mortalité maternelle 523 pour 100.000 naissances vivantes (le taux le plus élevé de la région Amérique Latine/Caraïbes), un taux d'assistance à l'accouchement de 24%, des besoins en Planification familiale non satisfaits de l'ordre de 40% et une prévalence contraceptive de 22.3% pour les méthodes modernes. Les causes médicales de la Mortalité Maternelle sont les mêmes en Haïti que dans les pays développés avec la toxémie gravidique en premier rang. Le poids de la morbidité maternelle n'est pas connu. Du point de vue systémique, l'accessibilité aux services est entravée par la faible couverture sanitaire, le coût des services et un manque d'organisation des soins et le manque d'intégration des programmes connexes (nutrition, PEV, IST/SIDA...).

La situation critique de la santé maternelle a porté les autorités sanitaires du pays, depuis les plans d'actions des deux dernières années, à considérer celle-ci (de façon plus large, la santé de la reproduction) comme porte d'entrée pour la réorganisation du système.

Au cours de l'année 2003 un plan stratégique national de réduction de la mortalité maternelle a été élaboré. Ce plan qui fait suite au plan d'action 1998-2001 dans le cadre de l'Initiative Régionale de la Réduction de la Mortalité Maternelle vise d'ici les 5 prochaines années à réduire le ratio de Mortalité Maternelle d'environ 50% au niveau du pays. Le nouveau plan repose sur le renforcement du système (planification à tous les niveaux, gamme de soins par niveau), l'augmentation de la couverture en soins obstétricaux essentiels (assistance qualifiée à l'accouchement) et l'amélioration des conditions liées au genre à travers la mobilisation sociale.

Par ailleurs, un programme de santé et développement des adolescents et des jeunes est en cours d'élaboration, ce programme tient en compte l'approche multisectorielle. De même l'attention sera portée sur d'autres volets de la santé de la reproduction telle la prévention et la prise en charge des cancers de l'appareil reproducteur, l'infertilité, la prévention de l'avortement et la prise en charge des complications.

La santé de la reproduction, pour avoir son plein effet, doit être considérée de façon holistique. De nombreux déterminants sanitaires, économiques, politico-légal, socioculturel, éducatifs interviennent pour influencer ses résultats. Les approches pour la cerner et solutionner ses problèmes doivent être multisectorielles et multidisciplinaires. Les interventions réalisées pour réduire la mortalité et l'invalidité maternelles seront analysées à la lumière de ces considérations.

3.1.2.- Le Programme de Prise en Charge des Maladies de l'Enfant (PCIME).

Les problèmes de santé de l'enfant ont toujours été un souci pour le système de santé et particulièrement pour le MSPP. Les indicateurs se sont sensiblement améliorés mais ils se trouvent encore à un niveau critique et inacceptable. Aussi, les Autorités Nationales, sensibles à cette situation, ont au cours de la dernière décennie pris des engagements et multiple les initiatives stratégiques en vue d'améliorer la santé de l'enfant. Cette volonté se traduit dans la politique nationale de santé qui identifie l'approche Prise en Charge Globale de l'Enfant comme premier élément du PMS à offrir à la population haïtienne.

En 1997, le Ministère a élaboré le Plan Stratégique National pour la Prise en Charge Globale de l'Enfant (PCGE) 1997-2000. Durant la période de mise en œuvre de ce plan, les contraintes socioéconomiques et environnementales ont porté les responsables à s'orienter vers l'approche prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) considérée comme une composante de la PCGE. Le choix de cette approche se justifiait par son potentiel à améliorer la qualité des services offerts et à relever le niveau des indicateurs de santé dans le groupe d'âge de moins de 5 ans.

La mise en œuvre de la PCIME a permis de développer, par adaptation du matériel générique de l'OMS, les normes et procédures de prise en charge ; le matériel pédagogique y afférent (modules) et les outils d'aide à la prestation (recueil d'algorithmes ; posters). Elle a également permis de constituer un pool de formateurs répartis dans tous les départements; de former un nombre important de prestataires. Elle s'est même introduite dans les écoles de médecine...

La mise en œuvre de la PCIME a été contrariée par un certain nombres de facteurs liés aux faiblesses générales du système de santé : instabilité du personnel (aussi bien formateurs que formés) ; manque de médicaments ; insuffisances des ressources humaines et matérielles (logistiques) et financières disponibles au niveau central et intermédiaire pour les activités d'implantation (supervision post-formation) et de suivi/consolidation (supervision régulière).

Par ailleurs, la PCIME – telle qu'elle a été mise en œuvre jusqu'à présent en Haïti, comme dans bien d'autres pays - a ses limites : elle ne répond pas aux problèmes de santé de la période néo-natale (25 % des DC) ; et est d'abord et avant tout curative et institutionnelle : autrement dit, fait pratiquement l'impasse, d'une part sur la possibilité d'offrir un paquet préventif et promotionnel aux enfants vus dans les établissements sanitaires en dehors, ou pour d'autres raisons, qu'un épisode pathologique, e.g. la

vaccination ; d'autre part sur les activités susceptibles d'être menées dans la communauté et promues au niveau familial ²⁶.

Population cible. Elle est constituée des enfants de moins de 5ans.

Objectif. Réduire de 50% les taux de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans d'ici 2007.

Stratégies. Intégration des soins préventifs et curatifs à chaque contact de l'enfant avec une institution de santé.

Réalisations. La Coordination des activités est assurée à travers un comité technique nationale santé de l'enfant qui participe à la planification et à l'évaluation des activités. La mise en oeuvre des activités garantie par une normalisation et un contrôle efficace. L'encadrement technique est offert constamment aux niveaux intermédiaires et périphériques pour l'offre de soins de qualité aux enfants haïtiens.

3.1.3.- Le Programme Elargi de Vaccination (PEV).

Le Programme Elargi de Vaccination a pour mission d'apporter une réponse concrète aux problèmes de morbi-mortalité liés aux maladies immuno-contrôlables.

En dépit des interventions qu'il a menées récemment avec succès contre 2 grandes épidémies qui ont frappé le pays, en dépit du processus de renforcement en cours aux niveaux tant de gestion que d'exécution, le programme continue à faire face à des problèmes d'ordres structurel, organisationnel, logistique, financier qui limitent considérablement ses capacités d'interventions.

En exemple, on peut citer la faiblesse de la surveillance épidémiologique, la gestion et la maintenance difficiles de la chaîne de froid, le manque de ressources humaines et de moyens logistiques, l'accès limité aux services de santé et de vaccination, la non viabilité financière du programme qui constituent autant d'obstacles à des performances durables du programme.

La population ciblée par le programme. Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) vise deux (2) grands groupes cibles principaux :

- Les enfants de moins d'1 an qui constituent environ 3.5% de la population totale
- Les femmes en âge de procréer FAP (15 – 49 ans). Ce groupe représente environ 25% de la population générale et comprennent aussi les femmes enceintes constituant 4 % de la population totale.

Les enfants de moins d'1 an doivent être complètement vaccinés contre 6 maladies immuno-contrôlables (Diphtérie, coqueluche, tétanos, complications de la tuberculose, polio, rougeole) avant leur premier anniversaire.

²⁶ L'intégration avec la vaccination et supplémentation en vitamine A, d'une part, le développement d'une composante communautaire, d'autre part faisaient parti des objectifs de la PCIME dans l'Agenda pour l'Action.

Les femmes en âge de procréer (FAP y compris les femmes enceintes faisant partie de cette tranche d'âge, doivent recevoir trois (2) doses initiales et 3 doses de rappel de vaccins contre le tétanos pour être immunisées à vie.

Une activité de rattrapage vise aussi les enfants de 1 à 5 ans dont le statut vaccinal ne serait pas complété aux cours de leur première année de vie.

Objectifs. Les objectifs du programme pour les cinq (5) prochaines années (2003 – 2007) se résument ainsi :

- Atteindre une couverture vaccinale d'au moins 95% chez les enfants de <1an pour le BCG, la Polio, la Rougeole, le DTP.
- Eliminer le Tétanos Maternel et Néonatal comme problème de santé publique d'ici à 2006.
- Continuer à bloquer la circulation du virus sauvage et de celui vaccinal dérivé de la Polio et du virus de la Rougeole.

3.1.4.- Le Programme de Lutte contre le SIDA et les IST.

La lutte contre l'infection au VIH-SIDA et les IST est un des programmes prioritaires du Ministère de la Santé Publique. En 2002 un plan directeur a été élaboré afin de faire face à cette pandémie. Ce plan national vise à réduire le risque, la vulnérabilité et l'impact de l'épidémie en s'attaquant aux différents facteurs qui entretiennent cette dynamique. L'action dans ce domaine a bénéficié du soutien des plus hautes autorités du pays et de la collaboration de la communauté internationale. Sa mise en œuvre vient de démarrer.

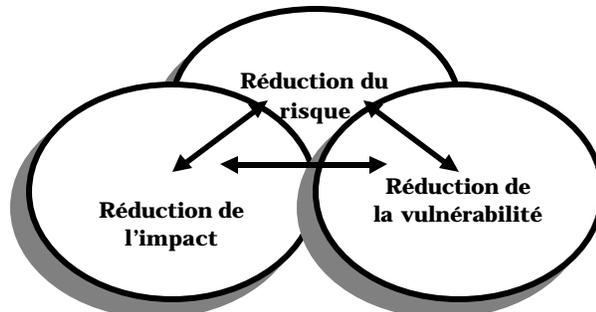
La problématique. Les IST sont apparues en Haïti depuis des années et évoluent selon un mode endémique. Le SIDA, par contre a commencé à progresser dans le pays seulement au tout début des années 80. La transmission du VIH est essentiellement hétéro sexuelle.

La prévalence des IST parmi la population adulte se situerait autour de 12%, celle du SIDA, plus difficile à évaluer, serait de l'ordre de 5% en 2001. Un total de 390.000 personnes seraient donc porteuses du virus et chaque année naîtrait environ 4000 nouveau-nés séropositifs. Haïti est de loin le pays le plus fortement touché de la zone Amérique.

Contrairement aux IST qui affectent presque qu'autant le monde rural qu'urbain, le SIDA est nettement plus fréquent en ville. Au fur et à mesure de l'évolution de l'épidémie de SIDA, celle-ci s'est féminisée passant d'un sexe ratio de - 5,6 H pour 1 F il y a vingt ans - à près de 0,8 H pour 1 F actuellement, du moins en milieu urbain.

L'épidémie, bien que généralisée tend à se stabiliser. En effet, la prévalence de l'infection au VIH serait passé de 5.2% en 1995 à 4.9% en 2001. Cette tendance devrait se confirmer dans les 5 prochaines années, on estime que la prévalence sera de l'ordre de 4.4% en 2006, au rythme actuel d'évolution.

Cependant, cette stabilisation apparente n'est ni certaine ni garantie. De nombreux facteurs environnementaux, en particulier socio-économiques, s'ils ne sont pas contrôlés sont susceptibles d'inverser la tendance. En effet, la maîtrise des facteurs : risque, vulnérabilité et impact revêt une importance capitale.



« Le risque, la vulnérabilité et l'impact agissent les uns sur les autres pour former la dynamique de l'épidémie. Lorsque l'épidémie du VIH/Sida s'aggrave, un cycle négatif s'établit car l'impact de l'épidémie entraîne une vulnérabilité accrue – laquelle accroît le risque d'infection par le VIH – lequel accroît à son tour l'impact. Une riposte adéquate devrait permettre d'inverser cette dynamique : si l'impact de l'épidémie est atténué, alors la vulnérabilité peut être réduite et le risque d'infection diminuera²⁷ ».

La population cible. Toute la population, et plus particulièrement les jeunes, les femmes, les femmes enceintes

Stratégies et objectifs. Un Plan stratégique National pour la prévention et le contrôle du VIH/SIDA et des IST/SIDA avait été lancé le 1^{er} décembre 1996 pour couvrir la période 1996-2000. Un Programme a été mis sur pied par la suite, pour contrer l'épidémie du VIH/SIDA et des IST. Cependant, les différents acteurs et intervenants ne s'étaient pas appropriés le Plan, et son exécution fut en butte à de nombreuses difficultés, en particulier d'ordre financier et organisationnel. Et surtout, ce Programme, impliquant uniquement le secteur Santé, était limité dans sa vision. Ainsi, il n'avait pas su répondre aux différents défis liés à la problématique du VIH/SIDA.

La multiplicité des facteurs favorisant la transmission du VIH et des infections sexuellement transmissibles et les inter-relations entre ces facteurs préconisent plutôt une approche systémique, multisectorielle et participative pour la lutte contre les IST et le VIH/SIDA.

Le 7 mai 2001, le Président de la République, Son Excellence Mr Jean Bertrand Aristide, a lancé officiellement le processus de préparation du Plan Stratégique National 2002-2006. Toutefois, pour éviter un vide d'orientation, le MSPP, de concert avec ses partenaires, a élaboré et mis en œuvre un Plan intérimaire pour la période 2001-2002. Parallèlement, une firme consultante a été choisie pour l'élaboration du Plan Stratégique National pour la Prévention et le contrôle des IST et du VIH/SIDA pour la période 2002-2006.

²⁷ Référence : Cadre Stratégique National sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), p.8

Premier objectif : Réduire les risques d'infection

Cinq domaines prioritaires ont été identifiés en vue de réduire les risques d'infection :

- la promotion de comportements à moindre risque;
- la prise en charge des IST;
- la promotion /distribution de condom;
- l'approvisionnement en sang sain;
- la réduction de la transmission mère-enfant.

Deuxième objectif : Réduire la vulnérabilité

Trois domaines prioritaires ont été identifiés en vue de réduire la vulnérabilité des personnes vis-à-vis de l'épidémie du VIH/SIDA. Ils concernent :

- les jeunes et les filles en particulier
- les femmes
- l'environnement ethnoculturel

Troisième objectif : Réduire l'impact

Trois domaines prioritaires ont été identifiés en vue de réduire l'impact de l'épidémie sur les personnes infectées et les familles affectées:

- la prise en charge globale des PV-VIH,
- l'atténuation des effets sur les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA, la défense des droits des personnes affectées.

3.1.5.- Le Programme National de contrôle de la Tuberculose.

La tuberculose affecte les jeunes adultes (20-40) et constitue un problème important. Ce programme vise à contrôler l'expansion de cette maladie en dépistant et traitant les nouveaux cas. La réduction de la durée du traitement avec un régime thérapeutique efficace, la gratuité du traitement ont constitué la donne de la lutte contre la tuberculose au cours de cette décennie. Les résultats de ce programme ne sont pas bien connus en terme d'influence sur la prévalence et l'incidence de la maladie.

La problématique. La Tuberculose est une des principales causes de morbidité et de mortalité en Haïti. On estime à 180/100 000 l'incidence annuelle de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) et à 352/100 000 celle des cas de tuberculose toutes formes : ce qui donne près de 14 000 nouveaux cas de TPM+ et près de 27 000 nouveaux cas de tuberculose toutes formes chaque année. La tuberculose est une des dix premières causes de mortalité en Haïti (certificats de décès pour l'année 2000).

L'association infection VIH et tuberculose n'est pas négligeable : aux Centres GHESKIO, la prévalence du VIH varie entre 50 et 60% parmi les tuberculeux ambulatoires pour la période 99-2000.

Le taux de détection de 1997 à 2000 est estimé à 45% des TPM+

La population ciblée. Tous les sujets suspects de tuberculose, et en particulier les tousseurs chroniques.

Stratégies et objectif. La lutte contre la tuberculose est basée sur le dépistage précoce, le diagnostique et le traitement des malades. La stratégie mise en place est la DOTS, avec un traitement standardisé de 8 mois. En 2002 un plan stratégique d'extension de la DOTS est élaboré.

Objectif : Détecter au moins 70% des nouveaux cas de TPM+ d'ici 2006 ; obtenir un taux de guérison de 85% de ces, nouveaux cas.

Ce plan est basé sur les stratégies suivantes :

- Intensification de la sélection des cas suspects de Tuberculose
- Renforcement du réseau de laboratoires
- Approvisionnement régulier en médicaments, réactifs et matériels de laboratoire.
- Renforcement du réseau de traitement des malades
- Capacitation du personnel à une meilleure gestion des activités du programme.
- Supervision rapprochée des institutions de santé.
- Renforcement de l'IEC pour le changement de comportement.
- Renforcement du système de surveillance épidémiologique.
- Recherche opérationnelle.
- Renforcement des capacités de gestion de la cellule du PNLT et du partenariat avec les ONG.
- Collaboration intersectorielle.

Réalisations

- Extension du nombre de structures appliquant la DOTS : 1997 : 5 ; 2001 : 83 ; 2002 : 168
- Augmentation du nombre de cas dépistés : 8914 en 1999, 11743 en 2002
- Taux de dépistage en 2002 : 41%
- Taux de succès du traitement : 70% 1999 ; 79,4% 2001
- Taux de guérison : 48% 1999 ; 70% 2001

Contraintes

A) Contrainte majeures

- Faiblesses de la structure centrale de coordination : avec ses problèmes de locaux, de moyens de transport et de communication, le Bureau Central du PNLT est sous équipé pour faire face à ses lourdes responsabilités. A ces problèmes, s'ajoutent l'absence d'un budget de fonctionnement et les difficultés à faire décaisser les fonds de la coopération.
- Faiblesse de l'infrastructure sanitaire : l'offre de services de santé sur le territoire est faible d'une manière générale ; ainsi, les services anti-tuberculeux offerts par nos institutions ne sauraient satisfaire toutes les demandes de la population. A ce

problème quantitatif s'ajoutent les difficultés liées au faible niveau de soins des structures de référence, rendant problématique la prise en charge des cas difficiles.

- Fermeture provisoire du laboratoire central de mycobactéries ; cette situation voue à l'échec toutes les vellités d'étendre ou de renforcer la stratégie DOTS puisque le contrôle de qualité et la formation/recyclage ne se font plus.
- Faiblesses dans l'approvisionnement en médicaments et certaines fournitures de laboratoire, qui ne se fait pas de manière continue. Ceci handicape le PNLT dans sa capacité à offrir aux institutions prestataires tous les moyens nécessaires à une performance optimale.
- Grande dépendance du programme de la Coopération Externe. Seules les dépenses de salaire et certaines installations sont supportées par les fonds du Trésor Public.

B) Contraintes mineures

Le PNLT fait face également à d'autres contraintes qui, en dépit des menaces constantes qu'elles font peser sur le programme, peuvent être surmontées par une bonne planification et un coordination harmonieuse des énergies et des ressources entre les différents intervenants :

- Insuffisance de microscopes, rendant impossibles la réalisation des sessions de formation et l'extension de la stratégie DOTS.
- Indisponibilité d'un atelier pour assurer l'entretien des microscopes du réseau.
- Absence d'articulation entre les centres de diagnostic et de traitement (CDT) et les postes de traitement (PT) par manque de moyens logistiques : motocyclettes et motocyclistes, boîtes pour le transport des lames, etc.
- Non disponibilité des ressources pour assurer la supervision directe du traitement (handicap du caractère bénévole de l'accompagnateur).
- Non disponibilité de la tuberculine pour le diagnostic de la tuberculose pédiatrique (Mantoux test).
- Manque d'intégration du secteur privé lucratif.
- Manque d'intégration entre le PNLT et les autres programmes connexes : PEV et IST/VIH/SIDA.

Perspectives. Face à ces défis, le PNLT en concertation avec ses partenaires a conçu un plan de réponse dont les grandes lignes ont été définies. Ce plan de réponse comporte deux types d'actions :

1) *Actions déjà mises en œuvre ou en passe d'être mises en œuvre :*

- Utilisation du laboratoire de ICC pour assurer l'approvisionnement en réactifs du réseau. Mais, cette mesure est provisoire car, il est prévue la réouverture, dans le meilleur des délais, du laboratoire central et la mise à jour du plan d'implantation des CDT et PT pour assurer l'extension du DOTS.
- Mise à jour du plan de formation des bacilloscopistes
- Diffusion des normes de prise en charge de la tuberculose pédiatrique.
- Renforcement de la coopération avec les prestataires du secteur privé libéral.

2) *Actions envisagées*

- Renforcement de l'effort IEC.
- Mise en œuvre de stratégies novatrices pour améliorer la performance de dépistage.
- Participation plus directe du Trésor Public au financement du programme.
- Concertation avec les structures centrales du MSPP en charge de la lutte contre le VIH/SIDA et les maladies immuno-contrôlables en vue de définir des actions conjointes.
- Mobilisation de ressources pour rendre disponibles les tests cutanés à la lutte contre la tuberculose, s, boîtes pour le transport des lames, etc.
- Démarches en vue de la participation de la médecine traditionnelle à la lutte contre la tuberculose

3.1.6. Le Programme National de Nutrition.

Ce programme s'intéresse aux enfants de moins de cinq ans, aux femmes enceintes et allaitantes, aux personnes âgées et aux patients atteints par la Tuberculose ou le SIDA. Les problèmes nutritionnels ont souvent des causes multiples. Le ministère de la santé dans le cadre de son programme travaille en partenariat avec des organisations évoluant dans des secteurs divers : agriculture, éducation. La coordination intervient dans la lutte contre les carences protéino-énergétiques les déficiences en micronutriments.

S'inspirant de l'expérience des deux dernières décennies en matière de programmes visant à réduire la malnutrition en Haïti, le MSPP a établi une politique nationale de nutrition dont les principales composantes sont les suivantes : (i) contrôle de la croissance et du développement ; (ii) prévention des déficiences nutritionnelles ; (iii) récupération nutritionnelles et prise en charge globale ; (iv) appui à des activités génératrices de revenus pour les groupes organisés.

Les réalisations du programme comprennent la promotion de l'utilisation du sel iodé, la promotion de l'allaitement maternel exclusif ; et les normes de prise en charge des personnes en milieu hospitalier.

3.1.7 Le Programme de Lutte contre la Filariose. La Filariose lymphatique est la deuxième cause d'incapacité permanente ou à long terme à travers le monde. Le ministère de la santé publique depuis l'année de 2000 a décidé d'implanter un programme qui vise à éradiquer la Filariose à travers le pays.

Des enquêtes d'antigénémie ont révélé que 119 communes sur les 135 que compte le pays sont affectées par cette parasitose. L'étude réalisée avec le Center for Diseases Contrôle (CDC) a identifié 22 communes comme zone de forte antigénémie 10 à 45% de positivité, 13 communes modérément affectées avec des taux positif d'antigénémie de 5 à 10%, 84 communes faiblement infesté avec des taux inférieurs à 5%. Et seize communes indemnes de l'infestation au W. Bancrofti. On estime que 6,000,000 de personnes sont à risque en excluant les enfants de moins de 2 ans et les femmes enceintes. Les stratégies

de programme sont : le traitement de masse, la prise en charge de la morbidité et la mobilisation sociale. L'objectif du programme est d'éliminer la filariose lymphatique en Haïti d'ici 2020. Les réalisations du programme sont réparties en deux volets : Premièrement, les activités relatives à l'organisation du programme : mise en place de la coordination nationale et d'un comité technique national avec des professionnels de tous les secteurs. Deuxièmement la mise en route du programme proprement dit. Mobilisation sociale pour garantir une participation populaire au programme et garantir son succès. Traitement de la population dans les communes ayant un taux d'antigénémie élevé. Traitement des personnes avec lymphoedème dans trois centres de traitement.

3.1.8 Programme de Contrôle de la Malaria. La malaria constitue encore un problème majeur de santé publique malgré les résultats forts encourageants enregistrés à l'issue de la phase d'attaque de la campagne d'éradication réalisée en 1968 (Indices de lames positives = 0,2%). La phase de consolidation n'ayant pas été prise en charge, on observe une dégradation progressive de la situation épidémiologique de la malaria qui accuse en 1984 un indice de lames positives de 17%.

L'année 1985 a marqué un véritable tournant dans l'histoire de la lutte antipaludique en Haïti car elle a vu la disparition de la principale source d'information c'est-à-dire le réseau national de dépistage passif des cas constitué de 7000 collaborateurs volontaires du SNEM au profit d'un système d'information limité exclusivement aux institutions de santé dépourvues de ressources humaines et matérielles adéquates. Le diagnostic microscopique de la malaria se fait de façon irrégulière au niveau de 10% des institutions de santé avec laboratoire. Les informations recueillies de ces institutions sont trop fragmentaires pour se prêter à une interprétation valable de la réalité.

Une enquête transversale de prévalence fut réalisée en novembre 1995 par le MSPP en collaboration avec les CDC et l'OPS/OMS au niveau de 39 institutions de santé avec laboratoire des neuf départements du pays. Cette enquête a révélé un taux de prévalence de 3,9%.

3.1.9. Coordination du réseau national de laboratoires

Problématique

Les diagnostics de diverses pathologies, particulièrement ceux des maladies infectieuses, se font à partir d'examen paracliniques. D'où l'importance des laboratoires de biologie clinique et d'anatomo-pathologie qui apportent un appui considérable à diverses disciplines de la médecine ayant un rapport étroit avec le système de soins. Par rapport aux 700 institutions sanitaires, environ 87 laboratoires publics sont répertoriés, le nombre de laboratoires privés philanthropiques et à but lucratif reste à être déterminé.

Les premières causes de mortalité en Haïti sont des maladies infectieuses, il n'existe cependant que de rares laboratoires publics, qui peuvent effectuer valablement les tests les plus utiles en microbiologie, hématologie et biochimie. Les autres n'effectuent que des examens de routine en hématologie et des tests présomptifs particulièrement en bactériologie. Une seule unité d'anatomo-pathologie offre des

services limités dans la sphère publique. De plus, pèse lourdement sur le système l'absence d'un laboratoire de santé publique indispensable dans les domaines tels: la prévention, contrôle et surveillance des maladies, l'hygiène et protection de l'environnement, la sécurité alimentaire, le contrôle de qualité, la recherche dans le domaine de la santé publique, la création et diffusion de l'information.

Objectifs

- Contribuer de façon significative à la mise en œuvre des priorités du système.
- Mettre à la disposition des acteurs une expertise diversifiée dans le domaine de laboratoire
- Contribuer à la formation de base et à la formation continue
- Promouvoir à la définition des normes, et à l'utilisation de procédures et de protocoles
- Renforcer les services de laboratoire dans les institutions
- Offrir une assistance technique opérationnelle aux différents secteurs
- Promouvoir et Garantir la qualité des services offerts par les laboratoires du réseau
- Standardiser la collecte des données statistiques de laboratoires

Contraintes

- Définir la structure du réseau national de laboratoires
- Définir les relations entre les différentes entités : Laboratoires, Institutions, Directions départementales,
- Planifier la structure d'organisation du laboratoire de référence
- Codifier les types de partenariat à établir entre les laboratoires spécialisés des secteurs public et privé

3.1.10.- Promotion de la Santé

Le ministère de la santé publique a réalisé à la fin des années 90 une campagne de promotion de la santé qui a abouti à la publication d'une Charte Nationale pour la Promotion de la Santé en Haïti. Cette Charte réaffirmait le droit de tous à la santé de même que l'obligation de travailler ensemble pour protéger la santé et le cadre de vie en participant aux activités sanitaires à tous les niveaux et en adoptant des modes de vie saine.

Les activités en matière de promotion de la santé considèrent deux aspects ou axes d'intervention.

- La participation communautaire,
- L'éducation pour la santé.

La Participation Communautaire. La participation communautaire s'entend comme la manifestation de la volonté de la population à assurer la prise en charge de sa santé comme acteur/sujet du système à travers les comités locaux de santé, les clubs de mères et autres structures associatives²⁸. Les réalisations en termes de participation

²⁸ **Voltaire, H.C. 1999.** Les Unités Communales de Santé: Principes et Orientations Stratégiques.

communautaire au cours de ces dernières années consistent le plus souvent en la consultation des représentants de la population dans l'élaboration, l'exécution et l'évaluation des interventions. Il n'existe pas de cadre légal définissant les attributions des structures participatives formelle et communautaire évoquées dans les principes et orientations stratégiques pour la mise en œuvre des UCS. Toutefois dans les endroits où sont implantés les UCS on retrouve des comités de gestion des SSPE et des comités locaux de santé dont les rôles sont parfois confondus. La volonté pour une participation communautaire effective est manifeste tant chez les prestataires que chez la population en général. Il revient donc aux autorités de créer un environnement favorable à l'expression de cette tendance.

L'Éducation pour la Santé. Ceci est l'objet d'un plan d'actions prioritaires basé sur le constat que le niveau des connaissances en matière de santé est relativement élevé mais ne provoque pas de changement d'attitudes vis-à-vis des pratiques et de l'utilisation des services de santé. Les raisons évoquées réfèrent au manque de compétence du personnel de santé en matière de communication, à la faiblesse de la gestion et de la coordination des activités d'IEC. Les structures sanitaires font face à des contraintes majeures liées à des conditions socioéconomiques difficiles de la population (analphabétisme, accès limités aux moyens de communications), l'inadéquation des infrastructures sanitaires, le manque de ressources et le poids des traditions culturelles.

Le plan prévoyait d'intervenir au cours des cinq dernières années sur:

- Le renforcement institutionnel afin d'habiliter les organisations à remplir efficacement leur mission ;
- La participation communautaire afin d'amplifier les résultats et d'obtenir le support de la population dans l'exécution des interventions.
- L'appui à la prestation des services par la promotion de comportements sains, l'utilisation des services de santé disponibles et le plaidoyer pour la fourniture de services de qualité.

Les Réalisations dans le Domaine. Le ministère de la santé publique a déclaré en 2001 les institutions sanitaires espace protégé contre la fumée de tabac. Une législation visant à protéger les mineurs contre le tabagisme a été envisagée et des actions de sensibilisation sur les conséquences néfastes du tabac ont été réalisées à travers les médias. L'Etat haïtien a adhéré à la Convention cadre pour la lutte anti tabac sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Au niveau local, un Comité de Lutte Intersectorielle Anti-tabac a été créé.

Le ministère de la Santé conjointement avec le ministère de l'Intérieur et des Collectivités Territoriales a organisé un atelier de réflexion sur le concept Ville-Santé. Cette démarche a abouti à la création du Forum des maires de l'ouest qui constitue un espace pour la promotion de Ville-Santé.

La mise en œuvre du plan national de communication pour la santé élaboré avec la participation active des partenaires du MSPP a connu un démarrage satisfaisant avec la réalisation des activités relatives au renforcement institutionnel particulièrement la

formation des cadres au niveau des institutions sanitaires et structures de coordination régionales.

Les plans opérationnels ont été élaborés, cependant les ressources nécessaires à la mise en œuvre du plan étaient très limitées et n'ont pas permis d'atteindre tous les objectifs fixés. Au niveau du MSPP la fusion de l'Unité devant piloter l'exécution de ce plan avec la Direction des Ressources Humaines du ministère, le manque de ressources humaines sont autant de facteurs qui ont empêché l'atteinte des objectifs prévus par le plan stratégique national de communication pour la santé.

D'autres interventions ont pu être réalisées parmi les plus importantes on peut noter :

- la production de normes en matière de communication pour la santé ;
- la production de matériels éducatifs et d'information dont une brochure sur l'éducation sanitaire à l'intention des personnes alphabétisées ;

L'Unité de Communication et d'Education dont la mission est de coordonner les activités du secteur a réalisé un atelier avec les différents intervenant en vue d'harmoniser les messages qui sont diffusés dans le domaine de la santé, l'hygiène, et la nutrition de l'enfant. Cette même démarche fut entreprise en ce qui a trait aux IST-

La santé sexuelle des Jeunes et des Adolescents a été l'objet de réflexions en vue de produire un ensemble de matériels répondant aux besoins d'informations de cette catégorie de la population. Enfin des foires départementales ont été réalisées pour faire la promotion des services disponibles et appuyer des programmes comme la tuberculose, la filariose, la santé infantile (PEV).

3.1.11.- Ressources pour la Santé

Ressources Humaines. Un parallèle peut être établi entre les caractéristiques du système de santé et la problématique des ressources humaines. A la faiblesse et au déséquilibre qualitatif, quantitatif, géographique de l'offre des services correspondent les déficiences des ressources humaines au niveau de la *politique*, de la *planification* et de la gestion, de la *formation initiale*, de la *formation continue*, de la *dispensation des services*.

La répartition des ressources humaines. Les ressources humaines en matière de santé sont à la fois quantitativement insuffisantes et inégalement réparties à travers le territoire. Si l'on rapporte le nombre de professionnels de santé recensés, à la population estimée de 1998 (7,00.000) on obtient une couverture en personnels de santé de :

Couverture en Personnel de Santé (1998)

- 2.5 Médecins pour 10.000 habitants
- 1. Infirmière pour 10.000 habitants
- 2.5 Auxiliaires pour 10.000 habitants

Les ressources humaines sont insuffisantes et mal réparties : on estime à 1850 le nombre de médecins en Haïti (bottin santé 1999, Association médicale haïtienne) dont la grande majorité (90%) est dans le Département de l'Ouest. Parmi ces médecins seulement 37% sont des médecins généralistes, les autres sont des spécialistes (14% des gynéco-obstétriciens, 11% de pédiatres, 7% de chirurgiens, 4% d'anesthésistes,...). La grande majorité de ces médecins travaille dans le secteur hospitalier (80%). Dans le secteur public, le MSPP déclare 730 médecins en 2003 (dont 80% sont dans le Département de l'ouest), 25 Pharmaciens et 16 Dentistes.

Le nombre d'infirmières diplômées en fonction dans le secteur public est de 1,013 (MSPP, 2003), également concentrées dans la capitale et dans les hôpitaux. Le nombre d'auxiliaires infirmières est de 1,449 dans le secteur public. Il faut signaler l'existence de 11 000 matrones qui réalisent près de 80% des accouchements (OPS/OMS, 1999).

La mauvaise répartition des médecins se traduit par une couverture médicale allant de 1 médecin pour 1 600 habitants dans le Département de l'ouest, à 1 médecin pour 67 000 habitants dans le Département de la Grande-Anse ; 88% des médecins du pays résident dans le département de l'Ouest qui abrite Port-au-Prince la capitale du pays et sa plus grande concentration urbaine.

Si l'on calcule la couverture médicale dans le département de l'Ouest on aboutit à un chiffre de 6,5 médecins pour 10.000 habitants, ce taux cache évidemment les grandes disparités entre les zones urbaines et rurales de ce département. Ce constat pose évidemment la question de l'équité dans l'accès au soin de santé.

Des ressources humaines insuffisantes en quantité et qualité et mal réparties sont évidemment un handicap pour la prestation de services de qualité. La pénurie de personnel qualifié est particulièrement évidente dans les départements sanitaires; les hôpitaux départementaux en particulier connaissent un manque permanent de médecins spécialistes qui a d'ailleurs justifié le recours à la coopération Cubaine.

Quelques Données Comparatives sur les Ressources*

	Nombres de lits hospitaliers pour 1000 habitants	Nombre de médecins pour 1000 habitants
Haïti 1980	0,7	0,1
Haïti 1995	0,7	0,2
République Dominicaine 80	-	-
République Dominicaine 95	1,5	2,2
Nicaragua 80	-	0,4
Nicaragua 95	1,5	0,8
Cuba 80	-	1,4
Cuba 95	5,1	5,3
Moyenne Amérique latine/Caraïbes 80	-	0,8
Moyenne Amérique latine/Caraïbes 95	2,3	1,5
Moyenne Afrique subsaharienne 80	-	-
Moyenne Afrique subsaharienne 95	1,1	0,1

*World Bank indicators, The World Bank 2000

Le manque chronique de personnel qualifié entraîne souvent le non respect des normes et l'installation de pratiques qui contribuent à modifier le rôle des différentes catégories des personnels de santé.

Le manque de personnel et le non respect des normes sont aggravés par la faiblesse de la supervision. La supervision quand elle a lieu s'oriente d'ailleurs plus sur le contrôle que sur l'encadrement et ne peut d'ailleurs s'appuyer sur des outils de supervision fondés sur des descriptions de tâches actualisées.

Il faut signaler aussi le manque chronique de matériels et d'équipements à tous les niveaux du système. Cette situation rend difficile l'évaluation de la performance du personnel et l'identification de ses besoins de formation. De même elle compromet ses possibilités de perfectionnement.

La Planification et la Gestion des Ressources Humaines. Au niveau du système, il y a une grande faiblesse des dispositifs permettant de vérifier l'adéquation des ressources humaines aux besoins de santé, aux services et aux conditions d'accessibilité des soins. On manque d'informations sur le nombre de personnels en place, leur qualification, la formation initiale et continue.

La faiblesse de la planification des ressources humaines ne permet pas de définir les besoins en personnel pour les prochaines années. Les fonctionnaires ne sont pas intégrés dans un plan de carrière qui leur garantit la sécurité de l'emploi.

La planification du personnel au niveau national implique nécessairement des négociations avec les secteurs mixte et privé et leurs bailleurs de fonds. Le manque de coordination ne permet pas d'établir des complémentarités entre les différents secteurs du système. L'absence de planification, la crise politique, les difficultés de la réforme du Ministère, les mesures d'ajustement structurel (départs volontaires), la modicité des salaires par rapport au coût de la vie ont contribué à un affaiblissement du MSPP en cadres qualifiés et expérimentés.

Si la planification des ressources humaines accuse des faiblesses, leur gestion ne semble pas obéir à des normes et procédures explicites et adaptées. L'évaluation du personnel n'est pas assurée et aucun contrôle du temps de travail réel n'est réalisé dans un contexte où l'absentéisme est très fréquent.

La Formation Initiale.

Environ 80 médecins et 20 pharmaciens sont formés chaque année dans la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université d'Etat d'Haïti; trois Universités privées se sont créées depuis 5 ans (Université Technique et Populaire, Université Catholique Notre Dame, Université Quisqueya) dont les premières promotions d'environ 80 médecins sortent en 2003.

Depuis 1999, entre 60 et 100 étudiants (venant des 9 départements du pays) sont envoyés chaque année à Cuba pour une formation de 6 ans en médecine dans le cadre de la coopération Haitiano-Cubaine. A ce jour, 469 étudiants haïtiens suivent cette formation. Ces étudiants s'engagent à revenir travailler 10 ans dans le département d'où ils viennent ; la première promotion reviendra en 2005. A partir de 2002, une faculté des sciences de la santé a vu le jour à Port-au-Prince. Les cours sont assurés par des médecins cubains en espagnol. 70 étudiants haïtiens sélectionnés représentent la première promotion en octobre 2002 (après 6 mois de cours de langue).

Il existe une faculté d'état d'odontologie produisant un nombre insuffisant de dentistes pour les besoins du pays. Par ailleurs il existe une école dentaire privée dentaire non agréer par le MSPP

La filière hospitalo-universitaire publique est constituée de la Faculté d'Etat et de cinq hôpitaux : l'HUEH, la maternité Isaïe Jeanty (Chancerelle), l'hôpital Justinien du Cap Haïtien, l'hôpital psychiatrique Mars et Kline de Port au Prince et le sanatorium de Port au Prince. Après une année d'internat, les nouveaux médecins doivent à l'Etat une année de service social dans une structure publique ou mixte. Les étudiants peuvent ensuite pratiquer un résidanat sur concours, leur permettant d'acquérir une spécialité.

Depuis l'année 2002, un accord entre le MSPP et les Universités privées a défini des lieux de stage pour ces étudiants : l'hôpital Justinien du Cap Haïtien, le sanatorium et l'Institut Fame Pereo pour la dermatologie.

A noter que dans le but d'augmenter le réseau hospitalier universitaire le MSPP a décidé de transformer le Sanatorium de Port-au-Prince en un nouvel hôpital général disposant des différentes spécialités. Les travaux ont déjà démarré.

Quatre écoles publiques d'infirmières (Port-au-Prince, les Cayes, Cap-Haïtien et Jérémie) forment environ cent vingt (120) infirmières par an.

Il existe en outre une dizaine d'écoles privées d'infirmières autorisées par le MSPP, et une douzaine d'écoles privées d'auxiliaires infirmières autorisées par le MSPP. Il faut noter que l'école publique d'auxiliaires a été fermée en 1986. Les infirmières et auxiliaires formées dans les écoles privées n'ont pas un diplôme reconnu par l'Etat.

Une filière d'infirmières sages-femmes a ouvert en octobre 2000, avec une première promotion de 35 étudiantes infirmières diplômées (sur 39 inscrites) pour une formation complémentaire de un an. La deuxième promotion est de 48 diplômées (sur 69 inscrites). La troisième promotion compte 40 infirmières qui sont en cours de formation et dont la fin du cycle est prévue pour décembre 2003.

Nombre de Professionnels de santé diplômés sur 5 ans (1998-2003)

Médecins	583	Sources : MSPP 2003
Pharmaciens	161	
Dentistes	107	
Infirmières	722	
Technologistes Médicales	44	

De nombreux problèmes sont à signaler au point de vue du contrôle, des contenus et méthodes et de l'évaluation de la formation initiale.

Le contrôle de la formation initiale des professionnels de santé est un élément important dans la régulation du système. Les faiblesses sont grandes à ce niveau : en effet, la multiplication non contrôlée de centres d'Enseignements privés, l'absence de contrôle des curricula, l'absence d'examen d'état obligatoire donnant accès à la profession (infirmières, auxiliaires et professions para médicales) sont des éléments de nature à aggraver l'entropie d'un système déjà peu intégré.

Les contenus de la formation initiale ne sont pas suffisamment orientés vers la solution des problèmes de santé nationaux. Les méthodes de formation privilégient l'acquisition de connaissances par rapport à la maîtrise de compétences professionnelles. La grande misère matérielle des institutions de santé ne leur permet pas d'offrir un environnement favorable à l'apprentissage des compétences professionnelles.

L'évaluation de l'enseignement et la révision des curricula ne sont pas une pratique courante.

La Formation Continue. La diversité des programmes de santé entraîne pour le personnel de santé, des tâches de plus en plus complexes et variées qui justifient l'organisation de sessions de formation de plus en plus nombreuses.

Le manque de coordination des programmes de santé, l'approche verticale des activités sanitaires se reflète dans l'absence de coordination des activités de formation qui aboutit parfois à la mobilisation intempestive d'un personnel déjà insuffisant en nombre et en qualité pour faire face aux activités routinières des institutions de santé.

L'absence d'un système de formation continue se reflète dans les problèmes suivants:

- manque de liens méthodologiques entre les différentes formations;
- manque de liens entre la formation initiale et la formation continue;
- absence de suivi de la formation;
- manque de description de tâches du personnel;
- manque de formation des formateurs aux méthodes efficaces de formation d'évaluation.

Il faut déplorer également l'absence de valorisation du perfectionnement professionnel: les multiples sessions de formation continue ne procurent ni promotion ni avantage au personnel.

La Politique de Ressources Humaines. Si le développement d'une politique de ressources humaines adaptée est clairement retenue par la politique nationale de santé, l'énoncé de cette politique doit être précisé et adapté aux dimensions et aux enjeux à long terme du système national de santé actuellement handicapé par son caractère composite et sa forte dépendance externe.

Certains préalables manquent en effet: l'absence de cadre légal adapté (nouvelle loi organique) ne permet pas encore d'institutionnaliser la réforme.

Les Associations Professionnelles. L'Association Médicale Haïtienne est la plus ancienne et depuis plusieurs associations professionnelles dans le domaine médical ont été créées. On peut citer les Sociétés de médecine spécialisée (Santé Publique, Cardiologie, Pédiatrie, Oncologie, Obstétrique-Gynécologie,...), des associations de pharmaciens de dentistes, de psychologues, d'infirmières, des technologistes médicaux. Toutes ces associations assurent de façon plus ou moins importantes des activités de formation continue.

3.1.12 Les Médicaments

Production. L'industrie pharmaceutique nationale occupait une part de marché estimée à 30-40% du secteur avant la crise de l'intoxication au diéthylène glycol survenue en 1996²⁹. Elle occupe actuellement environ 6 à 8% du marché³⁰. L'importation constitue la principale source d'approvisionnement du pays en médicaments. En 2003 le Ministère de la Santé Publique a recensé 45 agences d'importation de produits pharmaceutiques et 3 laboratoires de production locale de médicaments. Le nombre de médicaments commercialisés sur le territoire national est assez important et ils proviennent de beaucoup de pays. Un certain nombre de médicaments retrouvés sur le marché ne sont représentés par aucune agence de distribution.

²⁹ MSPP OPS-OMS 1999. *Analyse de la situation sanitaire.*

³⁰ CREDES 2002. *Etude Globale du Secteur du Médicament.*

Les points de dispensation. La direction de pharmacie a dénombré environ 500 pharmacies sur l'ensemble du territoire national, quatre pharmacies sur cinq se trouvent dans la zone métropolitaine et 198 ont une autorisation légale de fonctionner.

Régulation et enregistrement. Le contrôle des médicaments sur le territoire national est assuré par la direction centrale de pharmacie qui procède à l'inspection des pharmacies et à l'enregistrement sanitaire. A l'heure actuelle 2,817 spécialités et 644 génériques ont été enregistrés.

L'inspection pharmaceutique. L'autorité sanitaire nationale délivre après inspection une autorisation légale annuelle d'exercer. Cette démarche vérifie la conformité de l'institution aux règlements relatifs aux locaux, la préparation et la conservation des produits.

Le système d'enregistrement sanitaire. Un service de la DCP-CSC procède depuis 1997 au listing des médicaments importés. Le protocole adopté par le MSPP et les importateurs consiste à établir un dossier pour chaque produit qui inclut : (i) Le profil du laboratoire fabricant ; (ii) La fiche technique du produit ; et (iii) La certification type OMS de qualité du produit, légalisé par le consulat d'Haïti dans le pays fabricant et d'échantillons joints au dossier. Les produits acceptés sont enregistrés sur la liste de médicaments autorisés par le MSPP. Ce service travaille en collaboration avec les douanes pour vérifier si les produits importés sont légalement autorisés.

Le Contrôle de Qualité des médicaments et la pharmacovigilance. Il n'existe pas de laboratoire de contrôle de la qualité des médicaments en Haïti. Des efforts sont en cours pour mettre sur pieds un laboratoire national de santé publique qui serait en mesure d'effectuer un contrôle de premier niveau. Haïti collabore avec les autorités sanitaires internationales en matière de pharmacovigilance.

Au total, l'analyse du secteur pharmaceutique en Haïti permet d'identifier des problèmes à plusieurs niveaux, de la disponibilité des médicaments, en passant par l'accès (géographique et financier), par la qualité, l'usage rationnel, jusqu'à la disponibilité en ressources humaines qualifiées.

Une volonté politique existe de réguler le Secteur Pharmaceutique en Haïti sur la base des recommandations issues du rapport de « Etude Globale du secteur du Médicament » CREDES 2002 ; une première étape s'est concrétisée avec la restructuration de la DCP/CSC qui compte à présent plusieurs pharmaciens répartis sur 4 services : Médicaments Essentiels, Inspection, Narcotiques et Psychotropes et Enregistrement Sanitaire.

La révision de la Loi Organique sur le Médicament est aussi en cours et devrait permettre de redéfinir le cadre régulateur du Secteur.

Le document de Politique Pharmaceutique Nationale devrait notamment prendre en compte le développement d'un système d'approvisionnement et de distribution plus

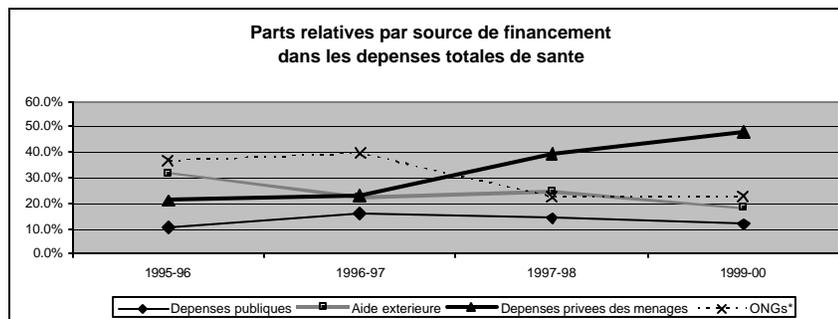
intégré, le développement du partenariat public / privé, la mobilisation de ressources humaines qualifiées au niveau institutionnel publique, le développement de normes et standards ainsi que leur diffusion et promotion, la régulation du prix des médicaments sur la base d'étude économique solide, l'accessibilité financière aux médicaments par le biais d'une politique de financement adéquate (cas du PME).

3.1.13 Equipements pour la Santé. C'est dans le cadre d'une mission en 2002, financée par le MSPP et l'OPS/OMS qu'une évaluation a été conduite dans différents établissements du pays. Il ressort les constatations suivantes : (i) un sous-équipement généralisé notamment en province (systèmes de développement en radiologie, autoclaves pour la stérilisation, les petits automates de laboratoires, les respirateurs, les moniteurs des paramètres physiologiques pour l'anesthésie, les urgences et les soins intensifs et la maternité...); (ii) une absence de suivi des prestations des fournisseurs extérieurs tant pour les installations d'équipements neufs que pour les interventions ; (iii) L'absence de budget destiné à la maintenance et à l'exploitation des équipements (équipements non utilisés faute de consommables ou impossibilité d'acheter les pièces détachées). Les ressources propres des hôpitaux provenant des consultations et de l'hospitalisation ne suffisent pas pour couvrir les frais d'exploitation; (iv) l'absence de plan de maintenance des équipements avec une politique d'acquisition; (v) le manque de technicien biomédicaux; (vi) les difficultés d'alimentation par l'énergie d'Haïti (EDH) et les problèmes liés à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement des institutions sanitaires.

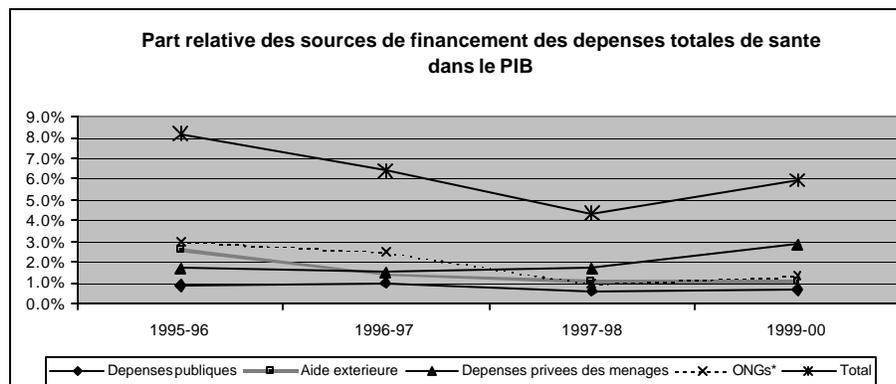
4 LES DEPENSES DE SANTE ET LE FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTE

4.1. Dépenses totales de santé

En 1995-96³¹, les dépenses totales de santé étaient estimées à HG 2.8 milliards, dont 10.4% étaient supportées par l'Etat, 21.0% par les dépenses privées de la population, 36.7% par les ONGs (dépenses propres) et 31.8% par l'aide extérieure. Les dépenses totales de santé par habitant s'élevaient à US\$26. Ces dépenses sont restées relativement stables entre 1995-96 et 1999-00, passant à US\$22 en 1996-97 et 1997-98, et à US\$24 en 1999-00. A prix courants, les dépenses de santé totales n'ont cessé d'augmenter, et la part relative des dépenses privées des ménages est passée de 21.0% (1995-96) à 48% (1999-00)³². Ceci vient compenser la diminution des parts relatives de l'aide extérieure (passée de 31.8% en 1995-96 à 18% en 1999-00) et des ONGs (passée de 36.7% en 95-96 à 23% en 99-00).



La part des dépenses totales de santé dans le PIB est passée de 8.3% en 1995-96 à 6.0% en 1999-00. Le maintien des dépenses totales de santé à un niveau comparable à celui de 1995-96 représente donc une baisse relative par rapport au PIB. Les parts relatives sont en légère baisse pour les dépenses publiques, en baisse pour les dépenses financées par l'aide extérieure et par les ONGs ; ces chiffres confirment que ce sont les ménages qui ont pallié les baisses relatives des autres sources de financement, sans toutefois y parvenir tout à fait (les dépenses totales en proportion du PIB ayant diminué).



³¹ Source: André, F. (UE) et Buttari, J. (USAID), 1997, "Examen des dépenses publiques d'Haiti – Note numéro 8 – secteur santé", Banque Mondiale.

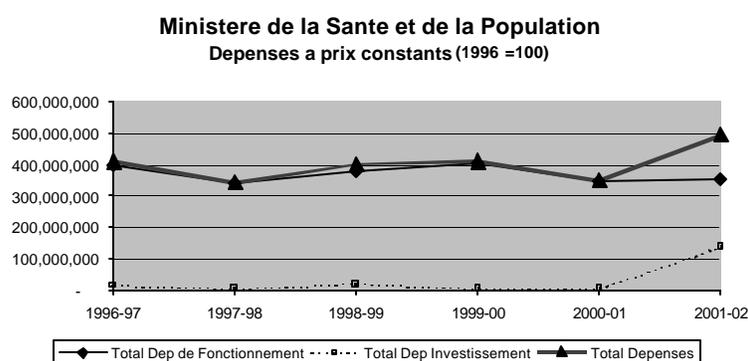
NB : les dépenses des ONGs sont basées sur une estimation de la BM (1987): US\$5.5 par personne ; les dépenses privées de santé sont basées sur une estimation de la BM (1987): US\$ 9.6 par personne.

³² Mise à jour 1999-00 : Résultats basés sur l'enquête budget consommation des ménages (IHSI, 1999-00).

4.2. Dépenses publiques de santé

Au cours des 7 dernières années, le **budget du MSPP** est principalement composé d'un budget pour le fonctionnement, excepté pour l'année 2001-02, où le budget d'investissement représente 42% du budget total; en 1999-00 et 2000-01, le budget d'investissement représente respectivement 6% et 8% du budget total. Le reste constitue le budget de fonctionnement. Les données relatives au budget d'investissement ne sont pas disponibles pour les années antérieures à 1999-00.

A prix constants (HG de 1996), les **dépenses du MSPP** ont maintenu au cours des 6 dernières années une tendance assez stable, où les dépenses de fonctionnement ont toutefois diminué d'un peu plus de 10% sur la période, et de 13% depuis 1999-00, année où les dépenses de fonctionnement étaient maximales. Les dépenses de fonctionnement sont prédominantes (avoisinant le plus souvent les 99%) dans les dépenses totales des 7 dernières années, excepté pour l'année 2001-02, où les dépenses d'investissements représentent 28% des dépenses totales du MSPP. La répartition des dépenses de fonctionnement privilégie les salaires (le plus souvent à hauteur de 80% des dépenses totales de fonctionnement) par rapport aux autres dépenses de fonctionnement; ces proportions sont relativement constantes.



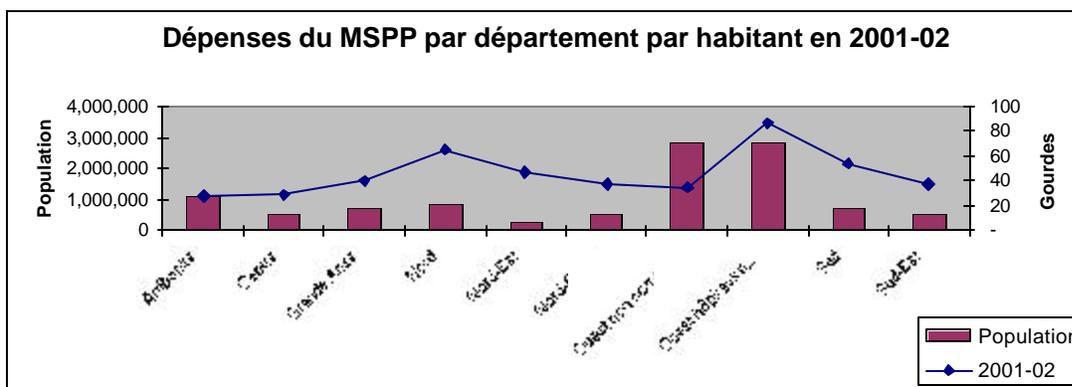
Les **taux de réalisation globaux** du MSPP varient d'une année à l'autre³³, mais ne semble pas refléter une politique de rationnement de la part du gouvernement. Les dépenses de fonctionnement du MSPP ont un taux de réalisation supérieur à celui des investissements pour les trois dernières années. En 2001-02, le taux de réalisation des dépenses de personnel est de 98% et celui des autres dépenses de fonctionnement est variable, suivant les entités budgétaires: les directions et services centraux, et les directions départementales dépensent relativement moins (taux de réalisation les plus bas de 76%), que les hôpitaux tertiaire et spécialisés (qui ont les taux de réalisation les plus élevés surpassant le budget).

³³ Les dépenses de fonctionnement en 1999-00 et 2000-01 ont dépassé le budget prévu de respectivement 21.2% et de 17%. En 2001-02, la hausse du budget de fonctionnement de 55.7% (à prix courants) n'a pas pu être absorbée par le MSPP, et le taux de réalisation des dépenses est de 66.1%.

La répartition des dépenses par niveau de soins est imparfaite, car ce niveau de désagrégation nécessite l'apport des directions départementales, non disponible au niveau central. Cependant, d'après les dépenses consolidées 2001-02 du niveau central MSPP, 88% des dépenses totales ont été consacrées aux structures sanitaires –tous niveaux- et administrations départementales ; en excluant les institutions sanitaires tertiaires, 60% des dépenses totales représentent les niveaux de soins primaires et secondaires, ainsi que les administrations départementales. Le niveau tertiaire de la pyramide des soins absorbe donc 28% des dépenses totales, dont 22% pour l'HUEH.

La répartition géographique des dépenses a peu de sens si elle n'est rapportée à la population. La moyenne nationale des dépenses du MSPP dans les institutions sanitaires –tous niveaux- et administrations départementales par habitant est de 59 HG, soit 1.5 Dollar Américain. En excluant le niveau tertiaire de la pyramide des soins, la moyenne nationale tombe à 40 HG par habitant par an, soit 1 Dollar Américain. Seuls deux départements se situent dans cette moyenne : la Grande-Anse (41 HG par an par hab.) et le Sud-Est (38 HG par an par hab.) ; trois départements se situent au dessus de cette moyenne nationale, le Nord-Est (47 HG par an par Hab.), le Sud (55 HG par an par hab.), et le Nord (65 HG par an par hab.) ; quatre départements se situent en deçà de la moyenne, le Nord Ouest (37 HG par an par hab.), l'Ouest (35 HG par an par hab., *excluant le niveau tertiaire*), le Centre (29 HG par an par hab.) et l'Artibonite (28 HG par

an par hab.). En incluant le niveau tertiaire, les dépenses par an par habitant du département de l'Ouest s'élèvent à 88 HG. Cette répartition géographique est comparable à celle disponible pour l'année 1996-97. Les variations ne s'expliquent pas de manière systématique par le nombre d'hôpitaux secondaires et d'institutions d'enseignement (basé sur les entités budgétaires disponibles). Des données plus complètes sont nécessaires pour une analyse plus fine.



En général, la **gestion des ressources** allouées au fonctionnement se fait au **niveau** départemental, et celles allouées à l'investissement se fait au niveau central. Le niveau UCS, comme niveau opérationnel ne fonctionne pas encore bien dans la gestion des ressources (crédits d'allocation, gestion des ressources humaines, ...), faute de personnel compétent ou affecté, et faute de cadre légal à l'UCS pour pouvoir gérer ces ressources. La gestion des **ressources humaines** est centralisée et est difficile, il semble que les rapports de force et politiques aient pris le pas sur un système bien établi d'incitants et de

sanctions, et sur une grille de salaire qui prendrait en compte à la fois les qualifications, les responsabilités, l'ancienneté et le mérite (et non seulement les qualifications). Les normes, quand elles existent ne sont pas appliquées. Dans ce contexte, le maintien des personnes responsables à leur poste reste un défi ; et l'absence de plan de carrière des agents de la fonction publique devient une justification à un supplément de rémunération en dehors du service public. La **gestion des autres ressources** ne suit pas une clé de répartition particulière entre les différentes institutions, les besoins les plus aigus étant ceux des hôpitaux, et parfois des UCS en construction.

La gestion des ressources du MSPP n'est pas accompagnée d'une analyse de **performance des institutions sanitaires**, bien que des informations nécessaires à cet exercice soient collectées, à partir des structures de premier échelon, et parfois compilées dans certaines DDS.

Différentes études indiquent une faible performance des structures sanitaires publiques, caractérisée notamment mais pas systématiquement par l'absentéisme du personnel soignant, le manque d'accueil et d'information, le manque de disponibilité de certains produits pharmaceutiques (cfrt. enquêtes AEDES/CIDEF, EMMUS III). Ces études doivent être perçues comme une base d'analyse de la faible utilisation des services publics, et des remèdes qui peuvent contribuer à améliorer la situation ; elles laissent à penser que dans un contexte où les ressources sont dites insuffisantes, leur **rationalisation** peut cependant mener à une **plus grande efficience**. Dans le cas contraire, l'allocation prioritaire des ressources aux hôpitaux et aux UCS en construction rationne les autres institutions, et notamment les structures du premier échelon, porte d'entrée du système sanitaire, qui fonctionnent d'ailleurs principalement sur fonds propres (recouvrement des coûts)³⁴.

³⁴ Ces institutions assurent en général l'achat de fournitures médicales, non médicales, et de médicaments, ainsi que les salaires du personnel à gages non qualifié.

Ministère de la Santé Publique et de la Population

		Répartition des dépenses						
HG	Budget	Taux de réalisation	Salaires	Autres dépenses fonctionnement	Total Dép de Fonctionnement	Investissement	Total Dépenses	
2001-02	total fonctionnement investissement	1,178,548,268 66.1% 81.9% 44.2%	446,869,452 57.3% 79.6%	114,674,838 14.7% 20.4%	561,544,290 72.0% 100.0%	217,970,375 28.0%	779,514,665 100.0%	
2000-01 MSPP lignes 1, 2, 3, 7 et 9 (ligne 4) MSPP	total fonctionnement investissement	483,521,692 107.6% 117.0% 12.0%	428,852,180 82.4% 83.2%	86,454,712 16.6% 16.8%	515,306,892 99.0% 100.0%	5,137,513 1.0%	520,444,405 100.0%	
1999-00	total fonctionnement investissement	468,301,683 115.0% 121.2% 16.4%	441,315,763 81.9% 82.6%	92,757,227 17.2% 17.4%	534,072,990 99.2% 100.0%	4,544,850 0.8%	538,617,840 100.0%	
1998-99	total Fonctionnement Investissement	468,301,683 103.3%	338,885,194 70.0% 73.6%	121,249,020 25.1% 26.4%	460,134,214 95.1% 100.0%	23,812,292 4.9%	483,946,506 100.0%	
1997-98	total Fonctionnement Investissement	1,415,641,683 27.2%	310,786,354 80.7% 81.7%	69,796,517 18.1% 18.3%	380,582,871 98.9% 100.0%	4,403,054 1.1%	384,985,925 100.0%	
1996-97	total Fonctionnement Investissement	468,301,683 87.9%	304,238,583 73.9% 76.8%	92,083,438 22.4% 23.2%	396,322,021 96.2% 100.0%	15,450,000 3.8%	411,772,021 100.0%	
1995-96	total Fonctionnement Investissement	400,000,000 92.7%	293,878,747 79.2% 79.2%	77,064,628 20.8% 20.8%	370,943,376 100.0% 100.0%	0.0%	370,943,376 100.0%	

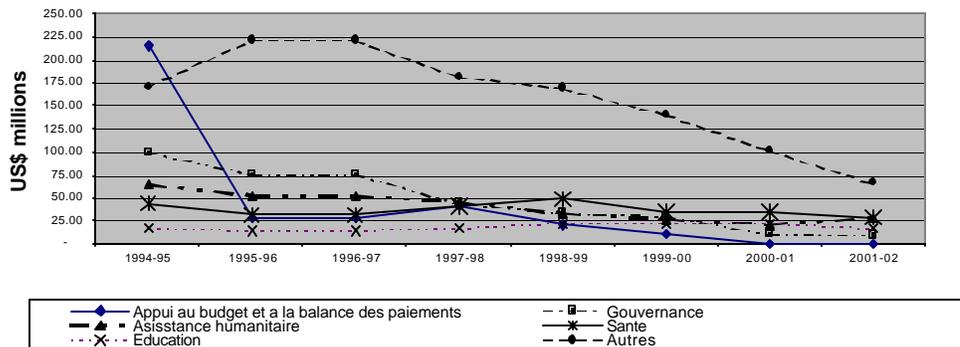
Source: MEF (excepté budget année 2000-01 provenant du MSPP)

La **procédure budgétaire** du MSPP inclut les directions départementales, dont les propositions ont été rationalisées et agrégées au niveau central. Dans le contexte des crises politiques qui ont frappé Haïti et contraint le vote du budget, les propositions des niveaux périphériques n'ont pas été retenues par le MEF qui restitue la répartition budgétaire de 1996-97, avec des montants alloués par lignes devenus insuffisants ou inappropriés, ce qui affecte la transparence de la dépense. La déconcentration de l'**exécution du budget** est entamée mais pas terminée. Sans entrer dans les détails de la procédure, on retiendra que la déconcentration de la dépense est effective au niveau des départements, après que le niveau central du MSPP ait demandé au MEF de transférer l'enveloppe mensuelle ; que certaines fournitures ne sont pas disponibles en province, ce qui limite l'application de la procédure déconcentrée ; que la procédure prend entre un et deux mois ; que le contrôle s'effectue toujours a priori (par la Cour des Comptes déconcentrée). Le suivi de la réalisation budgétaire a été l'objet de formation au niveau départemental, durant l'appui budgétaire de l'Union Européenne au MSPP ; certaines DDS les utilisent toujours. Une plus grande avancée de la **décentralisation** est limitée par un niveau de compétences plus faibles au niveau départemental, tant pour le MSPP que pour le MEF ; la décentralisation au niveau de l'UCS n'est actuellement pas possible, car il n'existe pas de cadre légal à l'UCS et apparaît problématique du fait de la multitude et de la diversité des acteurs impliqués dans une UCS ; l'affectation et/ou la compétence des personnels administratifs et de gestion sont aussi des obstacles.

4.3. Aide extérieure au secteur de la santé

Les crises politiques successives sont des facteurs importants dans la diminution de l'aide internationale au cours des 7 dernières années. Entre 1994-95 et 2001-02, l'**aide externe** a globalement diminué de 76%, tandis que l'aide au secteur de la santé a diminué de 37%. Faisant abstraction des montants élevés des premières années qui ont suivi

Alide externe decaissée par secteur



l'embargo, les chiffres restent sévères : entre 1998-99 et 2001-02, le montant global de l'aide externe a diminué de 55%, passant de US\$327 millions à US\$148 millions (montants décaissés en prix courants US\$).

L'**aide externe au secteur de la santé** a diminué de 43% sur la même période, passant de US\$ 48 millions en 1998-99 (son niveau le plus élevé sur les huit dernières années) à US\$ 28 millions en 2001-02 (son niveau le plus bas sur la même période). La part relative de la santé dans l'aide externe de 2001-02 est pourtant la plus élevée, avec celle de l'aide humanitaire. Depuis 1997-98, le secteur de la santé reçoit la part relative de l'aide externe la plus élevée, reflétant ainsi son importance reconnue par les bailleurs de fonds, même si en montants absolus, l'aide externe au secteur santé a fortement diminué.

Les **bailleurs de fonds multilatéraux** sont principalement le **Fonds Global** pour la lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme (US\$ 66.9 millions sur 5 ans, à partir de janvier 2003), et la **BID** (US\$ 22.5 millions pour les 4 prochaines années, à partir de fin 2003). L'**Union Européenne** a quasi suspendu son aide à Haïti, suite à la crise politique de 2000, et avait concentré son aide sur deux secteurs (l'éducation et l'infrastructure routière) autres que la santé ; précédemment, l'appui budgétaire de l'Union Européenne dans le cadre de construction des UCS avait été une approche très appréciée.

Les agences des **Nations Unies** sont d'autres bailleurs importants du secteur de la santé. L'**OPS/OMS** a décaissé entre US\$ 5 et 6 millions par an de 1996 à 1998, et a actuellement un budget de l'ordre de US\$ 2.5 millions par an ; les programmes du MSPP et de l'OPS/OMS ont pour porte d'entrée la baisse de la mortalité maternelle, et appuient la réforme du secteur de la santé (décentralisation du système sanitaire et opérationnalisation des UCS), le système d'information sanitaire, le fonctionnement de PROMESS, l'appui au programme élargi de vaccination, l'appui à la lutte contre les maladies transmissibles, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, et l'appui à la mobilisation communautaire. Le **FNUAP** a un budget de US\$ 28 millions pour une période de 5 ans (2002-2006), contribuant à la santé en matière de sexualité et de reproduction, aux stratégies dans les domaines de la population et du développement, au plaidoyer. L'**UNICEF** a un budget de US\$ 8 millions pour une période de 5 ans (2002-2006), qui vient en appui à la prévention et le contrôle du VIH/Sida, au droit à la vie et à la santé de l'enfant et de la femme, et à l'élimination des troubles dus à la carence en iode. Le **Système des Nations Unies** a élaboré début 2003 un programme intégré de réponse aux besoins urgents des communautés et populations vulnérables d'une valeur de US\$ 84 millions, dont US\$ 21 millions pour la santé ; ce programme s'inscrit dans le plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement en Haïti (UNDAF).

Plusieurs **coopérations bilatérales** inscrivent le secteur de la santé comme domaine prioritaire de leurs interventions. L'**USAID** a un budget d'environ US\$ 20 millions par an, dont les fonds sont canalisés vers le système sanitaire via des ONGs, et contribuent essentiellement à la lutte contre le sida, la santé reproductive, la survie de l'enfant et la tuberculose. La **Coopération Française** a un budget de Euros 1.5 millions pour 3 ans, pour un projet à trois composantes (appui à la formation des ressources humaines, appui à la santé des jeunes et appui au processus de décentralisation) qui est très intégré au MSPP, avec une assistance technique expérimentée. En outre, la Coopération Française co-finance avec Cuba et Haïti un projet de Euros 300,000, en appui à deux UCS (Bainet et Port-Salut) ; finance trois projets d'un montant de Euros 426,000 financent des ONGs dans le cadre de la lutte contre le Sida, et a financé la construction et l'équipement de

l'Institut Médico-Légal et la formation de deux médecins légistes. La **Coopération Canadienne** a un budget de C\$ 17 millions sur quatre ans, alloué à trois projets : DESS en management (1.9 millions), lutte contre les IST/VIH-Sida (7.5 millions), ESAC/CARE (7.5 millions), et finance en outre plus d'une dizaine de projets appuyant les domaines d'assainissement et eau potable, de la santé de la reproduction, du suivi de l'enfant, d'achats de réactifs pour la Croix Rouge, et de la malnutrition. L'élaboration d'un cadre d'interventions structurées est prévue pour le troisième trimestre 2004. Le **Japon** a financé ces dernières années des équipements et des intrants divers (dont médicaments, vaccins) ; le budget varie d'une année à l'autre (US\$ 0.7 million en 1996, 5 millions en 1997 et 3 millions en 1998). **Cuba** fournit une assistance technique massive de l'ordre de 500 professionnels de santé (médecins, infirmières et techniciens) répartis dans l'ensemble du pays ; par ailleurs, une centaine de bourses par an pour des études de médecine à Cuba sont fournies depuis 1999, et en 2002, une nouvelle université rattachée à la fondation Aristide ouvre ses portes à Port-au-Prince : elle dispense des cours de médecine en langue espagnole pour une première promotion de 70 étudiants. La **Coopération Technique Allemande** (GTZ) a depuis 2002 un projet d'appui à la santé de la reproduction dans le plateau central.

Les **formes de l'aide externe** sont polymorphes. L'aide extérieure peut être attribuée directement au MSPP (niveau central, niveau départemental ou niveau UCS), ou être canalisée via des Organisations Non Gouvernementales vers les différents niveaux de la structure sanitaire. Le niveau central du MSPP n'est pas toujours informé de l'aide attribuée à la périphérie.

Procédure de débours – aide extérieure. Les formes de l'aide externe sont polymorphes. L'aide extérieure peut être attribuée directement au MSPP (niveau central, niveau départemental ou niveau UCS), ou être canalisées via des Organisations Non Gouvernementales vers les différents niveaux de la structure sanitaire. Les exigences propres à chaque bailleur de fond guident les procédures de déboursement et de justification. Il faut cependant noter que l'aide externe apportée aux niveaux périphériques n'est pas nécessairement connue du niveau central. Dans le cas où l'aide externe contribue directement aux activités des niveaux opérationnels, les procédures peuvent être extrêmement simples ; à la direction sanitaire du Sud, la rentrée est inscrite dans un cahier par source de fonds et déposée sur le compte de la DDS, l'activité à financer discutée avec le bailleurs, le chèque signé par le Directeur Départemental et le comptable, la dépense ordonnée par l'administrateur. Les pièces de justification sont soumises au bailleur qui peut contrôler la dépense.

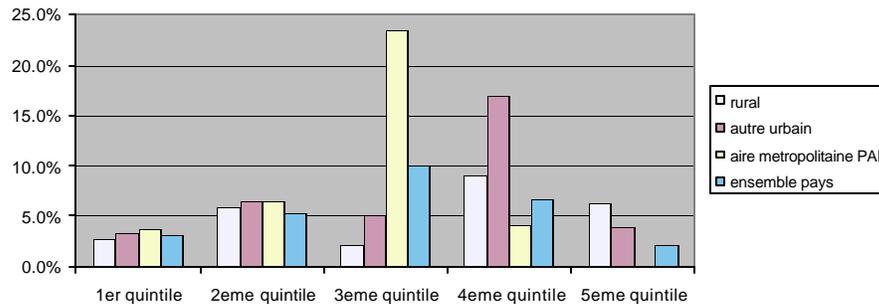
4.4. Dépenses privées de santé

Les **dépenses privées des ménages** représentent 48% des dépenses totales de santé en 1999-00. Ces dépenses ont augmenté, comblant ainsi les parts décroissantes de l'aide extérieure et des ONGs dans le financement global des dépenses de santé. Les dépenses privées des ménages sont estimées en 1999-00 à US\$ 11.5 (vs. environ US\$ 5 en 95-96 et

96-97, et US\$ 8.6 en 1997-98) par habitant par an³⁵, ce qui représente globalement 3.3% du budget des ménages.

Les **disparités entre les ménages dans les dépenses de santé** sont d'autant plus grandes que les revenus sont bas. Ainsi, l'écart entre les dépenses de santé du décile le plus élevé

Pourcentage du budget de consommation a la sante (par quintile)



et le plus bas en zone rurale est de l'ordre de 39 (dépenses de G973 vs. G25 par an par unité de

consommation³⁶), il est de l'ordre de 26 dans les villes de province, et de l'ordre de 7 en aire métropolitaine. En proportion du budget de consommation, les 3 quintiles les plus pauvres dépensent relativement plus en zone métropolitaine qu'en zone rurale ou en province ; le 3ème quintile affiche cependant des dépenses de santé de l'ordre de 23% de son budget global en zone métropolitaine, ce qui paraît hors proportions. Les dépenses de santé pour les plus défavorisés sont plus chères en milieu urbain. Le 4ème quintile dépense proportionnellement plus dans les villes de province que les autres milieux de résidence, et le 5ème quintile dépense proportionnellement plus en zone rurale. Les dépenses de santé pour les plus favorisés sont plus élevées en province et en zone rurale.

Si l'on considère les **valeurs absolues de dépenses consacrées à la santé**, les dépenses annuelles par unité de consommation sont tellement basses (moins de HG 100, pour les deux premiers déciles en zone rurale et sur l'ensemble du pays, et pour le premier décile dans les villes de province) que l'on s'interroge sur le nombre d'exclusions du système de santé haïtien. Cependant, l'accessibilité financière est un facteur parmi d'autres non-négligeables (tels le niveau d'éducation, les croyances populaires, la religion, le manque d'information). Une récente étude estime que 70 à 90% de la population recourt à la médecine traditionnelle (selon les leaders communautaires et les guérisseurs) ; tandis que le personnel médical constate qu'une forte proportion de leurs patients (50 à 70% des enfants, et 60 à 70% des adultes) ont eu recours aux guérisseurs avant d'aller à la consultation³⁷. La population a déclaré valoriser les soins offerts par la médecine

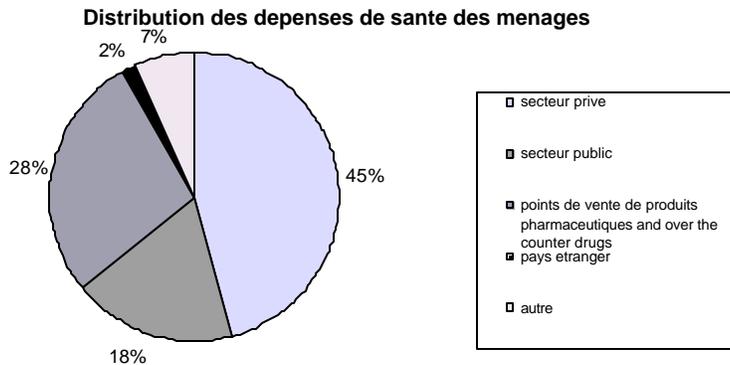
³⁵ Source : enquête Budget-Consommation des Ménages (IHSI, 1999-2000)

³⁶ La conversion du nombre de personnes par ménage à un nombre d'unités de consommation permet de ramener le revenu monétaire (ou la consommation) du ménage à des revenus (ou consommation) exprimés en "équivalent-adulte". Par exemple, un enfant égale 0.5 unité de consommation.

³⁷ MSPP et OPS/OMS, avril 2003, "Etude sur la situation de la médecine traditionnelle en Haiti", rapport final, Port au Prince, Haiti
enquête réalisée sur deux UCS en Haiti: UCS Goâvienne (département de l'Ouest) et UCS de Saint Marc (département de l'Artibonite)

traditionnelle, de par leur efficacité et leur absence d'effets secondaires, et par son prix moindre que la médecine conventionnelle³⁸.

La **structure des dépenses de santé des ménages** se résume en 5 grands domaines :



part prédominante (45%) des dépenses vont au secteur privé (services de santé privés), ensuite 28% des dépenses sont consacrées à l'achat de médicaments (prescrits ou sans ordonnance) ; le

secteur public constitue 18.3% des dépenses privées des ménages ; les dépenses à l'étranger et les autres dépenses représentent 9% des dépenses privées totales de santé.

Les **dépenses de santé privées dans les institutions sanitaires publiques** ne sont pas connues du niveau central du MSPP. Les **montants récoltés** ne sont toutefois pas négligeables. Pour le 1er semestre 2002-03, le premier échelon du département du Sud a récolté HG 2.6 millions, et dépensé 2.45 millions (dont 60% pour les médicaments). Des outils développés par le MSPP existent, mais ne sont pas toujours utilisés ; des outils développés par les niveaux périphériques peuvent être disparates. Les comptes ne sont pas systématiquement consolidés et analysés. La **tarification** des services dans les institutions sanitaires publiques n'est pas basée sur le partage des coûts (sauf pour les médicaments, examens de laboratoire et de radiographie), mais plutôt sur la capacité à payer de la population ; elle est constituée de forfaits à la consultation et à l'hospitalisation, en sus desquels les patients paient les médicaments, et examens de diagnostic. Les exonérations existent, mais ne sont pas régies par une procédure définie. Le niveau départemental de la pyramide sanitaire **contrôle** la tarification et les fonds récoltés des recettes de population ; les dépenses autorisées au niveau de l'institution qui les a collectés sont minimales. Le contrôle du respect de ces mesures est cependant difficile. Il est également important de cerner le niveau opérationnel qui a les **compétences et les moyens** de traiter et d'analyser ces données, et de tenter une harmonisation des outils, des procédures de dépenses, et de la tarification. L'articulation privé-public au sein de l'UCS et la possible harmonisation des tarifs exige que le secteur public s'aligne sur les prix du privé, et affiche clairement les montants des subventions aux prix des services ; vraisemblablement, un tel alignement sous-entend une augmentation de l'efficacité du système sanitaire public. L'établissement de prix pourra servir de base à la contractualisation et à la formulation d'incitants à la production des services.

³⁸ Le recours à la médecine traditionnelle n'implique pas de dépenses élevées comme dans la médecine conventionnelle, où les dépenses impliquées signifient le plus souvent la vente d'une partie des avoirs (terre, bétail, ...).

4.5. Financement des soins de santé

Bien que le financement actuel des services de santé soit substantiel (USD24 par an par habitant en 1999-00), il apparaît que les ressources ne sont pas utilisées et distribuées de façon optimale. Le **système de financement** est fortement hétéroclite et non contrôlé : il est caractérisé par plusieurs sources de financement, au moins deux systèmes de production des services (public et privé), et l'absence de réglementation quant à la tarification des services et à la production des services (normes et contrôles). Les **sources de financement** sont non coordonnées et substantielles. Une répartition claire des dépenses prises en charge pas les différentes sources est possible dans certains cas (institutions privées, certains départements sanitaires, ...), mais doit encore être harmonisée et se généraliser, puis servir de base à une rationalisation des ressources et du financement, via par exemple l'instauration d'une tarification commune aux services. Deux systèmes principaux de **production de services** fonctionnent sans correspondance apparente, avec des niveaux de performance très différents : en général, les institutions publiques sont trop peu utilisées à l'inverse des institutions privées (à but lucratif ou non). La faible utilisation et/ou une répartition non optimale des ressources disponibles dans le système public le rend plus coûteux. Les incitants existant au sein du système privé sont ancrés dans la logique de production privée de services, basée sur le profit ou sur l'engagement. En pratique, **45% des dépenses privées de santé vont au système sanitaire privé** ; l'Etat lui-même finance, via son système d'auto-assurance adressé aux agents de la fonction publique, les structures sanitaires privées dans leur production de services et aussi dans l'établissement d'institutions sanitaires de soins considérées comme préférentielles pour les utilisateurs³⁹.

Ces constats dénoncent une situation d'urgence, appelant à la matérialisation de la réforme du secteur de la santé, pour une meilleure utilisation (soit une rationalisation) des ressources, une coordination des systèmes de santé et de leur financement, passant par une harmonisation des outils et des tarifs. Des systèmes alternatifs de financement sont envisagés. La plupart de ces stratégies font partie de l'agenda pour la réforme du MSP.

Le développement de création de **mutuelles de santé** qui viendraient se greffer sur des entreprises de micro-crédit en est à son balbutiement, mais traduit l'impact des dépenses de santé sur l'appauvrissement de la population. Une expérience est en cours à Petit-Goâve (Dpt. Ouest), et plusieurs UCS de l'Artibonite envisagent cette perspective, et développent l'association de nouveaux produits tels que l'assurance décès et une mutuelle de santé aux activités de micro-crédit.

Le développement de l'**auto assurance** pour les agents de la fonction publique en 1999 constitue une nouvelle donne dans le financement des soins de santé, et vise à une expansion⁴⁰ en faveur de l'entièreté de la population haïtienne ; le programme relève davantage d'une assurance privée de santé offerte par un employeur à ses employés que

³⁹ « preferred providers » offrant un ticket modérateur fixe et très modéré aux membres de l'auto-assurance.

⁴⁰ En juillet 2003, l'auto assurance rapporte un enrôlement de 51.000 agents de la fonction publique plus leurs dépendants. Les membres de l'auto-assurance sont identifiables par leur NIF.

d'un embryon d'assurance-maladie nationale. Le système actuel offre **4 plans** d'assurance (en fonction de fourchettes de revenus) à environ 51.000 agents et leurs dépendants ; les **bénéfices** incluent une assurance vie, les soins ambulatoires et les soins hospitaliers, y compris les frais de consultations, la maternité, les verres et montures, les examens de diagnostic (radio et laboratoire) et les soins au dispensaire ; pour l'ensemble de ces bénéficiers des plafonds de remboursement sont établis, par plan. Si l'assuré consomme au-delà des plafonds fixés, il se doit de payer une franchise, avant de contribuer à 20% des frais supplémentaires, et à concurrence d'un nouveau plafond global. Les plans sont plus généreux pour les salaires les plus élevés, en particulier pour les frais liés à l'hôtellerie (hospitalisation), mais aussi pour certains soins comme l'accouchement, et pour le plafond maximum remboursable (après franchise). La structure des **cotisations** est basée sur les fourchettes de salaire correspondant aux 4 plans. Dans l'ensemble, la structure des cotisations est régressive (moins l'agent gagne, plus la cotisation globale est élevée en pourcentage du salaire). La cotisation est partagée entre l'employeur et l'employé, suivant un ratio 70-30 pour les trois groupes les mieux rémunérés et 90-10 pour le groupe d'agents le moins rémunéré ; la quote-part des employés reste régressive pour tous les groupes, mais l'est dans une moindre mesure pour les agents les moins rémunérés (plan 4), étant donné la subvention plus importante de l'Etat. Les **prestataires de services** sont principalement les institutions privées ayant l'autorisation du MSPP de fonctionner, bien que l'auto-assurance ne refuse pas de prestataires du secteur public ou privé non lucratif. Les prestataires sont majoritairement concentrés sur l'aire métropolitaine de PAP, et la couverture en province est déficitaire ; ils fixent leurs honoraires et tarifs sans contraintes. Les garanties de **qualité des services de santé** exigibles par les membres d'une assurance s'alignent actuellement sur celles existant en général dans le pays. Depuis 2000, l'**administration** de l'auto-assurance est confiée à Groupe Santé Plus (GSP, une société anonyme) basé à Port au Prince, qui a, outre son Conseil d'administration propre, un Conseil d'administration propre au programme et composé de 5 ministres du gouvernement haïtien (finances, santé, affaires sociales, éducation nationale, et condition féminine). Le bilan annuel n'est pas publié, mais un rapport trimestriel est diffusé dans la fonction publique. Malgré l'ouverture du plan aux structures sanitaires publiques, l'auto-assurance constitue actuellement une subvention du secteur public sur des institutions sanitaires privées (largement majoritaires parmi les prestataires, pointant ainsi les préférences des consommateurs et les faiblesses du système sanitaire public). Les cotisations payées en partie sur les revenus des agents de l'Etat (18%) et en partie par l'Etat (82%) et enregistrées comme un transfert, diminuent aussi d'autant (environ HG 16 millions par mois) les disponibilités financières du secteur public (soit environ un tiers du budget annuel du MSPP). En principe, l'assurance maladie généralisée à tous les citoyens d'un pays, financée sur des contributions partagées entre l'employeur (ou l'Etat) et l'employé (ou le citoyen), avec des contributions fixées en pourcentage des revenus, et des bénéfices harmonisés pour tous les citoyens, constitue le mode de financement le plus solidaire et équitable possible. L'auto-assurance telle qu'introduite par l'Etat haïtien est aussi une réponse guidée par les limites socio-économiques actuelles, et représenterait une étape (si tel est l'objectif) vers une assurance-maladie nationale ; la mise en place d'un système national de sécurité sociale signifierait un changement de paradigme.

4.6. Conclusion

Les dépenses totales de santé restent élevées et la population participe majoritairement à leur financement. Les indicateurs sanitaires restent toutefois médiocres. Avant d'envisager un accroissement des ressources, il est essentiel d'envisager actuellement une meilleure utilisation et distribution de ces ressources, qui devraient à elles seules assurer un meilleur état sanitaire de la population.

Une meilleure utilisation des ressources passe notamment par : une meilleure coordination des ressources de tous les financeurs ; un système d'informations de gestion uniformisé et consolidé qui génère un plan financier acceptable pour tous ; une rationalisation des ressources (en particulier pour les ressources humaines, par l'introduction d'incitants à la performance ; et pour l'ensemble des ressources, par des contrats de service visant un seuil minimum de services) ; l'Etat comme le meneur de jeu dans le développement de la politique de santé et la coordination des ressources ; la décentralisation de la gestion des ressources au niveau opérationnel, et le renforcement des capacités et organes de gestion. Si l'Etat ne parvient pas à rationaliser la gestion des ressources du secteur public, le délaissement des services publics risque de s'accroître, et l'état sanitaire de la population d'empirer.

Au vu du cadre macro-économique et du partage actuel des dépenses de santé, il est illusoire d'envisager un financement global par l'Etat ; on s'éloigne ainsi d'un modèle de financement centralisé et payé sur les taxes.

Le cadre macro-économique actuel indique aussi que le développement d'un système d'assurance maladie est prématuré : une reprise de l'économie et une croissance nette est nécessaire. D'autre part, l'expérience actuelle de l'auto-assurance permet d'identifier plusieurs prérequis à la mise en œuvre d'un tel système : renforcement du fonctionnement des institutions sanitaires publiques à tous les niveaux, existence d'une structure de gestion forte et décentralisée,

L'amélioration du système actuel de financement peut être envisagée de deux façons différentes :

- soit l'Etat joue son rôle normatif et de contrôle, et offre des garanties à l'ensemble des financeurs du secteur de la santé quant aux services de santé rendus, et à leur financement . Ceci implique, entre autres, l'établissement des coûts des services de santé et d'une tarification homogène, un partage clair des coûts et un fond global de financement des services de santé (où tous les partenaires sont représentés), des incitants à la production de services (basée par exemple sur la contractualisation), La population pourrait contribuer de plusieurs manières (soit un prépaiement, avec faible ticket modérateur ; soit au service prix plein, ...).
- soit la population préfère se mobiliser en dehors du secteur public, et développe un système de fond d'urgence privé pour les épisodes de maladie les plus coûteux (et les plus appauvrissants), c'est-à-dire les hospitalisations, basé sur leurs contributions (multiples possibilités). Il est légitime de baser ce genre de système ou mutuelle sur des organisations financières existantes, telles des coopératives qui ont déjà une expérience et des capacités de gestion financière. Un système de fédération avec un système de péréquation peut être envisagé à moyen terme.

5.- LA GOUVERNANCE DE L'AUTORITE SANITAIRE

Il s'agit de l'affirmation de l'autorité de l'Etat comme principale instance chargée de : planifier et élaborer des normes, évaluer et contrôler les normes et les règles établies, garantir la sécurité des soins et la protection des patients, faire respecter les normes éthiques et les principes directeurs du système.

Cette fonction est très peu performante du fait :

- Des faiblesses de l'Etat à faire respecter la réglementation en santé par tous les acteurs ;
- De la non révision et de l'absence d'évaluation du cadre réglementaire ;
- De la complexité des procédures de révision du cadre réglementaire et des procédures budgétaires.

Accomplir cette mission légitime de puissance publique nécessite :

- L'obtention d'un consensus entre les acteurs nationaux et internationaux qui ont évolué jusqu'à présent dans un secteur désarticulé et incoordonné ;
- La réorganisation du MSPP en fonction des attributions des différents niveaux : le niveau central dans ses missions normatives, régulatrices et de contrôle ; le niveau départemental dans ses attributions de coordination et d'appui technique ; le niveau local dans son rôle d'unité opérationnelle du système ;
- La motivation des professionnels ;
- Le développement de partenariat avec le secteur associatif.

5.1.- Régulation du Système de santé

Une évaluation de la performance des fonctions essentielles⁴¹ de santé publique en Haïti révèle les difficultés de l'Autorité Sanitaire Nationale à assumer son leadership sur le système de santé. La méthodologie de cette étude ne permet pas de mettre en évidence les facteurs à la base de cette faiblesse cependant la majorité des acteurs reconnaissent que la performance de l'Autorité Sanitaire est insuffisante dans les domaines suivants : la participation des citoyens dans la prise de décisions en santé, le contrôle et l'amélioration de la qualité des services de santé individuels et collectifs de même que l'élaboration et l'exécution des règlements. Ces interventions sont appréciables en matière de promotion d'un accès équitable aux ressources pour la santé et de surveillance épidémiologique et de contrôle des risques et menaces pour la santé publique.

5.2. Le Processus gestionnaire

On distingue quatre niveaux dans la structure gestionnaire de la santé en Haïti.

- Le niveau politique : **Gouvernement** : choix de stratégies nationales, mise en œuvre des conventions internationales, allocation des ressources.

⁴¹ MSPP OPS-OMS 2002. *Evaluation de la performance des fonctions essentielles de santé publique*

- Le niveau normatif : **Directions Centrales** : élaboration des outils de gestion et assistance technique aux autres instances, contrôle et évaluation.
- Le niveau tactique : **Directions Départementales et UCS** (élaboration et mise en œuvre des plans opérationnels ;
- Le niveau opérationnel : premier niveau : Institutions du premier échelon **SSPE**, institutions du deuxième échelon Hôpital Communautaire de Référence (**HCR**) ; deuxième niveau : Hôpital Départemental ; troisième niveau : Hôpital Universitaire

Ce processus gestionnaire, basé sur une stratégie de déconcentration, n'est que très partiellement traduit dans les faits.

Organisation du MSPP

L'organisation institutionnelle reste fragile. Les 7 Directions centrales sont peu étoffées et les rôles mal définis. Il existe par ailleurs des coordinations qui gèrent des programmes et qui ne sont rattachés à aucune direction centrale. Au niveau périphérique, la déconcentration budgétaire (hors personnel et hors investissement) a été réalisée depuis 1999 dans les 9 Directions départementales mais a été interrompue en 2001 ; les effectifs de ces directions sont très faibles, et les fonctions mal définies.

Le Système d'Information.

L'analyse de la situation actuelle révèle une série de défaillances liées essentiellement à la fragmentation du système, à sa relative complexité, à la lenteur de circulation de l'information, à son manque de fiabilité et à son absence quasi totale de rétro-alimentation. L'organisation du système ne présente pas une parfaite cohérence avec les orientations de la politique de santé malgré une amélioration récente. Chaque étape du système n'est pas suffisamment balisée, standardisée pour que chaque niveau (central/départemental/communal) puisse facilement percevoir ses responsabilités pour l'utilisation des données. Les contrôles de supervision au niveau de chaque étape sont encore peu nombreux et les moyens de pression très faibles pour garantir la qualité de chaque étape.

- Le SIS dans son dispositif actuel ne produit pas d'inventaire régulier des ressources et des activités de chaque institution sanitaire du pays.
- Le support développé pour la collecte des données tient compte uniquement des SSPE et ne reflète pas l'organisation du système de santé en différents échelons.
- La surveillance épidémiologique à travers la Notification Hebdomadaire ne remplit pas son rôle d'alerte.
- Chaque programme développe ses propres outils de collecte entraînant un nombre important de formulaires et une surcharge de travail pour le personnel.
- Les enquêtes complètent et souvent même suppléent le système régulier. Elles représentent la source essentielle des données actuelles et restent, par ailleurs, le seul moyen d'accès à des statistiques vitales de la population générale.
- La persistance de SIS parallèles mise en place par certains partenaires dans le secteur de la santé.

5.3. La coopération et le partenariat

5.3.1.- Coopération Intersectorielle.

L'approche multisectorielle de la santé reste très modeste. On peut noter quelques initiatives, particulièrement en santé et éducation, santé et condition féminine, santé et justice, santé et préventions des désastres. Le leadership dans le cadre d'une action multisectorielle pose un problème : l'appropriation de l'intervention comme une action conjointe et non comme l'appui d'un secteur à un autre continue de dominer la philosophie des activités mises en œuvre.

5.3.2.- Coopération Intra sectorielle.

De grands efforts ont été déployés au cours de ces dernières années pour mieux coordonner les actions du secteur public et du secteur privé philanthropique. Ils se sont matérialisés sous la forme de : (i) l'élaboration d'une Charte de Partenariat ; (ii) la recherche de financement dans un cadre de concertation. C'est par ailleurs une stratégie prioritaire dans le cadre du développement des UCS.

5.3.3.- Coopération Internationale.

L'aide externe est le fait d'Organisations Non Gouvernementales (ONG) étrangères, et d'Agences Bilatérales et Multilatérales (voir chapitre financement, aide externe). Pendant la période d'embargo de 1991 à 1994, les ONG ont été le seul vecteur de l'aide externe. D'autres programmes financés au préalable par les Bailleurs ont été suspendus et ont repris avec le retour de l'ordre constitutionnel. Cependant l'aide des Organismes Multilatéraux a été suspendue ou gelée pour certains depuis l'année 2000.

L'inventaire des projets de l'aide externe (PNUD) montre une prédominance des déboursements au cours des dernières années pour les projets d'appui aux soins de santé primaires, et d'appui aux hôpitaux et dispensaires. Ces projets sont multiples, mais manquent de coordination malgré l'existence de la Direction de Planification et de Coopération Externe du Ministère de la Santé Publique et de la Population. L'aide privée caritative représente des flux considérables et s'intègre peu dans les stratégies nationales.

6.- L'ÉTAT D'AVANCEMENT DES INITIATIVES MISES EN ŒUVRE DANS LE CADRE DE LA REFORME DU SECTEUR

La constitution de la République requière la décentralisation de tous les services publics et donne les grandes orientations. Pour chaque secteur d'activités des lois doivent définir les conditionnalités permettant l'application des prescrits constitutionnels.

La déclaration de Politique Nationale de Santé publiée par le ministère de la santé publique en 1995 retient la décentralisation comme un des axes stratégiques prioritaires de l'action sanitaire. Elle décrit la décentralisation comme un moyen visant à favoriser la participation populaire et à améliorer l'accès aux services. Elle retient l'Unité Communale de Santé (UCS) comme l'unité de base de la décentralisation et le niveau départemental, la pierre angulaire de la décentralisation avec pour rôle de dynamiser et de coordonner l'implantation des UCS. Le ministère de la santé publique a élaboré des propositions de lois autour de la décentralisation du secteur de la santé. Cependant ces avant-projets de loi ne sont pas encore soumis aux autorités législatives pour ratification. L'absence de ces instruments juridiques constitue un frein important au développement du processus de décentralisation.

6.1.- La Décentralisation du Système

La Déconcentration Budgétaire. En 1999 avec l'appui de l'Union Européenne le ministère de la santé publique et le ministère des finances ont mis en place un programme de déconcentration des ressources disponibles pour les départements à travers le trésor public. Les fonds prévus à travers les rubriques budgétaires permettant l'acquisition de matériels et de fournitures pour les soins de santé peuvent être obtenus au niveau des directions départementales du ministère des finances.

Durant la première année les directions départementales ont pu décaisser entre 98 et 100% des montants alloués. Le programme malgré l'arrêt de la contribution de l'Union Européenne continue d'être assumé par le gouvernement haïtien. L'utilisation des fonds varie selon les départements entre 40 et 70%.

Cette initiative a permis la réduction des délais d'approvisionnement des institutions au niveau départemental d'une façon générale et mérite d'être poursuivie et renforcée. Des mesures d'accompagnement sont nécessaires pour rendre vraiment efficace cette démarche :

- La disponibilité de fournisseurs locaux ;
- Une meilleure circulation de l'information entre le niveau départemental et le niveau central ;
- Le contrôle de l'utilisation des fonds ;
- L'évaluation du processus afin de déterminer les effets de cette démarche sur le fonctionnement du système et l'amélioration de la qualité des soins ;

- La révision de la loi de finance publique afin d'inclure les Unités Communales de Santé.

L'implantation des Unités Communales de Santé. L'implantation des Unités Communales de Santé requiert l'organisation de l'espace géographique d'intervention en fonction des données géographiques, populationnelles et institutionnelles. Pour promouvoir l'implantation des UCS le ministère de la santé publique a créé la Direction d'Organisation des Services de Santé (DOSS). Cette direction a pour mission d'appuyer les départements dans la mise en place des UCS. Elle a élaboré les instruments nécessaires à l'implantation des UCS :

- Guide pour la formation des conseils de santé ;
- Guide pour le diagnostic des problèmes de santé ;
- Guide pour l'accréditation des institutions sanitaires ;
- Guide de gestion des services ;
- Guide pour l'Education, l'Information et la communication au niveau des UCS.

Elle a complété le découpage du territoire national en Unité Communales de Santé et établi la liste des UCS prioritaires. L'organisation des communes et des sections communales a totalisé 58 UCS, soit une moyenne de 5 UCS par département et 2,3 communes par UCS.

En collaboration avec la Direction de Planification de Coopération Externe (DPCE) la carte sanitaire de 6 UCS prioritaires a été élaborée. Dans le cadre du Plan d'Actions Prioritaires PAP 2001-2002 et l'Agenda pour l'Action 2003 onze (11) UCS ont été privilégiées pour des interventions. Le plan de développement de l'UCS SDG a été achevé et mis en route au cours de cette année. La DPCE a également élaboré un manuel des normes, procédures de gestion et outils d'analyse économique.

La réforme du système de santé axée sur la décentralisation et la réorganisation du système de santé à travers les UCS a été clarifiée au point de vue des concepts et stratégies dans un document du Ministère. Mais la mise en oeuvre de cette réforme reste tributaire des problèmes généraux du système de santé, de la précarité des ressources, de l'insuffisance des investissements, de l'absence d'orientations claires et de suivi systématique des activités. L'implantation des UCS passe par un renforcement institutionnel de la DOSS, de la DPCE et des directions départementales, la clarification des mandats des différentes instances d'appui au processus.

La Prestation des Soins. La décentralisation dans le contexte de la prestation des soins s'intéresse, d'abord au niveau du micro-système, au renforcement de l'Hôpital Communautaire de Référence (**HCR**) et à la réhabilitation des **SSPE**.

Au niveau des UCS prioritaires les HCR sont dotés d'une capacité chirurgicale et les maternités sont réhabilitées afin d'être en mesure d'offrir les soins obstétricaux d'urgence (**SOU**). L'hôpital St Nicolas de St-Marc, L'HCR de Jean Rabel, l'HCR de Port-Salut, l'HCR de Aquin, l'HCR de Miragôane, le Centre Hospitalier la Renaissance I (Cathédrale), le Centre Hospitalier la Renaissance II (Pétion-Ville) sont les illustrations de cette approche.

Les Services de Santé de Premier Echelon (**SSPE**) dans l'aire de santé de l'UCS de St-Marc-Desdunes et Grande Saline ont été l'objet d'une attention particulière. Le SSPE de la Ville de St-Marc a permis le décongestionnement de l'HCR d'une part et d'expérimenter la complémentarité des soins entre les institutions des premier et deuxième échelons d'autre part.

L'utilisation de la réduction de la mortalité maternelle comme porte d'entrée pour la réorganisation de système de santé n'est pas encore effective dans toutes les UCS prioritaires. Le déploiement des infirmières sages-femmes est certes un pas dans la bonne direction cependant leur intégration dans l'équipe soignante de l'HCR n'est pas assurée. En plus, les maternités ne disposent pas de produits sanguins pour faire face aux hémorragies qui constituent une cause importante de décès maternel.

La Participation Communautaire. Les structures de participation communautaire suivant les principes et orientations stratégiques pour la mise en place des UCS fonctionnent dans la plupart des UCS prioritaires. Sur le plan administratif près de 80% des SSPE des six UCS prioritaires ont leur comité de gestion tandis au plan technique les ressources humaines qualifiées intègrent l'équipe cadre chargé de conseiller le coordonnateur de l'UCS dans les nombreuses activités relatives à l'implantation des UCS. Le Conseil de Santé qui constitue la plus haute instance décisionnelle des UCS a été mis en place avec l'appui de la DOSS au niveau de l'UCS Jacmel-La Vallée (JAVA) et celle de St Marc Desdunes Grande Saline.

Les Résultats de la Décentralisation. L'implantation des UCS au stade actuel peut être créditée de plusieurs effets:

- la population à travers ses représentants s'intéresse d'avantage à la problématique sanitaire et est intégrée dans la gestion du microsysteme;
- les organisations font l'apprentissage du partenariat et de la poursuite d'objectifs communs.
- Une meilleure accessibilité aux soins est observée à travers les UCS.

Conclusion

Les retards accumulés dans le processus d'implantation des UCS sont perçus de différentes manières par les acteurs et constituent un mauvais signal. Le ministère doit s'engager fermement dans la réalisation des activités permettant l'implantation des UCS à savoir : promulguer le cadre juridique de la décentralisation du système de santé, garantir la disponibilité des ressources, assurer le suivi et l'évaluation du processus.

6.2. La Professionnalisation des Soins de Santé

Le ministère de la santé reconnaît que «la réorganisation du système national de santé implique un choix allant dans le sens de la professionnalisation des soins de santé et de l'organisation d'une chaîne de compétence autour des personnels prestataires et

d'appui⁴² ». L'Etat a pour mission de garantir à la population des soins de qualité ce qui ne peut être réalisé qu'avec un personnel ayant les compétences requises. Au cours de ces dernières années l'augmentation de la demande de soins, la faiblesse de la fonction normative du MSPP dans le domaine du contrôle professionnel et de l'accréditation des centres de formation ont affecté la qualité des ressources humaines du secteur. Plusieurs initiatives ont été mises en œuvre pour juguler cette situation:

Sur le Plan Stratégique et Organisationnel. La création de la direction de développement des ressources humaines et de contrôle des professions de la santé, des études sur les besoins en formation des personnels de santé et un diagnostic de la fonction des ressources humaines dans le secteur de la santé, la création de l'école nationale des infirmières sages-femmes, la création du centre d'information et de Formation en administration de la santé (CIFAS) constituent des pas significatifs dans la compréhension de la problématique des ressources humaines.

Sur le Plan Opérationnel. La formation de nouvelles catégories de professionnels répondant à certains besoins du système : la formation de médecin de famille avec une attention particulière pour les soins obstétricaux d'urgence et une compétence chirurgicale, le programme d'Etudes Spécialisées en Gestion des Services et des Systèmes de Santé, la formation en gestion hospitalière.

La Gestion Stratégique des Ressources Humaines du Secteur. Les activités pour la mise en œuvre d'un programme de développement des ressources humaines ont été définies, il s'agit actuellement de mobiliser les ressources pour sa mise en œuvre et de réaliser les pré requis à l'exécution.

Les activités visant le contrôle des professions de la santé (Outils Institutionnels). La DDRH avec l'appui technique de l'OPS-OMS procède à la révision du curriculum de la formation initiale des infirmières. Les responsables de soins infirmiers disposeront d'un instrument leur permettant de standardiser la formation dispensée dans les écoles publiques et privées, de procéder à l'accréditation des écoles, d'évaluer les étudiantes infirmières et d'assurer la formation continue des infirmières diplômées.

La DDRH a également mis en place une banque de données sur les professionnels de santé diplômés en Haïti. Par ailleurs une démarche de standardisation des curricula des écoles de technologistes médicaux est en cours.

L'accès, pour les étudiants des facultés de médecine privées, de l'internat dans des hôpitaux publics, tend à favoriser l'insertion des professionnels dans le système ; on cherchera à l'avenir à standardiser les curricula des différentes facultés de médecine.

Un mécanisme de régulation des écoles privées d'infirmières est en cours. Un inventaire des différentes écoles existantes a été faites. Un examen d'état pour les infirmières est en cours de planification.

⁴² **Voltaire, H.C. 1999.** *Les Unités Communales de Santé: Principes et Orientations Stratégiques.* Ministère de la Santé Publique et de la Population.

Cependant, cette démarche fait face à de multiples contraintes comme le manque de ressources humaines possédant une expertise dans ce domaine, la motivation des responsables et les divergences sur une vision stratégique des soins infirmiers.

La Formation de Nouvelles Catégories de Professionnels de la Santé. Les Infirmières Sages-Femmes. La mortalité maternelle constitue une grande préoccupation pour les responsables sanitaires du pays. Les récentes études sur la santé de la reproduction révèlent que seulement un quart des naissances ont bénéficié de l'assistance d'un professionnel de la santé. Les infirmières et les auxiliaires réalisent 10% des accouchements et consultent 32% des femmes en clinique prénatale⁴³.

La réouverture de l'école nationale des sages femmes répond au besoin d'améliorer la qualité et la disponibilité des soins de santé génésique. Actuellement les étudiantes sages-femmes sont recrutées parmi les infirmières diplômées. Elles suivent un cursus de formation qui leur permet de prendre en charge correctement les grossesses physiologiques et d'identifier les signes de complication des grossesses. Cette formation est conçue suivant la perspective de complémentarité des soins au niveau des UCS.

Les effets du déploiement des premières promotions de sages-femmes à travers le pays sur la réduction de la mortalité maternelle et l'utilisation des services de santé de la reproduction ne sont pas connus. Certains ajustements sont nécessaires si on veut que ces nouveaux intervenants contribuent efficacement à l'amélioration de la qualité des soins de santé de la reproduction. Parmi ces mesures il faudrait : une reconnaissance du statut de sages-femmes dans la catégorisation des personnels de santé du ministère de la santé publique, un accompagnement des jeunes diplômées dans leurs nouvelles attributions et enfin une évaluation de la formation dispensée.

Les Gestionnaires de la Santé.⁴⁴

La gestion de plusieurs institutions sanitaires publiques ou privées dans bien des cas se révèle défailante. Le manque de formation en administration des responsables est évoqué parmi les causes de dysfonctionnement des hôpitaux. En effet le trinôme qui dirige les hôpitaux (médecin, infirmière et administrateur) n'a pas reçu dans sa formation de base les connaissances l'habilitant à administrer correctement une institution hospitalière. Le ministère de la santé publique à travers ce centre de formation a développé un programme de formation à l'intention des responsables des hôpitaux communautaires de référence et des hôpitaux départementaux. Ces nouveaux cadres participent aux projets de revitalisation des hôpitaux publics.

A la fin du cycle les apprenants réalisent une activité de synthèse portant soit sur un domaine spécifique soit sur la gestion globale d'une institution sanitaire.

Des Formations de Formateurs. Des cadres formés dans ce centre remplacent progressivement les formateurs étrangers qui avaient la responsabilité des différents

⁴³ EMMUS-III, 2000.

⁴⁴ Le Centre d'Information et de Formation en Administration de la Santé (CIFAS).

modules. Actuellement 5 modules sont dispensés par des cadres haïtiens formés au CIFAS.

Les Autres Initiatives dans le Domaine de la Professionnalisation des Soins de Santé.

La Formation des Médecins de Famille. En partenariat avec l'Université de Miami, le ministère de la santé publique et la direction des affaires académiques du 3^e cycle de l'Université d'Etat d'Haïti procèdent à la formation de Médecins de Famille à l'hôpital Justinien du Cap Haïtien. Les médecins après un cycle de formation de 3 ans acquièrent une compétence en médecine générale, développent des habilités dans la prise en charge des urgences obstétricales et médicochirurgicales et dans la gestion des institutions sanitaires. Une promotion a déjà complété le cycle de formation et travaille au niveau des institutions sanitaires.

La Formation des Epidémiologistes de Terrain. Cette formation rentre dans le cadre des activités visant à renforcer le niveau déconcentré du système de santé. Un programme a été conçu en vue d'augmenter la capacité des directions départementales dans des domaines spécifiques comme la surveillance épidémiologique, l'analyse des données relatives à la morbidité, la mortalité et la gestion locale d'un système d'information sanitaire. Vingt et un cadres des directions départementales et centrales (médecins et infirmières) ont suivi cette formation dans le cadre du projet Mitch financé par l'OPS-OMS.

6.3 La Revitalisation et l'extension du Réseau Hospitalier Public

Le réseau hospitalier public hormis le département de l'Ouest constitue dans la majorité des cas l'unique recours pour les patients. Il en est de même pour les praticiens privés de certaines régions du pays qui n'ont que les structures publiques pour prendre en charge les patients nécessitant une hospitalisation.

La revitalisation et l'extension du réseau hospitalier public rentre dans le cadre des efforts visant l'amélioration de l'offre de soins et des services en milieu hospitalier. Cette activité incluait un diagnostic institutionnel portant sur huit (8) domaines d'intervention, l'élaboration de plan de revitalisation correspondant aux domaines analysés et la mise en œuvre des plans.

Le diagnostic institutionnel porte sur :

- La gestion de l'institution ;
- L'accueil et la communication ;
- La prise en charge des urgences médicochirurgicales ;
- Le fonctionnement de la maternité ;
- Les accessoires de la prise en charge des patients
 - o La disponibilité de l'eau potable en permanence ;
 - o La collecte et le traitement des eaux usées ;
 - o La disposition hygiénique des déchets solides et des déchets biomédicaux ;
 - o L'exploitation et l'entretien des installations d'assainissement.

Six hôpitaux départementaux et 5 HCR ont été l'objet de cette démarche et deux hôpitaux ont mis en œuvre un plan de revitalisation. L'hôpital St Nicolas de Saint Marc et l'hôpital Notre de Petit Gôave ont expérimenté cette démarche cependant les résultats obtenus ne sont pas identiques. On a observé des changements notoires au niveau de l'HCR de Saint Marc au niveau de l'accueil des patients, de l'hygiène et de la communication entre le personnel et les patients. L'amélioration des conditions d'hygiène a des répercussions positives sur la qualité de la prise en charge.

A l'hôpital Notre Dame de Petit Gôave les problèmes de ressources, la motivation du personnel, le niveau d'organisation de l'UCS et le contexte sociopolitique ont constitué des handicaps à la mise en œuvre du plan de revitalisation.

L'Extension du Réseau

Au niveau périphérique des centres de santé avec lits (CAL) ont été réhabilités et transformés en hôpital communautaire de référence **HCR** (Aquin, Miragôane, Port-Salut, Jean Rabel). Dans la zone métropolitaine des travaux sont en cours pour combler les déficits en soins hospitaliers au niveau des communes de Delmas, de Pétion Ville et de Port-au-Prince. L'hôpital de la Renaissance d'une capacité de 50 lits a été érigé sur le site du centre de santé de la Cathédrale. La réhabilitation du Centre Hospitalier Ste Catherine Labouré (CHOSCAL) fait partie intégrante du développement de ce réseau hospitalier métropolitain. Les travaux de construction des hôpitaux de Delmas et de Pétion Ville sont en voie d'achèvement. Les travaux de transformation du Sanatorium de Port-au-Prince en un nouvel hôpital ont démarré. A noter que l'Hôpital de Delmas fera partie du réseau hospitalier universitaire.

La crise politique et le mauvais état de l'économie du pays empêchent la mobilisation des ressources pour équiper et faire fonctionner ces institutions suivant une approche novatrice des soins hospitaliers.

L'extension du réseau hospitalier public est en cours. On ne peut pas en ce moment évaluer ces institutions en ce qui a trait à l'organisation des services, la couverture, la prestation des services et la qualité des soins offerts.

6.4. La Modernisation du Système d'Information Sanitaire (SIS)

Le système de santé haïtien a connu différents niveaux de structuration au cours de ces trente dernières années pour arriver au modèle des Unités Communales de Santé (UCS) actuellement en implémentation. Beaucoup de problèmes ont été évoqués pour expliquer le niveau de développement jusqu'ici atteint par le système de santé. Parmi ces problèmes, on peut citer le dysfonctionnement des systèmes d'information sanitaire avec comme conséquences une faiblesse dans la planification et une faible performance de l'organisation.

Consciente de cette problématique et du rôle fondamental de l'Information Sanitaire dans l'élaboration et l'application de toute politique de santé, la Haute Direction du Ministère

a confié à la Direction de Planification et de Coopération Externe (DPCE) la mission de piloter la réorganisation et la mise en place d'un SIS.

La disponibilité au moment opportun d'informations sur les diverses fonctions du système de santé fut enfin abordée au cours de ces dernières années. L'approche du Comité d'Appui au Système d'Information Sanitaire (CASIS) basée sur des informations relatives à la maladie fut abandonnée par la DPCE pour une approche plus moderne de système d'information dynamique pouvant servir comme outils : d'aide à la décision, de gestion de la performance, de formation et de recherche.

La DPCE a réalisé des séminaires sur le cadre conceptuel d'un Système d'Information Sanitaire au niveau des six UCS prioritaires. Le but de ces activités est de sensibiliser les acteurs sur l'importance d'un système d'information et d'obtenir un consensus sur les étapes à suivre pour la mise en place d'un SIS. Ils ont permis en outre de corriger les fausses perceptions sur un système d'information : par exemple un instrument de contrôle à l'usage exclusif des décideurs, un réseau d'ordinateurs, l'accès à l'internet. Suite à un atelier de consensus et ces séminaires, les responsables et les différents acteurs concernés sont d'accord sur la nécessité d'un Système d'Information Sanitaire (SIS) performant mais ce consensus n'a cependant pas suffi jusqu'à présent à mettre en oeuvre un dispositif véritablement opérationnel.

La mise en place d'un système d'information sanitaire devra :

- se baser sur une évaluation des besoins en information des différents niveaux de la pyramide sanitaire,
- éviter une approche unidirectionnelle
- et avoir un aspect convivial.

Le Système d'Information Sanitaire devrait se présenter en miroir du système de santé. La réforme du secteur de santé qui se dessine doit être l'occasion de redéfinir le dispositif en regard du mode d'organisation qui sera retenu pour le système. En particulier, le niveau de référence hospitalier doit être l'objet d'une information sanitaire spécifique et les mécanismes de référence/contre référence doivent aussi être documentés.

6.5.- Le Sous Secteur Pharmaceutique (Médicaments)

La problématique du médicament et des consommables médicaux en Haïti est tributaire de la faible capacité d'intervention de l'Etat dans ce secteur, du faible pouvoir d'achat de la population et de la perception du médicament comme un produit de consommation ordinaire par les distributeurs.

L'accès aux médicaments est une préoccupation forte pour le ministère de la santé⁴⁵. L'enquête sur la morbidité, la mortalité et l'utilisation des services de santé réalisée en 2000 révèle que pour un échantillon de 5958 femmes nécessitant des soins de santé 28% ne se sont pas faites soigner à cause des prix élevés des médicaments.

⁴⁵ MSPP 2002 Un Agenda pour l'Action 2002-2003.

La réponse envisagée par le Ministère consiste :

- au renforcement de la Direction Centrales de Pharmacie et de Contrôle des Substances Chimiques DCP-CSC pour la mise en oeuvre d'un plan progressif de régulation du secteur pharmaceutique ;
- au transfert de PROMESS vers une structure nationale intégrée au système de santé ;
- au développement d'un programme de complémentarité entre le secteur public et le secteur privé dans le cadre d'une politique large de médicaments essentiels ;
- à la réactivation de la Politique Pharmaceutique Nationale ;
- au développement d'un système national intégré d'approvisionnement en intrants ;
- à l'élaboration d'un avant-projet de loi sur les médicaments et les pharmacies ;
- à l'établissement d'un système de réseau de communication entre les dépôts et la Direction Centrale de Pharmacie ;
- à l'établissement d'une coordination technique entre la DCP, la Centrale d'approvisionnement et les dépôts périphériques ;
- à la Nomination de 11 pharmaciens responsables des dépôts périphériques à date sur 14 existants ;
- à l'implantation d'un programme de coopération technique avec différents partenaires internationaux impliqués dans le programme des médicaments essentiels ;
- à la mise en place d'un système de suivi et de contrôle au niveau de la gestion des dépôts périphériques.

7. LISTE DES PROBLEMES PRIORISES

Au cours des assises départementales et nationales, qui se sont déroulées en octobre 2003, les problèmes identifiés dans le cadre de l'analyse du secteur ont été priorisés par domaine.

1. Décentralisation :

- absence de cadre légal
- insuffisance de décentralisation de la gestion des ressources
- insuffisance de capacité de planification tactique
- absence de planification nationale pour le développement des UCS
- insuffisances de ressources financières
- absence d'implication des autres secteurs
- absence de carte sanitaire pour l'ensemble du pays

2. Offre de soins

- qualité des soins insuffisante
- accès aux soins insuffisants
- méconnaissance de la médecine traditionnelle en tant qu'acteur
- prise en compte insuffisante des maladies émergentes (diabète, HTA, accidents cardio et cérébro-vasculaires, cancers, accidents de la voie publique), des maladies mentales, de la santé bucco-dentaire

3. Hôpitaux

- insuffisance qualitative de l'offre de services
- insuffisance de management et de gestion administrative et financière
- absence/irrégularité de budget de fonctionnement
- hygiène défailante
- absence de planification du développement des hôpitaux
- manque de centres de transfusion et de dépôts de sang

4. Régulation

- législation obsolète
- faiblesse des Directions du MSPP
- élaboration non participative des lois
- insuffisance des mécanismes de régulation
- manque de coordination intra et inter sectorielle

5. Partenariat

- prise en compte insuffisante des aspects multisectoriels
- absence de cadre de partenariat
- définition imprécise des rôles des différents acteurs dans le secteur
- faiblesse des Directions départementales dans leur rôle de coordination des partenaires et absence d'accords de partenariat entre ces directions et leurs partenaires
- manque de synergie entre le niveau central et le niveau départemental

6. Recherche

- absence de politique dans le domaine de la recherche
- faiblesse dans le système de recherche sanitaire
- absence de culture de recherche
- insuffisance de formation à la recherche appliquée
- insuffisance de programme de recherche appliquée

7. Système d'information sanitaire (SIS)

- faiblesse du SIS
- absence de culture de l'information
- absence d'outils pertinents pour la collecte
- gestion inadéquate du flux d'information
- SIS non standardisé

8. Ressources humaines

- non formulation et non application d'une politique de ressources humaines adaptée
- absence d'évaluation des besoins et de planification des ressources humaines
- gestion des ressources humaines inadaptée
- manque de planification, de coordination et de régulation dans la formation initiale et dans la formation continue
- absence d'incitatifs pour les personnels prestataires

9. Ressources logistiques

- faiblesse en gestion globale des ressources logistiques (normes et procédures)
- manque de moyens logistiques
- insuffisance de maintenance et d'entretien des matériels et des équipements

10. Médicaments

- absence d'un document de politique pharmaceutique national dans un cadre légal
- système d'approvisionnement et de distribution inadéquat
- faiblesse de l'inspection et du contrôle pharmaceutique
- coût trop élevé des médicaments essentiels
- non disponibilité des médicaments anti rétro-viraux
- utilisation irrationnelle des médicaments

11. Financement

- faible pourcentage du budget national alloué à la santé par rapport aux autres secteurs (allocation insuffisante)
- ressources disponibles non réparties de manière équitable
- inadéquation entre ambitions et capacités de gérer les ressources disponibles
- absence de politique de recouvrement des coûts
- absence de régulation, de tarification, de modalités de paiement des services

8. CONCLUSION DE L'ANALYSE

L'identification des problèmes sanitaires a permis de faire un diagnostic de la situation en mettant en évidence les points forts, les faiblesses, les opportunités et les menaces du secteur. Cette analyse révèle l'urgence de procéder à la réforme du secteur santé en prenant en compte les paramètres qui ont été identifiés. Elle permettra aussi de formuler des réponses qui tiennent compte d'une part des éléments suivants : équité, efficacité et qualité, efficience, financement pérenne, interventions intersectorielle et participation communautaire ; et d'autres part des priorités stratégiques formulées par les autorités sanitaires et la Politique Nationale de Santé fondée sur les valeurs d'équité, de solidarité et de justice sociale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

1. Voltaire H-C, MSPP, 1999. Haïti. Les Unités Communales de Santé : principes et orientations stratégiques, 85 p.
2. Consortium IDEES/Capital Consult /CIDE/CSPQ/IHE, Mai 1997, Etude sur l'organisation et la prestation de soins. Projet ATH/JF 3404-4A/MSPP/BID, 161p.
3. MSPP, 1990, Standardisation du personnel et programmation des activités des établissements de santé par catégorie, 45 p.
4. MSH, 2000, Proposition technique pour le Projet HS-2004, Phase II, 40 p.
5. *Craan Guy Marcel, Juillet 2002, Evaluation de l'Offre du Paquet Minimum de Services (PMS) au niveau des UCS prioritaires, 200p.*
6. MSPP, Août 2000, Guide départemental pour le développement des UCS, Département de l'Artibonite, 59 p.
7. Ministère de la Santé Publique, République du Bénin, Cellule d'Appui au Développement des Zones Sanitaires, 2001, Normes et standards en matière activités, d'effectifs de personnel, d'infrastructures sanitaires, 140 p.