

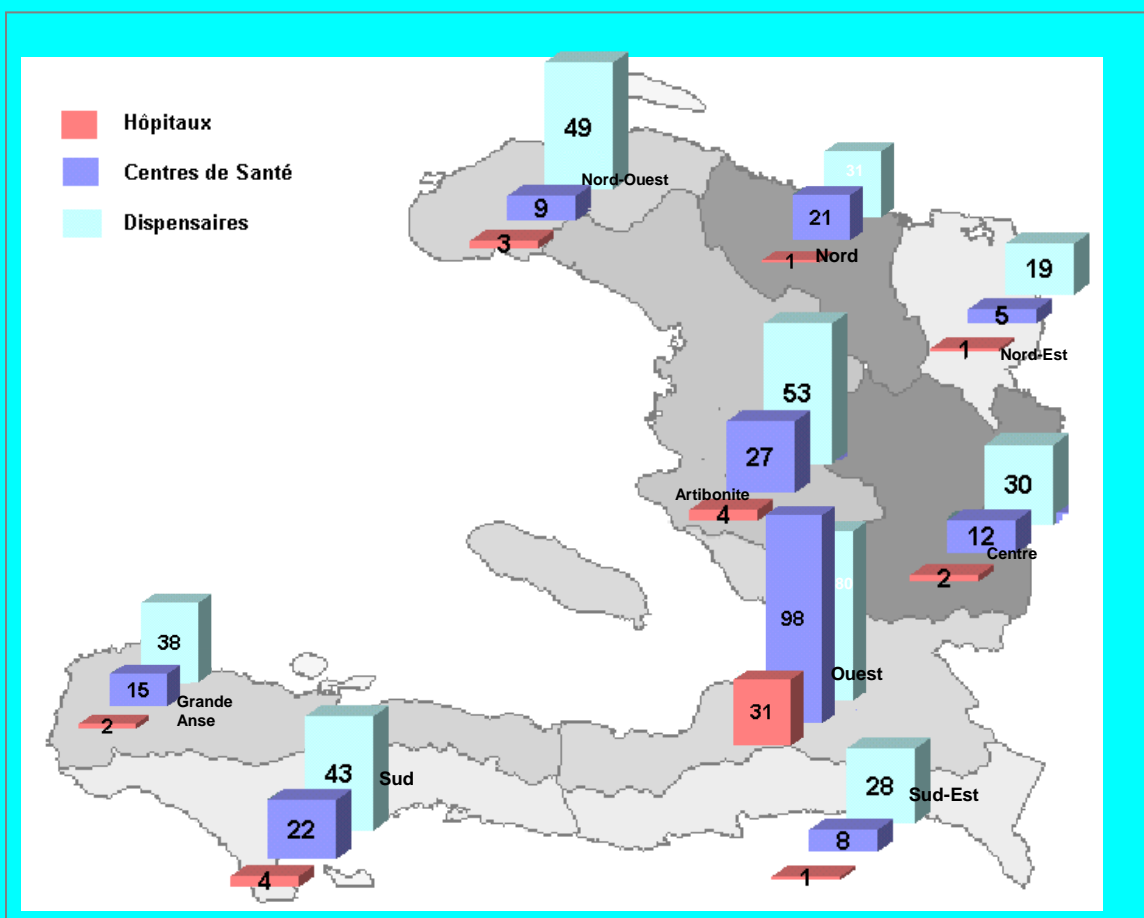


République d'Haïti

Ministère de la Santé Publique et de la Population

Plan Stratégique National pour la Réforme du Secteur de la Santé

2005-2010



Août 2005

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population présente ses compliments à :

L'OPS-OMS
UNFPA
UNICEF
COOPERATION FRANÇAISE
Projet MSPP/BID

Pour leur collaboration technique et financière à la réalisation de ce plan.

Organisation du Document	Page
Préface par la Ministre de la Santé Publique et de la Population	7
Abréviation et sigles	8
Préambule	11
Introduction	12
Approches méthodologiques	14
Logique du Plan Stratégique Nationale	15
 CHAP.I	
 ANALYSE DU SECTEUR	 16
1 Contexte Général	
1,1 Contexte Politique	
1,2 Situation économique	
 CHAP II	
 LE CADRE DE LA REFORME DU SECTEUR SANTE	 20
DIAGNOSTIC –LES PROBLEMES	
Aspects sociaux	
1-Situation Géographique et Environnement climatique	
2-Organisation Territoriale	
3-Transports routiers et Communications	
4-Scolarisation	
5-Emploi	
6-Role de la Femme	
7-Les groupes vulnérables	
8-Les Politiques sociales	
9-Les tendances démographiques	
10-Le secteur de l'eau potable et de l'assainissement	
 CHAP III	
 PROFILS EPIDEMIOLOGIQUES - LES PROBLEMES	 32
1) Santé de la Population en général	
1,1 La mortalité générale	
1.2 La morbidité Générale/	
2) La Santé Maternelle	42
2.1 La mortalité maternelle	43
2.2 La morbidité maternelle	

3) La Santé des Enfants	50
3.1 Mortalité des enfants de -5ans	
3.2 Niveau et causes de la morbidité des -5ans	
3.3 Mortalité et morbidité des + 5ans	
3.4 Déterminants de la morbidité et de la mortalité des enfants	
4) Santé des jeunes	57

CHAP IV

REPONSES AUX PROBLEMES DE SANTE 63

1-Promotion de la santé	
2-Programme Nationaux de santé	65
2.1 Santé de la reproduction	
2.2 Prise en charge des maladies de l'enfance	
2.3 Programme élargi de Vaccination	
2.4 Progr. National de lutte contre le Sida et les IST.	
2.5 Progr. National de Lutte contre la TB.	
2.6 Progr. National de Nutrition	
2.7 Programme de Lutte contre la Filariose	
2.8 Programme de Contrôle de la Malaria	
2.9 Lutte contre la Rage	
2.10 Les Soins Ophtalmologiques	
2.11 Les Pathologies non Transmissibles	
2.12 Les Violences et les Accidents	
2.13 La Santé Bucco-Dentaire	
2.14 La Santé mentale et la Toxicomanie	

CHAPITRE V

DEPENSES ET FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTE 89

CHAPITRE VI

LA REORGANISATION DU SECTEUR SANTE 103

6.1 Décentralisation	
6.2 Représentativité la Pyramide Sanitaire	
6.3 Dynamique des UCS	
6.4 Equipe pour la mise en œuvre des UCS	

CHAPITRE VII

LA GOUVERNANCE DE L » AUTORITE SANITAIRE	110
7.1 La régulation du Système de Santé	
7.2 Le processus gestionnaire	
7.3 La coopération et le partenariat	

CHAPITRE VIII **113**

ETAT D'AVANCEMENT DES INITIATIVES MISES EN ŒUVRE **113**

8.1 La Décentralisation du Système	
8.2 La Professionnalisation des Soins de Santé	
8.3 La Revitalisation et l'extension du Réseau Hospitalier Public	
8.4 La Modernisation du Système d'Information Sanitaire	
8.5 Le sous-secteur Pharmaceutique (Médicaments)	

CHAPITRE IX

PRIORISATION DES PROBLEMES PRIORISES **122**

CHAPITRE X

LA REFORME DU SECTEUR SANTE **125**

10.1 La Constitution de la République	
10.2 Le programme Economique et Social du Gouvernement.	
10.3 La Politique Nationale de Santé	
10.4 La reforme du Système de Santé	
4.1 Porte d'entrée pour la réforme : La Santé maternelle	
4.2 Le Paquet Minimum de Service (PMS)	
4.3 Le partenariat secteur public/ secteur prive	
4.4 La participation communautaire	

CHAPITRE XI

VISIONS OBJECTIFS ET STRATEGIES **129**

Ier. Objectif Intermédiaire : Décentraliser le système de santé

Stratégie 1 : Révision du cadre légal et institutionnel pour la décentralisation

IIème Objectif Intermédiaire : Améliorer l'Offre de soins **133**

Stratégie 1 : Amélioration de la qualité des soins

Stratégie 2 : Développement de l'accès universel à des services répondant a certains Problèmes de santé prioritaires

Stratégie 3 Intégration progressive des programmes visant la prise en charge des Problèmes de santé prioritaires, prenant en compte les objectifs de développement du

millenium

- Stratégie 4 Prise en compte de la Médecine traditionnelle
- Stratégie 5 Amélioration de la prise en charge des troubles mentaux
- Stratégie 6 Prise en charge des soins ophtalmologiques
- Stratégie 7 Promotion et protection de la Santé Bucco-Dentaire
- Stratégie 8 Promotion de la Vaccination universelle
- Stratégie 9 Programme National de Nutrition
- Stratégie 10 Promotion et protection de la Santé

IIIème Objectif Intermédiaire : Revitaliser et Etendre le réseau hospitalier 138

- Stratégie 1 Amélioration du management des hôpitaux publics
- Stratégie 2 Amélioration de l'offre de services
- Stratégie 3 Développement de l'axe hospitalo- universitaire
- Stratégie 4 Extension du réseau hospitalier public

IVème Objectif Intermédiaire : Améliorer la régulation du secteur 141

- Stratégie 1 Renforcement du cadre légal et institutionnel de la régulation
- Stratégie 2 Définition d'une politique de recherche
- Stratégie 3 Inspection et évaluation régulières de l'action sanitaire a tous les niveaux
- Stratégie 4 Renforcement du partenariat

Vème Objectif Intermédiaire : Moderniser le système d'Information sanitaire 144

- Stratégie 1 Révision du système d'information pour la gestion
- Stratégie 2 Renforcement du système de surveillance epidemiologique et d'alerte
- Stratégie 3 Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité de l'information pour le développement du système

VIème Objectif Intermédiaire : Développer les Ressources Humaines 146

- Stratégie 1 Mise en place du cadre institutionnel et politique de gestion des RH appropriée au besoin du secteur.
- Stratégie 2 Mise a niveau des compétences des personnels en fonction
- Stratégie 3 Production de ressources humaines conformes aux besoins du secteur
- Stratégie 4 Allocation des RH équitable (géographiquement) et conforme aux besoins
- Stratégie 5 Amélioration de l'attrait du secteur.

VIIème Objectif Intermédiaire : Garantir a la population l'accès a des médicaments essentiels en DCI 149

- Stratégie 1 : Elaboration d'un document officiel de Politique Pharmaceutique Nationale, incluant les médicaments essentiels.
- Stratégie 2 Mise en place d'un système d'approvisionnement performant en médicaments essentiels pour les établissements sanitaires étatiques et philanthropiques.
- Stratégie 3 Renforcement des services d'inspection et de contrôle pharmaceutiques
- Stratégie 4 Amélioration de l'accessibilité des médicaments essentiels de la liste nationale par niveau, a un coût abordable et standardise.
- Stratégie 5 Développement de la capacité nationale de fabrication de médicaments.

VIIIème Objectif Intermédiaire : Augmenter et rationaliser les ressources financières, 151

Stratégie 1 Assurance de ressources financières nécessaires au bon fonctionnement du système de santé

Stratégie 2 Régulation du sous-système financement du secteur santé

CHAPITRE XII
SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU
PLAN STRATEGIQUE **154**

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES **156**

PREFACE

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population veut, à travers ce Plan Stratégique National pour la réforme du Secteur Santé, mettre à la disposition de tous les intervenants en santé un instrument susceptible d'apporter des éléments de réponse à la réalité sanitaire du pays.

Sa publication répond à une préoccupation des autorités sanitaires nationales de concentrer les efforts vers une approche intégrée des véritables défis de cette décennie. Ce plan est le fruit d'un long processus qui a vu l'ensemble de nos partenaires en santé se pencher sur les différents problèmes en vue d'arriver à un consensus sur les stratégies à mettre en oeuvre pour les affronter. Il devra servir de fil directeur pour une mise en commun des interventions visant à assurer une meilleure coordination des prestations.

La démarche participative qui a conduit à son élaboration ne peut que raffermir notre conviction que le système de santé bénéficiera finalement d'un outil dont la pertinence et l'utilité ne font aucun doute. L'opportunité qui a été offerte aux partis politiques et à la société civile de l'enrichir lors du colloque organisé par le **MSPP** constitue le gage qu'à la fin de cette période de transition la mise en oeuvre de ce Plan Stratégique ne sera pas remise en question. Le volume d'informations traitées ainsi que les orientations stratégiques proposées serviront de boussole aux décideurs politiques, aux travailleurs de santé, aux partenaires nationaux et internationaux et à la population en général, pour mieux appréhender les exigences des Objectifs de Développement du Millénaire (ODM) en santé.

Par l'adoption de ce plan de réforme, le Ministère de la Santé Publique et de la Population, au nom du Gouvernement de la République, renouvelle son engagement en faveur de l'accès universel aux soins de santé à travers les soins de santé primaires (**SSP**). En mettant l'accent sur la promotion de la santé, le **MSPP** entend orienter le secteur vers une approche stratégique d'efficacité éprouvée incluant la formation de cadres légaux et institutionnels capables de renforcer les actions devant conduire à l'atteinte des **ODM**. Puissent tous ceux qui oeuvrent pour la satisfaction des besoins de santé de la population y trouver une référence pouvant leur faciliter une meilleure compréhension de la situation sanitaire du pays.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population profite de l'opportunité de la diffusion de ce Plan Stratégique National pour la réforme du secteur de la santé, pour adresser ses sincères remerciements à tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à la réalisation de cette oeuvre.



Dr. Josette BIJOU
Ministre

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 :	I nfections S exuellement T ransmissibles
MAS :	M inistère des A ffaires S ociales
MCDFD :	M inistère à la C ondition F éminine et aux D roits de la F emme
MDE :	M inistère d e l' E nvironnement
MEF :	M inistère de l' E conomie et des F inances
MENJS :	M inistère de l' E ducation N ationale, de la J eunesse et des S ports
MSPP :	M inistère de la S anté P ublique et de la P opulation
MTPTC :	M inistère des T ravaux P ublics, T ransports et C ommunications
OEA :	O rganisation des E tats d' A mérique
OFATMA :	O ffice d'Assurance A ccidents du T ravail, M aladie et M aternité
ONA :	O ffice N ational d'Assurance
ONG :	O rganisation N on G ouvernementale
ONU :	O rganisation des N ations U nies
OPS/OMS :	O rganisation P an A méricaine de la S anté/ O rganisation M ondiale de la S anté
PALIH :	P rojet d' A ppui à la L utte contre les I ST/ V IH
PCGE :	P rise en C harge G lobale de l' E nfant
PCIME :	P rise en C harge I ntégrée des M aladies de l' E nfant
PEV :	P rogramme E largi de V accination
PIB :	P roduit I ntérieur B rut
PMS :	P aquet M inimum de S ervices
PNB :	P roduit N ational B rut
PNUD :	P rogramme des N ations U nies pour le D éveloppement
POCHEP :	P oste C ommunautaire d' H ygiène et d' E au P otable
PRGF :	P overty R eduction and G rowth F acility
PROMESS :	P rogramme de M édicaments E ssentiels
PVVIH :	P ersonne V ivant avec le V irus d' I mmunodéficience H umain
SIDA :	S yndrome d' I mmuno- D éficience A cquise
SIS :	S ystème d' I nformation S anitaire
SMI :	S anté M aterno- I nfantile
SSPE :	S ervices de S anté de P remier E chelon
TFGI :	T he F utures G roup I nternational
TNN :	T étanos N éo- N atal
UCS :	U nité C ommunale de S anté
UE :	U nion E uropéenne
UNFPA :	F onds des N ations U nies pour la P opulation
UNICEF :	F onds des N ations U nies pour l' E nfance
USAID :	U nited S tates A gency for I nternational D evelopment
VIH :	V irus d' I mmunodéficience H umain

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'efficience 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 à l'historique Déclaration de la Conférence d'Alma-Ata (URSS, 1978) « la Santé Pour Tous en l'an 2000 », 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 comme les pays en voie de développement.

Le gouvernement de la République d'Haïti s'est aussi engagé dans le cadre des Objectifs du Millenium a travailler pour le Développement, selon les termes de la Déclaration approuvée par les Chefs d'Etat et de Gouvernements en l'an 2000; ces objectifs qui, comme on le sait, doivent être atteints d'ici l'an 2015 sont les suivants:

- Éliminer la pauvreté et la faim,
- Réaliser l'éducation primaire universelle,
- Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes,
- Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans,
- 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) APPROCHES METHODOLOGIQUES

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

- Elle se base sur 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 STRATEGIQUE NATIONAL

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 de la Population 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. 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 DU SECTEUR

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.-Situation Politique

Après des retards séculaires dus à une mauvaise gestion de la chose publique Haïti se débat encore essoufflée à la recherche d'une base solide pouvant la conduire à la stabilité et au stade d'un Etat Démocratique moderne 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.¹

1.2 La Situation Economique

Au terme de l'année 2004, malgré certaines mesures prises, l'atteinte présumée de certains objectifs qui devrait donner à Haïti l'occasion de bénéficier du programme de Poverty Reduction and Growth Facility² (PRGF), pour lequel le pays est éligible, sur base du Poverty Réduction and Strategic Paper (non encore rédigé) s'est avérée plus difficile que prévue, 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.

1.3 Taux d'Inflation.

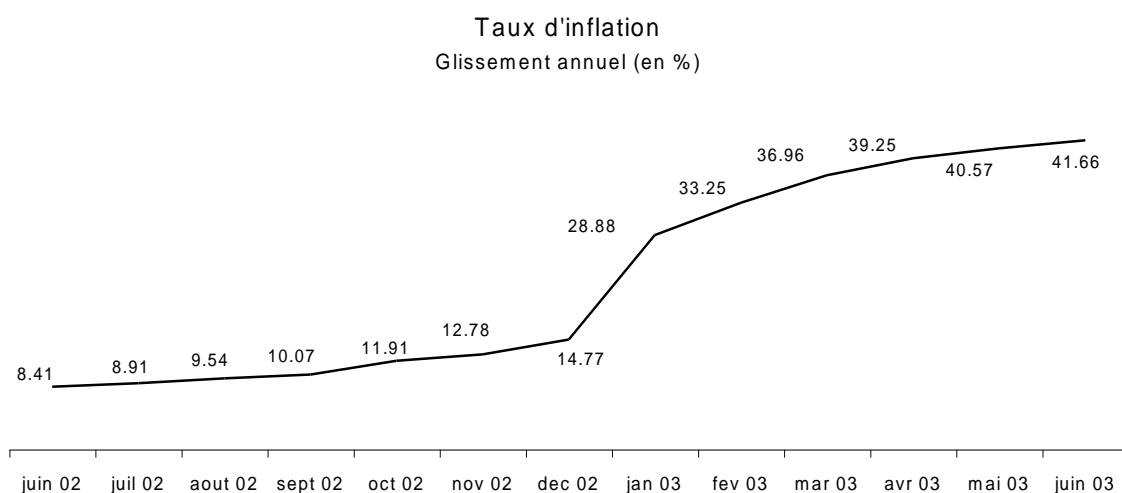
¹ Bilan commun de Pays, Gouvernement Haïtien et système des Nations Unies.

² 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.

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).

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.



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).

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.

1.4 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 *I), 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.

1.5 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). 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 politique³, un taux de 123.1%.

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

Au vu de ces chiffres, il est juste de dire que la priorité donnée au secteur social et au MSPP est maintenue, mais non accrue.

1.6 Balance Commerciale.

³ Le pays a connu deux élections durant cette période.

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).

1.7 Balance 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).

1.8 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 1999-00⁴.

1.9 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 qui traduisent une économie en déclin. 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 ;

⁴ Source Enquête Budget Consommation des Ménages, 1999-2000
Ministère de la Santé Publique et de la Population
Plan Stratégique National pour la Réforme du Secteur de la Santé
Août 2005

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.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC DU SECTEUR

1- ASPECTS SOCIAUX

1.1 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. 2 Organisation Territoriale.

La République d'Haïti est divisée administrativement en 10 **départements** (le dernier en date est celui de Nippes qui est maintenant séparé de celui de la Grande-Anse). Ces dix

Départements sont eux-mêmes subdivisés en 41 arrondissements, 135 communes et 565 sections communales

Découpage Administratif de la République d'Haïti

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 (IHSI), 2003.

4-a Au moment de ce découpage, le département de Nippes n'était pas encore individualisé

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 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, posséd(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 Gonâve ; 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.

1.4 La Scolarisation.

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'éducation⁵. Environ 54% des personnes âgées de 15 ans et plus déclarent savoir lire et

⁵ 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).

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 très important quand on considère le taux brut de scolarisation ; au niveau primaire le taux net se situe autour de 60%.

1.5 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.

1.6 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.

1.7 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.

1.8 Les Politiques Sociales.

Le programme du gouvernement envisage l'application de politiques sociales en vue de réduire la pauvreté. Ces politiques 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. 9 Les Tendances Démographiques

a)- Effectif.

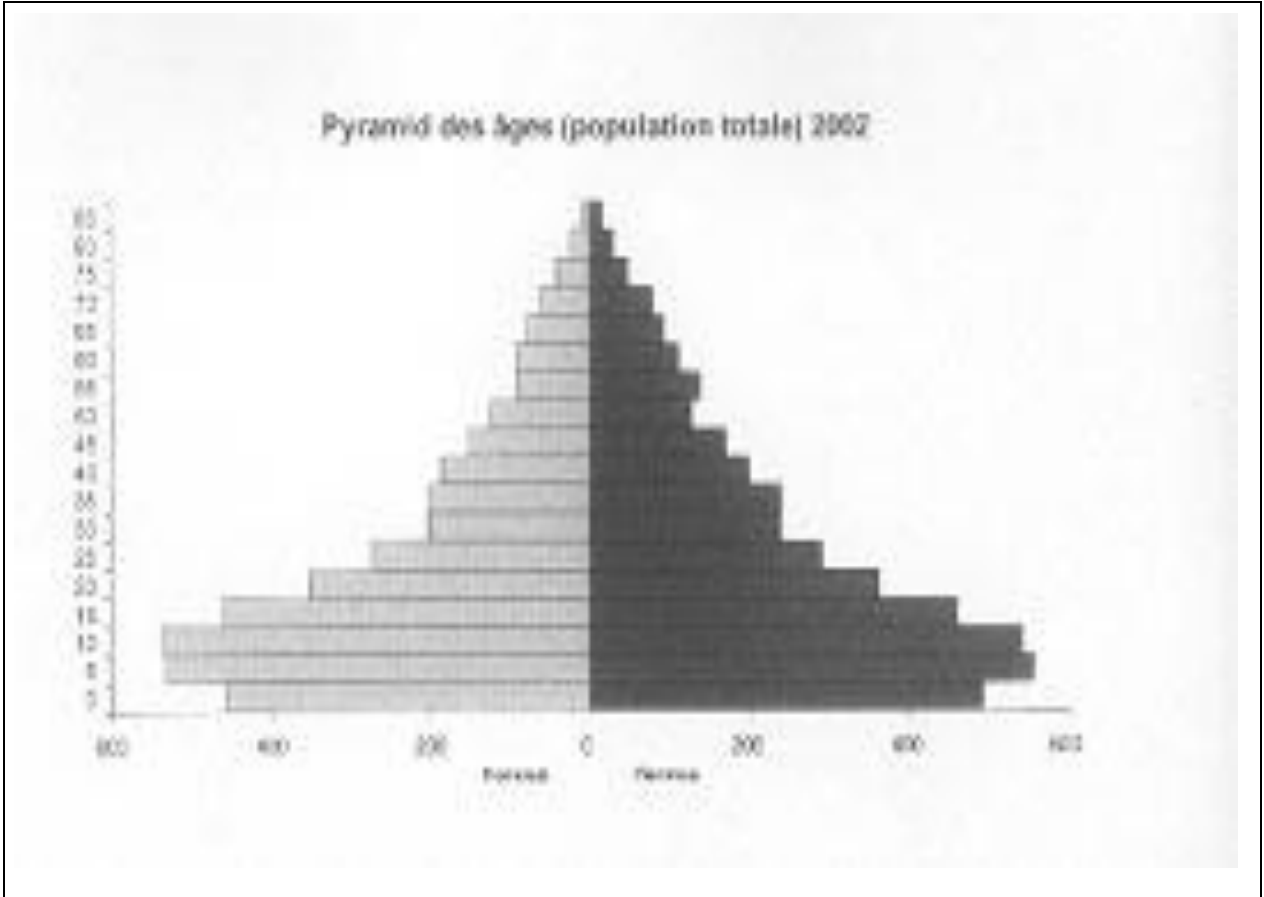
Au 12 janvier 2003 le dénombrement de la population totale d'Haïti indique 7, 929,048 habitants dont 4, 096,068 femmes et 3, 832,980 hommes⁶. Le nombre de personnes par ménage est de 4,63. Les moins de cinq ans représentent 11.79% de la population et ceux de 18 ans et plus 53.59%.

b).- Répartition selon l'Age et le Sexe.

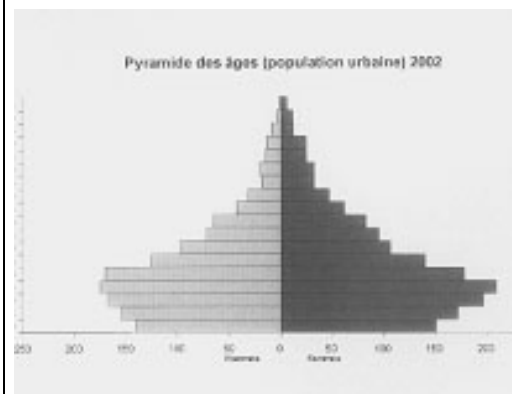
La base de la pyramide des âges en 2002 commence à se rétrécir. La catégorie des 0-5 ans est inférieure à celle des 5-10 ans. En milieu urbain le grand axe de la pyramide se situe au niveau des 15-20 ans tandis que en milieu rural il se situe chez les 5-10 ans.

⁶ IHSI Recensement de la Population 2003.
Ministère de la Santé Publique et de la Population
Plan Stratégique National pour la Réforme du Secteur de la Santé
Août 2005

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.



Population urbaine 2002



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 des deux sexes (2003)

Groupe d'âge	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'âge	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.

c) 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.

1.10- 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.

CHAPITRE III

PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE ET PROBLEMES DE SANTE

1- Santé de la Population Générale

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'améliore⁷. 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 documentés⁸			8,648	11%
Total décès estimés pour l'année 2000			76,405	100%

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

⁷ MSPP, OPS/OMS Salle de Situation, HAÏTI 2002

⁸ 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.

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 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 %).

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 :

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 confirmé⁹ 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 an¹⁰.

Le SIDA. Le Syndrome de l'Immuno-Déficience 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-déficience 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

⁹ MSPP 2002, *Rapport final des campagnes de vaccination contre le Polio et la Rougeole*.

¹⁰ 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.

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 mille personnes vivent avec le VIH en Haïti. Il y aurait entre 28 à 40 mille nouveaux cas de SIDA chaque année.

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 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 plus grande institution psychiatrique du pays (189 lits), est composé à plus de 75% de patients âgés de 25 à 35 ans. De janvier à décembre 1997, cette structure a 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.

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. 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) Des maladies dont l'agent se transmet sur le mode fécondable, manu porté, à la faveur de l'insuffisance d'hygiène résultant du manque d'eau (conjonctivites, teignes, helminthiases intestinales, maladies diarrhéiques, typhoïde); ou
- iii) Des maladies dont le vecteur se reproduit dans le milieu aquatique (paludisme, filariose et dengue).

Les insuffisances en matière d'eau et d'assainissement sont maximales en milieu rural, ou 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.

2 - La Santé Maternelle

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	550 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 . 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 . 2.1 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'expliquent 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 résidant dans la zone métropolitaine. Au niveau des régions les femmes demeurant 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'où 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 Infantile¹¹ 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.

¹¹ L'EMMUS-III ne distingue malheureusement pas l'accessibilité spécifique des maternités des CPré/PostN

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, on devra aussi faire en sorte que les coûts de l'évacuation et de la prise en charge ne soient pas prohibitifs ou dilatoires.

L'Etude 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 (1ière 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. Risk.	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

Département	UCS *	N° IOM pour IMA		Déficit		Présence d'un hôpital	Relation instit. Commun.	Habit. / SSPE
		Attendu	Constaté	Nbre	%			
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^{ière} 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 ; 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. <p>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</p> <p>❖ Les constats relatifs aux Services de Santé de Premier Echelon (SSPE) et Constats relatifs à la coordination entre les-dits SSPE et la 1^{ière} référence</p> <p>➤ Il n'y a pas vraiment de corrélation entre le déficit en BONC et la couverture en SSPE ou la</p>

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 enfant 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)¹². Ensuite parce que leurs grossesses sont plus souvent « à risque » - car plus précoces, tardives, rapprochées ou non désirées et que, dans ce cas, elles sont plus tentées, faute d'information sur les risques, de recourir à l'avortement provoqué clandestin *. Enfin, parce qu'elles fréquentent peu les services de santé.

3.- La Santé des Enfants

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 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 millénaire qui est de réduire de 2/3 la mortalité infantile.

¹² 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.

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 %).

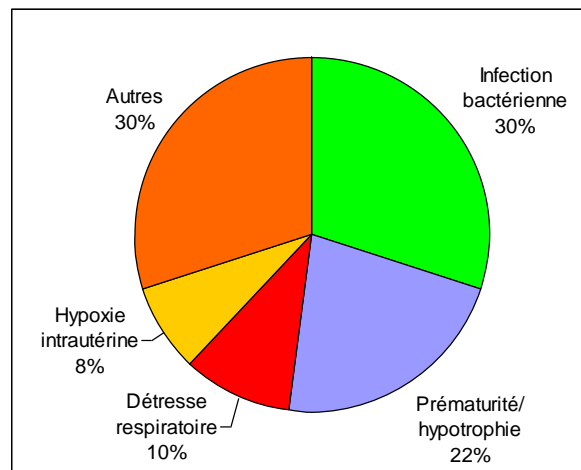
Le tableau ci dessous fait ressortir la place des pathologies de la période périnatale, qui totalisent plus du tiers des causes de décès infantiles (34,8 %) – à raison de près d'un tiers (30 %) d'infections néo-natales bactériennes et un quart (22 %) de décès liés à la prématurité et/ou hypotrophie (graphique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



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 à travers 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 %.

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.

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 %); par ailleurs, ces valeurs sont plus du double en milieu rural qu'en milieu urbain quand on fait la comparaison entre jeunes garçon et jeunes filles: (27,3% et 10% pour les garçons et 12,2 % et 3, 7% pour les filles). La situation est particulièrement préoccupante dans le Centre (33 %) et le Sud (29 %). Les valeurs diminuent 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 ¹³, 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).

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 :

¹³ Pelletier, D.L., E.A. Frongillo, Jr, D.G. Schroeder et J-P. Habitat.1 1994. A methodology for estimating the contribution of malnutrition to child mortality in developing countries. Journal of Nutrition 124 (10 Suppl.): 2106S-2122S.

L'anémie par carence en fer affaiblit les capacités physiques 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 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 vaccinations , 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 de santé 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 par l'EMMUS-III.

Déficit en soins préventifs

Soins		Milieu de résidence			Niveau d'instruction		
		Globale	Urbaine	Rurale	Aucune	I ^{re} ou +	II ^{re} 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 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 ont été identifiées en 2000-2001

témoignant d'une mutation de celui ci liée à la faible, ou à l'absence de, couverture vaccinale de certaines couches de la population.

- 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 133 communes 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 age 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.

❖ Satisfaction 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 ^{re} ou +	II ^{re} ou +
Curatif	Pas de consultation pour IRA / F°	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 %

4 – La Santé des Jeunes

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.

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).

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.

Comportements :

Les grossesses précoces et/ou non désirées – et le risque de recours à l'avortement provoqué clandestin qui leur est attaché – sont le reflet de la précocité des rapports sexuels prénuptiaux; 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

L'âge des premiers rapports sexuels et d'entrée en première union, ainsi que le taux d'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 en union pour la première fois sont de 17,9 pour les garçons et 19,8 ans pour les filles contre 18,5 et 21,9 ans, en milieu urbain ; la prévalence de la contraception moderne est au contraire, 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)¹⁴ et recourent d'autant plus aux prestataires informels/traditionnels, plus proches et familiers et moins onéreux.

❖ 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 des IST et du 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

¹⁴ Signalons aussi que le taux de fréquentation de la curative est minimal entre 5 et 15 ans (cas/hab/an)

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 à l'école secondaire.

CHAPITRE IV

LA REPONSE AUX PROBLEMES DE SANTE

Les Etudes et Analyses réalisées antérieurement prouvent bien que le bas niveau d'éducation de la Population en matière de Santé, conséquence de son illettrisme et de son taux plutôt élevé d'analphabétisme constitue un élément important dans l'explication de l'extrême précarité de son état de santé en général. Cette situation est surtout marquée dans le monde rural.

La revue des déterminants de la santé, en particulier ceux liés à la santé des femmes, des jeunes et des enfants montre que le système de santé ne pourra pas à lui seul apporter toutes les réponses aux problèmes de santé .Il est donc important que le secteur santé recherche la synergie des actions par l'établissement de partenariats efficaces intra et multisectoriels. Des interventions multisectorielles, des tables rondes de concertation doivent être mises en place dans le but de promouvoir et de garantir :

- =La sécurité alimentaire ;
- =L'accès de la population à l'eau potable ;
- =La salubrité et la sécurité de l'environnement ;
- =La décentralisation des services et l'habilitation des réseaux de prestataires de terrain à travers la mise en place des Unités Communales de Santé (UCS) ;
- =L'offre de services de santé préventifs et curatifs équitables ;
- = Le développement de programmes jugés prioritaires par le MSPP ;
- = accès à l'information et à l'éducation pour la santé ;

= La participation citoyenne aux décisions pour la santé de la communauté ;
=L'équité de genre.

Toutes ces pressurisations seront rencontrées dans le cadre du développement d'une stratégie orientée principalement sur le modèle de la promotion de la santé, qui prendra l'individu dans toutes ses dimensions physiques, mentales et environnementales, l'aidant à faire face à ses besoins de bien-être et de prolongation de son espérance de vie en bonne santé.

4. 1 - Programme de Promotion de la Santé

C'est une composante très importante de la stratégie du MSPP compte tenu de l'ignorance d'une très grande partie de notre population en matière de Santé et des conditions générales toujours précaires de notre environnement. Une fraction très importante de notre population se trouve ainsi dans l'impossibilité de prendre en main ses besoins de santé ou même de participer à la réalisation des programmes en exécution pour son bien-être.

Le MSPP se voit donc dans l'obligation de renforcer le cadre d'intervention dans le domaine de l'éducation de la population en matière de santé et de la protection de l'environnement, s'il veut être réellement performant.

a) Education de la Population en matière de Santé

L'Education Sanitaire doit faire l'objet d'un plan d'actions prioritaires basé sur le constat que le niveau des connaissances en matière de santé ne suffit pas pour provoquer des changements d'attitudes vis-à-vis des pratiques et de l'utilisation des services de santé. Les raisons évoquées font référence 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 aux conditions socio-économiques difficiles de la population : analphabétisme, illettrisme, accès limités aux moyens de communication, inadéquation des infrastructures sanitaires, le manque de ressources et le poids des traditions culturelles.

Cette activité visera à développer et à accroître la capacité d'action de la population en faveur de la santé. Parallèlement, grâce à l'établissement de services compétents il sera procédé à la conception et à la production de supports éducatifs et de communication sur les thèmes liés aux priorités nationales de santé.

L'éducation pour la Santé sera :

- formelle : obligatoire dans toutes les écoles au niveau primaire ou fondamental ;
- continue, c'est-à-dire réalisée obligatoirement dans tous les établissements de

Santé au moment des cliniques ou consultations générales, selon un plan bien établi et étalé sur un temps bien déterminé avec matériel éducatif approprié.

-organisée de sorte que des informations appropriées, l'éducation et la communication (IEC) soient réalisées sur un modèle participatif pour provoquer la participation communautaire.

L'IEC aura aussi pour tâches, la production de normes en matière de communication pour la santé, la production de matériel éducatif et d'information en matière de santé en tenant compte de l'illettrisme et de l'analphabétisme de notre population en général.

b) Contrôle de l'environnement et Assainissement de base

Ce programme, prioritaire aussi, en raison de nombreuses liaisons avec les maladies infectieuses et contagieuses, englobe toutes les stratégies concourant à l'amélioration de l'environnement sanitaire global. Il embrasse en particulier les domaines de l'eau potable et de la disposition adéquate des eaux usées, de s déchets et des excréta.

-Le MSPP a pour devoir d'assurer l'approvisionnement en eau potable. Il veillera en étroite collaboration avec le TPTC, le POCHEP, le SNEP et les autres instances concernées à la bonne qualité de l'eau de boisson fournie à la population . Ce programme doit constituer un bon terrain pour une collaboration inter sectorielle aussi effective que possible .

-Le MSPP travaillera aussi en faveur de l'établissement des services sanitaires de base au niveau de la population et de leur utilisation .Au niveau des départements et des Communes (UCS) en particulier un espace spécial de concertation et de coordination devra être créé pour des activités communes avec les mairies dans les services de voirie .

-Le MSPP organisera aussi, conjointement avec les Mairies, le contrôle de la vente des produits alimentaires dans les rues et les marchés publics, surtout les produits directement comestibles. Le débit de ces produits au mépris des règles d'hygiène les plus élémentaires, constitue une source importante de propagation des maladies infectieuses et contagieuses

Dans cet ordre d'idées, la revitalisation du Corps des Officiers et Inspecteurs Sanitaires avec des moyens modernes et une préparation appropriée ne devrait pas être négligée et rendrait d'excellents services à cette section importante d'assainissement de base.

_ Le MSPP travaillera aussi au développement de programmes spéciaux de latrines surtout dans les aires rurales et marginales des villes . A cette fin , il

sera nécessaire de rechercher spécialement la coopération des instances nationales et / ou internationales intéressées à ces activités .

4.2 Les Programmes Nationaux .

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.

4.2.1.- 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 choix se justifient par le taux élevé de mortalité maternelle, soit 523 pour 100.000 naissances vivantes (le taux le plus élevé de la région Amérique Latine/Caraïbes), le taux d'accouchements assistés par du personnel médical forme seulement 24%, des besoins nombreux non satisfaits dans le domaine de la Planification Familiale de l'ordre de plus de 40% et une prévalence contraceptive de 22.3% seulement en ce qui a trait à l'utilisation des 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 de santé.

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.

4.2.2.- 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) des diverses activités programmées.

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) ; elle 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 des raisons autres qu'une épisode pathologique, (e.g. la vaccination) ; d'autre part sur les activités susceptibles d'être menées dans la communauté et promues au niveau familial ¹⁵.

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 est 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.

4.2.3.- 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 des services de vaccination .

¹⁵ L'intégration avec la vaccination et supplémentation en vitamine A, d'une part, le développement d'une composante communautaire, d'autre part faisaient partie des objectifs de la PCIME dans l'Agenda pour l'Action.

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 les 6 maladies immunologiquement contrôlables (Diphtérie, coqueluche, tétanos, complications de la tuberculose, polio, rougeole) avant leur premier anniversaire.

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.

Pour atteindre ces objectifs , le PEV ne doit pas se limiter à des campagnes de vaccinations . Le MSPP doit prendre toutes les dispositions nécessaires pour organiser la vaccinations de façon continue dans tous les établissements de Sante .Cette activité être intégrée dans dans le programme normal et routinier des établissements de Santé du 1^{er} et même du second niveau et faire partie du Paquet Minimum de Services.

4.2.4.- 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 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 interrelations entre ces facteurs préconisent plutôt une approche systémique, multisectorielle et participative pour la lutte contre les IST et le VIH/SIDA.

Les Objectifs :

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.

4.2.5.- 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 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

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 une 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

4.2.6. Le Programme National de Nutrition.

En particulier, dans le but de promouvoir la sécurité alimentaire, le MSPP conduira ou appuiera des recherches et initiatives visant l'accès de la population à une alimentation saine et équilibrée

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) promotion de bonnes pratiques alimentaires et nutritionnelles et prévention des déficiences nutritionnelles ;
- (iii) récupération nutritionnelles et prise en charge globale ; à cette fin seront prévus des coins de réhydratation dans les institutions de santé et dans les zones où cela est nécessaire, des Centres de Récupération nutritionnelle pour la prise en charge des malnutris .
- (iv) appui à des activités génératrices de revenus pour les groupes organisés.

Il appartient à la Direction Du Programme National de Nutrition, travaillant en étroite collaboration avec toutes les autres instances concernées de :

- maintenir à tous les niveaux du système de Santé les standards, normes et procédures de protection nutritionnelle de la famille ;
- mettre en place des mécanismes en vue d'éliminer les déficiences en calories, protéines, et micro – nutriments en fonction leur statut en terme d'âge, de sexe et d'activités ;

- combattre les déficiences en fer, acide folique, iode et vitamine A particulièrement chez les jeunes et les enfants ;
- réduire la prévalence des cas graves de malnutrition aigue(kwashiorkor, marasme,et les form4s associées) ;
- améliorer les pratiques alimentaires des ménages ;
- participer , conjointement avec les Directions concernees, a la réductions de la prévalence des maladies infectieuses ayant un impact considérables sur état nutritionnel la population en générale des enfants en particulier, notamment les diarrhées ,la rougeole et la tuberculose ;
- augmenter la capacité des ménages de prendre en charge leur Sante et leur niveau de sécurité alimentaire ;
- participer a toutes les décisions visant a favoriser l'organisation des communautés et leur participation effective dans la gestion et l'exécution des interventions nutritionnelles et de développement ;
- contribuer a la convergence des efforts tous les secteurs concernees par la sécurité alimentaire.

4.2.7 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 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.

4.2.8 Le 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%.

La Malaria demeure donc une endémie majeure qui mérite être combattue en permanence . La stratégie à adopter devrait être la suivante :

- Accorder toute l'importance qu'il faut à la malaria surtout dans les zones de forte endémicité qui sont déjà bien connues.(diagnostic et traitement radical des cas , surveillances permanente ...)

- Surveillance épidémiologique permanente surtout lors des saisons de forte transmission pour prévenir les épidémies.

- Prendre des dispositions rapides en cas de menaces d'épidémies ou d'épidémies déclarées (chimiothérapie collective, lutttes anti-vectorielles, mesures d'assainissement....)

- Réduction des gîtes permanentes par l'assainissement ou l'assèchement des mares ou flaques d'eau .

4.2 9 Lutte contre la Rage

Au cours des cinq dernières années 22 cas de rage ont été notifiés, ce qui prouve qu'il s'agit d'une situation qui est susceptible de présenter des aggravations plus ou moins sporadiques. Etant donné la létalité plutôt élevée de la maladie, une surveillance constante doit être maintenue. Les mesures prophylactiques de routine ne doivent pas être négligées (vaccination des chiens, surveillance des chiens errants, notification rapide des cas...etc.)

La décentralisation des interventions doit être recherchée pour augmenter leur efficacité.

4.2.10 Les soins ophtalmologiques .

D'après les rapports des services d'ophtalmologie les cas de glaucome semblent avoir augmenté durant ces dernières années surtout chez les jeunes.

Par ailleurs, on compte aujourd'hui dans le monde 45 millions d'aveugles et 135 millions de personnes atteintes d'une déficience visuelle grave. Ces chiffres vont doubler au cours des vingt prochaines années si aucune mesure n'est prise.

Il s'agit donc d'être vigilant.

Vision 2020 est une organisation internationale qui s'efforce de créer un partenariat mondial pour protéger le droit à la vue en éliminant la cécité évitable d'ici l'an 2020.

Le MSPP a déjà souscrit officiellement à cette initiative

Dans les dispositions à prendre, il s'agit de :

- Renforcer la distribution gratuite de capsules de Vitamine A à tous les groupes d'âge pour lesquels cette distribution est prévue.

- Rechercher systématiquement, au niveau des cliniques ophtalmologiques, le glaucome et tous les autres troubles graves susceptibles de causer la cécité pour les combattre de façon appropriée

- Rechercher et promouvoir le partenariat effectif avec Vision 2020

4.2.11 Les pathologies non transmissibles

Au MSPP, on se rend bien compte que Haïti se trouve actuellement à la phase de transition épidémiologique où certaines pathologies chroniques dégénératives ou tumorales viennent s'ajouter de plus en plus à la liste des maladies infectieuses dangereuses et à haute mortalité dans le pays. C'est ainsi qu'on peut déjà citer.

Le Diabète

Cette maladie a déjà dans le pays une prévalence estimée entre 2 et 8% et se retrouve dans toutes les classes sociales. Elle devrait faire l'objet de dépistage systématique au cours des consultations générales dans les cliniques.

Les maladies cardio-vasculaires

D'après certaines études réalisées sur les causes d'hospitalisation dans les services de Médecine Interne à l'HUEH, la prédominance des maladies cardio-vasculaires s'élève jusqu'à 40% et 70% et l'Hypertension Artérielle serait associée à un fort pourcentage de ces pathologies. Ici encore les services de dépistage précoce des établissements sanitaires devraient être mis en état d'alerte comme mesure préventive pour le bien des patients.

Les Tumeurs

La clinique courante ainsi qu'une étude réalisée sur la prévalence du cancer du col de l'utérus en Haïti et publiée en 1997 confirme que cette maladie constitue pour le moment un problème de santé important dans le pays; la même remarque pourrait aussi être faite pour le cancer du sein mais les données statistiques précises manquent encore pour cette dernière pathologie.

La prévention de routine concernant ces deux maladies devrait être prise au sérieux et débiter maintenant .Les groupes d'âge a risque doivent donc être éduqués a cet effet et informés de toutes les mesures prophylactiques en vigueur a prendre a cet effet ; en particulier le pap-smear, la palpation des seins et au besoin la mammographie, tout cela a un rythme régulier. De leur cote les institutions de santé du MSPP devraient mettre à la disposition de la population tous les services nécessaires à cette fin.

Lutte contre le tabagisme

Chaque année plus de 4.000.000 d'individus meurent dans le monde des conséquences du tabagisme . Les données disponibles ne permettent pas d'évaluer l'impact du tabagisme sur la santé de notre population. Haïti se trouve parmi les 40 premiers pays signataires de la convention Cadre de Lutte Antitabac. Des mesures et des actions multisectorielles seront prises en vue de rencontrer les obligations de la dite convention cadre.

La Santé Mentale

Les cas de pathologies mentales ont certainement augmenté ces dernières Années en raison de plusieurs facteurs : crises socio-politiques, chômage violence, insécurité sociale consommation de drogues....

La demande de services devient très grande que ce soit dans le secteur public ou dans le secteur privé.

Chez les adolescents (12 a 18 ans) les troubles d'apprentissage dominant (48%) suivis d'états dépressifs/troubles masqués.

Chez les adultes ces derniers troubles occupent la première place (32%) avec les problèmes de couple pour 30%

Quand aux troubles liés a l'absorption des substances psycho actives, une Etude nationale réalisée en 1990 par l'Association pour la prévention de l'Alcoolisme et Autres Accoutumances Chimiques auprès de 2100 personnes âgées de 12 a 45ans a montré que le pourcentage de personnes ayant consommé au moins une fois dans leur vie ce type de substances était de 58% pour l'alcool, 25% pour le tabac, 3% respectivement pour les médicaments, les inhalants et la marijuana , 0.85 pour la cocaïne et 0% pour le Crack .

Donc le problème existe à un degré déjà inquiétant avec une tendance qui va plutôt en progressant.. C'est pourquoi le MSPP doit en tenir compte.

Des consultations psychiatriques au moins intermittentes, même sur la base de cliniques mobiles au début, doivent être prévues a partir du niveau des Centres de Santé avec lits et les indices devront être régulièrement suivis par les services compétents .Ces consultations devraient être organisées au moins une fois par mois dans toutes les institutions des deux premiers niveaux de santé

Le MSPP suit de près la situation en vue d'augmenter ou d'étendre les services des que cela apparaîtra nécessaire ; il devrait penser jusqu'à l'établissement de réels Centres ou Hôpitaux Psychiatriques au besoin.

Pour le moment il existe déjà les Hôpitaux Psychiatriques Publics de Mars & Kline et le Centre de Beudet.

Il s'agit aussi d'encourager les jeunes professionnels et de les intéresser à la psychiatrie ou à la psychologie pour avoir toutes les ressources humaines nécessaires dans ce domaine.

A cette fin l'Hôpital de Beudet, si nécessaire pourrait lui aussi être accrédité et devenir un Centre d'enseignement médical.

Suivant les données disponibles, la Toxicomanie semble aussi être à la hausse dans la société haïtienne avec un pourcentage plutôt élevé soit 13 à 15% pour la drogue. Il s'agit donc de prévoir :

- Des Centres d'Education et de Prévention concernant l'utilisation de la drogue surtout à l'intention des Jeunes.
- Eventuellement des Services de réhabilitation au niveau des Hôpitaux Départementaux pour accueillir les grands drogues ou les victimes d'intoxication avancée

4.2.12 Les Violences et les Accidents .

Aujourd'hui, les violences et les accidents comptent parmi les 20 premières causes de décès dans le pays . Les accidents de transport occupent le douzième rang parmi ces causes . En conséquence le MSPP est obligé d'accorder toute l'importance qu'il faut à cet élément de pathologie. Jusqu'à cette date on ne peut pas dire que ces causes aient été prises en compte de façon sérieuse par le MSPP. Il s'agit maintenant de leur accorder toute l'importance qu'il faut.

Faute d'un Hôpital spécialisé de Traumatologie, il n'est pas exagéré de penser aujourd'hui à des Centres de Traumatologie bien équipés avec tout le personnel technique et spécialisé nécessaire. Ces Centres pour le moment, pourraient être localisés au niveau des Hôpitaux Départementaux pour répondre à tous les cas importants référés . Ces cas sont assez nombreux et souventes fois, les plus capables se voient dans l'obligation d'envoyer certaines urgences dans des centres étrangers, et à des coûts tout à fait onéreux.

Il convient de mentionner aussi dans ce chapitre les nombreux cas de violence occasionnés depuis un certain temps chez nous par la recrudescence de l'insécurité ; les cas de viols, de meurtre ... se font de plus en plus fréquents. Pour ce problème particulier, le MSPP devrait rechercher la coopération des autres secteurs intéressés afin de trouver la solution nécessaire à tous les cas susceptibles de se poser. Il serait peut être même nécessaire d'élaborer une fois pour toutes des plans d'action communs avec ces secteurs pour la prise en charge des cas qui se présentent.

4.2.13 La Santé Bucco-Dentaire

Les Soins Bucco – Dentaires représentent un problème sérieux de Santé Publique en Haïti. Après des Etudes réalisées en 1996, la carie dentaire représente 100% de l'indice chez les enfants de 5 à 15 ans. L'absence de dents, de son côté représente 50 à 79 % du score chez l'adulte. Le MSPP a donc un travail très important à réaliser dans ce domaine en accordant la place qu'il faut à cette problématique posée par les soins bucco-dentaires.

Une partie non négligeable de la solution consiste dans l'Education. C'est pourquoi, dans tous les plans à concevoir en matière éducation pour la Santé, un chapitre spécial doit être réservé aux soins bucco-dentaires pour que dès son jeune âge, l'enfant soit bien familiarisé avec les principes d'hygiène de base concernant les soins à accorder à la bouche, aux gencives et aux dents.

Dans le programme de Santé scolaire un programme de Santé Bucco-Dentaire devra être prévu, incluant des visites régulières dans les écoles, soit, si nécessaire, sous forme de cliniques bucco-dentaires spéciales pour recevoir les élèves suivant des périodicités bien établies.

Les soins bucco-dentaires devront être gratuits au niveau de ces cliniques et feront d'emblée partie du Paquet Minimum de Services.

Dès le premier niveau de la pyramide de soins de Santé (Centres de Santé avec ou sans lits), le MSPP devra prévoir et mettre en place des services bien équipés (personnel et matériel) de façon à répondre à tous les besoins des enfants et des adultes en matière de Santé bucco-dentaire. La clientèle pour cette catégorie de soins est toujours très dense et la demande ne fera jamais défaut.

Les soins bucco-dentaires devront faire partie d'emblée du Paquet Minimum de Services.

4.3 RESSOURCES POUR LA SANTE

4.3.1 Ressources Humaines.

Un parallèle peut être établi entre les caractéristiques du système de santé et la problématique des ressources humaines. À 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 intervenants 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 coup 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. En 2002, une faculté des sciences de la santé a vu le jour à Port-au-Prince à l'Université de Tabarre . Les cours étaient 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). Aujourd'hui , avec la fermeture de cette Faculté, les Etudiants terminent leur formation académique a Cuba .

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 non agréée par le MSPP

Deux institutions publiques forment des technologistes médicaux en Haïti: la Faculté de Médecine et l'Ecole de Technologie Médicale du Cap- Haïtien. Une promotion de 20 technologistes médicaux, en moyenne, sort chaque année de ces deux Centres de Formation

.La filière hospitalo-universitaire publique est constituée de la Faculté d'Etat et de cinq hôpitaux : l'HUEH, la maternité Isaïe Jeanty (Chanterelles), 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
Pharmaciens -----	161
Dentistes -----	107
Infirmières -----	722
Technologistes Médicales -----	44

**Sources :
MSPP 2003**

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 de la santé ont été créées. On peut citer l'association de santé publique d'Haïti, 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.

4.3.2 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 1996¹⁶. Elle occupe actuellement environ 6 à 8% du marché¹⁷. 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.

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

¹⁶ MSPP OPS-OMS 1999. *Analyse de la situation sanitaire.*

¹⁷ CREDES 2002. *Etude Globale du Secteur du Médicament.*

(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).

Les Dépôts Périphériques et les Pharmacies Institutionnelles

Les arrangements doivent être faits pour que les médicaments essentiels soient à tout moment disponibles au niveau de tous les établissements de la pyramide sanitaire et financièrement accessibles à la totalité de la population grâce à un système de Depots de Médicaments et de Pharmacies institutionnelles.

PROMESS devra aussi tendre à l'autosuffisance financièrement administrative dans les meilleurs délais possible.

Le MSPP devrait s'organiser pour accorder une subvention quelconque aux produits vendus dans les pharmacies institutionnelles de façon à ce que les prix soient plus ou moins à la portée des petites bourses qui constituent en réalité la majeure partie de la clientèle de ces établissements de santé.

4.3.3 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.

4.3.4 Le système d'information en Santé.

La modernisation du système d'information sanitaire est une nécessité. C'est ce qui permettra de mettre à la disposition des gestionnaires et des décideurs, à tous les niveaux, des instruments leur permettant d'identifier et de résoudre les problèmes de santé, mesurer les progrès, planifier les activités et gérer l'ensemble du système.

Trois conditions sont nécessaires à cette fin :

a) Révision du système d'informations pour la gestion :

- Définir les objectifs du SIS pour la gestion ;
- Préciser les indicateurs utiles par niveau ;
- Définir les données à collecter par niveau ;
- Définir les procédures et les outils de recueil, de collecte, de transmission avec le rythme, de traitement et d'exploitation des données par niveau ;
- Standardiser la gestion des données ;
- Rendre disponibles à chaque niveau du système les données collectées ;
- Exploiter ces données à chaque niveau ;
- Rendre disponibles à chaque niveau les tableaux et graphiques sur les indicateurs de gestion ;
- Evaluer de façon régulière le système d'information sanitaire et faire les ajustements nécessaires si besoin est.

b) Renforcement du système d'alerte et de surveillance épidémiologique :

- Disposer d'une entité centrale pour traiter les données épidémiologiques ;
- Définir les maladies ou syndromes à notifier de façon routinière ;
- Standardiser les outils de recueil et de collecte ;
- Préciser et rendre fonctionnel le système d'alerte ;
- Utiliser des postes sentinelles pour certaines notifications ;
- Réaliser les enquêtes épidémiologiques nécessaires suivant les besoins ;
- Intégrer les nouvelles pathologies dans le système de surveillance épidémiologique: Cancer, Diabète, HTA, Affections cardio-vasculaires etc...

c) Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité de l'information pour le développement du système :

- Centraliser et archiver les informations du secteur y compris celles des institutions partenaires ;
- Organiser un site web au MSPP, l'alimenter et le mettre à jour régulièrement ;
- Publier un rapport annuel à partir des données collectées ;
- Réaliser des publications scientifiques ;
- Réaliser des études et programmes de recherches appliquées.

Pour la bonne marche du SIS, des cours de formation du personnel à tous les niveaux seront nécessaires ; la disposition du matériel et de l'équipement nécessaires à tous les niveaux est de rigueur et la supervision régulière de toutes les activités devra être bien organisée.

4.3.5.

Le Réseau National Des Laboratoires et le Laboratoire National de Santé Publique

Les diagnostics de diverses pathologies, particulièrement ceux des maladies infectieuses, se font à partir d'examen para cliniques 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. Un laboratoire de santé publique indispensable dans les domaines tels: la prévention, le contrôle et la surveillance des maladies, l'hygiène et la protection de l'environnement, la sécurité alimentaire, le contrôle de qualité, la recherche en santé publique, est en construction et sera fonctionnel d'ici le début de 2006. En attendant il convient de parler de la mise en réseau des laboratoires existants.

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 du laboratoire.
- Contribuer à la formation de base et à la formation continue.
- Promouvoir la définition des normes, et 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 publics et privés .

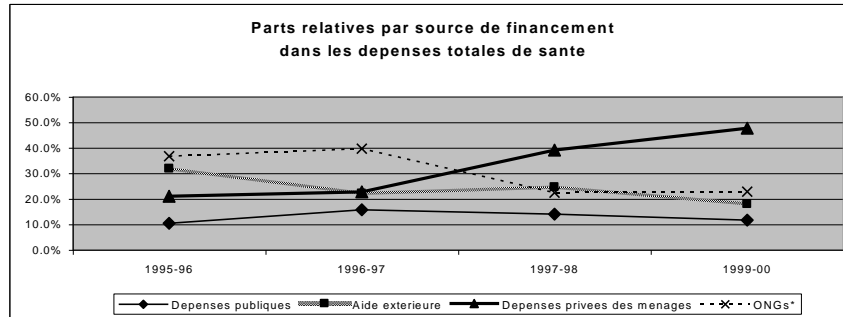
CHAPITRE V

LES DEPENSES DE SANTE ET LE FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTE

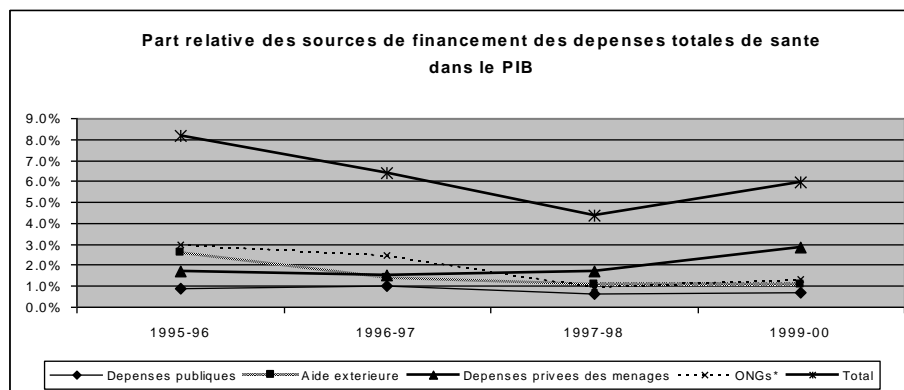
5.1. Dépenses totales de santé

Les dépenses totales de santé p 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)¹⁸. 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).

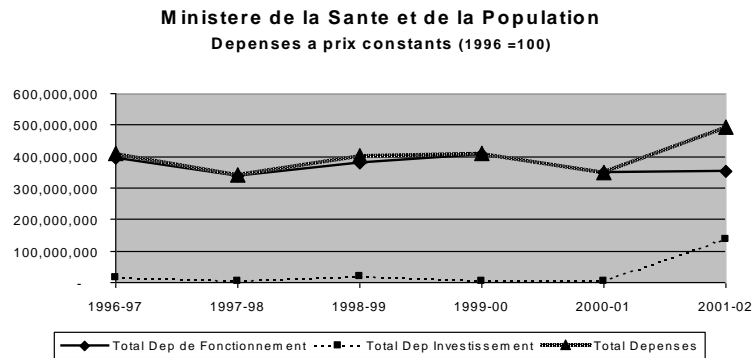


5.2 Dépenses publiques de santé

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.

¹⁸ Mise à jour 1999-00 : Résultats basés sur l'enquête budget consommation des ménages (IHSI, 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.



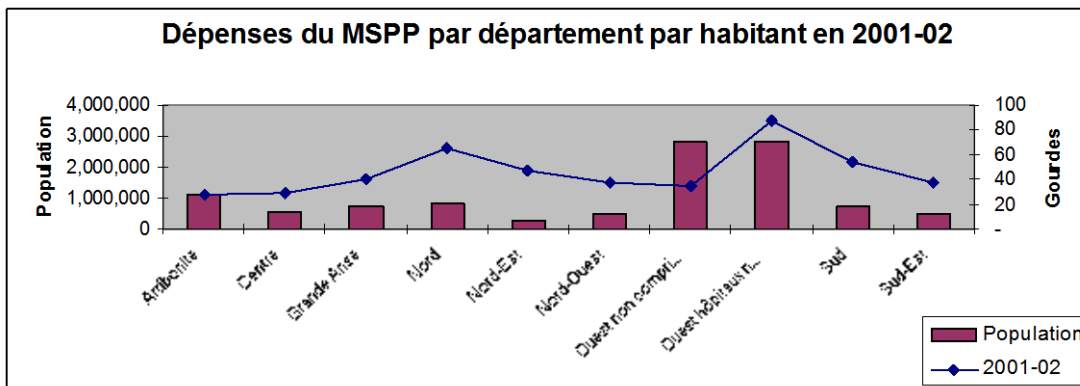
Les **taux de réalisation globaux** du MSPP varient d'une année à l'autre¹⁹, mais ne semble pas refléter une politique de rationnement de la part du gouvernement. Les dépenses de fonctionnement du MSPP ont un taux de réalisation supérieur à celui des investissements pour les trois dernières années. En 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).

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.

¹⁹ 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 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 efficacité**. 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)²⁰.

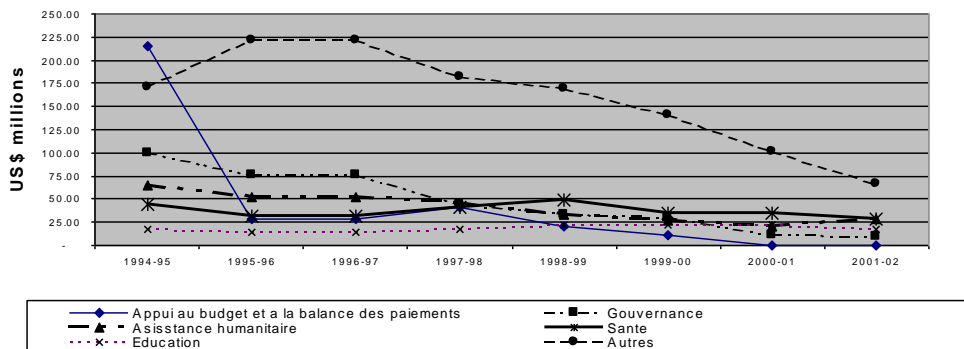
²⁰ Ces institutions assurent en général l'achat de fournitures médicales, non médicales, et de médicaments, ainsi que les salaires du personnel à gages non qualifié.

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.

5.3. 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 decaissee 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.

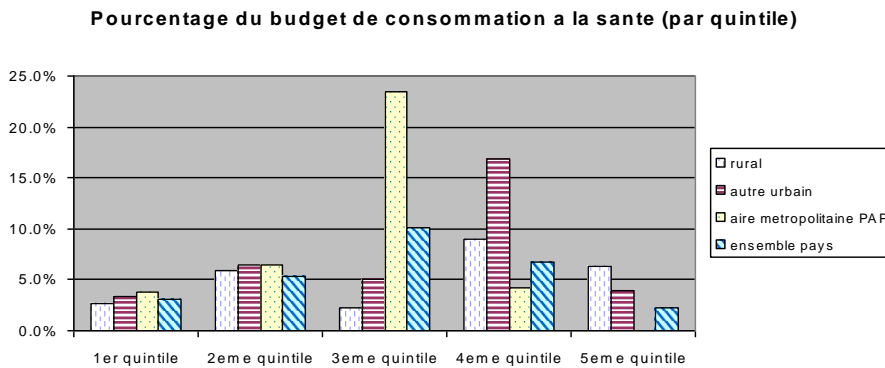
5.4. Dépenses privées de santé

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 an²¹, ce qui représente globalement 3.3% du budget des ménages.

²¹ Source : enquête Budget Consommation des Ménages (IHSI, 1999-2000)

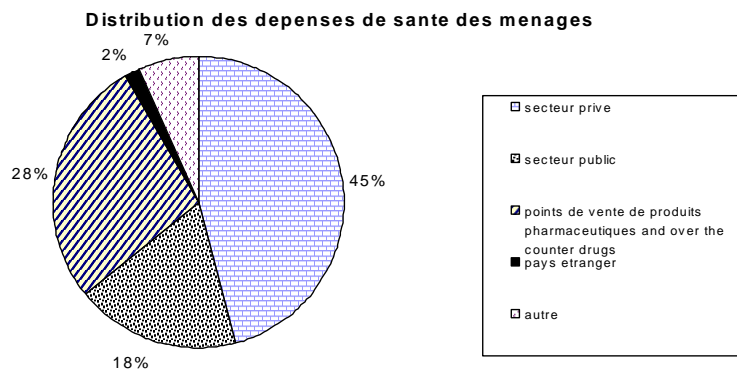
Les **disparités entre les ménages dans les dépenses de santé** sont d'autant plus grandes que les revenus sont bas. Ainsi, l'écart entre les dépenses de santé du décile le plus élevé

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



consommation²²), 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.

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



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

²² 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.

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.

5.5. 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 par 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 utilisateurs²³.

²³ « preferred providers » offrant un ticket modérateur fixe et très modéré aux membres de l'auto-assurance.

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 MSPP.

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 expansion²⁴ 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 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 bénéfices 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,

²⁴ 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.

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.

5.6. 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.

CHAPITRE VI.

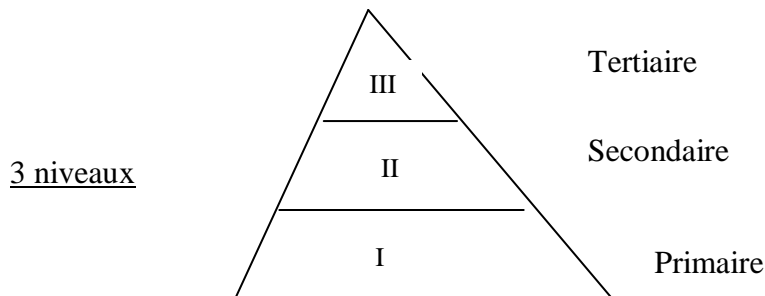
LA REORGANISATION DU SECTEUR SANTE

6.1 Décentralisation

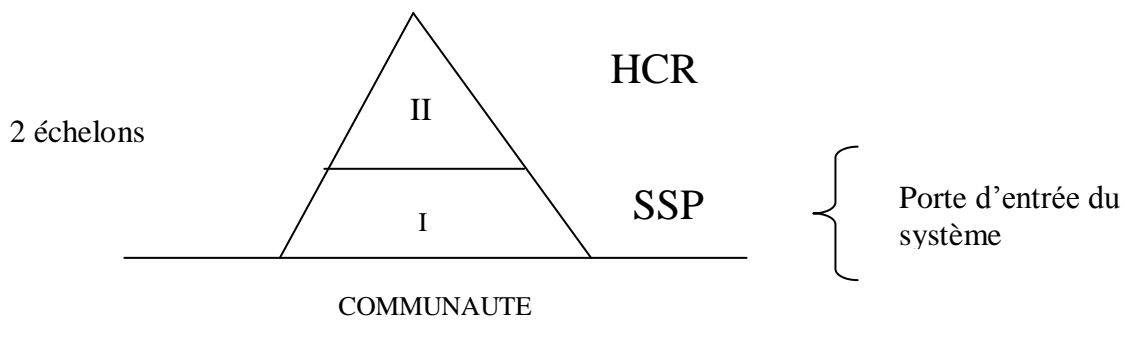
Le système de Santé jusqu'ici en vigueur au MSPP est en realite caractérisé par une centralisation a outrance qui concerne tous les éléments du système. Cette centralisation loin de favoriser le fonctionnement du MSPP, le handicape , au contraire très fortement dans l'accomplissement de sa mission principale et de son objectif fondamental , consistant à offrir des services de santé de qualité optimum à la totalité de la population du pays . La Décentralisation devient dès lors un élément obligatoire de toute Planification Stratégique valable à réaliser pour le Ministère de la Santé. . Cette décentralisation sera un véritable processus qui devra intéresser nécessairement toutes les ressources humaines, matérielles financières ou autres. Tous les niveaux de la structure sanitaire seront ainsi en mesure d'offrir toute la gamme de soins respectivement prévue pour eux incluant l'ensemble des Activités promotionnelles, préventives et curatives .

6.2 Représentation de la pyramide sanitaire

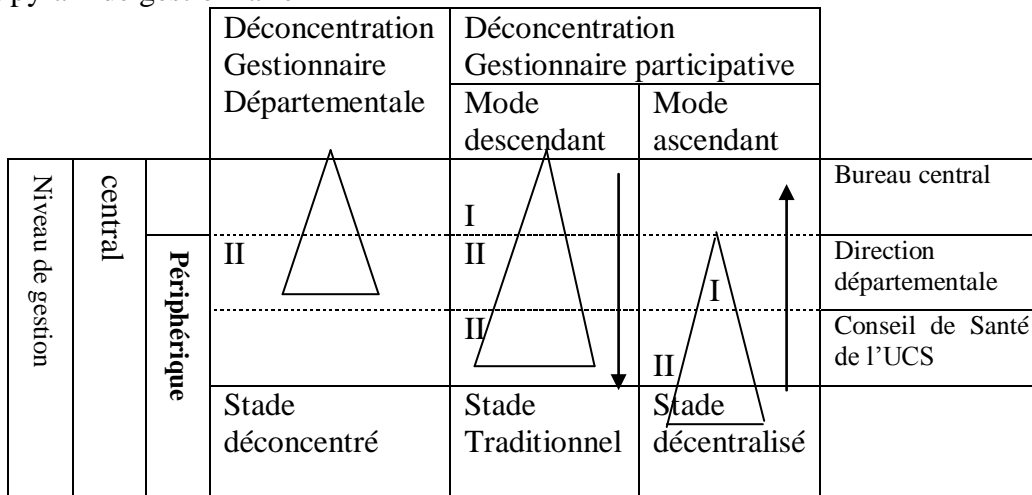
a) La pyramide sanitaire



b) le Microsystème des UCS



c) la pyramide gestionnaire



6.3 Dynamique des UCS

Dans le cadre de la décentralisation, le ministère de la santé définit les Unités Communales de Santé (UCS) comme une entité du système national de santé qui met en relation cinq éléments.

Une Unité Communale(s) de santé (UCS) est une organisation en réseau, dans un territoire défini d'environ 150 000 à 250 000 personnes, des acteurs et institutions de santé et des organisations de participation communautaire.

Au niveau primaire, les institutions et l'ensemble des ressources locales s'organisent en réseau au sein de l'UCS, dans une logique de complémentarité et non de concurrence. De cette façon, au-delà de l'institution à laquelle le patient a recours, le système de santé est en mesure de lui prodiguer des soins au niveau approprié, à travers son organisation des références et des contre références.

La population participe activement non seulement aux activités de santé préventives et promotionnelles mais également aux décisions concernant la politique de santé de l'UCS ainsi que la façon dont elle fonctionne et se développe. Cette participation au développement du système de santé se fait au sein de comités participatifs, le Conseil de Santé de l'UCS, les Comités Locaux de Santé et des Comités de Gestion.

Le Bureau de Coordination de l'UCS pilote le développement de la politique de santé de l'UCS et coordonne entre eux les institutions et acteurs de santé avec la population et ses organes participatifs.

Eléments des Unités Communales de Santé

1. Un espace géographique dénommé « *aire de santé* »
2. **Une population de desserte** utilisatrice potentielle des services
3. **Des organisations sanitaires** mises en réseau (système de référence/contre référence)
4. **Un paquet minimum de services** disponible suivant une approche complémentaire entre les différents échelons
5. L'organisation et la *redéfinition du personnel prestataire*

Les soins de santé.

A l'intérieur du microsysteme dénommé UCS, le niveau primaire, c'est-à-dire la base de la pyramide des soins, est sub-divisé en deux échelons:

- * le premier échelon, composé d'institutions de base offrant des soins de santé primaires **SSP** prévus par le paquet minimum de services. Ces offres comprennent des activités de promotion, de prévention et de soins curatifs délivrés essentiellement en ambulatoire. Les cabinets médicaux et de soins concourent à la fourniture des soins de santé primaires **SSP**.
- * le deuxième échelon, représenté par l'hôpital Communautaire de Référence ou HCR, institution de première référence au sein de l'UCS pour toutes les entités du premier échelon. Il dispose de 4 services de base: médecine – chirurgie – pédiatrie – obstétrique et gynécologie un bloc opératoire.

Le premier échelon

Si l'on se réfère à l'existant, les cabinets médicaux et de soins, les dispensaires, les centres de santé sans lits et avec lits existants représentent les structures de premier échelon. Ils correspondent à la porte d'entrée dans le système de santé, permettant à la population d'accéder à un ensemble de services appelés soins de santé primaire SSP.

A partir de cet existant, le ministère de la santé désire répartir au mieux les ressources disponibles et en encourager l'utilisation par la population. Il mettra, par conséquent l'accent sur le développement de structures capables d'offrir l'ensemble des soins et services prévus à cet échelon avec les ressources minimales jugées nécessaires. Cette structure est appelée Centre de santé (CS). Elle présente les caractéristiques suivantes :

- Un centre de santé est une structure de soins polyvalente destinée à fournir à une population d'environ 10 000 personnes, des soins préventifs, curatifs et promotionnels de base.
- Sa mission consiste à appuyer la mise en oeuvre d'activités de santé de type communautaire et à prendre en charge les pathologies courantes non compliquées de l'adulte et de l'enfant. Il est en mesure d'accoucher les femmes présentant une grossesse eutocique. Il participe aux activités de prévention décidées par le MSPP

- Il dispose d'espaces pour assurer les consultations médicales et les activités préventives auprès de la population et d'un budget minimum pour son fonctionnement. Il possède également un plateau technique pour la réalisation d'accouchements et des lits pour l'observation des patients.

Ce plateau technique est constitué de :

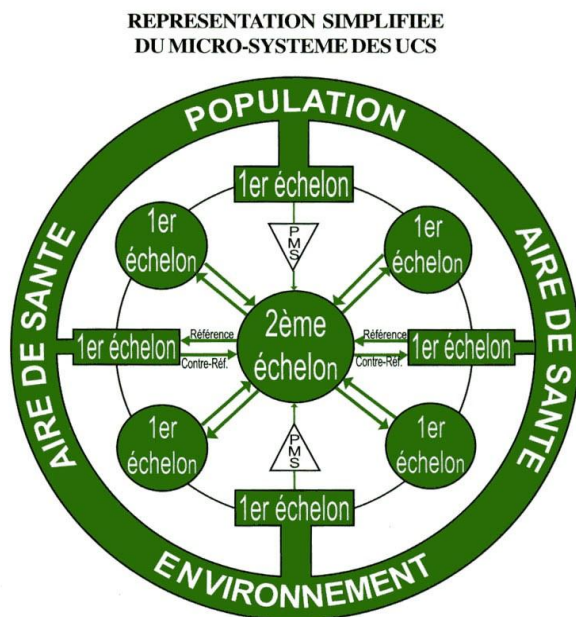
- personnel
 - médicaments selon liste nationale de médicaments essentiels pour le premier échelon
 - équipements
 - matériels
- En dehors des heures de consultation, il permet l'accueil des urgences 24h/24. Il organise la référence des patients qui le nécessitent vers l'hôpital communautaire de référence afin qu'ils reçoivent les soins appropriés.

Le deuxième échelon

Représenté par le HCR constitue l'institution de référence de l'UCS. il dessert son bassin de population estimé à 150 000 à 250 000 habitants..

Les autres niveaux de prestation sont représentés par : l'*Hôpital Départemental* constituant le troisième niveau offrent en plus des quatre services de base des soins spécialisés comme l'ophtalmologie, l'orthopédie, l'urologie, la dermatologie etc..

Au sommet de la pyramide sanitaire on trouve les hopitaux spécialisés et universitaires constituant le quatrième niveau.



N.B. Cette figure illustre les inter-relations existant entre les deux échelons du micro-système des UCS.

Paquet Minimum de Services (PMS). Le système de santé doit être organisé en vue de garantir à la population un Paquet Minimal de Service (PMS) incluant :

Paquet Minimum de Services

1. La prise en charge intégrée de l'enfant ;
2. La prise en charge de la santé reproductive et de la femme ;
3. La prise en charge de la santé des jeunes et des adolescents ;
4. La prise en charge des urgences medico-chirurgicales ;
5. Les soins bucco - dentaires de base ;
6. La lutte contre les maladies transmissibles (IST/SIDA , Tuberculose , Malaria , Filariose) ;
7. L'assainissement du milieu et l'approvisionnement en eau potable ;
8. La disponibilité et l'accès aux médicaments essentiels ;
9. L'éducation pour la santé et la communication pour le changement de comportement en matière de santé ;
10. L'innocuité alimentaire ;
11. La prise en charge des soins ophtalmologiques ;
12. La prise en charge médicale de la violence en général ;
13. La lutte contre le tabagisme chez les jeunes ;
14. L'élimination de la rage humaine ;
15. La prise en charge des troubles psychiques .

6.4 Etapes pour la mise en œuvre des UCS

Le Niveau Départemental. L'initiative de l'implantation de l'UCS part de la direction départementale qui: (i) réalise le découpage en fonction des réalités régionales, en respectant si possible la division géographique du pays en arrondissements(ii)

Le Niveau Central. Le niveau central s'assure de la définition du cadre politique et administratif : (i) financement à partir du trésor public et des contributions des citoyens, (ii) standardisation des services, et (iii) rôles des collectivités.

Les Structures de l'UCS. L'UCS comprend : (i) les structures de participation sociale constituées par les Conseils Locaux de Santé (CLS) ; (ii) Les structures de soins que sont les Services de Soins de Premier Echelon (SSPE) et l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR) ; (iii) Les structures de gestion participative représentées par les conseils de gestion et le Conseil de direction de l'HCR ; Les structures techniques constituées par les commissions, les groupes de travail et (v) les groupes d'expertise ; (vi) Les structures de décision et d'exécution que sont le conseil de santé et la coordination de l'UCS.

Articulation des structures de l'UCS. Le conseil de santé est la plus haute instance de décision et de contrôle des institutions de santé de l'aire de l'UCS. Il s'agit d'une structure indépendante. Les institutions de premier échelon et le HCR sont mis en réseau à travers un système de référence et de contre référence. Les groupes de travail et d'expertise d'origines différentes constituent le sommet de la pyramide technique de l'UCS. Le groupe de travail est formé à l'instigation de la direction départementale. Les Comités Locaux de Santé (CLS) constituent le premier échelon des structures participatives de l'UCS. Les membres des CLS vont former avec d'autres représentants d'organisations, le Conseil de Santé de l'UCS qui est le niveau le plus élevé de la hiérarchie de l'UCS.

CHAPITRE VIII.

LA REFORME DU SECTEUR DE LA SANTE

La réforme du secteur santé s'inspire d'une part, de la Constitution de la République, des engagements internationaux plus particulièrement la déclaration des objectifs de développement du millénaire ODM

8-1.- La Constitution de la République.

La constitution de la République en ses articles 19 et 23 stipule que l'Etat a l'impérieuse obligation de garantir le droit à la santé...l'Etat est astreint à l'obligation d'assurer à tous les citoyens dans toutes les collectivités territoriales les moyens appropriés pour garantir la protection, le maintien et le rétablissement de leur santé.

8-2.- La Politique Nationale de Santé.

La politique Nationale de Santé publiée en 1996 et révisée en 1999 constitue un repère important dans la conduite des interventions dans le domaine de la santé en Haïti. Cette politique se fonde sur les valeurs d'équité, de solidarité et de justice sociale. Le but de cette politique est d'améliorer de façon durable l'état de santé de la population à travers une approche globale et des soins de santé primaire de qualité. Elle vise en général la réduction de la morbidité et de la mortalité, la protection et la promotion de la santé et une gestion efficiente des ressources. Cette politique priorise dix axes stratégiques que sont :

Axes Stratégiques de la Politique Nationale de la Santé

1. Les soins de santé primaires
2. La réorganisation du système de santé
3. Le développement d'un mode de financement efficace et efficient
4. Le renforcement de la participation communautaire
5. Le développement d'une coordination multisectorielle
6. La coordination et l'articulation avec les différents intervenants
7. Le développement d'une politique de ressources humaines adaptées
8. Le développement de la recherche
9. La mise en place d'une législation défendant les intérêts de la population
10. L'intégration de la médecine traditionnelle.

8-3. La réforme du système de Santé

Il s'agit des notions auxquelles il faut se référer dans la conception et la réalisation des interventions visant à réformer le système de santé. La mortalité maternelle comme porte d'entrée pour la réforme du système, le PMS, le partenariat pour la mise en œuvre des interventions et la participation communautaire.

8.3.1 Porte d'entrée pour la réforme : la santé maternelle

Dans le champ de la santé, le défi pour l'autorité sanitaire nationale est de fournir une réponse à la fois spécifique et systémique à la demande sociale d'accès à des soins de qualité de manière équitable.

La question qui se pose est celle de concevoir une intervention de santé qui à la fois donne une réponse pertinente à un problème prioritaire et en même temps contribue au renforcement du système de santé. C'est dans ce contexte que le MSPP a choisi la Santé Maternelle comme porte d'entrée pour la réforme du système de santé.

La lutte contre la mortalité maternelle est prise dans le sens d'intervention majeure pour non seulement donner une réponse immédiate à un problème prioritaire mais aussi renforcer le système de santé au point de vue infrastructures, ressources humaines, gestion et organisation, qualité des soins, partenariat, système d'information (alerte et recherche). L'hypothèse de départ est que la réduction de la mortalité maternelle suppose au niveau institutionnel et structurel la mise en place d'une série de conditions et de mesures d'accompagnement qui vont améliorer concrètement le niveau de services offerts pour l'ensemble du paquet minimum de services et la capacité de régulation du système.

La mise en œuvre de cette approche à travers les plans d'action devrait permettre de vérifier la validité de l'hypothèse de départ et de documenter les conditions concrètes de son introduction et de sa viabilité.

L'enjeu pratique est de proposer à l'ensemble des partenaires un modèle d'intervention pertinente, reproductible et dont les effets inducteurs permettent d'améliorer l'offre globale de soins et de renforcer la pérennité des services. Ce modèle se réfère à l'approche des besoins obstétricaux non couverts, supportés par une démarche de type recherche-action, visant à :

- l'identification du déficit en interventions obstétricales majeures (IOM) pour indications maternelles absolues (IMA) ;
- l'analyse des blocages à l'accès aux soins et la documentation du processus de prise en charge des urgences obstétricales.

Le plan stratégique national de réduction de la mortalité maternelle représente un instrument clé dans ce processus.

8.3.2. Le partenariat secteur public/secteur privé

La multiplicité des acteurs dans le domaine de la santé et la complexité des phénomènes sanitaires font que l'établissement de partenariats entre les différents intervenants constitue une voie privilégiée pour la mise en œuvre de l'action sanitaire. L'établissement

d'accord de partenariat entre le secteur public et le privé est indispensable pour travailler en collaboration, poursuivre des objectifs communs, investir ensemble des ressources, partager les responsabilités et les risques. Cette approche permet aux intervenants d'avoir accès à des ressources supplémentaires et de nouveaux domaines de compétence.

8.3.3 La participation communautaire

La participation communautaire est un élément de première importance. La participation de la communauté permet de : participer au rayonnement des personnes et de groupes de population qui peuvent agir sur les problèmes qu'ils identifient ; améliorer les chances de construire des programmes de santé pertinents et pérennes ; faciliter l'acceptation des changements de comportement grâce à une coopération consciente des personnes et des communautés ; et améliorer le rapport cout-efficacité des actions de santé.

CHAPITRE IX

VISION, OBJECTIFS ET STRATEGIES

Vision

Le Plan Stratégique National pour la Réforme du Secteur Santé est fondé sur la vision commune de tous les acteurs du système de santé d'atténuer la lourde charge de la morbidité et de la mortalité dues à la pauvreté, à la marginalisation et à l'absence de développement durable du pays. Il se base aussi sur la volonté ferme des autorités et des partenaires de la communauté internationale d'éradiquer la pauvreté et de placer le pays sur le chemin de la croissance et du développement durable, dans le cadre des objectifs de développement du millenium.

La décentralisation est au cœur de la réforme du secteur. Avec la mise en place des UCS, le Ministère veut donner une place importante à la population dans la gestion du système, et cette approche est sous-tendue par une volonté forte de développer un partenariat public-privé dans un cadre bien défini et régulé.

Dans un esprit d'équité, de justice sociale et de solidarité, des mécanismes de solidarité seront développés pour permettre un accès universel à des soins de bonne qualité, tels que définis dans le Paquet Minimum de Services. L'option soins de santé primaire adoptée depuis Alma Ata reste et demeure le choix stratégique du Ministère de la Santé Publique et de la Population.

Le succès de la réforme passe aussi par des changements de comportement des prestataires et de la population, pour favoriser le respect de l'individu quelle que soit sa classe sociale, et pour favoriser l'abandon du stigma associé à certaines maladies, et l'abandon des pratiques qui violent le droit des enfants, des jeunes et des femmes.

Objectif général

Le plan stratégique national pour la réforme du secteur de la santé 2005-2010 vise l'amélioration de l'état sanitaire des populations, prenant en compte les objectifs du millenium pour le développement.

Objectifs sanitaires prioritaires: la République d'Haïti mobilisera les ressources disponibles et engagera les réformes appropriées pour que d'ici fin 2010 :

- le taux de mortalité maternelle soit réduit d'au moins 50% ; afin de leur permettre de mieux participer au développement économique et social
- les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile soient réduits d'au moins 50% ;
- l'incidence de l'infection à VIH/Sida soit réduite de 30% ;
- la mortalité liée au VIH/Sida soit réduite de 30% ;
- la transmission de l'infection de la mère à l'enfant soit réduite de 10% ;
- l'incidence de la tuberculose soit réduite de 30% ;
- la mortalité liée à la malaria soit réduite de 50% ;

- les troubles dus à la carence en iode soient réduits de 50% ;
- certaines maladies soient contrôlées (filariose lymphatique), éliminées (tétanos néonatal) ou éradiquées (poliomyélite, rougeole).

Objectifs intermédiaires :

1. Décentraliser le système de santé.
2. Améliorer l'offre de soins à tous les niveaux.
3. Revitaliser et étendre le réseau hospitalier public, afin d'obtenir une augmentation de l'offre de soins de santé et une amélioration de sa qualité.
4. Améliorer la régulation du secteur pour donner au MSPP les outils de pilotage de l'ensemble du secteur, renforçant ainsi le leadership du MSPP et son rôle normatif.
5. Moderniser le système d'information sanitaire.
6. Développer les ressources humaines ayant la capacité de garantir à toute la population des services de santé de qualité.
7. Garantir à la population l'accès à des médicaments essentiels en DCI.
8. Augmenter et rationaliser les ressources financières, pour permettre l'amélioration de l'offre de service dans le cadre de la réforme du secteur. Le financement du secteur doit prendre en compte les principes d'équité et de solidarité.

Ier. Objectif intermédiaire: Décentraliser le système de santé.

La décentralisation est un processus dynamique dont l'objectif final est que les échelons locaux du système de santé qui assurent l'offre de soins (Unité Communales de Santé - UCS) disposent de la capacité de planifier, de gérer, de mettre en œuvre, d'évaluer leurs activités, et de disposer des ressources et des pouvoirs pour le faire.

La population a un rôle actif essentiel dans la gestion du système à tous les niveaux, à travers les structures formelles de participation.

Pour atteindre cet objectif, deux stratégies seront développées:

Stratégie 1 : Révision du cadre légal et institutionnel pour la décentralisation.

Stratégie 2 : Extension de la couverture sanitaire à travers la mise en place d'UCS fonctionnelles et performantes.

Stratégie 1 : Révision du cadre légal et institutionnel pour la décentralisation

Résultats espérés d'ici fin 2010 :

- *Nouvelle loi organique du MSPP, prenant en compte la décentralisation.*
- *Structures participatives en place (conseils de santé des UCS, Conseil départementaux de santé, Comités de gestion des institutions, conseils d'administration des hôpitaux, Commission nationale de santé sur des thèmes particuliers).*
- *Document de politique de santé urbaine disponible.*
- *Elaboration d'un cadre de référence pour l'implantation des UCS incluant les critères pour le découpage des départements en UCS, les outils pour la priorisation, les critères de fonctionnalité.*
- *Cadre pour la participation communautaire finalisé.*
- *Rôles des différents acteurs dans le développement des UCS défini.*
- *Mécanismes de contractualisation définis et mis en place avec des organismes privés non lucratifs, pour développer certaines UCS.*
- *Partenariat public-privé développé au sein des UCS.*
- *Mécanismes de coordination des partenaires sont définis.*
- *Renforcement de l'entité centrale responsable du pilotage du processus d'implantation des UCS.*
- *Processus de suivi (tableaux de bord) de la décentralisation mis en place.*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1 : Développement d'un cadre légal attribuant de nouvelles fonctions au niveau local.

Intervention 2 : Révision de la loi organique du Ministère de la santé publique.

Intervention 3 : Mise en place des structures de participation de la population dans la gestion du système

Intervention 4 : Elaboration d'une politique de santé urbaine.

Intervention 5 : Dotation du secteur d'outils de régulation pour la mise en place des UCS.

Intervention 6 : Renfort des capacités gestionnaires du MSPP à tous les niveaux.

Stratégie 2 : Extension de la couverture sanitaire à travers la mise en place d'UCS fonctionnelles et performantes

Résultats espérés d'ici fin 2010 :

- *Au moins 50% des UCS fonctionnelles avec des services de qualité selon les normes définies dans le cadre du Paquet Minimum de Service (PMS).*
- *Coordination de l'ensemble des interventions sanitaires assurée par les bureaux des UCS.*
- *Cartes sanitaires et plans de développement des UCS prioritaires élaborés.*
- *Evaluation régulière du fonctionnement des UCS.*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1 : Planification, appui et suivi de l'extension des UCS.

Intervention 2 : Renforcement des capacités gestionnaires des bureaux des UCS et des institutions de santé (particulièrement les HCR).

Intervention 3 : Elaboration des plans de développement des UCS au fur et à mesure de leur éligibilité.

Intervention 4 : Mise en place d'outils d'évaluation du processus de développement fonctionnel des UCS.

IIème Objectif intermédiaire : Améliorer l'offre de soins

L'offre de soins au niveau des Unités Communales de Santé (UCS) est basée sur le Paquet Minimum de Service (PMS) qui est lui-même constitué de la gamme de soins et des ressources à mobiliser pour la mettre en œuvre. Cette gamme de soins comporte l'ensemble des activités essentielles (curatives, préventives et promotionnelles) fournies au niveau des structures de santé de premier contact avec la population (services de santé de premier échelon) et au niveau des structures de première référence (hôpital communautaire de référence-HCR). A cet effet toutes les activités sont menées de manière intégrée.

L'amélioration de l'offre de soins prendra en compte les populations les plus vulnérables, dans un souci d'équité et de solidarité.

Pour atteindre cet objectif, six stratégies seront développées:

Stratégie 1 : Amélioration de la qualité des soins

Stratégie 2 : Développement de l'accès universel à des services répondant à certains problèmes de santé prioritaires.

Stratégie 3 : Intégration progressive des programmes visant la prise en charge des problèmes de santé prioritaires, prenant en compte les objectifs du millenium.

Stratégie 4 : Prise en compte de la médecine traditionnelle comme acteur incontournable du secteur.

Stratégie 5 : Amélioration de la prise en charge des troubles mentaux.

Stratégie 6 : Promotion et protection de la santé.

Stratégie 1 : Amélioration de la qualité des soins.

Résultats espérés d'ici fin 2010 :

- *Hôpital Communautaire de Référence fonctionnel dans toutes les UCS, répondant au minimum aux besoins de mise en œuvre de la gamme de soins pour le deuxième échelon du Paquet Minimum de Services (avec priorité à la lutte contre la mortalité maternelle et néo-natale).*
- *Structures de santé de premier échelon fonctionnelles, selon la carte sanitaire des UCS prioritaires, assurant la gamme de soins de premier échelon du Paquet Minimum de Services (en privilégiant d'abord la gamme de soins visant à réduire la mortalité maternelle et néo-natale).*

- *Outils de gestion tels que définis dans le Paquet Minimum de Services, avec surveillance particulière de la mortalité maternelle, mis en place, utilisés et données exploitées à chaque niveau.*
- *Système de référence - contre référence défini et opérationnel entre la communauté et le premier échelon, et entre le premier et le deuxième échelon. (moyens de communication - moyens de transports des évacuations sanitaires, moyens de télécommunication – et systèmes de solidarité).*
- *Normes et protocoles de prise en charge réactualisés au niveau national et appliqués.*
- *Normes de structures finalisées, validées au niveau national, diffusées et utilisées.*
- *Fonctions et tâches des personnels de chaque institution définies.*
- *Professionnels sensibilisés à l'accueil des usagers.*
- *Procédures d'hygiène et d'assainissement mises en place dans les institutions de santé.*
- *Les laboratoires des Hôpitaux départementaux et des HCR sont renforcés et fonctionnent en réseau.*
- *Le laboratoire national de santé publique est mis en place.*
- *Supervisions régulières des structures de santé.*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1 : Mise en place du Paquet Minimum de Services – PMS - (gamme de soins et ressources nécessaires à chaque échelon) dans les aires de santé desservies par les formations sanitaires des UCS, en priorisant la lutte contre la mortalité maternelle.

Intervention 2 : Définition et mise en œuvre d'une politique nationale en matière de qualité des soins.

Intervention 3 : Développement du réseau des laboratoires.

Stratégie 2 : Développement de l'accès universel à des services répondant à certains problèmes de santé prioritaires.

Résultats espérés d'ici fin 2010 :

- *Accès universel pour la PCIME, la PTME, le traitement anti-tuberculeux, les soins maternels, le traitement antirétroviral, le traitement contre la Malaria , le traitement contre la Filariose lymphatique, la lutte contre la rage.*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1 : Evaluation du coût de prise en charge.

Intervention 2 : Définition des mécanismes financiers.

Intervention 3 : Application et suivi.

Stratégie 3 : Intégration progressive des programmes visant la prise en charge des problèmes de santé prioritaires, prenant en compte les objectifs de développement du millenium.

Résultats espérés d'ici fin 2010 :

- *Système de santé renforcé par l'appui des programmes prioritaires ;*
- *Meilleur impact des programmes prioritaires.*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1 : Réalisation de recherches sur l'efficacité et l'efficacités de l'intégration des programmes prioritaires.

Intervention 2 : Mise en place d'un Office national de l'enfance pour coordonner le PEV, la PCIME, les carences nutritionnelles...

Intervention 3 : Mise en place d'un comité national de santé de la femme.

Intervention 4 : Révision des plans stratégiques sous-sectoriels dans une perspective d'intégration par rapport aux nouvelles orientations du secteur.

Stratégie 4 : Prise en compte de la médecine traditionnelle comme acteur incontournable du secteur.

Résultats espérés d'ici fin 2010 :

- une collaboration existe entre les acteurs de la médecine moderne et ceux de la médecine traditionnelle.
- des stratégies d'interventions communes ou complémentaires sont identifiées et mises en œuvre.

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1 : Structure nationale mise en place en charge des relations médecine moderne – médecine traditionnelle.

Intervention 2 : Etudes et recherches réalisées sur le secteur de la médecine traditionnelle.

Intervention 3 : Mécanismes de partenariat mis en place avec les tradipraticiens

Stratégie 5 : Amélioration de la prise en charge des troubles mentaux

Résultats espérés d'ici fin 2010 :

- la prise en charge des troubles mentaux simples est assurée au niveau des premier et deuxième échelon des UCS ;
- les hôpitaux spécialisés en santé mentale sont renforcés.
- la prise en charge des troubles mentaux graves est assurée dans les services spécialisés (hôpitaux départementaux, hôpitaux spécialisés).

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1 : Formation des personnels soignants des premier et deuxième échelon des UCS, à la prise en charge des cas simples et à la référence des cas complexes, selon le PMS.

Intervention 2 : Renforcement des services spécialisés dans les hôpitaux de deuxième et troisième niveau..

Intervention 3 : Promotion de changement de comportement pour l'intégration familiale et communautaire des malades mentaux.

Stratégie 6 : Prise en charge des soins ophtalmologiques

Résultats espérés d'ici fin 2010

Distribution routinière gratuite de capsules de Vit.A dans tous les établissements de santé à tous les groupes d'âge cibles par le programme (les enfants de 6 mois à 7 ans et les femmes allaitantes);

Extension des soins ophtalmologiques dans tous les HCRs et recherche systématique de glaucome et de tous les autres troubles pouvant causer la cécité et les combattre de façon appropriée;

Partenariat déjà effectif avec Vision 2020 a renforcer.

Stratégie 7 : Promotion et protection de la Santé Bucco-Dentaire

Résultats espérés d'ici fin 2010

Extension des soins bucco-dentaires jusqu'au niveau des Centres de Santé avec ou sans lits.

IEC dans les écoles sur les soins bucco-dentaires a l'intention des élèves

Stratégie 8 : Promotion de la vaccination universelle .

Résultats espérés d'ici fin 2010

Tous les établissements de santé sont bien équipés en vue d'organiser les vaccinations de manière routinière dans le paquet de services offerts.

Les campagnes de vaccinations sont organisées opportunément avec du personnel départemental déjà préparé avec la logistique nécessaire.

La participation du trésor public au financement de l'achat des vaccins est définitivement établi .

Stratégie 9 : Programme Nationale de Nutrition

Résultats espérés d'ici l'an 2010

Les déficiences alimentaires, protéiniques, en calories et en micronutriments sont réduites a un niveau tolérable.

L'impact des maladies infecto-contagieuses sur l'état nutritionnel des enfants en particulier est contrôlé.

Les communautés, grâce à la promotion des activités d'IEC bien menées, commencent à prendre en charge de façon effective leurs besoins et ceux de leurs enfants en matière de sécurité alimentaire et de nutrition en général.

Stratégie 10 : Promotion et protection de la santé

Résultats espérés d'ici fin 2010 :

- *Programmes de changement de comportement pour une meilleure santé, mis en œuvre.*
- *Programme d'éducation à la vie familiale étendu, en milieu scolaire et extra-scolaire.*
- *Réponse sociale et communautaire à la problématique de la mortalité maternelle dans les communes.*
- *Femmes enceintes et leur entourage immédiat habilités à bien gérer les grossesses et à réagir devant d'éventuelles complications.*
- *Politiques développées en faveur des femmes et des familles en situation difficile.*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1: Développement d'actions de promotion de la santé telles que définies dans le PMS.

Intervention 2 : Elaboration de politiques en faveur des populations les plus vulnérables (femmes, femmes enceintes, enfants, enfants des rues, orphelins, adolescents, familles en situation difficile).

IIIème Objectif intermédiaire : Revitaliser et étendre le réseau hospitalier,

Le réseau hospitalier, non seulement au niveau des HCR, mais aussi au niveau des hôpitaux départementaux et des hôpitaux spécialisés et universitaires, joue un rôle essentiel dans l'offre de soins, assurant la prise en charge des références de premier, deuxième et troisième niveau.

Au niveau primaire, on trouve les hôpitaux communautaires de référence (HCR) ;

Au niveau secondaire, on retrouve les hôpitaux départementaux, les hôpitaux privés à but lucratif et non lucratif ;

Au niveau tertiaire, on retrouve les hôpitaux universitaires et/ou spécialisés, dont le plus important est l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti (HUEH), tête de pont du réseau hospitalier métropolitain.

L'objectif final de l'extension et de la revitalisation du réseau hospitalier est d'augmenter l'accès géographique aux soins de référence à l'ensemble de la population des zones rurales et urbaines, d'améliorer la qualité de l'offre de soins, d'améliorer la gestion administrative et financière des hôpitaux.

Pour atteindre cet objectif, quatre stratégies seront développées:

Stratégie 1 : Amélioration du management des hôpitaux publics.

Stratégie 2 : Amélioration de l'offre de services.

Stratégie 3 : Développement de l'axe hospitalo-universitaire

Stratégie 4 : Extension du réseau hospitalier public

Stratégie 1 : Amélioration du management des hôpitaux publics.

Résultats espérés d'ici fin 2010 :

- *Staff de gestion ayant les compétences requises pour diriger efficacement une structure hospitalière, présent dans tous les hôpitaux.*
- *Outils pour la prise des décisions et le suivi des activités, dans le cadre du système d'information sanitaire pour la gestion, utilisés dans tous les hôpitaux.*
- *Inventaire des ressources existantes réalisé dans chaque hôpital.*
- *Projet d'établissement élaboré par tous les hôpitaux de deuxième et troisième niveaux, et les HCR prioritaires.*
- *Plan national de développement des ressources élaboré et mis à jour régulièrement à partir des différents projets d'établissement.*
- *Plan national d'acquisition et de maintenance des équipements, des infrastructures et des ressources logistiques élaboré et mis en oeuvre.*
- *Capacité de maintenance assurée au niveau des départements.*
- *Budget des hôpitaux sécurisé.*
- *Autonomie administrative et financière en place dans certains hôpitaux.*
- *Management amélioré.*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1: Formation à la gestion hospitalière des cadres responsables des soins médicaux, des soins infirmiers et de l'administration.

Intervention 2 : Elaboration d'outils de gestion standardisés, dont les projets d'établissement, pour les hôpitaux.

Intervention 3 : Mise en place d'une entité centrale en charge de l'organisation de l'entretien et de la maintenance des infrastructures, des équipements et des ressources logistiques.

Intervention 4 : Sécurisation au niveau national du financement pour la revitalisation et l'extension des hôpitaux publics.

Intervention 5 : Législation sur l'autonomie administrative et financière des hôpitaux de deuxième et troisième niveau.

Intervention 6 : Suivi et évaluation de la performance managériale.

Stratégie 2 : Amélioration de l'offre de services des hôpitaux.

Résultats espérés d'ici 2010 :

- *Infrastructures réhabilitées.*
- *Matériels et équipements fournis et installés.*
- *Ressources humaines adéquates mises en place.*
- *Outils de suivi et d'évaluation mis en place.*
- *Capacité transfusionnelle de qualité disponible dans tous les hôpitaux.*
- *Formations réalisées en fonction des besoins.*
- *Maternités des hôpitaux départementaux et universitaires renforcées, et jouant pleinement leur rôle dans la formation des professionnels.*
- *Normes de prise en charge élaborées et divulguées.*
- *Grilles de supervision de la qualité élaborées, diffusées et utilisées.*
- *Equipe chargée du contrôle de qualité des services créée.*
- *Monitoring semestriel des activités réalisées.*
- *Enquêtes de satisfaction des usagers réalisées.*
- *Personnel prestataire sensibilisé à l'accueil.*
- *Politique d'hygiène hospitalière élaborée et mise en œuvre.*
- *Comités d'hygiène et de sécurité créés dans les hôpitaux.*
- *Liste des hôpitaux accrédités disponible.*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1 : Mise en œuvre progressive des projets d'établissement.

Intervention 2 : Mise en place d'une capacité transfusionnelle de qualité dans tous les hôpitaux.

Intervention 3 : Mise en œuvre d'une politique de formation continue en matière de prise en charge des pathologies.

Intervention 4 : Renforcement des maternités des hôpitaux départementaux et universitaires.

Intervention 5 : Promotion de la qualité des services (par application des normes de prise en charge, amélioration de l'accueil, supervisions).

Intervention 6 : Amélioration de l'hygiène et de l'assainissement en milieu hospitalier.

Intervention 7 : Organisation d'un système d'accréditation des hôpitaux et d'inspection hospitalière.

Intervention 8 : Mise en place d'un système intégral d'urgences médicales (SIUM).

Intervention 9 : Mise en place d'un centre national de cancérologie.

Intervention 10 : Mise en place de structures et mécanismes de coordination des hôpitaux.

Stratégie 3 : Développement de l'axe hospitalo-universitaire

Résultats espérés d'ici fin 2010 :

- HUEH autonome et modernisé ;
- Sanatorium de Port au Prince transformé en hôpital général ;
- Hôpitaux départementaux mis à niveau ;
- Nouvelles structures mises en place en zone métropolitaine (Delmas, Pétionville, Carrefour,...).

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1 : Modernisation et autonomie de l'HUEH

Intervention 2 : Extension de l'axe hospitalo-universitaire, à partir d'une démarche qui intègre la transformation de l'existant.

Intervention 3 : Développement de la recherche et d'accords de jumelage.

Stratégie 4 : Extension du réseau hospitalier public

Résultats espérés d'ici fin 2010 :

- *HCR fonctionnels dans toutes les UCS ;*
- *Carte sanitaire de la zone métropolitaine réalisée;*
- *Répartition des capacités hospitalières en zone métropolitaine connue par le MSPP et diffusée;*
- *Besoins hospitaliers de la population de la zone métropolitaine couverts.*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1 : Extension des HCR (voir domaine décentralisation).

Intervention 2 : Mise en réseau des structures hospitalières de la zone métropolitaine.

IVème. Objectif intermédiaire: Améliorer la régulation du secteur

La régulation est un axe essentiel d'activation de la réforme du secteur. Outre les outils légaux et institutionnels nécessaires, le cadre d'un partenariat efficace entre les intervenants est défini. L'approche multisectorielle sera développée et le MSPP prendra l'initiative pour mobiliser les autres secteurs ayant un impact sur la santé.

La bonne utilisation et la mise en œuvre de ces outils de régulation nécessiteront un suivi régulier.

Pour atteindre cet objectif, quatre stratégies seront développées:

Stratégie 1 : Renforcement du cadre légal et institutionnel de la régulation.

Stratégie 2 : Définition d'une politique de recherche

Stratégie 3: Inspection et évaluation régulières de l'action sanitaire à tous les niveaux.

Stratégie 4 : Renforcement du partenariat

Stratégie 1 : Renforcement du cadre légal et institutionnel de la régulation.

Résultats espérés d'ici fin 2010 :

- *Politique nationale de santé appliquée.*
- *Plan stratégique sectoriel santé élaboré.*
- *Lois réactualisées ou élaborées dans les domaines suivants :*
 - *Hygiène publique, hygiène de l'environnement.*
 - *Exercice des professions de la santé,*
 - *Ethique, recherche,*
 - *Hôpitaux, secteur pharmaceutique, secteur d'investigation paraclinique (laboratoires, radiologie),*
 - *Financement des institutions recevant des fonds publics ou des dons privés,*
 - *Fonctionnement des ONG en santé,*
 - *Décentralisation (UCS),*
 - *Organigramme du MSPP,*
 - *Droits des femmes, droits de la reproduction.*
- *Code de la santé publique révisé.*
- *Création d'un conseil de l'ordre des médecins et d'un conseil de l'ordre des pharmaciens ;*
- *Institutions sanitaires évaluées pour accréditation, liste des institutions accréditées connue et diffusée ;*
- *Institutions de formations évaluées pour homologation, liste des institutions homologuée connue et diffusée ;*
- *Processus de validation des projets de santé finalisé, diffusé et respecté.*
- *Normes et standards de prise en charge actualisées, diffusées et mises en pratique ;*
- *Mécanismes de contractualisation avec les partenaires développés, renforcés et appliqués.*
- *Directions centrales et départementales renforcées.*

- *Capacité d'analyse scientifique disponible au sein du laboratoire national de santé publique.*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1 : Elaboration et utilisation par le secteur étatique d'instruments légaux et administratifs nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Intervention 2 : Actualisation de la législation sanitaire du pays en prenant en compte la situation nationale et internationale.

Intervention 3 : Mise en place de structures d'encadrement des professions de santé (médecins, pharmaciens).

Intervention 4 : Réactivation de la commission nationale d'éthique.

Intervention 5 : Mise en place d'un système d'accréditation des institutions sanitaires et d'un système d'homologation des Institutions de formation.

Intervention 6 : Elaboration et/ou finalisation et/ou diffusion de normes et de standards pour la prestation de services de santé de qualité.

Intervention 7 : Amélioration de l'efficacité et développement de l'approche contractuelle.

Intervention 8 : Renforcement des directions centrales et départementales chargées de veiller à l'application des lois, des normes et des standards .

Intervention 9 : Création d'un laboratoire national de santé publique.

Intervention 10 : Renforcement de l'inspection sanitaire.

Stratégie 2 : Définition d'une politique de recherche

Résultats espérés d'ici 2010 :

- *Projets de recherche en milieu hospitalo-universitaires développés;*
- *Projets de recherche appliquée réalisés*
- *Projet de création d'un laboratoire national de santé publique réalise.*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1 : Mise en place d'un cadre institutionnel pour la recherche ;

Intervention 2 : Elaboration d'un programme de recherche appliquée ;

Intervention 3 : Mise en œuvre d'un plan de formation à la recherche ;

Intervention 4 : Développement de stratégies de recherche dans le milieu hospitalo-universitaire ;

Intervention 5 : Incitation des ressources humaines à faire de la recherche ;

Intervention 6 : Mobilisation de ressources pour réaliser les projets de recherche.

Intervention 7 : Création du laboratoire national de Santé publique

Stratégie 3: Inspection et évaluation régulières de l'action sanitaire à tous les niveaux.

Résultats espérés d'ici 2010 :

- *Inspection sanitaire des sites de production alimentaire, de distribution et de production de boissons, relancée.*
- *Contrôle de l'hygiène de certains milieux réalisé : restaurants, écoles, lieux de travail, habitations, marchés, abattoirs, prisons, hôpitaux...*
- *Inspection sanitaire pharmaceutique renforcée.*
- *Structures de santé inspectées.*
- *Accompagnement, récompenses et sanctions.*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1: renforcement de l'inspection sanitaire.

Intervention 2 : respect des normes et des règles établies

Stratégie 4 : Renforcement du partenariat

Résultats espérés d'ici 2010 :

- *charte de partenariat validée, diffusée et appliquée.*
- *Domaines nécessitant une collaboration intersectorielle répertoriés.*
- *Comités intersectoriels créés.*
- *Stratégies intersectorielles développées avec : Ministère de la condition féminine et aux droits de la femme (santé maternelle, VIH/SIDA, santé de la femme), Ministère des affaires sociales (santé des enfants des rues, santé des orphelins, santé des pauvres, médecine du travail), Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse et des sports (santé scolaire, santé des adolescents, VIH/SIDA, santé sexuelle).*
- *Coordination des activités financées par les partenaires améliorée.*
- *Cellule de coordination du MSPP créée pour évaluer, valider et suivre les interventions des partenaires opérateurs .*
- *Processus de concertation avec les partenaires plus explicite.*
- *Partenariat développé avec des mécanismes de contractualisation.*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1 : Elaboration d'une charte de partenariat.

Intervention 2 : Renforcement de la coordination intersectorielle (domaines nombreux : eau assainissement, infrastructures et voies de communication, agriculture, environnement, assainissement, éducation, condition féminine, secteur social, droit...)

Intervention 3 : Renforcement des capacités du MSPP pour développer le partenariat.

Vème Objectif intermédiaire: Moderniser le système d'information sanitaire.

La modernisation du système d'information sanitaire permettra la mise à disposition des gestionnaires et des décideurs, à tous les niveaux, des instruments leur permettant

d'identifier et de résoudre les problèmes de santé et de développement sanitaire, de mesurer les progrès, de planifier les activités, et de gérer l'ensemble du système.

Pour atteindre cet objectif, trois stratégies seront développées:

Stratégie 1 : Révision du système d'information pour la gestion

Stratégie 2 : Renforcement du système de surveillance épidémiologique et d'alerte.

Stratégie 3 : Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité de l'information pour le développement du système.

Stratégie 1 : Révision du système d'information pour la gestion

Résultats espérés d'ici fin 2010 :

- *Objectifs du Système d'Information Sanitaire pour la gestion définis.*
- *Indicateurs utiles par niveau précisés.*
- *Données à collecter par niveau définies.*
- *Procédures en terme de méthode et d'outils de recueil, de collecte, de transmission, de rythme de transmission, de traitement et d'exploitation des données, définies par niveau.*
- *SIS pour la gestion standardisé.*
- *Données collectées et traitées disponibles à chaque niveau du système.*
- *Données exploitées à chaque niveau.*
- *Tableaux de bord et graphiques sur les indicateurs de gestion, disponibles à chaque niveau.*
- *SIS pour la gestion évalué de façon régulière avec des ajustements réalisés en cas de besoin.*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1 : Evaluation du système d'information sanitaire pour la gestion existant.

Intervention 2 : Renfort de l'équipe centrale en charge du pilotage du Système d'information pour la gestion.

Intervention 3 : Renfort des Directions départementales pour la gestion et l'exploitation des informations pour la gestion.

Intervention 4 : Actualisation des objectifs, des procédures et des outils du Système d'information pour la gestion à chaque niveau, en prenant en compte les besoins en information des hôpitaux.

Intervention 5 : Mise en place des méthodes et moyens pour le recueil, la collecte, le traitement et la diffusion des informations (dont la rétro information) à tous les niveaux en temps réel.

Intervention 6 : Formation/sensibilisation à l'utilisation des nouveaux outils, à tous les niveaux.

Intervention 7 : Formation/sensibilisation à l'exploitation des données, à tous les niveaux.

Intervention 8 : Suivi de la qualité des informations collectées.

Stratégie 2 : Renforcement du système de surveillance épidémiologique, de veille sanitaire et d'alerte.

Résultats espérés d'ici fin 2010 :

- *Données épidémiologiques connues et disponibles au niveau d'une entité centrale.*
- *Maladies ou syndromes pour notification de routine (sur le même support que le SIS pour la gestion) définis.*
- *Maladies ou syndromes pour notification spécifique définis, et outils de recueil et de collecte standardisés.*
- *Système d'alerte défini et fonctionnel.*
- *Postes sentinelles utilisés pour certaines notifications.*
- *Enquêtes épidémiologiques réalisées selon les besoins.*
- *Nouvelles pathologies intégrées dans la surveillance épidémiologique (cancers, diabète, HTA, ...).*
- *Suivi de l'évolution de l'état de santé de la population à partir des indicateurs, traceurs : santé maternelle, santé infantile, VIH/SIDA, ...*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1 : Renfort de l'équipe centrale en charge de la surveillance épidémiologique.

Intervention 2 : Centralisation de toutes les données épidémiologiques au niveau d'une seule entité centrale.

Intervention 3 : Renfort des Directions départementales en charge de la surveillance épidémiologique .

Intervention 4 : Actualisation de la liste des maladies et syndromes nécessitant une surveillance active.

Intervention 5 : Révision et simplification des procédures de recueil et de déclaration, de la définition des maladies et des listes de maladies et syndromes à notifier, en fonction des objectifs spécifiques de la surveillance.

Stratégie 3 : Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité de l'information pour le développement du système.

Résultats espérés d'ici fin 2010 :

- *Informations du secteur de la santé (MSPP, partenaires, ...) centralisées et archivées.*
- *Site web du ministère de la santé publique et de la population alimenté et mis à jour régulièrement.*
- *Documentation scientifique mise à jour et disponible, et revue de presse régulière.*
- *Rapport annuel à partir des données collectées, publié par le MSPP.*
- *Bulletins épidémiologiques publiés (santé maternelle, infantile, VIH/Sida, ...)*
- *Formations à la publication scientifique proposées aux professionnels de santé.*
- *Publications scientifiques réalisées.*
- *Etudes et programmes de recherches appliquées.*
- *Informations fiables disponibles au MSPP.*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1 : Création d'un centre de documentation .

Intervention 2 : Publications et diffusions des données du secteur de la santé.

Intervention 3 : Réalisation d'études, d'enquêtes et de projets de recherche appliquée.

Intervention 4: Mise en place d'un observatoire de la santé.

Intervention 5 : Formation des médias et des journalistes aux interventions en santé.

Intervention 6 : Mise en place de programmes d'éducation à la santé.

VIème. Objectif intermédiaire : Développer les ressources humaines

Le développement des ressources humaines doit s'articuler autour de deux axes principaux : d'une part améliorer globalement l'efficacité du système sanitaire par une meilleure gestion des ressources humaines et le développement de la formation, d'autre part adapter la politique de ressources humaines aux besoins de la politique nationale de santé.

Pour atteindre cet objectif, cinq stratégies seront développées:

Stratégie 1 : Mise en place du cadre institutionnel et politique de gestion des RH appropriées au besoins du secteur.

Stratégie 2 : Mise à niveau des compétences des personnels en fonction.

Stratégie 3 : Production de ressources humaines conformes aux besoins du secteur.

Stratégie 4 : Allocation des RH équitable (géographiquement) et conforme aux besoins.

Stratégie 5 : Amélioration de l'attrait du secteur.

Stratégie 1 : Mise en place du cadre institutionnel et politique de gestion des RH appropriées au besoins du secteur.

Résultats espérés d'ici fin 2010 :

- *DDRH renforcée et réorganisée.*
- *Dispositif national mis en place pour vérifier l'adéquation des ressources humaines à la politique de santé, aux besoins identifiés, aux services et aux conditions d'accessibilité des soins.*
- *Profils des professionnels définis à tous les niveaux.*
- *Outils organisationnels pour la gestion des ressources humaines élaborés.*
- *Coordination renforcée des apports externes en matière de ressources humaines pour la santé.*
- *Nouveaux professionnels affectés selon un plan de carrière défini, allant de la périphérie vers le niveau métropolitain, en plusieurs étapes étalées sur plusieurs années.*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1 : Développement / adaptation du cadre institutionnel et politique de gestion des RH.

Intervention 2 : Renfort de la planification des RH par catégorie et par niveau du système.

Intervention 3 : Planification de l'intégration des professionnels de santé en formation à Cuba.

Intervention 4 : Intégration des ressources humaines dans le système suivant un plan de carrière

Intervention 5 : Enregistrement des professionnels.

Intervention 6 : Organisation d'un examen d'Etat pour les professions de la santé

Stratégie 2 : Mise à niveau des compétences des personnels en fonction.

Résultats espérés d'ici fin 2010 :

- *Besoins en formation connus.*
- *Plan de formation continue élaboré pour chaque UCS.*
- *Structures de formation continue définies et rendues opérationnelles.*
- *Personnels en poste recyclés.*
- *Supervision formative renforcée.*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1 : Mise en place d'un système de formation continue pour le secteur.

Intervention 2 :

Stratégie 3 : Production de ressources humaines conformes aux besoins du secteur.

Résultats espérés d'ici fin 2010 :

- *Formations standardisées.*
- *Mécanismes d'homologation des institutions de formation appliqués.*
- *Institutions de formation supervisées et évaluées en collaboration avec le MENJS.*
- *Curricula révisés ou créés.*
- *Formation pédagogique des enseignants renforcée.*
- *Filière infirmière développée (infirmières polyvalents, infirmières anesthésistes).*
- *Formation de médecins de familles validée et étendue.*
- *CIFAS développé pour être la structure de référence du MSPP pour la formation en santé publique.*
- *Filières de formation diplômantes spécialisées et continues mises en place.*
- *Besoins de formations spécialisées sur place et à l'étranger connus.*
- *Résidence hospitalière organisée selon les besoins identifiés.*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1 : Développement d'un cadre de partenariat entre MSPP et les institutions de formation privées et publiques.

Intervention 2: Renforcement de la formation initiale.

Intervention 3 : Transformation du CIFAS en Ecole Nationale de Santé Publique .

Intervention 4 : Planification des besoins en spécialisation.

Intervention 5 : Adaptation du service social prenant en compte le partenariat public-privé.

Stratégie 4 : Allocation des RH de façon équitable (géographiquement) et conforme aux besoins.

Résultats espérés d'ici fin 2010 :

- *L'ensemble des structures du secteur pris en compte pour l'allocation des ressources humaines.*
- *Structures sanitaires disposant de ressources humaines adéquates.*
- *Structures administratives et/ou gestionnaires disposant de ressources humaines adéquates.*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1 : Déploiement des ressources humaines en fonction des besoins.

Stratégie 5 : Amélioration de l'attrait du secteur.

Résultats espérés d'ici fin 2010 :

- *Sécurité de l'emploi assurée.*
- *Plans de carrière élaborés.*
- *Incitatifs pour déplacements en périphérie.*
- *Santé et sécurité assurés en milieu de travail.*
- *Grille de salaire prenant en compte formation et ancienneté.*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1 : Elaboration des profils et des outils de gestion de carrière .

Intervention 2 : Amélioration des conditions de travail.

Intervention 3 : plaidoyer pour une rémunération équitable.

VIIème Objectif intermédiaire: Garantir à la population l'accès à des médicaments essentiels

La politique du médicament repose essentiellement sur deux axes : d'une part la refonte du système d'approvisionnement (PROMESS) et de distribution (dépôts périphériques) publics, les statuts de ces structures devant évoluer vers une plus grande autonomie ; d'autre part l'amélioration qualitative et économique de l'accès aux médicaments.

Pour atteindre cet objectif, quatre stratégies seront développées:

Stratégie 1 : Elaboration d'un document officiel de Politique Pharmaceutique Nationale, y inclus relative au médicaments essentiels.

Stratégie 2 : Mise en place d'un système d'approvisionnement performant en médicaments essentiels en DCI des établissements sanitaires étatiques et philanthropiques.

Stratégie 3 : Renforcement des services d'inspection et de contrôle pharmaceutique.

Stratégie 4 : Amélioration de l'accessibilité des médicaments essentiels de la liste nationale par niveau, à un coût abordable et standardisé.

Stratégie 5 : Développement de capacité nationale de fabrication de médicaments.

Stratégie 1 : Elaboration d'un document officiel de Politique Pharmaceutique Nationale, y inclus relative au médicaments essentiels.

Résultats espérés d'ici fin 2010 :

- *Document de politique pharmaceutique validé.*
- *Loi sur les pharmacies et les médicaments, mise en application.*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1 : Finalisation et soumission du document de Politique Pharmaceutique Nationale au processus de validation par les instances ad hoc.

Stratégie 2 : Mise en place d'un système d'approvisionnement performant en médicaments essentiels en DCI des établissements sanitaires étatiques et philanthropiques.

Résultats espérés d'ici fin 2010 :

- *PROMESS est transformé en centrale d'achat autonome.*
- *Liste des médicaments essentiels par niveau révisée et diffusée.*
- *Critères de mise en place des dépôts périphériques définis.*
- *Statuts des dépôts périphériques définis.*
- *Dépôts périphériques renforcés.*
- *Circuit d'approvisionnement et procédures de distribution définis.*
- *Distribution des médicaments des programmes verticaux centralisée.*
- *Outils de gestion standardisés et diffusés.*
- *Système de distribution suivi et coordonné.*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1: Révision du système d'approvisionnement (basé sur PROMESS) et de distribution existant.

Stratégie 3 : Renforcement des services d'inspection et de contrôle pharmaceutique.

Résultats espérés d'ici fin 2010 :

- *Services d'inspection et de contrôle pharmaceutique évalués et renforcés.*
- *Enregistrement sanitaire des produits pharmaceutiques développé.*
- *Contrôle de qualité des médicaments développé.*
- *Politique définie pour les dons de médicaments.*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1 : Renfort en ressources humaines, en formations et en équipements de la DCP ;

Intervention 2 : Elaboration d'une charte sur les dons en médicament.

Intervention 3 : Mise en place d'un laboratoire national de contrôle de qualité.

Stratégie 4 : Amélioration de l'accessibilité des médicaments essentiels de la liste nationale, par niveau, à un coût abordable et standardisé.

Résultats espérés d'ici fin 2010 :

- *Prix réajustés.*
- *Mécanismes de révision régulière des prix proposés.*
- *Mécanismes de contrôle des prix au niveau des établissements sanitaires étatiques et philanthropiques développés.*
- *Liste nationale des médicaments essentiels révisée et diffusée dans le cadre du PMS.*
- *Protocoles de prise en charge révisés et diffusés.*
- *Prestataires formés et recyclés.*
- *Application des protocoles supervisée.*
- *Mécanisme de révision des protocoles établi.*
- *Médicaments génériques prescrits de façon rationnelle.*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1 : révision du système de fixation des prix des médicaments existant.

Intervention 2 : rationalisation des prescriptions.

Intervention 3 : accès universel à certains médicaments

Intervention 4 : amélioration de l'accès aux médicaments essentiels pour certains groupes vulnérables

Stratégie 5 : Développement de la capacité nationale de fabrication de médicaments .

Résultats espérés d'ici l'an 2010 :

Le Système National de Contrôle est installé et fonctionnel ;
Les Services d'inspection et de contrôle pharmaceutiques sont renforcés ;
Le système d'approvisionnement (PROMESS) et de distribution périphérique de médicaments (DEPOTS PERIPHERIQUE) est légalisé et rendu autonome .

VIIIème. Objectif intermédiaire: Augmenter et rationaliser les ressources financières

Le financement du secteur doit prendre en compte les principes d'équité et de solidarité.

Pour atteindre cet objectif, deux stratégies seront développées:

Stratégie 1 : Assurance de ressources financières nécessaires au bon fonctionnement du système de santé.

Stratégie 2 : Régulation du sous-système financement du secteur santé.

Stratégie 1 : Assurance de ressources financières nécessaires au bon fonctionnement du système de santé.

Résultats espérés d'ici fin 2010 :

Budget du MSPP sécurisé.

Procédures de décaissement appliquées.

Décaissement régulier des allocations budgétaires et émission de chèques réalisée dans les directions déconcentrées du MEF.

Budget en adéquation avec la programmation annuelle du ministère de la santé.

Processus de concertation entre les bailleurs et le MSPP établi pour l'harmonisation du financement.

- *Mobilisation de fonds normalisée à travers la coordination de l'aide.*
- *Meilleure allocation des ressources des partenaires est obtenue.*
- *Nouvelles ressources perçues par l'Etat pour le secteur de la santé (taxes sur l'alcool, sur le tabac...).*
- *Expériences existantes au bénéfice du système de santé capitalisées.*
- *Fond de solidarité créé dans chaque institution.*
- *Mutuelles de santé mises en place.*
- *Mécanismes de mutualisation du risque testés (ex. mutualisation des césariennes).*
- *Critères d'allocation équitable de ressources établis.*
- *Comptes nationaux de santé élaborés et système d'information pour la gestion (ressources financières, carte sanitaire, population, et autres) mis en place.*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1 : Assurance d'une disponibilité régulière des ressources du MSPP par rapport aux besoins du système.

Intervention 2 : Mobilisation de fonds.

Intervention 3 : Promotion de mécanismes de solidarité.

Intervention 4 : Développement de mécanismes d'allocation des ressources.

Stratégie 2 : Régulation du sous-système financement du secteur santé.

Résultats espérés d'ici fin 2010 :

- *Mécanismes de tarification et de paiement existants inventoriés.*
- *Politique de recouvrement des coûts élaborée*
 - a) *Standardisation des coûts des services*
 - b) *Définition d'une nomenclature des services*
 - c) *Proposition de prix basés sur les coûts des services*
 - d) *Définition d'un système de recouvrement de coûts des services ambulatoires et hospitaliers*
 - e) *Etude et développement d'un modèle de financement alternatif pour les hôpitaux*
 - f) *Développement et application de normes et de procédures pour les différents mécanismes de financement (normes de tarification, de modalité de paiement des services, etc.).*
 - g) *Contrôle des recettes internes des institutions publiques en vue de leur budgétisation .*
- *Loi sur la perception dans les Institutions publiques adaptée pour cette politique de recouvrement des coûts.*
- *Système de suivi et d'évaluation de la performance des mécanismes de financement mis en place.*
- *Système de gestion administrative et financière existant révisé.*
- *Paquet minimum de gestion financière défini à chaque niveau.*
- *Système de motivation (prime au personnel de santé) axé sur les résultats défini et testé.*

Interventions à mettre en œuvre pour obtenir ces résultats :

Intervention 1 : Mise en place et suivi d'une régulation adaptée du système de financement.

Intervention 2 : Mise en place d'un système de gestion décentralisée axée sur les résultats.

CHAPITRE XII.

SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN

Le dispositif institutionnel devra être clairement spécifié et renforcé à tous les niveaux du système pyramidal. Le rôle technique de chaque intervenant sera clairement défini. Ce dispositif devra assurer la coordination de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation du PSN/RSS. A cet égard, les mécanismes institutionnels mis en place pour le niveau central et déjà utilisés avec succès pour l'analyse du secteur et l'élaboration du PSN/RSS pourrait être maintenu afin d'assurer la continuité.

Les conseils de santé des UCS, les conseils départementaux et la commission nationale de santé participeront chacun à leur niveau, à la validation de ces plans et au suivi de leur mise en œuvre.

L'analyse organisationnelle, la restructuration du MSPP, la coordination intra et intersectorielle sont des préalables à la mise en œuvre du plan stratégique.

La coopération internationale doit être normalisée : harmonisation des procédures et des mécanismes des agences des Nations Unies et retrait progressif dans l'exécution des programmes; prise en compte par la Coopération bilatérale de la nécessité de renforcer la gouvernance du MSPP ; reprise du rôle des Institutions financières internationales pour le développement du secteur.

La coordination stratégique doit être relancée à travers la réactivation du comité de pilotage sectoriel/Table des bailleurs.

Suivi et évaluation de la mise en oeuvre

La mise en œuvre de ce plan se fera à partir des plans d'action et/ou opérationnels des départements sanitaires et des directions centrales. **Le suivi** sera assuré de façon continue par :

- L'élaboration de plans d'actions annuels des UCS, consolidés par département, réalisés à partir des tableaux de bord des institutions sanitaires périphériques;
- La supervision périodique des activités de chaque échelon par l'échelon immédiatement supérieur;
- L'audit des activités sanitaires par l'observatoire de la santé qui sera créé à cet effet;
- L'évaluation externe à mi-parcours, à la fin des deux (2) premières années;
- L'évaluation externe à la fin du plan.
- Un comité de pilotage dont le rôle est le suivi et l'appui pour la bonne exécution

Le suivi évaluation du présent plan doit être considéré comme un processus évolutif en fonction de l'existant. Il tendra progressivement vers un système global pérenne. Pour ce faire, deux types d'indicateurs seront élaborés. Les indicateurs d'activités, intimement liés aux interventions ; les indicateurs de résultats et d'impact qui se situeront plutôt dans le moyen et le long terme.

Des recherches opérationnelles seront entreprises au besoin pour améliorer, ajuster ou rectifier de manière opportune les interventions.

Des groupes thématiques, notamment santé maternelle, pourraient être créés au niveau départemental, sous le leadership du Directeur, incluant des membres de l'équipe du HCR et des SSPE entre autres, des travailleurs des secteurs connexes, du Privé et des ONGs. Ces groupes se réuniraient périodiquement pour faire le point de l'état d'avancement de l'exécution des plans d'Actions élaborés conjointement. Des minutes de ces rencontres seraient consignées, distribuées à chaque participant afin de faciliter le suivi des décisions prises au cours de ces réunions.

Un rapport mensuel d'activités standardisé et consolidé est rédigé par la Direction de la planification du MSPP.

Des rapports semestriels devront être préparés par chaque groupe thématique et adressés aux responsables du Ministère et aux Partenaires.

Un rapport annuel sera consolidé par le MSPP pour distribution aux Instances gouvernementales et à toutes les autres parties prenantes y compris les Partenaires au développement sanitaire.

Une réunion d'évaluation annuelle sera organisée dans chaque département. Elle rassemblera les acteurs du secteur public et du secteur privé pour faire le bilan des résultats afin de décider des réajustements éventuels nécessaires pour la bonne marche des interventions du PSN/RSS.

Les exercices d'évaluation tiendront compte de tous les aspects tels que : le cadre institutionnel, les volets techniques, l'utilisation des ressources etc.

Plusieurs évaluations au cours de la durée de la phase 2004-2008 du PSNRSS sont à programmer de même que les besoins de leur mise en œuvre identifiés. Il s'agit des **évaluations internes** annuelles produites par et sous la responsabilité du MSPP, l'évaluation à **mi-parcours** pour les ajustements nécessaires au déroulement des programmes, et enfin **l'évaluation externe** réalisée par un organisme externe au Ministère, **six mois avant la fin présumée du PSNRSS**, afin d'éviter toute interruption des interventions, si une autre phase était approuvée.

Les besoins en personnel, en logistique, d'édition et de diffusion des rapports de ces différentes opérations devront être budgétisés et intégrés dans le coût global du PSN/RSS.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Voltaire H-C, MSPP, 1999. Haiti Les Unités Communales de santé: Principes et orientations stratégiques, 85.p.
- 2- Consortium IDESS/Capital Consult/CIDE/CSPQ/IHE, Mai 1997, Etudes sur l'organisation et la prestation de soins. Projet ATH/ JFMSPP/BID. 161p .
- 3-MSPP, 1990, Standardisation du personnel et programmation des activités des établissements de santé par catégorie, 45p.
- 4-MSH, 2000, Proposition technique pour le projet HS -2004, Phase II, 40p.
- 5-Craan, Guy Marce, Juillet 2002, Evaluation de l'offre du Paquet Minimum de service (PMS) au niveau des UCS prioritaires, 200p.
- 6-MSPP, Août 2000, Guide départemental pour le développement des UCS, Département de l'Artibonite, 59p.
- 7-Ministere de la Santé Publique, République du Bénin, Cellule Appuie au Développement des Zones Sanitaires 2001, Normes et Standards en matière d'activités, d'effectifs de personnel, d'infrastructures et d'équipement pour les Zones sanitaires, 140p.