

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION  
GOUVERNEMENT DE LA RÉPUBLIQUE D'HAÏTI

PLAN QUINQUENNAL DE SANTÉ  
1996 - 2000

JUIN 1995

# **AVANT-PROPOS**

## *LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES*

ACDI:	Agence Canadienne pour le Développement International
ADRA:	Adventist Development Relief Agency
AMH:	Association Médicale Haïtienne
AOPS:	Association des Oeuvres Privées de Santé
BID:	Banque Inter-Américaine de Développement
CAL:	Centre de Santé avec Lits
CAMEP:	Centrale Métropolitaine d'Eau Potable
CDS:	Centres pour le Développement et la Santé
CRS:	Catholic Relief Services
CSL:	Centre de Santé sans Lit
DAF:	Direction Administrative et Financière
DDRH:	Direction de Développement des Ressources Humaines
DPEE:	Direction de Planification, d'Evaluation et d'Epidémiologie
DS:	Direction des Soins
DTP:	Direction Technique des Programmes
EERP:	Emergency Economic Recovery Program
FAC:	Fonds d'Aide à la Coopération
FAES:	Fonds d'Assistance Economique et Sociale
FNUAP:	Fonds des Nations Unies pour la Population
g/l:	grammes par litre
HUEH:	Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti

IDA:	International Development Association
IHE:	Institut Haïtien de l'Enfance
IHSI:	Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique
IRA:	Infections Respiratoires Aigües
MSPP:	Ministère de la Santé Publique et de la Population
MST:	Maladie Sexuellement Transmissibles
OPDES:	Organisation Pré-Désastre et de Secours
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG:	Organisation Non-Gouvernementale
OPS:	Organisation Pan-Américaine de la Santé
PNB:	Produit National Brut
PROMESS:	Programme de Médicaments Essentiels
PURE:	Programme d'Urgence de Reconstruction Economique
SIDA:	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
SNEP:	Service National d'Eau Potable
UCS:	Unité Communale de Santé
UNICEF:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID:	Agence Américaine pour le Développement International
VIH:	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VDRL:	Venereal Disease Research Laboratory

# TABLE DES MATIÈRES

	Page
AVANT-PROPOS	i
LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES	ii
TABLE DES MATIÈRES	iv
I. INTRODUCTION	1
1. Contexte Socio-Politique du Changement	1
2. Cadre Juridique du Plan Quinquennal	2
II. ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE D'HAÏTI	4
1. Les Problèmes Socio-sanitaires	4
2. Le Système de Santé: Ressources Disponibles et Utilisation des Services	5
III. CADRE CONCEPTUEL DE LA POLITIQUE DE SANTE	D
1. Enoncé Général	D
2. Les But et Objectifs de la Politique Nationale de Santé	D
IV. BUT ET OBJECTIFS DU PLAN QUINQUENNAL DE SANTE 1996 - 2000	II
1. But ou Finalité du Plan: Enoncé et Cadre Général	II
2. Objectifs Généraux et Spécifiques du Plan	II
V. AXES STRATEGIQUES DU PLAN QUINQUENNAL DE SANTE 1996 - 2000	II
1. Stratégie Générale	II
2. Axes de Strategie Spécifiques:	
2.1. La Participation Communautaire	II
2.2. La Décentralisation du Système Sanitaire	5
2.3. La Rationalisation de la Carte Sanitaire	8
2.4. Un Meilleur Partage des Coûts de la Santé	9
2.5. La Coordination Extra et Intrasectorielle	9
2.6. L'Intégration des Services - Offre d'un Paquet Minimum	D
2.7. L'Amélioration des Moyens Matériels de Fonctionnement et de Gestion des Services de Santé	II
2.8. L'Amélioration de la Disponibilité et de l'Accès aux Médicaments	II
2.9. Une Politique de Ressources Humaines Adaptée	II
2.10. La Recherche au Service de la Population	II
2.11. Une Législation Défendant les Intérêts de la Population	II

VI.	ACTIVITES À ENTREPRENDRE	30
1.	Niveau Central	30
1.1	Infrastructures	30
	1.1.1. La Réparation et/ou Réhabilitation des Bâtiments	30
	1.1.2. L'Achat des Equipements et de Fournitures	31
1.2.	Renforcement Institutionnel	31
	1.2.1. L'Appui à la Décentralisation	31
	1.2.2. La Mise en Place dun Système d'Information Sanitaire	32
	1.2.3. Le Développement des Ressources Humaines	33
	1.2.4. L'Etablissement des Normes et Procédures	34
	1.2.5. La Supervision et le Suivi des Opérations	35
1.3.	Soutien à des Programmes Spécifiques	36
	1.3.1. Le Renforcement du Système de Gestion des Médicaments et Fournitures	36
	1.3.2. Le Développement des Activités de Nutrition	36
	1.3.3. L'Appui au Développement du Programme Eau Assainissement et Infrastructures Sanitaires	37
2.	Niveau Départemental	
2.1.	Infrastructures	
2.2.	Renforcement Institutionnel	
2.3.	Dispensation des Services de Santé à la Population	
	2.3.1. Paquet Minimum de Services	
	2.3.2. Soins Hospitaliers	
	a) Niveau Secondaire	
	b) Niveau Tertiaire	
VII.	CADRE LOGIQUE	
VIII.	CHRONOGRAMME	
IX.	BUDGET	
	ANNEXES	

# I. INTRODUCTION

## 1. Contexte Socio-Politique du Changement

Le peuple haïtien a pendant longtemps été dominé par des régimes politiques dictatoriaux et en a subi les violences physiques et psychologiques les plus intolérables. Aucun groupe d'âge, aucune catégories physiologique, aucune classes d'hommes, *sinon les sympathisants à la cause des tortionnaires, et même eux parfois*, n'ont échappé à la fureur des bandes armées à la solde des tenants de ces pouvoirs.

Le peuple a subi certes, mais surtout il a résisté. A l'aube de 1986, il s'est réveillé et a dit NON, PLUS JAMAIS! Et ce que le pouvoir lors croyait impossible était devenu possible; il a été renversé par le peuple.

C'était la libération, le changement. Mais c'était aussi l'euphorie qu'impulse la victoire.

Cependant, l'ennemi veillait. En 1987, il a de nouveau massacré le peuple, son bulletin de vote à la main. Le peuple n'avait plus aucun droit.

Etant d'un peuple profondément croyant, le citoyen visite assidûment les églises et autres lieux où certains leaders charismatiques lui parlent une langue qu'il comprend, qui n'est point celle de la résignation. La vie associative reprend donc clandestinement; l'espoir renaît.

Analphabète, peut-être, l'Haïtien n'est pas bête. Le 16 Décembre 1990, il vote massivement en faveur de la démocratie, en dépit des promesses que d'aucuns lui avaient faites de faire croître de vastes plantations de céréales, de lui donner à manger au moins une fois par jour, ou de lui procurer du travail.

L'ennemi, ouvertement ou déguisé, guette et lui ravi de nouveau dans un effroyable bain de sang, son droit au changement qu'il avait si éloquemment manifesté neuf mois plus tôt. La démocratie naissante a été foudroyée.

Mais voilà, le peuple est peut-être analphabète, il n'est pas bête. L'appel du Leader à la résistance passive a été entendu et largement suivi, cela, certes, au prix de souffrances incomparables.

Le peuple, trois ans plus tard, a encore eu gain de cause. L'ordre constitutionnel est rétabli: la démocratie est restaurée. Le peuple attend le changement en faveur duquel il a durement lutté. La situation est cependant encore extrêmement fragile. Les blessures sont à panser et il faut pour cela des hommes et des femmes compétents et convaincus du bien-fondé de l'action à entreprendre pour le renversement à jamais de l'ordre ancien et l'instauration à perpétuité de l'ère démocratique et, avec elle, celle du développement économique et social.

C'est dans ce contexte, et basée sur les principes d'équité, de justice sociale et de solidarité, que s'inscrit la politique nationale de santé, ainsi que les plans d'action et les programmes qui en découlent.

**La Santé au plus grand nombre possible, en l'An 2000! Tel est le vœu du Gouvernement de la République d'Haïti, clairement exprimé à travers le Plan Quinquennal 1996 - 2000.**

## 2. Cadre Juridique du Plan Quinquennal

L'histoire des institutions humanitaires nous indique que les actions de santé ont toujours fait l'objet de règles juridiques. Le comportement et la responsabilité des agents et professionnels de la santé, des guérisseurs étaient régis par les législations mêmes celles les plus primitives. A l'époque contemporaine le droit à la santé, vu comme ensemble de règles juridiques applicables aux actions de santé, a pris des dimensions considérables. Le développement de la société correspondant à la fois aux aspirations des individus qui se prévalent d'un droit à la santé, et au droit et devoir de l'Etat en ce domaine.

Le droit à la santé s'inscrit dans la politique de santé de chaque état et de tout gouvernement. La santé en Haïti, par son objet et sa finalité, englobe un ensemble de règles juridiques des plus variées. Le droit à la santé peut être analysé sur plusieurs aspects.

Trois grandes catégories de règles y interfèrent:

- 1 - D'abord, une réglementation des actions de santé en tant qu'elles concernent l'objectif de santé.
- 2 - Puis des règles organisant les services publics qui interviennent en matière de santé
- 3 - Enfin, les actions humanitaires comportant nécessairement les relations entre individus: les professionnels de la santé, les patients et la population.

Dans le but de bien situer la santé dans son cadre légal, il convient de signaler les différentes lois qui traitent de la matière, quand bien même elles ne seraient pas toujours appliquées.

### A - Du point de vue international

Il faut mentionner les conventions, les accords, les traités internationaux, bi ou multi-latéraux. L'Organisation Mondiale de la Santé dispose d'un certain pouvoir réglementaire en matière de santé. Ces règlements sanitaires internationaux lient les Etats signataires.

## B- Du point de vue national

La Constitution Haïtienne de 1987, dans le chapitre II traitant des Droits fondamentaux, en sa section A qui traite du Droit à la vie, stipule:

*"L'Etat a l'impérieuse obligation de garantir le droit à la vie, à la santé, à tous les citoyens, conformément à la déclaration universelle des Droits de l'Homme".*

Dans le cadre du Droit interne, les règles concernant la santé se répartissent en lois de structure et en règlements administratifs. Elles sont multiples.

La première loi en la matière remonte au 16 Septembre 1906, établissant une maison pour les fous et une autre pour les lépreux; la seconde, celle du 24 Février 1919, institua le Service Nationale d'Hygiène Publique.

En ce qui a trait aux lois de structure, il convient de mentionner:

Le Décret-loi du 12 Septembre 1945 créant le Département de la Santé Publique et ceux des 22 et 23 Novembre 1945 définissant les attributions et l'organisation des services dudit département.

La Loi du 31 Octobre 1957 transformant ledit département en Département de la Santé Publique et de la Population, et le Décret du 9 Mars 1962 fixant les objectifs du service de la Population. Plusieurs lois subséquentes ont porté sur la réorganisation de ce département, et le Décret du 28 Novembre 1983 qui le redésigna "Ministère de la Santé Publique et de la Population", laquelle dénomination prévaut encore.

Les textes de lois réglementant la gestion administrative sont nombreux:

La plus ancienne loi date du 14 Novembre 1876 et porte sur les droits de visite sanitaire dans les ports en vue de veiller à l'exécution des règlements de santé en vigueur lors La Loi du 24 Février 1919 comporte des articles réglementant la vente, la production, la conservation des produits périssables ainsi que des articles sur l'hygiène en général. La Loi du 19 Septembre 1982 portant sur l'uniformisation des structures dans l'Administration Publique est le dernier texte de loi en date.

D'autres textes de loi réglementent les conditions d'enseignement et d'exercice des professions médicales en Haïti.

En 1920 déjà, la licence était attribuée au Pharmacien praticien. La pratique de la médecine, de l'odontologie et de la pharmacie est encore réglementée par la Loi du 9 Juillet 1940. De manière générale, les professionnels de la santé au service du Ministère de la Santé Publique et de la Population sont régis par la Loi sur la Fonction Publique et la Pension civile qui date du 19 Septembre 1982.

En outre, il existe toute une jurisprudence en matière médicale qui couvre différents aspects. La législation haïtienne prévoit des dispositions légales concernant les contraventions sanitaires.

## II. ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE D'HAÏTI

### 1. Les Problèmes Socio-sanitaires

La population haïtienne devrait atteindre environ 7,000,000 en 1995. Elle continue à croître à un rythme annuel de près de 2%. Environ 40% de la population a moins de 15 ans. Les femmes en âge de procréer représentent près de 25% de la population générale. Malgré un taux d'urbanisation rapide, 70% de la population haïtienne vit encore dans les zones rurales.

Le pays est confronté depuis les années 80 à une profonde crise économique. Le Produit National Brut (PNB) *per capita*, estimé en 1991 à 380 US\$, est revenu au niveau de 1975, soit 250 US\$. Le chômage et le sous-emploi sont endémiques. Près de la moitié de la population est analphabète, avec une proportion encore plus élevée de femmes. Les problèmes d'environnement, d'assainissement et d'eau potable sont sérieux (l'OPS/OMS estimant même que le réseau d'eau potable a diminué de 30% entre 1991 et 1994). La nutrition est inadéquate tant en qualité qu'en quantité; l'apport quotidien moyen en énergie est estimé à 2010 kilocalories par jour et par personne, soit 94% des calories nécessaires.

La conséquence en est une situation sanitaire critique, en dépit du fait que certaines améliorations ont été notées récemment. Le système d'information est déficient et ne permet pas de fournir des données exactes. Cependant, les indicateurs de santé suivants sont généralement acceptés:

- Un taux brut de mortalité estimé en 1990 à 13 pour 1000;
- L'espérance de vie à la naissance est de 55 ans;
- Un taux de mortalité infantile de 74 pour 1000 naissances vivantes;
- Un taux de mortalité juvénile de 56 pour 1000;
- Un indice synthétique de fécondité de 4.8 enfants par femme;
- Un taux de mortalité maternelle de 4.6 pour 1000 naissances vivantes.

Ces statistiques sont les plus mauvaises de l'hémisphère. Les pays de l'Amérique Latine et de la Caraïbe accusent en moyenne une espérance de vie à la naissance de 67 ans, un taux de mortalité infantile de 39 pour 1000 naissances vivantes, et un taux de mortalité juvénile de 50 pour mille. A la Jamaïque et à Cuba le taux de mortalité maternelle est respectivement de 1.2 et 0.4 pour 1000 naissances vivantes.

En ce qui a trait à la morbi-mortalité, l'appauvrissement, l'état d'insalubrité du milieu ambiant, les conditions de promiscuité dans lesquelles vivent les gens, associés à d'autres facteurs délétères tels que l'ignorance, occasionnent des taux élevés d'incidence et de prévalence des maladies infectieuses, parasitaires et carencielles.

En effet,

- Sur 1000 nouveaux-nés, 131 n'atteignent pas l'âge de 5 ans. La moitié des décès qui surviennent chez les nourrissons sont dûs à la diarrhée et aux infections respiratoires.

- Environ 40% des enfants de plus de 3 ans sont de trop petite taille pour leur âge: ils souffrent de malnutrition chronique. La malnutrition aiguë varie entre 6% dans les départements du Nord et 3.5% dans les départements du Sud. La prévalence du faible poids des enfants à la naissance est estimée à 15%.
- Entre 35% et 40% des femmes ont un taux d'hémoglobine inférieur à 11 g/l.
- Les maladies à transmission hydrique, comme les diarrhées (7 épisodes par an par enfant) et la typhoïde, ont une incidence très élevée.
- Le taux d'incidence de la tuberculose est estimé à 5 pour 1000. La moitié des sidéens sont tuberculeux.
- La séroprévalence du VIH varie entre 8 et 10% en milieu urbain. En milieu rural, la séroprévalence a augmenté de 1 à 4% depuis la crise politique de 1991. Les femmes sont presque aussi touchées que les hommes.
- La syphilis est aussi très présente, la séropositivité au VDRL variant entre 6 et 8% de la population sexuellement active, en milieu urbain.
- La malaria est endémique sur 80% du territoire. Fort heureusement, la résistance à la chloroquine n'a pas été rapportée à ce jour.
- Les épidémies sont fréquentes et répétées (rougeole et typhoïde en 1993; charbon en 1993, 1994 et 1995; méningococcémie en 1994 et 1995).

Les bonnes nouvelles sont rares dans ce tableau. On note toutefois l'éradication de la poliomyélite et l'absence du choléra. Dans ce dernier cas, il faut cependant signaler que tous les facteurs pour sa survenue sont réunis.

## 2. Le Système de Santé: Ressources Disponibles et Utilisation des Services

Historiquement, le système sanitaire haïtien n'a jamais été accommodé aux besoins de la population, à ses moyens ni à son niveau de perception. Avant la Conférence d'Alma Ata en 1978, ce système était essentiellement curatif et basé sur un réseau d'hôpitaux et de centres de santé mal équipés. Les services préventifs étaient peu développés. La stratégie des soins de santé primaires proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé s'est vue appliquée en Haïti par le biais de multiples programmes prioritaires de santé auxquels l'Etat accordait une importance relative suivant le moment et la disponibilité de fonds, et par l'action non-coordonnée de nombreuses organisations non-gouvernementales. Les résultats n'ont pas répondu aux besoins.

- La couverture en personnel est estimée à 1.1 médecin, 0.4 dentiste, 1.2 infirmier et 2.7 auxiliaires pour 10,000 habitants. Ce personnel est de plus très inégalement réparti, se trouvant essentiellement en milieu urbain. Ces chiffres sont huit fois moindre que ceux de la République voisine.
- En 1991, 40% de la population ne bénéficiait d'aucun accès aux soins de santé primaires, soit deux fois plus que dans les pays voisins. Tout laisse croire que la couverture sanitaire est encore plus insuffisante actuellement. La majorité des infrastructures se trouvent concentrées dans les villes.
- En dépit d'améliorations temporaires, en 1988 par exemple, la couverture vaccinale est restée basse au cours des dix dernières années, aux alentours de 30%. Elle est de plus de 75% dans les autres pays de la région.
- Environ 80% des accouchements sont réalisés à domicile.
- Moins de la moitié des tuberculeux commencent un traitement que plus de 40% abandonnent avant la fin.
- Moins d'un tiers (32%) des enfants ayant de la diarrhée bénéficient de la réhydratation orale. Ce chiffre est de 57% en moyenne dans les pays d'Amérique Latine.
- Les services d'eau potable couvrent seulement 37% de la population de la capitale, 41% de celle des villes secondaires et 23% de la population vivant en milieu rural.
- L'assainissement de base est assuré à 30% en milieu urbain et à 16% dans les zones rurales.

Par ailleurs les moyens financiers dont dispose l'Etat sont insuffisants pour répondre aux besoins de la population et inadéquatement utilisés:

- L'effort de l'Etat pour la santé s'est relâché au cours des dernières années passant de 12.5% du budget global en 1985-1986 à 8.2% en 1992-1993.
- La dépense par habitant de l'Etat pour la santé reste faible: environ 23 gourdes en 1992.
- Le pourcentage du budget du MSPP consacré au paiement des salaires a augmenté au cours des dernières années pour atteindre 92% en 1993-1994.
- De ses dépenses salariales, le MSPP alloue 33% pour la rémunération d'agents de l'Etat affectés aux ONGs sur lesquels il n'exerce aucun contrôle réel.

En résumé, il est possible d'affirmer que le système de santé haïtien a été pendant longtemps caractérisé par la démission de l'Etat, une législation dépassée, une politique du personnel inadaptée, le non-respect des normes et procédures, le mépris de la médecine dite traditionnelle, le développement anarchique du secteur privé, l'ingérence inappropriée de certains partenaires, une infrastructure inadaptée, une allocation inadéquate des moyens financiers et un système de gestion archaïque. C'est là un constat d'échec patent qu'il convient à l'Etat de relever à brève échéance.

Les tableaux suivants donnent la distribution des personnels et établissements de santé par catégorie et département géographique.

Tableau I

Distribution de la Population et des Personnels de Santé par Catégorie et Département Géographique

Département	Médecins	Infirmières	Auxiliaires	Population
1. Ouest	561	527	674	2.302.723
2. Sud Est	21	41	42	443.847
3. Nord	31	52	178	727.612
4. Nord Est	15	11	67	238.784
5. Artibonite	69	33	218	963.105
6. Centre	14	9	105	470.275
7. Sud	30	61	264	631.453
8. Grand Anse	13	22	160	620.673
9. Nord Ouest	19	29	136	399.528
TOTAL	773	785	1.844	6.798.000

Source: Haïti: Institutions, personnels de santé et planification familiale, Dr Emmanuel Adé et al., Juin 1994.

Tableau II

## Répartition Géographique des Institutions de Santé selon leur Catégorie

Département	Nombre Total <sup>1</sup> d'Institutions	Hôpitaux	Centres avec Lits	Centres sans Lit	Dispensaires
1. Ouest	233	33	9	82	109
2. Sud Est	36	1	2	4	29
3. Nord	51	1	10	10	30
4. Nord Est	22	1	4	1	16
5. Artibonite	83	4	11	16	52
6. Centre	44	2	1	10	31
7. Sud	70	4	7	8	51
8. Grand Anse	57	2	9	5	41
9. Nord Ouest	58	1	7	4	46
TOTAL	654	49	60	139	405

Source: Santé - Document de l'EERP. Ministère de la Santé Publique et de la Population, 1995

Tableau III

## Indices des Personnels de Santé par 10.000 Habitants, Catégorie et Département Géographique

Département	Médecins	Infirmières	Auxiliaires
1. Ouest	2.4	2.3	2.9
2. Sud Est	0.5	0.9	0.9
3. Nord	0.4	0.7	2.4
4. Nord Est	0.6	0.5	2.8
5. Artibonite	0.7	0.3	2.3
6. Centre	0.3	0.2	2.2
7. Sud	0.5	1.0	4.2
8. Grand Anse	0.2	0.4	2.6
9. Nord Ouest	0.5	0.7	3.4
TOTAL	1.1	1.2	2.7

<sup>1</sup> Le nombre d'asiles, neuf (9) au total, n'est pas inclus.

Tableau IV

Distribution Proportionnelle de la Population, des Institutions  
et des Personnels de Santé par Catégorie  
et Département Géographique

Département	Population (% du total)	Institutions	Médecins	Infirmières	Auxiliaires
1. Ouest	34%	35%	73%	67%	37%
2. Sud Est	7%	5%	3%	5%	2%
3. Nord	11%	8%	4%	7%	10%
4. Nord Est	4%	3%	2%	1%	4%
5. Artibonite	14%	13%	9%	4%	12%
6. Centre	7%	7%	2%	1%	6%
7. Sud	9%	11%	4%	8%	14%
8. Grand Anse	9%	9%	2%	3%	9%
9. Nord Ouest	6%	9%	2%	4%	7%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%

### III. CADRE CONCEPTUEL DE LA POLITIQUE DE SANTE

#### 1. Enoncé Général

La politique nationale de santé se veut de:

- Traduire dans les faits la volonté de l'Etat de satisfaire à la requête du peuple haïtien que soient appliquées instamment et sans équivoque les mesures d'équité, de justice sociale et de solidarité;
- Affirmer le droit à la santé de tous les citoyens;
- Mettre en oeuvre des mécanismes visant à la mobilisation de capitaux à investir dans le secteur;
- Permettre l'accès à tous aux soins de santé curatifs et préventifs et aux services d'eau et d'assainissement;
- Favoriser la mise en place de structures permettant la participation des communautés à la planification et à l'exécution des activités de santé, ainsi qu'à la gestion et au contrôle des ressources disponibles au secteur.

#### 2. Les Buts et Objectifs de la Politique Nationale de Santé

La politique de santé a pour finalité d'améliorer l'état de santé de la population haïtienne, par la mise en oeuvre d'interventions multisectorielles, et le fonctionnement optimal d'un système sanitaire national adapté aux besoins des collectivités et accessibles à tous les citoyens quels qu'ils soient.

La politique nationale de santé a pour objectifs spécifiques de:

- Réduire la mortalité générale et la morbidité due aux pathologies qui touchent le plus la population, en particulier les maladies transmissibles et celles qui affectent les jeunes enfants et les femmes en âge de procréer.
- Agir sur les déterminants de la santé en priorité: l'alimentation et la nutrition des femmes enceintes, des femmes allaitantes et des enfants en période de croissance et de développement; l'éducation, la salubrité de l'environnement; les comportements humains insécures, etc.

La politique nationale de santé trouvera sa pleine et entière application dans l'exécution du Plan Quinquennal 1996 - 2000, dont les but et objectifs, les axes stratégiques, les activités et le budget prévisionnel sont avec précision décrits ci-après. D'envergure nationale, le plan sera exécuté à tous les échelons du système sanitaire. Il s'étendra sur trois termes: le court-terme d'une durée de 12 à 18 mois; le moyen-terme d'une durée de trois ans, et le long-terme qui couvre toute la période du plan, soit cinq années.

## IV. BUT ET OBJECTIFS DU PLAN QUINQUENNAL DE SANTE 1996 - 2000

### 1. But ou Finalité du Plan: Enoncé et Cadre Général

Dans le cadre du Plan Quinquennal de Santé 1996 - 2000 et en vue de satisfaire aux besoins fondamentaux du peuple haïtien, le Ministère de la Santé Publique et de la Population s'est fixé comme but de:

**Améliorer le niveau de santé de la population en suivant les grandes orientations définies par la Politique de Santé axée sur les principes cardinaux d'équité, d'accessibilité, et de participation communautaire.**

Dans sa vision philosophique de la santé, le Ministère conçoit cette dernière comme étant une "Adaptation physique, mentale et sociale de l'homme à l'ENVIRONNEMENT dans lequel il évolue" et non plus comme la stricte absence de maladie. Cette conception de la santé est assez proche de celle de l'Organisation Mondiale de la Santé qui en donne la définition suivante: "la santé est un état de COMPLET bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'ABSENCE de maladie ou d'infirmité". Par cette approche, le Ministère entend conférer au concept de la santé un caractère dynamique ou l'AGIR individuel ou collectif devient le catalyseur vers plus de bien-être et pour plus d'un. Il y aurait donc de ce fait toujours moyen d'améliorer la santé. C'est ce vers quoi tend le Ministère, moyennant la participation des communautés et autres ministères et partenaires concernés.

Les notions d'équité et d'accessibilité doivent être appréhendées au triple plan éthique, géographique et économique, de manière à ce que tout citoyen puisse, sans discrimination aucune, bénéficier des services de santé en quelque lieu qu'il se trouve. La participation communautaire doit être activement recherchée, étant le facteur clé de la prise en charge, par les collectivités, et de la pérennisation des activités sanitaires de développement à l'échelon local.

Le Ministère a fixé des indicateurs d'impact des programmes, projets et/ou d'activités qui seront effectués au cours de la période quinquennale, qu'il se propose de mesurer au moyen d'enquêtes socio-démographiques et/ou d'évaluations externes. Ces indicateurs d'impact sont les suivants.

- Un taux brut de mortalité de 10 pour 1000;
- Un taux de natalité de 26 pour 1000;
- Une espérance de vie à la naissance de 60 ans;
- Un taux de mortalité infantile de 50 pour 1000 naissances vivantes;
- Un taux de mortalité juvénile de 35 pour 1000, et
- Un taux de mortalité maternelle de 1 pour 1000 naissances vivantes.

Atteindre ce but nécessitera l'absolue stabilité du pouvoir démocratique souverain, l'application continue de ce plan dans un cadre légal défini, la disponibilité de moyens financiers, de ressources humaines compétentes et motivées, et de ressources matérielles. Sans la participation des communautés de base; sans la collaboration des autres structures nationales et démocratiques, exécutives, législatives et judiciaires, religieuses et laïques, privées et publiques; sans le concours des associations libres d'artisans, d'entrepreneurs et de professionnels, il sera quasiment impossible de réussir ce plan que d'aucuns qualifieront sans doute d'ambitieux. Mais à ce tournant de fin de siècle et de millénaire, il faut mettre des bouchées doubles. Aussi, le Ministère de la Santé Publique et de la Population lance-t-il, à tous les secteurs de la vie nationale, un appel au dialogue politique et au pragmatisme qui doivent nous amener à ce rendez-vous particulier de l'An 2000. La santé au plus grand nombre possible, tel doit être le mot de passe pour que finissent la désespérance du peuple haïtien et les errements qui ont trop longtemps jonchés l'espace haïtien.

## 2. Objectifs Généraux et Spécifiques du Plan Quinquennal

En vue d'atteindre le but fixé, le Ministère a établi les objectifs généraux suivants:

- 2.1. Diminuer les taux de morbidité et de mortalité dues aux maladies transmissibles.
- 2.2. Diminuer la morbi-mortalité due aux principales maladies infantiles et à la malnutrition;
- 2.3. Diminuer la morbi-mortalité liée à la grossesse et à l'accouchement;
- 2.4. Diminuer la mortalité et la morbidité secondaires aux urgences médico-chirurgicales;
- 2.5. Diminuer la morbidité liée à l'insalubrité et aux problèmes d'environnement.
- 2.6. Diminuer la mortalité due aux maladies chroniques les plus fréquentes, en particulier les affections cardio-vasculaires et le diabète.

Les objectifs spécifiques qui les sous-tendent sont:

### A. S'agissant des maladies transmissibles:

- 2.1.1. Diminuer de 50% les taux d'incidence et de prévalence de la tuberculose, par la mise en oeuvre d'activités qui permettront d'atteindre, dès 1997, un taux national de guérison de 70%, et en l'an 2000 un taux de guérison de 80%.
- 2.1.2. Diminuer de 30% l'incidence nationale de la malaria et de 80% la mortalité hospitalière due à cette pathologie.
- 2.1.3. Diminuer de 50% l'incidence des MST et éliminer la syphilis congénitale.
- 2.1.4. Stabiliser, aux niveaux de 1995, les taux de séroprévalence du VIH en zones urbaine et rurale.

### B. S'agissant des maladies infantiles et de la malnutrition:

- 2.2.1. Maintenir l'éradication de la poliomyélite.
- 2.2.2. Eradiquer la rougeole.
- 2.2.3. Éliminer le tétanos néo-natal.
- 2.2.4. Diminuer de 50% l'incidence de la diarrhée chez les enfants de 6 à 36 mois.

- 2.2.5. Diminuer de 80% la mortalité hospitalière due à la déshydratation diarrhéique chez les enfants de moins de 36 mois.
  - 2.2.6. Diminuer de 50% la mortalité hospitalière due aux infections respiratoires aiguës (IRA) chez les enfants de moins de 5 ans.
  - 2.2.7. Diminuer à moins de 15% la prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans.
  - 2.2.8. Diminuer de 50% le pourcentage d'enfants qui naissent avec un poids inférieur à 2.500 grammes.
- C. S'agissant des problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement:
- 2.3.1. Réduire à 3.5-1'indice synthétique de fécondité.
  - 2.3.2. Diminuer de 80% le taux de mortalité hospitalière due aux urgences obstétricales.
  - 2.2.3. Diminuer de 50% l'anémie due à la carence martiale et folique observée chez les femmes enceintes et les femmes allaitantes.
  - 2.2.4. Prévenir la survenue du goître chez les femmes en âge de procréer.
- D. S'agissant des urgences médico-chirurgicales:
- 2.4.1. Diminuer de 50% le taux de mortalité hospitalière due aux urgences en général.
  - 2.4.2. Diminuer de 50% la mortalité hospitalière due aux traumatismes.
- E. S'agissant des problèmes liées à l'insalubrité de l'environnement:
- 2.5.1. Diminuer de 50% la prévalence des maladies dues à l'ingestion d'eau polluée et au manque d'hygiène corporelle, notamment la typhoïde et les dermatoses.
  - 2.5.2. Diminuer de 50% la prévalence des infections contagieuses due à la pollution de l'environnement, en particulier les conjonctivites et les kératites.
  - 2.5.3. Diminuer de 50% la prévalence des infestations parasitaires
- F. S'agissant des maladies chroniques:
- 2.6.1. Diminuer de 50% la mortalité hospitalière due aux maladies cardiovasculaires et à l'hypertension artérielle.
  - 2.6.2. Diminuer de 30% la mortalité hospitalière due au diabète.

L'atteinte de ces objectifs passe nécessairement par le renforcement des départements sanitaires, la mise en place des Unités Communales de Santé (UCS), la réhabilitation des infrastructures sanitaires incluant les hôpitaux, la formation du personnel de santé à tous les niveaux, et la dotation de toutes les instances de gestion et d'exécution des activités sanitaires en ressources humaines et matérielles indispensables à la réalisation du Plan Quinquennal 1996 - 2000.

## V. AXES STRATEGIQUES DU PLAN QUINQUENNAL DE SANTE, 1996 - 2000.

En vue d'atteindre le but et les objectifs fixés dans le cadre de ce plan quinquennal, le Ministère de la Santé Publique et de la Population se propose de mettre en oeuvre et de suivre les axes stratégiques suivants:

### 1. Stratégie Générale

Elle repose fondamentalement sur le renforcement de la capacité du Ministère à gérer son patrimoine et les activités sanitaires, et à remplir son rôle normatif, réaffirmant ainsi l'autorité de l'Etat. Elle se fonde aussi sur l'instauration de relations solides de partenariat entre le secteur Public et les entités privées philanthropiques (ONG) et celles à but lucratif--incluant les Compagnies d'assurance médicale--, ainsi que sur la coordination des Agences d'aide internationales, pour une utilisation rationnelle des ressources disponibles au Secteur Santé.

### 2. Axes de Stratégie Spécifiques

#### 2.1. La Participation Communautaire

La prise en charge de la santé du citoyen par la population elle-même est une stratégie universellement acceptée. Ce concept s'est imposé suite à l'incapacité de l'Etat à gérer unilatéralement les problèmes sanitaires confrontés par la population et exacerbés par la crise économique mondiale. Les diverses expériences faites en Haïti dans ce domaine mettent en évidence la volonté de la population de participer activement au développement et à la protection sanitaires, pourvu que son rôle soit clairement défini dans la politique nationale de santé.

Cette volonté, le Ministère de la Santé encouragera la population à l'exprimer non seulement dans sa participation à l'exécution des activités sanitaires, mais aussi par sa participation aux processus de planification, de contrôle et d'évaluation de ces dernières.

La mise en place de Conseils d'Administration à l'intérieur des principales institutions de santé du secteur Public est déjà un acquis que le Ministère se doit de préserver et de consolider afin de parvenir à rendre effective la participation de la collectivité.

Il s'avère en outre indispensable, pour que la participation de la communauté soit dynamique et produise l'effet escompté, que le Ministère redéfinisse le rôle et fixe les responsabilités des différents partenaires intervenant dans le secteur Santé. La population pourra, de ce fait, mieux s'intégrer dans le système, et sa participation sera d'autant plus efficace que des activités d'éducation pour la santé seront mises en oeuvre, à court- et à moyen-termes, afin de la maintenir constamment mobilisée dans sa quête de solutions à ses problèmes sanitaires. Spécifiquement, le Ministère devra, à

### Court-terme:

- Motiver, à travers son personnel local, la population en vue de sa participation au programme de santé;
- Définir clairement le mandat des Conseils d'administration, en priorité ceux des UCS et ceux des hôpitaux, et les mettre en place;
- Promouvoir, avec les autres secteurs, la formation des membres de ces conseils;

### Moyen- et long-terme:

- Encourager la population à contribuer à la mobilisation des ressources;
- Faciliter la participation des conseils d'administration à la planification et au suivi des activités locales;
- S'assurer que les conseils d'administration participent à la gestion des fonds collectés.

## 2.2. La Décentralisation du Système Sanitaire

Il s'agit du transfert des mécanismes de prise de décision, de formulation de politiques, de planification et de gestion, en matière de santé, de l'échelon central à l'échelon départemental et, aussi, à l'échelon périphérique, dans le parfait respect des grandes orientations de la politique de santé du Ministère. Dans le cadre de ce plan, la décentralisation implique, de façon *sine quanon*, le renforcement des structures d'administration et de prestation départementales et consistera fondamentalement en la mise en place d'Unités communales de santé (UCS). Celles-ci sont appelées à répondre aux exigences d'une couverture sanitaire nationale à travers la fourniture d'un paquet minimal de services, moyennant la participation active de la population et l'appui des autres secteurs. Un document servant de cadre de référence pour l'implantation des UCS a été élaboré. Ce document définit le concept de l'UCS, son but et les principes cardinaux sur lesquels il repose.

### Définition et précision du concept:

"Elément stratégique de la politique sanitaire nationale, l'UCS est un système décentralisé de santé coordonnant l'action de tous les intervenants en vue de la fourniture optimale, avec la participation de la population concernée, d'un ensemble défini de services sanitaires dans une aire géographique donnée".

"L'UCS doit s'entendre comme étant le plus petit système fonctionnel de santé d'un réseau appelé, par l'intermédiaire des structures départementales, à couvrir l'ensemble du territoire national."

"Ce réseau est mis en place pour fournir le paquet minimal de services de santé conçu comme suit:

- Prise en charge globale de la santé de l'enfant
- Prise en charge correcte des grossesses et des accouchements, et de la santé de la reproduction
- Prise en charge correcte des urgences médico-chirurgicales
- Lutte contre les maladies transmissibles
- Soins dentaires de base
- Fourniture des médicaments essentiels
- Assainissement et fourniture d'eau potable
- Education sanitaire participative".

"L'ajout de la fourniture des médicaments essentiels au paquet minimal de services, tel que défini par le cadre général de la politique de santé du MSPP, est justifié par le souci de standardiser ces services ainsi que les compétences nécessaires pour les fournir de façon adéquate et uniforme à travers le pays. Le fait de présenter séparément l'Education sanitaire participative répond de la nécessité de mettre en exergue l'importance que cette activité revêt pour le Ministère dans son souci de porter la communauté à prendre en charge sa santé. Il ne fait aucun doute que l'éducation sanitaire demeure un volet intégral de chacune des composantes du paquet minimal de services". De plus le paquet minimal de services pourra être élargi en fonction des spécificités locales pour comprendre entre autres, la santé mentale et la prise en charge des enfants victimes de violence.

"L'UCS repose sur les principes de base suivants:

- a) La reconnaissance de la population comme partenaire à part entière et sa participation à plein titre de partenariat à tous les niveaux dans les activités de santé.
- b) La pluralité des partenaires, surtout pour éviter qu'un intervenant influent dans la zone ne s'approprie l'UCS; ce qui implique une claire définition des rôles de chaque partenaire.
- c) La pluralité des institutions, de façon à garantir la plus complète accessibilité aux services ci-devant définis, dans l'aire de l'UCS.
- d) La constante représentativité institutionnelle du MSPP. Le Ministère devra jouer son rôle normatif et d'arbitrage en vue de l'utilisation optimale des ressources. L'équipe départementale devra être le moteur et le promoteur de l'implantation des UCS. Elle s'appuiera au niveau local sur l'équipe de coordination de l'UCS.

- e) L'organisation en réseau des institutions faisant partie du système. Ceci, afin de garantir l'efficacité du système de référence et de contre-référence, et l'utilisation optimale et rationnelle des ressources disponibles.
- f) Les UCS, dans leur mandat, leur définition, leur modalité de fonctionnement, doivent s'inscrire et être alignées sur la politique de santé du Ministère de la Santé.
- g) Les UCS doivent être dotées d'une autonomie relative (financière/gestion). Les mécanismes d'établissement de cette autonomie seront définis en tenant compte de l'allocation du budget de l'Etat en ce qui les concerne, de leur relation avec les mairies et autres élus-locaux, les bailleurs de fonds etc.
- h) Le fonctionnement des UCS doit être guidé par les principes de justice et d'équité qui doivent être entendus dans leurs différentes composantes:
  - Ethique, afin d'éviter toute discrimination au détriment des utilisateurs de services.
  - Accessibilité pour tous au paquet minimal de services.
  - Economique qui implique la possibilité d'exonération des indigents. Les mécanismes d'exonération seront définis par le niveau central, mais l'identification des bénéficiaires sera de la compétence du niveau local."

Afin d'opérationnaliser le processus de décentralisation, le Ministère a établi le schéma suivant:

#### Court-terme

- Organiser au niveau central un comité restreint d'appui à la mise en place des UCS.
- Mettre en place et former des équipes départementales pour les UCS dans les 2 départements;
- Mettre en place un minimum de 20 UCS.

#### Moyen-terme

- Réviser le cadre de référence des UCS;
- Etendre le nombre des UCS à 60;
- Organiser le système de référence et contre-référence UCS <--> Hôpital.

#### Long-terme

- Assurer la couverture totale du pays avec les UCS.

### 2.3. La Rationalisation de la Carte Sanitaire

Cet axe stratégique d'exécution du plan doit être considéré comme étant le corollaire obligé de la décentralisation. En effet, la décentralisation ne peut être pleinement effective que s'il existe une adéquation entre la densité de la population, donc la demande solvable ou non de services sanitaires, et l'accessibilité physique ou, donc, l'offre de services. Le Ministère, en étroite collaboration avec ses partenaires, a donc prévu de doter le pays--notamment les zones insuffisamment couvertes-- en infrastructures sanitaires, de manière à optimiser le ratio demande : offre. Les institutions sanitaires existantes seront réhabilitées, rendues et maintenues fonctionnelles.

Une mesure d'accompagnement de cet axe stratégique est la déconcentration des établissements sanitaires "sur-staffés" au bénéfice des institutions qui manquent de personnel. Le redéploiement du personnel se fera, selon un plan harmonieux, des hôpitaux vers les centres périphériques; de la Capitale vers les Villes secondaires et la Zone rurale.

Le Ministère, à travers l'Association médicale haïtienne (AMH) fera la promotion ou marketing social de son Plan d'action près des praticiens du secteur Privé à but lucratif, et les encouragera à participer à l'exécution de ce plan. Le Ministère en fera de même en ce qui concerne les praticiens traditionnels.

Le plan d'action du Ministère pour rationaliser la carte sanitaire est à:

#### Court- et moyen-termes:

- de rencontrer les responsables de l'HUEH et des institutions sanitaires de ... zone métropolitaine en vue de programmer leur déconcentration et le déploiement de leurs personnels médical, paramédical et de support;
- d'évaluer le staffing actuel et/ou les besoins en personnels des institutions sanitaires départementales;
- de redéployer leurs personnels et/ou leur en pourvoir;
- d'implanter au moins un (1) Centre de santé avec lits dans chacune des UCS ... et rendre fonctionnels les centres existants;
- de réhabiliter les quinze (15) hôpitaux de base existants et les doter en ressources nécessaires à leur bon fonctionnement;

#### Long-terme:

- de s'assurer que l'HUEH remplisse sa triple fonction de fourniture de soins tertiaires, d'enseignement et de recherche;
- d'élever au niveau tertiaire l'hôpital Justinien du Cap-Haïtien et l'hôpital Immaculée des Cayes.

#### 2.4. Un Meilleur Partage des Coûts de la Santé

Il est clairement établi que la population haïtienne supporte les coûts de ses maladies. Beaucoup d'autres intervenants, y compris l'Etat malgré ses maigres ressources, contribuent largement au support financier des actions sanitaires, mais sans coordination réelle. Aussi le Ministère, dans le but de rendre utile cet axe stratégique, se propose-t-il de suivre ce schéma:

##### Court-terme

- Définir un (ou plusieurs) système(s) de financement local et solidaire;
- Tester ce (ou ces) système(s) au niveau de 3 UCS et de 3 hôpitaux;
- Poursuivre le recouvrement des coûts dans les autres institutions (extension dans les institutions ne le pratiquant pas encore), en particulier pour les médicaments.

##### Moyen-terme

- Réviser le système de financement local;
- Mettre en place le système révisé dans 50% des UCS;

##### Long-terme

- Mettre en place le système de financement local dans 100% des UCS.

Le Ministère encouragera, en leur fournissant toute l'assistance possible, les autorités responsables de la gestion de l'Hôpital universitaire (HUEH) à reprendre les démarches en visant à rendre l'institution autonome.

#### 2.5. La Coordination Extra et Intrasectorielle

Face aux divers problèmes de santé auxquels est confrontée la population haïtienne, le Ministère de la Santé Publique et de la Population a jugé nécessaire de privilégier une approche multisectorielle. Des actions concertées s'imposent entre tous les Ministères et Organismes, notamment le Ministère à la Condition Féminine, ceux de l'Information, de l'Education, de l'Agriculture, des Travaux Publics et Communications, des Affaires Sociales, et du Commerce; les municipalités, les collectivités territoriales; la CAMEP, le SNEP; la Croix Rouge Haïtienne et l'OPDES, etc.. La solution des problèmes sociaux engageant la responsabilité de chacun, à un niveau ou à un autre. Les Ministères de la Culture, de l'Environnement et des Finances ont aussi un rôle important à jouer dans la protection et le développement sanitaires du pays.

D'autre part, le Ministère mettra en place des mécanismes visant à assurer la coordination des actions du secteur privé à but lucratif et des ONGs dans le but d'aboutir à une exploitation judicieuse de leurs services et d'éviter la duplication de leurs interventions dans une même aire géographique. Ces partenaires du Ministère sont le complément indispensable et obligé des structures étatiques.

Le Ministère entend donc rencontrer à court-terme les responsables des différentes entités sus-mentionnées afin d'établir les mécanismes de coordination des actions ainsi que les procédures devant régir la collaboration.

Spécifiquement le Ministère se propose, à

Court-terme:

- de présenter le plan quinquennal 1996 - 2000 aux différents Ministères et Organismes concernés;
- de solliciter leur apport en vue de faire correspondre les différents plans;
- d'établir les structures et mécanismes de coopération aux niveaux central et départemental;

Moyen-terme:

- d'assurer le leadership de la coordination des actions du secteur privé et des ONG;
- de mettre en place les structures et mécanismes de coordination au niveau local, en particulier dans les UCS.

Long-terme:

- de planifier, conjointement avec tous les partenaires, le prochain plan quinquennal de santé, ainsi que les plans d'actions qui en découleront.

## 2.6. L'Intégration des Services de Santé - Offre d'un Paquet Minimum

L'approche verticale de prestation des soins préventifs ne s'étant pas révélée être la voie royale qui devait aboutir à la Santé pour tous en l'an 2000, elle a été mise au rencart unanimement par le Ministère et ses partenaires de la Communauté Internationale.

Aussi le Ministère a-t-il fait option de l'approche qui consiste en l'intégration des soins à fournir à la population. Etant un être intégral, quand un individu recherche l'assistance d'un travailleur de la santé, ce dernier ne doit en aucun cas rater l'opportunité de lui offrir ou de lui fournir toute la gamme de services disponibles du paquet minimum et répondant à ses besoins. Le Ministère a développé des algorithmes et des ordinogrammes en vue d'aider les prestataires de soins à effectuer les gestes médicaux appropriés à l'examen et au traitement du malade.

Le paquet minimal comporte, comme indiqué antérieurement, les services suivants:

- Prise en charge globale de la santé de l'enfant
- Prise en charge correcte des grossesses et des accouchements en particulier, et de la santé de la reproduction en général
- Prise en charge correcte des urgences médico-chirurgicales
- Lutte contre les maladies transmissibles
- Soins dentaires de base
- Fourniture des médicaments essentiels
- Assainissement et fourniture d'eau potable
- Education sanitaire participative.

De plus, comme indiqué antérieurement, le paquet minimal de services pourra être élargi en fonction des spécificités locales pour comprendre entre autres, la santé mentale et la prise en charge des enfants victimes de violence.

Ce paquet devra être disponible aux niveaux primaire et secondaire ou intermédiaire du système de référence définis ci-après.

En vue de rendre opérationnelle cette stratégie, des cours et/ou séminaires de formation pratique seront dispensés à l'intention du personnel de santé du secteur public et des ONG, à court et à moyen-termes. Les algorithmes et ordigrammes, ainsi que les guides d'utilisation afférents, seront distribués à tous les établissements sanitaires. Des unités spécialisées dans la prise en charge des urgences médico-chirurgicales et obstétricales seront mises sur pied à court-et moyen-termes.

## NIVEAUX DE REFERENCE DU SYSTEME DE SANTE

### Niveau Primaire

"Les éléments constitutifs du niveau primaire sont les collaborateurs volontaires, les agents de santé, les matrones, les dispensaires, les centres de santé et les centres de santé avec lit. Les collaborateurs volontaires, les agents de santé et les matrones garantiront le premier contact avec les utilisateurs des services en vue de la fourniture du paquet minimal de services. Leurs tâches principales seront la promotion de la santé, l'information, l'éducation et la dispensation des premiers soins. Leurs tâches sont définies en détail dans les manuels correspondants. Les dispensaires, centres de santé et centres de santé avec lit, représentent l'échelon institutionnel du niveau primaire", où seront dispensés tous les soins de santé de base. "Le personnel, pour chacune de ces catégories, ainsi que leurs degrés de responsabilités sont définis par le manuel de standardisation du personnel du MSPP. Ce niveau reçoit les contre-références du niveau secondaire et du niveau tertiaire".

Il est prévu qu'il y ait au moins un (1) Centre de santé avec lit par UCS.

### Niveau Secondaire ou Intermédiaire

"Les éléments constitutifs du niveau secondaire ou intermédiaire, sont les hôpitaux publics ou privés non lucratifs qui, en plus de leurs services externes, peuvent assurer les quatre services de base (maternité, pédiatrie, chirurgie, médecine interne), ainsi que les services généraux, et certains hôpitaux spécialisés. Le paquet minimal de services devra être également disponible à ce niveau. En plus de sa clientèle directe, le niveau secondaire ou intermédiaire reçoit les références du niveau primaire et les contre-références du niveau tertiaire".

Les quinze (15) hôpitaux de base existants seront physiquement réhabilités et dotés de ressources nécessaires à leur bon fonctionnement.

### Niveau Tertiaire

"Il doit s'entendre comme le niveau hospitalier où sont disponibles tous les services spécialisés. Ce niveau se caractérise par sa vocation d'enseignement et de recherche. Il reçoit les références des niveaux Secondaire et Primaire".

Une des priorités du Ministère sera de doter le pays de trois (3) hôpitaux au niveau tertiaire de complexité: L'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haiti (HUEH) qui devra, à court- ou à moyen-terme, retrouver sa vocation première qui est la formation des professionnels de la santé; l'Hôpital Justinien du Cap Haïtien et l'Hôpital Immaculée des Cayes qui seront, à long-terme, élevés au niveau Tertiaire et serviront de lieu de formation pratique en Sciences médicales.

#### 2.7. L'Amélioration des Moyens Matériels de Fonctionnement et de Gestion des Services de Santé.

Le secteur Santé a été, durant ces dernières années, très affecté par la crise socio-politique qui a secoué le pays. Les changements qui surviennent fréquemment au MSPP ne font que compliquer une situation caractérisée par la carence quasiment chronique de matériel et d'équipements observée sur le terrain, l'absentéisme du personnel et la démission des responsables à tous les niveaux.

Cette situation a contribué à renforcer la méfiance de la population vis-à-vis des institutions de santé, avec des effets négatifs sur la situation sanitaire en général. Pour y obvier, le Ministère a pris la décision de reprendre en main les personnels de santé en améliorant, à court-terme, leurs conditions de travail, en instituant des mécanismes d'incitation au succès professionnel, et en leur faisant bénéficier de tous les avantages qu'offre un programme de sécurité sociale. Le Ministère, aidé de ses partenaires, mettra à la disposition des travailleurs de la santé des instruments simples en vue de l'acquisition, l'installation, la

gestion et l'entretien du matériel et des équipements nécessaires à la dispensation équitable des soins de santé de qualité à la communauté, et donc à l'exécution du Plan quinquennal.

Cette amélioration se reflètera dans une distribution plus adéquate du budget du Ministère. Le budget de fonctionnement augmentera substantiellement, jusqu'à atteindre à moyen-terme un minimum de 35%, afin de pouvoir répondre favorablement aux demandes venant des responsables d'institutions de santé.

Concomitamment, le Ministère, avec l'appui technique de ses partenaires, procèdera à la standardisation du matériel et des équipements par catégorie d'institution, un élément important de la gestion sanitaire. De plus il sera défini et mis en place un système d'information sanitaire en vue de permettre la prise de décisions adaptées. De même, il devra être défini et mis en place, à tous les niveaux mais en priorité dans les établissements hospitaliers, un système de contrôle de qualité devant permettre une amélioration de la qualité des soins et une gestion rationnelle des ressources disponibles.

Le Ministère s'engage donc à

Court-terme à:

- Faire la promotion du plan et en défendre le budget près du Ministère des Finances;
- Elaborer un plan d'amélioration des conditions de travail du personnel du Ministère;
- Développer et exécuter le plan d'incitation au succès, tel que offrir aux travailleurs des primes d'éloignement, des facilités de traitements, et une amélioration de leurs conditions de logement;
- Développer et implanter graduellement les systèmes d'information sanitaire et de contrôle de qualité;
- Former les équipes départementales en administration et gestion.

Moyen-terme à:

- Poursuivre la formation des responsables des départements sanitaires;
- Entreprendre la réforme hospitalière et la formation en gestion des responsables d'hôpitaux;
- Poursuivre l'implantation des systèmes d'information sanitaire et de contrôle de qualité;

Long-terme à:

- Entreprendre une étude de faisabilité sur les avantages sociaux destinés aux travailleurs;
- Mettre en place les programmes sociaux.

## 2.8. L'Amélioration de la Disponibilité et de l'Accès aux Médicaments

Cette stratégie répond de la nécessité d'offrir à la population des services de santé de qualité et de coûts abordables, en mettant à la disposition des prestataires de soins des produits pharmaceutiques efficaces et dont l'inocuité est universellement garantie, en priorité les médicaments génériques. Aussi, le Ministère a-t-il conçu de suivre les étapes ci-après décrites en vue de mettre oeuvre cet axe de stratégie:

### Court-terme

- Utilisation de la structure actuelle de gestion du Programme de médicaments essentiels (PROMESS) par toutes les institutions du secteur public et du secteur privé à but non lucratif (ONG), en vue de leur approvisionnement en matériels biologiques et produits pharmaceutiques;
- Formation du personnel en vue de l'utilisation adéquate et de la bonne gestion des médicaments;
- Extension des dépôts périphériques, au moins un (1) par département.

### Moyen-terme

- Poursuite de l'extension des dépôts périphériques (3 par département);
- Redéfinition du statut de la structure de gestion de PROMESS. Utilisation de la structure subsidiaire par 100% des UCS;
- Définition et mise en place de la législation sur l'importation, la distribution et la vente des médicaments.

## 2.9. Une Politique de Ressources Humaines Adaptée

Dans le cadre de la réforme de l'Université d'Etat d'Haïti, des commissions seront dépêchées près des corps enseignants et des étudiants de la Faculté de Médecine, de la Faculté d'Odontologie, des Ecoles nationales d'Infirmières et d'Auxiliaires en vue de proposer aux Ministères et autres autorités concernés un plan de refonte en profondeur.

Les curricula de ces écoles ne répondent que partiellement aux besoins de la population haïtienne. Les étudiants ne reçoivent qu'une formation élémentaire en Santé communautaire et en Administration ou gestion sanitaire. Aucun cours en Techniques de recherche ne leur est dispensé. Leurs premiers contacts avec les problèmes majeurs de santé publique se situent souvent après qu'ils ont été diplômés.

La refonte attendue devra prendre en compte ces considérations et proposer des modèles de formation et des curricula adaptés aux réalités du pays. Le Ministère continuera son programme de formation post-universitaire ou de spécialisation à l'étranger. Cependant, la formation locale, en cours d'emploi, sera davantage favorisée, ceci pour le bénéfice d'un

plus grand nombre de professionnels et techniciens haïtiens.

En ce qui a trait aux professeurs titulaires et suppléants des Facultés et Ecoles Supérieures des Sciences médicales, les critères de recrutement seront révisés et tiendront compte de leurs qualifications, de leur compétence et expérience pédagogiques, ainsi que de leur disponibilité, élément fondamental à l'encadrement des étudiants. Les professeurs titulaires seront astreints à entreprendre chaque année un certain nombre d'études ou de recherches dans leur domaine d'expertise, afin de pouvoir conserver leur chaire. De même, il leur sera fait obligation de renouveler leur licence à intervalle régulier par leur participation à un programme d'éducation continue. Ceci se fera dans le cadre d'un programme de coopération technique, d'échanges et d'affiliation avec des universités étrangères.

En outre, la nouvelle politique, prônant une approche participative dans le processus de planification et d'exécution des activités de santé, il est impératif d'utiliser les services de leaders naturels locaux, en particulier les Agents de santé et les Matrones, qui devront constituer le premier échelon du système sanitaire de référence. Une condition fondamentale à leur parfaite intégration dans le système est qu'ils soient formés et dotés de matériels et équipements leur permettant d'administrer les soins de base à leur population de desserte.

Le Ministère entend donc suivre ces étapes:

#### Court-terme

- Conjointement avec les responsables du Rectorat de l'Université et des sus-dites écoles, élaborer les termes de référence de la Commission de Réforme, lesquels devront inclure la révision des curricula, la définition des critères de recrutement des professeurs.
- Appointer et mandater les membres de la commission;
- Inventorier, former et/ou recycler les agents de santé et les matrones qui auront à travailler dans l'aire des premières UCS mises en place;
- Former en administration de la santé et en gestion des responsables d'UCS, d'hôpitaux et des départements sanitaires;
- Former des agents en techniques de réparation bio-médicale.

#### Moyen-terme

- Continuer la formation des agents de santé et des matrones;
- Exécuter, après son acceptation, la proposition de réforme, incluant la formation pédagogique des enseignants;
- Renforcer les structures de l'HUEH et du Ministère en vue de l'encadrement des étudiants;
- Sanctionner les études médicales et paramédicales par une thèse de sortie ou un examen d'Etat, selon le cas.

## Long-terme

- Doter la Faculté de Médecine d'un laboratoire permettant de faire des activités de recherches;
- Doter l'HUEH d'une unité spécialisée dans la réparation des appareils bio-médicaux;
- Continuer, au besoin, la formation des agents et des matrones<sup>2</sup>;
- Mettre en oeuvre un programme de recyclage en vue de la re-certification des membres du corps professoral titulaires de chaire, principalement ceux de la Faculté de Médecine et de la Faculté d'Odontologie.

### 2.10. La Recherche au Service de la Population

S'il est certain que le niveau de santé de la population haïtienne ne peut pas être amélioré de façon significative sans un relèvement socio-économique de la nation, il est tout aussi vrai que les progrès dans le domaine de la santé ne sauraient être réalisés sans l'utilisation optimale des idées nouvelles acquises résultant des recherches.

Les résultats des recherches menées dans le monde contribuent certes à faire progresser la santé en Haïti. Cependant, compte tenu du rôle déterminant de l'environnement physique humain et socio-culturel sur la santé, il est important que des recherches soient conduites en Haïti pour répondre à nos besoins spécifiques.

Aussi, le Ministère a-t-il jugé impératif d'établir une politique de recherche nationale dans le but d'améliorer la qualité des soins offerts à la population haïtienne et de faire progresser la médecine.

Les objectifs de cette politique viseront:

- en premier, le contrôle des grandes endémies dont le SIDA, la tuberculose, la malaria, les diarrhées, les infections respiratoires...
- l'amélioration de la santé maternelle et infantile;
- le développement de la pharmacopée traditionnelle;
- l'amélioration de la gestion des soins de santé.

Cette recherche devra être pragmatique en vue d'établir les facteurs de risque liés aux maladies étudiées dans une optique de prévention. Cette recherche devra être aussi opérationnelle et apporter des solutions concrètes en particulier en ce qui concerne la pharmacopée et la gestion. Enfin elle devra utiliser une technologie appropriée c'est-à-dire des méthodes d'investigation non sophistiquées, à la portée des institutions nationales

---

<sup>2</sup>Il est important de souligner que le Ministère ambitionne de pourvoir d'une matrone formée et équipée chacune des localités du pays.

Pour l'élaboration de ce plan national et l'exécution des recherches, le Ministère tiendra compte des acquis dans ce domaine et collaborera étroitement avec le secteur privé dont certaines institutions ont déjà une expertise certaine dans le domaine de la recherche. Il est impérieux également que la Faculté de médecine soit dotée d'une unité de recherche et que les enseignants soient portés à entreprendre des travaux de recherche.

Sur le plan organisationnel le Ministère, à court terme, mettra sur pied une commission nationale de la recherche formée de professionnels ayant effectivement une formation et une expérience en recherche. Cette commission aura pour tâches d'encadrer le Ministère dans la réalisation des activités suivantes:

#### Court-terme

- l'élaboration du programme national de recherche;

#### Moyen- et long-terme

- la préparation d'un code d'éthique pour protéger les droits des individus et de la communauté;
- la protection des droits intellectuels des chercheurs haïtiens;
- l'évaluation de ce programme.

Cette commission aura également pour rôle d'encadrer les législateurs en matière de réglementation de la recherche en Haïti.

En vue de l'exécution de ce plan de recherche, le Ministère entend à:

#### Court-terme

- se doter de la compétence et de la capacité logistique à mener ces recherches;
- identifier les institutions compétentes du secteur Privé, et les contracter pour la conduite de recherches ou études spécifiques; à

#### Moyen- et long-terme

- planifier et exécuter études et recherches; en utiliser les résultats pour la prise de décisions.

## 2.11. Une Législation Défendant les Intérêts de la Population

Ayant hérité d'un passé où l'état haïtien avait essentiellement une fonction répressive, le gouvernement actuel se trouve investi de la mission de mettre en oeuvre une législation visant à protéger le citoyen haïtien et en particulier sa santé.

Les domaines à couvrir sont vastes. Néanmoins, le Ministère juge impérieux pour les cinq prochaines années de faire voter des lois visant:

De façon générale:

- à garantir le droit à la santé de tout Haïtien. Cela implique la nécessaire assistance à toute personne dont la vie ou la santé sont menacées, en quelque lieu du territoire et quel que soit son statut social.

De façon spécifique:

- à protéger la femme enceinte, la parturiente, les enfants de 0 à 4 ans, ceux âgés de 5 à 15 ans et en particulier les écoliers;
- à réglementer l'établissement et le fonctionnement des institutions sanitaires en vue d'assurer une meilleure couverture géographique et de garantir la qualité des soins;
- à régir la pratique de la médecine dans le but de protéger les citoyens sur le plan social, économique et scientifique;
- à réglementer la commercialisation des substituts au lait maternel;
- à réglementer l'importation, la distribution et la vente des médicaments et des drogues d'une manière générale;
- à protéger l'environnement en particulier en ce qui concerne la gestion de l'eau et la disposition des excréta;
- à assurer l'hygiène alimentaire tant dans les abattoirs que dans les points de commercialisation et de distribution des aliments.

Ces lois doivent être impératives et comporter des sanctions pénales précises

Il est nécessaire que le plan quinquennal soit investi d'un caractère légal sanctionné par le corps législatif et qui fait obligation à tout gouvernement de l'appliquer, d'y allouer les ressources nécessaires et de ne pas le révoquer sans un décret émanant du corps législatif. Il appartient au Ministère de la Santé Publique et de la Population de se doter d'une unité capable de proposer ces lois au corps législatif, de veiller à leur mise en application et de les tenir à jour. En pratique le Ministère demandera à tous les corps professionnels spécialisés de lui faire des propositions. Ladite unité devra maintenir le contact avec ces différents corps professionnels pour les informer et obtenir leurs suggestions.

Le Ministère se propose donc à:

Court-terme

- de présenter au Parlement et obtenir la ratification de la politique nationale de santé, du plan quinquennal et de la nouvelle loi organique du Ministère.

Moyen- et long-termes

- d'élaborer, avec le concours de Juristes compétents en la matière, les propositions de lois à soumettre au Parlement.
- Les faire appliquer, une fois votées.

## VI. ACTIVITES À ENTREPRENDRE

Dans le cadre du Plan Quinquennal 1996 - 2000, et en vue d'atteindre les objectifs fixés, le Ministère de la Santé Publique et de la Population se propose de mener, à l'échelle national et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, en étroite collaboration avec tous les secteurs concernés, un ensemble d'activités dont les unes visent à renforcer les capacités de fonctionnement et de gestion des différentes structures impliquées dans l'exécution du plan, les autres consistant en la fourniture même des soins et/ou services de santé à la population.

### 1. Niveau Central

Le niveau central s'entend de l'ensemble des structures politiques, administratives et techniques qui forment le Ministère de la Santé Publique et de la Population et qui siègent à Port-au-Prince. Les structures organisationnelle et fonctionnelle du Ministère figurent en annexe.

Trois grands volets d'actions seront entrepris par le Ministère tout au long de la période d'exécution du plan. Il s'agit de ce qui suit:

#### 1.1 Infrastructures

Comme indiqué dans le document du Ministère portant le titre: Santé - Document de Base de l'EERP, 1995, ce volet comporte deux catégories d'activités distinctes mais complémentaires à savoir:

- 1.1.1. La réparation et/ou réhabilitation des infrastructures du niveau central du MSPP;
- 1.1.2. L'achat d'équipements et de fournitures.

#### A court-terme:

- Les bureaux centraux du Ministère seront rénovés. La réhabilitation portera sur le réaménagement spatial des différentes directions, la remise à neuf de leurs systèmes hydrauliques et électriques, ainsi que sur l'amélioration (upgrading) de leurs systèmes de ventilation et de sécurité. Ces bureaux seront dotés de matériels et équipements permettant le fonctionnement optimal des employés. Il en sera de même des autres directions centrales et des directions départementales.
- Le Ministère procédera par appel d'offre à la sélection de firmes d'architecture et de construction pour l'exécution des ouvrages. La supervision des travaux sera assurée par le service de génie du Ministère

- Les services compétents du Ministère développeront des plans d'acquisition (procurement plans) du matériel et des équipements nécessaires au bon fonctionnement des institutions. L'acquisition elle-même sera confiée soit à l'OPS/OMS ou à l'UNICEF, soit à des agents ou firmes privés spécialisés.

Certaines activités sous-jacentes (études de faisabilité, inventaires des besoins en infrastructures et équipements, etc.) ont déjà démarré avec le support financier de nombreux partenaires internationaux, notamment ceux qui ont endossé l'EERP (l'OPS/OMS, le FNUAP, l'UNICEF...) et le PURE (BID). Des travaux de réhabilitation physique de plusieurs établissements sanitaires seront bientôt lancés avec l'appui financier du Programme PL 480, Titre II.

#### A moyen- et long-termes:

- Dans les communes identifiées comme étant dépourvues d'infrastructures sanitaires de base, le Ministère avec l'apport des bailleurs, en particulier les banques (BID et Banque Mondiale), fera ériger la structure jugée la plus appropriée (dispensaire; centre de santé ou centre de santé avec lits).

Les directions centrales compétentes apporteront leur appui et fourniront l'encadrement nécessaire aux départements sanitaires.

### 1.2. Renforcement Institutionnel

Cette rubrique comporte différentes catégories d'interventions les unes aussi importantes que les autres. Il s'agit de:

#### 1.2.1. L'appui à la décentralisation:

A travers son projet IDA/Banque Mondiale, le Ministère se propose de financer l'implantation d'une vingtaine d'UCS dans les départements de l'Ouest et du Sud-Est. Dans le cadre du PURE, il existe des provisions en vue de l'implantation d'une quarantaine d'autres UCS dans les départements du Nord-Est, du Nord, et du Nord-Ouest. Le projet HS2004 financé par l'USAID appuiera la mise en place et le fonctionnement de 20 UCS dans les départements du Sud, du Centre et de l'Artibonite et de la Grand-Anse, ou dans tout autre endroit désigné par le MSPP. La contribution financière de l'Union Européenne sera aussi affectée au renforcement institutionnel tant au niveau central qu'au niveau périphérique.

#### A court-terme:

- Le Ministère implantera deux (2) UCS dans chaque département sanitaire et deux autres dans l'aire métropolitaine de Port-au-Prince.

A moyen-terme:

- En moyenne, 60 UCS seront implantées à travers le pays.

A long-terme:

- Le Ministère ambitionne d'implanter un maximum de 133 UCS, correspondant au nombre total de communes.

Comme mentionner dans le chapitre des axes stratégiques du Plan, le Ministère prévoit de doter chaque UCS d'un centre de santé à lits fonctionnel.

Avec les ressources du Fonds d'Assistance Economique et Sociale (FAES), le Ministère facilitera, avec la participation active de la main d'oeuvre locale, qualifiée ou non, la réhabilitation des dispensaires et centres de santé, et dotera les institutions sanitaires de moyens matériel ou financier permettant la mise en place et le fonctionnement harmonieux de leurs Conseils d'Administration.

Le Ministère recherchera activement la participation de toutes autres organisations internationales, notamment l'Agence Canadienne pour le Développement International (ACDI), le Fonds d'Aide à la Coopération (FAC) du Gouvernement Français et la GTZ de l'Allemagne.

1.2.2. La mise en place d'un système d'information sanitaire (SIS)

Cette activité revêt la plus haute importance pour le Ministère de la Santé Publique et de la Population. Les données générées au niveau des institutions sanitaires doivent être traitées et analysées avec la plus grande célérité et rigueur scientifique de manière à faciliter la prise de décisions prompte et appropriées.

A court-terme:

Le Ministère sollicitera, dans le cadre de son projet HS2004, l'assistance technique du "Centers for Disease Control and Prevention" (CDC) en vue de l'implantation d'un système de surveillance épidémiologique et la mise en réseau des départements et de la direction centrale. L'assistance pratique de la Représentation de l'OPS/OMS en Haïti et de l'Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) sera aussi sollicitée.

Spécifiquement les activités à entreprendre sont:

- Définition et mise en place d'un système de surveillance épidémiologique simplifiée au niveau primaire;

- Définition et mise en place d'un système de données sur les activités sanitaires, les statistiques médicales et hospitalières;
- Définition et mise en place d'un système de données sur les institutions et sur les ressources humaines et matérielles;
- Définition des flux pour permettre l'analyse, la distribution et l'utilisation intégrée de l'information;
- Informatisation des différents systèmes au niveau central;
- Revue de la littérature existante: EMMUS II de l'IHE, autres enquêtes récentes de l'OPS/OMS, de GHESKIO, de la AIDSCAP et de l'IPPF.

A moyen-terme:

- Définition et mise en place d'un système de surveillance renforcé par postes sentinelles au niveau des CAL et hôpitaux de département;
- Révision des systèmes définis précédemment;
- Informatisation des différents systèmes au niveau départemental.

Bien évidemment, il sera nécessaire d'associer à ces systèmes de routine, des enquêtes transversales, en particulier pour la nutrition, les indicateurs démographiques et de mortalité.

### 1.2.3. Le développement des ressources humaines

Comme indiqué au chapitre des axes stratégiques du Plan, les personnels de santé doivent être formés de manière à fournir à la population des services adaptés aux réalités sanitaires du pays. Le Ministère mettra l'accent sur la formation locale. Certaines formations seront faites à l'étranger quand la compétence locale n'est pas disponible. Il s'agit spécialement de la formation de formateurs en techniques pédagogiques, la formation en technique de réparation bio-médicale, et la formation en gestion hospitalière.

A court-terme:

- Le Ministère à travers la Direction de Développement des Ressources Humaines (DDRH) développera, en collaboration avec les responsables des départements sanitaires, un plan de formation et de remise à niveau des employés du Ministère. Un prérequis à cette activité est l'inventaire des besoins du personnel en formation;
- Le Ministère, à travers la collaboration de deux universités étrangères amies (l'Université de Montréal et Boston University), tiendra des cours de formation en Économie et gestion des ressources, à l'intention des Directeurs

et Administrateurs des départements sanitaires.

- Le Ministère entreprendra auprès de certains bailleurs (USAID) les démarches nécessaires en vue de la formation aux États Unis d'Amérique de sept (7) techniciens-bio-médics, deux (2) formateurs dont un (1) de la DDRH et un (1) de la Faculté de Médecine en techniques pédagogiques.

A moyen- et long-termes:

- La DDRH développera et maintiendra à jour une banque de données sur les compétences du Ministère;
- La DDRH veillera à ce qu'il soit assuré des cours de formation continue au niveau des Facultés de Médecine, d'Odontologie et des autres Écoles supérieures publiques et privées d'enseignement des Sciences médicales.

Il est extrêmement important de rappeler que, dans le cadre de la décentralisation du système sanitaire haïtien, il reviendra aux équipes responsables des départements d'effectuer les sessions de formation en cascade de leurs personnels de santé ou d'acheter, pour ce faire, les services d'institutions privées compétentes.

1.3. Soutien à des Programmes Spécifiques

Au delà de son rôle normatif et en vue d'assurer l'efficacité du système sanitaire national, le Ministère se fait le devoir d'accorder un soutien direct à des programmes ou activités spécifiques. Cette assistance se traduira par:

1.3.1. Le renforcement du système de gestion des médicaments et fournitures.

A court- et moyen-termes,

- Avec l'assistance technique de l'OPS/OMS et de Pharmaciens sans Frontière, le Ministère procédera à la formation du personnel préposé à la gestion et au contrôle des produits pharmaceutiques, du matériel biologique et autres fournitures.
- Des dépôts périphériques seront érigés, en moyenne trois (3), par départements.

### 1.3.2. Le développement des activités de nutrition

Le Ministère a élaboré des fiches techniques devant permettre l'exécution à tous les niveaux du système sanitaire des activités de nutrition à l'intention des groupes vulnérables de la population. Ces fiches techniques sont présentées en annexe.

#### A court-terme,

- Avec l'assistance de l'UNICEF, le Ministère fera l'acquisition d'intrants nécessaires à l'exécution des activités de nutrition, tels que les micronutriments (capsules et solution concentrée de vitamine A, tablettes de fer/folates, capsules d'huile iodée, balances, infantomètres, toises, rubans métriques, hémoglobinomètres, etc.
- Les institutions sanitaires des UCS implantées seront dotées en matériels et équipements.

#### A moyen- et long-termes,

- Toutes les institutions sanitaires seront équipées et dotées de la capacité d'encadrer directement les familles haïtiennes dans le cadre d'un programme multisectoriel de sécurité alimentaire.
- Le Ministère entreprendra avec les institutions spécialisées des enquêtes transversales sur la nutrition.

En conclusion, d'importants jalons ont été déjà posés qui devront faciliter l'exécution à court- et à moyen-terme de la plupart de ces activités. De son niveau hiérarchiquement le plus élevé, le Ministère apportera sa contribution directe au processus de décentralisation, à travers la sensibilisation des autres officiels du Gouvernement aux notions d'équité et de justice pour un meilleur accès à la santé, et aussi à travers la promotion de l'UCS. Les structures techniques et de planification du Ministère auront la charge de coordonner l'exécution de ces activités.

## SECTIONS ET CHAPITRES A DEVELOPPER:

### DU CHAPITRE VI. LES SECTIONS SUIVANTES:

- 1.2.4. L'établissement de normes et procédures  
(A développer par les chefs de Direction: DTP, DS, DAF)
- 1.2.5. La supervision et le suivi des opérations (DTP, DS, DAF)
- 1.3.3. L'appui au développement du programme Eau, Assainissement et Infrastructures sanitaires (POCHEP, DPEE)

## 2. Niveau Départemental

### 2.1. Infrastructures

### 2.2. Renforcement Institutionnel

### 2.3. Dispensation des Services de Santé à la Population

#### 2.3.1. Paquet Minimal de Services

#### 2.3.2. Soins Hospitaliers

- a) Niveau Secondaire
- b) Niveau Tertiaire

## CHAPITRE VIII. CHRONOGRAMME

## CHAPITRE IX. BUDGET

## 略称と記号のリスト

ii

ACDI : カナダ国際開発事業団	ADRA : アドヴェンティス開発援助事業団
AMH : ハイチ医療協会	AOPS : 保健衛生民間事業協会
BID : 全アメリカ開発銀行	CAL : ベッドのある保健衛生センター
CAMEP : 首都圏飲料水供給施設	CDS : 開発・保健衛生センター
CRS : カトリック救助サービス	CSL : ベッドのない保健衛生センター
DAF : 行政・財務局	DDRH : 人的資源開発局
DPEE : 計画策定・評価・疫病学局	DS : 治療局
DTP : プログラム技術局	EERP : 緊急経済復興プログラム
FAC : 協力援助基金	FAES : 経済・社会援助基金
FNUAP : 国連人口基金	g/l : リットル当たりグラム
HUEH : ハイチ国立大学病院	IDA : 国際開発協会
IHE : ハイチ児童研究所	IHSI : ハイチ統計・情報研究所
IRA : 急性呼吸器感染	MSP : 公衆衛生・人口省
MST : 性的伝染病	OPDES : 災害事前・救援組織
OMS : 世界保健機構	ONG : 非政府系組織
OPS : パンアメリカン保健衛生組織	PNB : 国内総生産
PROMESS : 基礎医薬品プログラム	PURE : 経済再建緊急プログラム
SIDA : 後天性免疫不全症候群	SNEP : 国立飲料水サービス
UCS : 保健衛生共同体単位	UNICEF : 国連児童基金
USAID : アメリカ国際開発事業団	VIH : ヒト免疫不全ウイルス

iii

	内容目次	ページ	iv
前書き		i	
略称と記号のリスト		ii	
内容目次		iv	
I. 序論		1	
1. 変化の社会・政治的背景		1	
2. 五カ年計画の法的枠組み		2	

II. ハイチ国の保健衛生状況の分析	4	
1. 社会保健衛生問題	4	
2. 保健衛生システム：利用可能な諸資源と各種サービスの利用	5	
III. 保健衛生政策の概念的枠組み	10	
1. 一般的言表	10	
2. 国家保健衛生政策の目的と諸目標	10	
IV. 保健衛生五カ年計画（1996—2000年）の目的と諸目標	11	
1. 計画の目的と最終目標：言表と一般的枠組み	11	
2. 計画の一般のおよび特殊的諸目標	12	
V. 保健衛生五カ年計画（1996—2000年）の戦略基軸	14	
1. 一般式戦略	14	
2. 特殊的戦略の基軸：		
2. 1. 共同体の参加	14	
2. 2. 保健衛生システムの分権化	15	
2. 3. 保健衛生地図の合理化	18	
2. 4. 保健衛生関連費用の分担の改善	19	
2. 5. セクター間およびセクター内部での調整	19	
2. 6. サービス業務の統合化——最低サービス単位の提供	20	
2. 7. 保健衛生サービスの運営と管理の物的手段の改善	22	
2. 8. 医薬品の常備とアクセス可能性の改善	24	
2. 9. 妥当な人的資源政策	24	
2. 10 国民に役立つ研究	25	
2. 11 国民の利益を擁護する立法措置	28	
VI. 企画すべき諸活動	30	v
1. 中央レベル	30	
1. 1 インフラストラクチャー	30	
1. 1. 1 建物の修理および／または修復	30	
1. 1. 2 設備と供与物品の購入	31	
1. 2 制度的強化	31	
1. 2. 1 地方分権化への支援	31	

1. 2. 2	保健衛生情報システムの設置	3 2
1. 2. 3	人的資源の開発	3 3
1. 2. 4	基準の設定と手続き	3 4
1. 2. 5	作業の監督と追跡調査	3 5
1. 3	特殊プログラムへの支援	3 6
1. 3. 1	医薬品と供与物品の管理システムの強化	3 6
1. 3. 2	栄養摂取活動の発展	3 6
1. 3. 3	飲料水・清掃・保健衛生インフラストラクチャー のプログラムの発展に対する支援	3 7
2. 県レベル		
2. 1	インフラストラクチャー	
2. 2	制度的強化	
2. 3	保健衛生サービスの国民への供与	
2. 3. 1	最小限の内容を描えたサービス	
2. 3. 2	診療ケア	a) 第二レベル      b) 第三レベル

VII. 論理的枠組み	VIII. 時系列表示	IX. 予算	補録
-------------	-------------	--------	----

## I. 序論

0 1

### 1. 変化の社会的・政治的背景

ハイチ国人民は長きにわたって独裁的政治体制によって支配され、そのもっとも耐えがたい肉体的・精神的暴力を被ってきた。どの年齢層も、どの生理学的範疇も、どの人間階級も、拷問者たちの大義へのシンパサイザーでないかぎり、いや彼らでさえも往々にして、これらの権力の保有者たちに雇われた武装集団の暴圧を免れたものはいなかった。

人民はたしかに被害を被ったが、しかし彼らは何といっても抵抗したのであった。1986年の初頭に人民は目覚めて、「いや、もうたくさんだ!」と言ったのである。そして当時の権力が不可能と思ったことが可能になった。すなわち、権力は人民によって転覆されたのだ。

それは解放であり変化であった。しかしそれはまた、勝利が引き起こした熱狂でもあった。

しかしながら、敵は機会を窺っていた。1987年に敵はまたしても、投票用紙を手にした人民を大量虐殺したのだ。人民はもはや何らの権利も持たなくなった。

わが国の市民は信仰心の深い人民であり、ある種のカリスマ的なリーダーたちが人民の

理解する言葉を語る（この言葉は決して諦念の言葉ではない）教会やその他の場所に熱心に足を運ぶ。それゆえ共同的生活が隠密のうちに再開され、希望が蘇るのである。

ハイチ人はおそらく文盲であるが愚かではない。広大な穀物プランテーションを信じさせ、少なくとも日に一度は食べ物を与え、そして、仕事を確保するという、それまで誰もハイチ人に行ったことのなかったような約束にもかかわらず、1990年12月16日、ハイチ人は民主主義のために大挙して賛成票を投じたのである。

公然のまたは仮装した敵は機会を窺っており、ハイチ人が9ヶ月以前にあのように雄弁に表明した変化への権利をまたもや戦慄すべき流血の惨事によって蹂躪した。生まれつつあった民主主義は強打を食らわされたのであった。

しかしである、人民はおそらく文盲ではあろうがしかし愚かではない。リーダーの受動的抵抗への支援の声は聞かれそして広範囲の支持を得た。これはもちろん、壮絶無比の苦しみを対価としてであった。

人民はその3年後にはさらなる勝利を収めた。憲法秩序が確立され、民主主義が復活したのである。人民は、そのための厳しい闘いを行った変化を待っているのである。しかしながら状況はまだ極度に脆弱である。傷口には包帯が必要であり、このためには、旧秩序の永久的な転覆と民主主義の時代の永遠の創始（そして民主主義とともに経済的・社会的発展の時代の創始）とのために企てるべき事業の正当性を確信している有能な男女が必要である。

保健衛生国家政策ならびにこれから生じる各種の事業計画とプログラムは、以上のような背景を有しており、個性と社会正義そして連帯という諸原則に立脚しているのである。

02

2000年までに可及的最大多数の人々に健康を！これが、保健衛生五カ年計画（1996—2000年）を通じて明確に表明されたハイチ共和国政府の決意である。

## 2. 五カ年計画の法的枠組み

人間諸制度の歴史がわれわれに示すところによれば、保健衛生事業は常に変わらず法律規則の対象でありつづけた。保健衛生従事職員・専門家および治療師は、たとえ極めて原始的なものであっても立法措置による規制を受けていた。現代では、保健衛生関連行為の全体に適用される法律規則の全体としての保健衛生法はかなりの広がりを持つようになっている。社会の発展は、健康に対する権利を主張する諸個人の願望と、この分野での国家の権利と義務とに、同時に対応するものである。

保健衛生法は、すべての国家・あらゆる政府の保健衛生政策の不可欠の内容をなす。ハ

イチ国における保健衛生は、その対象と最終目標とにより、極めて多様な法律規則の全体を包含している。保健衛生法はいくつかの側面について分析することが可能である。

次の3つの大きい範疇の規則がそこに共存している：

- 1——第一に、保健衛生の対象にかかわるかぎりでの保健衛生事業についての法律規則
- 2——次に、保健衛生の分野で事業を行う公共サービス機関を組織する規則
- 3——最後に、人間の行為。これは必然的に、保健衛生専門家と患者と住民といった諸個人間の関係を含む。

保健衛生をその法的枠組みのなかに適正に位置づけるために、当該問題を扱うさまざまな法律（必ずしもすべてが現行のものとは限らないとはいえ）を掲げておくのが適当である。

#### A——国際的観点から

二国間または多国間の国際協定・合意・条約に触れなければならない。世界保健機構は保健衛生に関連して一定の規則制定の権限を有している。これらの国際保健衛生関連規則は加盟諸国を結び付けるものである。

#### B——国内的観点から

1987年のハイチ国憲法は、基本的権利を扱った第II章の中の、生存権を扱ったセクションAにおいて次のように規定している：

「国家はすべての市民に対して、普遍的な人権宣言に則って、生存・健康への権利を保障する絶対的な義務を有する。」

国内法の枠内では、保健衛生にかかわる諸規則は機構法律と行政規則に分かれる。これらの規則は多岐にわたる。

当該分野の最初の法律は1906年9月16日付けに遡り、この法律は精神病院と癲病院を設立した。第二の法律は1919年2月24日付けのものであり、これは国立公衆衛生サービスを創設した。

機構法律に関連するものとしては次のものに言及しなければならない：

公衆衛生部を創設した1945年9月12日付けの政令、および、当該部の権限と業務組織を定めた1945年11月22日付けと23日付けの政令。

当該部を公衆衛生・人口部に改組した1957年10月31日付けの法律、および、住民サービスの諸目標を規定した1962年3月9日付けの命令。これ以後当該部の再組織に関係する複数の法律が制定された。また、1983年11月28日付けの命令は、当該部を「公衆衛生・人口省」と改称したが、この名称が現在でも使われている。

行政管理を規制する法律テキストは多数である：

もっとも古い法律は1876年11月14日付けのものであり、当時施行されていた保健衛生規則の実施を監督することを目的とした港湾における衛生検査の法律にかかわるものである。1919年2月24日付けの法律は、生鮮食品および一般的な衛生関連品目の販売・生産・保存を規制する諸条項を含んでいる。公共行政機関における諸機構の統一化にかかわる1982年9月19日付けの法律が、日付け順で最後の法律テキストである。

その他の法律テキストは、ハイチ国内での医療職業の教育と実行の諸条件を規定している。

すでに1920年に臨床薬剤師に対して免許が交付されている。医学・歯科学・薬学の実践はさらに1940年7月9日付けの法律によって規制されている。一般的に、公衆衛生・人口省に勤務する保健衛生専門家たちは、1982年9月19日付けの公共職務と文民年金にかんする法律による規制を受けている。

さらに、医療にかんしてその様々な側面をカバーする一連の法解釈が存在している。ハイチ国の立法は保健衛生にかんする違反行為についての法律条項を用意している。

## II. ハイチ国の保健衛生状況の分析

04

### 1. 社会保健衛生問題

ハイチ国の人口は1995年度には700万人に達する見込みである。人口は年率2%近くのテンポで増加を続けている。人口中の約40%が15歳未満である。妊娠可能年齢の女性は総人口の25%近くを占めている。急速な都市化率にもかかわらず、ハイチ国民の70%はいまだに農村地帯に居住している。

わが国は80年代以来深刻な経済危機に直面している。1991年度には380米ドルと見積もられた一人当たりの国内総生産高(PNB)は、1975年のレベルすなわち250米ドルに低下している。失業と雇用不足が長期化している。住民の半数以上が文盲であり、女性のこの比率はさらに高い。環境・清掃・飲料水にかかわる諸問題は深刻である(世界保健機構の評価によれば、飲料水配給網は1991年から1994年までのあいだに30%減少させている)。栄養摂取は質的にも量的にも不適切であり、日平均エネルギー摂取量は一人一日あたり2010キロカロリーすなわち必要熱量の94%と見積もられている。

以上の結果は、最近若干の改善が見られたにもかかわらず、危機的な保健衛生状況である。情報システムが十分に機能しておらず正確なデータを提供することができない。とはいえ、以下の保健衛生諸指標が一般的に受け入れられている：

- 粗死亡率は1990年度には13%と見積もられる
- 出生時余命は55年である
- 幼児死亡率は生存分娩1000件につき74である
- 小児死亡率は56%である
- 総合出生力指数は女性一人当たり子供4.8人である
- 出生時産婦死亡率は生存分娩1000件につき4.6件である。

以上の統計数字は北半球の中で最悪のものである。南米やカリブ海の諸国は平均して出生時余命67年、小児死亡率は39%、また、小児死亡率は50%を記録している。ジャマイカとキューバでは出生時産婦死亡率はそれぞれ生存分娩1000件につき1.2件と0.4件である。

罹患・死亡率について言えば、貧困化、周辺環境の不衛生な状態、人々が離婚状態の中で居住していること、これらに無知などその他の有害な要因が加わって、伝染性・寄生虫性・欠乏性の疾病の罹患・有病率が高い値を示している。実際、

——新生児1000人のうち131人は5歳の年齢に達しない。乳幼児に突発する死亡の半数が下痢と呼吸器感染によるものである。

——3歳以上の小児の約40%が年齢のわりには体位が劣っている。これらの小児は慢性的な栄養障害に陥っている。重度の栄養障害は北部諸島の6%から南部諸島の3.5%までの幅がある。出生時の小児の過少体重の出現率は15%と見積もられている。

——女性のうちの35%から40%が血液1ℓあたりのヘモグロビン含有率が11g未満である。

——下痢（小児1名につき年間7種類の予期せぬ偶発症状）や腸チフスのような水性伝染病は極めて高い罹患率を有している。

——結核の罹患率は5%と見積もられている。エイズ患者の半数が結核にかかっている。

——エイズ感染率は都市部で8%から10%である。農村部での感染率は1991年の政治危機以来1%から4%に上昇した。女性の感染率も男性とほとんど同じである。

——梅毒もまた広く蔓延しており、ワッセルマン反応陽性率は都市部の性的に活動的な住民の6%から8%である。

——マラリアは国土の80%に広まっている。極めて幸いなことに、抗マラリア薬のクロロキンへの耐性は現在までのところ報告されていない。

——疫病は頻度が高く繰り返し発生している（1993年には麻疹と腸チフス、199

05

3年と1994年と1995年には炭疽、1994年と1995年には髄膜炎菌敗血症。) )

以上の概観には歓迎できるデータはほとんど無い。しかしながら、小児麻痺の根絶とコレラの不在が目される。とはいえ後者については、その不意の発生のためのあらゆる要因が揃っているということを描き指しておかなければならない。

## 2. 保健衛生システム：利用可能な諸資源と各種サービスの利用

歴史的に見て、ハイチ国の保健衛生システムはこれまで一度として、住民の要求・その諸手段およびその感受レベルに適合したことがなかった。1978年のアルマ・アタの会議以前には、このシステムは本質的に治療を主体とするものであって、設備の劣悪な病院と保健衛生センターのネットワークを基礎としていた。予防サービスはほとんど展開されていなかった。世界保健機構の提案による第一次保健衛生ケアの戦略は、数次にわたる保健衛生関連の優先プログラムを介してハイチ国で適用されたが、国家はこれらのプログラムに対して基金の使用可能性に応じた相対的な重要性を付与した。また、多数の非政府系組織の個々の事業によっても上記戦略は適用された。その結果は要求に対応するものではなかった。

——医療人員の配置率は、住民1000人につき医師1、1名、歯科医師0、4名、看護婦1、2名および補助看護婦2、7名である。しかもこの人員数の分布はきわめて不均等であり、大多数は都市部で勤務している。以上の数字はドミニカ共和国のその8分の1に相当する。

06

——1991年度には、住民のうち40%が第一次保健衛生ケアをまったく受けられない状態であったが、この数字は近隣諸国の2倍に相当する。あらゆる角度から見て、保健衛生サービスのカバー率は現在ではさらにいっそう不十分であると考えざるをえない。インフラストラクチャーの大部分が都市に集中しているのである。

——たとえば1988年度の一時的な改善にもかかわらず、ワクチン投与率は低位のままであり最近10年間は30%の近傍に滞留している。この率は周辺地域の他の諸国では75%を上回っている。

——分娩のおよそ80%は自宅で行われている。

——結核患者のうち治療を始めるのは半数以下であり、しかも40%以上が治癒の前に治療を放棄している。

——下痢症状のある小児のうち経口再水和処置を受けられるのは3分の1(32%)に満たない。この数字は南米諸国では平均して57%である。

En résumé, il est possible d'affirmer que le système de santé haïtien a été pendant longtemps caractérisé par la démission de l'Etat, une législation dépassée, une politique du personnel inadaptée, le non-respect des normes et procédures, le mépris de la médecine dite traditionnelle, le développement anarchique du secteur privé, l'ingérence inappropriée de certains partenaires, une infrastructure inadaptée, une allocation inadéquate des moyens financiers et un système de gestion archaïque. C'est là un constat d'échec patent qu'il convient à l'Etat de relever à brève échéance.

Les tableaux suivants donnent la distribution des personnels et établissements de santé par catégorie et département géographique.

Tableau I

Distribution de la Population et des Personnels de Santé par Catégorie et Département Géographique

1/ Département	2 Médecins	3 Infirmières	4 Auxiliaires	5 Population
1. Ouest	561	527	674	2.302.723
2. Sud Est	21	41	42	443.847
3. Nord	31	52	178	727.612
4. Nord Est	15	11	67	238.784
5. Artibonite	69	33	218	963.105
6. Centre	14	9	105	470.275
7. Sud	30	61	264	631.453
8. Grand Anse	13	22	160	620.673
9. Nord Ouest	19	29	136	399.528
TOTAL	773	785	1.844	6.798.000

Source: Haïti: Institutions, personnels de santé et planification familiale, Dr Emmanuel Adé et al., Juin 1994.

Tableau II

Répartition Géographique des Institutions de Santé selon leur Catégorie

Département	Nombre Total <sup>1</sup> d'Institutions	Hôpitaux	Centres avec Lits	Centres sans Lit	Dispensaires
1. Ouest	233	33	9	82	109
2. Sud Est	36	1	2	4	29
3. Nord	51	1	10	10	30
4. Nord Est	22	1	4	1	16
5. Artibonite	83	4	11	16	52
6. Centre	44	2	1	10	31
7. Sud	70	4	7	8	51
8. Grand Anse	57	2	9	5	41
9. Nord Ouest	58	1	7	4	46
TOTAL	654	49	60	139	405

Source: Santé - Document de l'EERP. Ministère de la Santé Publique et de la Population, 1995

Tableau III

Indices des Personnels de Santé par 10.000 Habitants, Catégorie et Département Géographique

Département	Médecins	Infirmières	Auxiliaires
1. Ouest	2.4	2.3	2.9
2. Sud Est	0.5	0.9	0.9
3. Nord	0.4	0.7	2.4
4. Nord Est	0.6	0.5	2.8
5. Artibonite	0.7	0.3	2.3
6. Centre	0.3	0.2	2.2
7. Sud	0.5	1.0	4.2
8. Grand Anse	0.2	0.4	2.6
9. Nord Ouest	0.5	0.7	3.4
TOTAL	1.1	1.2	2.7

<sup>1</sup> Le nombre d'asiles, neuf (9) au total, n'est pas inclus.

——飲料水サービスは首都人口の37%、地方都市の41%、また、農村部に居住する人口の23%をカバーしているにすぎない。

——基礎清掃業務は都市部では30%、農村地帯では16%の率で実施されている。

また、国家の保有する財政手段も住民の要求に対応するには不足しており、使用方法も適正ではない：

——保健衛生のための国家の努力は最近においては手薄になっており、1985—1986年度総予算の12.5%から1992—1993年度予算の8.2%へと低下している。

——保健衛生関係の国民一人当たりの国家支出は低い水準が続いており、1992年度は約23グルドであった。

——給与支払いに充当されたMSPの予算のパーセンテージは最近数年間上昇しており、1993—94年度には92%に達した。

——この給与支払いのうち、MSPはその33%を、非政府系組織に配属されている国家要員の報酬のために支給しているが、彼らに対しては国家は実質的な監視をまったく行っていない。

要するに、ハイチ国の保健衛生システムは長期にわたって国家が任務を放棄していたことを特徴としていた、と断言することができる。その結果生じたのが次のようなことであった：時代後れの法律、不適切な人事政策、基準や手続きの不遵守、いわゆる伝統医学に対する蔑視、民営セクターの無政府的発展、若干のパートナーの不穏当な干渉、適性を欠くインフラストラクチャー、財政予算の不適当な配分、そして、旧式の管理システム。これが明白な失敗の確証である。国家は早急にこの失敗に適切な処置を取らなければならない。

07

以下の諸表は、カテゴリー・地理上の県ごとの保健衛生人員と施設の配分を示している。

表I カテゴリー、地理上の県ごとの住民と保健衛生人員の配分

〔数字処理〕1. 県 西 南東 北 北東 アルティボニット 中央 南 大アーチ 北  
西 合計 出典：ハイチ、施設、保健衛生人員、および、家族計画、エマニュエル・アデ  
医師その他、1994年6月／ 2. 医師／ 3. 看護婦／ 4. 補助要員／

5. 人口／

表II カテゴリー別の保健衛生施設の地理的分布

08

〔数字処理〕1. 県 西 南東 北 北東 アルティボニット 中央 南 大アーチ 北  
西 合計 出典：保健衛生—EERP文書。公衆衛生・人口省、1995年／ 2. 施  
設の総数<sup>1</sup>／ 3. 病院／ 4. ベッドのあるセンター／ 5. ベッドのないセン  
ター／ 6. 無料診療施設／

Tableau IV

Distribution Proportionnelle de la Population, des Institutions  
et des Personnels de Santé par Catégorie  
et Département Géographique

各县每人口机构, 人员, 卫生人员等之百分比

1 Département	2 Population (% du total)	3 Institutions	4 Médecins	5 Infirmières	6 Auxiliaires
1. Ouest	34%	35%	73%	67%	37%
2. Sud Est	7%	5%	3%	5%	2%
3. Nord	11%	8%	4%	7%	10%
4. Nord Est	4%	3%	2%	1%	4%
5. Artibonite	14%	13%	9%	4%	12%
6. Centre	7%	7%	2%	1%	6%
7. Sud	9%	11%	4%	8%	14%
8. Grand Anse	9%	9%	2%	3%	9%
9. Nord Ouest	6%	9%	2%	4%	7%
✓ TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%

(续前表)

表Ⅲ 住民1000人あたりの保健衛生関連要員、カテゴリー、地理上の県  
 [数字処理] 1. 県 西 南東 北 北東 アルティボニット 中央 南 大アーチ 北  
 西 合計 / 2. 医師 / 3. 看護婦 4. 補助要員 / 5. 精神病院は合  
 計9箇所あるが、このなかには含まれていない。 /

表Ⅳ カテゴリー、地理上の県ごとの、人口、施設、保健衛生人員の比例配分  
 [数字処理] 1. 県 西 南東 北 北東 アルティボニット 中央 南 大アーチ 北  
 西 合計 / 2. 人口(総数の%) / 3. 施設 4. 医師 / 5. 看護婦 /  
 6. 補助要員 /

09

### Ⅲ. 保健衛生政策の概念的枠組み

10

#### 1. 一般的言表

保健衛生国家政策がめざすのは以下の各事項である：

- 公正・社会正義・連帯の諸措置を直ちに一点の曇りもなく適用するというハイチ人民の要求を満たすという国家の意志を実行に移すこと
- すべての市民の保健衛生に対する権利を確立すること
- 当該セクターに投資すべき資本の動員をめざした諸機構の稼働
- 治療的および予防的保健衛生ケアならびに飲料水と清掃のサービスが国民すべてに行き届くようにすること
- 保健衛生活動の計画策定と実施ならびにこのセクターで利用可能な諸資源の管理に共同体の参加を可能にする諸機関の設置を推進すること。

#### 2. 国家保健衛生政策の目的と諸目標

保健衛生政策の最終目標は、複数セクターに跨がる諸事業を実行することによって、ハイチ国民の健康状態を改善し、国内各団体の要求に適合しすべての市民が利用できる全国的な保健衛生システムの最適な運営を実現することである。

国家保健衛生政策は特殊目標として次の事項を掲げる：

- 国民にもっとも広がっている病理とりわけ伝染病と小児と妊産婦の疾患に起因する死亡率と罹患率を引き下げること。
- 妊婦・授乳婦・成長発展期にある子供の食料・栄養補給、教育、環境衛生、安全でない人間行動、等々といった、保健衛生状態の決定要因に優先的に働きかけること。

国家保健衛生政策は1996—2000年度の五カ年計画の実施において十全な適用をみるであろう。この計画の目的と目標・戦略基軸・活動および予算見込みは後に詳述する。

この計画は国家的規模のものであり保健衛生システムのあらゆる階梯において実施されることになっている。計画は次の3つの期限に跨がって実施されるであろう。12ヶ月から18ヶ月の短期。3年間の中期。そして、計画の全期間すなわち5年間をカバーする長期。

#### IV. 保健衛生五カ年計画（1996—2000年）の目的と諸目標

11

##### 1. 計画の目的と最終目標：言表と一般的枠組み

保健衛生五カ年計画（1996—2000年）の枠内で、ハイチ人民の基本的要求を満足させるために、公衆衛生・人口省は次の目標を設定した：

公平・アクセス可能性および住民の参加という枢要な原則を基軸とする保健衛生政策によって定められた大きい方向性に沿って、国民の保健衛生レベルを引き上げること。

当省は、保健衛生にかんする哲学的見解において、保健衛生は、もはや単に疾病が存在しないということではなく、「人間が成長していく環境と、人間の肉体的・精神的・社会的適用」であると考えている。保健衛生についてのこのような見方は、「保健衛生とは肉体的・精神的・社会的な完全な福祉の状態であり、疾病ないし身体障害の単なる不在にあるのではない」、という定義を与えている世界保健機構の見方にかなり近いものである。当省はこのアプローチによって、保健衛生という概念に動的な性格を付与しようとし、すなわち、個人的または集団的行動がより多くの福祉しかも多数の人間のための福祉に向かう触媒となるのである。それゆえ、この事実からして、保健衛生を改善する手段はいつも存在していることになろう。これこそ、当省が、共同体やその他の省および関連パートナーの参加を得て進んでいこうとしている方向である。

公平とアクセス可能性という概念は、どの市民もいかなる差別も受けることなくいかなる場所に居ようとも保健衛生サービスを享受することができるように、倫理・地理・経済という3つの面から理解しなければならない。共同体の参加は、現地レベルでの保健衛生開発活動を各種団体が引き受け永続化させる上での鍵となる要因であるので、能動的に求めなければならない。

当省は、5年の期間中に実施されることとなるプログラム、プロジェクトおよび／または活動のインパクトの指数を定めた。当省はこれらの指数を、社会人口統計的調査および／または外的評価によって計測する意向である。そのインパクト指数とは以下のものである：

- 粗死亡率10%。      ——出生率26%。      ——出生時余命60歳
- 生存分娩に対する幼児死亡率50%      ——小児死亡率35%
- 生存分娩に対する出産時妊婦死亡率1%。

この目標を達成するには、主権を有する民主的権力の絶対的な安定性、特定の法的枠組みのなかでのこの計画の持続的な適用、財政手段と有能で動機のある人的資源および物的資源の調達可能性、これらこの事柄が必要となるであろう。基底の共同体の参加がなければ、（行政・立法・司法・宗教的・世俗的・民間・公共といったあらゆる性格の）わが国のその他の民主的な機構の参加がなければ、手工業者・企業家・専門家の自由な連合体の協力がなければ、おそらく野心的と形容するものは誰もいないであろうこの計画を成功させることはほぼ不可能であろう。しかし、この世紀末と1000年の転換期にあって、事は急を要している。それゆえ、公衆衛生・人口省は、国民生活のあらゆるセクターに向けて、政治的対話と実利的な態度とを呼びかけるのである。これらは2000年という特別の時にわれわれを糾合するに相違ない。可能な限り多数の人々に健康を。これが、ハイチ人民の絶望状態とハイチ国内をあまりにも長期にわたって覆ってきた悪弊に終止符を打つための合言葉である。

## 2. 五カ年計画の一般のおよび特殊の諸目標

定めた目的を達成するために、当省は次のような一般的目標を設定した：

2. 1. 伝染性疾病に起因する罹患率と死亡率を引き下げること
2. 2. 主要な小児疾患と栄養失調に起因する罹患・死亡率を引き下げること
2. 3. 妊娠と出産に関連した罹患・死亡率を引き下げること
2. 4. 外科的救急治療を要する二次的死亡率・罹患率を引き下げること
2. 5. 不衛生と環境問題に関連した罹患率を引き下げること
2. 6. 発生頻度のもっとも高い慢性疾患とりわけ心臓血管疾患と糖尿病に起因する死亡率を引き下げること

以上の各項の基礎にある特殊の諸目標は次の通りである：

### A. 伝染性疾病が問題であるので：

2. 1. 1. 結核の罹患・有病率を50%ほど引き下げる。このために、全国的な治癒率を1997年度からは70%、2000年には治癒率を80%にするという目標を達成できる活動を実行する。
2. 1. 2. マラリアの全国的発生率を30%ほど、この病理に起因する治療中の死亡率を80%ほど引き下げる。
2. 1. 3. MSTの発生率を50%ほど引き下げ、先天性梅毒をなくすこと。
2. 1. 4. 都市部と農村部において、エイズの感染率を1995年のレベルに安定

化させること。

B. 小児疾患と栄養失調が問題であるので：

2. 2. 1. 小児麻疹の根絶状態を維持すること。
2. 2. 2. 麻疹を根絶すること。
2. 2. 3. 新生児破傷風をなくすこと。
2. 2. 4. 6ヶ月から36ヶ月の小児における下痢疾患の発生率を50%ほど引き下げること。
2. 2. 5. 36ヶ月未満の小児における下痢性脱水症に起因する治療中の死亡率を80%ほど引き下げること。 13
2. 2. 6. 5歳未満の小児における急性呼吸器感染（IRA）に起因する治療中の死亡率を50%ほど引き下げること。
2. 2. 7. 5歳未満の小児における成長の遅れの発生率を15%以下に引き下げること。
2. 2. 8. 出生時の体重が2500g未満の小児のパーセンテージを50%ほど引き下げること。

C. 妊娠と分娩に関連する問題であるので：

2. 3. 1. 総合出生力指数を3、5に引き下げること。
2. 3. 2. 産科的救急処置に起因する治療中の死亡率を80%ほど引き下げること。
2. 2. 3. 妊産婦と授乳婦において視察される鉄分と葉酸の欠乏に起因する貧血を50%ほど引き下げること。
2. 2. 4. 妊娠可能年齢の女性における甲状腺腫の発生を予防すること。

D. 外科的救急診療が問題であるので：

2. 4. 1. 救急処置一般に起因する治療中の死亡率を50%ほど引き下げること。
2. 4. 2. 外傷性疾患に起因する治療中の死亡率を50%ほど引き下げること。

E. 環境の不衛生に関連する問題であるので：

2. 5. 1. 汚染水の管理不行き届きと人体衛生の欠如に起因する疾病とりわけ腸チフスと皮膚病の罹患率を50%ほど引き下げること。
2. 5. 2. 環境の汚染に起因する伝染性疾患とりわけ結膜炎と角膜炎の罹患率を50%ほど引き下げること。
2. 5. 3. 寄生虫の体内侵入の罹患率を50%ほど引き下げること。

F. 慢性疾病が問題であるので：

2. 6. 1. 心臓血管疾患と高血圧に起因する治療中の死亡率を50%ほど引き下げること。

2. 6. 2. 糖尿病に起因する治療中の死亡率を30%ほど引き下げること。

上記の諸目標の達成には、保健衛生関連部門の強化、保健衛生共同体単位（UCS）の設置、病院を含む保健衛生インフラストラクチャーの修復、あらゆるレベルにおける保健衛生関連職員の教育訓練、および、保健衛生活動の管理と執行を行うすべての密級に対して1996—2000年の五カ年計画の実現に不可欠の人的・物的資源を割り当てること、が必要な前提となる。

#### V. 保健衛生五カ年計画（1996—2000年）の戦略基軸

14

本五カ年計画の枠内で定められた目的と諸目標を達成するために、公衆衛生・人口省は以下の戦略的基軸を設置しこれを追求する：

##### 1. 一般式戦略

この戦略は基本的に、当省の、保有資産と保健衛生活動を管理しその規範的役割を遂行して国家の権威を再認識させる能力の強化にかかっている。本戦略はまた、公共セクターと博愛的民間団体（ONG）および営利目的を有する民間団体——医療保険会社を含む——のあいだの堅固なパートナーシップ関係の樹立、ならびに、保健衛生セクターが利用できる各種資源の合理的使用のための国際協力諸機関の調整、にも立脚している。

##### 2. 特殊的戦略の基軸

###### 2. 1. 共同体の参加

住民自身が市民の健康を担うことは普遍的に受け入れられた戦略である。この概念は、住民が直面しており世界的な経済危機によって重大化した保健衛生上の諸問題を一方的に扱う能力が国家に欠けていることが判明してから、真摯に受け止められるようになった。この分野においてハイチ国内でなされた様々な経験は、住民の役割が国家の保健衛生政策において明確に定義されさえすれば、保健衛生の発展と保護に積極的に係わっていこうとする住民の意志を明らかにした。

保健衛生省は、住民の保健衛生活動への参加の中でのみならず、これらの活動の計画策定・監視・評価の過程への住民の参加によっても、住民がこの意志を表明するよう奨励する。

公共セクターの主要な保健衛生関連機関の内部に管理評議会を設置することはすでに、団体の参加を実効的なものとするために、当省が保持し確固たるものとしなければならない既得権となっている。

さらに、共同体の参加が活発で期待された効果を生み出すためには、当省が保健衛生セ

クターに関係する種々の協力者の役割を規定しなおしその責任を明確にすることが不可欠である。住民はこれによって、システムの中に自分を位置づけやすくなるであろうし、保健衛生問題の解決策を求めて絶えず住民を動員状態に置いておくために保健衛生についての教育活動が短中期的に実施されるであろうから、その参加はなお一層効率的となるであろう。

短期：

15

- 現地職員を通して、住民に保健衛生プログラムへの参加のための動機を与えること
- 管理評議会とくにUCSと病院のその権限を明確に定め、設置すること
- その他のセクターとともにこれらの評議会のメンバーの養成を奨励すること

中長期：

- 住民が各種資源の動員に貢献するよう促すこと
- 管理評議会が現地の活動の計画策定と追跡調査に参加しやすくすること
- 管理評議会が集めた基金の運用に確実に加われるようにすること。

2. 2. 保健衛生システムの分権化

これの趣旨は、当省の保健衛生政策の大きい方向性を完全に尊重しつつ、保健衛生にかかわる事項の決定・政策の定式化・計画策定および管理の諸メカニズムを、中央段階から県段階へさらには周辺部段階にまで移転することである。この計画の枠内では、地方分権化は、各県の行政・給付諸機構の強化を必然的に含意し、保健衛生共同体単位（UCS）の設置をその基本的内容とするであろう。これらの単位は、住民の積極的な参加とその他のセクターの支援を得て、最小限の内容を揃えたサービスの供与を通して保健衛生業務の全国カバーを実現するという要求に応えることが求められている。UCSの設置のための参照枠組みとして役立つ文書が作成されている。この文書はUCSのコンセプト、その目的およびUCSが立脚する根本原理を定めている。

コンセプトの定義と明確化：

「国家保健衛生政策の戦略的要素であるUCSは、関連住民の参加を得て、特定の地理的区画において保健衛生サービスの定められた総体を最適な形で供与することを目的として、すべての関係者の行動を調整する分権化された保健衛生システムである。」

「UCSは、各県の機構を介して、わが国全土をカバーすることを任務とするネットワークの中の、最小の機能的な保健衛生システムであると理解されなければならない。」

「このネットワークは、以下のように設計された最小限の内容を揃えた保健衛生サービスを供与するために設置される：

16

- 小児の保健衛生の全体的な受け持ち
- 妊娠と分娩および出産育児の保健衛生の適正な受け持ち
- 外科的救急診療の適正な受け持ち      ——伝染性疾病との闘い
- 基礎的歯科ケア                              ——基本医薬品の供与
- 飲料水の浄化と供給                        ——住民参加の保健衛生教育。

「MSPPの保健衛生政策の一般的枠組みによって定められているように、最小限の内容を描えた保健衛生サービスへの基本医薬品の供与を追加することは、わが国全体にわたって適正で統一的な仕方でこれらのサービスと必要な能力を提供するために、これらを規格化するという考慮によって正当化される。住民参加の保健衛生教育を別個に提示することは、共同体が自身の保健衛生を引き受けるようにしようとしている当省にとってこの活動が有する重要性を引き合いに出す必要性を実地に示すものである。保健衛生教育が最小限の内容を描えた保健衛生サービスの各構成要素の不可欠の一部でありつづけていることには何の疑問もない。」さらに、最小限の内容を描えた保健衛生サービスを各地の特殊性に応じて拡充する（とりわけ、精神衛生と暴力の犠牲となった児童の引き受けとを含める）ことができる。

「UCSは以下の基本原則に立脚するものである：

- a) 完全な権利を有するパートナーとしての住民の承認、および、すべてのレベルでの保健衛生活動への住民の全権を有するパートナーとしての参加。
- b) パートナーの複数性。とくに、地域の有力な関係者がUCSを牛耳ることを回避するために必要である。このことは、パートナー各人の役割を明確に定めることを含意する。
- c) 施設の複数性。これは、UCSの域内で、先に定義した各種サービスへの最大限のアクセス可能性を保障するようにするためである。
- d) MSPPの機関としての恒常的な代表性。当省は諸資源の最適利用のためにその規範設定者および仲裁者としての役割を演じなければならない。県の担当班がUCSの設置の原動力かつ推進者とならなければならない。この班は現地レベルではUCSの調整班に依拠するものとする。
- e) システムの一部をなす諸施設をネットワークに組織すること。これは、紹介システムと逆紹介システムの効率そして利用可能資源の最適で合理的な利用を保障するためである。
- f) UCSは、その権限・定義・運営様式において、厚生省の保健衛生政策の一環とならなければならない、この政策に同調しなければならない。

g) UCSは(予算/管理面での) 相対的自立性を与えられていなければならない。この自立性設定のメカニズムは、UCSにかかわる国家予算の割り当て、町村当局やその他の地方代議士や出資者等々とのUCSの関係、を考慮して決定されるであろう。

h) UCSの運営は 正義と公正の諸原則を導きとしなければならない。これらの原則は次のようなその様々の構成要素において理解されなければならない：

——倫理。サービス利用者の権利を害するあらゆる差別を回避するため。

——最小限の内容を揃えた保健衛生サービスに誰でもアクセスできること。

——経済的原則。貧窮者の支払い免除の可能性を含意する。支払い免除のメカニズムは中央レベルによって決定されるが、しかし、その受益者の同定は現地レベルの権限に属する。

地方分権化のプロセスを作動させるために、当省は次のようなシェーマを設定した：

短期 ——中央レベルでUCSの設置支援限定委員会を組織すること

——9つの県においてUCSのための県担当班を設置し訓練すること

——最低限20のUCSを設置すること。

中期 ——UCSの参照枠組みを見直すこと

——UCSの数を60に拡大すること

——UCS( ) 病院の紹介システムと逆紹介システムを組織すること。

長期 ——わが国全体のUCSによる完全なカバーを保障すること。

### 2. 3. 保健衛生地図の合理化

18

計画実施のこの戦略的基軸は地方分権化の必然的な系であると見なさなければならない。実際、人口密度それゆえ(支払い能力の有無にかかわらず)保健衛生サービスに対する需要と、物理的アクセス可能性それゆえサービスの提供と、のあいだに適合性があってはじめて、地方分権化が十分に実効的となるのである。であるから、当省は、そのパートナー各位との密接な協力の下に、需要供給比率を最適化するように、わが国——とりわけ十分にサービスが行き届いていない地帯——に保健衛生インフラストラクチャーを整備することを計画した。既存の保健衛生施設は修復して機能性を回復・維持されることになっている。

この戦略的基軸に対する一つの随伴措置は、人員の欠如している諸施設のために、「過剰スタッフを抱える」保健衛生施設の過度の集中を解除することである。人員の再展開は、調和的な計画に従って、病院から周辺部のセンターに向かって、首都から地方都市と農村地帯に向かって、なされるであろう。

当省は、ハイチ医療協会(AMH)を通じて、営利目的を有する民間セクターの臨床医

に対して、当省の計画の売り込みと社会的マーケティングを行い、本計画の実施に加わるよう彼らを促すであろう。当省は、伝統的臨床医にかんしても同じ措置を取るであろう。

保健衛生地図を合理化するための当省の行動計画の内容は次の通りである：

短期および中期：

——H U E Hと首都圏の保健衛生施設の責任者と会見して、これら施設の過度の集中化の解除とその医療要員・医療関連要員および補助要員の再展開とをプログラムすること

——各県の保健衛生施設の現在のスタッフ配備状況および／または人員需要を評定すること

——これら施設の人員を再展開することおよび／またはそれらに人員を供給すること

——U C Sひとつにつき少なくともベッドのある保健衛生センターを一箇所設置するか、あるいは、既存のセンターの機能性を回復させること。

——既存の15箇所の基本病院を修復しそれらに対して良好な稼働に必要な諸手段を与えること

長期：

——H U E Hが第三次ケア・教育・研究というその三重の機能を果たすようにすること

——カップのジュスティニアン病院とカイの無原罪の御宿り病院とを第三水準に引き上げること

2. 4. 保健衛生関連費用の分担の改善

19

ハイチ国民がその疾病の費用を負担することは明確にされている。国家を含むその他の多くの関係当事者は、その脆弱な財源にもかかわらず、保健衛生事業の財政的支援に多大な貢献を行っているが、しかし実質的な調整が欠けている。そこで当省は、この戦略的基軸を有用ならしめる目的で、以下のシェーマを追求することにしたのである：

短期 ——各地の連帯的な資金調達システム（複数の場合もある）を定めること

——3つのU C Sと3つの病院のレベルでこ（れら）のシステムをテストすること

——その他の施設における費用（とりわけ医薬品についての）の回収を追求すること（諸施設におけるエクステンションはまだこれを実践していない）。

中期 ——現地資金調達システムの見直し

——50%のU C Sに見直ししたシステムを設置すること。

長期 ——100%のU C Sに現地資金調達システムを設置すること。

当省は、可能なあらゆる援助を供与することにより、大学病院（H U E H）経営に責任を有する各当局が、この施設を自律的なものとすることを目指した手続きを再開するよう促すであろう。

2. 5. セクター間およびセクター内部での調整

ハイチ国民が直面している保健衛生上の種々の問題に対処するために、公衆衛生・人口省はマルチセクター的アプローチを特に採用することが必要であると判断した。すべての省と機関のあいだの協調的な行動がぜひとも必要である。とりわけ、女性状態省、情報省、教育省、農業省、公共事業・通信省、社会事業省、および、商業省、さらに、各市当局、国内団体、C A M E P、S N E P、ハイチ赤十字、O P D E S、等々が参加しなければならない。社会問題の解決には、どのレベルであれ各人の責任を巻き込むものである。文化省、環境省、財政省もまた、わが国の保健衛生の保全と発展において果たすべき重要な役割を有している。

他方、当省は、営利目的を有する民間セクターの行動と非政府系組織との調整を保障することを趣旨とする機構を設置するであろう。その目的は、これら組織のサービスの適切な活用を実現し同一の地理的区画において業務が重複して行われるのを回避することである。当省のこれらのパートナーは国家機関の不可避かつ不可欠な補完組織である。

20

それゆえ当省は上記の諸組織の責任者と短期的に会合して、それらの行動の調整機関を設立し協力活動を規制する手続きを設定することを企画している。

当省が各期間中に企図している事柄を個別に述べれば次のようになる：

短期： ——五カ年計画（1996—2000年）を関係各省と機関に提示すること  
——種々の計画の相互調整を図るために各省・機関の協力を要請すること  
——中央と県の各レベルで協力の機関と機構を設立すること

中期： ——民間セクターと非政府系組織の諸事業の調整にリーダーシップを取ること  
——現地レベルとりわけU C Sに調整の機関と機構を設置すること。

長期： ——すべてのパートナーと共に、次期保健衛生五カ年計画ならびにこれから生じるであろう諸事業計画を策定すること。

## 2. 6. サービス業務の統合化——最低サービス単位の提供

予防ケアの供与の垂直的アプローチは、2000年を期したすべての人のための保健衛生という目標を達成すべき忠実な方途ではないことが判明しており、当省も国際社会のパートナーたちも一致してこのアプローチを棄却した。

こうして当省は、国民に供与すべきケアの統合を内容とするアプローチを選択した。ある個人が保健衛生労働者の援助を求めているとき、この後者はいかなる場合にもけっして、手持ちの最低サービス単位のすべての中身（しかも前者の要求に対応するもの）を前者に提供または供与する機会を逸するようなことがあってはならない。当省は、ケアの供与者

たちが病人の検査と治療に適した医療行為を実行するのを助ける目的で、演算方式とフローチャートを開発した。

最低サービス単位は、先に示したように、次の各サービスを含んでいる：

21

- 小児の保健衛生の全体的な受け持ち
- とりわけ妊娠と分娩および出産育児一般の保健衛生の適正な受け持ち
- 外科的救急診療の適正な受け持ち
- 伝染性疾病との闘い
- 基礎的歯科ケア
- 基本医薬品の供与
- 飲料水の浄化と供給
- 住民参加の保健衛生教育。

以上に加えて、前に示したように、最小限の内容を揃えた保健衛生サービスを各地の特殊性に応じて拡充する（とりわけ、精神衛生と暴力の犠牲となった児童の引き受けとを含める）ことができる。

この一揃いのサービスは、以下に定義する紹介システムの第一次・第二次・第三次の各レベルに用意されていない。

この戦略を実行可能なものとするために、短期的・中期的に、公共セクターと非政府系組織の保健衛生人員のために実践教育の講義および／またはセミナーが提供されるであろう。演算方式とフローチャートならびにこれに関連する使用ガイドがすべての保健衛生施設に配付されるであろう。短期的・中期的に、外科・産科の救急診療の引き受けを専門的に行う作業単位を発足させることになっている。

保健衛生システムの諸紹介レベル

#### 第一次レベル

「第一次レベルの構成要素は、ボランティア協力者、保健衛生要員、産婆、無料診療施設、保健衛生センターおよびベッドのある保健衛生センターである。ボランティア協力者、保健衛生要員および産婆は、最小限の内容を揃えたサービスを供与するために、利用者との最初の接触を行うことになっている。彼らの主要な任務は保健衛生の推進、情報、第一次ケアの教育と提供である。これらの任務は対応する各マニュアルに詳細に定められている。無料診療施設、保健衛生センターおよびベッドのある保健衛生センターは第一次レベルの制度的段階を表す。」「そこではすべての基礎的保健衛生ケアが無償で行われることになっている。」「これらの範疇それぞれについての職員、および、彼らの責任の度合いは、MSPPの職員の標準化マニュアルに定められている。このレベルは第二次レベルと第三次レベルの逆紹介を受ける。」

UCSごとにベッドのある保健衛生センターが少なくとも一箇所存在すべきだとされる。

### 第二次または中間レベル

22

「第二次または中間レベルの構成要素は、外来サービスに加えて産科、小児科、外科、内科という4科目の基本サービスを行うことができる、公共病院または非営利目的の民間病院、ならびに、一般サービスと若干の専門病院である。最小限の内容を揃えたサービスもまたこのレベルで利用可能でなければならない。第二次または中間レベルは、その直接的顧客以外にも、第一次レベルの紹介患者と第三次レベルの逆紹介患者を受け付ける。」

既存の15箇所の基本病院は物理的に修復されその良好な稼働に必要な諸資源を与えられるであろう。

### 第三次レベル

「このレベルは、あらゆる専門サービスが利用可能な診療レベルとして理解されなければならない。このレベルは、その教育と研究という使命によって特徴付けられる。このレベルは第二次レベルと第一次レベルの紹介患者を受け付ける。」

当省の優先事項のひとつは、わが国に次に挙げる3つの第三次レベルの総合病院を設置することである。ハイチ国立大学病院(HUEH)、これは、短中期的に、保健衛生専門家の要請という第一の使命を再び課されるであろう。カップのジュスティニアン病院とカイの無原罪の御宿り病院、これらは長期的には第三次レベルに引き上げられて、医学の実践的な教育訓練の場として役立つこととなるであろう。

## 2. 7. 保健衛生サービスの運営と管理の物的手段の改善

保健衛生セクターはこの近年、わが国を震撼させた社会的政治的危機から深甚な影響を受けた。MSPPに頻々と発生する変動は、わが国内に観察される資材と設備の慢性的な欠乏、職員の業務怠慢、そして、あらゆるレベルでの責任者の任務放棄を特徴とする状況をさらに複雑にするだけである。

このような状況は保健衛生施設に対する国民の不信を強化することになり、保健衛生状況一般に対して否定的な効果をもたらした。当省は、こうしたことを防止するために、保健衛生関連職員を再度その手に掌握することを決定した。そのために、短期的に彼らの労働条件を改善し、職業上の成功を誘導するメカニズムを設立し、そして、彼らが社会保障プログラムの提供するすべてのメリットを享受できるようにした。当省は、パートナー各位からの援助を得て、共同体に対する上質の保健衛生ケアの公平な提供それゆえ五カ年計画の実施、に必要な資材と設備の取得・設置・管理・保守のための、簡単な道具を保健衛

23

生労働者たちにあてがうことにしている。

こうした改善措置は当省の予算のより適正な配分に反映されるであろう。運営予算は、保健衛生施設の責任者たちからの要請に好意的に対応しうるために、中期的に最低35%に達するまで実質的に増額されるであろう。

これに連動して、当省は、パートナー各位の技術的支援を得て、施設カテゴリーごとに資材と設備の標準化（保健衛生管理の重要な一要素）に着手することになっている。これに加えて、妥当な決定を下すことができるようにするための保健衛生情報システムを決定して設置することになっている。同様に、あらゆるレベルに、といっても病院施設に優先的に、ケアの質の向上と利用可能な各種資源の合理的管理とを可能にすべき品質管理システムを決定して設置することになっている。

従って当省は次のことを約束する：

短期的には：

- 計画の売り込みを行い財政省においてこのための予算を請求すること
- 当省の職員の労働条件を改善する計画を作成すること
- 労働者たちに対して遠隔地手当の支給とか、処理の便宜とか住宅条件の改善といった、成功を誘導する計画を具体化し実施すること
- 保健衛生情報システムと品質管理システムを徐々に展開し定着させること
- 各県の担当班に行政と管理の教育を施すこと。

中期的には：

- 保健衛生部門の責任者たちの教育訓練を続行すること
- 病院の改革と病院責任者たちへの管理教育とを企画すること
- 保健衛生情報システムと品質管理システムの設置を追求すること

長期的には：

- 労働者を対象とした雇用上の優遇措置にかんするフィージビリティ調査を企画すること
- 雇用関連プログラムを実施すること。

## 2. 8. 医薬品の常備とアクセス可能性の改善

この戦略は、効果的で無害性が確実に保障されている医薬製品とりわけ基礎的医薬品をケア供与機関の使用に供することによって、国民に上質で負担可能な費用の保健衛生サービスを提供する必要性を表すものである。こうして、当省は、この戦略的基軸を実施する目的で以下に述べる諸段階を順次経ていくという構想を立てたのである：

### 短期

——公共セクターと非営利目的の民間セクター（非政府系組織）のすべての施設が基礎医薬品プログラム（PROMESS）を管理している現在の機構を利用すること。その目的は、これらの施設に生物資材と医薬製品を供給することである。

——医薬品の適正な使用と良好な管理のための職員への教育訓練

——周辺部の貯蔵施設の拡充。少なくとも県に一箇所設置すること。

### 中期

——周辺部の貯蔵施設の拡充の続行（県に3箇所）

——PROMESSの管理機構の資格の再検討。100%のUCSによる付随機構の利用。

——医薬品の輸入・流通・販売にかんする立法措置の決定と実施。

## 2. 9. 妥当な人的資源政策

ハイチ国立大学の改革の一環として、各省庁と関係当局に対して深部からの徹底改革の計画を提案するために、医学部、歯学部、国立看護婦・補助看護婦学校の教員と学生の団体のもとに委員会が派遣されることになっている。

これらの学校のカリキュラムはハイチ国民の要求に部分的にしか応じていない。学生たちは公共保健衛生と保健衛生管理または経営についての基本的教育しか受けない。研究技術にかんする講義は彼らに全然提供されていない。公衆衛生にかかわる重大問題と彼らが最初に出会うのは学校を卒業してから後のことであるのも、めずらしいことではない。

期待される徹底改革は、これらの考慮事項を入れたものでなければならず、わが国の実情に適した教育モデルとカリキュラムを提案しなければならない。当省は、大学卒業後の教育または外国での専門教育のプログラムを継続するであろう。しかしながら、現在用いられている現地教育はさらに一層優遇されるであろう。これは、ハイチのより多くの専門家と技術者の利益のためである。

医学部や医学大学校の正規教授と補助教授にかんしては、採用基準を見なおして、彼らの技能と教育上の能力・経験、ならびに彼らの熱意（学生にしっかりした教育を施す上での基本要素）を考慮に入れることになろう。正規教授は、ポストを維持しうるためには、自分の専門とする分野での一定数の調査または研究を毎年企画することが要求されるであろう。同様に、生涯教育プログラムへの参加によって定期的に免許を更新する義務が彼らに課されるであろう。これは、技術援助、外国の大学との交流や連携のプログラムの一環として行われるであろう。

さらに、新しい政策は保健衛生活動の計画化と実施の過程における住民参加のアプローチを推奨しており、それぞれの土地から自然に出てくるリーダーたちとりわけ保健衛生要員と産婆のサービスを活用することが絶対に必要である。彼らは保健衛生紹介システムの第一階梯を構成するはずである。彼らをシステムに完全に統合するための基本的条件は、彼らが教育訓練を受け、担当する住民に基本的ケアを施すことのできるような資材と設備を与えられることである。

当省はそれゆえ以下の諸段階を踏んで行く意向である：

#### 短期

- 大学および前述の各学校の当局責任者たちと協力して、改革委員会の基準事項を作成すること。この事項はカリキュラムの改訂、教授採用基準の規定を含まなければならない
- 委員会メンバーを指名し委嘱すること
- 設置される最初のUCSの区画内で就労することになる保健衛生要員と産婆をリストアップ、教育訓練そして／または再雇用すること。
- 保健衛生行政とUCS・病院・保健衛生部門の責任者の管理とについて教育訓練すること
- 生物医学的修理の技術にかんして要員を教育訓練すること。

#### 中期

- 保健衛生要員と産婆の教育訓練を継続すること
- 教員の教育実践訓練を含む改革の提案が受け入れられたならば、これを実施すること
- 学生の正規教育のためにHUEHと当省の諸機構を強化すること
- 場合に応じて卒業論文または国家試験により、医学学習・医学関連学習を認定すること。

#### 長期

- 医学部に研究活動を行えるような試験施設を備えること
  - HUEHに生物医学器具の修理を専門とする班を設置すること
  - 要員と産婆の教育訓練を必要に応じて継続すること<sup>2</sup>
- <sup>2</sup>当省はわが国のそれぞれの地区に教育を受け設備を有する産婆1名を配置するという野心的な計画を持っている、ということを強調しておくことが重要である。
- ポストを保有する（主として医学部と歯学部の）正規教授団のメンバーの再認定のための再雇用プログラムを実施すること。

### 2. 10 国民に役立つ研究

国家の社会経済的立ち直り上なくしてはハイチ国民の保健衛生レベルは大きく改善しえ

ない、ということが確かであるとすれば、研究の結果として獲得された新しいアイデアの最適利用なくしては保健衛生の分野での進歩は実現しえない、ということも全く同様に正しい。

世界中で行われている研究の成果は確かに、ハイチにおける保健衛生を進歩させることに貢献している。しかしながら、人間の物的環境と社会文化的環境の決定的な役割を考えれば、研究をわが国の特殊な要求に対応するためには、研究はハイチ国内で行われることが重要である。

そこで、当省は、ハイチ国民に提供されるケアの質を改善し医学を進歩させることを目的として、国家研究政策を確立することがぜひとも必要であると判断した。

この政策の目標は以下の各事項をめざすことである：

- 第一に、エイズ、結核、マラリア、下痢、呼吸器感染といった重大な風土病の統御
- 母子保健衛生の改善
- 保健衛生ケアの管理の改善。
- 伝統的薬局方の発展

この研究は、予防の観点から研究される各種疾病と結びついたリスク要因を確定するのが目的であり、実用本位で行われなければならない。この研究はまた実際に役立つものでなければならない。とりわけ薬局方と管理にかんする具体的解決策をもたらさなければならない。最後に、研究には適合的な技術、すなわち、わが国の研究機関に使用可能な洗練されていない探究方法を使用しなければならない。

この国家計画の作成と研究の実施のために、当省はこの分野における既得成果を考慮に入れ、民間セクター（その若干の施設はすでに研究の分野における確かな専門能力を有している）と緊密に協力するであろう。また、医学部に研究班を備えること、そして、教員たちに研究作業を企画させることもぜひ必要である。

27

組織面では、当省は、短期的に、実際に教育訓練を受け研究経験のある専門家から構成される国家研究委員会を発足させるであろう。この委員会は、当省を以下の諸活動の実現に組み入れることを任務としている：

- 短期           ——国家研究プログラムの作成
- 中長期       ——個人と共同体の権利を保護するための倫理法典の起草
- ハイチ人研究者の知的権利の保護       ——このプログラムの評価。

この委員会は同様に、ハイチ国内の研究の規制にかんして立法担当者たちを指導することもその役割とする。

この研究計画を実施する目的で、当省は次のような意向を持っている：

- 短期 —これらの研究をリードする能力と後方支援体制を備えること  
 —民間セクターの能力ある施設を同定し、特殊調査・研究の遂行のために  
 これらの施設と契約を締結すること
- 中長期 —調査・研究を計画し実施すること。決定を下すためにその成果を利用すること。

## 2. 1 1 国民の利益を擁護する立法措置

2 8

現在の政府は、ハイチ国家が本質的に抑圧的機能を有していた過去の遺産を受け継いでおり、ハイチ国市民とりわけその健康を保護することを目的とする立法措置を実施するという任務を与えられている。

カバーすべき領域は広大である。にもかかわらず、当省は今後の5年間に以下の事項を趣旨とする法律を通過させることがぜひとも必要であると判断する：

一般的には：

—すべてのハイチ国民の健康に対する権利を保障すること。これは、国内のどこに居ようともまた社会的身分のいかんにかかわらず、生命または健康が脅かされているあらゆる人への援助が必要であることを含意する。

特殊的には：

- 妊婦・臨産婦・0～4歳の小児・5～15歳の児童、および、特に学童、を保護すること
  - 地理的カバー状況を改善しケアの質を保障するための保健衛生施設の設立と運営の規則を制定すること
  - 社会的・経済的・科学的な面で市民を保護する目的で医療行為を規制すること
  - 母乳代替物質の商業販売に法的規制を課すこと
  - 医薬品および薬物一般の輸入・流通・販売に法的規制を課すこと
  - とりわけ水の管理と排泄物の処分にかんして、環境を保護すること
  - 屠殺場でも食品の販売・流通地点でも食品衛生を確保すること。
- 以上の法律は絶対的で明確な処罰規定を含んでいなければならない。

五カ年計画は立法府によって承認された合法的性格を与えられている必要がある。どの政府も、この五カ年計画を適用し、これに必要な財源を割り当て、立法府から発せられる命令なしにこれを取り消さない義務を有する。公衆衛生・人口省は、以上の法律を立法府に提案し、その適用を監視しそしてたえず現状との適合を図ることのできる担当班を、部内に設置しなければならない。とりわけ、当省はあらゆる専門業界団体に対して提案を出すよう要請することとする。上述の担当班はこれらの様々な専門業界団体とのコンタクト

を維持して情報を伝達し団体側からの勧告を得なければならない。

当省はそえゆに以下の事柄を実施する意向である：

29

短期 ——国家保健衛生政策・五カ年計画および当省の新規組織法律を議会に提出してその批准を獲得すること。

中長期 ——当該問題に能力を有する法律専門家の協力を得て、議会に提出すべき法律案を作成すること

——議会通過ののちにこれらの法律を適用すること。

## VI. 企画すべき諸活動

30

保健衛生五カ年計画（1996—2000年）の一環として、また、定められた諸目標を達成する目的で、公衆衛生・人口省は、全国規模でしかもあらゆるレベルの保健衛生機構において、すべての関連セクターとの協力の下に、一連の活動を遂行する意向である。

### 1. 中央レベル

中央レベルとは、公衆衛生・人口省を形成しポルトー・フランスにある政治・行政・技術機関の全体のことである。当省の組織上および機能上の構造は補録に記載されている。

計画実施の期間全体を通じて、3つの大きな事業部分が当省によって企てられることになっている。それは次のものである：

#### 1. 1 インフラストラクチャー

「保健衛生—E E R P文書、1995年」という表題で当省から出されている文書に示されているように、この部分は二つの区別されるが補完的な活動範疇を含んでいる、すな

わち： 1. 1. 1 M S P Pの中央レベルのインフラストラクチャーの修理および／または修復

#### 1. 1. 2 設備と供与物品の購入

短期的には：

——当省の中央ビュローは改修されるであろう。修復の対象は、様々な局の空間的再整備・その給水給電システムの更新ならびにそれらの換気と安全システムの改善（グレードアップ）となる予定である。これらのビュローは職員たちの最適稼働を可能にする資材と設備を持つことになるであろう。その他の中央局と県局についても同じ措置が取られるであろう。

当省は、入札によって、これらの物件の施工のための建築・建設業者の選定を行うことにしている。工事の監督は当省の土木課が担当することになっている。

当省内の権限を有する部課が、各施設の良好な機能に必要な資材と設備の取得計画を具

31

体化することになっている。取得そのものはO P S / O M SまたはU N I C E F、あるいは

は、民間の専門業者ないし企業に委託されるであろう。

関連する若干の活動（フィージビリティ調査、インフラストラクチャーや設備に対する要望のリスト、等々）は、多数の国際パートナーとりわけEERPを後押しした機関（OPS/OMS、FNUAP、UNICEF、等々）とPURE（BID）の財政的支援を得てすでに始動している。複数の保健衛生施設の物理的修復の工事は、「PL480プログラム、第Ⅱ篇」の財政的支援を得てまもなく開始されるであろう。

中長期：

——基礎的保健衛生インフラストラクチャーを欠いていると認定された町村では、当省は、出資者とりわけ各銀行（BIDと世界銀行）の資金提供を得て、もっとも妥当と判断される機関（無料診療所、保健衛生センターまたはベッドのある保健衛生センター）を建設することになっている。

権限を有する中央各局は、保健衛生部門に支援を与え必要な制度的保障を提供するであろう。

1. 2 制度的強化

この項目は様々な範疇の実施作業を含んでいるが、それらはいずれ劣らず重要なものである。その内容は次の通りである：

1. 2. 1 地方分権化への支援：

当省は、そのIDA/世界銀行プロジェクトを通じて、西部と南東部の各県における20箇所ほどのUCSの設置に資金を提供する意向である。PUREの枠内に、北東部・北部および北西部の各県に上記とは別に40箇所ほどのUCSを設置するための引当資金が存在する。USAIDからの資金提供を受けているHS2004プロジェクトは、南部・中央部・アルティボニット・および大アーチの各県、あるいは、MSPPの指定するその他あらゆる場所における、20箇所のUCSの設置と運営を支援するであろう。ヨーロッパ連合の財政的貢献もまた、中央レベル・周辺部レベルを問わず制度的強化のために充当されるであろう。

短期： ——当省は、各保健衛生県〔？〕とポルトー・フランス首都圏のその他の二つの県に、2箇所のUCSを設置するであろう。

中期： ——平均して、わが国全土を通じて60箇所のUCSが設置されるであろう。

32

長期： ——当省は、町村の総数に対応する最高133箇所のUCSを設置するという野心的な企画を立てている。

本計画の戦略的基軸の章で言及したように、当省は各UCSに機能性のあるベッドのあ

る保健衛生センターを備えることを予定している。

当省は、経済・社会援助基金（FAES）の資金を使って、現地の（熟練または単純）労働者の積極的な参加を得て、無料診療所や保健衛生センターの修復を推進し、保健衛生施設に対して、それらの経営評議会の設置と調和的な運営を可能にする物質的または財政的手段を与えるであろう。

当省は、その他のあらゆる国際組織、とりわけカナダ国際開発事業団（ACDI）、フランス政府の協力援助基金（FAC）、および、ドイツのGTZ、の参加を積極的に求めることにしている。

### 1. 2. 2 保健衛生情報システム（SIS）の設置

この活動は公衆衛生・人口省にとって最大の重要性を有するものである。各保健衛生施設のレベルで発生するデータは、早急かつ確な決定を容易ならしめるように、最大限の迅速さと科学的厳密さをもって処理・分析されなければならない。

#### 短期：

当省は、そのHIS 2004プロジェクトの一環として、疫病学的監視システムの設置と各県と中央局のネットワークの設置とを目的に、「疾病抑止予防センター」（CDC）の技術的援助を要請するであろう。ハイチ国内のOPS/OMS代表部とハイチ児童研究所（IHE）との実践的援助もまた要請されるであろう。

企画すべき活動は詳細に述べれば次の通りである：

——第一次レベルに単純化された疫病学的監視システムの決定と設置

——保健衛生活動・医療統計・病院統計にかんするデータシステムの決定と設置

33

——各施設と人的物的資源にかんするデータシステムの決定と設置

——情報の総合的な分析・配給・利用を可能にするためのフローの決定

——中央レベルにおける種々のシステムの情報化

——既存文献の点検：IHEのEMMUS II、OPS/OMS、GHESKIO、AIDSCAPおよびIPPFのその他の最近の調査報告。

#### 中期：

——CALと県の病院のレベルでの見張り所による強化監視システムの決定と設置

——以前に決定されたシステムの見直し

——県レベルでの種々のシステムの情報化。

自明のことであるが、以上の日常的に稼働するシステムに、横断的な調査とりわけ栄養

摂取にかんする調査、人口指数、死亡率指数を結合することが必要であろう。

### 1. 2. 3 人的資源の開発

本計画の基軸的戦略の章で示したように、保健衛生要員は、わが国の保健衛生の実情に適したサービスを国民に供与しうるような教育を受けることが必要である。当省は、現地教育訓練に重点を置くであろう。現地にその能力がない場合には、ある種の教育訓練は外国で行われることになる。特にこれに該当するのは、教育者に教育技術の訓練を施したり、生物医学的修理の技術を習得させたり、病院管理の訓練を実施する場合である。

#### 短期：

当省は、人的資源開発局（DDRH）を通じて、保健衛生部門の責任者の協力の下に、当省の職員の教育訓練とレベルアップの計画を展開することにしている。この活動に事前に必要なのは職員の教育訓練要望事項のリストアップである。

当省は、姉妹関係にある外国の大学（モントリオール大学とボストン大学）の協力を通して、経済学と資源管理の一般教養講義を、保健衛生部門の局長と管理責任者のために開催することにしている。

34

当省は、若干の出資者（USAID）に対して、生物医学技術者7名、教育技術分野の教育担当者2名（うち1名はDDRH所属、他の1名は医学部所属）にアメリカ合衆国で教育訓練を受けさせるために必要な手続きを取ることにしている。

#### 中長期：

——DDRHは当省の諸能力についてのデータバンクを具体化し現状補正を施すであろう

——DDRHは、医学部・歯学部、その他の公立私立の高等医学教育機関のレベルで生涯教育の講義が実施されるよう、監督するであろう。

ハイチの保健衛生システムの地方分権化の枠内では、保健衛生人員の連続的な教育訓練の講座を実施したりこの目的のために能力のある民間施設のサービスを購入することは、各県の責任担当班の責務となろう、ということに注意を喚起するのは極めて重要である。

### 1. 3 特殊プログラムへの支援

当省は、その規範的役割を越えて、わが国の保健衛生システムの効率性を保障するために、特殊なプログラムや活動に直接的支援を与えることを自己の義務と考えている。この援助は具体的には次のようになる：

#### 1. 3. 1 医薬品と供与物品の管理システムの強化

##### 短中期的には

——当省は、OPS/OMSと国境のない薬剤師の技術援助を得て、医薬製品・生物資材およびその他の供与物品の管理と監視に当たる職員の教育訓練に取りかかることにしている。

——周辺部の貯蔵施設を、各県に平均3箇所建設することになっている。

### 1. 3. 2 栄養摂取活動の発展

3 5

当省は、保健衛生システムのすべてのレベルで国民の中の抵抗力の弱い層のための栄養摂取活動の実施を可能にするはずの、技術カードを作成した。この技術カードは補録に提示されている。

短期的には：

——当省は、UNICEFの援助を得て、マイクロ栄養素（ビタミンAのカプセルや濃縮溶液、鉄分/folate[?]の錠剤、ヨウ素油のカプセル、秤、幼児体重計、身長計、巻き尺、ヘモグロビン計測器、等々）のような、栄養摂取活動に必要な栄養素物質の取得を行うであろう。

——既設のUCSの保健衛生施設には資材と設備が与えられるであろう。

中長期的には：

——すべての保健衛生施設は設備を供与され、食料安全マルチセクター・プログラムの枠組みにハイチの家族を直接に組み入れる能力を付与されるであろう。

——当省は、専門施設とともに栄養摂取にかんする横断的調査を企てることにしている。

結論的に言って、以上の諸活動の大部分の短期的・長期的な実施を容易ならしめるに相違ない重要な段取りはすでに整っている。当省は、ヒエラルキーの最上のレベルから、保健衛生へのよりよいアクセスにとっての公平と正義の観念に政府のその他の官吏たちの意識を向けることを通じて、また、UCSの活動展開を通じて、地方分権化のプロセスに直接的貢献を行うであろう。当省の技術的機構と計画策定機構はこれらの活動の実施を調整する責を負うであろう。

今後展開すべきセクションと章： 第VI章から 以下の諸セクション：

3 6

1. 2. 4 基準の設定と手続き（DTP、DS、DAFの各局の責任者が展開の予定）

1. 2. 5 作業の監督と追跡調査（DTP、DS、DAF）

1. 3. 3 飲料水・清掃・保健衛生インフラストラクチャーのプログラムの発展に対する支援（POCHEP、DPEE）

2. 県レベル 2. 1. インフラストラクチャー 2. 2. 制度的強化

2. 3. 保健衛生サービスの国民への供与 2. 3. 1 最小限の内容を揃えたサービス

2. 3. 2 診療ケア a) 第二レベル b) 第三レベル VII. 時系列表示 IX. 予算

添付資料一 3 1994-95年度の本計画対象施設の予算

単位：グルド

CODE NO.	予算項目	MTEI大学病院	イグライズ・チャイルド産科病院	ホカトプラマ・チャイルド	カワム産婦人科病院	シノ・チャイルド	シエフイ-77病院	コノエシヨウ病院
110	正職員人件費	30,420,000.00	6,500,000.00	7,310,000.00	2,000,000.00	1,000,000.00	3,837,536.00	4,557,922.00
116	日雇い職員人件費	288,253.00					200,000.00	
119	その他諸人件費	5,145,578.00	500,000.00	54,059.00				
120	国内旅費	63,900.00						
129	報酬金	2,401,666.00	570,127.00	567,500.00			32,800.00	35,800.00
230	国内旅費							
270	事務用品 維持管理・修理	58,200.00		58,200.00	63,580.00			
271	情報機器 維持管理・修理	58,200.00						
279	機材 維持管理・修理			58,200.00	55,820.00		50,000.00	23,614.00
280	建造物 維持管理経費				59,700.00		50,000.00	60,000.00
283	電話・電気 配線維持管理・修理	47,000.00						
299	その他役務依頼経費	174,600.00	87,300.00	291,000.00	90,000.00		91,000.00	34,000.00
310	事務用家具調度費	145,306.00	87,300.00	97,000.00	38,800.00		36,300.00	28,156.00
321	清掃用品購入費	116,400.00			29,100.00		16,400.00	17,370.00
326	厨房用品購入費	197,000.00			100,000.00	250,000.00	100,000.00	100,000.00
327	医療・外科機器	388,000.00	279,360.00	122,879.00	79,100.00		500,000.00	200,000.00
328	パナソニック購入費			27,936.00	37,132.00			
329	その他諸製品調達費	69,064.00						
331	グン・ファブ 購入費	97,000.00			36,860.00			
340	化学製品購入費	164,351.00	116,400.00	55,872.00	73,280.00		200,000.00	100,000.00
341	燃料・化石購入費	174,600.00	46,560.00	61,110.00	29,100.00		50,000.00	
343	殺虫・消毒剤購入費	97,000.00	69,840.00	97,834.00	29,310.00		350,000.00	100,000.00
344	医薬品購入費	4,000,000.00	506,340.00	582,000.00	445,500.00	300,000.00	600,000.00	576,000.00
350	食料品購入費	900,000.00	232,800.00	388,000.00	329,800.00	250,000.00	400,000.00	300,000.00
360	繊維製品購入費	250,000.00	250,000.00	250,000.00			150,000.00	100,000.00
369	その他諸製品調達費	97,000.00		58,200.00			150,000.00	96,000.00
410	事務用品購入費	174,600.00		55,290.00	59,700.00		100,000.00	100,000.00
420	医療・外科機器購入費	900,000.00	58,200.00	291,000.00	279,000.00		500,000.00	450,000.00
421	病院備品購入費	632,000.00	250,000.00	250,000.00			400,000.00	450,000.00
422	検査機器購入費	601,601.00		143,754.00			400,000.00	300,059.00
442	電気機器購入費	58,200.00	58,200.00					
451	車輛購入費	600,000.00					600,000.00	600,000.00
520	建造物修復費	947,681.00						
749	諸負担部分金					291,000.00		
合計		49,267,200.00	9,612,427.00	10,819,834.00	3,835,782.00	2,091,000.00	8,814,036.00	8,228,921.00

出典：1996年保健・人口省

添付資料-4 本プロジェクト対象施設における主要機材の状況

- A: 耐用年数内であり正常稼働している
- B: 耐用年数を越えているが正常に稼働している
- C: 耐用年数内にあり稼働しているがメンテナンス又はパーツが必要である
- D: 耐用年数内にあり稼働はしているが修理が必要である
- E: 稼働はしているが新替えが必要である
- F: 現在稼働はしていないがパーツ又は修理等の処置をすれば稼働可能となる
- G: 消耗品または補修部品の入手が困難なため稼働させられない
- R: 必要数が不足しており補充を必要とする
- Z: 稼働しておらず修理が不可あるいは廃材状態である

部門名	機材名	導入年 (推定機齢)	製造社名 又は製造国名	所有者名 又は寄贈者名	機材の現状及び数量													合計	概要
					A	B	C	D	E	F	G	R	Z						
1. パナソニック国立大学病院																			
放射線部門	一般X線診断装置	1972	Siemens	MSPP												1			
	一般X線診断装置	1995	MRS	WHO	1											1			
	一般X線診断装置	(20年)	各社組合せ	MSPP				1								1	立位のみ 放射線漏れの疑いあり		
	一般X線診断装置	(20年)	各社組合せ	MSPP				1								1	稼働可能 放射線漏れの疑いあり		
	自動現像装置	1991	KONICA	MSPP	1											1	Model:QX-70		
手術部門	自動現像装置	1995	KONICA	MSPP	1										1	Model:SRX-101			
	手術台	(20年)							5						5				
	天助型無影灯	(15年)							5						5				
	麻醉器	(10年)							5						5				
	吸引器	(10年)							7						7				
施設管理部門	モーター	(3年)	S & M		2														
	焼却炉	1984	Shinagawa Furanace	日本						1					1	Model:SSC-120-250P s/No.185-0078P			
	一般X線診断装置	1995	PHILIPS MRS	WHO	1										1	機器正常なるも操作者不足にて使用せず			
検査部門	ストリッカー	(2年)			11										11				
	梅毒疹用水平振盪器	(15年)	DS INSTRUMENTS	MSPP											1				
	遠心器	1970	HERAEUS LAB	SWISS					1						1				
	比色計	(15年)	MILTON ROY	MSPP											1				
	遠心器	(10年)	TOITSU(JAPAN)	JAPAN											1				
放射線部門	一般X線診断装置	1984	T OSHIBA	JAPAN											1	3年前冠水にて故障 Model:TF-TLC			
	移動式X線診断装置	1984	T OSHIBA	JAPAN											1	3年前冠水にて故障 Model:KCD-10H-7			
	移動式X線診断装置	不明	SIEMENS												1				
手術部門	高圧蒸気滅菌装置	(30年)	CASTLE(USA)						1						1	2			

部門名	機材名	導入年 (推定機齢)	製造社名 又は製造国名	所有者名 又は寄贈者名	機材の現状及び数値							合計	摘要			
					A	B	C	D	E	F	G			R	Z	
3. ホットアプライン・サトリウム																
手術部門	手術台	(25年)								1				1	ほぼボジションが出来ない	
	メー型アプライン									1				1	一球型	
	天井型無影灯	(20年)														
	移動式無影灯	(15年)												1		
	麻酔器	(15年)												1		
	滅菌装置													1		
	空調機													2	2	
	吸引器													1		
	心電計													1		
	アキムレーター													1		
放射線部門	一般X線診断装置	(25年)	FISHER											1	1	
	移動型X線診断装置	(15年)	GE											1	1	稼働はするが故障が多く機能低下状態にある
施設管理部門	自家発電機	1993	ONAN(USA)		1									1		
検査部門	顕微鏡	(10年)	OLYMPUS	JAPAN	1									1	2	
	送心器	不明		MSPP					2							
	ミニチューブ	不明		MSPP										1	1	
	オートクレーブ			MSPP										1	1	
	オートナーバス			MSPP										1	1	
	PHアーター		BECKMAN											1	1	
	冷蔵庫			MSPP										1	1	
内視鏡部門	気管支鏡	(10年)	OLYMPUS											1	2	Model:BF-D3
ラトリ部門	洗濯装置	(20年)	TROY AMETEC	USA					1					1	2	
	乾燥装置	(20年)	TROY AMETEC	USA										1	1	
4. カナル産婦人科病院																
放射線部門	移動式簡易X線装置	1995	MPS(PHILIPS)	WHO/PAHO										1	1	95年WHOの供与時点で稼働不可/修理進行中
手術部門	手術台	新			1									1		
	無影灯	新			1									1		
	麻酔器	新			1									1		
	吸引器	新			1									1		
	器械戸棚	新			1									1		
分検室	分検台	(20年)												3	3	固定型

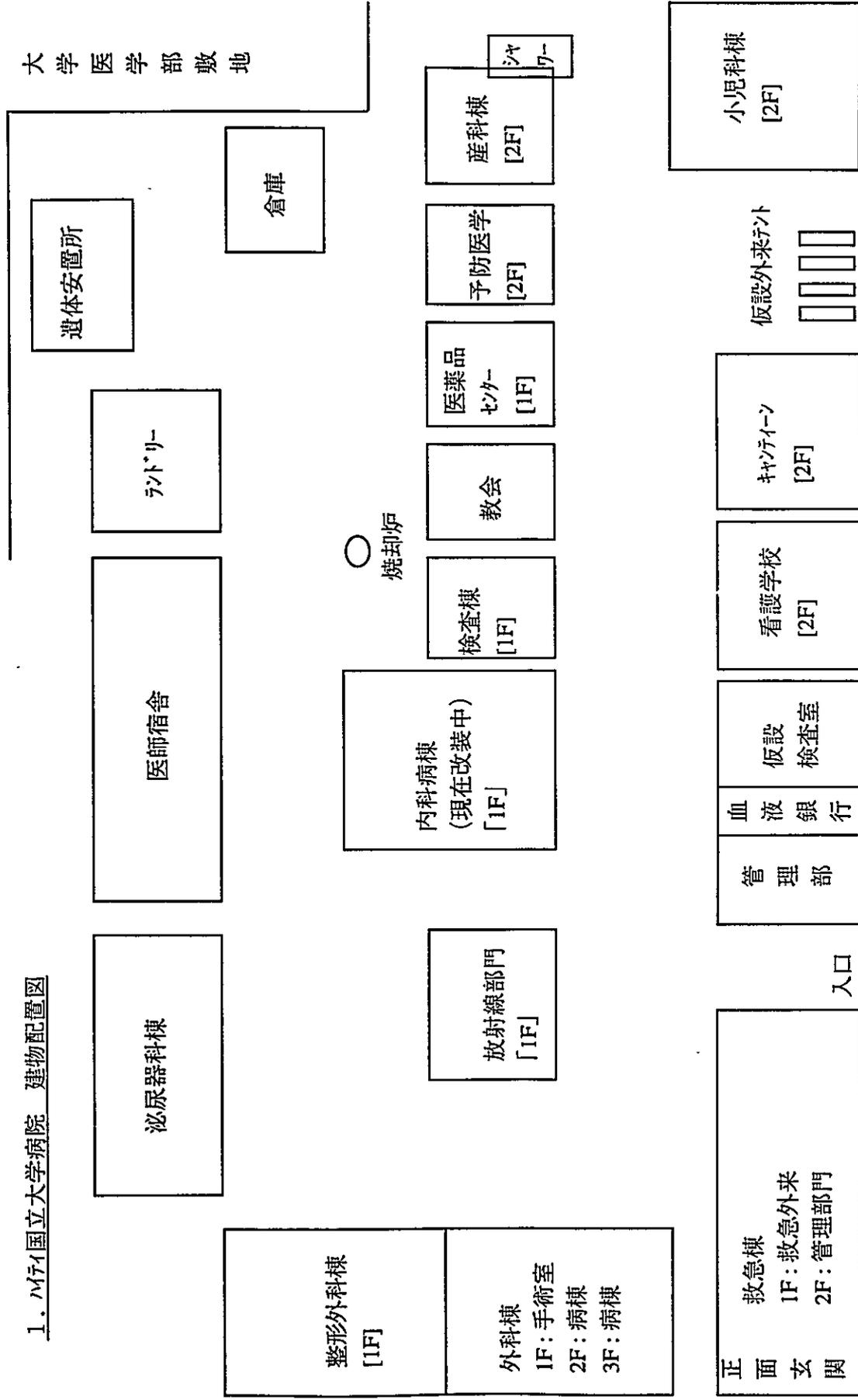




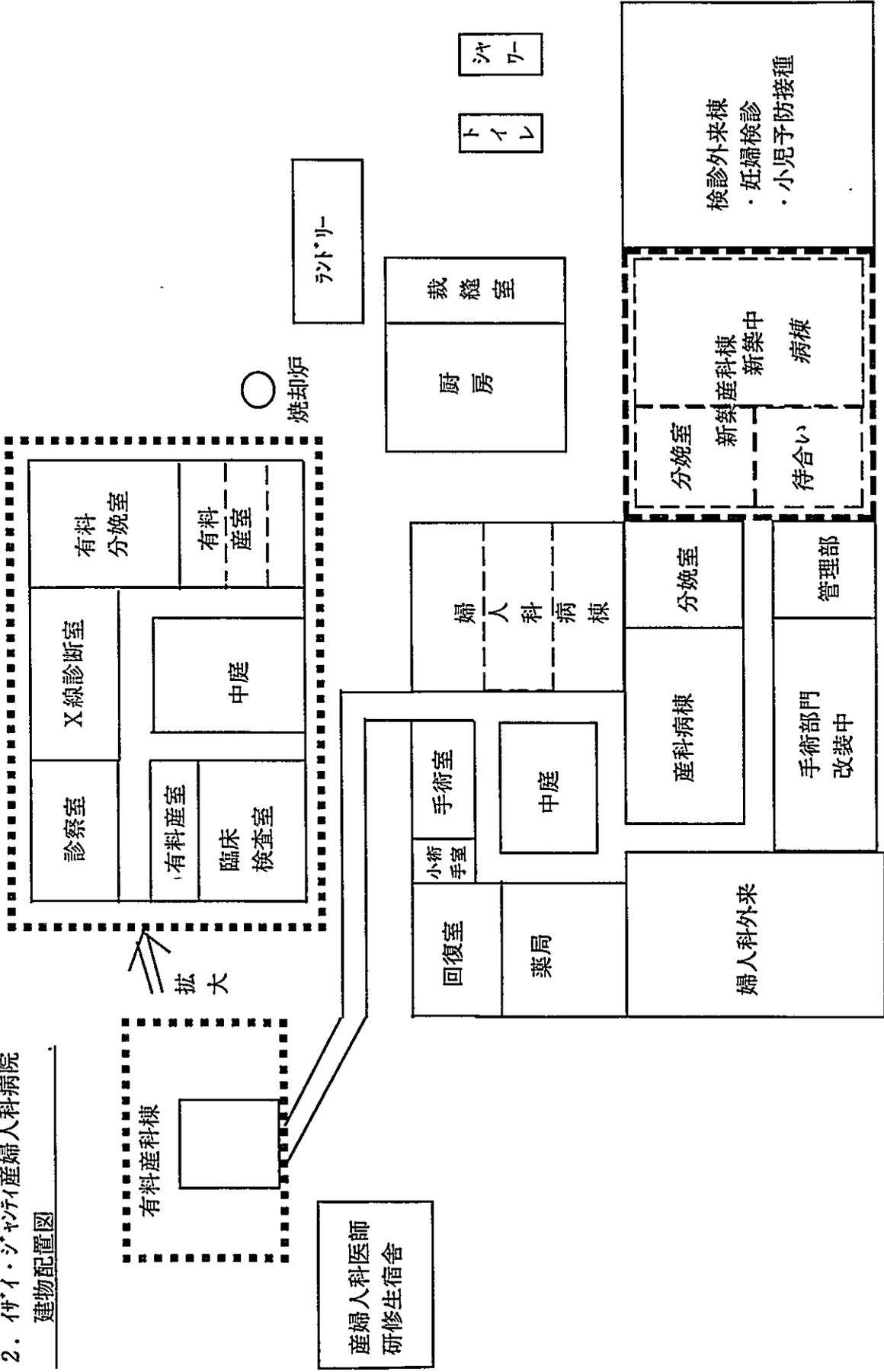
## 付資料ー 5 本計画対象施設の配置図

1. ハイティ国立大学病院
2. ハイティ国立大学病院 手術部門及び放射線部門
3. イザイ・ジャンティ産婦人科病院
4. ポルトープランス・サナトリウム
5. カルフル産婦人科病院
6. シグノ・サナトリウム
7. コンセプション病院
8. ジョステイニアン病院

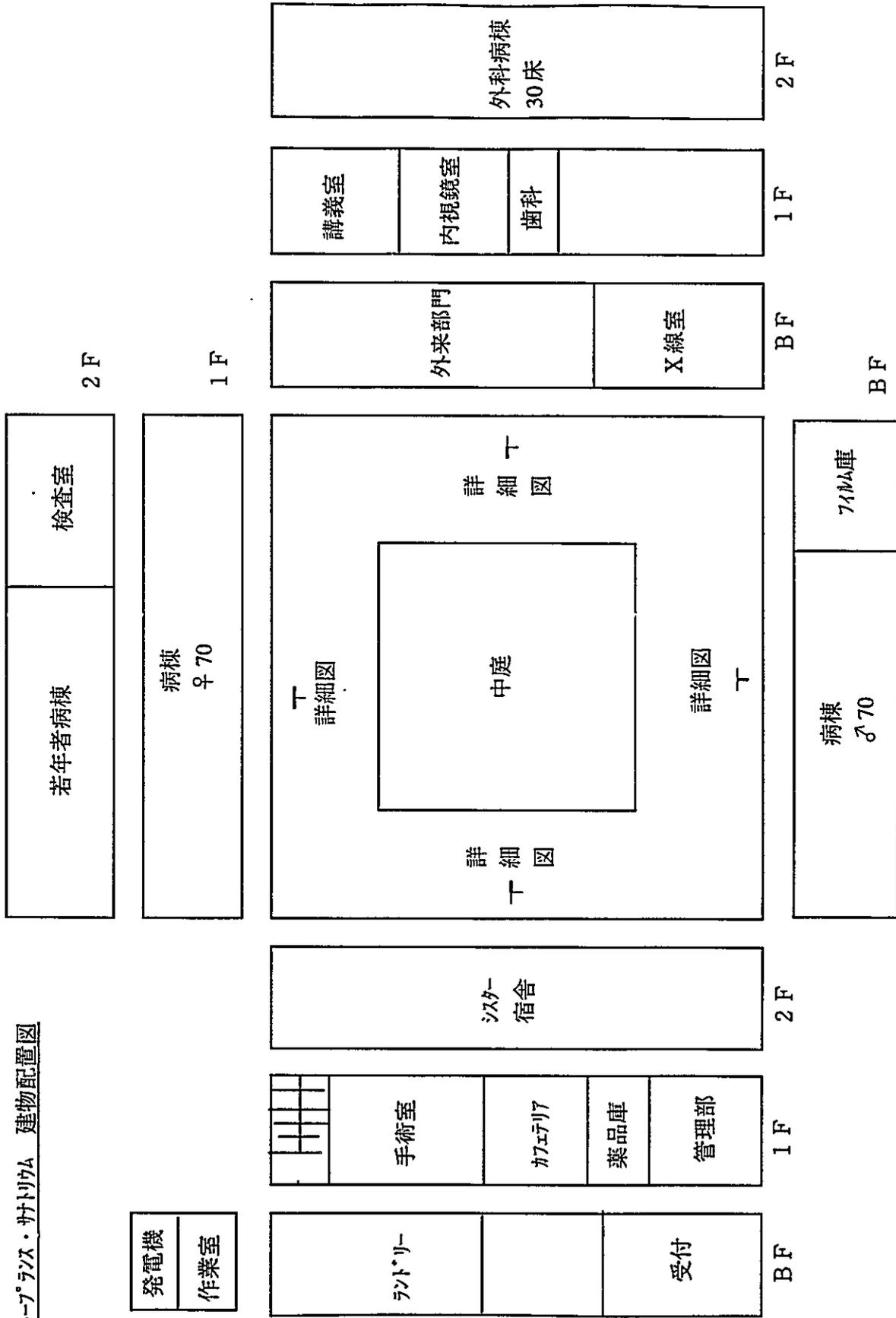
1. M711国立大学病院 建物配置図



2. イ・イ・ジヤンティ産婦人科病院  
建物配置図

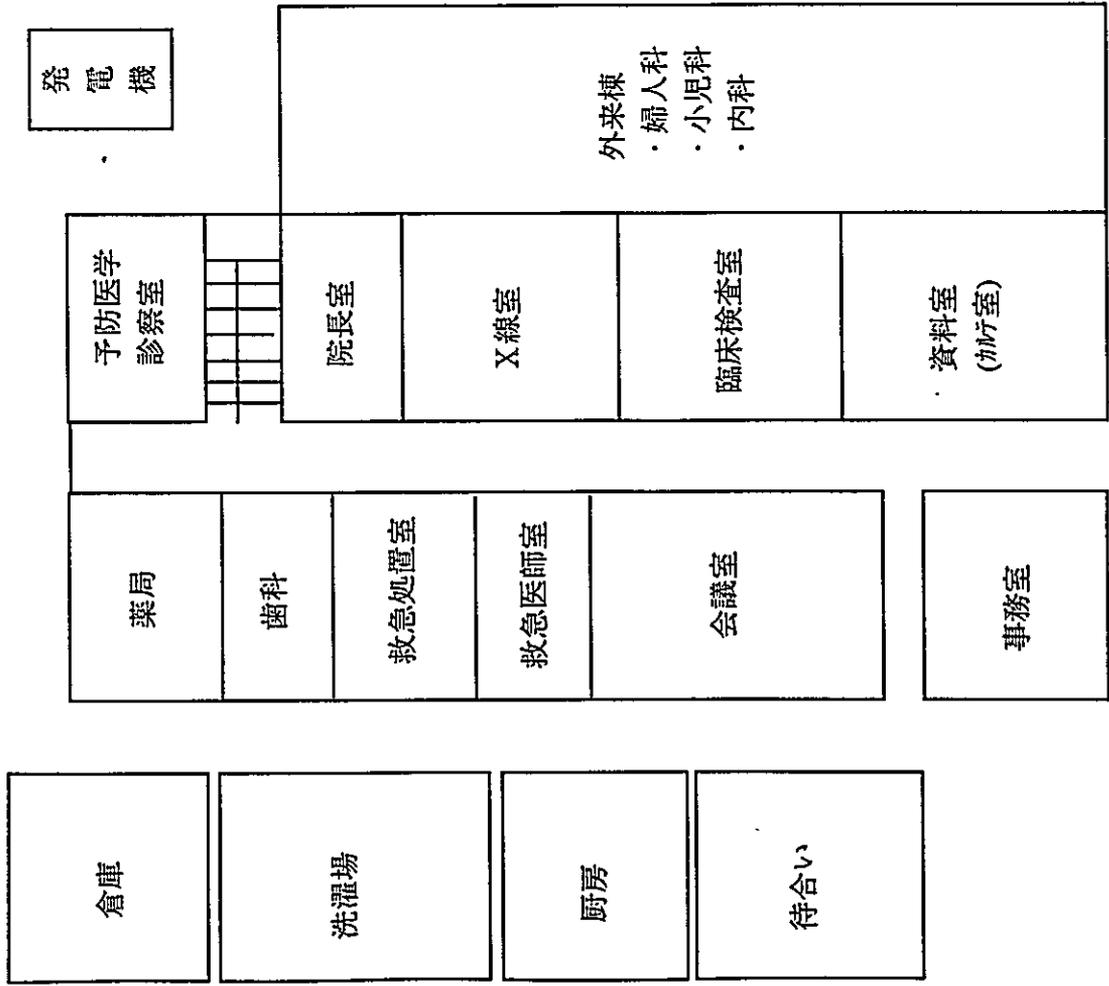


3. ホルツプラッス・サトリウム 建物配置図

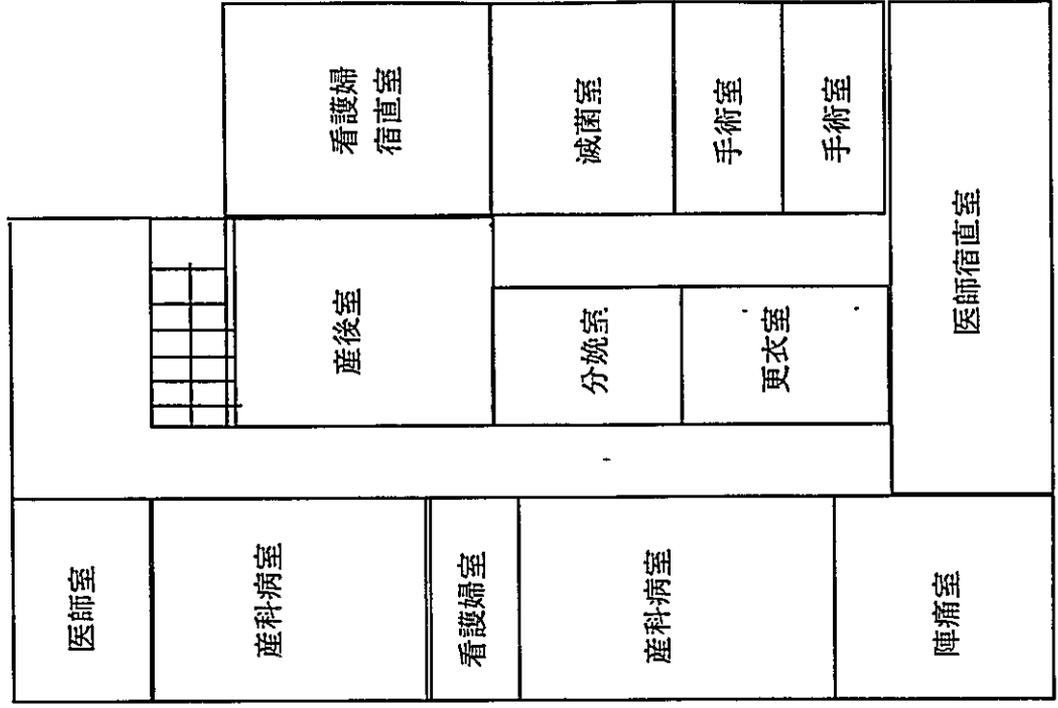


4. カルフォル産婦人科病院 建物配置図

1 階部分

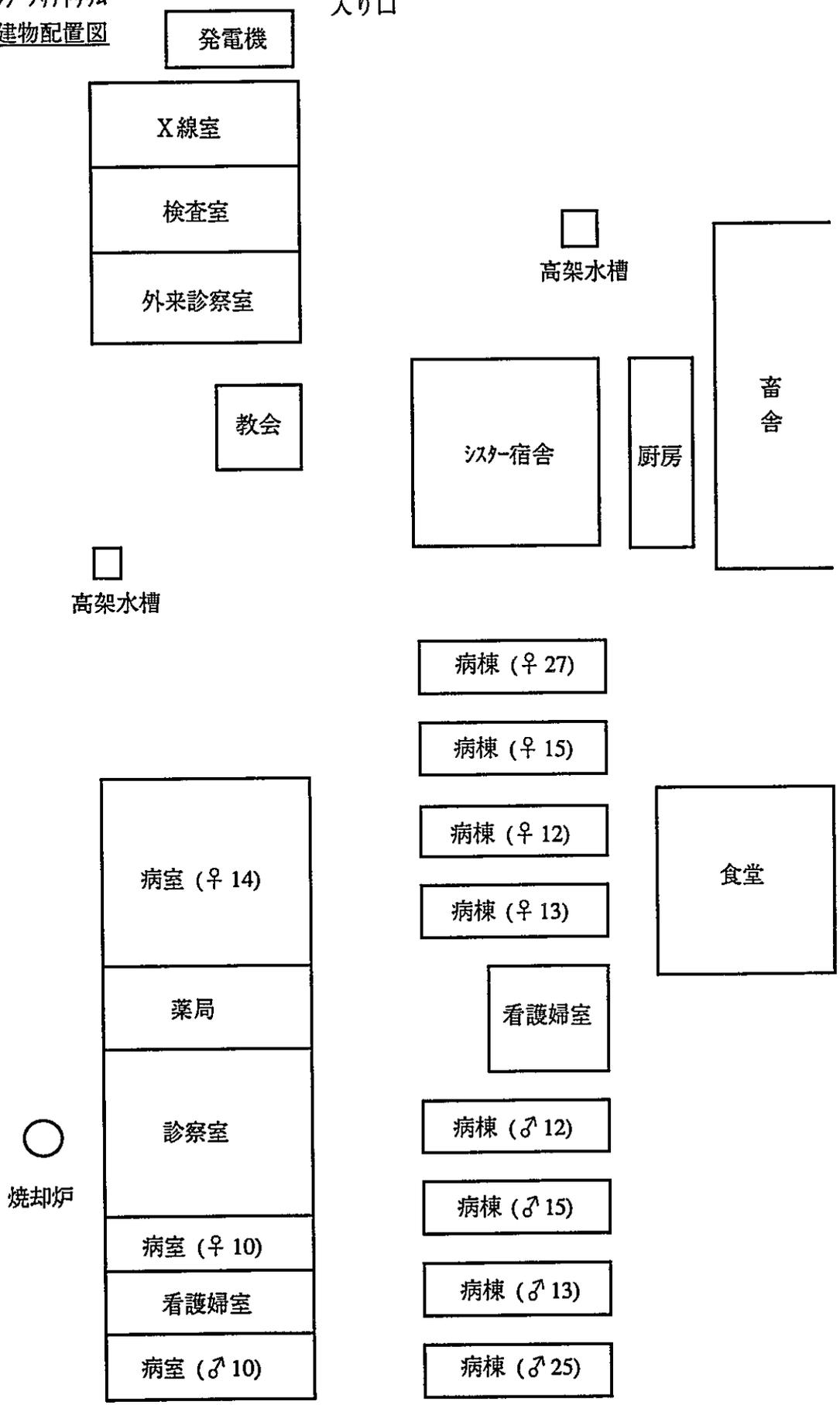


2 階部分

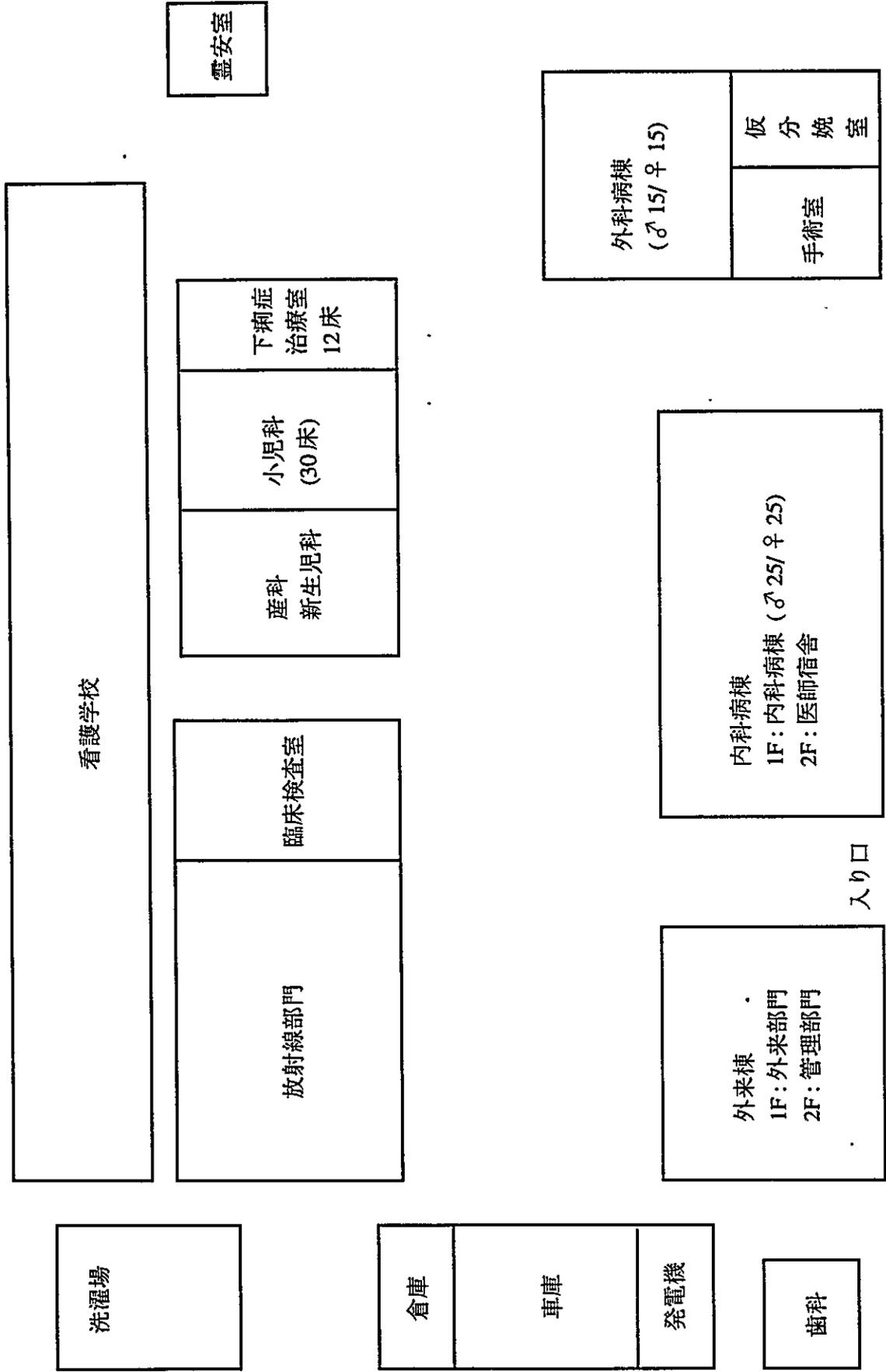


5. シブトリ  
建物配置図

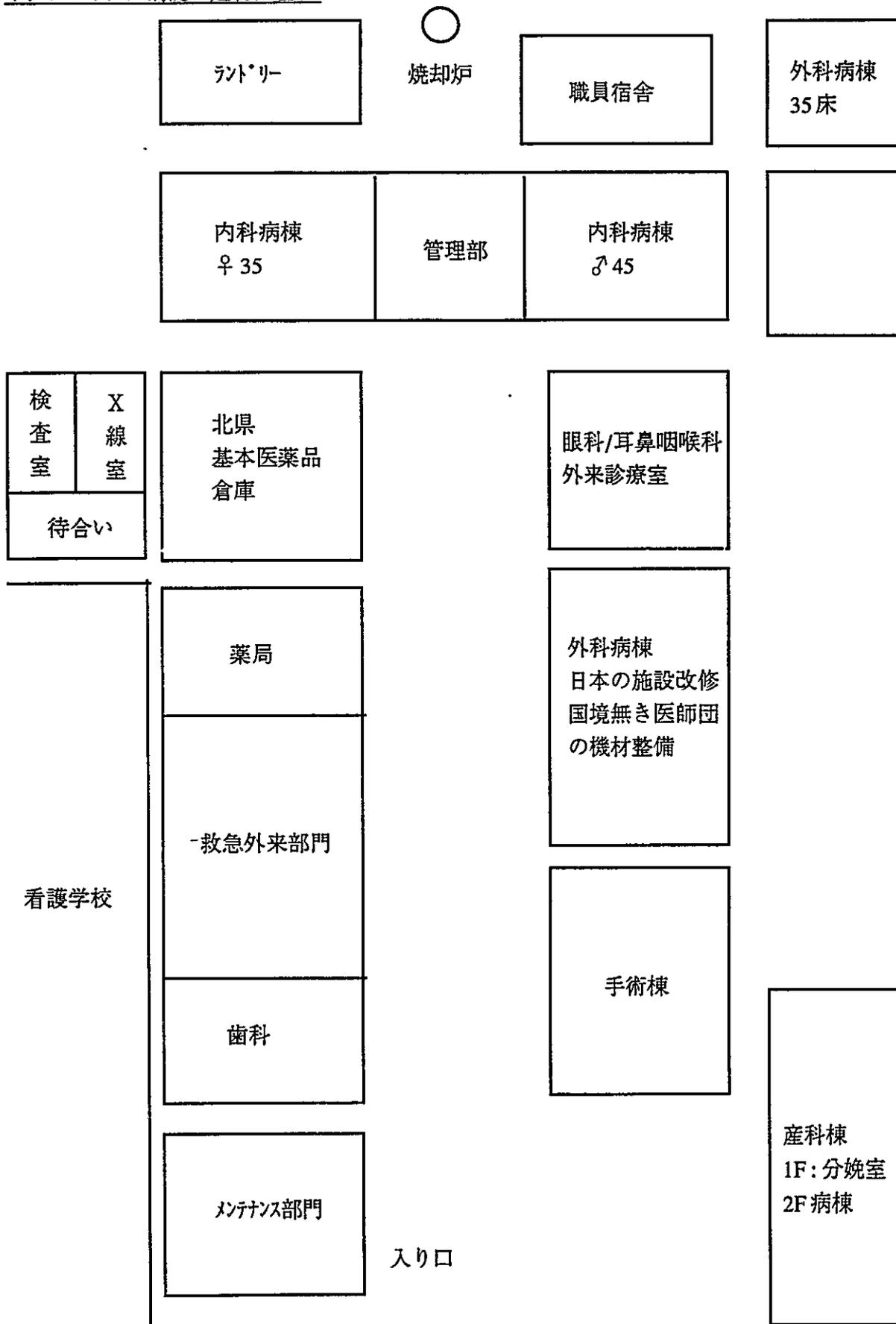
入り口



6. コンセプトシオン病院 建物配置図



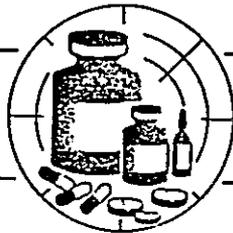
7. ジョスティン病院 建物配置図



添付資料－6 収集資料表

収集資料No	資料名	備考
1	「ハ」国保健・人口省保健衛生計画（1995年）	仏文／訳文
2	「ハ」国保健・人口省保健衛生五ヵ年計画（1990～2000年）	仏文／訳文
3～10	USAID関連資料	英文
11	「ハ」国保健事情	仏文／訳文
12	「ハ」医療情報委員会／保健事情	仏文／訳文
13	1996年「ハ」国アニュアルレポート（トランプ）	仏文
14	「ハ」国死亡率・罹患率・医療サービス普及アンケート調査	仏文
15	PROMESS基本的医薬品計画機関概要／主要薬剤・医療機材リスト料金表	仏文／訳文
16	IDB保健分野プロジェクト	仏文／訳文
17	統計局「ハ」国公共設備投資実施計画（保健分野抜粋）	仏文／訳文
18	予算書	仏文／訳文
19	質問書A／保健・人口省回答	仏文
20	質問書B／各対象病院回答	仏文
	①ハイティ国立大学病院	
	②イザイ・ジャンティ産婦人科病院	
	③ポルトープランス・サナトリウム	
	④カルフル産婦人科病院	
	⑤シグノ・サナトリウム	
	⑥イマキュレ・コンセプション病院	
⑦ジョステイニアン病院		
21	最終機材リスト	仏文
22	「ハ」国地図	仏文

# L'AIDE HUMANITAIRE EN SANTÉ



PROGRAMME DES MÉDICAMENTS ESSENTIELS  
PROMESS

(Programme de Distribution de Médicaments Essentiels)

Chancerelles, Rue Fleming  
Cité Militaire, à côté du Bureau de l'OFATMA  
Port-au-Prince, Haïti  
Tél.: 22-7656 • Fax : 22-7650



Janvier 1993

## 紹介

主要薬剤計画（PROMESS）は、保健衛生分野における人道的援助計画を実施する支援機関として設立された。PROMESSは、主要薬剤と基本医薬品の使用を保証することによって保健衛生機関を援助し、危機の時期に住民向け保健衛生サービスを継続することができる。この機関は長期的に発展するか、もしくは国の保健衛生部門における非営利目的の調達機関に換えることができよう。倉庫と管理事務所は Chancereilles の OPATMA事務所の横にある。運営時間は平日の8時から16時までである。

電話：22-7656 fax：22-7650

PROMESSは、1992年8月24日から運営されている。

## 方針

PROMESSは、方針として、調達機関のための保健省/国際開発協会 (IDA) プロジェクト報告書、及び「薬剤政策」委員会の勧告に従っている。流通方法は、保健衛生分野における人道的援助調整委員会によって論議、承認され、またそれは経費徴収委員会の提案に合致している。

## 調達

医薬品の危険な使用を避けるために、選考委員会は、下記の基準によって機関の資格取得を定めるものとする。

1. 保健衛生機関の性質：非営利目的
2. 最も貧窮した住民層に対するケアの可能性
3. 技術能力と住民に提供されるサービス
4. 管理能力

## 手続き

PROMESSを利用するために、機関は利用手続きを行わなければならない。

標準用紙は、OPS/世界保健機構 (WHO) の人道援助秘書課、あるいはPROMESSにある。書類検査の後、委員会が選考した機関に通知する。調達の遅れ、及び/もしくは、在庫切れを避けるため、選考機関の決定を待っているあいだ、PROMESSは、必要な場合に、非営利機関が出した当座の緊急発注を実行することが許可されている。

## I. 助成金

選別基準を満たす保健衛生機関については、選別委員会の承認の後に、100%の助成金（10週間分の消費）を受ける権利を持つ。この助成金は、機関の必要に応じて与えられる。

危機によって特別に被害を被り、経済状態が非常に弱い機関、及び/もしくは、国内の地方については、管理委員会が定めた条件の下に、追加助成金を受けることができる。

## II. 入手

助成金の取得資格がなく、非営利目的で運営されている機関はすべて、PROMESSにある主要薬剤を入手することができる。

販売価格 = 原価 + 10%

薬剤費用に対する機関の財政的負担は、発注の履行の際に現金で行われる。機関は、その発注品の収去、及び輸送に責任を有する。

## 薬剤リスト

PROMESSにある主要薬剤と医療機材のリストは、世界保健機構(WHO)、AGAPCO、及び保健省/国際開発協会(IDA)プロジェクトのリストに基づいている。リストには次のものが含まれる。

- ・ 主要薬剤
- ・ 医療用品
- ・ 注射器、及びその他の消耗品
- ・ 放射線用品
- ・ 小型医療器具

保健衛生機関の求めに応じて、PROMESSは特殊製品の発注を助け、そして/あるいは、製品リストを合わせることができる。

- ・ グルド表示の料金は3カ月間保証される。
- ・ 料金は、輸送経費と国際保険として15%、そしてPROMESSの操作経費として10%割増したFOB価格（船積み港）に基づいて計算される。



#### 役に立つ情報

- 発注は、PROMESSによって24時間以内に履行される。
- 緊急発注は、直ちに供給することができる。
- 皮膚病の治療要綱は、PROMESSで利用できる。

#### PROMESSの管理について

PROMESSは1992年10月以来、様々な財政機関の代表、受益者代表、幾つかの独立組織、及びハイチ議会の代表1人から構成される管理委員会によって管理されている。1992年11月から、PROMESSの日常管理は総局長をトップとするハイチ人技術者グループに委託されている。

#### 進行状態

4カ月の活動の後、PROMESSの受益者は227を数えた。助成金の総額は、33万2千438 US\$、販売額は10万9874.5 US\$である。  
438 US\$  
332,438.50





