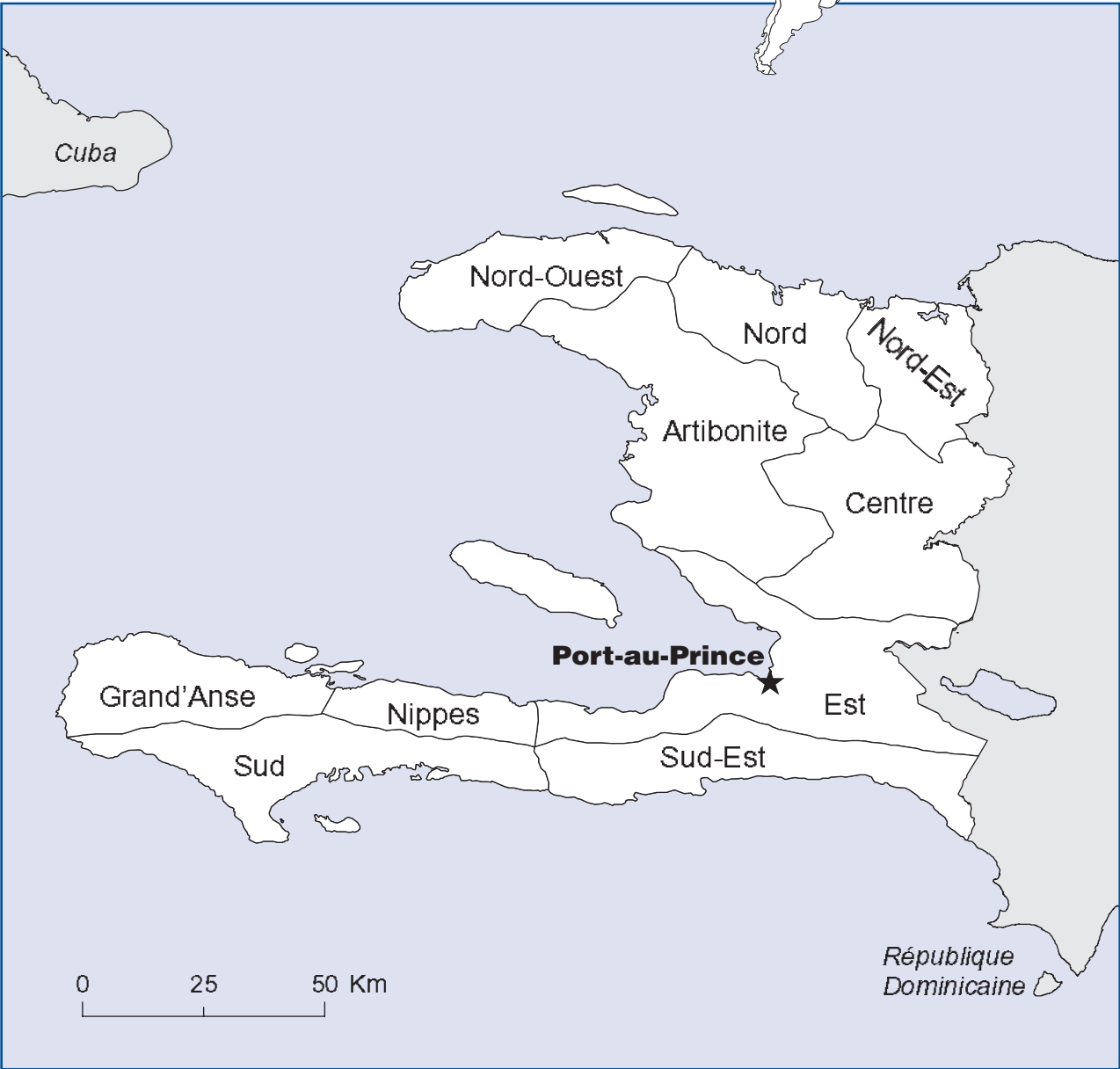


HAÏTI



Hâïti, 27.700 km² occupe la partie occidentale de l'île d'Hispaniola qu'elle partage avec la République Dominicaine. Haïti se divise en 10 départements (Nippes est devenu le 10e en 2004), 41 *arrondissements*, 135 *communes* subdivisées en 565 quartiers.

CONTEXTE GENERAL ET CARACTERISTIQUES DE LA SANTE PUBLIQUE

Facteurs sociaux, politiques et économiques

En 2004, Haïti — première nation noire et premier pays à avoir accédé à l'indépendance en Amérique Latine — a commémoré le bicentenaire de son indépendance. Après avoir connu plus de deux siècles de dictature et des tentatives intermittentes visant à rétablir la démocratie au début des années 1980, le pays a vécu des phases répétées d'instabilité. Pour résumer les événements politiques qui ont marqué la période couverte par le présent rapport : Jean-Bertrand Aristide est retourné en Haïti en 2001. Il a dû s'enfuir de nouveau en février 2004, et en mars 2004, un gouvernement de transition était installé avec le soutien d'une Mission de Stabilisation des Nations Unies censée préparer un retour à la normale tout en s'efforçant de renforcer les institutions du pays et organiser la tenue d'élections présidentielle et parlementaire en février 2006.

La majeure partie des Haïtiens continue de vivre dans des conditions précaires de la pauvreté et de la marginalisation. Haïti est considéré comme le pays le plus pauvre du continent américain. La répartition inégale des revenus (4 % de la population détient 66 % des richesses de la nation, tandis que 10 % de la population ne possède quasiment rien) pousse les indigents à se rabattre sur la nature pour survivre. Des pratiques agricoles médiocres sur des terrains en pente ont accéléré l'érosion des sols en raison du ruissellement provoqué par les pluies tropicales tendant à emporter les terres arables vers la mer tout en obstruant les systèmes de drainage urbains au passage. Les eaux de surface sont polluées faute d'une gestion appropriée des excréments et ordures ménagères.

Suivant l'enquête de 2001 sur les conditions de vie en Haïti, 55 % de la population concerne des ménages qui vivent en deçà du seuil de pauvreté absolue avec 1 \$ EU par personne et par jour et, 71 % — soit, plus de six millions de personnes — vivent en deçà du seuil de pauvreté avec 2 \$ EU par personne et par jour.

Cette enquête révèle également que la pauvreté est pire dans les zones rurales, représentant 82 % du total de la population du pays.

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2003, plus de 61 % de la population âgée de 10 ans et davantage, sait lire et écrire (53,8 % des filles et 63,8 % des garçons) ces

pourcentages sont plus élevés en région urbaine (80,5 %) que dans les zones rurales (47,1 %).

D'après l'enquête de 2001 sur les conditions de vie en Haïti le taux brut de scolarisation à l'école primaire est de 120 %, ce qui indique que de nombreux élèves ayant dépassé l'âge du primaire le fréquentent encore.

Le taux net de fréquentation de l'école primaire par les enfants de 6 à 11 ans s'élève à 60 % dans l'ensemble du pays. En zone rurale, à peine plus d'un enfant sur deux est scolarisé contre plus de 7 enfants sur 10 dans les villes. Il n'existe pas de différence marquée dans les taux bruts de scolarisation primaire entre les filles et les garçons.

Il n'en va pas de même pour la fréquentation du secondaire, où le taux brut d'inscription des filles est de 37 %, contre 45 % pour les garçons. L'écart dans le taux brut de fréquentation du secondaire est grand selon que les jeunes sont issus de milieu aisé (71 %) comparé à ceux issus de foyers dont les revenus se situent dans le quintile le plus faible (23 %)

Les langues officielles du pays sont le créole et le français, or 10 % de la population parle français, essentiellement ceux et celles qui ont terminé leurs études secondaires.

L'accès aux soins médicaux de base est inadéquat. D'après le Plan Stratégique national de Réforme du Secteur Santé pour 2005–2010 publié en Novembre 2005, moins de 40 % de la population a accès aux services médicaux de base dans certains départements (notamment le Nord-Ouest et le Nord-Est) ; 80 % de la population se tourne vers les guérisseurs.

Pour de nombreux Haïtiens, devoir payer avant de recevoir un traitement, les empêche de se faire soigner. Certaines organisations préconisent la dispense de soins gratuits pour accroître l'accès au traitement. Les coûts (consultations, hospitalisation, prise en charge médicale et achats de médicaments) ont également augmenté subitement au point de ne plus pouvoir être défrayés par des personnes dont les moyens sont limités.

Quarante sept pour cent de la population n'a pas accès aux soins médicaux de base ; 50 % aux médicaments essentiels. Une consultation médicale qui coûtait 25 G à la fin des années 80 atteint aujourd'hui les 1200 G soit 48 fois plus.

Au cours des deux dernières décennies, la crise sociale et politique traversée par le pays a eu de graves conséquences : Le PIB a généralement baissé entraînant un taux de croissance moyen annuel de -0,3 % de 1986 à 2004.

De 2000 à 2004, le pays a enregistré un taux de croissance négatif de l'ordre de $-1,1$ % par an. Le PIB par habitant a chuté encore plus précipitamment aux alentours de $2,8$ % par an notamment à cause du taux rapide de croissance démographique ($2,5$ % par an) entre 1982 et 2003.

En Août 2000, le taux de change de la gourde haïtienne était de 22 G pour 1 \$ EU ; avec la dépréciation, il ne se situait plus qu'à 42 G pour 1 \$ EU en 2005.

L'augmentation qualitative et quantitative de la production de vivres en Haïti depuis les années 50 n'a pas suivi les besoins de la population, encore que la disponibilité de denrées alimentaires varie sensiblement suivant les départements. La nutrition de la population est remise en question par le fait que les denrées à forte valeur nutritive sont inaccessibles et qu'il n'y a pas suffisamment de vivres pour se nourrir.

La préparation peu hygiénique des aliments vendus dans les rues a un lien indéniable avec la morbidité élevée.

Selon l'Organisation pour l'Agriculture et l'Alimentation (FAO), 3,8 millions de personnes en Haïti, la plupart en zone rurale, souffrent de la faim ; 23 % des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique. Plus de 40 % des ménages vivent dans l'insécurité alimentaire et une proportion élevée de femmes (12 %) se situe en deçà du seuil critique d'insuffisance énergétique chronique.

Les carences nutritives dues à l'insécurité alimentaire sont nombreuses en Haïti qui se manifestent entre autres, par un faible poids à la naissance, une malnutrition liée à un régime faible en protéines énergétiques, une insuffisance en éléments nutritionnels comme le fer et l'acide folique qui provoque une anémie chez la femme et l'enfant ainsi qu'une carence en vitamine A et en iode.

Le déclin de la production agricole s'est également accru ces dernières années au taux annuel de $-1,2$ % entre 2000 et 2004. L'impact a été double : d'une part l'état nutritionnel des enfants s'est détérioré : des études récentes signalent une augmentation alarmante de la malnutrition dans les agglomérations urbaines et, d'autre part, le creusement du déficit commercial entraîné par la hausse des importations, notamment des produits alimentaires, est largement responsable de la dévaluation de la monnaie nationale et de l'augmentation du coût de la vie.

Le climat d'insécurité ambiant a atteint dernièrement des niveaux critiques voire explosifs. Ce qui remet en question l'investissement privé et se traduit par un chômage chronique et un sous-emploi.

Le recensement de 2003 signale que 33 %, soit un tiers de la population active économiquement, affirme être sans emploi. Il ne s'agit que de références indicatives à l'évidence, car le chômage et le sous-emploi réels sont bien plus élevés.

Ces circonstances expliquent l'incidence élevée de pauvreté absolue dans le pays. En outre, avec les plans d'ajustement structurel exigeant une réduction des dépenses publiques, les services sociaux de base, en matière de santé et d'éducation notamment,

ne répondent plus à la demande. Le secteur privé assurant le relais pour les prestations de santé et l'éducation fait que les coûts ont tendance à augmenter.

Les fonctionnaires constituent 46 % de la population économiquement active ($50,4$ % d'hommes pour $42,2$ % de femmes). Les travailleurs qui se consacrent à l'agriculture, la sylviculture, l'élevage, la chasse et la pêche représentent $49,6$ % de la main d'oeuvre économiquement active, laquelle est dominée par les hommes ($93,3$ % dans les zones rurales). « Le commerce de gros et de détail » qui se situe au second rang $25,3$ %, est dominé par les femmes.

L'instabilité politique et économique a provoqué un tassement des investissements et de la croissance économique après 2000. Le PIB réel du pays a chuté en 2000–2003 passant de $23,9$ milliards de G en 1987 à $12,9$ milliards de G en 2003, soit une diminution de 48 %. La moyenne du taux d'inflation atteignait 17 % (hausse du coût des produits de base comprise) quant au déficit budgétaire (à l'exclusion des dons), il représentait 3,1 % du PIB en moyenne. Les Nations Unies évoquent cette situation en parlant « d'urgence silencieuse ».

L'impact économique d'événements comme les inondations de 2004 allié à l'insécurité, aux pertes matérielles et aux perturbations économiques liées à l'agitation politique au début de cette année — là, a considérablement influencé la baisse du PIB estimée à 5,5 %.

En 2005, la situation économique s'est stabilisée favorisant un rebond de l'activité du secteur privé et un retour du commerce extérieur aux niveaux antérieurs à la crise. L'inflation a donné à son tour des signes d'accalmie et la gourde est restée stable aux alentours de 37 G pour 1 \$ EU.

En 2003, 53,3 % seulement de la population — soit quelques 1.709.081 personnes — avaient accès à l'eau potable. Les taux de couverture de l'alimentation en eau potable ont accusé une modeste hausse en 2000–2004 de 2,7 %.

L'alimentation en eau potable dans les agglomérations urbaines en 2003, montre que 52 % de la population rurale, soit près de 2,4 millions de personnes, y accédaient. Cela traduit une réduction de 4,8 % de la population desservie depuis 2001.

Dans les zones urbaines, 1,8 million de personnes, soit 58 % de la population, n'a pas accès aux services d'élimination des excréments, et, dans les zones rurales ce chiffre atteint les 3,6 millions de personnes, soit plus des trois-quarts de la population. En résumé, près de 5,5 millions de personnes, soit 69 % de l'ensemble de la population haïtienne ne bénéficie pas de services d'assainissement.

Haïti est souvent rudoyée par des cyclones et les dégâts peuvent être considérables en raison de la dégradation de l'environnement et de la précarité des logements souvent médiocrement construits et lotis sur le sol meuble de terrains en pente abrupte, dans des marécages où le long du lit des rivières.

Considérant le déboisement omniprésent en Haïti, même une pluviosité normale peut déclencher des inondations à Port-au-Prince et dans d'autres sites urbains.

Par ailleurs, Haïti est extrêmement vulnérable aux tremblements de terre. Le pays compte huit lignes de faille, les deux plus importantes sont situées l'une tout à fait au nord et l'autre, traversant le territoire d'est en ouest. L'activité sismique enregistrée en Haïti de 2003 à 2005 a ravivé le spectre d'un tremblement de terre de forte amplitude (7-8 sur l'échelle de Richter), que prévoient les experts depuis plusieurs années. Le taux extrêmement élevé d'urbanisation responsable du fait que la région métropolitaine de la commune de Port-au-Prince compte plus de deux millions d'habitants (10.000 à 18.000 personnes au km²) empirera les dégâts.

Données démographiques, mortalité et morbidité

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat effectué en 2003, le taux de croissance démographique d'Haïti se situait à 2,5 %. D'après le même recensement, le pays compte une population de 8.373.750 personnes et une densité démographique de 302 habitants au km². Trois départements abritent à eux seuls près des deux-tiers de la population, il s'agit du Nord-Ouest : 37 %, de l'Artibonite : 16 % et du Nord : 10 %. Environ 40 % de la population est urbanisée.

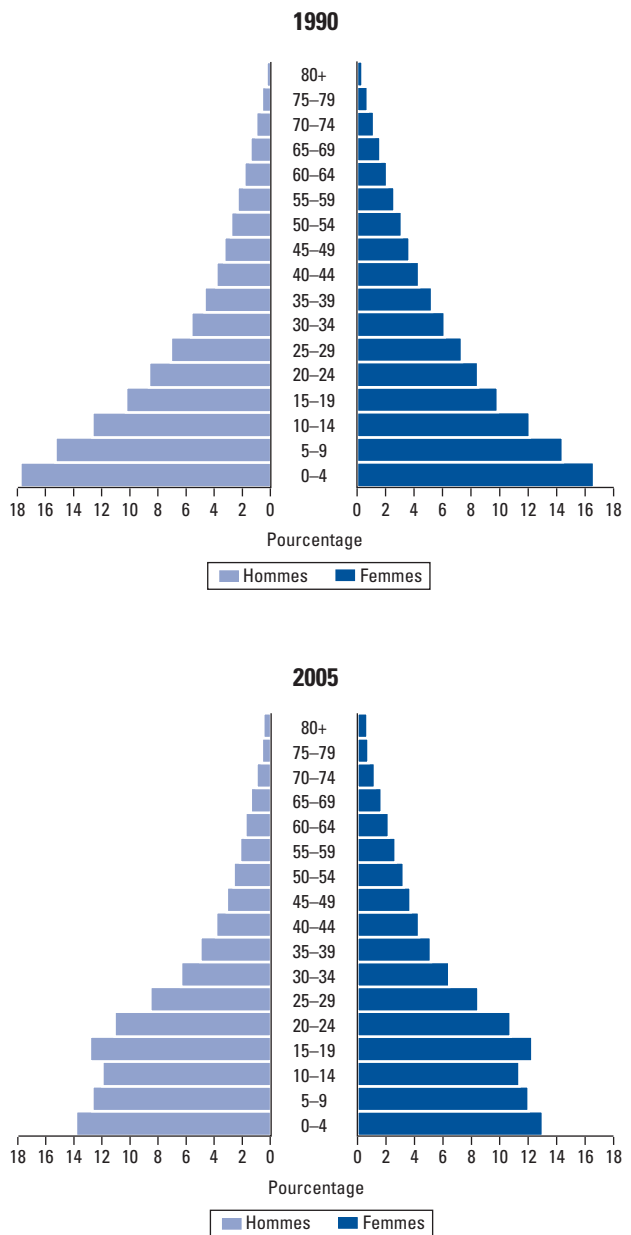
Haïti compte sur une population jeune, 60 % avait moins de 24 ans en 2003 et 36,5 % avait moins de 15 ans. L'analyse des certificats de décès montre qu'à compter de 2003, 4 % des décès recensés dans le pays concernaient le groupe d'âge allant de 0 à 24 ans.

Le taux de natalité demeure relativement élevé: 25 pour 1.000 dans les agglomérations urbaines contre 30 pour 1.000 dans les régions rurales, soit 28 pour 1.000 dans l'ensemble du pays. Le nombre moyen d'enfants par femme a diminué passant de 4,7 à 4,0 pour passer aux alentours de 5 en zone rurale contre 3 dans les zones urbaines et 2,4 dans la capitale. L'espérance de vie à la naissance s'élève à 52,7 ans pour les hommes et 56,8 ans pour les femmes. Près de la moitié de la population est célibataire. Les femmes représentent 51,8 % de la population (86 hommes pour 100 femmes dans les villes et 98 hommes pour 100 femmes dans les campagnes). Ces variations démographiques s'expliquent par la migration des femmes vers les villes tandis que les hommes font le contraire (voir Graphique 1 pour la répartition de la population).

Qu'elle soit temporaire ou permanente l'émigration des Haïtiens à l'étranger est un phénomène important, légal, illégal où relevant de ce que l'on appelle la « fuite des cerveaux », le Ministère pour les Haïtiens vivant à l'Étranger estime leur nombre à 1,5 millions : 700.000 aux Etats Unis, 550.000 en République Dominicaine, 100.000 au Canada, 70.000 dans les départements et territoires français d'outre mer voisins et 40.000 aux Bahamas. De nombreux cadres haïtiens et ouvriers spécialisés vivant loin de leur pays constituent une importante source de devises pour celui-ci.

La première analyse des certificats de décès publiée sur Haïti remonte aux décès enregistrés en 1997. A l'époque, ces attestations n'étaient établies que pour 6,3 % des décès. La couverture

GRAPHIQUE 1. Répartition de la population par âge et par sexe, Haïti, 1990 et 2005.



est passée à 10 % en 2003. Néanmoins, une réduction sensible des enregistrements de décès s'est produite en 2004 et 2005.

Simultanément, à la même époque, l'établissement des actes de décès s'est amélioré (le pourcentage de certificats de décès pour cause mal définie est passé de 48 % en 1999 à 26 % en 2002). Un dispositif d'enregistrement immédiat et efficace a été mis en place au sein de l'administration centrale comme dans le départ-

tements. Considérant l'insuffisance de la couverture, les données sont sujettes à caution.

Le graphique 1 signale les 10 principales causes de décès en 2003. Les données proviennent d'une analyse effectuée des actes de décès enregistrés dans les 10 départements du pays.

Le diabète sucré se classe au 11^e rang des causes de mortalité, il est invoqué dans le signalement de 2,8 % des décès. La mortalité maternelle se trouve au 12^e rang (7^e principale cause de décès chez les femmes). Selon l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services 2000–2001 (EMMUS III), la mortalité maternelle est de 523 pour 100.000 naissances vivantes, soit une augmentation de 15 % par rapport aux chiffres publiés dans l'enquête de 1991 qui faisait état de 457 décès pour 100.000 naissances vivantes. L'analyse des causes de la mortalité néonatale invoque des complications lors de l'accouchement, notamment des hémorragies, principales responsables des décès (29 %), viennent ensuite les problèmes liés à l'hypertension et à l'éclampsie (26 %). Un avortement était responsable dans 13 % des cas. D'après l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, (EMMUS III) 54,4 % des femmes et 63,2 % des femmes enceintes sont anémiées.

LA SANTÉ PAR GROUPES D'ÂGE.

Enfants de moins de 5 ans.

Les estimations de la mortalité infantile en Haïti s'inspirent de l'Enquête Mortalité Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS). Le Tableau 2 présente les indicateurs de la mortalité infantile et s'appuie sur quatre études. Selon le rapport préliminaire 2005–2006 de l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS IV), 1 enfant haïtien sur 12 meurt avant son cinquième anniversaire.

L'Enquête indique également que les affections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques graves persistent à être les

causes les plus courantes de problème de santé chez les enfants — 40 % des enfants de moins de 5 ans présentaient les symptômes d'une infection respiratoire ou avaient de la fièvre pendant les deux semaines qui ont précédé l'enquête. Cependant, 20 % seulement des enfants avaient été emmenés en consultation ou chercher de l'aide (20 % en secteur urbain contre 18 % en zone rurale et 28 % pour ceux dont la mère avait reçu une éducation secondaire comparé à 15 % dont la mère n'avait reçu aucune instruction).

En outre, 24 % des enfants de moins de 5 ans avaient déjà eu des crises de diarrhée dans les deux semaines qui avaient précédé l'enquête : 57 % d'entre eux avaient été traités par réhydratation orale — signalant une nette augmentation de l'administration de ce traitement comparée à la période couverte par l'enquête précédente (2000–2001) où le chiffre indiqué était de 41 %. L'Enquête 2000–2001 (EMMUS III) a montré que 65,3 % des enfants en âge pré-scolaire souffraient d'anémie en 2000.

Enfants de 5 à 9 ans

Selon les données recueillies lors du recensement de 2003, le nombre estimé d'enfants appartenant à cette classe d'âge représente 13 % du total, considérant le niveau de pauvreté du pays et le fait que 89 % des écoles sont privées, 17 % des enfants en âge scolaire ne sont pas scolarisés et 12,5 % n'ont jamais été inscrits à l'école. Pour ces derniers, 42 % n'avaient pas encore dix ans et 54 % étaient des filles.

Les maladies infectieuses et les parasitoses sont responsables de 27 % des décès signalés dans cette tranche d'âge. La tuberculose, les maladies diarrhéiques, la malnutrition, le VIH/SIDA et le paludisme sont les cinq principales causes de décès sans distinction entre les sexes. Il convient de signaler également pour ce groupe d'âge l'importance des causes externes de mortalité (8 %). Une étude plus approfondie des causes de décès s'appuyant sur des données de 2000, révèle que les garçons sont davantage sujets

TABLEAU 1. Dix causes principales de décès classes par ordre, par sexe, nombre total de décès qui en résultent et pourcentages de décès pour chaque cause, Haïti, 2003.

Rang	Cause du décès	Femmes	Hommes	Total	% par cause
1	Maladies de l'appareil circulatoire	829	561	1 390	24.4
2	SIDA	219	271	490	8.6
3	Maladie intestinale infectieuse	219	268	487	8.6
4	Pneumonie et grippe	160	169	329	5.8
5	Néoplasmes malins	157	135	292	5.1
6	Tuberculose	118	148	266	4.7
7	Malnutrition	117	132	249	4.4
8	Infections de la période périnatale	128	117	245	4.3
9	Accidents	77	142	219	3.8
10	Agressions	28	145	173	3.0
	Total de décès ayant une cause différente avérée	781	775	1 556	27.3
	Total de décès ayant une cause définie	2 833	2 863	5 696	100
	Causes incertaines	1 043	1 272	2 315	

Source : Haïti, Ministère de la Santé publique et de la Population. Analyse des causes de décès, 2003.

TABLEAU 2. Taux de mortalité infantile, par groupe d'âge, selon les estimations des quatre premières Enquêtes Mortalité Morbidité et Utilisation du Service, (EMMUS I–IV), Haïti, 1987–2006.

	EMMUS I 1987	EMMUS II 1994–1995	EMMUS III 2000–2001	EMMUS IV 2005–2006 ^a
Mortalité infantile (0–1 an)	99	74	80	57
Mortalité néonatale (0–28 jours)	40	31	32	25
Mortalité postnatale (1–11 mois)	59	43	48	32
Mortalité des jeunes enfants (1–4 ans)	66	61	42	31
Mortalité des nourrissons et des jeunes enfants (0–4 ans)	158	131	119	86

Source : Institut Haïtien de l'Enfance.

^aRésultats préliminaires.

aux accidents de la circulation tandis que les filles sont plutôt victimes d'accidents domestiques.

Une enquête nationale menée en 2002–2003 sur la prévalence d'helminthiases chez les enfants de 6 à 12 ans (complétée par les résultats d'enquêtes sur les géohelminthiases intestinales dans les départements du Sud et de Grand'Anse) signale qu'un tiers des enfants souffrent de parasitoses à un degré qui varie sensiblement suivant les départements. Le département de Grand'Anse enregistre le taux le plus élevé (74 %) suivi par le département du Nord (46 %) Une campagne en faveur des vermifuges a été lancée dans ces régions par le Ministère de la Santé Publique et de la Population et par le Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports dans le cadre du programme régional de OPS/OMS, de la Prévention des maladies transmissibles et du projet de Santé Scolaire. Tous les six mois, il s'agissait d'administrer une dose par prise unique de 400 mg d'albendazole. Cette campagne s'est étendue aux départements du Nord, du Nord Est et de l'Artibonite.

Adolescents de 10 à 14 et de 15 à 19 ans

Les 10 causes principales de décès dans ces groupes d'âge, comprennent le SIDA, les agressions physiques, les accidents, la typhoïde et les complications liées à la maternité. Les prestations de services aux adolescents sont essentiellement assurées par des organisations sans but lucratif. D'après l'Enquête 2005–2006 Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS IV), le taux de fécondité chez les jeunes filles de 15 à 19 ans est de 69 pour 1.000 avec une grande disparité entre la région métropolitaine (46 pour 1.000) et les régions rurales (86 pour 1.000). Sur cinq jeunes filles entre 15 et 19 ans, une seule aura accès à une contraception moderne. L'utilisation du préservatif était faible dans ce groupe d'âge (7 %) en 2005–2006.

En 2005, 1.002 naissances ont été enregistrées chez les fillettes de 10–14 ans et 6.090 parmi les adolescentes de 15 à 19 ans. La maltraitance et les sévices sexuels sont plus fréquents chez les 10–19 ans que dans les autres groupes d'âge.

Adultes de 20 à 59 ans

Ce groupe — qui comprend les femmes en âge de procréer et la plupart des membres de la population active—représente 40 % du total de la population. D'après l'Enquête 2005–2006, (EMMUS IV), le taux de fécondité parmi les femmes en âge de procréer a fléchi passant de 4,7 enfants par femme en 2000 à 4,1 en 2003, avec des variations en fonction du lieu de résidence, (cinq enfants en milieu rural contre trois en région métropolitaine) une information concernant au moins une méthode de planification familiale a été proposée à 99 % des femmes. Les moyens modernes les plus utilisés parmi celles qui ont des rapports sont les injections (11 %) le préservatif (5 %), et la contraception orale (3 %). Seules 2 % d'entre elles optent pour la stérilisation dans les régions urbaines et rurales. Et de 2 % pour le stérilet.

L'analyse des causes de décès en 2003 révèle que le SIDA est la principale cause de mortalité parmi les personnes de 20 à 49 ans, se traduisant par 14,5 % de décès avec diagnostic spécifique. Les maladies cardio-vasculaires viennent en deuxième place (10 %), suivies par les agressions (5 %), les complications liées à la maternité (4,4 %), les accidents (3,9 %) et la tuberculose (3,7 %).

Adultes plus âgés : 65 ans et plus

Selon le Recensement 2003 de la Population et de l'Habitat, le groupe d'âge des plus de 65 ans représente 5,1 % du total de la population. Près de 72 % de ces personnes vivent en zone rurale et 7,7 % indiquent qu'elles souffrent d'un handicap au moins, 53 % sont des femmes. Dans l'ensemble, 78 % environ de ces personnes ne savent ni lire ni écrire.

L'analyse des causes de décès dans cette tranche d'âge en 2003 fait apparaître une prédominance des maladies non transmissibles (par ordre décroissant : maladie cardio-vasculaire, crise cardiaque, néoplasmes, affections pulmonaire, maladie diarrhéique et diabète sucré).

Il n'existe pas de services gériatriques. Suivant la tradition haïtienne, les personnes âgées vivent chez elles et sont prises en charge par leur famille. Cependant la situation tend à évoluer car

des maisons de retraites pour personnes âgées commencent à faire leur apparition, encore que leur coût élevé (de l'ordre de 600 \$EU par mois), les rendent accessibles à une minorité seulement. Certaines *communes* comptent des maisons de retraites conçues pour les plus indigentes parmi les personnes âgées (les maisons de retraite communales de Cap Haïtien, Port-au-Prince) d'autres établissements sont tenus par des religieux (l'Église Catholique a un établissement aux Cayes) des associations gèrent également des maisons pour les personnes âgées.

La Famille

Les changements constants de domicile et l'émigration ont eu raison de la structure familiale dans le contexte urbain et rural. Dans les grandes agglomérations urbaines, un seul logement peut abriter plusieurs familles, soit que certains membres aient émigré ou que les enfants aient perdu leurs parents. Dans les villes, 48 % des foyers monoparentaux sont dirigés par une femme contre 33,3 % dans les régions rurales. Seul 45 % des jeunes de moins de 18 ans vivent avec leurs deux parents. Il convient de faire observer que le Ministère de la Santé publique et de la Population compte une Direction de la Santé de la Famille qui travaille avec le FNUAP pour garantir, entre autres, que les approvisionnements du planning familial parviennent aux dépôts périphériques.

Les examens prénataux avec un professionnel de la santé (médecin, infirmier/e ou auxiliaire médical) augmentent régulièrement : 85 % des femmes enceintes contre 67,7 % en 1995. Toujours selon l'Enquête 2005–20006, (EMMUS IV), 60 % des accouchements sont assistés d'un professionnel de la santé ou d'une sage femme agréée. (74 % en ville contre 53 % en région rurale), par opposition à 46 % en 1994. Qu'il y ait encore un nombre élevé de femmes qui décède en couches appelle une réflexion, notamment une remise en question des compétences du personnel concerné. Le fait que 24,7 % seulement des accouchements se déroulent en milieu hospitalier (Enquête 2000–2001, EMMUS III) est davantage révélateur de la réalité que les chiffres relatifs au nombre d'accouchements en présence de personnel qualifié.

L'Institut du Bien Etre social du Ministère des Affaires Sociales et du Travail propose certaines prestations aux enfants vulnérables et handicapés.

Travailleurs

Le taux d'emploi est très bas (46 %). Le secteur informel regroupe essentiellement des ouvrières ; avec le secteur agricole il emploie 96 % de la main d'œuvre. Un programme national d'assistance à la formation professionnelle visant à promouvoir l'emploi productif et enrayer l'exclusion sociale placé sous la tutelle du Ministère de la Planification, de l'Environnement et de la Coopération Externe, et comptant sur l'appui du PNUD et de l'OIIT a financé l'établissement d'un inventaire des groupes organisés au sein du secteur informel qui dispensent une sorte de protec-

tion sociale à leurs membres ou adhérents. Le programme proposé par des institutions de micro-financement ou des ONG pour la santé ne touche que 2 % environ de la population d'Haïti ne couvrant généralement que la maladie et le décès. Les prestations d'assistance sociale mises en place sont analogues à une assurance ou une mutuelle. Elles s'adressent à des groupes de 400 à 115.000 personnes et sont gérées par leurs membres ou par les prestataires de santé.

L'accès aux services de santé est lié à la faible prime acquittée périodiquement par les assurés. Ces initiatives répondent au désir des groupes qui souhaitent disposer, dans le secteur informel, de moyens d'assurer la couverture minimum de leurs besoins. En outre, l'Institut du Bien Etre Social et de la Recherche du Ministère des Affaires Sociales et du Travail offre certains services aux professionnelles du sexe.

Une autre étude fait apparaître que la protection sociale proposée par l'Etat ne couvre que 1 % à 3 % du secteur formel. En vertu de la loi, les femmes qui travaillent bénéficient de trois mois de congé de maternité. Les fonctionnaires et leurs familles (soit près de 215.000 personnes) sont couverts par un régime d'assurance particulier, encore que les prestations ne soient pas jugées satisfaisantes, notamment en dehors de la capitale.

La couverture des employés du secteur privé est assurée par le Bureau du Travail et de l'Assurance Maladie et Maternité, une agence autonome décentralisée qui gère un hôpital proposant des services de base et quelques services spécialisés tels la traumatologie, la gynécologie et l'obstétrique. Outre la prise en charge médicale, les bénéficiaires perçoivent une indemnité en cas d'invalidité passagère ou permanente. Quelques 43.000 personnes bénéficient régulièrement de ces prestations. Certaines entreprises souscrivent une assurance pour leurs employés à la journée ou leur personnel.

Personnes handicapées

D'après le recensement de 2003, 1,5 % de la population, soit 125.600 personnes souffrent d'un handicap, 11 % ont moins de 15 ans, 57 % ont entre 15 et 64 ans et 32 % ont 65 ans et plus. Plus de 65 % vivent en région rurale et 70 % n'ont aucune instruction. Le handicap le plus couramment signalé est la cécité.

On estime que 1 % de la population est aveugle et que 75.000 à 200.000 personnes sont devenues mal voyantes des suites d'un traumatisme, glaucome, cataracte, infections de la cornée et rétinopathie diabétique.

Ces personnes handicapées comptent parmi les plus pauvres en Haïti. Faute de ressources financières, elles n'ont guère accès aux traitements (trois services permanents et deux services temporaires proposent des prothèses en Haïti, mais seul un tiers des amputés n'a pu être appareillé tant le coût des prothèses est prohibitif pour la plupart des intéressés). En 2005, 28 institutions ou associations nationales et 10 institutions ou associations internationales s'y consacraient en Haïti.

Enfants en situation très difficile

Les orphelins, les enfants des rues, et ceux qui travaillent comme domestiques sont particulièrement vulnérables. L'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS IV) montre que 11 % des enfants de moins de 18 ans ont perdu leur père et /ou leur mère. L'étude la plus récente sur les enfants qui vivent dans la rue (ceux qui ont rompu avec leur famille) et les enfants qui travaillent dans la rue (qui ont conservé des liens avec leur famille et garde contact avec elle plus ou moins régulièrement, qui rentrent dormir chez eux ou qui y ramènent le fruit de leur labeur) remonte à 1999, elle a été menée par l'unité de recherche sur les enfants en situation difficile de l'Université Quisqueya. D'après cette étude, il existe entre 6.226 et 7.833 enfants entre 5 et 17 ans qui vivent dans ces conditions précaires à Port-au-Prince, 163 à Cap-Haïtien, et 41 à Jacmel.

Souvent brutalisés par la police qui les considère comme des délinquants, ils sont sujets aux maladies et affections gastriques. Suivant cette source d'information, près de 300.000 enfants et adolescents vivent dans ce que l'on appelle des « familles d'adoption » au titre du « *restavèk* » (« reste avec » en créole) 81 % vivent en zone rurale, 75 % sont des filles, la majorité a entre 7 et 14 ans. Seuls 55 % d'entre eux sont scolarisés.

Prisonniers

Une analyse des statistiques médicales établies en 2005 révèle que, sur un total de 10.969 consultations, les principales raisons invoquées étaient des maux de têtes, douleurs d'estomac, infections urogénitales, hypertension, température, gale, arthrite, infection respiratoire aiguë et diarrhée. On recense également 75 cas de bérubéri et 65 grossesses pendant cette période. Le Ministère de la Santé publique et de la Population assure le traitement de la tuberculose dans 17 prisons ce qui représente plus de 4.000 détenus.

SITUATION SANITAIRE, DIFFICULTÉS

MALADIES TRANSMISSIBLES

Maladies véhiculées par un vecteur

Le **paludisme** (*Plasmodium falciparum*) endémique en Haïti, avec un taux de transmission plus élevé dans certains quartiers des communes après les saisons des pluies de mars à mai et d'octobre à novembre. En 2003, 109 décès ont été attribués au paludisme (63 femmes et 46 hommes) 12 % d'entre eux étaient des enfants de moins de 5 ans. 86.768 cas de paludisme ont été signalés en 2004 parmi lesquels 24.205 ont été confirmés en laboratoire. Pour 2005, les chiffres s'élèvent à 106.152 et 26.021 respectivement (il existe 50 centres de veille épidémiologique dans le pays).

Un projet sur cinq ans (2004–2009) financé par le Fonds Mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (14,8

millions de \$ EU) vise actuellement à abaisser la morbidité en dessous de 10 % et éliminer la mortalité due au paludisme d'ici à 2010.

Le **dengue hémorragique** n'a jamais fait l'objet d'une documentation en Haïti. Les quatre sérotypes (I–IV) circulent dans le pays toutefois et aucun programme structuré de traitement n'a été mis en place. Des cas suspects de dengue hémorragique sont régulièrement signalés au système de surveillance de routine. *Aedes aegypti* est présent dans tout le pays, notamment dans les zones urbanisées où la présence de sites de reproduction des larves facilite leur propagation, surtout pendant les saisons des pluies.

La **filariose lymphatique** se manifeste dans les villes comme dans les campagnes, notamment dans le département du Nord, dans le golfe de la Gonâve où il constitue un grave problème de santé publique. L'intégralité du pays est menacé par la transmission de cette maladie par le *Culex quinquefasciatus*, vecteur, qui tend à proliférer dans les zones urbaines comme sur le littoral sous le vent. Dans des villes comme Léogane, Arcahaie, Plaine du Nord et Limbé, plus de 20 % de la population est infecté par le microfilaria. Certaines communes des départements du Nord et du Centre atteignent des taux de positivité dépassant les 30 %.

Une étude nationale de prévalence portant sur 22.058 écoliers de 6 à 10 ans a été menée en trois étapes dans 10 départements (novembre/décembre 1999, mai/juin 2000, et janvier/mai 2001) les 898 enfants présentant un test positif par immunochromatographie (ICT) ont été traités à la diéthylcarbamazine (DEC) suivant une posologie de 6mg/kg. Un projet financé en 2003 par la Fondation Bill et Melinda Gates avec l'appui de l'OPS/OMS, vise l'élimination de cette maladie d'ici à 2010 et commence à donner des résultats. A la suite du cyclone Jeanne en septembre 2004, la surveillance des maladies transmises par les moustiques à Gonaïves a permis d'identifier trois personnes atteintes du paludisme ainsi que deux infections aiguës par la dengue et deux infections aiguës par le **Virus du Nil Occidental** parmi 116 patients atteints de fortes fièvres.

Maladies pour lesquelles il existe un vaccin

Le programme de vaccination d'Haïti concerne les maladies suivantes : tuberculose, poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche et rougeole (voir Tableau 3). La couverture de vaccination des enfants de 12 à 23 mois est de 41,3 % (EMMUS IV). Le **Rougeole** est en train de disparaître. Un total de 990 cas de rougeole a été confirmé en 2000. La dernière épidémie remonte à 2001 avec 158 cas avérés, depuis lors aucun cas n'a été confirmé.

En Haïti, un seul cas confirmé de virus poliomyélique de type 1 non sauvage provenant d'un laboratoire a été signalé chez un enfant de 2 ans vacciné de façon inadéquate. La paralysie s'est déclarée le 30 août 2000. Malgré un travail intensif de dépistage, aucun autre cas n'a été recensé.

En 2004, Haïti a connu également une épidémie de diphtérie avec 801 cas suspects dont 101 ont été l'objet d'un examen : parmi

TABLEAU 3. Programme Elargi sur le taux de couverture vaccinale (%), par antigène, Haïti, 2001–2005.

Antigènes	Année				
	2001	2002	2003	2004	2005 ^a
BCG	49	45	54	43	62
Polio1					55
Polio2					45
Polio3	53	41	48	61	65
DPT1					57
DPT2					47
DPT3	52	39	50	62	68
Varicelle	53	34	52	57	59
TT2+	ND	ND	ND	ND	19

^aLes pourcentages indiqués pour la polio 1–3 et le DPT 1–3 en 2005 s'appuient sur des données recueillies sur plusieurs années et non une seule année civile.

Source : Ministère de la Santé publique et de la Population, Programme élargi de Vaccination, données administratives OPS/OMS.

eux, 27 ont été confirmés en laboratoire et 10 par contact épidémiologique. En 2005, des données disponibles auprès du Ministère de la Santé publique et de la Population indiquaient que 495 cas avaient été signalés cette année là. Parmi les 17 cas signalés ayant fait l'objet d'un examen, 9 ont été confirmés et 8 se sont sol-dés par un décès. Le **tétanos des nouveau-nés** demeure un grave problème de santé publique. En dépit d'efforts concertés pour maîtriser la maladie, 119 cas de tétanos ont été signalés en 2005. Parmi ces cas, 71 concernaient des nouveaux-nés, 46 ont fait l'objet d'un examen. Certaines *communes* enregistrent à l'heure actuelle plus de 1 cas pour 1000 naissances vivantes. D'après l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services de 2005–2006 (EMMUS IV), pour près des trois quarts des naissances de ces cinq dernières années la mère avait reçu une dose de vaccin contre le tétanos pendant sa grossesse. Pour la **coqueluche**, tous les cas ne sont pas signalés et ne sont pas l'objet d'une recherche. Les données disponibles font état de 4 cas en 2004 et 21 ont fait l'objet d'un examen sur les 697 signalés par le Ministère de la Santé Publique et de la Population en 2005.

Maladies Intestinales Infectieuses

Les maladies intestinales infectieuses persistent parmi les principales causes de morbidité et mortalité chez les nouveaux-nés. D'après l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services de 2005–2006 (EMMUS IV), 24 % des enfants de moins de 5 ans avaient eu des accès de diarrhée dans les deux semaines précédant l'enquête, 40 % d'entre eux avaient été soignés avec un sachet de réhydratation orale (TRO) et 7 % avaient été soignés chez eux à l'aide d'une solution préparée par leur mère. Sur le plan national, 57 % d'entre eux ont également absorbé des liquides pendant leurs crises de diarrhées, ce qui atteste d'une nette augmentation par rapport au taux estimé pour 2000 (41 %). Il importe de signaler cependant que l'utilisation de la TRO est

davantage répandue dans les villes (72 % dans la zone métropolitaine) que dans les campagnes (52 %).

En matière de prévalence, les enfants de 6 à 11 ans sont les plus touchés (41 %) suivis par les nourrissons de 12 à 23 mois (38 %). Les autres groupes d'âge sont également affectés.

Ces pathologies viennent en troisième place après le SIDA dans la liste des principales causes de décès en 2003, groupes d'âge et sexes confondus (soit 8,6 % des décès dont la cause est définie). La fièvre typhoïde est responsable du décès de 2,8 % des enfants entre 5 et 9 ans, 8,9 % des enfants entre 10 et 14 ans, 3,2 % chez les 15–19 ans et 1,5 % dans le groupe d'âge 20–49 ans.

Maladies transmissibles chroniques

La **tuberculose**, qui existe à l'état endémique en Haïti est la septième principale cause de décès suivant l'analyse des certificats de décès de 2003. La tuberculose frappe généralement les sujets pendant leur phase productive soit entre l'âge de 15 et 44 ans.

L'incidence estimée de la tuberculose en 2005, s'élève à 12.632 cas (tous types confondus) et se situe entre 6.828 et 7.340 cas par frottis d'expectoration positif. Les objectifs du programme national de lutte contre la tuberculose (70 % dépistés et 85 % traités) n'ont pas encore été atteints. Le taux de dépistage était estimé à 49 % en 2006 et celui de traitement aux alentours de 70 % en 2004.

En 1997, la pierre angulaire d'un programme national structuré de lutte contre la tuberculose était posée. Avec l'application de la stratégie de l'observation directe du traitement écourté (DOTS). Un schéma posologique sur 8 mois a été mis en place parallèlement au Plan National de lutte contre la Tuberculose 2001–2006. Entre 2001 et 2005, le pourcentage de personnes infectées définies comme étant « guéries » s'élevait entre 62 % en 2001 et 70 % en 2005. En 2005, 198 établissements ont participé au programme, dont quatre sanatoriums. Les patients ont reçu gratuitement des médicaments. L'épidémie de VIH en Haïti a considérablement exacerbé la manifestation de la tuberculose dans le pays faisant de cette maladie la principale infection opportuniste chez les personnes vivant avec le VIH. Les données épidémiologiques font apparaître un taux de co-infection TB/VIH de 29 %.

Les efforts pour éliminer la **lèpre** en Haïti durent depuis plus d'un siècle, le Ministère de la Santé publique et de la Population a déclaré que l'élimination de la lèpre est une priorité.

De 1998 à 2002, 1.718 cas de lèpre ont été décelés et 75 % d'entre eux ont été traités. En outre, plus de 1.000 professionnels de la santé ont bénéficié d'une formation. La fermeture du centre de Gonaïves¹ à la suite du passage de la tempête tropicale Jeanne en septembre 2004 a occasionné une baisse considérable des cas détectés qui sont passés de 56 en 2000 à 26 en 2004 et 24 en 2005. Après 2004, le Ministère de la Santé publique et de la Population

¹Le 26 septembre 2004, la tempête tropicale Jeanne a fait 3000 victimes, parmi elles le RP Olivier qui a consacré sa vie aux lépreux de l'Artibonite. Il a été entraîné tandis qu'il tentait de porter secours aux malades de l'hôpital de la Providence en proie aux inondations dans la ville de Gonaïves.

a créé un bureau pour le programme de lutte contre la lèpre et arrêté un nouveau plan stratégique pour 2006–2008. Le ministère a signé un accord de coopération avec l'Institut Fame Pereo et souscrit un protocole d'accord avec Fontilles une ONG espagnole qui se consacre au soin des lépreux. En 2005 la Ligue Anti-Anémie Falciforme (LAAF) créée en 1989 à Port-au-Prince, a identifié 706 personnes atteintes de **drépanocytose** au sein de 679 familles, dont 27 comptaient deux ou trois enfants souffrant de la maladie. Parmi eux, 540 (soit 76 % des personnes diagnostiquées) appartenaient au génotype SS. La répartition par groupe d'âge donnait 16 % pour le groupe 0 à 10 ans, 41 % pour le groupe 11 à 20 ans, 26 % pour le groupe 21 à 30 ans et 16 % pour le groupe dépassant l'âge de 30 ans.

La morbidité la plus élevée a été observée chez les sujets entre 0 et 24 ans (séquelles d'accident vasculaire cérébral/crise d'épilepsie, surdité, mutisme ou priapisme chez 5 % des jeunes gens de plus de 15 ans, ulcères ouverts à la jambe chez 4 % des patients de plus de 12 ans atteints d'anémie falciforme sans prépondérance marquée entre les sexes). En mai 2005, dans la *commune* de Mirebalais (Plateau, Central), une étude préliminaire a proposé une batterie de tests à 412 des 900 personnes qui s'étaient présentées pour se faire soigner. (patients de 22 à 45 ans).

Une électrophorèse du sang à l'acétate de cellulose suivi du test de falcification a permis d'identifier 115 personnes présentant une hémoglobine anormale S et C (13,3 % hétérozygote pour l'hémoglobine S et 3,6 % pour l'hémoglobine C), des pourcentages analogues à ceux recensés dans la capitale. Un pourcentage élevé (9 %) de S + thalassémie a été constatée dans cette région exigeant une recherche plus systématique (antécédents familiaux, dépistage néonatal, électrophorèse quantitative de l'hémoglobine).

Infections respiratoires aiguës

Selon les Enquêtes Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services 2005–2006, pas moins de 40 % des enfants en dessous de 5 ans avaient de la fièvre et présentaient des symptômes compatibles avec une infection respiratoire aiguë dans les deux semaines qui avaient précédé l'enquête. Seuls 20 % d'entre eux avaient été auscultés et traités (26 % dans les villes contre 18 % dans les campagnes) Le niveau d'instruction de la mère est à associer avec la recherche ou non d'un traitement (28 % quand la mère avait reçu une formation contre 15 % pour les mères sans instruction).

L'analyse des certificats de décès de 2003 révèle que la mortalité imputable à ces infections chez les enfants se situe juste après le nombre de victimes de malnutrition et de diarrhée.

VIH/SIDA et autres Infections Sexuellement Transmissibles

Le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles (IST) sont courantes en Haïti. Les estimations situent le taux de prévalence à 2,2 % ou 2,3 % pour les femmes entre 15 et 49 ans

et 2 % pour les hommes de 15 à 59 ans (EMMUS IV) — Haïti est la proie d'une épidémie de SIDA généralisée. Le virus frappe les hommes et les femmes en âge de procréer, entraîne des morts prématurées et laisse derrière lui des orphelins sans défense.

On estimait à 40.000 personnes le nombre de séropositifs ayant besoin d'être traités aux antirétroviraux en 2005. Dès 2003, les traitements antirétroviraux sont devenus disponibles en Haïti, essentiellement grâce à des centres dirigés par deux organisations : le Groupe Haïtien d'Etude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes (GHESKIO) et Zanmi Lasanté une organisation non-gouvernementale. Le nombre de lieux de traitement a sensiblement augmenté et le nombre de personnes traitées aux ART est passé de 5.500 personnes en janvier 2006 à 9.412 en septembre 2006 (43 % d'homme pour 57 % de femmes soit un rapport de 1 à 1,3).

La plupart des patients reçoivent leur traitement aux centres GHESKIO et au réseau Zanmi Lasanté. D'autres patients sont pris en charge dans d'autres lieux de traitement du pays mais la couverture demeure extrêmement inéquitable. Le nombre de lieux de traitement destinés à prévenir la transmission de la mère à l'enfant a considérablement augmenté passant de 40 sites en 2003 à 74 en septembre 2006. Cependant, une véritable prise en charge des femmes enceintes et de leurs bébés reste à obtenir. Entre octobre 2004 et septembre 2005, près de 53.000 femmes enceintes ont subi le test de dépistage du SIDA et d'octobre 2005 à septembre 2006 plus de 70.000 femmes enceintes, soit un peu plus de 80 % des futures mères ont été reçues dans ces centres. Le taux de prévalence au sein de ce groupe sélectionné était de 3,3 %, 91 % des femmes sont retournées chercher les résultats de leur test et recevoir des conseils. Cependant, seules 10 % de ces femmes séropositives et leurs bébés ont bénéficié d'un traitement ART pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant.

En 2005–2006, près de 180.000 personnes ont subi le test de dépistage (rapport de 1/1,9 entre hommes et femmes) dans 98 centres de dépistage volontaire avec un taux de séropositivité de 9,3 % (10,7 % pour les hommes contre 8,6 % pour les femmes). Dans le cadre de l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services 2005–2006 (EMMUS IV), tous les candidats avaient entendu parler du VIH/SIDA et, 75 % des femmes et 85 % des hommes ont précisé qu'il existait un moyen de s'en prémunir : les réponses différaient grandement suivant les départements. Indépendamment de ces réponses, l'utilisation du préservatif demeure très limitée (11 % des femmes et 23 % des hommes ayant eu des rapports dans les 12 mois précédant l'enquête en avaient utilisé lors de leurs derniers rapports). Les célibataires ont précisé qu'ils utilisaient le préservatif plus souvent (38 % des femmes et 42 % des hommes) quant aux jeunes, leur utilisation du préservatif était plus courante (26 % des jeunes filles et 33 % des jeunes gens entre 15 et 19 ans contre 6 % ou moins chez les femmes de plus de 30 ans et les hommes de plus de 40 ans. Le niveau d'instruction influence également le recours au préservatif (24 % des femmes et 40 % des hommes ayant reçu une éducation

secondaire contre 2 % de femmes et 3 % d'hommes n'ayant jamais été scolarisés. Les personnes atteintes du VIH/SIDA persistent à être stigmatisées et à faire l'objet de discrimination, parfois il leur arrive d'être rejetées par leur propre famille.

MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Troubles du métabolisme et de la nutrition

L'Enquête 2000–2001 Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, (EMMUS III) révèle des niveaux élevés d'**anémie** chez les enfants (65 %), chez les femmes en général (54 %) et chez les femmes enceintes (63 %). Par ailleurs, en 2005, l'Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) a fait une étude sur la prévalence des **carences en vitamine A et en iode**. Un tiers des enfants de 6 à 59 mois présentaient des niveaux de rétinol dans le sang de ≤ 0.70 $\mu\text{m/L}$ et souffraient de carence en vitamine A (pour des raisons de nutrition essentiellement) et 1.47 %, souffraient de carence grave (≤ 0.35 $\mu\text{m/L}$); sans distinction selon les sexes. Les enfants de 24 à 35 mois étaient les plus touchés. Haïti peut être considéré comme un pays où il existe une carence légère en iode (moyenne de 84 $\mu\text{g/l}$): 24 % de la population présente une insuffisance modérée et une faible proportion une insuffisance grave. Les régions rurales sont celles où l'on enregistre les plus graves insuffisances en iode encore que la région métropolitaine compte des poches de population gravement carencées en iode. Tout cela a un effet négatif sur la santé des femmes enceintes et des enfants.

De septembre 2002 à mai 2003, la Fondation Haïtienne pour le Diabète et les Maladies Cardio-vasculaires a effectué une étude transversale portant sur 1.620 adultes de plus de 20 ans dans la zone métropolitaine de Port-au-Prince. La prévalence de diabète ajustée en fonction de l'âge des sujets s'élevait à 4,8 % chez les hommes et 8,9 % chez les femmes avec 70,6 % de cas diagnostiqués. Une **hypertension** a été décelée chez 48,7 % des hommes et 46,5 % des femmes. Dans le groupe d'âge supérieur à 40 ans, ce niveau d'hypertension atteignait 69,1 % chez les hommes et 67,2 % des femmes.

Maladies cardio-vasculaires

S'appuyant sur un examen des certificats de décès pour la période 2000–2003, on constate que les maladies cardio-vasculaires représentent le tiers des raisons invoquées. Les affections cardiaques, le diabète et les maladies liées à l'hypertension sont également d'importantes causes de décès.

Néoplasmes malins

En 2003, les néoplasmes malins venaient en cinquième place parmi les causes spécifiques de décès en Haïti, représentant 5,1 % des décès enregistrés avec un diagnostic authentifié. À l'époque, un total de 292 cas de néoplasmes malins a été signalé : 157 chez les femmes et 135 chez les hommes. Pour les femmes, les régions les plus touchées étaient le système reproductif, siège de 28 % des

tumeurs malignes, le système digestif, (26 %), le sein (18 %), le système respiratoire (9 %) le système sanguin et lymphatique (7 %) et le tube digestif (5 %). Il n'existe pas de dépistage systématique du cancer cervical, du cancer du sein ou de la prostate.

Zoonoses

21 cas de **rage chez l'homme** ont été confirmés entre 2001 et 2005, neuf en 2001, quatre en 2002, quatre en 2003, trois en 2004 et un en 2005. La plupart des cas restant circonscrits à la région métropolitaine.

À l'heure actuelle de nombreux foyers sont signalés mais ne font pas l'objet d'une enquête, faute d'un dispositif adéquat de surveillance épidémiologique. L'**Anthrax** est endémique dans les départements du Nord, Sud Est, Nippes et Artibonite. Ces derniers sont des foyers actifs.

AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ OU QUESTIONS SANITAIRES

Catastrophes naturelles

Des pluies torrentielles ont inondé les villes de Cayes en 2002 et Saint-Marc en 2003. En 2004, les zones rurales de Mapou et Fonds Verrettes ont également été fortement touchées par les crues. Dans le cas de cette dernière, 1800 victimes ont été dénombrées et deux villages complètement anéantis par des coulées de boue. En septembre 2004, la tempête tropicale Jeanne a inondé les villes de Gonaïves et de Port-de-Paix, faisant 2.000 morts et laissant 100.000 familles sans abri; huit hôpitaux et plusieurs cliniques ont été détruits.

La saison des cyclones 2005 a été particulièrement intense. Les perturbations atmosphériques causées par les tempêtes ont été deux fois plus intenses qu'à l'habitude avec 26 tempêtes et 14 cyclones. Les fortes précipitations et les vents violents occasionnés par ces tempêtes ont fait déborder presque tous les fleuves en inondant plusieurs régions. Des raz de marée ont été signalés sur le littoral des départements du Sud et de Grand'Anse.

Violence et autres facteurs extérieurs

Les accidents et la violence comptent pour beaucoup dans la morbidité et mortalité en Haïti notamment au sein de la population active, des adolescents et des jeunes adultes. En 2003, 6 % des décès enregistrés chez les 15–19 ans et 5 % chez les 20–49 ans étaient liés à des agressions. Des données ont été recueillies en 2006 par différentes agences, la police, la Mission de Stabilisation des Nations Unies en Haïti, le Ministère à la Condition féminine et aux Droits de la femme, le Réseau National pour la Défense des Droits de l'Homme et Médecins sans frontières. L'examen de ces données révèle que près de 90 % des urgences consistaient à traiter des personnes attaquées avec une arme mortelle et 10 % pour cause d'agression sexuelle ou violence domestique.

Depuis son ouverture, le centre géré par Médecins sans frontières (MSF France) a accueilli une moyenne de 700 cas urgents

chaque mois, 200 d'entre eux imputables à la violence. Les statistiques établies par MSF/F font état d'une moyenne de 232 victimes d'accidents de la circulation par mois (70 % parmi les 19–49 ans avec une proportion de 1,8 homme par femme et 20 % chez les jeunes de moins de 18 ans) et de 414 consultations par mois pour cause d'accidents domestiques. Les cas d'enlèvements contre rançon sont une autre manifestation de la violence qui règne dans le pays, pour le seul mois de décembre 2005 on dénombre 237 cas d'enlèvements contre rançon.

Toxicomanies

Une étude commandée par l'administration en 2000 a permis d'interroger 778 enfants en situation vulnérable et 4.317 élèves des écoles secondaires de la région métropolitaine de Port-au-Prince. Ce sondage a révélé que l'accès aux substances psychotropes est aisé dans la capitale. Le nombre de jeunes considérant ces accès facile varie cependant selon les produits : cigarettes (98 %), alcool (97 %), analgésiques (72 %), calmants (39 %), inhalants : diluants pour peinture (31 %). L'alcool est le produit le plus communément utilisé (55 % des personnes sondées), sa consommation débutant à l'âge de 14ans, suivi des amphétamines (29 %), des somnifères (15 %) et des calmants (11 %). Les garçons interrogés dans le cadre de cette enquête ont indiqué avoir commencé à prendre de la marijuana vers l'âge de 17 ans, les filles indiquant l'avoir fait vers l'âge de 11 ans.

L'Association pour la Prévention de l'Alcoolisme et autres Addictions Chimiques propose des services de désintoxication qui respectent la démarche en 12 étapes préconisée par les Alcools Anonymes pendant un an. De 2001 à 2006, l'Association a traité 143 personnes, 88 % d'entre elles étaient des hommes et 61 % étaient dépendants depuis plus de cinq ans. La ventilation des toxicomanies par type de produits est la suivante : alcool (27 %), marijuana (19 %), crack, cocaïne (30 %), Juicy Lucy (marijuana plus crack cocaïne) (6 %) tabac, médicaments vendus sur ordonnance et héroïne (8 %).

REACTION DU SECTEUR SANTE

Politiques et plans de santé

En 2005, Le Ministère de la Santé publique et de la Population a rendu public un plan stratégique national de réforme du secteur santé pour 2005–2010. Ce plan pose la santé comme un droit élémentaire pour tout Haïtien sans discrimination aucune, souligne le lien direct existant entre la santé et le développement humain et le respect nécessaire des principes de solidarité, équité et justice sociale.

Le mandat principal de la politique de santé d'Haïti demande un renforcement du rôle décisif du Ministère dans la planification, l'exécution et l'évaluation des programmes de santé. Les Unités Communales de Santé sont des instances administratives décentralisées chargées d'activités dont la qualité est garantie,

menées en partenariat avec des organisations de santé publiques et privées et comptant sur la participation des collectivités dans chaque zone géographique qui leur est assignée.

La médecine traditionnelle qui est largement reconnue quelque soient les classes sociales et appartenances religieuses est pratiquée par toutes sortes de guérisseurs ("dokte-fey," sage femmes, prêtres vaudous, masseurs, rebouteux, herboristes, spiritualistes).

En 2006, une Direction Pharmacie, Drogues et Médecine traditionnelle a été instituée par décret au sein du Ministère de la Santé publique et de la Population. Cette Direction est chargée de garantir la mise en place d'une politique nationale sur la médecine traditionnelle et les médicaments en valorisant la recherche dans ces domaines.

La mise au point de stratégies et l'exécution d'activités propres à garantir des services essentiels est entravée par un cadre normatif défectueux et périmé ainsi que par des institutions inadéquates. L'absence de législations élémentaires et l'absence de cohérence dans les services existants ont contribué au climat d'anarchie rendant l'Etat incapable de réglementer, diriger ou suivre la qualité des services et des produits proposés.

Depuis la fin de 2005, Haïti a cessé de compter sur une politique nationale en matière de médicaments.

En 2002, le Ministère de la Santé publique et de la Population a lancé un programme de restructuration et simplification du secteur santé en décentralisant notamment Le Ministère en Unités Communales de Santé. Cette décentralisation en est encore à ses débuts — 11 Unités Communales de Santé avaient été installées qui fonctionnaient dans 5 départements en 2006. La mise en place d'un dispositif financier efficace, le renforcement de la participation communautaire, la coordination inter — et intra-sectorielle, le développement d'une politique des ressources humaines compatible avec les besoins du Ministère ainsi que l'amendement des législations relatives à la santé en vue de préserver les intérêts d'un maximum de personnes sont d'autres stratégies importantes.

Organisation du système de santé

Le système de santé en Haïti regroupe le secteur public, le secteur privé payant, le secteur parapublic sans but lucratif et le secteur traditionnel. Le secteur public est représenté par le Ministère de la Santé publique et de la Population et par le Ministère des Affaires sociales. Le secteur privé payant rassemble tous les personnels de santé exerçant dans le privé à leur compte ou dans des cliniques. Le secteur parapublic sans but lucratif regroupe des effectifs du Ministère de la Santé publique et de la Population qui exercent dans des établissements gérés par le secteur privé, des organisations non-gouvernementales ou des organisations confessionnelles.

Le Ministère de la Santé publique et de la Population est dirigé par le Ministre et le Directeur général, il regroupe dix bureaux nationaux et quatre unités de coordination dont chacune traite les

maladies infectieuses et transmissibles, le Programme Elargi de Vaccination, la nutrition et la sécurité des hôpitaux. Il existe également 10 bureaux départementaux de la santé, un pour chaque département du pays, qui est dirigé par un Directeur Départemental de la Santé aidé des cadres chargés de superviser les programmes nationaux. Les Unités Communales de Santé dépendent des bureaux départementaux de santé. Leur nombre et leur emplacement dépendent de la taille de la population relevant de leur juridiction et de leur secteur géographique. La loi organique la plus récente remonte à 2005–2006, mais de nouvelles structures ont été créées depuis sa promulgation, conformément aux résolutions adoptées par le pays à la suite de conférences internationales sur la santé et le développement. Les questions en attente comprennent le passage d'une loi sur la santé et les drogues devant le Nouveau Parlement et la création d'une Commission Santé à l'appui de ces nouvelles procédures.

Tous les établissements du système sont l'objet d'une supervision et coordination par le Ministère de la Santé publique et de la Population conformément au rôle normatif dévolu à celui-ci. Le Ministère n'a toutefois, jamais réussi à assumer pleinement cette fonction. Les ressources de la coopération internationale ont davantage ciblé le secteur privé sans but lucratif de sorte que certains établissements privés ont acquis de plus grands moyens que le secteur public. Le Ministère des Affaires Sociales est théoriquement responsable de la santé des travailleurs dans le secteur privé formel. Dans ce but, plusieurs agences décentralisées relèvent de sa compétence parmi lesquels se trouve la plus importante : l'Office National d'assurance Vieillesse, l'Office d'Assurance Accident du Travail, Maladie et Maternité et l'Institut du Bien être social et de Recherches.

Le secteur privé payant se concentre en zone métropolitaine où travaillent la plupart des cadres. Les établissements privés y compris les cliniques, les laboratoires et les pharmacies fonctionnent sans restriction mais ne sont pas pris en compte dans les programmes nationaux de santé et programmes de surveillance épidémiologique soumis à l'obligation de notification.

Les services sont répartis entre services de santé de premier niveau, hôpitaux communaux d'orientation

Vers des services spécialisés et hôpitaux départementaux d'orientation vers des services spécialisés. Le secteur public représente près de 35,7 % des infrastructures de santé ; le secteur privé parapublic 31,8 % et le secteur privé 32,5 %. Suivant l'ancienne nomenclature, il existait 402 dispensaires, 198 centres de soins sans lit, 54 centres avec lits et 63 hôpitaux situés essentiellement dans les sites urbains des départements. Certains hôpitaux sont spécialisés comme celui de l'Université d'Etat d'Haïti qui est l'hôpital national encore que son fonctionnement soit souvent entravé par des contraintes budgétaires et des mouvements de grève répétés. Certaines *communes* ont des centres de soins mais ceux-ci ne peuvent répondre aux besoins de leur population. On estime que 40 % de la population n'a pas accès aux services de santé. Près de 80 % de l'ensemble de la population a

accès à la médecine traditionnelle ; la plupart vit en zone rurale où 13 % des habitants vivent à plus de 15km du centre de santé le plus proche.

Les efforts visant à mettre en place un système de sécurité sociale débutent seulement malgré les efforts de l'administration pour verser une pension de retraite aux employés de plus de 55 ans avec 25 ans de service par le biais du Ministère des Finances. L'Office National d'Assurance Vieillesse, créée en 1965 couvre les retraités du secteur privé mais seul un petit pourcentage de la population est visé, sans compter que les montants versés sont souvent dérisoires.

Services de santé publique

Le Ministère de la Santé publique et de la Population compte sur une stratégie de soins de santé primaires pour satisfaire les besoins de la population. La prise en charge passe par un ensemble de services de base comprenant la pédiatrie, l'attention médicale aux adolescents et à la mère, les urgences, la chirurgie, la maîtrise des maladies transmissibles, l'hygiène personnelle, l'hygiène de l'environnement, l'approvisionnement en eau potable et la fourniture de médicaments essentiels. Cet ensemble de services de base n'est encore proposé qu'à titre expérimental et les contraintes qui pèsent sur les programmes nationaux ne lui permettent pas d'assurer une couverture maximum.

La priorité est réservée aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA et la tuberculose, ceux-ci bénéficient de concours de la part d'institutions financières intervenant dans le secteur santé. En outre, les réseaux d'ONG comme les services du secteur public et privé ont été mis en place pour garantir une meilleure application des stratégies et activités en cause. Ces réseaux sont encore trop débutants pour assurer une couverture nationale effective; en revanche, concernant la prévention du SIDA, la coopération entre secteurs public/privé avec les ONG fonctionne: qu'il s'agisse de la mise en œuvre de plans sentinelle de surveillance sérologique sur cinq ans ou de prévention de la transmission périnatale. Faute d'organisation et de système d'évaluation des performances, le Programme Elargi de Couverture Vaccinale n'a pas réussi à empêcher l'accumulation d'un grand nombre de réactifs qui a été associée à l'épidémie de rougeole en 2001.

Depuis lors, le Ministère de la Santé publique et de la Population a procédé à une surveillance épidémiologique du VIH. Quatre études de surveillance par sentinelle concernant les femmes enceintes ont donné des taux de prévalence de 6,2 % en 1993, 5,9 % en 1996, 4,5 % en 2000 et 3,1 % en 2004. La baisse des taux de prévalence au cours de la dernière décennie ne signifie pas obligatoirement que le risque en soi ait diminué. Il convient de remarquer que le pourcentage de jeunes filles de moins de 20 ans infectées par le virus a augmenté entre 1996 et 2004.

Un programme contre les filarioses lymphatiques a fait la preuve qu'il était possible d'atteindre l'objectif régional consistant à les éliminer d'ici à l'an 2010.

Espoir en Haïti

Haïti est aux prises avec une épidémie généralisée de VIH. Exacerbés par les effets d'une pauvreté latente, de l'analphabétisme et d'années d'agitation politique et sociale, les taux de prévalence du VIH sont les plus élevés de la région. Dans ce cadre pourtant sinistre, le succès d'une initiative digne de servir d'exemple, se singularise: une entreprise consistant à prévenir la maladie et lui faire pièce, à traiter les malades, à redonner espoir à ceux qui n'en ont plus. Zanmi Lasanté (« Partenaires pour la Santé », en créole haïtien) offre des soins complets de premier ordre dans la zone du Plateau Central du pays. Il s'agit du seul prestataire de services de santé primaire destinés aux populations indigentes du Plateau. Cette entreprise non-gouvernementale pour la santé a fait du chemin depuis qu'elle a ouvert la Clinique du Bon Sauveur, une clinique de deux pièces dans le village de Cange, en 1985. En 1998, Zanmi Lasanté s'est fait le pionnier d'un programme proposant une thérapie anti-rétrovirale à 50 personnes souffrant du SIDA à un stade avancé de la maladie. Entre autres activités, Zanmi Lasanté exploite aujourd'hui un hôpital de 104 lits offrant tous les services, qui comporte deux blocs opératoires, des services d'hospitalisation pédiatrique et hospitalisation des adultes, un centre pour les maladies infectieuses, un service de consultations externes, une clinique pour les femmes, un service d'ophtalmologie et de médecine générale, un laboratoire, un lieu d'entreposage pour les produits pharmaceutiques, une banque de sang, des services de radiographie et tout un groupe d'écoles. En partenariat avec le Ministère de la Santé d'Haïti, Zanmi Lasanté s'est étendu à d'autres sites, outre celui de Cange, où il forme et rétribue des auxiliaires de santé communautaires qui sont des effectifs venant en complément du personnel du Ministère de la Santé. Sa spécialité consiste à former des *accompagnateurs*, ces fantassins de la santé qui marchent au devant des communautés pour prévenir les maladies, évaluer la situation sanitaire et socioéconomique et, proposer des soins de qualité aux personnes souffrant de maladies chroniques. Zanmi Lasanté dispense aujourd'hui des soins à un demi million de personnes vivant dans la région du Plateau Central. Un exemple quant à la façon d'administrer des traitements de qualité aux plus pauvres d'entre les pauvres.

En 2004 et 2005, deux campagnes combinées de vaccination pour lutter contre la rage chez les chiens ont été entreprises par le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Agriculture. Quelques 100.000 chiens et chats ont été vaccinés dans la capitale, le département de l'Ouest et une partie du Plateau Central où l'alerte avait été donnée (le Brésil a offert 5.000 doses de vaccins et l'OPS/OMS a assuré la logistique).

Le Ministère de l'Agriculture a pris à sa charge des efforts de vaccination contre l'anthrax bien qu'ils aient été sporadiques avec une faible participation communautaire. En 2004–2005, près d'un million d'animaux ont été vaccinés contre l'anthrax (la FAO assurant le financement de la mise en œuvre par VETERIMED).

En 2005, un laboratoire national de santé publique a été construit. Il a commencé à fonctionner en 2006, quoique avec des moyens physiques insuffisants et un manque de ressources humaines qualifiées.

Deux initiatives pilotes de développement durable ont été lancées à Port Salut et à Aquin; des systèmes d'assainissement et d'élimination des déchets solides ont été installés dans les deux *communes*, desservant près de 250.000 personnes. Dans le quartier de Lison au nord de Port-au-Prince, un système public d'assainissement et de collecte d'eaux pluviales a été construit. Le Ministère de la Santé publique et de la Population compte désor-

mais un Bureau pour la promotion de la Santé et la protection de l'Environnement. Pour améliorer l'évacuation des eaux d'égouts, un projet a été lancé en 2005–2006 consistant à offrir une assistance technique et financière aux communautés pour la construction de latrines.

Services de soins individuels

En 1986, le Ministère de la Santé publique et de la Population a déterminé par décret que la Croix Rouge Haïtienne se chargerait des services de transfusion sanguine. En 2004, avec l'aide du plan présidentiel d'urgence pour la réduction du SIDA (PEP-FAR), le Ministère a lancé un programme national de sécurité transfusionnelle et préparé une proposition de décret visant à réorganiser le système existant. Le programme prévoit la création de postes de transfusion sanguine et de banque de sang dans chaque département du pays. Des améliorations sensibles ont été apportées à la collecte de sang et à l'utilisation de sang entier ou produits du sang surtout en raison du passage d'un système fondé sur des donneurs de sang de remplacement à un système de don réguliers, volontaires, altruistes (les dons de sang sont passés de 5 % en 2004 à 27 % en 2006) cependant la couverture demeure généralement inadéquate ; le centre de transfusion de

Port-au-Prince n'a satisfait que 47 % de la demande en 2004 et 60 % en 2005; l'unique banque de sang existant en dehors de la capitale se trouve à Miragoâne. En 2005, l'analyse de 11.000 unités de sang environ a fait apparaître 1.6 % de positivité au VIH, 4 % à l'hépatite B, 0.7 % à l'hépatite C, 1 % au HTLV-1, et 3 % à la syphilis.

Le secteur de la santé mentale relève du Bureau de la promotion de la Santé et de la Protection de l'Environnement. Le Centre de Psychiatrie Mars et Kline et l'Hôpital Psychiatrique Défilé de Beudet sont des établissements gérés par l'Etat dans la zone métropolitaine de Port-au-Prince. Aucune institution publique ne propose des services de santé mentale en dehors de la capitale, toutefois plusieurs petits centres privés ont fait leur apparition. Les services disponibles actuellement ne satisfont pas la demande exacerbée par les problèmes persistants de stress et de violence.

Promotion de la santé

En 2005, une nouvelle stratégie de promotion de la santé a été instituée dans le pays, ainsi des « écoclubs » ont vu le jour pour mobiliser les jeunes et les inciter à améliorer l'environnement en s'attachant à promouvoir des espaces verts et propres, une eau potable fiable, l'assainissement, et la maîtrise des vecteurs de maladies. En 2006, plus de 500 jeunes recevaient une formation pour adhérer à un réseau national. D'autres initiatives comme la promotion de villes salubres ont également été lancées.

Ressources humaines

Les ressources humaines sont en nombre insuffisant et, de surcroît, sont inégalement réparties dans le pays. Auparavant, le secteur public assurait la formation du personnel soignant dans ses institutions : faculté de médecine, école de pharmacie, école dentaire, école de technologie médicale et quatre écoles d'infirmières à Port-au-Prince, Cap-Haïtien, Cayes et Jérémie. Au cours des 10 dernières années, les écoles privées se sont multipliées posant des difficultés d'homologation. Deux des quatre facultés de médecine privées sont agréées officiellement par l'Etat. De nombreuses écoles d'infirmières et d'auxiliaires de santé fonctionnent sans autorisation et certaines ne sont même pas homologuées. En 1998, neuf écoles d'infirmières étaient officiellement agréées tandis que neuf autres faisaient l'objet d'une évaluation. En 2000, une école d'infirmières — sage femmes a ouvert, elle procède actuellement à la formation d'une sixième promotion de 30 élèves. En 2000–2005, la faculté de Médecine de l'Université d'Etat d'Haïti a décerné leurs diplômes à 463 médecins, 153 élèves de la faculté de pharmacie ont reçu leur diplôme ainsi que 38 laborantins.

Afin que ces diplômés puissent obtenir leur permis d'exercer en Haïti, l'Etat exige d'eux qu'ils effectuent un an de service dans un établissement de santé publique en région rurale. L'absence d'examen national ou de tout autre certificat national est un obstacle important à la réglementation et normalisation des compé-

tences dans les diverses professions médicales du pays. Le Ministère de la Santé publique et de la Population a mis au point et appliqué un programme d'étude d'infirmières. Depuis 1998, avec l'aide de la France, le Centre d'Information et de Formation Administrative de la Santé (CIFAS) a formé chaque année, des administrateurs d'hôpitaux et des directeurs pour le secteur public. L'Université d'Etat d'Haïti a formé 100 administrateurs entre 2001 et 2005. Pendant cette période, la Fondation Haïtienne pour le Diabète et les Maladies cardio-vasculaires proposait de son côté une formation élémentaire destinée au personnel soignant aux fins de diagnostic précoce et traitement du diabète et de l'hypertension.

Fournitures médicales

Quatre laboratoires pharmaceutiques du secteur privé sont officiellement habilités à fabriquer des médicaments à usage national. Le total de leur production approvisionne 30 à 40 % du marché haïtien. Comme Haïti n'a pas de laboratoire national de contrôle de la qualité des médicaments, il lui faut recourir au suivi de la qualité assuré par le biais de l'OPS/OMS. Il n'existe pas de fabricant d'appareils médicaux et seule une agence produit des réactifs localement. En août 2004, un recensement a permis de découvrir qu'il existait 42 agences qui importaient des produits pharmaceutiques et 6 bureaux autorisés à en assurer la distribution. A ces instances il convient d'ajouter certaines ONG et leurs partenaires institutionnels qui importent et distribuent directement des médicaments. En 2004, Haïti comptait 215 pharmacies officielles ; le pays compte également un système informel de distribution par lequel des médicaments se retrouvent en vente libre dans les rues, les marchés et les centres commerciaux. Le secteur public a un programme de médicaments essentiels ainsi qu'un système logistique décentralisé qui opère à l'échelle du pays en assurant la disponibilité de médicaments et l'approvisionnement des hôpitaux publics, privés et des établissements parapublics sans but lucratif. En 2005, La valeur totale des médicaments et des fournitures médicales distribuées dans les établissements de Santé du pays par le biais du Programme de médicaments essentiels de l'OPS (PROMESS) s'élevait à 4.315.326 \$ EU ventilés comme suit : 1.328.043 \$ EU pour des médicaments vendus au titre de la politique de recouvrement des coûts et 2.987.283 \$ EU pour des médicaments subventionnés par les programmes prioritaires du Ministère de la Santé publique et de la Population, comprenant notamment des vaccins, des contraceptifs et des médicaments pour le traitement de la tuberculose, du paludisme et du SIDA . Ce chiffre a considérablement fléchi depuis 2001, époque où la valeur des médicaments s'élevait à 7.748.907 \$ EU pour des médicaments et fournitures médicales distribués dans des établissements de santé par PROMESS, 1.861.123 \$ EU pour des médicaments vendus au titre de la politique de recouvrement des coûts et 5.887.784 \$ EU pour des médicaments subventionnés par les programmes prioritaires du

Ministère de la Santé publique et de la Population. Les dépenses gouvernementales aux fins de passations de marchés pour des médicaments sont extrêmement faibles, même si elles ne sont pas exprimées en pourcentage du budget total du Ministère de la Santé publique et de la Population. Bien que la liste nationale des médicaments essentiels ait été dressée par le secteur public en 2003, elle comporte de nombreuses mentions inappropriées, et doit faire l'objet d'une révision. Dans une certaine mesure, les marchés essentiels pour la technologie de la santé, les médicaments et autres fournitures relèvent du Ministère de la Santé publique et de la Population.

Recherche et développement technologique en matière de santé

Le Bureau de l'Épidémiologie, des Laboratoires, et de la Recherche, créé en 2006 sous l'égide du Ministère de la Santé Publique et de la Population est chargé de la planification et de la direction de recherches contribuant à la mise au point de politiques et programmes de prévention et prise en charge des maladies. Les contraintes financières alliées au manque de personnel qualifié ont empêché le Bureau d'exercer son mandat. Plusieurs établissements publics et privés font de la recherche mais leurs travaux ne sont pas toujours autorisés ou supervisés par le Comité de Bioéthique et du Droit de la Personne. Les 11 membres du Comité ont arrêté des décisions concernant 23 projets de recherche depuis sa création en 1999, la plupart des projets de recherche examinés concernaient le VIH/SIDA et l'expérimentation de vaccins.

Dépenses et financement du secteur santé

Les dépenses de Santé publique ne représentent que 0,8 % à 1 % du PIB. Si le gouvernement ne cesse d'augmenter régulièrement les affectations budgétaires destinées à la Santé (661.121.148 G par an en 2003–2004; 871.239.000 G en 2004–2005, soit 3,5 % du budget national), celles-ci ne suffisent pas à satisfaire aux besoins de la population. Étant donné que le budget de l'État est lui-même très modeste, les fonds effectivement décaissés sont plus bas en valeur réelle, comparés à ce qu'ils étaient dans les années 1980 compte tenu de l'inflation et de la dépréciation de la Gourde face au dollar US.

La plupart des financements disponibles servent au paiement des salaires, les programmes prioritaires et coûts d'investissements doivent être financés par la coopération internationale bilatérale et multinationale. Une gestion décentralisée des ressources s'est fait jour avec la création des Unités Communales de Santé, le marasme qui caractérisait le décaissement des fonds et entravait le fonctionnement des établissements périphériques commence à s'atténuer, cédant la place à une exécution plus rationnelle des plans d'exploitation.

À l'évidence, le financement de la Santé conditionne l'accès aux soins. Certaines études préconisent la gratuité des soins.

D'autres initiatives comme l'annulation de la dette consentie par le Fonds International et la Banque Mondiale envisagent l'affectation de financements pour proposer un ensemble de services gratuits aux populations les plus démunies et, à moyen terme, dans les 10–15 années à venir, la mise en place d'un régime de protection sociale. Il convient de concevoir le financement de la santé en Haïti dans une perspective macro-économique, à cette fin, de nombreuses initiatives ont été prises dans le secteur formel comme dans le secteur informel, utilisant des mécanismes de micro-financement et de micro-assurance pour améliorer l'accès financier à des services de qualité moyennant un coût supportable pour les intéressés.

Coopération technique et concours financiers extérieurs

L'aide extérieure au Secteur Santé est passée de 48 millions de \$ EU en 1998–1999 (atteignant ses niveaux les plus élevés entre 1997 et 2005) pour tomber à 28 millions de \$ EU en 2001–2002 (niveau le plus faible de ces deux années). Les principaux bailleurs de fonds multilatéraux sont le Fonds Mondial pour la lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (avec une enveloppe de 66,9 millions de \$ EU dès janvier 2003) et la BID (22,5 millions de \$ EU en quatre ans à compter de la fin 2003). L'Union Européenne, après avoir assuré un soutien critique au moment de la création des Unités Communales de Santé, semble avoir virtuellement suspendu son aide après la crise politique de 2000. Neuf institutions spécialisées des Nations Unies ont un bureau de représentation en Haïti et six d'entre elles interviennent dans le secteur Santé (OPS/OMS, UNICEF, FAO, PAM, ONUSIDA et FNUAP). Un représentant du Secrétaire général des Nations Unies traite essentiellement de questions politiques avec le Coordinateur de la Mission Civile Internationale en Haïti. Le secteur Santé a été désigné comme étant prioritaire par les agences de coopération bilatérale de pays comprenant le Canada, la France, le Japon, l'Espagne et les États Unis. Le Programme de médicaments essentiels de l'OPS (PROMESS) joue un rôle déterminant en achetant des médicaments, des fournitures de base, et des articles médicaux sur les marchés internationaux et en supervisant leur répartition entre les divers établissements de santé publique d'Haïti, les 12 dépôts périphériques et les 2 banques de sang qui constituent dans leur ensemble le réseau national de distribution de médicaments.

Le Ministre de la Santé publique ainsi que le Ministre de la Planification et de la Coopération Externe coordonnent les activités relatives à la Santé avec les agences de coopération bilatérales, multilatérales et privées. Les institutions des Nations Unies se sont particulièrement impliquées dans la réforme du secteur santé, la santé reproductive, la pédiatrie, le planning familial, les vaccinations, la nutrition, l'eau potable et l'assainissement, le développement des services de santé, le SIDA et les infections sexuellement transmissibles, les problèmes de parité dans le cadre de la santé, les médicaments essentiels. La période

2000–2005 a été extrêmement difficile pour Haïti. L'assistance internationale n'a pas toujours répondu aux besoins spécifiques du pays et le manque de liquidités de l'administration ne lui a pas permis de coordonner les besoins. L'intégration régionale s'est renforcée depuis l'entrée d'Haïti au sein de la CARICOM.

Plusieurs accords de coopération ont été signés avec la République Dominicaine, notamment le projet bi-national 2005 de lutte contre la tuberculose avec le soutien de l'OPS/OMS dont les résultats sont encore faibles. En revanche, un autre effort de prévention et lutte contre la rage canine a donné de bons résultats dans les deux pays. De nombreux projets inter-pays ont été entrepris, à signaler un projet 2003–2005 avec l'aide de Cuba (144.247 \$ EU) et un projet d'hygiène de l'environnement avec le Paraguay portant sur la gestion des déchets solides et la formation au sein d'institutions haïtiennes aux fins d'une participation communautaire à l'installation de systèmes d'alimentation en eau potable et d'assainissement.

Bibliographie

- Bureau international du Travail, Programme STEP; Financial Services Network for Entrepreneurial Empowerment (DAI/FINNET). Louis dit Guerin O, Viau J. Mise en place d'un système d'assurance santé à l'hôpital Albert Schweitzer. Etude de faisabilité. Avant-projet. Octobre 2001.
- Coalition Nationale Pour les Droits des Haïtiens. Non Au Système Restavek. Vers l'élimination de l'esclavage de l'enfant en Haïti. Avril 2002.
- de Rochars MB, Kanjilal S, Direny AN, Radday J, Lafontant JG, Mathieu E, etc. The Leogane Haiti demonstration project: decreased microfilaremia and program cost after 3 years of mass drug administration. *Am J Trop Med Hyg.* 2005; 73(5): 888–94.
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; Organización Internacional para las Migraciones. Encuesta sobre Inmigrantes Haitianos en República Dominicana. Saint Domingue, Mars 2004.
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; Organización Internacional para las Migraciones. Las migraciones: la incapacidad de ofrecer una vida digna. In: Informe nacional de desarrollo humano 2005. Chapitre V. p. 119–44.
- Fleurival J. L'anémie falciforme à l'usage des généralistes et des étudiants en sciences de la santé en Haïti. Port-au-Prince, Imp. Collection Procédure. Mars 2006.
- Fonds des Nations Unies pour la population; Unissons-nous pour les enfants. Evaluation des dépôts périphériques. Rapport consolidé. Novembre 2005.
- Gaillard EM, Boulos L-M, Cayemittes MPA, Eustache L, Van Onacker JD, Duval N, etc. Understanding the reasons for decline of HIV prevalence in Haiti. *Sex Transm. Infect.* 2006 Avril; 82 Suppl 1:i14–20.
- Haïti, Association pour la prévention de l'alcoolisme et autres accoutumances chimiques; Institut Haïtien de l'Enfance; Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues. Etude Connaissances, Attitudes et Comportements des élèves et des enfants des rues de la région métropolitaine de Port-au-Prince. Novembre 2000.
- Haïti, Conseil National pour la Réhabilitation des Handicapés; Ministère des Affaires sociales et du Travail; Programme des Nations Unies pour le développement. Vers l'élaboration d'une stratégie nationale d'intégration des personnes à besoins spéciaux. Port-au-Prince: Ed. des Antilles S.A.; Mai 2005.
- Haïti, Groupe d'Appui aux Réfugiés et Rapatriés. Disponible sur: www.garr-haiti.org.
- Haïti Groupe d'Appui aux Rapatriés et Réfugiés; Mouvement des Femmes Dominicano-Haïtiennes. En quête de la vie. Une étude sur les femmes haïtiennes impliquées dans la migration en République Dominicaine. Février 2005.
- Haïti, Groupe d'Appui aux Réfugiés et Rapatriés. Rapport migration haïtienne et les droits humains à la frontière haïtiano-dominicaine en 2004. Avril 2005.
- Haïti, Institut Haïtien de l'Enfance; Macro International Inc. Enquête, Mortalité Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-III), Haïti 2000/2001. Calverton (Maryland), 2001.
- Haïti, Institut Haïtien de l'Enfance; Macro International Inc. Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-IV), Haïti 2005/2006. Résultats préliminaires. Pétion-Ville, 2006.
- Haïti, Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique; Bureau du Recensement Général de la Population et de l'Habitat; Fonds des Nations Unies pour la population; Union Européenne; Coopération japonaise; Banque Interaméricaine de Développement; Région Wallonne. 4ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2003 (RGPH-2003). Résultats définitifs. Mars 2005.
- Haïti, Ministère de la Planification et de la Coopération Externe; Banque Interaméricaine de Développement. Carte de pauvreté d'Haïti. Version 2004.
- Haïti, Ministère de la Planification et de la Coopération Externe; Programme des Nations Unies pour le développement; Bureau international du Travail. HAI.01.001. Expérience de promotion de micro-assurance santé: Le cas ASPAKO. Appui au développement d'un partenariat pour l'intégration économique et sociale et l'implantation d'un programme national de promotion d'emplois productifs et de lutte contre l'exclusion sociale. Port-au-Prince.
- Haïti, Ministère de la Planification et de la Coopération Externe; Programme des Nations Unies pour le développement; Bureau international du Travail. HAI/99/001. Mathieu S. Etat des lieux en matière de protection sociale gouvernementale en Haïti. Etude de référence 4 dans le cadre du Projet d'Assis-

- tance préparatoire pour la promotion d'emplois productifs et la lutte contre l'exclusion sociale. Janvier 2000.
- Haïti, Ministère de la Planification et de la Coopération Externe; Programme des Nations Unies pour le développement; Bureau international du Travail. HAI/99/001. Ponticq F. Etat des lieux en matière d'extension de la protection sociale en milieu communautaire en Haïti. Etude de référence 5 dans le cadre du Projet d'Assistance préparatoire pour la promotion d'emplois productifs et la lutte contre l'exclusion sociale. Avril 2000.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Consultance en Santé Publique, VIIIème FED. Programme d'appui au développement des ressources humaines dans le secteur de la santé. Rapport final. Port-au-Prince, Octobre 1999.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Direction Centrale de Pharmacie et de Contrôle des Substances chimiques, Direction de la Santé de la Famille; Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population. Analyse du Secteur de la Santé pour la Réforme.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; John Snow Inc. Données sanitaires de routine 2004, 2005. Port-au-Prince.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Les Centres pour le Développement et la Santé; Fonds des Nations Unies pour la population. Projet bi-national Haïti-Dominicanie. Etude sur les besoins en services de santé reproductive et sexuelle. Port-au-Prince, Mai 2006.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population. Liste des institutions sanitaires. Port-au-Prince, Septembre 2005.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports; Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Rapport de l'enquête sur la prévalence et l'intensité parasitaire dans le Département du Sud. Mars 2005.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Nations Unies; Commission Européenne; Banque Mondiale; Banque Interaméricaine de Développement. Cadre de Coopération Intérimaire (CCI) 2004–2006. Rapport de synthèse, Juillet 2004. Port-au-Prince, 2004.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Analyse des causes de décès Haïti 1999. Port-au-Prince, Mars 2002.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Analyse des certificats de décès. République d'Haïti 2001, 2002 et 2003.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Etude sur la situation de la Médecine Traditionnelle en Haïti. Port-au-Prince, Avril 2003.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Haïti 2004. Situation de Santé, Indicateurs de Base. Port-au-Prince.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Plan stratégique pour le développement de l'épidémiologie en Haïti. 2001–2004. Port-au-Prince, Mars 2002.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Saint Preux A. Rapport d'expertise. Répertoire des textes législatifs régissant la santé publique en Haïti, 2002.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Tétanos maternel et néonatal en Haïti. Situation et dilemmes stratégiques de l'élimination. Février 2006.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population. Plan stratégique de lutte contre la tuberculose en Haïti 2001–2006.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population. Plan Stratégique National pour la Réforme du Secteur de la Santé 2005–2010. Port-au-Prince, Août 2005.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Programme National d'Elimination de la Filariose Lymphatique. Nicolas MCE, St Jean Y, Milord MD, Beaud-Rochars M, etc Résultats de l'enquête nationale de prévalence sur la filariose lymphatique. Port-au-Prince, non daté.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Programme National d'Elimination de la Filariose Lymphatique: Plan d'action pour l'élimination de la Filariose Lymphatique en Haïti (2003–2008). Port-au-Prince, 2004.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population; Programme National de Lutte contre la Tuberculose; Secrétariat d'Etat à la Santé Publique et à l'Assistance Sociale; National Tuberculosis Control Program, Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Plan binational Haïti–République Dominicaine de lutte contre la tuberculose 2005–2006, version finale Juin 2005.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Unissons nous pour les enfants; Institut Haïtien de l'Enfance. Enquête sur la prévalence de la carence en Vitamine A et de la déficience en iode en Haïti. Juillet 2005.
- Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population. Voltaire HC. Les Unités Communales de Santé. Principes et Orientations Stratégiques. Port-au-Prince, Juin 1999.
- Haïti, Ministère de l'Economie et des Finances; Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique; Programme des Nations Unies pour le développement. Enquête sur les conditions de vie en Haïti (ECVH-2001). Port-au-Prince, Janvier 2004.
- Haïti, Ministère des Affaires sociales et du Travail. Les fondements de la pratique de la domesticité des enfants en Haïti. Programme des Nations Unies pour le développement; Unis-

- sons nous pour les enfants; Organisation internationale du Travail/ Programme de lutte pour l'éradication du travail des enfants; Save the Children. Juillet 2002.
- Haiti, Ministère des Affaires sociales et du Travail; Programme des Nations Unies pour le développement; Unissons-nous pour les enfants; Organisation internationale du Travail/ Programme de lutte pour l'éradication du travail des enfants; Save the Children. Domesticité des enfants en Haïti. Décembre 2002.
- Hallett TB, Aberle-Grasse J, Bello G, Boulos L-M, Cayemittes MPA, Cheluget B, et al. Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe, and urban Haiti. Imperial College. Initiative Développement; Alter Santé Internationale et Développement. Vinard P, Boecker C, Malherbe P. Analyse de l'impact des paiements et de la gratuité sur l'accès aux soins: L'expérience d'Ennery en Haïti. Poitiers, Octobre 2005.
- Jean-Baptiste ED, Larco P, Charles-Larco N, Vilgrain C, Simon D, Charles R. Glucose intolerance and other cardiovascular risk factors in Haiti. Prevalence of diabetes and hypertension in Haiti (PREDIAH). *Diabetes Metab.* 2006 Nov;32(5 Pt 1): 443-51.
- Joint United Nations Program on HIV/AIDS, UN Theme Groups Haiti and Dominican Republic. Interagency and bilateral project. Haiti-Dominican Republic. Prevention of HIV/AIDS on the northern border of Haiti. Octobre 2004.
- Junot F. Ministère de la Santé Publique et de la Population. Planification stratégique du système d'information sanitaire pour l'intégration des données du VIH/SIDA. *Projet Measure Evaluation. Deuxième projet.* Port-au-Prince, Juillet 2006, p.16.
- Médecins Sans Frontières. Accès aux soins dans l'Unité communale de santé de Petite rivière, Verrettes, La Chapelle, Haïti. Résultats de deux enquêtes épidémiologiques concernant la mortalité et l'accès aux soins. Septembre 2005.
- Milord MD. Lymphatic filariasis elimination in the third America [Presentation]. Regional Program Manager's Meeting. Port-au-Prince, 4-6 Septembre 2002.
- Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la Santé. Lacapère F. Mortalité des enfants d'âge scolaire en Haïti. Analyse des certificats de décès (2000). [exposé Power-Point].
- Pan American Health Organization. Press release. Outbreak of poliomyelitis in Dominican Republic and Haiti: low vaccination coverage with oral polio vaccine allows Sabin-derived vaccine to circulate. Décembre 2000.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Proyecto interagencial y binacional. Haïti-República Dominicana. Prevención del VIH/SIDA en la frontera norte de Haïti. Informe de un taller de planificación operativa. Dajabon (República Dominicana), 31 Mai-1 Juin 2005.
- Programme des Nations Unies pour le développement. Plan d'urgence, 2005.
- Programme des Nations Unies pour le développement. Rapport sur le Développement humain, 2005.
- Proposition de loi modifiant certaines dispositions du Code Pénal relatives aux agressions sexuelles (attentat à la pudeur, viol, harcèlement sexuel, inceste). Port-au-Prince, Décembre 2005.
- Rapport de l'étude sur la prévalence et l'intensité des géohelminthiases intestinales chez les écoliers du Département de la Grand'Anse.
- République d'Haïti. (2006). Décret portant sur l'organisation et le fonctionnement du MSPP, signé le 17 novembre 2005 paru au *Moniteur*, 5 Janvier 2006.
- République d'Haïti. Proposition de Décret sollicitant la création d'un système national de sécurité sanguine sous tutelle du MSPP, avec un Programme national de sécurité transfusionnelle, une Commission nationale de sécurité transfusionnelle et un réseau des services de médecine transfusionnelle.
- Réseau Associatif National pour l'Intégration des Personnes Handicapées; Mission spéciale de l'OEI en Haïti. Convention interaméricaine pour l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les personnes handicapées. (version bilingue français/créole). Port-au-Prince: Le Natal; Janvier 2002.
- Système des Nations Unies, République d'Haïti. Programme Intégré de Réponse aux Besoins Urgents des Communautés et des Populations Vulnérables (PIR). Mars 2003.
- United States Agency for International Development, Policy Project. Smucker GR. Les orphelins et les autres enfants vulnérables en Haïti: un rapport de terrain. Avril 2005.
- Université Quisqueya; Unité de Recherche sur les Enfants en Situation Difficile. Bernier M, Ponticq F. Planification d'interventions. 1999.
- Vorbe C. Les droits fondamentaux et le VIH/SIDA en Haïti. Janvier 2006.

