Étude sur la Santé Publique en République d'Haïti

Juillet 2013

Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA) International Techno Center Co., Ltd. & S-Planning Inc.

HM
JR
13-072

Étude sur la Santé Publique en République d'Haïti

Juillet 2013

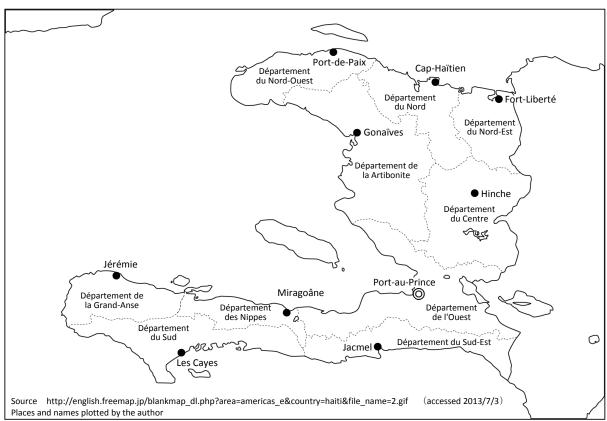
Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA) International Techno Center Co., Ltd. & S-Planning Inc.

Abréviations

AFD	Agence Française de Développement
CAL	Centre de Santé avec Lit
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CSL	Centre de Santé sans Lit
DAB	Direction de l'Administration et Budget, MSPP
DELR	Direction d'Épidémiologie, de Laboratoires, de Recherche, MSPP
DOSS	Direction d'Organisation des Service de Santé, MSPP
DOTS	Traitement de courte durée sous surveillance directe
DRH	Direction Des Ressources Humaines, MSPP
DSF	Direction de la Santé de la Famille, MSPP
DSI	Direction des Soins Infirmiers, MSPP
DSNCRP	Document de Stratégie Nationale pour la Croissance et pour la Réduction de la
	Pauvreté 2008-2010
EMMUS	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
FBP	Financement basé sur la Performance
HCR	Hôpital Communautaire de Référence
HD	Hôpital Départemental
HR	Hôpital de Référence
HUEH	Hôpital de l'Université d'État d'Haïti
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PARDH	Plan d'Action pour le Relèvement et le Développement d'Haïti
PDS	Plan Directeur de Santé
PNS	Politique Nationale de Santé
PSDH	Plan Stratégique de Développement d' Haïti
RNB	Revenu National Brut
SSP	Soins de santé primaires
UCS	Unité Communale de Santé
UPE	Unité de Planification et d'Évaluation, MSPP
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international

Carte d'Haïti





Résumé

- Après l'indépendance, la République d'Haïti a connu une instabilité politique. Cependant, la création de la Mission des Nations Unies pour la stabilisation en Haïti en 2004 a suscité un espoir pour la stabilisation politique. Mais un séisme de grande ampleur a frappé le pays en 2010 et a causé beaucoup de dégâts. A la conférence internationale des donateurs tenue en mars 2010 pour un nouvel avenir en Haïti, la communauté internationale a déclaré son soutien financier de près de 5,3 milliards de dollars, y compris 100 millions de dollars d'aide du gouvernement japonais. Actuellement, Haïti est le plus pauvre pays dans la région des Caraïbes et de l'Amérique latine, et est classé au 161ème rang sur 186 pays selon l'indice de développement humain en 2012.
- 2 Le Document de Stratégie Nationale pour la Croissance et pour la Réduction de la Pauvreté 2008-2010 a été établi en 2007, dont l'objet principal est d'atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Néanmoins, ces objectifs ne sont pas atteints suite aux dégâts causés par les catastrophes naturelles. Après le séisme, le Plan d'Action pour le Relèvement et le Développement d'Haïti, ainsi que le Plan Stratégique de Développement d'Haïti, qui évoquent la prestation d'un service sanitaire minimum couvrant le pays entier, ont été élaborés dans le but du développement à long terme. Pour le secteur de la santé publique, la Politique Nationale de Santé a été élaborée en 2012. Et en concordance avec cette Politique, le Plan Directeur de Santé sera élaboré au courant de l'année 2013.
- Les indicateurs de Santé de base sont mauvais et démontrent un retard du développement du pays. Ces dernières années, les maladies non transmissibles sont en augmentation. Cependant, les maladies infectieuses, les complications de grossesse et d'accouchement, la malnutrition, etc. restent des problèmes majeurs. Surtout, l'OMD pour le taux de mortalité maternelle est difficile à atteindre. Pour les femmes enceintes et les parturientes, les causes majeures de mortalité sont l'hypertension, l'éclampsie, et les complications lors de l'accouchement. Les causes majeures de mortalité chez les enfants sont des diarrhées, la pneumonie, etc. Le taux de prévalence du VIH est à 2,2% et reste stable ces dernières années. Cependant, le taux de prévalence a une tendance à augmenter chez les femmes et à s'abaisser chez les hommes. En ce qui concerne la génération des moins de 40 ans, le taux de prévalence chez les femmes est supérieur à celui des hommes. Le paludisme est constaté dans tout le pays. Le taux de guérison de la tuberculose par le traitement DOTS est de 82% chez les nouveaux patients tuberculeux à frottis positifs. Cependant, le taux de dépistage n'est qu'à 62%.
- 4 Les rapports des institutions sanitaires sont insuffisants, néanmoins, 5,8 millions de consultations par an sont déclarées. En ce qui concerne les vaccinations chez les enfants, les statistiques gouvernementales montrent que le taux de vaccination de la 3^{ème} injection de DTP est à 86%. Cependant, l'Unicef estime qu'il est à 59%. Pour les examens prénataux, 270 000 consultations sont déclarées pour la première visite prénatale. Mais les femmes consultent souvent à la fin de la grossesse. Donc, le nombre de consultation pour la deuxième visite diminue de moitié. Le nombre d'accouchements rapporté par les institutions sanitaires est de 130 000, dont 70 000 accouchements sont effectués dans les établissements et 60 000 sont effectués à domicile. Le nombre de nouveaux utilisateurs par an du service du planning familial déclaré par les institutions de la santé est de 450 000, ce qui fait un nombre total d'utilisateurs de 3 millions. Plus de la moitié des utilisateurs

- choisissent les injectables comme méthode de contraception.
- L'organisme responsable de l'administration sanitaire est le Ministère de la Santé Publique, qui compte beaucoup de directions dirigées directement par le directeur général. La décentralisation n'est pas très avancée. Les bureaux départementaux et les unités communales de la santé sont des antennes régionales du Ministère de la Santé Publique. Les unités communales de la santé vont être rattachées au niveau supérieur de l'arrondissement plus tard. Théoriquement, les institutions sanitaires sont classées en plusieurs niveaux : établissements hospitaliers universitaires, hôpitaux départementaux, hôpitaux communautaires de référence et centres de Santé. Dans sa politique du développement, le gouvernement haïtien proclame la création d'établissements hospitaliers universitaires dans 3 villes sélectionnées comme grands pôles régionaux de développement, la création d'hôpitaux de référence (hôpitaux départementaux, etc.) dans 14 villes ou chefs-lieux sélectionné(e)s comme pôles régionaux de développement, ainsi que la création d'hôpitaux communautaires de référence dans chaque arrondissement. Mais en réalité, la qualité et le nombre des institutions sanitaires sont insuffisants. Le manque de personnel de santé est chronique. Et le départ de personnel de santé vers l'étranger est un problème sérieux dans ce pays.
- L'aide financière basée sur la performance et la formation des agents de santé communautaires sont particulièrement importantes. Le système d'aide financière basé sur la performance rencontre des difficultés pour trouver un financement une fois le projet terminé. On crainte que la formation des agents de santé communautaires, dont l'objectif est d'avoir un agent pour 1000 habitants, ne puisse pas être poursuivie après la fin des programmes soutenus par les donateurs, car ces programmes des donateurs couvrent les frais d'activités incluant les salaires du personnel après la formation. Certains donateurs aident la construction des établissements sanitaires et la fourniture de leurs équipements.
- 7 Vu cette situation actuelle, on peut constater beaucoup de problèmes à résoudre, comme la prestation du service, les ressources humaines dans le secteur de la santé, le financement pour la santé publique, l'administration sanitaire, etc. Pour améliorer le service de la santé des mères et enfants, y compris la santé des femmes enceintes et des parturientes, l'amélioration de l'ensemble des services liés aux soins de PHC est indispensable. Pour cela, il faut améliorer l'efficacité du service existant en soins de PHC, et prendre les mesures nécessaires à long terme en élaborant un plan des ressources humaines du secteur de la santé. Par ailleurs, la mise en place des hôpitaux de référence étant un des enjeux majeurs de la politique du développement, on considère que c'est le plus important de renforcer le fonctionnement des hôpitaux départementaux existants pour en faire des hôpitaux de référence, voire d'aménager le fonctionnement des autres hôpitaux dans les départements sur cette base. En ce qui concerne les personnels de santé, il faut d'abord collecter des statistiques, comme le nombre de candidats aux examens nationaux d'infirmiers et les taux de réussite, etc., puis classer les informations de base. Le maintien des personnels de santé à l'intérieur du pays et l'attachement des personnels dans la communauté rurale sont les points importants pour résoudre les problèmes des ressources humaines dans ce secteur. D'autre part, comme points à améliorer, on peut citer également la stabilisation de la gestion du service de santé dans les institutions sanitaires, le transfert du pouvoir vers les bureaux départementaux et vers les unités d'arrondissement de santé, ainsi que l'amélioration de leurs compétences.
- 8 Lors de cette étude, on a effectué des enquêtes sur le terrain dans chaque département. En vue de créer des hôpitaux de référence dans chaque ville considérée comme pôle régional de développement, on a d'abord identifié les départements où l'amélioration des hôpitaux

- départementaux est nécessaire. Ensuite, après avoir étudié la faisabilité de la gestion du projet de la part de la JICA, notamment la possibilité d'envoyer plus tard des missions d'étude et la possibilité pour le bureau du représentant de suivre le projet, on a sélectionné les départements du Centre, des Nippes et du Sud comme départements concernés par ce projet. On a visité les institutions sanitaires dans le chef-lieu de chaque département et ses environs.
- 9 D'après ces enquêtes, il est possible de confirmer qu'il est pertinent d'étudier l'orientation du soutien futur, principalement pour renforcer le système du service de santé et améliorer le taux de couverture. Il est par conséquent recommandé d'étudier les orientations de l'aide en mettant l'accent sur le renforcement des institutions sanitaires existantes visant à renforcer le système du service de santé en milieu rural, et sur l'organisation des formations et la mise en œuvre des activités visant à améliorer les compétences en gestion d'institutions sanitaires.

Étude de la JICA sur la Santé Publique en République d'Haïti

Rapport

Table des Matières

Abréviations		
Carte d'Haïti		
Résumé Matiè	ères	
Table des		
Chapitre 1	Contexte général	1
Chapitre 2	Politique de développement	4
2.1	Politique nationale de développement	4
2.2	Politique du développement dans le secteur de la Santé publique	6
Chapitre 3	Conditions de Santé de la population	8
3.1	Généralité	8
3.2	Conditions sanitaires des mères et des enfants	9
3.2.1	Conditions sanitaires des mères	9
3.2.2	Conditions sanitaires des enfants	9
3.3	Actualité des maladies infectieuses	10
3.3.1	VIH/Sida	10
3.3.2	Paludisme	12
3.3.3	Tuberculose	13
3.3.4	Malnutrition	14
Chapitre 4	Situation actuelle d'utilisation du service sanitaire	15
4.1	Situation de consultation des habitants	15
4.2	Vaccination des enfants	15
4.3	Grossesse et accouchement	17
4.4	Service de planification familiale	18
Chapitre 5	Situation du système sanitaire	20
5.1	Administration sanitaire	20

5.2	Institutions sanitaires	21
5.3	Système de la prestation du service	22
5.4	Personnel de santé	24
5.5	Situation du rapport des informations sanitaires	27
Chapitre 6	Situation actuelle de l'aide des donateurs	28
6.1	Généralités	28
6.2	Financement basé sur la performance	29
6.3	Formation des agents de santé communautaires	30
6.4	Autres mouvements	30
Chapitre 7	Problèmes actuels à résoudre dans le secteur de la santé	32
7.1	Système de prestation des services	32
7.2	Ressources humaines dans le secteur de la santé	33
7.3	Situation financière du secteur de la santé et administration sanitaire	34
Chapitre 8	Résultat des enquêtes menées dans chaque département	36
8.1	Départements concernés par les enquêtes sur le terrain	36
8.2	Établissements ciblés par la visite d'étude	37
8.3	Résultats des enquêtes menées dans chaque département	38
8.3.1	Département du Centre	38
8.3.2	Département des Nippes	41
8.3.3	Département du Sud	44
8.3.4	Département du Sud-Est	47
8.3.5	Institutions dans la capitale	48
Chapitre 9	Faisabilité d'une aide du Japon	51
Documents ann	nexes	
1 Comp	position des membres de l'équipe d'étude	
2 Progr	ramme de l'étude	
3 Liste	des personnes principales rencontrées	
4 Liste	des documents de référence	
5 Indic	es principaux dans le secteur de la santé	
Tableau 1	Indices majeurs d'Haïti	2
Tableau 2	Population des différents départements en 2011	2
Tableau 3	Composition de la population selon l'âge et le sexe en 2011	3
Tableau 4	Objectifs principaux du DSNCRP dans le secteur de la Santé Publique	4
Tableau 5	Résultats atteints par rapport aux OMD	4

Tableau 6	4 axes du Plan d'Action pour le Relèvement et le Développement d'Haïti	5
Tableau 7	Objectifs dans le Plan Stratégique National de Réforme du Secteur Santé 2005-2010	6
Tableau 8	Axes principaux de la politique de Santé	7
Tableau 9	Indices Principaux de la Santé d'Haïti et ses pays voisins	8
Tableau 10	Indice nutritionnel	.14
Tableau 11	Nombre de consultations dans un service sanitaire, 2011	.15
Tableau 12	État de vaccination des enfants, 2011	.16
Tableau 13	Nombre rapporté de patientes pour des visites prénatales 2011	.17
Tableau 14	Nombre rapporté de prescription de compléments alimentaires et de vaccinations contre le tétanos pour les femmes enceintes 2011	.17
Tableau 15	Répartition des institutions sanitaires fonctionnant dans le pays selon leur catégorie et leur statut juridique	.21
Tableau 16	Nombre de médecins et d'infirmiers en Haïti et dans d'autres pays en crise de ressources humaines	.24
Tableau 17	Répartition du personnel médical et paramédical selon les départements 2011	.25
Tableau 18	Situation des rapports mensuels envoyés par les institutions 2011	.27
Tableau 19	Domaines et régions ciblés par les soutiens des organismes principaux	.28
Tableau 20	Étude des départements ayant fait l'objet d'une enquête sur le terrain	.36
Tableau 21	Institutions visitées dans le cadre des enquêtes sur le terrain	.37
Tableau 22	Descriptions générales de l'hôpital départemental dans le département du Centre	.38
Tableau 23	Descriptions générales de l'hôpital départemental dans le départemental des Nippes	.42
Tableau 24	Descriptions générales de l'hôpital départemental dans le département du Sud	
Tableau 25	Descriptions générales de l'hôpital départemental dans le département du Sud-Est	.47
Tableau 26	Descriptions générales de l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti	.48
Graphique 1	Taux de population selon l'âge en 2010	3
${\bf Graphique}\ 2$	Causes principales de la mortalité (tous les âges)	8
Graphique 3	Évolution du taux de la mortalité maternelle de 1990 à 2010	9
Graphique 4	Évolution du taux de mortalité infantile de 1990 à 2011	9
Graphique 5	Causes de la mortalité des enfants de moins de 5 ans 2004	.10
Graphique 6	Taux de prévalence du VIH selon le sexe, le milieu de résidence rural ou urbain 2012	.11
Graphique 7	Taux de prévalence du VIH selon le sexe et l'âge, 2012	.12

Graphique 8	Nombre de cas de paludisme diagnostiqués selon les départements, 2012	.12
Graphique 9	Évolution du taux de prévalence et de mortalité de la tuberculose	.13
Graphique 10	Évolution du taux de patients tuberculeux diagnostiqués et du taux de réussite du traitement	.14
Graphique 11	Nombre de nouveaux patients tuberculeux à frottis positifs selon le sexe et l'âge , 2011	.14
Graphique 12	Répartition du nombre d'accouchements rapportés 2011	.18
Graphique 13	Répartition d'utilisateurs du service de planification familiale 2011	.19
Graphique 14	Organigramme du Ministère de la Santé Publique	.20
Graphique 15	Plan d'aménagement des Hôpitaux de Référence prévu dans le premier programme triennal du PSDH	.22
Graphique 16	Système du service de santé - concept de développement et situation actuelle	.23

Chapitre 1 Contexte général

La République d'Haïti se situe à l'ouest de l'île d'Hispaniola aux Antilles. A l'est, Haïti partage la frontière avec la République Dominicaine. Au nord-ouest se trouve Cuba, et à l'ouest la Jamaïque. Environ 90% de la population est d'origine africaine. Les religions pratiquées sont le christianisme, le vaudou, etc. Les langues officielles sont le français et le créole.

Depuis l'indépendance en 1804, l'instabilité politique persiste. La création de la mission des Nations Unies pour la stabilisation en Haïti en 2004 a donné l'espoir de stabilisation politique. Mais en 2010, un gros séisme avec un épicentre situé à proximité de la capitale Port-au-Prince a causé énormément de dégâts. L'épidémie de choléra qui s'en est suivi a fait beaucoup de victimes. Les soutiens pour la reconstruction ont commencé tout de suite après le séisme. En mars 2010, à la conférence internationale des donateurs pour un nouvel avenir en Haïti, la communauté internationale a déclaré son soutien financier de près de 5,3 milliards de dollars, y compris 100 millions de dollars d'aide du gouvernement japonais. En 2005, le Japon a signé un accord d'assistance technique avec Haïti, et il a annoncé en avril 2013 ses principes de base en matière d'aide à ce pays consistant à « la reconstruction post- séisme et l'établissement d'un service social fondamental », dans leur cadre il a d'ailleurs déclaré d'apporter son soutien en priorité dans le but de « l'amélioration des conditions sanitaires et hygiéniques », ainsi que de « l'encouragement de la formation et de l'éducation », ce que le gouvernement haïtien a accepté. Dans le cadre du projet de réhabilitation urgente et d'aide à la reconstruction en Haïti après le séisme, la JICA apporte son soutien dans les secteurs de l'éducation, de la santé et de l'agriculture. Les principales actions de soutien sont les suivantes :

- La reconstruction de l'hôpital Jacmel dans le département du Sud-Est qui a subi d'énormes dégâts lors du séisme en 2010.
- L'aménagement des infrastructures comme les routes ou le système d'approvisionnement en eau de la ville de Léogâne dans le département de l'Ouest.
- Organisation de formations au Japon et dans des pays tiers (République Dominicaine, pays voisin, et des pays francophones en Afrique)

Haïti est le plus pauvre pays de la zone d'Amérique latine et des Caraïbes. L'espérance de vie moyenne dans les pays voisins est supérieure à 70 ans, cependant, en Haïti, elle est de 62,4 ans. Seul Haïti ne dépasse pas l'indice de 0,5 pour le développement humain et est classé au 161 ème rang sur 186 pays en 2012.

Tableau 1 Indices majeurs d'Haïti

Indice	Valeurs	Unité	Année
Population	10 123 787	personne	2011
Taux de croissance démographique	1,3	%	2011
Espérance de vie à la naissance	62	ans	2011
Taux brut de natalité	26,3	Pour mille	2011
Taux brut de mortalité	8,9	Pour mille	2011
Revenu national par habitant	700	Dollars US	2011
Taux de croissance économique	4,1	%	2011
Taux d'alphabétisation des adultes	48,7	%	2006
Classement de l'indice du développement humain sur 186 pays	161	Rang	2012

Source: World Development Indicators, World Bank

Le découpage administratif d'Haïti compte 10 départements (Nord-Est, Nord, Nord-Ouest, Artibonite, Centre, Ouest, Sud-Est, Nippes, Grand'Anse et Sud). Les départements sont divisés ensuite en 42 arrondissements et 140 communes La capitale Port-au-Prince se situe dans le département de l'Ouest.

Tableau 2 Population des différents départements en 2011

Département	Population totale	Population 1	urbaine	Population	rurale	Taux hommes/femmes ¹
Ouest	3.783.586	2.933.735	77,5%	849.851	22,5%	93,46
Nord	1.001.998	465.331	46,4%	536.667	53,6%	96,44
Nord-Est	383.653	170.995	44,6%	212.658	55,4%	100,46
Nord-Ouest	684.295	175.786	25,7%	508.509	74,3%	97,78
Artibonite	1.622.014	638.825	39,4%	983.189	60,6%	98,12
Centre	702.415	131.142	18,7%	571.273	81,3%	109,01
Sud-Est	591.217	82.906	14,0%	508.311	86,0%	106,82
Sud	727.643	152.395	20,9%	575.248	79,1%	104,21
Nippes	321.604	53.720	16,7%	267.884	83,3%	110,08
Grand'Anse	439.699	95.407	21,7%	344.292	78,3%	99,28
Total	10.258.126	4.900.265	47,8%	5.357.861	52,2%	98,08

¹ Taux de la population masculine pour 100 femmes

Source: Rapport Statistique 2011, Unité de Planification et d'Évaluation (UPE), Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP)

D'après les estimations du gouvernement, la population totale en 2011 est de 10 258 126 personnes, dont près de 40% sont concentrées dans le département de l'Ouest. Le taux

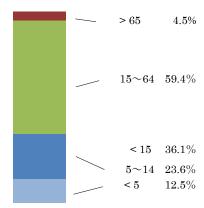
d'urbanisation du pays est de 47,8%. Mis à part le département de l'Ouest, les taux d'urbanisation dans les départements du Centre, du Sud, du Sud-Est, des Nippes et de la Grand'Anse sont bas par rapport aux départements du Nord, du Nord-Est, du Nord-Ouest et de l'Artibonite. Dans les statistiques de la population du gouvernement de 2011, les populations selon le sexe et l'âge sont calculées en estimant que les nourrissons de moins d'un an sont de 2,7%, les enfants de 1 à 4 ans sont de 11,5%, les femmes de 15 à 49 ans sont de 25% et les femmes enceintes sont de 4%.

D'après les documents des Nations Unies, les taux de population selon l'âge en Haïti sont estimés à : la population de moins de 15 ans est de 36,1% (moins de 5 ans 12,5%), celle de 15 à 64 ans est de 59,45%, celle de plus de 65 ans est de 4,5%.

Tableau 3 Composition de la population selon l'âge et le sexe en 2011

Catégorie	Population (personnes)	Taux d'estimat	tion
Population totale	10.258.126		
Hommes	5.079.349		
Femmes	5.178.777		
Moins d'un an	276.969	2,7%	1.4.20/
De 1 à 4 ans	1.179.684	11,5%	14,2%
Femmes de 15 à 49 ans	2.564.531		25%
Nombre de femmes enceintes	410.325		4%

Source: Rapport Statistique 2011, Unité de Planification et d'Évaluation (UPE), Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP)



Sorce: World Population Prospects: The 2012 Revision, United Nations Secretariat

Graphique 1 Taux de population selon l'âge en 2010

Chapitre 2 Politique de développement

2.1 Politique nationale de développement

Le gouvernement haïtien a élaboré en novembre 2007 le Document de Stratégie nationale pour la Croissance et pour la Réduction de la Pauvreté 2008-2010 (DSNCRP) ayant pour objet principal d'atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Dans ce cadre les objectifs suivants sont définis pour le secteur de la santé publique :

Tableau 4 Objectifs principaux du DSNCRP dans le secteur de la Santé Publique

Objectifs

- · Renforcement du système institutionnel du secteur de la Santé
- Réhabilitation, construction et modernisation des institutions sanitaires
- Unité Communale de Santé¹ (UCS)
- · Augmentation d'utilisation des soins pour des maladies prioritaires
- · Amélioration du traitement des déchets dans les hôpitaux
- Facilité d'accès aux médicaments de base pour les habitants
- · Réduction du taux de mortalité maternelle
- · Amélioration du taux de vulgarisation de la contraception

Source: Document de Stratégie Nationale pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté, Dsncrp (2008-2010), République D'Haïti, Novembre 2007

Cependant, pendant la période de planification du DSNCRP on a connu des conditions extrêmement difficiles, comme l'instabilité politique, les mauvaises conditions climatiques, le grand séisme, etc. Et la plupart des objectifs ne sont pas atteints. Même les OMD pour l'an 2015 sont difficiles à atteindre. D'après le *Final Report on the Implementation on the First National Growth and Poverty Reduction Strategy Paper, Apr. 2011* publié en 2011 par le gouvernement haïtien, les résultats atteints par rapport aux objectifs du millénaire pour le développement (OMD) sont présentés ci-dessous :

Tableau 5 Résultats atteints par rapport aux OMD

	Objectifs	Indices	1990	1995	2000	2005	2008/ 9	2015	Avancem ent	Écart
Réduction de la mortalité chez les	Nombre de nourrissons morts pour mille naissances Nombre d'enfants de moins	105	98	78	62	57	36,7	Lent	Grand	
7	bébés et les jeunes enfants	de 5 ans morts pour mille naissances	152	98	109	84	76	60		
	Amélioration de	Nombre de femmes enceintes et parturientes mortes pour cent mille accouchements	457	474	520	630		114	Aggravé	Énorme
5	femmes enceintes	Taux de visites prénatales effectuées	71%	68%	79%	85%	85%			
	et parturientes	Taux de généralisation de la contraception (femmes de 15 à 49 ans)	10%	18%	28%	32%	32%			

¹Antenne au niveau communal du Ministère de la Santé (voir le Chapitre 5, 5.1)

	Prévention de la	Taux de consultation et de guérison de la pneumonie	-	2%	19%	44%	49%			
6	propagation des maladies comme	Taux de prévalence du VIH		5,0%	5,5%	2,2%	2,2%	1,5%	Rapide	Faible
O	le VIH/Sida, le	Taux de vaccination contre la rougeole (enfants de 12 à 23	31%	49%	55%	58%	58%		Lent	Grand
	paludisme, etc.	mois)								

Source: Final Report on the Implementation of the first National Growth and Poverty Reduction Strategy Paper 2008-2010, Ministry of Planning and External Cooperation, Government of Haiti, April 2011

La communauté internationale a promis beaucoup d'aides à Haïti lors de la conférence internationale des donateurs pour un nouvel avenir en Haïti. A cette occasion, le gouvernement haïtien a présenté son Plan d'Action pour le Relèvement et le Développement d'Haïti (PARDH). Dans ce plan il a manifesté non seulement la reconstruction du pays après le grand séisme, mais aussi son concept du développement à long terme, le développement territorial, le développement économique, le développement social et la réforme du système y compris. Le PARDH a été élaboré à partir du DSNCRP. Pour cette raison, ces deux documents partagent une orientation similaire. Cependant, la concentration de la population en milieu urbain étant une cause des dégâts considérables lors du grand séisme, le PARDH contient également des mesures sur la décentralisation ou l'allègement de la centralisation dans la capitale.

Puis en 2012, le Plan Stratégique de Développement d'Haïti (PSDH), qui détaille les procédures d'exécution du PARDH, a été élaboré. Dans le PSDH, ont été nommées grands pôles régionaux de développement, la capitale Port-au-Prince, la ville de Cap-Haïtien dans le département du Nord, et la ville des Cayes dans le département du Sud. On a également identifié comme pôles régionaux de développement, les dix chefs-lieux des départements du territoire haïtien, la ville de Mirebalais dans le département du Centre, et la ville de Saint-Marc dans le département d'Artibonite. Par ailleurs, les 4 grands chantiers de refondation (territoriale, économique, sociale et institutionnelle) sont définis dans le PARDH. Ils forment également les 4 axes de développement du PSDH. Ce dernier évoque la prestation du service minimum de santé sur l'ensemble du territoire dans le domaine du développement social.

Tableau 6 4 axes du Plan d'Action pour le Relèvement et le Développement d'Haïti

Développement	Reconstruction de la région dévastée, aménagement des infrastructures (routes, énergie,
territorial	communication), etc.
Développement	Modernisation agricole, développement des produits à l'exportation, élevage et pêche, sécurité
économique	alimentaire, développement des entreprises de construction, élaboration de normes antisismiques,
	etc., dynamisation des entreprises de fabrication, développement du tourisme
Développement	Égalité d'opportunités d'éducation, développement de la formation professionnelle et universitaire,
social	prestation du service minimum de la santé dans tout le pays, protection de la population
	défavorisée
Réforme du	Rétablissement du fonctionnement de base du gouvernement, renforcement du système pour la
système	reconstruction du pays, prévention de la corruption et transparence, clarification de la
	responsabilité

Source: Strategic Plan for the Development of Haiti, Government of the Republic of Haiti, 2010

Le PSDH est un plan à long terme comprenant 7 périodes de programmes triennaux couvrant la période de 2012 à 2033. Suite au retard des démarches administratives, la période du plan d'exécution a été modifiée : elle commencera en octobre 2013 et se terminera en 2034.

Dans le premier programme triennal, les points suivants correspondent aux mesures de prestation du service minimum de santé qui couvre l'ensemble du territoire :

- Mettre en place des réseaux de centres hospitaliers universitaires dans les trois grands pôles régionaux de développement
- Mettre en place des hôpitaux de référence dans les 14 villes au total comprenant les pôles régionaux de développement, ainsi que les deux autres villes
- Mettre en place des hôpitaux communautaires de référence dans les pôles locaux de développement
- Mettre en place des centres de santé
- Lutter contre les maladies endémiques et les épidémies
- Mettre en place un programme de santé scolaire
- Identifier et prendre en charge les personnes en difficulté

2.2 Politique du développement dans le secteur de la Santé publique

Dans le Plan Stratégique National de Réforme du Secteur Santé 2005-2010 élaboré avant le DSNCRP, les objectifs étaient les suivants : D'après ce plan, seulement 53% de la population nationale avait accès au service de santé de base et la moitié de la population n'a pas d'accès aux médicaments nécessaires. Les objectifs majeurs de ce plan étaient le développement des institutions sanitaires et l'extension des services de santé.

Tableau 7 Objectifs dans le Plan Stratégique National de Réforme du Secteur Santé 2005-2010

Objectifs

- Réduire le taux de mortalité maternelle de 50% ou plus
- Réduire le taux de mortalité chez les nourrissons et celui chez les enfants de moins de 5 ans de 50% ou plus
- · Réduire le taux de prévalence du VIH de 30%
- Réduire le nombre de décès dus au VIH/Sida de 30%
- Réduire la contamination de la mère à l'enfant du VIH de 10%
- Réduire le taux d'incidence de la tuberculose de 30%
- Réduire le nombre de décès dus au paludisme de 30%
- Réduire l'incidence des filarioses, le tétanos, le polio et la rougeole.

Source: Strategic Plan for the Development of Haiti, Government of the Republic of Haiti, 2010

Puis en 2012, l'actuelle Politique Nationale de Santé (PNS) a été définie. A partir de cette politique, le Plan Directeur de Santé 2012-2022 (PDS) est en cours d'élaboration. Les axes principaux de la PNS et du PDS sont les suivants :

Tableau 8 Axes principaux de la politique de Santé

Points	s essentiels de la PNS	Composantes du PD	
		Renforcement organisationnel et institutionnel	Prestation de services et de soins de santé
Objectifs Spécifiques	Système de prestation de services et de soins de santé	 Renforcement de la gestion des Services et Soins de Santé et des ressources disponibles pour la santé 	Renforcement de la qualité des services et soins de santé
	Infrastructures	Mise en place / renforcement des infrastructures sanitaires prestataires de services et de soins	Mise en place des infrastructures sanitaires adaptées aux différents niveaux
	Approvisionnement en Intrants	 Gestion rationnelle des ressources humaines Renforcement du dispositif de supervision et de contrôle. Renforcement des organisations administratives de santé au niveau communal Renforcement des aspects éthiques des professions médicales et paramédicales, etc. Gestion rationnelle des Médicaments et des intrants stratégiques pour la santé. 	Continuum de services Réseautage Renforcement du moyen de transport
Objectifs globaux	Financement du secteur santé	Modulation du Financement du secteur santé Approche contractuelle et Financement basé sur les résultats (FBR)	
	Régulation et contrôle des dépenses	 Gestion et contrôle financiers Mise en place d'une unité d'audit interne au sein du MSPP Gestion saine et transparente des ressources 	
Éléments Transversaux	Gouvernance	 Régulation et normalisation du système Gestion des accords et traités internationaux en matière de santé. Gestion conjointe des problèmes transfrontaliers (Haïti- République Dominicaine) 	 5 domaines retenus : 1. Santé de la mère et de l'enfant 2. Santé de l'adolescent et de jeune adulte 3. Contrôle des maladies et des traumatismes 4. Nutrition 5. Promotion de la santé
	Intégration	 Intégration de toutes les actions à prendre dans le secteur de la santé dans une programmation nationale unique. Suivi de la mise en œuvre du modèle de prestation de services retenu 	Introduction d'un paquet essentiel de services de santé (PES) de base
	Information/Suivi	 Renforcement du système d'information sanitaire Prise de décision basée sur le fondement. Surveillance de l'état de la maladie et gestion des risques et désastres Promotion de la recherche 	
	Protection Sociale en santé	Construction de la Protection sociale.	
	Intersectorialité	Renforcement du partenariat	-

Source: Plan Directeur de Santé 2012-2022, Draft Mars 2013, Ministère de santé publique et de la population et la Population (MSPP)

Chapitre 3 Conditions de Santé de la population

3.1 Généralité

Tous les indices de la santé d'Haïti sont inférieurs à la moyenne des pays de l'Amérique latine et des Caraïbes. Le taux de mortalité infantile et maternelle est particulièrement élevé par rapport à celui des pays voisins, ce qui montre le retard du développement du pays. Le taux d'alphabétisation des adultes et le revenu national par habitant montrent que le niveau d'éducation et le niveau de revenus sont très bas par rapport aux autres pays voisins de la région.

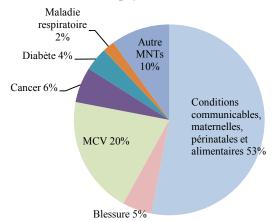
Tableau 9 Indices Principaux de la Santé d'Haïti et ses pays voisins

	Moyenne d'espérance de vie à la naissance (année) 2010	Taux de mortalité des nourrissons (pour mille naissances) 2010	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour mille naissances) 2010	Taux de mortalité maternelle (pour cent mille naissances) 2008	Inhibition de la croissance (%) 2006-2010	Taux d'alphabétis ation des adultes (%) 2005-2010	RNB par habitant (Dollars US) 2010
Haïti	62	70	165	300	29	49	650
Bolivie	66	42	54	180	27	91	1.790
République Dominicaine	73	22	27	100	18	88	4.860
Guatemala	71	25	32	110	48	74	2.740
Honduras	73	20	24	110	29	84	1.880
Nicaragua	74	23	27	100	22	78	1.080
Moyenne régionale	74	18	23	85	15	91	7.859

Moyenne régionale = Moyenne pour l'Amérique du Sud et l'Amérique Centrale

Source: The State of the World's Children 2012, UNICEF

D'après les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les maladies infectieuses, les complications de la grossesse ou l'accouchement, la malnutrition, etc. sont toujours les causes principales de la mortalité dans ce pays.



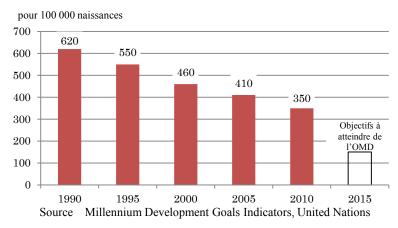
Source: Noncommunicable diseases country profiles 2011, WHO

Graphique 2 Causes principales de la mortalité (tous les âges)

3.2 Conditions sanitaires des mères et des enfants

3.2.1 Conditions sanitaires des mères

Le taux de mortalité maternelle en Haïti a baissé de 620 à 350 pour 100 000 naissances pendant la période de 1990 à 2010. Cependant, il sera difficile d'ici à 2015 d'atteindre l'objectif du millénaire pour le développement (baisser jusqu'au quart du niveau en 1990). D'après l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) de l'OMS, les causes principales de la mortalité maternelle sont l'hypertension, l'éclampsie, et des complications à l'accouchement.

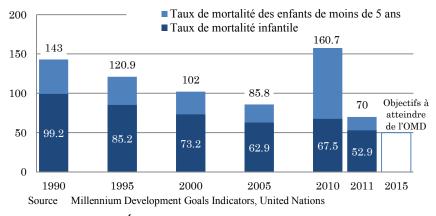


NB : Le taux de mortalité maternelle est calculé à partir des statistiques publiées par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale. Il est différent de celui publié par le gouvernement (Tableau 5).

Graphique 3 Évolution du taux de la mortalité maternelle de 1990 à 2010

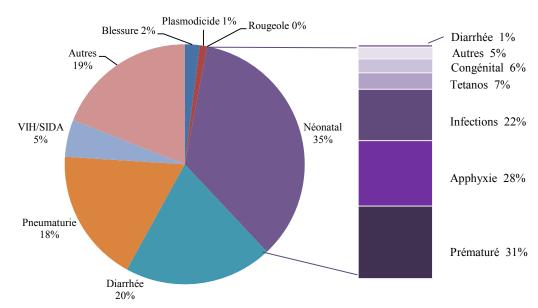
3.2.2 Conditions sanitaires des enfants

Le taux de mortalité chez les enfants. Le taux de mortalité infantile est en amélioration. Néanmoins, atteindre les OMD ne sera pas facile. En 2010, suite au séisme, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans était supérieur à 160 pour mille naissances. Mais ce chiffre est descendu à 70 l'année suivante.



Graphique 4 Évolution du taux de mortalité infantile de 1990 à 2011

D'après les documents du Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), plus de 30% de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans est la mort des nouveau-nés (bébés de moins d'un mois) dû à l'asphyxie à l'accouchement, aux maladies infectieuses et au tétanos. On constate beaucoup de morts chez les nourrissons et les jeunes enfants dues aux diarrhées (20%) et à la pneumonie (18%).



Source: Monitoring the Situation of Children and Women/Statiscical Country Profiles/Haiti, UNICEF

Graphique 5 Causes de la mortalité des enfants de moins de 5 ans 2004

D'après les documents du Ministère de la Santé Publique, sur les 130 359 accouchements rapportés par les institutions sanitaires en 2011, on a compté 104 925 naissances de bébés vivants. La répartition du nombre de bébés selon leur poids à la naissance est la suivante : 65 638 bébés (59,70%) pesaient plus de 2 500g, 9 036 bébés (8,61%) moins de 2 500g, et 33 251 (31,69%) bébés n'ont pas eu leur poids enregistrés. En réalité, on pense que le taux de bébés en sous poids est beaucoup plus important. Puisque plus de 30% de bébés n'ont pas eu leur poids enregistré à la naissance, on suppose que le poids à la naissance n'est pas vérifié correctement.

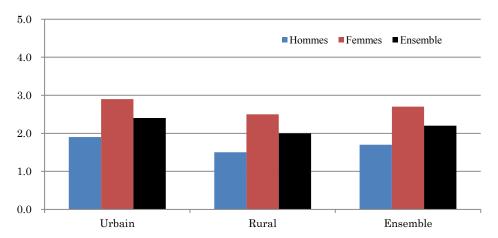
3.3 Actualité des maladies infectieuses

3.3.1 VIH/Sida

D'après l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, EMMUS-V effectuée en 2012 en Haïti, le taux de prévalence du VIH chez les adultes (de 15 à 49 ans) est de 2,2%. Le

taux de morbidité chez les femmes (2,7%) était plus élevé que celui des hommes (1,7%). Le taux des populations atteintes de maladies infectieuses reste à 2,2 %, ce qui maintient le même niveau que l'EMMUS-IV (2005-2006). Cependant, quand on compare l'évolution des taux selon le sexe entre les rapports EMMUS-IV et EMMUS-V, le taux chez les femmes a augmenté progressivement (de 2,3% à 2,7%). Et celui des hommes a graduellement baissé de 2,0% à 1,7%.

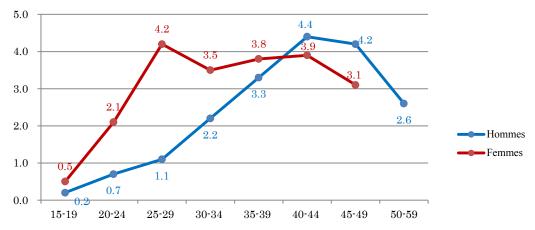
Les taux de prévalence du VIH selon les régions montrent que celui du milieu rural (2,0%) est plus bas que celui du milieu urbain (2,4%). On constate la même tendance chez les femmes (milieu rural : 2,5%, milieu urbain : 2,9%) et chez les hommes (milieu rural : 1,5%, milieu urbain : 1,9%).



Source: Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services EMMUS-V HAITI 2012, Rapport Préliminaire, Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) / MEASURE DHS / ICF International, Septembre 2012

Graphique 6 Taux de prévalence du VIH selon le sexe, le milieu de résidence rural ou urbain 2012

Quand on étudie les taux de prévalence du VIH chez les femmes et les hommes selon l'âge, on constate que les taux augmentent brutalement chez les jeunes femmes : 0,5% chez les filles de 15 à 19 ans et jusqu'à 4,2% chez les femmes de 25 à 29 ans. Chez les femmes de 25 à 29 ans, le taux de prévalence est 4 fois supérieur à celui constaté chez les hommes du même âge. Pour les moins de 40 ans, les taux de prévalence chez les femmes sont toujours plus élevés que ceux chez les hommes. Chez les hommes, le taux augmente de 0,2% pour ceux âgés entre 15 et 19 ans, jusqu'à 4,4% pour ceux âgés de 40 à 45 ans. A partir de 45 ans, le taux baisse.

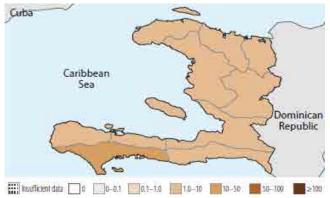


Source: Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services EMMUS-V HAITI 2012, Rapport Préliminaire, Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) / MEASURE DHS / ICF International, Septembre 2012

Graphique 7 Taux de prévalence du VIH selon le sexe et l'âge, 2012

3.3.2 Paludisme

En Haïti, environ 30 000 cas de paludisme sont déclarés chaque année. On pense qu'en réalité, le nombre de personnes atteintes est plus élevé, mais il n'y a pas de chiffre exact. Le paludisme est constaté sur l'ensemble du territoire. Cependant, d'après le document de l'OMS, le nombre de cas de paludisme diagnostiqués est particulièrement plus élevé dans le département du Sud que dans les autres départements.



Source: World Malaria Report 2012, Country Profiles, Haiti, WHO

Graphique 8 Nombre de cas de paludisme diagnostiqués selon les départements, 2012

D'après le rapport EMMUS-V (2012), 21 % des ménages possédaient au moins une moustiquaire. Beaucoup plus de ménages du milieu urbain (31 %) avaient au moins une moustiquaire qu'en milieu rural (14 %). Près de deux ménages sur dix (19 %) possédaient une moustiquaire imprégnée d'insecticide. Les pourcentages varient de 26 % en milieu urbain à 13 % en milieu rural et 29 % dans les camps de réfugiés. Dans l'ensemble, 14 % des enfants de moins de 5 ans ont dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête. Ce pourcentage

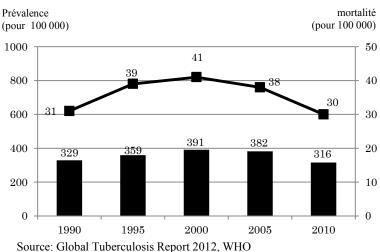
varie de 24 % en milieu urbain à 8 % en milieu rural et 27 % dans les camps de réfugiés. Parmi les enfants de moins de 5 ans qui ont eu de la fièvre au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, un peu moins de 3 % ont reçu un antipaludéen et moins de 1 % ont reçu un antipaludéen le même jour que l'apparition de la fièvre.

3.3.3 Tuberculose

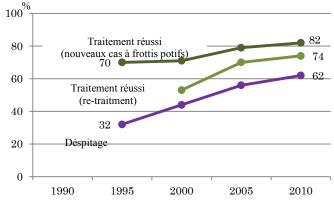
La tuberculose est une maladie importante en Haïti. La lutte contre la tuberculose avec le traitement DOTS (traitement de courte durée sous surveillance directe) recommandé par l'OMS est mise en pratique depuis 1990. Néanmoins, seulement 40% des institutions sanitaires de l'ensemble du pays offraient déjà des services pour la tuberculose avant le grand séisme et ne couvrent que 70% de la population totale.

D'après les statistiques de l'OMS, le taux de prévalence de la tuberculose en Haïti a baissé de 391 pour 100 000 habitants en 2000 à 316 en 2010. Pendant cette même période, le taux de mortalité de tuberculose a baissé de 41 pour 100 000 habitants à 30. Le taux de réussite du traitement DOTS est de 82% chez les nouveaux patients tuberculeux à frottis positifs et de 74% chez les patients en retraitement. Néanmoins, le taux de patients diagnostiqués par rapport au nombre total estimé de patients tuberculeux reste bas et n'est que de 62%. En 2011, 8011 cas de nouveaux patients tuberculeux à frottis positifs ont été déclarés. Pour les femmes, ainsi que pour les hommes, le taux de prévalence est élevé entre 15 et 35 ans. Le pic est entre 25 et 34 ans chez les hommes (1 342 personnes) et entre 15 et 24 ans chez les femmes (1 282 personnes).

Depuis le grand séisme, on craint l'augmentation des cas tuberculeux à cause de la vie en collectivité concentrée, la malnutrition, la dégradation des infrastructures de l'hygiène publique, l'arrêt des traitements médicaux, etc. Mais pour le moment, on n'a pas de document détaillé à ce sujet.

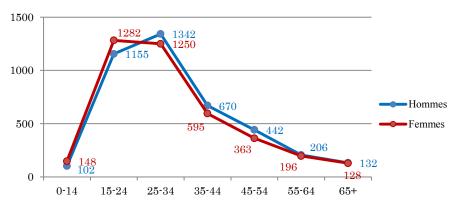


Graphique 9 Évolution du taux de prévalence et de mortalité de la tuberculose



Source: Global Tuberculosis Report 2012, WHO

Graphique 10 Évolution du taux de patients tuberculeux diagnostiqués et du taux de réussite du traitement



Source: Global Tuberculosis Report 2012, WHO

Graphique 11 Nombre de nouveaux patients tuberculeux à frottis positifs selon le sexe et l'âge , 2011

3.3.4 Malnutrition

En général, plus d'un tiers de la mortalité infantile est dû à la malnutrition. Même en Haïti, la condition nutritionnelle chez les enfants et les femmes est un gros problème, mais il n'y a pas beaucoup de statistiques exactes à ce sujet. Le document de l'UNICEF montre l'aggravation de l'indice nutritionnel chez les enfants de moins de 5 ans.

Tableau 10 Indice nutritionnel

	1995-2003	2003-2009
Taux d'enfants de moins de 5 ans en sous poids (état moyen à grave)	17	18
Taux d'enfants de moins de 5 ans en sous poids (état grave)	4	6
Taux d'enfants de moins de 5 ans en malnutrition aiguë sévère	5	10
Taux d'enfants de moins de 5 ans en inhibition de la croissance	23	29

Source: State of the World's Children 2005, State of the World's Children 2011, UNICEF

Chapitre 4 Situation actuelle d'utilisation du service sanitaire

4.1 Situation de consultation des habitants

Selon les statistiques gouvernementales, environ 5,8 millions consultations dans des institutions sanitaires ont été rapportées (0,57 fois par habitant). On estime qu'environ 60% des institutions sanitaires font des rapports mensuels. Ceci peut laisser penser que le nombre réel de consultations est supérieur à 5,8 millions, comme on le verra plus tard.

Sur les 5,8 millions consultations rapportées, 4,9 millions ont un motif identifié, dans l'ordre : les consultations pédiatriques avec 27,3%, celles se rapportant à la planification familiale avec 21,5% et celles des femmes enceintes avec 12,1%. Par ailleurs, plus d'un tiers des consultations concerne l'utilisation de plusieurs services ou des consultations répétées.

Tableau 11 Nombre de consultations dans un service sanitaire, 2011

Département	Nombre total	Pédiatries	Femmes enceintes	Planification familiale	Soins bucco dentaires	Autres consultations
Ouest	1.192.474	405.907	167.087	166.981	23.483	429.016
Nord	499.613	151.232	59.245	94.222	13.911	181.003
Nord-Est	380.465	109.935	36.524	174.886	1.006	58.114
Artibonite	891.494	246.880	110.269	166.562	9.213	358.570
Nord-Ouest	188.015	47.684	19.185	61.344	1.952	57.850
Grand'Anse	267.390	59.207	33.112	73.347	1.419	100.305
Sud	341.155	83.763	45.265	81.642	5.402	125.083
Centre	737.641	122.966	74.377	146.053	188.863	205.382
Nippes	176.114	43.487	15.891	44.260	1.003	71.473
Sud-Est	188.883	55.275	26.082	34.031	673	72.822
Total	4.863.244	1.326.336	587.037	1.043.328	246.925	1.659.618
	(100%)	(27,3%)	(12,1%)	(21,5%)	(5,1%)	(34,1%)

Source: Rapport Statistique 2011, Unité de Planification et d'Évaluation (UPE), Ministère de la Santé Publique (MSPP)

4.2 Vaccination des enfants

Dans les statistiques gouvernementales, le taux de vaccination est calculé par le nombre de bébés de moins d'un an et d'enfants entre 1 et 4 ans vaccinés rapporté par les institutions sanitaires, en rapport au nombre estimé de la population des bébés de moins d'un an et des enfants entre 1 et 4 ans. D'après ces statistiques, comme le montre le tableau ci-dessous, 238 876 bébés de moins d'un an (soit 86,25% de la population estimée) ont été vaccinés contre le DTP 3, 219 426 (79,22%) ont été vaccinés contre la Polio 3, 162 030 (58,5%) ont été vaccinés contre la RR et 234 848 (84,79%) ont été vaccinés contre la tuberculose (BCG). Parmi

les enfants de 1 à 4 ans qui n'ont pas été vaccinés avant l'âge de 1 an, 109 240 ont été vaccinés contre le DTP 3, 102 531 contre la Polio 3, 138 929 contre le RR et 6 196 ont été vaccinés contre la tuberculose (BCG).

Cependant, d'après le document de l'UNICEF, le taux de vaccination des enfants d'un an contre le DTP 3, la Polio 3 et la rougeole est estimé respectivement à 59% et celui par le BCG est estimé à 75%.

Tableau 12 État de vaccination des enfants, 2011

	Total	DTP3		Polio3	Polio3		RR		BCG	
Département	d'enfants de moins d'1 an	Nombre d'enfants vaccinés	%	Nombre d'enfants vaccinés	%	Nombre d'enfants vaccinés	%	Nombre d'enfants vaccinés	%	
Ouest	102.157	89.493	87,6	83.601	81,84	56.068	54,88	78.120	76,47	
Nord	27.054	24.857	91,88	19.396	71,69	15.258	56,4	25.239	93,29	
Nord-Est	10.359	10.570	102,04	10.216	98,62	9.204	88,85	9.348	90,24	
Artibonite	43.794	31.941	72,93	27.525	62,85	28.230	64,46	38.880	88,78	
Nord-Ouest	18.476	15.133	81,91	14.697	79,55	9.273	50,19	12.773	69,13	
Grand'Anse	11.872	10.594	89,24	10.486	88,33	8.635	72,73	11.969	100,82	
Sud	19.646	16.795	85,49	16.013	81,51	9.579	48,76	17.079	86,93	
Centre	18.965	19.007	100,22	17.623	92,92	11.409	60,16	22.955	121,04	
Nippes	8.683	7.916	91,17	7.795	89,77	5.984	68,92	7.848	90,38	
Sud-Est	15.963	12.570	78,74	12.074	75,64	8.390	52,56	10.637	66,64	
Total	276.969	238.876	86,25	219.426	79,22	162.030	58,5	234.848	84,79	

	Total	DTP	DTP3		3	RR		BC	G
Département	d'enfants de 1-4 ans	Nombre d'enfants vaccinés	%	Nombre d'enfants vaccinés	%	Nombre d'enfants vaccinés	%	Nombre d'enfants vaccinés	%
Ouest	435.112	45.956	10,56	46.264	10,63	56.112	12,9	1.346	0,31
Nord	115.230	11.477	9,96	6.911	6	10.365	9	1.487	1,29
Nord-Est	44.120	1.886	4,27	1.841	4,17	3.339	7,57	16	0,04
Artibonite	186.532	13.081	7,01	11.880	6,37	25.825	13,84	2.151	1,15
Nord-Ouest	78.694	10.909	13,86	10.079	12,81	9.118	11,59	328	0,42
Grand'Anse	50.565	3.610	7,14	3.573	7,07	5.594	11,06	0	0
Sud	83.679	4.860	5,81	4.907	5,86	6.279	7,5	289	0,35
Centre	80.778	6.433	7,96	6.327	7,83	9.344	11,57	189	0,23
Nippes	36.985	2.444	6,61	2.475	6,69	3.028	8,19	312	0,84
Sud-Est	67.990	8.584	12,63	8.274	12,17	9.925	14,6	78	0,11
Total	1.179.684	109.240	9,26	102.531	8,69	138.929	11,78	6.196	0,53
Total d'enfants 5 ans	s de moins de		95,51		87,91		70,28		85,32

Source:Rapport Statistique 2011, Unité de Planification et d'Évaluation (UPE), Ministère de la Santé Publique (MSPP)

4.3 Grossesse et accouchement

D'après les statistiques gouvernementales de 2011, 270 000 femmes ont eu une première consultation prénatale (le nombre rapporté par les institutions sanitaires). Ainsi, près de 70% du nombre total estimé de femmes enceintes consultent au moins une fois avant l'accouchement. Mais le nombre de patientes qui ont eu une deuxième consultation prénatale baisse à 130 000. Et celles qui ont consulté avant le 4ème mois de grossesse ne présentent que 31,8% des patientes qui ont eu une première visite. Cela veut dire que la plupart des femmes consultent vers la fin de grossesse.

En ce qui concerne la prescription de compléments alimentaires aux femmes enceintes par les institutions sanitaires, la prescription de la vitamine A est faite moins souvent que celle du fer et de l'acide folique. La vaccination contre le tétanos est encore plus rare.

Tableau 13 Nombre rapporté de patientes pour des visites prénatales 2011

	Femmes	Rang des visites				Période de la première visite			
Département	enceintes attendues	1 ^{ère}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	4 ^{ème} et plus	0 à 3 mois	4 à 6 mois	7 à 9 mois	
Ouest	151.343	71.013	31.628	29.934	26.728	24.399	28.381	18.233	
Nord	40.080	26.875	14.243	10.524	12.960	9.146	12.244	5.485	
Nord-Est	15.346	26.115	8.736	6.873	6.244	16.438	7.018	2.659	
Artibonite	64.881	50.481	26.041	16.093	17.095	14.110	24.347	12.024	
Nord-Ouest	27.372	8.871	4.422	2.693	2.567	3.050	3.709	2.112	
Grand'Anse	17.588	12.282	7.511	6.154	6.736	3.611	5.636	3.035	
Sud	29.106	16.904	9.970	9.270	8.097	2.968	10.737	3.199	
Centre	28.097	38.114	18.751	13.752	13.648	8.434	12.428	17.252	
Nippes	12.864	6.137	3.322	2.799	3.463	1.576	2.673	1.888	
Sud-Est	23.649	15.027	6.729	5.115	3.532	2.752	7.185	5.090	
Total	410.325	271.819	131.353	103.207	101.070	86.484	114.358	70.977	
		66,2%	32,0%	25,2%	24,6%	31,8%	42,1%	26,1%	

Source: Rapport Statistique 2011, Unité de Planification et d'Évaluation (UPE), Ministère de la Santé Publique (MSPP)

Tableau 14 Nombre rapporté de prescription de compléments alimentaires et de vaccinations contre le tétanos pour les femmes enceintes 2011

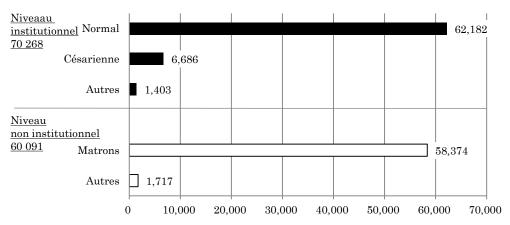
Département	Nombre estimé de femmes enceintes	Prescription du fer et de l'acide folique		Prescription de la vitamine A		Tétanos-Toxoïde	
Ouest	151.343	98.905	65,35%	55.175	36,46%	17.006	11,24%
Nord	40.080	50.209	125,27%	16.362	40,82%	4.605	11,49%
Nord-Est	15.346	22.645	147,56%	6.162	40,15%	4.383	28,56%
Artibonite	64.881	63.285	97,54%	23.805	36,69%	7.058	10,88%
Nord-Ouest	27.372	14.462	52,84%	5.130	18,74%	2.970	10,85%
Grand'Anse	17.588	27.377	155,66%	8.071	45,89%	3.215	18,28%
Sud	29.106	19.359	66,51%	7.243	24,88%	4.210	14,46%

Centre	28.097	58.550	208,39%	12.282	43,71%	15.858	56,44%
Nippes	12.864	9.427	73,28%	4.190	32,57%	3.937	30,6%
Sud-Est	23.649	24.062	101,75%	4.502	19,04%	2.699	11,41%
Total	410.325	388.281	94,63%	142.922	34,83%	65.941	16,07%

Source: Rapport Statistique 2011, Unité de Planification et d'Évaluation (UPE), Ministère de la Santé Publique (MSPP)

D'après les rapports des institutions sanitaires, il y a eu 130 359 accouchements en 2010. Cela ne représente qu'un quart du nombre estimé des femmes enceintes de 410 000. Et ce n'est que la moitié des 266 000 naissances annuelles estimées par l'organisation des Nations Unies (UNICEF). Le Ministère de la Santé Publique pense que le mauvais accès au service de base sanitaire empêche les institutions sanitaires d'enregistrer une grosse partie des naissances sur le territoire national.

Sur les 130 359 accouchements, 70 000 ont été effectués dans les établissements et 60 000 ont été effectués à domicile. Près de 90% des accouchements dans les établissements se sont déroulés normalement. Naturellement, les accouchements non rapportés par les établissements se passent à domicile. On peut supposer que des problèmes surviennent souvent pendant ou après les accouchements à domicile, qui ne sont pas rapportés officiellement. Ces problèmes sont les causes majeures de mortalité infantile.

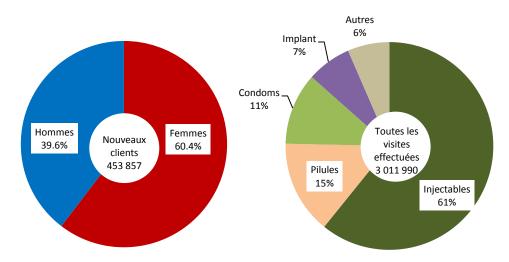


Source: Rapport Statistique 2011, Unité de Planification et d'Evaluation (UPE), Ministère de la Santé

Graphique 12 Répartition du nombre d'accouchements rapportés 2011

4.4 Service de planification familiale

D'après le rapport des institutions sanitaires de 2011, le nombre de nouveaux utilisateurs du service de planification familiale est d'environ 450 000, dont 60,4% de femmes. Le nombre total d'utilisateurs de cette année-là est d'environ 3 millions. Les moyens de contraception les plus demandés sont, dans l'ordre décroissant, les injectables avec 60,8%, puis les pilules avec 14,5%, les préservatifs avec 11,2% et les implants avec 6,9%.



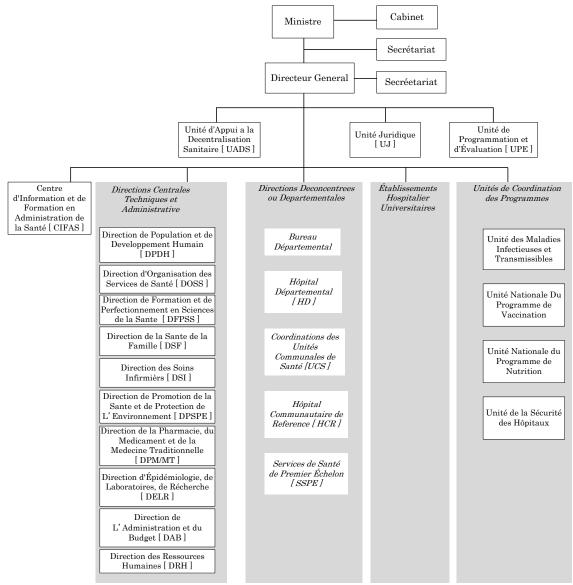
Source: Rapport Statistique 2011, Unité de Planification et d'Evaluation (UPE), Ministère de la Santé Publique (MSPP)

Graphique 13 Répartition d'utilisateurs du service de planification familiale 2011

Chapitre 5 Situation du système sanitaire

5.1 Administration sanitaire

L'organisme responsable de l'administration sanitaire en Haïti est le Ministère de la Santé Publique (MSPP). Son organigramme est comme suit:



Source: Ministère de la Santé Publique Site Internet http://www.mspp.gouv.ht

Graphique 14 Organigramme du Ministère de la Santé Publique

Il y a plusieurs Directions au niveau central, qui sont gérées directement par le Directeur Général. Les bureaux départementaux et les unités communales de santé sont les antennes du Ministère de la Santé Publique du niveau régional. En ce qui concerne les unités communales de santé, leur tutelle est en train d'être passée du niveau communal au niveau d'arrondissement. Toutes les institutions sanitaires sont indiquées dans l'organigramme du Ministère de la Santé Publique, y compris les établissements hospitaliers universitaires, les hôpitaux départementaux, les hôpitaux communautaires de référence, les établissements du service de santé de premier échelon, etc. Parmi les institutions sanitaires, on trouve également des établissements au statut mixte (par exemple, le bâtiment est privé mais le personnel est employé par le Ministère, etc.).

5.2 Institutions sanitaires

Les institutions sanitaires en Haïti sont généralement classées sur plusieurs niveaux : les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), les Hôpitaux Départementaux (HD), les Hôpitaux Communautaires de Référence (HCR), les Centres de Santé avec Lit (CAL) et les Centres de Santé sans Lit (CSL).

En 2011, on compte 908 institutions sanitaires en Haïti. Parmi elles, 106 sont des hôpitaux de catégorie non identifiée. Hormis les hôpitaux publics comme les CHU, HD, HCR etc., on estime qu'il existe de nombreux hôpitaux privés de petite taille. Parmi les centres de santé, on compte 92 CAL et 233 CSL. Enfin, les 470 dispensaires, qui sont de simples lieux de consultation, seront reclassés en centres de santé ou rattachés aux centres de santé.

Parmi les 908 institutions sanitaires, on compte plus d'institutions privées (416 établissements, soit 45,8%) que d'institutions publiques (278, soit 30,6%). Mais on n'a pas de répartition détaillée selon le statut juridique pour chaque catégorie d'institutions, comme les hôpitaux ou les centres de santé, etc. En outre, on compte 211 établissements mixtes (mi publics, mi privés), soit 23,2%. Les institutions privées sont pour la plupart de petite taille. 211 des 416 établissements privés, soit la moitié, se situent dans le département de l'Ouest.

Tableau 15 Répartition des institutions sanitaires fonctionnant dans le pays selon leur catégorie et leur statut juridique

		Non	nbre d'in	stitutions par ca	tégorie		Nom	bre d'insti	tutions pa	r statut juridi	que
Départements	Hôpital	CAL	CSL	Dispensaire	Non identifié	Total	Public	Privé	Mixte	Non identifié	Total
Ouest	56	44	146	63	7	316	60	211	42	3	316
Nord	8	6	21	50	0	85	19	37	29	0	85
Nord-Est	2	4	6	23	0	35	14	7	14	0	35
Artibonite	11	5	13	93	0	122	34	59	29	0	122
Nord-Ouest	5	3	9	65	0	82	19	38	25	0	82
Grand'Anse	3	3	4	45	0	55	36	10	9	0	55
Sud	11	16	10	46	0	83	34	18	31	0	83
Centre	5	3	10	36	0	54	22	23	9	0	54
Nippes	4	4	1	20	0	29	10	3	16	0	29
Sud-Est	1	4	13	29	0	47	30	10	7	0	47
Total	106	92	233	470	7	908	278	416	211	3	908

Source: Rapport Statistique 2011, Unité de Planification et d'Évaluation (UPE), Ministère de la Santé Publique et la Population (MSPP)

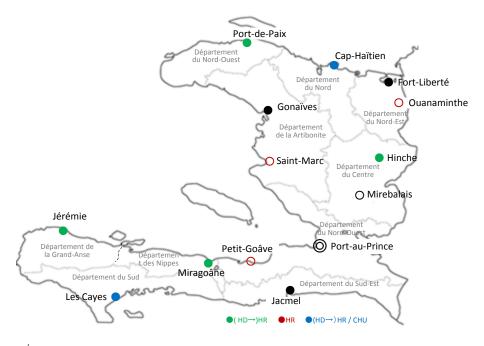
5.3 Système de la prestation du service

Le PSDH prévoit la mise en place d'un CHU dans la capitale et dans les départements du Nord et du Sud, la mise en place d'un Hôpital de Référence (HR) dans 14 villes, soit les 12 pôles régionaux de développement et 2 autres villes, ainsi qu'une mise en place d'un HCR, d'un CAL et d'un CSL dans les arrondissements, les villes et les communes.

Comme on l'a déjà évoqué, on compte aujourd'hui 92 CAL et 233 CSL, soit respectivement environ 70% et près de 50% de taux de couverture.

Dans le cadre de la mesure politique définissant l'arrondissement comme unité de base de l'administration sanitaire, l'aménagement des HCR est important. Mais certains arrondissements ne disposent d'aucun HCR et d'autres en disposent de plusieurs. La répartition des HCR n'est pas encore suffisante.

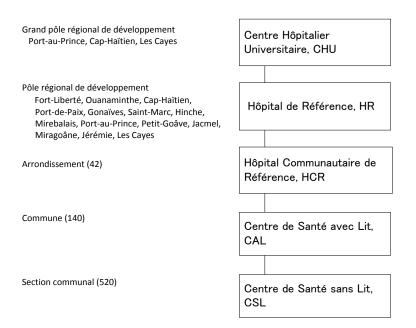
Actuellement, parmi les CHU, on trouve l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti (HUEH) à Port-au-Prince. Le HD du département du Nord est également considéré comme un CHU. Par contre, dans le département du Sud, il n'y en a pas. Et il n'y a pas de plan de création de CHU dans la région du sud.



Source: Élaboré à partir du Plan Stratégique de Développement d'Haïti, Tome II Le Programme Triennal d'Investissement 2012-2015, Document de Consultation Publique, Ministère de la Planification et de la Coopération Externe

Graphique 15 Plan d'aménagement des Hôpitaux de Référence prévu dans le premier programme triennal du PSDH

Le système national du service de santé défini dans le PSDH est constitué d'abord par les CAL et les CSL agissant en premiers contacts avec la population, puis par les HCR offrant le service hospitalier régional de base dans chaque arrondissement et étant en appui pour les soins de PHC, ensuite par les HR jouant le rôle d'établissements de référence départementaux, et enfin par les CHU, agissant en tant que haute référence nationale et disposant également d'unités de recherche et de formation. Dans ce concept, les institutions sanitaires de chaque niveau doivent pouvoir offrir les services suivants mentionnés ci-après. Mais en réalité, la qualité et le nombre de ces établissements sont insuffisants.



Graphique 16 Système du service de santé - concept de développement et situation actuelle

Établissements hospitaliers universitaires

Effectuer des consultations spécialisées. Disposer d'unités de recherche et de formation.

Hôpitaux de Référence

En sus des services de chirurgie, de médecine interne, de pédiatrie et de gynécologie obstétrique, créer des services d'ophtalmologie, d'ORL et de soins dentaires. Effectuer des examens et des interventions chirurgicales qui ne peuvent pas être produits dans les hôpitaux communautaires de référence. Être l'hôpital de référence de chaque département.

Hôpitaux Communautaires de Référence

Disposer de services de chirurgie, de médecine interne, de pédiatrie et de gynécologie obstétrique. Effectuer des interventions simples comme des césariennes, etc. Fournir un appui logistique pour les soins de PHC.

Centres de santé avec lits Effectuer des soins de PHC. Réaliser les

accouchements normaux. Mettre en observation les

patients des urgences (pendant 2 ou 3 jours).

Centres de santé sans lit Effectuer des soins de PHC (soins maternels,

vaccinations, soins des blessures et des maladies ordinaires, soins d'urgence, conseils nutritionnels,

autres).

5.4 Personnel de santé

Dans son rapport annuel de 2006, l'OMS a évoqué la crise des ressources humaines du secteur de la santé dans certains pays. Haïti fait partie des 57 pays dont le manque en personnel de santé est très critique. L'Amérique du Sud et l'Amérique Centrale comptent aussi le Nicaragua, le Honduras, le Pérou et le Salvador dans ces 57 pays. Le manque de médecins et d'infirmiers en Haïti est plus grave que dans ces 4 autres pays.

Tableau 16 Nombre de médecins et d'infirmiers en Haïti et dans d'autres pays en crise de ressources humaines

		Médecins	Iédecins Infirmiers					Sages-femmes		
	Nbre	Pour mille habitants	Année	Nbre	Pour mille habitants	Année	Nbre	Pour mille habitants	Année	
Haïti	1.949	0,25	1998	834	0,11	1998				
Nicaragua	2.045	0,37	2003	5.862	1,07	2003				
Honduras	3.676	0,57	2000	8.333	1,29	2000	195	0,03	2000	
Pérou	29.799	1,17	1999	17.108	0,67	1999				
Salvador	7.938	1,24	2002	5.103	0,8	2002				

Source: Rapport sur la santé dans le monde, OMS

La catégorie « Infirmiers » comprend les infirmiers, les infirmiers auxiliaires, les sages-femmes, etc.

Pour former les personnels de santé, Haïti dispose d'une université de médecine (HUEH), d'écoles d'infirmiers (5 établissements publics et environ 40 établissements privés), ainsi qu'une école publique de sages-femmes à Port-au-Prince. L'HUEH a subi des dégâts considérables lors du séisme. Pour continuer à former des médecins, on espère que la réhabilitation sera réalisée rapidement. En Haïti, la demande en sages-femmes n'était pas importante, car les médecins obstétriciens et les infirmiers assuraient les accouchements. La seule école existante de sages-femmes a été construite en 2000. Elle est destinée aux personnes ayant déjà un diplôme d'infirmier. Traditionnellement, beaucoup d'établissements éducatifs haïtiens sont privés. Ainsi, dans l'éducation des personnels de santé, surtout pour les infirmiers, la plupart des établissements sont privés. Pour devenir infirmier, il faut passer des examens

nationaux à la fin des études pour obtenir sa qualification. Cependant, on ignore le nombre des candidats et le taux de réussite aux examens nationaux. Pour préparer les étudiants aux examens nationaux, les écoles privées sont censées suivre le programme respectant les lignes directrices définies par l'état. Néanmoins, le Ministère de la Santé Publique ne connait pas le contenu du programme scolaire d'une école privée, ni le nombre des anciens élèves.

Les employés dans les institutions sanitaires publiques sont tous des fonctionnaires employés par l'état. L'embauche des employés fonctionnaires payés par le Ministère de la Santé est toujours décidée par le Ministères des Finances, comme pour l'embauche dans d'autres secteurs. Même si l'embauche d'un employé sollicité par un département ou par un établissement sanitaire est accordée par le Ministère de la Santé Publique, cette embauche peut être refusée après étude par le Ministère des Finances.

La situation actuelle d'embauche des personnels de santé montre une concentration de personnels en milieu urbain. Comme le tableau ci-dessous le montre, 899 médecins, soit 65%, travaillent dans le département de l'Ouest. Le nombre de médecins pour mille habitants dans le département de l'Ouest (0,24 médecin) est supérieur à celui des autres départements (de 0,05 à 0,11 médecin). Ce constat est également valable pour les infirmiers : 1 240 infirmiers, soit 53%, travaillent dans le département de l'Ouest. Ce qui fait que l'on compte 0,33 infirmier pour mille habitants dans le département de l'Ouest. Par contre, certains départements comptent plus d'infirmiers auxiliaires par habitant que dans le département de l'Ouest.

Tableau 17 Répartition du personnel médical et paramédical selon les départements 2011

	Médecins	Infirmières	Auxiliaires infirmières	Chirurgiens dentistes	Pharmaciens	Technologistes de laboratoire	Techniciens e radiologie	n Techniciens en archives
0 .	899	1240	740	20	41	511	4:	2 80
Ouest	(0,24)	(0,33)	(0,20)	20	41	311	4.	2 80
	79	180	196	6	6	134		5 12
Nord	(0,08)	(0,18)	(0,20)	O	O	154	•	12
	41	70	74	1	0	31		1 2
Nord-Est	(0,11)	(0,18)	(0,19)		V	31		. 2
A	98	187	348	6	8	107	1:	3 35
Artibonite	(0,06)	(0,12)	(0,21)	· ·	O	107	1.	, ,,,
N 10	48	148	256	5	8	40		5 124
Nord-Ouest	(0,07)	(0,22)	(0,37)	5	O	10		, 121
~	19	119	110	3	3	45		1 4
Grand'Anse	(0,04)	(0,27)	(0,25)	3	3	15		
a .	80	197	251	3	7	105		5 19
Sud	(0,11)	(0,27)	(0,34)	5	,	100		, .,
a	72	121	288	4	8	63	1	1 57
Centre	(0,10)	(0,17)	(0,41)	•	· ·	03	•	. 37
Ninnag	29	50	40	2	3	27	,	2 7
Nippes	(0,09)	(0,16)	(0,12)	_	3		•	•
C I E 4	27	29	34	1	1	22		3 10
Sud-Est	(0,05)	(0,05)	(0,06)		•			. 10
m . 1	1.392	2.,341	2.337	51	85	1.085	90	350
Total	(0,14)	(0,23)	(0,23)	31		1.005		, 350

Les chiffres entre parenthèses représentent le nombre de personnel pour mille habitantsDépartement

Source: Rapport Statistique 2011, Unité de Planification et d'Évaluation (UPE), Ministère de la Santé Publique et la Population (MSPP)

Les mauvaises conditions de vie, y compris le logement et l'école pour les enfants, sont la cause principale du manque en personnels de santé en milieu rural. De nombreux médecins et infirmiers affectés en milieu rural possèdent un logement dans la capitale. Et certains médecins possèdent non seulement un logement, mais également une clinique dans la capitale.

En Haïti, on constate aussi un problème de départ des personnels de santé vers l'étranger. Il n'y a pas de statistique exacte sur le nombre des départs. Néanmoins, on estime que les personnels dans le secteur public partent vers le secteur privé à cause des faibles salaires dans le public. Puis, beaucoup de personnels dans le secteur privé en milieu urbain partent vers l'étranger. En outre, la plupart des nouveaux diplômés des universités de médecine et des écoles d'infirmiers ne peuvent pas trouver un emploi dans le secteur public, car le nombre d'embauches accordées par le gouvernement central est limité. Ce manque d'opportunités d'embauche dans le secteur public contribue également aux départs des personnels de santé formés en Haïti vers l'extérieur du pays.

Jusqu'à présent, le Ministère de la Santé publique a pris les mesures suivantes pour lutter contre le manque du personnel et contre le flux du personnel vers l'étranger :

- Sécurité sociale
- Pension de retraite (après 25 ans de travail, 60% du salaire est versé)
- Avances sur salaire (possibilité d'avances jusqu'à 9 mois de salaire et remboursement à un taux bas)

Cependant, il n'y a pas beaucoup de résultats. Comme nouvelle mesure, on étudie la possibilité d'aménagement des logements du personnel. Mais il y a un gros problème de financement.

Depuis toujours, on trouve beaucoup d'établissements privés dans le système d'éducation. Dans les établissements de formation du personnel de santé, on ne trouve qu'une seule université publique de médecine et que 5 écoles publiques de soins infirmiers. La plupart des établissements sont des écoles privées. Pour permettre aux étudiants de réussir aux examens nationaux, elles doivent proposer les programmes respectant les lignes directrices définies par l'état. Néanmoins, le MSPP ne saisi pas le contenu du programme scolaire d'une école privée, ni le nombre des anciens élèves.

La plupart des diplômés des universités de médecine travaillent dans des hôpitaux privés (y compris au sein des ONG) où les salaires sont plus élevés, ou dans des hôpitaux à l'étranger. Dans les hôpitaux ruraux, ce sont des médecins venant de Cuba ou de la République Dominicaine, qui assurent le service médical.

En Haïti, les médecins obstétriciens et les infirmiers assistaient les accouchements. La demande

en sages-femmes n'était pas importante. Cependant, une école publique de sages-femmes a été créée en 2000 pour la première fois (pour les personnes ayant déjà un diplôme d'infirmier). Et une autre école de sages-femmes sera ouverte bientôt, proposant une formation en 4 ans destinée aux personnes n'ayant aucun diplôme d'infirmier.

5.5 Situation du rapport des informations sanitaires

Les rapports mensuels des institutions sanitaires de tout le pays sont envoyés à l'organisme central en passant par les bureaux départementaux. Les rapports sur les maladies et les informations de l'utilisation des services sanitaires sur lesquels on se fond pour à la fois le développement des mesures contre les maladies graves et la définition du plan des ressources humaines dans le secteur de la santé. Néanmoins, à l'heure actuelle, les informations exactes ne sont pas assez exploitées. D'après le Ministère de la Santé Publique, 793 institutions sont enregistrées comme institutions qui doivent envoyer un rapport mensuel sur leur système d'informations sanitaires. Ainsi, le Ministère doit recevoir théoriquement 9 516 rapports mensuels au total par an (793 institutions x 12 mois). Mais en réalité, le Ministère ne reçoit que 5 645 rapports au total, soit 60% de ce qu'il doit recevoir.

 Tableau 18
 Situation des rapports mensuels envoyés par les institutions 2011

Département	Nombre d'institutions enregistrées sur HSIS	Nombre de rapports mensuels attendus	Nombre de rapports mensuels reçus	Couverture des rapports reçus
Ouest	271	3.252	1.146	35,24%
Nord	61	732	658	89,89%
Nord-Est	28	336	306	91,07%
Artibonite	109	1.308	1.204	92,05%
Nord-Ouest	78	936	458	48,93%
Grand'Anse	46	552	422	76,45%
Sud	70	840	541	64,40%
Centre	56	672	174	25,89%
Nippes	26	312	295	94,55%
Sud-Est	48	576	441	76,56%
Total	793	9.516	5.645	59,32%

Source: Rapport Statistique 2011, Unité de Planification et d'Évaluation (UPE), Ministère de la Santé Publique et la Population (MSPP)

Chapitre 6 Situation actuelle de l'aide des donateurs

6.1 Généralités

De nombreux donateurs soutiennent le secteur de la santé en Haïti. Les aides se matérialisent de façon très variée : reconstruction après les dégâts causés par le séisme, formation des ressources humaines, aménagement des institutions sanitaires, approvisionnement en médicaments, aide financière pour la gestion du service de santé, etc. Les principaux donateurs sont l'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale, d'autres organismes des Nations Unies comme le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) ou le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), des pays étrangers comme la France, les États-Unis, le Canada, l'Espagne, le Brésil, Cuba, le Venezuela, etc., des ONG internationales très connues comme Médecins sans frontière, Save the Children, etc. Des initiatives internationales importantes, prises par exemple par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, ciblent Haïti comme bénéficiaire. Pour des raisons de proximité géographique, les soutiens venant des pays d'Amérique du Sud et centrale sont également nombreux. Les gouvernements du Brésil et de Cuba et les gouvernements du Venezuela et de Cuba effectuent des programmes coordonnés de coopération. Des médecins cubains sont également envoyés en Haïti dans le cadre de la coopération par leur gouvernement. Ces aides sont très caractéristiques dans le soutien du secteur de la santé en Haïti. Dans ce contexte, des représentants à Port-au-Prince d'organismes donateurs importants constatent que le système de coordination entre des donateurs est faible par rapport à d'autres pays en voie de développement, et que la coopération entre les donateurs est rare malgré des discussions ouvertes entre eux. Certains donateurs sont agacés car les résultats ne sont pas satisfaisants malgré leurs gros investissements. Les domaines faisant l'objet d'un soutien et les régions concernées par les programmes des donateurs rencontrés lors de l'étude sur le terrain figurent ci-dessous :

Tableau 19 Domaines et régions ciblés par les soutiens des organismes principaux

	Eau et hygiène	Santé des enfants	Santé des femmes	Nutrition	Tuberculose, paludisme	VIH/Sida	Ressources humaines	Soins de PHC/ santé communautaire	Établissements / équipements	Hôpital / système de référence	Régions ciblées
Banque mondiale		0	0				0	0		0	
ACDI							0	0	0		
UNICEF		0	0				0	0	0	0	Sud-Est, Nippes, Artibonite
USAID	0	0	0	0			0	0			
UNFPA						0	0	0		0	Nord, Nord-Est
Banque mondiale			0				0	0			
AFD		0	0						0	0	Ouest, Centre, Sud-Est, Nippes, Nord-Est

Source: Recensement élaboré par la mission sur la base des enquêtes verbales auprès des donateurs

Les programmes des donateurs occupent une place importante dans la situation actuelle du secteur de la santé en Haïti. Particulièrement, le financement basé sur la performance (FBP) et l'aide pour la formation des agents de santé communautaires joue un rôle important.

6.2 Financement basé sur la performance

En coordination avec l'OMS, le Canada, etc., un programme, d'un budget total de 800 000 \$ et destiné aux 17 hôpitaux sur l'ensemble du territoire, est en cours jusqu'au mois de juillet 2013. Dans ce programme, des objectifs sont déterminés pour chaque hôpital (nombre de bébés et enfants à accueillir, nombre d'accouchements à effectuer, etc.). Le financement est distribué progressivement selon les résultats atteints chaque mois. Les hôpitaux bénéficiaires peuvent utiliser librement ce financement comme ils le souhaitent. Au début du programme, des personnels, comme les directeurs des hôpitaux, etc. ont suivi des formations. L'OMS juge que ce programme a permis aux hôpitaux d'augmenter le nombre des personnels et que certains résultats ont été apportés : augmentation du nombre d'accouchements effectués dans les hôpitaux, augmentation de taux de césariennes, etc. Parmi les impacts positifs du FBP observés dans les hôpitaux concernés (hôpitaux départementaux, etc.), on constate des efforts de la part des personnels pour maintenir leur établissement propre et améliorer le service aux patients, afin d'obtenir de meilleurs résultats. Par contre, en juin 2013, on n'a toujours pas de perspective de financement au-delà de la fin du programme, qui est prévue à la fin du mois de juillet 2013. L'OMS demande au Ministère de la Santé Publique de prendre en charge un système de financement basé sur la performance tel que promu par ce programme. Cependant, le Ministère n'a pas de budget pour ce financement. Les hôpitaux concernés ont augmenté le nombre de leur personnel avec l'argent distribué par ce programme. Si l'aide financière s'arrête, les hôpitaux seraient contraints de réduire les personnels et le service.

Les raisons principales pour lesquelles ce système du FBP a été introduit sont les suivantes :

- La décentralisation n'est pas avancée et la prise de décision sur la politique de santé est concentrée à l'organisme central. Cependant, le budget attribué par le gouvernement est faible.
- Les institutions sanitaires peuvent utiliser librement les recettes générées par les consultations. Mais il n'y a pas beaucoup de patients capables de payer ces frais.
- Le service sanitaire pour les mères et enfants est payant. Mais les visites prénatales et l'accouchement dans les institutions sont difficiles à promouvoir.

A ce stade, on constate des résultats pour le FBP. Mais on craint que le gouvernement n'ait pas de capacité financière ni de compétence sur le plan administratif pour rétablir sa situation financière de la santé en recourant au système de FBP.

En sus du programme de l'OMS qui se termine cet été, la Banque mondiale démarre un autre programme de FBP pour soutenir un service sanitaire gratuit pour les mères et enfants. Ce programme est destiné aux centres de Santé (CAL et CSL) dans les départements du Nord-Est, du Nord-Ouest et du Centre. Un financement de 90 millions de dollars au total sur 5 ans est prévu. En sus des programmes de l'OMS et de la Banque mondiale, plusieurs ONG réalisent de petits programmes de FBP avec l'aide financière de donateurs importants. La Banque mondiale, l'USAID et certaines autres ONG tentent de standardiser les manuels pour les personnels utilisés dans les programmes. Cependant, on constate peu d'actions significatives de coordination, telles que la centralisation des fonds, la coordination des budgets et des bénéficiaires, etc.

6.3 Formation des agents de santé communautaires

Avec l'initiative du Ministère de la Santé Publique, la formation des agents de santé communautaires est en cours avec les soutiens de l'UNICEF, de l'UNFPA, du gouvernement brésilien, etc. Le contenu exact des soutiens n'est pas clair, mais les programmes des donateurs couvrent les frais des activités, y compris les frais de formation des agents, les frais du personnel, etc. Ces programmes ont été démarrés il y a 2 ans. Dans certaines régions, des agents formés par ces programmes sont déjà en activité.

Les agents de santé communautaires effectuent des activités sanitaires de base (prise de tension, suivi des femmes enceintes et des accouchées pour leur santé et leur nutrition, distribution de vitamine A, etc.). Ces agents sont formés dans leur communauté et considérés comme personnel local. Ainsi, le risque de départ vers une autre région ou vers l'étranger est minime. Suite aux départs d'infirmiers vers l'étranger, le manque de personnel de santé est grave. En conséquence, il est très difficile d'améliorer le taux de couverture du service PHC en Haïti. Dans ce contexte, la formation des agents de santé communautaires est un grand espoir. Cependant, les programmes des donateurs permettant de payer les salaires des agents même après leur formation ne durent que quelques années seulement. On s'inquiète de savoir si le Ministère de la Santé Publique pourra continuer à payer ces agents après la fin des programmes.

6.4 Autres mouvements

La plupart des institutions sanitaires du pays ont un problème d'environnement physique, sans compter les dégâts causés par le séisme. Les principaux donateurs soutiennent la rénovation des hôpitaux. Le CHU de la capitale a eu des dégâts particulièrement considérables. L'Agence Française de Développement (AFD) et l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) le soutiennent ensemble. L'AFD finance également 6 millions d'euros

pour la réhabilitation des institutions sanitaires dans les départements du Centre, des Nippes, du Sud-Est et du Nord-Est. Depuis le début des opérations en 2012 jusqu'au début de 2013, elle a dépensé près de la moitié du budget. D'autres donateurs soutiennent les finances et la logistique. Cependant, l'AFD considère que l'aménagement des infrastructures est indispensable pour améliorer le service sanitaire. C'est ainsi qu'elle a décidé de soutenir la rénovation des infrastructures. Dans ce cas-là aussi, le budget financier des hôpitaux est un grand sujet de discussions afin de maintenir les résultats des aides. L'AFD et l'USAID pensent qu'il faut assurer non seulement le montant des budgets (leur augmentation) mais aussi l'amélioration des compétences en gestion budgétaire du secteur de santé. Alors, ces deux organismes ont demandé au gouvernement haïtien de créer un comité transversal de haut niveau pour améliorer les compétences budgétaires, comme une des conditions pour apporter leur soutien.

Chapitre 7 Problèmes actuels à résoudre dans le secteur de la santé

7.1 Système de prestation des services

(1) Problèmes liés aux services de santé de la mère et de l'enfant

L'amélioration de la santé des femmes enceintes et des parturientes évoquée dans les OMD est difficile à concrétiser. Dans la plupart des accouchements en Haïti, les conditions d'hygiène et de sécurité ne sont pas établies. Des risques pendant la grossesse, comme l'anémie, l'hypertension ou la malnutrition, ne sont pas détectés pour pouvoir être traités, ce qui reste un gros problème dans la situation actuelle. La plupart des cas de mortalité des nouveau-nés est due aux accouchements prématurés, aux asphyxies et aux maladies infectieuses. Cela montre également l'importance des problèmes liés aux soins lors d'un accouchement. Dans le contexte actuel, l'importance du renforcement et du plein développement des soins de PHC est indéniable. Il est aussi nécessaire d'améliorer l'accès aux services de santé et la qualité des services de soins de PHC en général, y compris les conseils nutritionnels et la lutte contre le paludisme.

D'autre part, en 2011, le taux de couverture des CSL, qui se situent au premier niveau du système des institutions sanitaires, n'atteint pas 50%. Compte tenu qu'au démarrage du Plan Stratégique National pour la Réforme du Secteur de la Santé en 2005, la moitié de la population n'avait pas accès aux services de santé, on constate que la situation n'a guère changé. On estime que le principal obstacle pour le renforcement du service des soins de PHC est le manque sévère en personnel de santé, plus particulièrement la difficulté d'affectation des personnels dans les établissements ruraux de premier échelon. Pour cette raison, la simple augmentation en nombre des centres de santé ne se traduira pas par l'amélioration du taux de couverture de la prestation des services. Pour le moment, les mesures les plus réalisables sont l'amélioration maximale de l'efficacité des services de soins de PHC existants, le renforcement et l'élargissement des services de soins de PHC avec un planning à moyen et à long terme.

(2) Fonctionnement des hôpitaux du niveau départemental et système de référence

Aujourd'hui, l'aménagement des hôpitaux, comme les CHU, les HR et les HCR, n'est pas suffisant. On révèle un manque en établissements et en équipements. Les hôpitaux départementaux existants et les autres hôpitaux seront renforcés et deviendront des hôpitaux de référence. Par contre, la mise en place d'un HCR dans chacun des 42 arrondissements du territoire relèvera d'un travail à long terme. L'aménagement des HCR nécessitera une exécution bien planifiée, en privilégiant les départements où l'accès aux HR est mauvais, et en prenant en compte la demande locale et l'efficacité du système de prestation des services dans les départements.

On attend des HCR un fonctionnement basique de consultations. L'arrondissement est une unité de base pour la politique de santé. Pour chaque arrondissement, il est très important de pouvoir assurer des soins pour des maladies et des blessures ordinaires, comme des césariennes, des soins aux enfants atteints de pneumonie ou de diarrhées en condition critique, etc. Il est souhaitable que ces soins prennent la forme de soins cliniques en continuité des soins de PHC (Exemple : visite prénatale au centre de santé et risque détecté \rightarrow césarienne dans l'hôpital communautaire de référence \rightarrow soins postnataux au centre de santé).

Par rapport au concept du système de prestation des services de santé dans le PSDH, considérant le manque quantitatif en prestation des services du niveau de PHC jusqu'au HCR comme étant un problème actuel à résoudre de toute urgence, le rôle des HD existants est particulièrement important. Afin de pouvoir assurer constamment des services hospitaliers au sein des HD, la promotion des HD aux HR, en y apportant des nouveaux bâtiments et équipements médicaux sera une étape importante dans la procédure d'amélioration des compétences des services départementaux de santé tout en exploitant des hôpitaux déjà existants. Mis à part pour les cas particuliers qui nécessitent une consultation spécialisée, les patients que les institutions inférieures dans les départements ne peuvent pas suivre doivent être suivis dans les HR. Ces derniers devront s'équiper d'outils de diagnostic, tels que des tests sur échantillons, des diagnostics assistés par imagerie, des analyses physiologiques en laboratoire, etc.

Actuellement, la plupart des HD accueillent des étudiants des universités de médecine et des écoles d'infirmiers pour des stages pratiques. Même après avoir installé un CHU dans chaque grand pôle régional de développement, il sera important d'accueillir des étudiants originaires de la région, surtout des étudiants en infirmerie, dans les HR pour des stages pratiques, afin de favoriser l'attachement de ces étudiants dans leur région. En outre, on espère que les HR poursuivent la formation des professionnels, plus particulièrement pour les personnels de santé en milieu rural. Les stages pratiques et la formation des professionnels dans les HR permettront aux médecins et aux infirmiers locaux de développer des réseaux professionnels. Cela permettra également de préparer l'environnement pour établir par la suite un système de référence.

7.2 Ressources humaines dans le secteur de la santé

Pour assurer un système de service de santé sur tout le territoire national, il faut disposer d'un certain nombre de personnels. La décision finale d'embauche des personnels employés en tant que fonctionnaires ne dépend pas du Ministère de la Santé Publique. Néanmoins, il est important d'évaluer la situation actuelle des ressources humaines du secteur de la santé et de définir un plan des ressources humaines pour l'avenir. Surtout pour les infirmiers dont le manque est le plus grave, il faudra recueillir des statistiques, notamment sur le nombre

d'étudiants dans les écoles d'infirmiers du pays, sur le nombre de candidats aux examens nationaux et sur le taux de réussite, etc., puis classer les informations de base.

Avant de parler de l'attachement des personnels de santé en milieu rural, il faut d'abord travailler sur l'attachement de ces personnels à leur pays. Le Ministère de la Santé Publique étudie la faisabilité d'une affectation obligatoire de quelques années dans le pays pour les nouveaux diplômés des universités publiques de médecine et des écoles publiques d'infirmiers. Mais, en réalité, on n'est pas sûr de pouvoir embaucher tous ces nouveaux diplômés. Si on arrive à assurer ces embauches, on pourra établir un système, non seulement pour garder les nouveaux personnels dans le pays, mais aussi pour les garder en milieu rural, en définissant un quota d'inscriptions aux établissements d'enseignement de santé dans chaque département, puis en demandant aux étudiants d'effectuer des stages dans les hôpitaux des départements d'où ils sont originaires, et enfin en imposant une affectation obligatoire dans le département d'origine aux étudiants ayant obtenu leur diplôme.

Pour lutter contre le manque de personnel de santé en milieu rural, il faut aménager des logements de fonction, améliorer les conditions de travail dans les institutions existantes, promouvoir les encadrements de soutien, afin de favoriser l'attachement des personnels existants dans la région concernée. Les directeurs des hôpitaux départementaux sont motivés pour améliorer les résultats de leurs établissements. Ils sont également conscients de la nécessité d'améliorer les conditions de travail, d'assurer les logements de fonction, et d'aménager la gestion du travail, etc. Ces constats observés dans les HD sont les résultats positifs du programme de financement basé sur la performance du PAHO mené dans 17 hôpitaux (principalement des HD). Il est souhaitable que ces résultats constatés dans les HD soient exploités pour renforcer le système du service de santé, incluant les HCR et les centres de santé, dans chaque département concerné. Afin d'améliorer les compétences des unités d'arrondissements de santé, qui seront reclassées au-dessus du niveau communal, il faudra proposer des formations sur l'amélioration des conditions de travail, sur les encadrements de soutien, etc.

7.3 Situation financière du secteur de la santé et administration sanitaire

Selon les indicateurs de développement dans le monde de la Banque mondiale, le taux des dépenses dans le secteur de la santé d'Haïti a été de 7,9% par rapport au PIB (7, 346 milliards de dollars) en 2011. Sur l'ensemble des dépenses dans le secteur sanitaire, le taux des dépenses du secteur public a été de 43,7% et celui du secteur privé de 56,3%. D'un autre côté, le pourcentage de financement venant de l'extérieur par rapport à l'ensemble des dépenses sanitaires est estimé à 29,5%, ce qui montre la forte dépendance de ce secteur sur les programmes de donateurs. Comme on l'a déjà évoqué, la continuité des programmes de

financement basé sur la performance (FBP) n'est pas pour le moment assurée une fois les programmes terminés. Les ressources financières pour la gestion des services de santé restent fragiles.

Les sources de financement auxquelles les institutions sanitaires peuvent faire appel pour couvrir leurs frais médicaux se répartissent entre le budget distribué par le Ministère de la Santé Publique, les paiements des patients et les aides financières des donateurs. En réalité, le budget gouvernemental ne couvre que les frais des personnels et beaucoup de patients ne peuvent pas payer les frais médicaux réglementés. Par conséquent, presque toutes les institutions sanitaires souhaitent recevoir des dons en médicaments ou participer aux programmes FBP des donateurs. Pendant la durée du programme FBP, on peut embaucher des employés grâce au financement du programme FBP et les activités médicales progressent grâce à l'augmentation du nombre des personnels. Mais pour continuer à maintenir ces résultats, le prolongement du programme ou l'apport d'une autre aide financière sont nécessaires. En conséquence, la gestion des services de santé reste durablement instable. Et ce problème persiste.

Les programmes du FBP des donateurs ont pour objectif de soutenir le rétablissement financier par le système du FBP afin de renforcer le système de santé. Naturellement, ces programmes ont une durée de quelques années seulement. Ces programmes sont élaborés en supposant que, une fois achevés, le Ministère de la Santé attribuera un budget à chaque institution en utilisant le budget propre du Ministère. Néanmoins, parmi ces programmes menés par plusieurs donateurs, très peu d'activités continuent ou continueront avec le budget du gouvernement après la fin des programmes.

Même si le budget gouvernemental pour le secteur de la santé augmente, il subsiste de nombreux problèmes dans divers domaines : l'augmentation du nombre d'embauches des personnels de santé, les subventions des frais médicaux pour les populations défavorisées, l'assurance de médicaments pour les maladies graves, etc. Alors, la répartition du budget doit être planifiée efficacement. Le PSDH démarrera au courant de l'année 2013 et la dernière édition du PDS sera validée prochainement. A ce stade, les points importants sont l'amélioration des capacités décisionnelles du Ministère de la Santé Publique au niveau central, le transfert du pouvoir vers les bureaux départementaux et vers les unités communales de santé (unités d'arrondissement de santé) et l'amélioration de leurs compétences.

Chapitre 8 Résultat des enquêtes menées dans chaque département

8.1 Départements concernés par les enquêtes sur le terrain

En vue d'étudier la faisabilité de la coopération future, on a choisi les départements qui ont fait l'objet d'une enquête sur le terrain en fonction de 2 critères : la nécessité de l'aide pour améliorer les institutions sanitaires dans les départements, et l'accessibilité de la capitale Port-au-Prince.

Actuellement, dans le cadre du projet de réhabilitation urgente et d'aide à la reconstruction en Haïti après le séisme, une coopération financière non remboursable est en cours à l'hôpital Jacmel (HD) dans le département Sud-Est. Mais parmi les HD en dehors du département du Sud-Est, il y a des HD nécessitant une rénovation de leurs bâtiments et un renforcement en équipements. Certains responsables haïtiens souhaitent recevoir une aide pour ces HD. On a pris en compte ce point pour déterminer les départements qui ont fait l'objet d'une enquête.

Pour étudier l'orientation de la coopération future, les points importants à prendre en compte sont : la facilité de la gestion de la sécurité pour l'envoi de la mission japonaise, et la facilité de la gestion du projet et du suivi par le bureau local du représentant. On a également vérifié l'accessibilité de la capitale Port-au Prince.

Tableau 20 Étude des départements ayant fait l'objet d'une enquête sur le terrain

Département	Superficie en km²	Accès de la capitale	14 pôles régionaux	Nécessité	d'amélioration des HR
0	4 927		Port-au-Prince (capitale)	•	CHU déjà existant
Ouest	4 827		Petit-Goâve	Δ	
Nord-Ouest	2 176		Port-de-Paix (chef-lieu)	0	
Nord	2 106		Cap-Haïtien (chef-lieu)	×	Rattaché au CHU
N. I.E.	1.005		Fort-Liberté (chef-lieu)		
Nord-Est	1 805		Ouanaminthe	Δ	
A	4 004	_	Gonaïve (chef-lieu)	×	
Artibonite	4 984	•	Saint-Marc	Δ	
Ct	3 675	_	Hinche (chef-lieu)	0	
Centre		•	Mirebalais	×	
Grand'Anse	1 781		Jérémie (chef-lieu)	0	
Nippes	1 219	•	Miragoâne	0	
Sud	2 793	▼	Les Cayes (chef-lieu)		Rattaché au CHU
Sud-Est	2 023	•	Jacmel		

Accès : • à moins de 150km de la capitale, ▼ entre 150 et 250km, □ à plus de 250km

Nécessité d'amélioration des HR : ⊚ le premier programme triennal prévoit une rénovation, Δ reclassement de l'hôpital existant (pas d'information détaillée), × rénovation de l'hôpital concerné en cours ou déjà terminée Source: superficies des départements – Wikipédia, distances de la capitale – calculées sur Google Map

En ce qui concerne les HR des 14 pôles régionaux de développement (voir le tableau 20), après

avoir pris en compte ces points mentionnés ci-dessus, le premier programme triennal du PSDH prévoit la rénovation des HD dans 4 chefs-lieux (marqués par un ⊚ dans la colonne sur la nécessité d'amélioration des HD dans le tableau 19), ainsi que le reclassement des hôpitaux existants dans les 3 villes servant de pôle de développement mis à part les chefs-lieux (marqués par un ∆). Sur les 3 pôles (marqués par un ×), la rénovation est en cours ou a déjà été effectuée grâce au soutien de donateurs. 4 départements (marqués par un • dans la colonne sur l'accès de la capitale dans ce tableau) se situent à moins de 150km de la capitale. 4 autres départements (marqué par un □) se situent à plus de 250km. Un seul département (marqué par un ▼) se situe entre 150 et 250km de la capitale.

On peut vérifier la situation géographique des départements sur cette carte ci-contre à droite. De Port-au-Prince, on a mis environ 3 heures pour arriver jusqu'à Hinche, Jacmel et Miragoâne, et environ 5 heures jusqu'à Les Cayes. Mais il y a beaucoup d'embouteillages à Port-au-Prince. Pendant les heures de pointe du matin (après 7 heures) et à la sortie des écoles (de 12 à 13 heures), il faut plusieurs heures pour sortir de Port-au Prince. Lors des enquêtes sur place, on a embauché un vigile par voiture de mission pour des raisons de sécurité. On a voyagé le matin entre les villes. Lorsqu'on était contraint de voyager dans l'après-midi, on s'arrangeait pour arriver à destination avant la tombée de nuit. Les routes nationales entre la capitale et les chefs-lieux départementaux sont relativement en bon état. Mis à part une partie montagneuse sur la route pour aller à Jacmel, les routes étaient en général sans relief. Mais les routes entre les chefs-lieux et d'autres lieux du département sont en très mauvais état. On a trouvé des hébergements en petit nombre, où les membres de la mission japonaise ont pu dormir.

8.2 Établissements ciblés par la visite d'étude

Dans les 4 départements concernés par les enquêtes sur le terrain, nous avons décidé de visiter les bureaux départementaux, les HD et d'autres institutions sanitaires. Pour les institutions sanitaires autres que les HD, on a choisi des HCR, des CAL et des CSL pour lesquels une étude sur le terrain a été considérée comme possible. En plus des institutions sanitaires des 4 départements concernés par ces enquêtes, on a également visité un CHU et une école d'infirmiers à Port-au-Prince. Les institutions visitées (sauf les bureaux du Ministère de la Santé Publique et des organismes des donateurs) dans les 4 départements et à Port-au-Prince sont les suivants :

Tableau 21 Institutions visitées dans le cadre des enquêtes sur le terrain

Département	Ville	Institutions visitées
Centre	Hinche	Bureau départemental, un HD
	Banlieue de Hinche	3 CAL
Nippes	Miragoâne	Bureau départemental, un HD, un CSL

Sud	Les Cayes	Bureau départemental, un HD
	Aquin	Unité communale de santé, un HCR
Sud-Est	Jacmel	Un HR, une clinique d'une ONG
Ouest	Port -au-Prince	Un CHU, une école publique d'infirmiers

8.3 Résultats des enquêtes menées dans chaque département

Les descriptions générales des institutions sanitaires visitées pour ces enquêtes sont les suivantes :

8.3.1 Département du Centre

(1) Situation générale

D'après le bureau départemental, les accidents de la route sont la cause principale de mortalité dans ce département. La mortalité liée aux maladies infectieuses est en diminution. La mortalité liée aux problèmes cérébro-vasculaires est en augmentation. Chez les nourrissons et les jeunes enfants, les diarrhées sont la principale cause de mortalité. D'après le bureau départemental et l'hôpital départemental, ce département compte beaucoup plus de population pauvre que dans les autres départements. Le bureau local du PAHO constate également que le département du Centre compte plus de population pauvre que dans d'autres départements et qu'on trouve beaucoup de cas d'anémie chez les enfants, de nouveau-nés prématurés, et de complications suite aux interruptions illégales de grossesses. En 2013, dans ce département, il y a 4 hôpitaux publics et un hôpital privé, ainsi que 35 institutions de PHC comprenant les centres de santé et les dispensaires.

Le plus grand donateur dans ce département est l'ONG Partner in Health qui finance la gestion des institutions sanitaires, et les salaires des 300 agents de santé communautaires déjà en place dans le département. Il existe de nombreux autres donateurs qui travaillent activement sur place.

(2) Compte-rendu de la visite de l'hôpital départemental (HD)

L'hôpital départemental se situe dans la ville de Hinche. Les descriptions générales de cet hôpital sont les suivantes :

Tableau 22 Descriptions générales de l'hôpital départemental dans le département du Centre

	Année de création	1925			
	Nombre de lits	200 lits			
	Nombre d'employés	27 médecins, 20 infirmiers, 80 infirmiers auxiliaires			
	Statut des employés	Employés fonctionnaires : 89, employés payés par des différents donateurs : 173			
Statut des employés	payés par PIH, 150 payés par PAHO				
	Nombre de patients	300 à 450 patients externes par jour, 150 accouchements par mois dont 40			

	césariennes
Causes principales des soins	Accidents de la route, maladies cérébro-vasculaires, malnutrition
Tarif des consultations	Fixé à 60 gourdes (environ 140 yens). Soit environ 6 millions de yens de revenus
Tarri des consultations	par an.
Principaux donateurs	PAHO, PIH

La moitié des bâtiments de l'hôpital sont de vieux bâtiments construits par l'armée américaine en 1925. Les sols sont troués et les toits menacent de s'effondrer. L'état de ces bâtiments est très mauvais. Par contre, les personnels tentent de garder l'intérieur propre, de mettre des affiches pour les patients et d'avoir toujours un médecin quand un patient vient à l'hôpital.

L'hôpital dispense les services de médicine interne, de chirurgie, de gynécologie obstétrique, de pédiatrie, d'orthopédie, d'ophtalmologie et d'ORL. Plus de 400 personnes y travaillent, dont 27 médecins, 20 infirmiers et 80 infirmiers auxiliaires. Parmi elles, 89 sont payées par le Ministère de la Santé, 173 par le Partner in Health et 150 par un programme de FBP du PAHO.

La plupart des infirmiers en particulier possèdent un logement à Port-au-Prince et rentrent chez eux en week-end. Faute de logement de fonction, ils louent un logement avec les collègues ou bénéficient d'un logement offert par une ONG.

Chaque jour, l'hôpital reçoit environ 300 à 450 visites externes. Il assure environ 150 accouchements par mois. On trouve beaucoup de cas d'accidents de la route, de maladies cérébro-vasculaires et de malnutrition. Le nombre d'accidents de la route en moto est en rapide augmentation ces dernières années. Les patients qui ne peuvent pas être soignés dans l'hôpital sont transférés à la capitale. Mais la seule ambulance est en panne et l'hôpital ne possède pas d'autre véhicule. Les patients sont obligés de prendre en charge eux-mêmes les frais de transports jusqu'à Port-au-Prince.

Le tarif de la consultation est fixé à 60 gourdes. Et il n'y a pas de frais supplémentaire. Par contre, lorsqu'un patient est envoyé pour une référence par un autre hôpital uniquement pour effectuer des examens, des frais requis pour ces examens sont collectés (200 gourdes pour un examen des urines et 400 gourdes pour un examen radiologique). Pour le moment, le Ministère de la Santé Publique ne lui donne aucun médicament. L'ONG Partner in Health lui fait des dons en médicaments mais il lui en manque toujours.

(3) Centres de santé avec lits (CAL)

CAL dans l'arrondissement de Cerca-la-Source

Il y a 5 médecins, 7 infirmiers, 12 infirmiers auxiliaires et un nutritionniste. Parmi les médecins,

4 sont employés fonctionnaires. Le 5^{ème} médecin et les autres personnels sont payés grâce au financement du Partner in Health.

Le responsable de ce CAL est également le maire de la ville. Il a le souci d'offrir un service de qualité aux habitants et il prend des initiatives. Dans la pharmacie de l'établissement, les médicaments sont bien rangés et l'intérieur de l'établissement est gardé propre.

L'électricité du centre est produite par 5 panneaux solaires et un groupe électrogène. La salle d'accouchement est étroite et il n'y a qu'une seule table d'accouchement fonctionnelle.

Il y a 20 lits dans la section des maladies ordinaires et 50 lits dans la section du choléra. Le centre reçoit en moyenne de 70 à 80 patients externes par jour et procède à environ 40 accouchements par mois. Les maladies fréquentes chez les patients sont le paludisme, le choléra, la fièvre typhoïde, les états fiévreux, etc. Le centre prodigue également des conseils nutritionnels, des conseils divers, des offres en moyens de contraception, des examens, etc. Le centre possède un système de clinique mobile pour des activités sanitaires dans la région. Il dispose également d'une ambulance et d'une jeep. Il envoie des patients à l'hôpital de Hinche pour une référence, mais il faut compter environ 2 heures de route.

Les patients paient 50 gourdes pour une consultation. Les vaccins sont approvisionnés par le Ministère de la Santé Publique. Cependant, le centre ne dispose pas de budget gouvernemental pour la gestion. Les frais de gestion, comme les frais de médicaments, les frais d'examens, les frais d'hospitalisation, les frais d'essence, etc. sont financés par les revenus des consultations et le soutien financier du Partner in Health.

CAL à Maïssade dans l'arrondissement de Hinche

5 médecins et 6 infirmiers travaillent 24 heures sur 24 en horaires décalés. Le médecin qu'on a rencontré lors de cette enquête est originaire de cette région et a fait ses études de médecine à Cuba. Il travaille dans ce centre depuis 3 ans. Les médecins sont employés fonctionnaires payés par le Ministère de la Santé Publique. Les infirmiers sont payés par une aide financière d'une ONG américaine. Le centre dispose de logements de fonction sur son terrain.

Il y a 10 lits dans la section des maladies ordinaires et 10 lits dans la section du choléra. Le centre reçoit environ 50 patients externes en moyenne par jour et effectue de 20 à 40 accouchements par mois. Le centre offre principalement des services de soins pré et post-natals, une assistance à l'accouchement, des conseils sur le VIH/Sida, de distribution de moyens de contraception, etc. Il dispose d'une ambulance et l'utilise pour envoyer des patients à l'hôpital de Hinche.

La route pour aller à l'hôpital de Hinche est très mauvaise traversant plusieurs fois des rivières.

Les patients paient 10 gourdes pour s'enregistrer, puis paient des frais réels supplémentaires pour des médicaments et des examens selon le contenu des actes médicaux. Ces revenus couvrent les frais d'essence, etc.

CAL géré et soutenu par une ONG (banlieue de Hinche)

Le centre utilise un bâtiment très petit et ne dispose que d'un seul lit.

Aucun budget du Ministère de la Santé Publique n'est attribué à ce centre. Le financement de l'ONG prendra fin prochainement, mais aucun financement de relai pour la gestion n'est prévu pour le moment.

Une assistante infirmière non rémunérée travaille 3 jours par semaine.

Le jour des vaccinations (une fois par mois), environ 100 personnes viennent pour être vaccinées. L'ONG World Vision offre des vaccins au centre.

Ce centre n'assure pas d'accouchement. Lorsqu'une femme enceinte souhaite accoucher dans une institution, le centre l'envoie soit à l'hôpital de Hinche, soit dans d'autres centres de santé. Dans les environs de ce centre, la plupart des accouchements se passent à domicile avec l'assistance de la famille ou d'une femme ayant déjà accouché.

Les actes médicaux se limitent à la prescription de médicaments de base et à des soins d'urgence. Le centre ne dispose que d'antibiotiques, de médicaments contraceptifs, de solutés de réhydratation orale, etc. Les patients paient 25 gourdes en frais de consultation. La plupart des patients présentent des cas de paludisme, des maux de ventre, de l'hypertension, etc. Les patients qu'on ne peut pas soigner dans ce centre sont envoyés à l'HD de Hinche en moto.

8.3.2 Département des Nippes

(1) Situation générale

D'après le bureau départemental, la population de Miragoâne est en augmentation, car cette ville est une étape importante sur la route nationale reliant la capitale au département du Sud et au département de Grand'Anse, mais également une ville commerciale non loin du département de l'Ouest. Ces dernières années, le nombre d'accidents de la route (particulièrement en moto) est en augmentation. En 2013, on compte 3 hôpitaux et 24 institutions de PHC y compris des centres de santé et des dispensaires. 311 agents de santé communautaires sont en formation.

(2) Hôpital départemental (HD)

L'HD se situe dans la ville de Miragoâne. Les descriptions générales de cet hôpital sont les suivantes :

Tableau 23 Descriptions générales de l'hôpital départemental dans le départemental des Nippes

Année de création	1980
Nombre de lits	40 lits
Nombre d'employés	18 médecins, 28 infirmiers, 25 infirmiers auxiliaires
Statut des employés	147 employés fonctionnaires, 53 employés payés par un donateur
Nombre de patients	Environ 150 à 200 patients externes par jour
Causas main ain alas das sains	Accidents de la route, hypertension, inflammation de l'appareil digestif, diabète.
Causes principales des soins	Chez les enfants : paludisme, pneumonie, malnutrition, etc.
Tarif day annual bations	25 gourdes pour la première consultation, puis frais supplémentaires pour les
Tarif des consultations	médicaments et les examens.
Dépenses	30 à 32 millions de gourdes de dépenses annuelles
Principaux donateurs	PAHO, PEPFER

A sa création, c'était un centre de santé, mais il est devenu hôpital par ajout de bâtiments, etc. à l'établissement d'origine. L'espace est étroit pour un hôpital. La salle d'attente est meublée avec des chaises propres et stables pour le confort des patients. Mais la salle est pleine, faute d'espace. L'hôpital souhaite améliorer de façon continuelle les points non conformes aux lignes directives de la DOSS en les classant par priorité.

L'hôpital dispose des services de médecine interne, de chirurgie, de gynécologie obstétrique, de pédiatrie, d'orthopédie, de soins dentaires et des urgences. Environ 200 personnes y travaillent, dont 18 médecins, 28 infirmiers et 25 infirmiers auxiliaires. Parmi elles, 53 sont embauchées grâce au financement d'un programme FBP du PAHO, mais les autres personnels sont payés par le Ministère de la Santé Publique.

Ne disposant pas de logement, l'hôpital loue des maisons pour servir de logements de fonction. Les loyers sont partagés entre l'hôpital et les employés.

Le nombre d'accidents de la route s'est accru brutalement et le nombre des patients aux urgences augmente également. Cependant, ne disposant que de 40 lits, l'hôpital est contraint d'envoyer des patients, qu'il ne peut pas accueillir, jusqu'à Port-au-Prince. Pour cette raison, l'hôpital met le renforcement du service de chirurgie en priorité. Il souhaite aménager l'établissement pour pouvoir gérer les patients en toute sécurité et efficacement, allant de l'accueil des patients jusqu'aux chambres hospitalières en passant par les traitements, l'intervention d'urgence, l'observation postopératoire.

L'hôpital accueille de 150 à 200 patients externes par jour. Chez les patients adultes, on trouve majoritairement des cas d'accidents de la route, d'hypertension, d'inflammations de l'appareil

digestif, et de diabète. Chez les enfants, on trouve des cas de pneumonie, de bronchite, de paludisme, des diarrhées, et de la malnutrition. L'hôpital procède à environ 4 ou 5 accouchements par jour, mais parfois jusqu'à 10. Il effectue donc environ 150 accouchements par mois en moyenne dont 20 à 25 césariennes. Lorsqu'il s'agit d'un accouchement normal, après 6 heures d'observation après la naissance, la mère et le bébé quittent l'hôpital, s'ils ne présentent pas d'anomalie.

Le service de radiologie dispose d'un appareil de radiographie et d'un appareil d'échographie. Mais l'appareil d'échographie est en panne et hors service. Dans la salle d'examen, on effectue essentiellement des numérations globulaires, des examens urinaires, des tests de la fonction hépatique, etc. Le Ministère de la Santé Publique a récemment distribué un nouvel appareil de numération globulaire. La plupart des autres appareils sont vieux et en nombre insuffisant. L'hôpital est toujours plein de patients mais l'intérieur est gardé relativement propre.

Le tarif des consultations est fixé à 25 gourdes pour la première consultation. Puis un supplément est perçu selon la nature du traitement. La dépense totale est de 30 à 32 millions de gourdes par an. D'après le responsable administratif, le coût des films de radiographie pèse beaucoup dans les dépenses de fournitures médicales (une seule société vend ces films en Haïti et leur prix reste élevé). L'hôpital n'a pas conclu de contrat d'entretien des équipements médicaux avec le revendeur. Mais les appareils neufs bénéficient de 2 à 3 mois de service après-vente. Passé cette période, il faut appeler un dépanneur.

(3) Centres de santé sans lit (CSL)

CSL à Petite-Rivière-de-Nippes dans l'arrondissement de Miragoâne

La commune de Petite-Rivière-de-Nippes est composée de 4 sections communales, dont une possède un CAL mi public mi privé. Les 3 autres sections (21 244 habitants) gèrent ce CSL. Les moyens de transport utilisés par les habitants pour venir au centre sont soit la marche à pieds, soit la moto. Les habitants les plus éloignés du centre mettent 2 à 3 heures à pieds.

Au centre, travaillent un médecin, 2 infirmiers, 5 agents de santé communautaires, un agent chargé des statistiques et un agent chargé du nettoyage. Le médecin, les infirmiers et le chargé des statistiques, soit au total 4 personnes, sont des fonctionnaires. Les agents de santé communautaires et l'agent chargé du nettoyage, soit au total 6 personnes, sont payés grâce à un financement de l'UNFPA. Le médecin est originaire du département des Nippes, l'un des infirmiers est du département du Sud, l'autre est du département de Grand'Anse. Chacun des 5 agents de santé communautaires de ce centre est chargé de 4 postes de santé parmi les 20 postes existants dans la commune. Chaque agent se déplace au sein des 4 postes dont il a la charge pour effectuer leurs activités sanitaires.

Ce centre compte deux petits bâtiments. L'un est destiné aux consultations, l'autre aux vaccinations. Celui des vaccinations a été construit comme une maternité. Faute d'être équipé pour les accouchements, ce bâtiment est utilisé pour les vaccinations. Le CSL n'a pas du tout d'électricité. On utilise l'eau provenant de la fontaine publique de la ville.

Les consultations sont ouvertes de 8 heures à 16 heures. Le nombre de visites varie selon le jour. La plupart des visites concernent les consultations prénatales ou les vaccinations.

Les patients paient 25 gourdes pour une consultation. La distribution de médicaments du Ministère de la Santé Publique n'est pas suffisante. La majorité des revenus mensuels du CSL, environ 6 mille gourdes, est consacrée à l'achat des médicaments.

8.3.3 Département du Sud

(1) Situation générale

D'après le bureau départemental, on compte 3 hôpitaux, 6 CAL, 8 CSL, etc. dans ce département. Ce département se caractérise par de fréquents dégâts lors des passages de cyclones.

D'après le bureau départemental, la priorité de ce département est d'améliorer les soins obstétriques et d'augmenter le taux des accouchements réalisés dans les institutions (35% selon un document du bureau départemental). Un programme des donateurs a permis de produire certains résultats. Cependant, ces résultats sont difficilement maintenables après la fin du programme. Le bureau est conscient de ce problème.

(2) Hôpital départemental (HD)

L'hôpital départemental se situe à la ville des Cayes. Les descriptions générales en sont les suivantes :

Tableau 24 Descriptions générales de l'hôpital départemental dans le département du Sud

Année de création	Il y a 100 ans			
Nombre de lits	146 lits			
Nombre d'employés	28 médecins, 89 infirmiers, 35 infirmiers auxiliaires			
Statut des employés	225 employés fonctionnaires, 130 employés payés par un donateur en CDD			
Principales causes des soins	Accidents de la route, diabète, hypertension. Chez les enfants, paludisme,			
Timelpaies causes des soms	diarrhées, pneumonie, etc.			
Principaux donateurs	РАНО			

L'HD a été construit il y a près de 100 ans. Mais l'hôpital a été agrandi et a été rénové plusieurs fois grâce aux petits financements de donateurs. D'après son directeur, l'hôpital nécessite la création d'une petite section de rééducation, pour apporter des soins de physiothérapie ou de kinésithérapie aux accidentés de la route.

L'hôpital dispense des services de médecine interne, de chirurgie, de gynécologie obstétrique, de pédiatrie, de soins dentaires et des urgences. Il possède également un laboratoire commun aux 3 départements dans le sud du pays, financé par les centres américains de contrôle et de prévention des maladies (CDC). 355 personnes travaillent dans l'hôpital, dont 28 médecins, 89 infirmiers et 35 infirmiers auxiliaires. Parmi ces personnes, 225 sont payées par le Ministère de la Santé Publique et 130 sont embauchées grâce au financement d'un programme de donateurs.

Les patients adultes présentent des cas de maladies infectieuses comme le paludisme ou la fièvre typhoïde, mais on trouve majoritairement des cas d'accidents de la route, de diabète et d'hypertension. Chez les enfants, on constate des cas de paludisme, de diarrhées et de maladies respiratoires. Les patients proviennent d'une région étendue. Pendant la saison des pluies, les conditions routières deviennent mauvaises et le nombre de patients diminue.

D'après le bureau départemental, les dépenses de l'hôpital sont de 1, 40 million de gourdes par mois. Par ordre décroissant, les revenus de l'hôpital sont le budget du Ministère de la Santé Publique, le financement des CDC et le financement du programme FBP du PAHO. Par contre, on ignore les montants de ces financements.

Le directeur de l'hôpital est en place depuis un an seulement. Il a fait ses études à l'université de Moscou et a récemment suivi des cours de gestion des hôpitaux dans le cadre du programme de formation organisé par le gouvernement français. Après sa nomination, il a entrepris activement la réforme du système au sein de l'hôpital, la prolongation des horaires des consultations (ouvert 24 heures sur 24), l'augmentation du nombre de médecins spécialistes, l'amélioration de la qualité des soins et l'amélioration de la motivation des employés.

(3) HCR et unité communale de santé dans l'arrondissement d'Aquin

Lors des enquêtes menées dans le département du Sud, on a également rendu visite à l'unité communale de santé de la ville d'Aquin dans l'arrondissement d'Aquin. L'unité communale de santé se trouve sur le terrain de l'HCR de l'arrondissement d'Aquin.

HCR

On a visité l'HCR en dehors des horaires de consultation. Guidé par un personnel de l'unité communale de santé, on a visité l'établissement sauf certaines sections qui étaient fermées à clé. Le bâtiment est vieux, car il a été construit pendant l'occupation américaine. Mais l'intérieur est

gardé relativement propre. 10 médecins, dont un expatrié de Cuba, travaillent dans cet hôpital. L'hôpital possède moins de 20 lits, une salle d'intervention chirurgicale, une unité de soins intensifs, des chambres, une salle de consultation externe, une salle de vaccination, une salle de planification familiale, etc. L'unité de soins intensifs a été aménagée grâce aux aides de Cuba (pour le médecin), du Venezuela (pour les équipements), d'Haïti (probablement pour le bâtiment et les aménagements intérieurs). L'unité de soins intensifs était équipée de 2 nouveaux lits médicalisés, d'un électrocardiographe, etc. Vu l'état des salles et des équipements, la salle d'intervention chirurgicale et la salle d'accouchement sont utilisées fréquemment et gardées propres.

Unité communale de santé (UCS)

Les responsabilités de l'UCS englobent l'encadrement pour la gestion des institutions sanitaires de son périmètre, l'élaboration du plan sanitaire de chaque établissement et de l'unité communale de santé, le suivi de l'exécution du plan, etc. L'unité communale de santé de cette ville est actuellement en charge de 2 villes parmi les 3 de l'arrondissement d'Aquin. Les institutions à sa charge dans son périmètre sont un HCR, 2 CAL, 2 CSL, et des dispensaires.

Auparavant, l'unité communale de santé comptait 9 employés, mais il n'en reste que 2 maintenant. Dans le passé, un programme de crédit de la Banque interaméricaine de développement finançait les charges de personnel. Mais après la fin du programme, hormis pour 2 employés fonctionnaires payés par le Ministère de la Santé Publique, l'UCS n'arrivait pas à trouver de financement pour les salaires de 7 employés, qui ont finalement quitté leur travail.

Lorsque l'UCS présente un plan annuel, elle fait une demande d'un budget correspondant à ce plan. Cependant, ces 2 dernières années, elle n'a reçu aucun budget. Faute de moyen financier pour ses activités, il est difficile d'exécuter le plan annuel. Cependant, elle assure l'encadrement de la gestion des institutions à sa charge.

Dans l'arrondissement d'Aquin aussi, des agents de santé communautaires sont en cours de formation. Parmi les employés de l'UCS et de l'HCR, 2 infirmiers ont une qualification pour enseigner. Dans le local de l'UCS, ils assurent, en tant qu'enseignants, la formation des agents. D'après l'UCS, la formation des agents communautaires est soutenue par le gouvernement brésilien. Les salaires des agents après leur formation sont financés pendant 2 ans par le gouvernement brésilien. Passé cette période, le Ministère de la Santé Publique devrait les prendre en charge.

8.3.4 Département du Sud-Est

(1) Situation générale

Le département du Sud-Est a été considérablement sinistré lors du séisme en 2010. L'unique hôpital public dans le département a lui aussi subi beaucoup de dégâts. Dans le cadre du projet de réhabilitation urgente et d'aide à la reconstruction en Haïti après le séisme, la JICA soutient la reconstruction de cet HD via un projet de coopération financière non remboursable.

(2) Hôpital départemental (HD)

L'HD se situe dans la ville de Jacmel, dans l'arrondissement de Jacmel.

Tableau 25 Descriptions générales de l'hôpital départemental dans le département du Sud-Est

Année de création					
Nombre de lits	55 lits (80 avant le séisme)				
Nombre d'employés	29 médecins, 28 infirmiers, 25 infirmiers auxiliaires				
Statut des employés	150 employés fonctionnaires, 230 employés payés par le PAHO				
Nombre de patients	De 3 500 à 4 000 patients externes par mois (de 100 à 150 par jour)				
Causes principales des soins	Hypertension, maladies respiratoires, maladies cardiovasculaires, diabète accidents de la route				
Tarif des consultations	25 gourdes pour la première consultation (environ 57 yens) + les frais des médicaments et les frais d'examens perçus selon la nature des actes médicaux				
Principaux donateurs	Japon (un projet de coopération financière non remboursable en cours), Croix Rouge Canadienne, PAHO				

Le nombre de lits dont l'HD disposait avant le séisme était de plus de 80, mais ce nombre a maintenant été réduit à 50.

L'hôpital dispense les services de médecine interne, de chirurgie, de gynécologie obstétrique, de pédiatrie, d'orthopédie, d'ophtalmologie et des urgences. Près de 400 personnes y travaillent, dont 29 médecins et environ 70 infirmiers et infirmiers auxiliaires. Parmi ces personnes, 160 sont payées par le Ministère de la Santé Publique. Et 150 personnes du service de pédiatrie et 80 personnes de la lutte contre le Sida sont embauchées grâce au programme FBP du PAHO.

Au total, l'hôpital reçoit environ 3 500 visites externes par mois. La plupart de ces visites concernent des cas d'hypertension, de maladies respiratoires, de problèmes circulatoires, de diabète et d'accidents de la route. Ces dernières années, le nombre d'accidents de la route est en augmentation. Les cas de maladies infectieuses sont en baisse. Par contre, les patients présentant des symptômes de maladies non transmissibles sont en hausse. La capacité financière des patients est en général insuffisante. Lorsque les patients souffrent de maladies chroniques dont

la durée de traitement est plus longue que celle des maladies infectieuses, une grande partie de ces patients n'arrive pas à honorer les frais des médicaments. Dans le cas-là, l'hôpital est contraint de prendre en charge ces frais, pour ne pas abandonner ses patients. L'hôpital connait des difficultés à obtenir des financements pour couvrir ses coûts médicaux.

Dans ce contexte, la reconstruction de cette institution est en cours grâce à la coopération financière non remboursable du Japon et le soutien de la Croix Rouge Canadienne. Le directeur de l'hôpital a des idées pour améliorer la gestion future. Il souhaite aider les patients qui ne peuvent pas payer leurs frais médicaux. Pour cela, le directeur voudrait former des agents bénévoles parmi les jeunes de la communauté pour des activités de sensibilisation, afin de créer une association coopérative communautaire. Pour le moment, aucune aide de donateur n'est prévue. Cependant, grâce aux activités sus citées, le directeur souhaite que la gestion de l'hôpital soit profondément liée à la communauté.

8.3.5 Institutions dans la capitale

On a visité l'HUEH et l'école publique d'infirmier à Port-au-Prince.

(1) Hôpital de l'Université d'État d'Haïti (HUEH) (CHU)

Tableau 26 Descriptions générales de l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti

	Année de création	De 1918 à 1920	
	Nombre de lits	150 (710 avant le séisme)	
	Nombre d'employés	37 médecins, 275 infirmiers, 423 infirmiers auxiliaires	
Statut des employés		Tous fonctionnaires, sauf 50 employés payés par le financement du PEPFER	
	Nombre de patients	200 000 par an (548 par jour, dont de 70 à 80 aux urgences)	
Causes		Blessures, hypertension, maladies cardiaques, maladies infectieuses (tuberculose,	
	Causes principales des soins	VIH). Chez les enfants, infections respiratoires aiguës, etc.	
F	Frais médicaux	Recettes des rémunérations pour les actes médicaux : 620 000 gourdes par mois	
		(soit environ 1,4 millions de yens).	
	Principaux donateurs	USAID, AFD, PEPFER, etc.	

L'hôpital dispense les services de médecine interne, de chirurgie, de pédiatrie, de gynécologie obstétrique, d'urgences, d'orthopédie, d'ophtalmologie, d'ORL, de dermatologie, de neurologie, etc. L'hôpital possède également des équipements pour des diagnostics assistés par imagerie (radiographie, écographie) et des examens cliniques. Il effectue aussi des actes médicaux comme des dialyses. Avant le séisme, il disposait de 710 lits, mais il n'en dispose plus que de 150 maintenant.

Au total, environ 1 600 personnes y travaillent, dont 37 médecins, 275 infirmiers et 423 infirmiers auxiliaires. Parmi ces personnes, 50 sont payées grâce à un financement du PEPFER. Toutes les autres personnes sont des fonctionnaires payées par le Ministère de la Santé Publique.

200 000 patients viennent consulter chaque année. Les causes principales des consultations sont des blessures externes, de l'hypertension, des maladies cardiaques, des cas de tuberculose et de VIH. Chez les enfants, on trouve majoritairement des cas d'infestions respiratoires aiguës, comme les pneumonies, les bronchites, etc. Les patients paient leurs frais médicaux (recettes totales de 620 000 gourdes par mois). Mais les consultations pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans sont gratuites.

Le budget pour l'année 2012 était de 276 millions de gourdes. 87% des dépenses étaient des frais de personnels. Les 12% restant concernaient les frais de la gestion. Le budget d'achat des médicaments et des fournitures est insuffisant.

En tant que CHU, l'hôpital doit offrir des soins de haut niveau, accueillir des stages pratiques pour les médecins, les infirmiers et les sages-femmes, et effectuer des recherches. Mais le fonctionnement de l'hôpital s'est beaucoup réduit suite au séisme. Plus de 60% de l'établissement a été détruit. Certains employés ont été blessés ou sont morts. D'autres sont partis à l'étranger. A cause des dégâts, le nombre de lits a été réduit, et la capacité d'accueil des patients a diminué. Faute de lits en nombre suffisant, l'hôpital est souvent contraint d'envoyer ses patients dans d'autres hôpitaux.

La reconstruction est en cours grâces aux aides de l'USAID et l'AFD. L'USAID est en charge de la reconstruction du bâtiment des urgences et celui de la maternité, des équipements et des formations. L'AFD est en charge de la construction des bâtiments, des équipements et des formations. Chaque organisme a un budget de 25 millions de dollars pour ces aides. Cependant, 6 salles d'interventions chirurgicales sont hors d'usage suite au séisme. La rénovation coûtera environ 400 000 dollars, pour laquelle on n'a pas encore trouvé de donateur.

(2) École publique d'infirmiers (Port-au-Prince)

Au total, on y trouve 305 étudiants au total, dont 102 en 1^{ère} année, 107 en 2^{ème} année et 96 en 3^{ème} année. Parmi les 5 écoles publiques d'infirmiers du pays, cette école compte le plus grand nombre d'étudiants. D'après cette école, un total de 300 nouveaux infirmiers issus des 5 écoles sont formés chaque année. Néanmoins, le secteur public n'est pas en mesure d'embaucher tous ces nouveaux diplômés. En outre, les salaires dans le secteur public sont plus faibles que ceux payés par les ONG.

Dans le pays, existent plus de 40 écoles privées d'infirmiers. Leur nombre exact et le nombre d'étudiants ne sont pas connus. On ignore également le nombre de candidats aux examens

nationaux des infirmiers et les taux de réussite.

Le contenu du programme de formation des infirmiers est basé sur les normes nationales définies par le Ministère de la Santé Publique en 1997. On ne peut pas réussir aux examens, si l'on ne suit pas le programme conforme.

D'après cette école, le département de l'Ouest connait également un manque d'infirmiers et la qualité n'est pas satisfaisante, plus particulièrement pour la technique des infirmiers des centres de santé. Par conséquent, on effectue des formations supplémentaires pour ces derniers.

Sur le territoire national, le besoin d'infirmiers est important surtout dans les spécialités d'anesthésie, de psychiatrie, des soins après l'accouchement et de lutte contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Le besoin d'infirmiers en psychiatrie est en particulier beaucoup plus important face à la demande grandissante des patients en état de stress suite au traumatisme vécu lors de la catastrophe. Cependant, la société de médecine d'Haïti ne peut pas faire face à cette demande. Dans la capitale, seules 2 cliniques ont un service spécialisé en soins psychiatriques.

D'après cette école d'infirmiers, à propos de l'attachement des infirmiers dans les régions rurales, certains infirmiers sont prêts à travailler en milieu rural malgré des salaires moins élevés. Il est important de créer un environnement adéquat pour que les infirmiers ne soient pas déçus par leur travail et pour qu'ils gardent leur motivation. Pour cela, le Ministère de la Santé Publique doit étudier les conditions de travail pour que l'affectation en milieu rural soit assez attractive.

Chapitre 9 Faisabilité d'une aide du Japon

Du point de vue du développement social, la mise en place d'un système de service de santé d'une part et la couverture de la population totale du pays par ce système d'autre part sont les deux enjeux majeurs dans le renforcement du système de santé en Haïti. La JICA qui a jusqu'à présent apporté son soutien en mettant l'accent sur la reconstruction du pays après le séisme et l'établissement d'un service social de base, considère qu'il est pertinent d'étudier ses orientations de l'aide future en ciblant sur le renforcement du système de service de santé et sur l'amélioration du taux de sa couverture.

Un nombre minimum d'institutions sanitaires doit être assuré pour la mise en place d'un environnement où tous les habitants pourront accéder aux services de soins de PHC, bénéficier de consultations à l'hôpital ou être hospitalisés en cas de césarienne ou de maladie ordinaire dans leur sphère de vie. À Haïti, il faut encore augmenter le nombre d'institutions sanitaires. Mais vu les problèmes actuels de personnel de santé et de ressources financières, il faut tenir compte de l'approche du taux de couverture. Il est jugé pertinent de d'abord tirer un maximum des institutions sanitaires existantes, puis de donner la priorité aux régions où l'accès est particulièrement mauvais pour y aménager progressivement des institutions sanitaires. Actuellement, HR a un nombre d'établissements au point de presque mettre un terme à l'objectif, et les pôles régionaux de développement dotés d'un HR sont considérés comme étant la base du renforcement du système de services de la santé. Par conséquent, il semble pertinent de poursuivre le renforcement du système de prestation de services en milieu rural en commençant par le renforcement des capacités des HD existants, afin de renforcer le système de services de la santé et d'améliorer le taux de couverture.

Par rapport à cela, les soutiens faisables dans le cadre des projets de la JICA sont la construction des bâtiments et les équipements financés par la coopération financière non remboursable, puis l'amélioration des compétences en administration et en service par l'assistance technique. Du point de vue des soutiens déjà apportés, les responsables haïtiens concernés préfèreraient plutôt la coopération financière non remboursable destinée aux hôpitaux principaux. Lorsqu'on étudie la réalisation d'un projet dans le cadre du système de coopération financière non remboursable, il est important d'élaborer attentivement un plan de coopération en prenant bien en compte l'efficacité de la coopération en matière de ressources humaines et de gestion des institutions. Puis, en sus de l'amélioration des matériels, tel que l'établissement et les équipements, il est souhaitable d'intégrer des formations techniques sur la gestion des institutions autant que possible dans le projet de coopération financière non remboursable. Par contre, pour l'assistance technique, le schéma de cette coopération n'est pas très connu en Haïti. Peu de responsables du

Ministère de la Santé Publique connaissent des projets d'assistance technique, qui font partie des principaux cadres des programmes de la JICA. Cependant, certains sont intéressés par la formation technique apportée par le Japon. Pour les besoins de projets de coopération technique, on peut citer l'augmentation des capacités de gestion des institutions sanitaires, l'amélioration du système de référence visant au renforcement des soins de PHC. Si un tel projet est étudié, il est souhaitable de s'efforcer de formuler un projet qui favorisera le sentiment d'appropriation de la population haïtienne en obtenant leur compréhension plus approfondie vis-à-vis des projets de coopération technique de la JICA. À cet effet, de s'inspirer des résultats des projets mis en œuvre par la JICA dans les pays francophones en Afrique peuvent être une des approches possibles.

Sur la base des concepts de base ci-dessus, les points suivants pourront être proposés dans la conception de l'aide réelle, à savoir le renforcement du système de services de la santé centré sur les hôpitaux de référence régionaux, le renforcement des capacités de gestion des institutions sanitaires, le renforcement des services de soins de PHD et du système de référence.

(1) Renforcement du système de prestation de service de santé en milieu rural

Pour le développement du secteur de la santé dans la politique du gouvernement haïtien, les HR des 14 pôles régionaux de développement doivent remplir leur rôle. Une fois que ces HR fonctionneront comme prévu, on pourra considérer qu'un grand progrès aura été accompli dans la première étape du PSDH. Cette avancée servira de point d'appui solide pour améliorer ensuite la prestation de service au niveau inférieur du système dans chaque département. Dans les départements qui ont fait l'objet des enquêtes sur le terrain, une rénovation est prévue pour les HD via le premier programme triennal. Effectivement, on a constaté la nécessité de soutien pour la construction ou pour l'aménagement des équipements dans ces HR. En observant l'avancement du projet de coopération financière non remboursable déjà en cours et destiné à l'HD dans le département du Sud-Est, on pourra étudier un projet de coopération destiné aux HD dans d'autres départements.

Comme on l'a déjà évoqué dans les chapitres 7 et 8, certains personnels des hôpitaux du niveau départemental sont conscients de la nécessité d'une meilleure gestion de l'hôpital en matière d'accueil des patients et de conditions de travail. Néanmoins, le manque de ressources humaines et les difficultés financières du secteur de la santé ne sont pas des problèmes qui peuvent être résolus par un seul établissement ou par un seul projet de soutien. Par conséquent, lorsqu'on étudie la faisabilité de la coopération financière non remboursable, il est important de définir l'étendue et le contenu de l'aide, en vérifiant minutieusement les besoins en soins médicaux, le plan des ressources humaines (particulièrement des médecins) et les sources de financement

pour couvrir les frais médicaux. Comme on l'a déjà précité, les hôpitaux du niveau départemental dispensent ordinairement des services d'ORL, d'ophtalmologie, de soins dentaires, d'orthopédie, etc. en sus des services de chirurgie, de médecine interne, de pédiatrie et de gynécologie obstétrique. Ils doivent également pouvoir assurer les consultations externes, l'hospitalisation, les accouchements et les interventions chirurgicales. Sans s'écarter de ces concepts, on devra élaborer un projet de coopération ayant pour objectif de reconstruire les hôpitaux qui peuvent offrir des services stables à moindres frais. Il est par conséquent recommandé d'avoir un principe majeur consistant à maintenir à un faible niveau les charges de gestion et de maintenance des établissements et des équipements après la fin des travaux.

Par ailleurs, en cas de projet de coopération financière non-remboursable, considérant l'amélioration des installations et équipements comme étant une occasion de motiver le personnel de santé des hôpitaux concernés, il est souhaitable qu'une composante immatérielle portant sur l'encadrement et la motivation pour l'utilisation correcte des équipements médicaux dans les activités de soins quotidiennes soit incluse au projet. Par exemple, une formation d'utilisateur destinée au personnel de santé qui utilise les installations et équipements améliorés (en particulier, encadrement pour l'utilisation correcte des utilisateurs des instruments, par exemple les infirmiers), et création d'un guide de référence rapide (création d'un manuel d'opérations des instruments à usage clinique avec le personnel hospitalier), etc., ce qui est jugé efficace pour éviter les opérations erronées initiales des instruments médicaux et améliorer les techniques et les connaissances en vue d'une utilisable stable et plus durable.

(2) Renforcement des compétences de la gestion des institutions sanitaires et durabilité des résultats de la coopération

Les compétences en gestion des institutions concernées jouent un rôle déterminant pour la durabilité des résultats obtenus par la coopération. En Haïti, il est difficile d'accroître les ressources insuffisantes, qu'elles soient humaines ou financières. Dans ce contexte, on prendra en considération toutes les activités qui amélioreront la gestion des institutions sanitaires tout en exploitant efficacement des ressources limitées. Pour les HD du territoire national, on commence à percevoir une prise de conscience de l'importance de l'amélioration des résultats. Mais afin d'améliorer les compétences en gestion des hôpitaux, cette prise de conscience doit être généralisée. L'ensemble des acteurs du système au sein de l'hôpital doit fournir des efforts pour y parvenir. De ce point de vue, les approches par les activités de 5S/TQM (qualité totale) ou de KAIZEN déjà expérimentées dans d'autres pays en Asie et en Afrique peuvent apporter des résultats positifs au sein des hôpitaux haïtiens de niveau départemental. Lors de l'élaboration d'un projet de coopération financière non remboursable en particulier, on peut étudier la faisabilité d'un projet de l'assistance technique destiné aux établissements concernés

par la coopération financière non remboursable, y compris l'HD du département du Sud-Est qui fait déjà l'objet d'un projet similaire, afin d'améliorer leurs compétences en gestion.

À ce sujet, la visite de projets modèles dans un pays d'Afrique francophone, et la formation dans un pays tiers consistant à formuler d'un projet de coopération technique et à obtenir la compréhension pour le mécanisme de suivi, etc. pourront aussi être proposées aux responsables administratifs du Ministère de la Santé. À Haïti, sans expérience des cas de la coopération technique dans le secteur de la santé, il faudra d'abord approfondir la compréhension locale du schéma de la coopération. À cet effet, le contact avec des exemples réels dans des pays d'Afrique francophone parlant la même langue et ayant des problèmes médicaux similaires devrait avoir un impact beaucoup plus important que tout document explicatif des projets de coopération technique de la JICA. Il est donc souhaitable qu'une formation en pays tiers soit organisée pour les responsables de la partie haïtienne en tant qu'étape pour la formulation d'un projet de coopération technique efficace.

(3) Renforcement des services de soins de PHC et du système de référence

L'amélioration des capacités de prestation des services des centres de santé et des HCR est évidemment souhaitable pour le renforcement du système de services de la santé et l'amélioration du taux de couverture. L'aménagement d'installations et d'équipements aux HCR, CAL et CSL, ainsi que le renforcement des fonctionnements de référence sont envisageables dans l'avenir dans le cadre des activités de la JICA.

Cependant si l'intervention au niveau PHC est envisagée en tant qu'orientation de la coopération via les activités de la JICA, le manque de personnel de santé étant particulièrement grave dans les régions, une étude prudente sera requise sur les contenus de la coopération et les effets possibles. Vu la situation à Haïti, d'après l'orientation de l'OMS concernant la durée de service du personnel de santé, allant des préparatifs pour augmentation de la force de travail du pays (entrée), à l'évitement du déclin de la population active (fuite), en passant par la redynamisation de la force de travail (force de travail), il est difficile pour la JICA d'étudier, dans le schéma de ses activités, son soutien pour des problèmes, tels que les préparatifs pour augmenter la force de travail et l'évitement du déclin (augmentation du recrutement dans le secteur public et évitement des fuites à l'étranger). D'autre part, à l'étape de redynamisation de la force de travail et en particulier l'attachement des personnels de santé en milieu rural, l'amélioration de l'environnement de travail dans les institutions sanitaires régionales, l'assurance de logements pour les employés, le renforcement de l'encadrement de soutien, l'ouverture de cours éducatifs pour le personnel en activité, etc. peuvent être étudiés dans le cadre de la coopération financière non-remboursable ou coopération technique. Par conséquent,

il est jugé pertinent que la coopération au niveau PHC soit centrée sur la motivation du personnel de santé existant et l'amélioration de ses capacités.

Pour les problèmes liés aux services de soins de la mère et de l'enfant à Haïti, et en particulier l'amélioration des soins à l'accouchement, il est essentiel de mettre en œuvre un service continu allant des activités de soins au niveau communautaire, aux services PHC par le centre de santé et aux services d'obstétrique d'un hôpital. Ainsi, en plus des activités citées dans (1) et (2) ci-dessus, pour la zone de tutelle de HD objet de la coopération, il serait aussi possible d'étudier le renforcement du système de référence visant l'aménagement de l'infrastructure d'établissements, l'amélioration des services pour la mère et l'enfant des HCR et centres de santé.

Les besoins de coopération au niveau PHC sont importants, mais en tant qu'orientation de la coopération de la JICA, il est jugé pertinent d'étudier les composantes de son aide en tenant compte des effets qui peuvent être certainement générés et de leur durabilité, en plus de la coopération pour l'amélioration du système de services de la santé et des capacités de gestion des hôpitaux, tout en mettant l'accent sur les hôpitaux de référence.

Documents annexes

- 1 Composition des membres de l'équipe d'étude
- 2 Programme de l'étude
- 3 Liste des personnes principales rencontrées
- 4 Indices principaux dans le secteur de la santé
- 5 Liste des documents de référence

1 Composition des membres de l'équipe d'étude

YAMADA Tomomi 4^{ème} Division de la santé,

Département du développement humain, JICA

ABE Chiharu, Ph.D. Chef consultante, expert en santé

International Techno Center Co. LTd.

SASADA Shiho, MPH, M.Sc Consultante, expert en santé

S-Planning Inc.

YODA Kumiko Interprète,

International Techno Center Co. LTd.

2 Programme de l'étude

30-mai	HND 06:55 06→45 NYC 09:15→13:30 P	PAP	(Abe, Sasada, Yoda)						
jeudi	15:00 JICA FO		, , ,						
31-mai	9:00 MSPP Chef de Cabinet		08:00 UNICEF						
vendredi	11:30 ACDI		10:00 PAHO						
	13:30 Banque Mondiale		11:30 AECID(Spain)						
	15:00 AFD		15:00 UNFPA						
			16:30 USAID						
1-juin	Préparation d'étude								
samedi	•								
2-juin	À Les Cayes (Abe, Yoda)		À Hinche (Sasada)						
dimanche									
3-juin	09:00 DD MSPP		10:00 CAL						
lundi	10:00 HD des Cayes		12:00 HD de Hinche						
	15:00 UCS Aquin		13:00 DD MSPP						
	À Miragôane		17:00 CAL						
4-juin	09:00 HD des Nippes		11:00 CAL						
mardi	13:00 CSL		15:30 Hôpital de Mirebala	is					
			À Port-au-Prince						
5 -juin	11:00 DD MSPP		14:00 MSPP DRH						
mercredi	14:00 HD de Miragôane								
	À Port-au-Prince								
6-juin	10:00 MSPP DOSS		10:00 MSPP DELR						
jeudi	15:00 MSPP DSI		14:00 ENIP						
7-juin	10:00 JICA FO		9:00 PAHO						
vendredi	12:30 MSPP		17:00 Partners in Health						
8-juin	Confirmation de travail								
samedi									
9-juin	13:30 Arrivée à PaP (Yamada)								
dimanche	Discussion								
10-juin	À Nippes (Yamada, Yoda)	ÀΑ	quin (Abe)	10:30 HUED (Sasada)					
lundi	11:30 CSL	12:0	0 AEDES, CORDAID						
	12:30 HD de Miragôane		2.001.22.20, 000.001.00						
	À Jacmel	À Ja	cmel						
11-juin	10:00 Pro-Famile		14:40 Partir (Sasa						
mardi	11:30 HD de Sud-Est								
	15:00 CRC								
12-juin	Sister Sudo	À Pa	aP (Abe, Yoda)						

mercredi	À Port-au-Prince	MSPP	
13-juin	À Hinche		14:40 Partir (Yoda)
jeudi	11:30 HD de Hinche		
	À Port-au-Prince		
14-juin	9:00 MSPP Ched de Cabinet		
vendredi	15:00 JICA FO		
	16:00 Ambassade de Japon		
15-juin	14:40 Partir PAP		
samedi			
16-juin	13:25 Partir NYC		
dimanche			
17-juin	16:25 Arrivez à NRT		
lundi			

3 Liste des personnes principales rencontrées

MSPP	Membre de Cabinet, MSPP	Mr. Guy E. Leveillé
	Director, Human resources, MSPP	Dr. Jimmy Beaubrun
	Directrice, DOSS, MSPP	Dr. Darline Carré Theodore
	Directrice, DSI, MSPP	Ms. Irma D. Bois
	Chief of surveillance, DELR, MSPP	Dr. Robert Barain
HUED	Directeur Exécutif, Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti	Dr. Mourice Fils Mainville
	Directeur Médical, Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti	Dr. Louis Frank Telemaque
ENIP	Director, National Nursing School of PAP	Ms. Mireilla Sylvain
Sud-Est	Directeur, Hôpital Saint-Michel de Jacmel	Dr. Newton Jeudy
	Directeur, Clinique Profamil, Jacmel	Dr. Ernest Désir
Centre	Directeur Départemental	Dr. Jean Renauld Rejouit
	Director, Hôpital Sainte-Thérèse de Hinche	Dr. Jean Daniel Laguerre
Nippes	Directeur du Département Sanitaire des Nippes, MSPP	Dr. Jacques Laroche
	Directeur, Hôpital Sainte-Thérèse de Miragoâne	Dr. Ancy Blaima
Sud	Directeur Départemental Sud, MSPP	Dr. Jean Bernard Fevrier
	Directeur, Hôpital Immaculée Conception des Cayes	Dr. Domercant Joseph Yues
	Coordonatrice, UCS Aquin	Dr. Danielle Comeau
Agences interna	ationales	
	Consultant for Health System and Services, PAHO	Dr. Jacqueline Gernay
	Program Management Adviser, PAHO	Ms. Souad Lakhdim
	Coordinator, World Bank	Ms. Isabelle Simeon
	Health Manager, UNICEF	Ms. Francine Kimanuka
	Country Director, UNFPA	Mr. Ramiz Alakbarov
	Adjoint du Directeur, Chargé de Projets, AFD	Mr. Ernest Barbot
	First Secretary (Development), Embassy of Canada	Ms. Marie-France Provencher
	First Secretary (Development), Embassy of Canada	Ms. Manon Arsenault

Health Reconstruction Coordinator, USAID	Ms. Charlotte Eddis
Water and Sanitation Department, AECID	Mr. Pablo Munoz Matienz
Water and Sanitation Department, AECID	Mr. David Munoz Portillo
Co-executive Director, Parters in Health	Ms. Loune Viaud
Communication dep., Partners in Health, Mirebalais	Ms. Elidonne Germain
Medical Education, Partners in Health, Mirebalais	Dr. Michelle Morse
Nutrition dep, Partners in Health	Ms. Gladys Lauture
Gestionnaire du Programme de Santé, Croix-Rouge Canadienne	Dr. Thierno Baldé
Health Economist, AEDES	Mr. Matthieu Antony
Health Advisor, Cordaid	Dr. Samuel Raymond

4 Liste des documents de référence

Document de Stratégie Nationale pour la Croissance et pour la Réduction de la Pauvreté (DNSCRP) 2008-2010	MPCE	http://www.imf.org/external/np/prsp/prsp.aspx#HeadingH	2007
Final Report on the Implementation of the first National Growth and Poverty Reeducation Strategy Paper 2008-2010	MPCE	http://www.imf.org/external/np/prsp/prsp.aspx#HeadingH	2011
Strategic Plan for the Development of Haiti	MPCE	http://www.mpce.gouv.ht/psdhsynthesanglais.pdf	2010
Plan Stratégique de Développement d'Haïti 2030	MPCE	http://www.mpce.gouv.ht/psdhtomea.pdf, http://www.mpce.gouv.ht/psdhtomeb.pdf	2012
Politique Nationale de Sante	MSPP	http://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/telecharge z.php?pdf=livret%20pns%20for%20web.pdf	2012
Rapport Statistique 2011	MSPP	http://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/Rapport% 20statistique%202011.pdf	2012
Rapport Annuel 2006	MSPP		2006
Programme National de Lutte contre la Tuberculose, Plan Stratégique 2009-2015	MSPP	http://www.mspp.gouv.ht/site/download.php?file=downloads/plan%20strategique%20PNLT%202009-	2009
Tuberculose, Flan Strategique 2007-2013		2015.pdf	
Rapport preliminaire final EMMUS-V	IHE	http://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/Rapport% 20preliminaire%20final%20EMMUS-V.pdf	2012
Millennium Development Goals Indicators	UN	http://mdgs.un.org/	2013
World Population Prospects: The 2012 Revision,	UN	http://esa.un.org/wpp/	2013
International Human Development Indicators, Haiti	UNDP	http://hdrstats.undp.org/en/countries/profiles/HTI.ht ml	2013
World Development Indicators, Haiti	World Bank	http://databank.worldbank.org/data/views/reports/ta bleview.aspx	
Noncommunicable Diseases, Country Profile 2011, Haiti	WHO	http://www.who.int/nmh/countries/en/	2011
World Malaria Repot 2012. Country Profiles, Haiti	WHO	http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/en/	2012
Tuberculosis country profiles, Haiti	WHO	https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&na me=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2 FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=HT&LAN=E N&outtype=html	2013
Global Tuberculosis Report 2012	WHO	http://www.who.int/tb/publications/global_report/en	2012
Monitoring the Situation of Children and Women/Statistical Country Profiles Haiti	UNICEF	http://www.childinfo.org/country_list.php	
SOWC 2012	UNICEF	http://www.unicef.org/sowc/index_61804.html	2012
Countdwon to 2015, Maternal, Newborn & Child Survival, Haiti	UNICEF	http://www.childinfo.org/files/countdown/Countdown2015_Haiti.pdf	2010

5 Indices principaux dans le secteur de la santé

Indices	1990	2000	2010	valeur la plus	récente	valeur réfio	nale	région	OMD	Source
Population, total	7 124 877	8 645 371	9 993 247	10 123 787	2011	581,383,555	2012	Latin America & Caribbean		WDI
Croissance démographique (croissance annuelle en%)	2,1	1,8	1,3	1,3	2011	1.2	2011	(developong only) Latin America & Caribbean (developong only)		WDI
Espérance de vie à la naissance, total (années)	55,1	58,4	61,8	62,1	2011	74.2	2011	Latin America & Caribbean (developing only)		WDI
Taux de natalité brut (par 1000 habitants)	37,4	30,9	26,6	26,3	2011	18.4	2011	Latin America & Caribbean (developing only)		WDI
Taux de mortalité brut (par 1000 habitants)	12,8	10,3	9,0	8,9	2011	5.9	2011	Latin America & Caribbean (developing only)		WDI
Population urbaine (% du total)	28,5	35,6	52,0	53,3	2011	79	2012	Latin America & Caribbean (developing only)		WDI
RNB par habitant, méthode Atlas (en \$ US courants)			650,0	700,0	2011	9,025	2012	Latin America & Caribbean (developing only)		WDI
Croissance du RNB (% annuel)			-3,7	4,1	2011	3.2	2012	Latin America & Caribbean (developing only)		WDI
Inscriptions à l'école, primaire (% brut)				57	1997	8.3	2011	Latin America & Caribbean (developing only)	2.1	WDI
Ratio filles/garçons des inscriptions au primaire (%)				98	1998	96.8	2011	Latin America & Caribbean (developing only)	2.1	WDI
Taux d'alphabétisation, total des adultes (% des personnes âgées de 15 ans etplus)				49	2006	91.4	2010	Latin America & Caribbean (developong only)		WDI
Indice du développement humain	0,399	0,422	0,45	0,456	2012	0.741	2012	Latin America and the Caribbean		HDR
Indice du développement humain (rang)				161/185	2012					HDR
Pauvreté à \$ 1,25 par jour (PPA) (%)				32,3	2001	2.9	2010	Latin America & Caribbean (developing only)		WDI
Sources d'eau potable améliorées (% de la population ayant accès)			69			94	2010	Laten America and Carebbean		SOWC
Installations d'assainissement améliorées (% de la population ayant accès)			17			79	2010	Laten America and Carebbean		SOWC
Cause de deces, par les maladies transmissibles, cinditions et maternelles, périnatales et nutritionnelles (% du total)		2000		54,0	2008	16.8	2010	Latin America & Caribbean (developing only)		HNP Stats
Causes de décès, par les maladies non transmissibles (% du total)				41,2	2008	71.5	2010	Latin America & Caribbean (developing only)		HNP Stats
Causes de décès, par les blessures (% du total)				4,9	2008	11.8	2010	Latin America & Caribbean (developing only)		HNP Stats
Distribution des années de vie perdues par causes larges (%) – transmissibles				72	2008	20	2008	America Region		GHO

Indices	1990	2000	2010	valeur la plus	récente	valeur réfio	nale	région	OMD	Source
Distribution des années de vie perdues par causes larges (%) -Nontransmissibles				22	2008	59	2008	America Region		GHO
Distribution des années de vie perdues par causes				6	2008	21	2008	America Region		GHO
larges (%) - Blessures Ratio de décès maternel (estimation par modèle,	620	460	350			82	2010	Latin America & Caribbean		MDGs
pour 100 000 naissancesvivantes)	020	400	330			62	2010	(developing only)		MDGs
Taux de fertilité chez les adolescents (nombre de naissance par 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans)		56,2	43,3	42,3	2011	71.8	2011	Latin America & Caribbean (developing only)		MDGs
Taux de mortalité infantile, moins de 5 ans (pour 1 000)	143	102	160,7	70	2011	19.1	2011			MDGs
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	99,2	73,2	67,5	52,9	2011	16.2	2011	Latin America & Caribbean (developing only)		MDGs
Nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale						7.868142861	2009	Latin America & Caribbean		HNP Stats
(% de naissances) Taux de fertilité, total (naissances par femme)			3,3	3	2011	2	2011	(developing only) Laten America and Carebbean		SOWC
Prévalence du VIH, hommes (% des hommes âgés de 15 à 24 ans)				0,4	2011	0.186945781	2011	Latin America & Caribbean (developing only)		MDGs
Prévalence du VIH, femmes (% des femmes âgées de 15 à 24 ans)				1,1	2011	0.15436581	2011	Latin America & Caribbean (developing only)		MDGs
Cas déclarés de paludisme (pour 100 000 habitants)			2478					1 0 3/	6.6	MDGs Database
Taux de mortalité due au paludisme, pour 100,000 habitants, tout âge			7						6.6	MDGs Database
Taux de mortalité due au paludisme, pour 100,000 habitants, 0-4 ans			2						6.6	MDGs Database
Taux de prévalence de la tuberculose, pour 100,000 habitants	329	391	316	307	2011				6.9	MDGs Database
Incidence de la tuberculose (pour 100 000 personnes)	247	271	230	222	2011	43	2011	Latin America & Caribbean (developing only)		MDGs
Taux de mortalité due à la tuberculose (pour 100 000 personnes)	31	41	30	30	2011	3.4	2011	Latin America & Caribbean (developing only)		MDGs
Prévalence du VIH, total (% de la population âgée de 15 à 49 ans)	2,9	2,7	1,9	1,8	2011	0.404372168	2011	Latin America & Caribbean (developing only)		MDGs
Décès dus au SIDA (estimations de l'ONUSIDA)	3900	12000	5900	5800	2011			(developing only)		MDGs
Incidence du VIH, 15-49 ans, le pourcentage (revue à mi-parcours)	0,53	0,23	0,11	0,1	2011					MDGs Database
Note partielle d'établissement des priorités du Fonds mondial (VIH)				8	2012					GF
Note partielle d'établissement des priorités du Fonds mondial (Paludisme)				6	2012					GF
Note partielle d'établissement des priorités du Fonds mondial (Tuberculose)				10	2012					GF

Indices	1990	2000	2010	valeur la plus	récente	valeur réfio	nale	région	OMD	Source
Prévalence de l'émaciation (% des enfants de moins de 5)	5,9	20,5				1.550903	2011	Latin America & Caribbean (developing only)		HNP Stats
Naissances assistées par du personnel de santé qualifié (% du total)		23,8			•••	85.23320132	2000	Latin America & Caribbean (developing only)		MDGs
Naissances par césarienne (%)				3	2006					GHOr
Prévalence de la contraception (% des femmes âgées de 15 à 49 ans)		28,1								MDGs
Femmes enceintes recevant des soins prénataux (%)		78,8				96.23364777	2010	Latin America & Caribbean (developing only)		MDGs
Femmes enceintes reçevant des soins prénataux a au moins quatre visites (%des femmes enceintes)		44,2				88.37386423	2010	Latin America & Caribbean (developing only)		MDGs
Besoins de planification familiale non couverts, total, pourcentage		39,6						1 5 3/		MDGs
Enfants d'1 an vaccinés contre la rougeole			59	59	2011	93	2011	Laten America and Carebbean		SOWC
Enfants d'1 an vaccinés contre la tuberculose			75	75	2011	95	2011	Laten America and Carebbean		SOWC
Enfants d' 1 an vaccinés contre: DTC 1 (pourcentage de nourrissons qui ont reçuleur première dose de vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos)			83	83	2011	96	2011	Laten America and Carebbean		SOWC
Enfants d' 1 an vaccinés contre: DTC3 (pourcentage de nourrissons qui ont reçu3 doses de vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos)			59	59	2011	92	2011	Laten America and Carebbean		SOWC
Enfants d'1 an vaccinés contre la Polio			59	59	2011	92	2011	Laten America and Carebbean		SOWC
Pourcentage de nourrissons qui ont reçu trois doses de vaccin antihépatite B						90	2011	Laten America and Carebbean		SOWC
L'utilisation du préservatif avec un partenaire non régulier, adultes% (15-49),Homme		26,5								MDGs
L'utilisation du préservatif avec un partenaire non régulier, adultes% (15-49),Femme		16,1								MDGs
Hommes âgés de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes ausujet du VIH/sida, pourcentage		27,6								MDGs
Femmes âgées de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètesau sujet du VIH/sida, pourcentage		15,4								MDGs
Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à14 ans		1								MDGs
Utilisation de moustiquaires de lits avec insecticide (% de la population de moinsde 5 ans)										MDGs
Enfants fiévreux recevant des médicaments contre le paludisme (% d'enfants fiévreux de moins de 5 ans)		12								MDGs

Indices	1990	2000	2010	valeur la plus	récente	valeur réfio	nale	région	OMD	Source
Couverture de la thérapie antirétrovirale (% de personnes atteintes d'uneinfection avancée par le VIH)				58	2011	68.0746637	2011	Latin America & Caribbean (developing only)		MDGs
Taux de détection des cas de tuberculose (%, toutes les formes)		44	62	64	2011	81	2011	Latin America & Caribbean (developing only)		MDGs
Taux de succès du traitement de la tuberculose (% des cas enregistrés)		71	82			76	2010	Latin America & Caribbean (developing only)		MDGs
Taux de couverture de la supplémentation en vitamine A (% des enfants de 6 à59 mois)			21	36	2011			1 5 3/		HNP Stats
Consommation de sel iodé (% des ménages)										HNP Stats
Estimation de la couverture officielle de la santé				60		11.6		Countries of verry high vulnerability		ILO
Population non couverte (%) en raison du déficit en ressources financières				80,5		85.8		Countries of verry high vulnerability		ILO
Population non couverte (%) en raison du deficit en personnel professionnel de lasanté				92,6		74.6		Countries of verry high vulnerability		ILO
Médecins (pour 100 personnes)	0,07999999 8	0,8				1.8	2009	Latin America & Caribbean (developing only)		HNP Stats
Infirmières (pour 1 000 personnes)				0,11	1998			1 5 3/		GHO
Infirmières/sage-femmes (pour 1 000 personnes)						2.2	2000	Latin America & Caribbean (developing only)		HNP Stats
Personnel de dentisterie (pour 1000 habitants)				0,01	1998			1 5 3/		GHO
Dépenses en santé, total (% du PIB)			6,9	7,9	2011	7.6	2011	Latin America & Caribbean (developing only)		HNP Stats
Dépenses en santé, publiques (% du PIB)		6,1	2,7	3,5	2011	3.8	2011	Latin America & Caribbean (developing only)		HNP Stats
Dépenses en santé, privées (% du PIB)		72,3	4,1	4,5	2011	3.8	2011	Latin America & Caribbean (developing only)		HNP Stats
Versements directs en santé (% des dépenses du secteur privé en santé)		61,1	39,0	39,2	2011	78.6	2011	Latin America & Caribbean (developing only)		HNP Stats
Dépenses en santé, publiques (% des dépenses du gouvernement)		5,6	9,9	9,9	2011	9.3	2000	Latin America & Caribbean (developing only)		HNP Stats
Ressources extérieures pour la santé (% des dépenses totales en santé)		69,7	39,0	29,5	2011	0.4	2011	Latin America & Caribbean (developing only)		HNP Stats
Dépenses santé par habitant (US \$)		4,4	45,6	57,7	2011	714.6	2011	Latin America & Caribbean (developing only)		HNP Stats
Dépenses totales en santé par habitant (PPA \$ int.)		25,7	75,6	93,7	2011	854.5	2011	Latin America & Caribbean (developing only)		HNP Stats
Dépenses des administrations publiques en santé par habitant au taux de changemoyen (US \$)		18,2		25,2	2011			(developing only)		GHOr

Indices	1990	2000	2010	valeur la plus récente		valeur réfionale	région	OMD	Source
Disponibilité médiane d'une sélection de				17,6	2011				GHOr
médicaments génériques dans lesecteur public (%)									G***
Disponibilité médiane d'une sélection de				54,3	2011				GHOr
médicaments génériques dans lesecteurprivée (%)									
Ratio de prix médian d'une sélection de				7,3	2011				GHOr
médicaments génériques dans lesecteur privée									
Lits d'hôpital (pour 1 000 personnes)	0,8	9,4				2.1 201			HNP Stats
							(developing only)		
Ratio de prix médian d'une sélection de				4,8	2011				GHOr
médicaments génériques dans lesecteur public									

Sources

GF Global Fund eligibility list for 2012 funding channels, the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

http://www.theglobalfund.org/documents/core/eligibility/core EligibleCountries2012 list en/

GHO WHO, Global Health Observatory, Haiti:country profiles

http://www.who.int/gho/countries/hti/country_profiles/en/index.html

GHOr WHO, Global Health Observatory Data Repositry

http://apps.who.int/gho/data/node.main

HDR UNDP, 2013 Human Development Report Summary

http://hdr.undp.org/en/media/HDR2013 EN Summary.pdf

HNP Stats World Bank, World Databank, Health Nutrition and Population

Statisticshttp://databank.worldbank.org/data/views/variableSelection/selectvariables.aspx?source=health-nutrition-and-population-statistics

ILO ILO, World Scocial Security Report 2010/2011

MDGs World Bank, World Databank, Millennium Development Goals

http://databank.worldbank.org/data/views/variableselection/selectvariables.aspx?source=millennium-development-goals

MDGs Database UN, Millennium Development Goals Indicators

http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx

SOWC UNICEF, Statistics and Monitoring http://www.unicef.org/statistics/index_step1.php

WDI World Bank, World Databank, World Development Indicators

http://databank.worldbank.org/data/views/variableSelection/selectvariables.aspx?source=world-development-indicators