

NOTE DE SYNTHÈSE SUR LA SANTÉ (Situation en novembre 2011)

Statistiques pré-séisme¹:

- Espérance de vie: 54 ans
- Taux de mortalité infantile: 57/1000 (le plus élevé dans les Amériques)
- Taux de mortalité maternelle: 630/100 000
- Taux d'incidence de la tuberculose (TB) 306/100 000 en 2008 (la plus élevée dans l'hémisphère occidental)
- Taux de prévalence du VIH: 2,2 pour cent
- 47 pour cent de la population n'a pas accès aux services de santé
- Médecins: 5,9/10 000 habitants
- Infirmières: 5,9/10 000 habitants
- Les professionnels de santé: 6,5/10 000 habitants
- 120 000 personnes vivant avec le VIH (plus forte concentration dans les Caraïbes après Bahamas et Belize)
- Le taux de malnutrition aiguë parmi les enfants de moins de cinq ans était 4,5 pour cent en 2009².

Statistiques post-séisme:

- 30 des 49 hôpitaux ont été endommagés ou détruits dans la zone sinistrée.
- À la suite du tremblement de terre, 50 pour cent du personnel de santé vivait dans des tentes.
- En Novembre 2011, le nombre cumulé de cas de choléra notifiés était de 473 649 dont 251 885 (53%) ont été hospitalisés et 6 631 personnes sont mortes.
- De nouveaux groupes vulnérables ont émergé à la suite du tremblement de terre (cas psychologiques et plus de 4 000 amputations ont été réalisés à la suite du tremblement de terre).

Information financière³:

- À ce jour 97 millions USD ont été décaissés et 167 millions USD engagés sur le montant total de 280,8 USD millions promis par les donateurs lors de la conférence de New York des donateurs pour Haïti.

Les principaux donateurs : Brésil, Canada, BID, États Unis, Banque Mondiale, AFD et ONU.

La situation sanitaire en Haïti était déjà parmi les plus pauvres dans la région avant le séisme. Environ 47% de la population n'a pas accès aux soins de santé. Le système de santé est fragmentée, (6% des femmes les plus pauvres accouchent dans des établissements de soins de santé, comparativement à 65% parmi les plus aisés) et très inefficace, avec des dépenses de 32 USD par habitant par an et des services de santé faibles pour les dépenses de ce niveau. Le secteur public représente environ 35,7% des établissements de santé, et les comptes du secteur public élargi 31,8% et le secteur privé représente 32,5%. Les contraintes de revenus jouent un rôle clé dans l'accès aux soins en raison du paiement immédiat des services. Il ya un manque important de ressources humaines, tant en termes de quantité et de qualité. Le Plan de Santé Intérimaire, qui couvre la période allant d'avril 2010 - Septembre 2011, préparé par le Ministère de la Santé (MSPP), a souligné la nécessité de la continuité des services cliniques, la reconstruction des structures endommagées, l'accroissement de l'accès au financement et aux services de santé, le renforcement du secteur public et, en l'encouragement les partenariats.

Après le séisme, 30 des 49 hôpitaux ont été endommagés ou détruits dans les zones touchées. Le système de soins de santé n'a pas été en mesure de répondre. Bien que l'arrivée des ONG ait amélioré l'accès aux soins de santé, il a rendu le rôle de leadership du Ministère plus difficile, d'autant que son bâtiment

¹ MSPP

² USG post-earthquake strategy for Haiti (January 2010)

³ OSE

principal a été complètement détruit dans le tremblement de terre. À la suite de la catastrophe, près de 600 000 personnes ont été déplacées dans les départements n'ayant pas été affectés par le tremblement de terre, augmentant ainsi considérablement la pression sur la population hôte et les services locaux de soins de santé. Cependant, il est important de noter que 90% des centres de santé et les cliniques est restés intact ou n'ont subi que des dommages légers, et ils ont fourni un excellent réseau à travers lequel a été mis en œuvre une stratégie de santé à base communautaire.

En Octobre 2010, l'apparition de l'épidémie de choléra a rendu la situation humanitaire déjà difficile, encore plus complexe. Les conditions de vie de la population en Haïti, en particulier celle des camps de déplacés, a rendu le pays extrêmement vulnérable à la propagation du choléra. La réponse face au choléra a été menée par le Ministère de la Santé Publique et des Populations avec l'appui technique des partenaires internationaux. Dernièrement, malgré la résurgence des cas de choléra, principalement attribuable à de fortes pluies, les taux de mortalité ont diminué dans tout le pays, atteignant un taux cumulatif à l'échelle nationale de 1,4 pour cent à compter de Novembre 2011. Avec 0,7 pour cent, Port-au-Prince région métropolitaine continue à avoir le plus faible taux de mortalité dans le pays.

I. Principaux progrès

Santé:

- Politique Nationale de Nutrition développée et validée par les intervenants en avril 2011.
- Un protocole national pour la gestion de la Malnutrition Aiguë Sévère et des lignes directrices nationales en alimentation du nourrisson et du jeune enfant ont été développés et 200 membres du personnel du MSPP et des équipes des ONG ont été formés en tant que formateurs sur le protocole.
- La stratégie d'alimentation scolaire pour 2012-2014 élaborée avec le soutien de tous les intervenants. La mobilisation des fonds a commencé pour la mise en œuvre de la stratégie.
- 1 million d'enfants de moins de 7 ans et les adultes vaccinés contre la diphtérie, la rougeole, la rubéole, le tétanos à la suite du tremblement de terre.
- Entre janvier et juin 2011, 1600 femmes enceintes ont bénéficié de services gratuits de santé maternelle, avec des naissances assistées par un personnel qualifié de praticiens des soins de santé.
- La capacité communale pour faire face à la nutrition renforcée dans 5 départements grâce à un soutien technique et financier pour le MSPP au niveau départemental en 2010.
- Création d'un mécanisme d'accréditation des ONG travaillant dans la santé.
- Renforcement de la surveillance épidémiologique grâce à l'alerte précoce.
- À ce jour, 20 projets du secteur de la santé avec un budget combiné de 333 millions USD ont été approuvés par la CIRH.
- Contribution de l'AFD à i) la reconstruction de l'Hôpital Universitaire-HUEH avec USAID à hauteur de 25M \$ chacun et ii) soutien au MSPP pour la santé maternelle dans quatre départements à hauteur de 5,5M€.

Réponse face au choléra:

- La stratégie de réponse nationale est effectuée par la structure inter-cluster dirigé par le MSPP pour assurer une réponse coordonnée, multisectorielle, qui en plus de santé, inclut l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la logistique et les télécommunications d'urgence.
- Le nombre de centres de traitement du choléra et des unités (CTC/CTU) substantiellement augmentés 12 à la fin octobre 2010 à plus de 200 (et 1 065 points de réhydratation orale) à partir de Juillet 2011. En addition, le nombre de lits dans la région de Port-au-Prince a été augmenté,

passant de 1400 en mai à 2500 lors du deuxième pic, bien que moins important, de l'épidémie en Juin 2011.

- La sensibilisation à la prévention du choléra et au traitement en collaboration avec la distribution d'articles de nettoyage a contribué à réduire l'incidence et les taux de mortalité et à atténuer l'impact de l'épidémie. Les messages sur le choléra ont aidé les communautés à reconnaître les symptômes, ce qui a abouti à un traitement plus précoce et à des cas moins graves, y compris parmi les populations déplacées. Des séances de promotion de l'hygiène, y compris la délivrance des messages qui ont souligné l'importance du lavage des mains ont été organisées dans 11 000 écoles à travers le pays (bénéficiant à 1, 5 million d'enfants et enseignants).
- D'octobre 2010 jusqu'à juillet 2011, 3000 tonnes d'aide pour le choléra, y compris des fournitures en eau et en assainissement, ont été transportés par le groupe de logistique sur 72 localités à travers le pays. Les produits distribués incluaient des sels de réhydratation orale afin de réhydrater rapidement les personnes malades et sauver leurs vies.
- Les partenaires ont travaillé avec le MSPP pour développer les capacités au niveau central et local pour des prestations de services préventifs et curatifs, la gestion de cas et des campagnes de prévention. Des répartitions de chlore en vrac pour le traitement des eaux urbaines à coté de dépistages systématiques de la qualité de l'eau et des opérations de traitement ont été réalisées en coordination avec la DINEPA (Direction Nationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement).
- Des pastilles de purification d'eau et du savon ont également été distribuées aux communautés, y compris les stocks d'urgence pré-positionnés avec le ministère de la Santé.
- Plusieurs partenaires qui avaient commencé à diminuer progressivement leurs réponses face au choléra avant le deuxième pic en juin 2011, ont réactivé les opérations. D'autres, particulièrement ceux impliqués dans le développement à long terme, ont réorienté leur prestation de soutien vers le développement des capacités des structures nationales afin de mieux gérer le type endémique de l'épidémie, et /ou la construction de systèmes d'assistance rapide pour étendre les services dans les zones touchées.

II. Défis et problèmes

Santé:

- Faible couverture et des inégalités importantes: 47% de la population n'a pas accès aux soins de santé, principalement en raison de barrières financières et géographiques (zones rurales). Réformer et reconstruire la gestion de la santé publique des infrastructures, notamment dans les zones rurales.
- Accroître l'appui au Ministère de la Santé dans le renforcement des systèmes de gouvernance.
- Faible niveau de financement et inefficiences du système de santé: l'importance du financement de la coopération internationale dans le financement de la santé pose également de sérieux défis en termes de fragmentation du système. Par exemple, les dépenses concernant le VIH / SIDA représentent deux fois l'ensemble du budget consacré à la santé publique⁴.
- Le grand nombre d'acteurs dans le secteur de la santé, pose des difficultés pour l'autorité nationale de santé (MSPP) pour établir un cadre réglementaire pour le leadership, la coordination et la gestion de système approprié. Renforcer les lois et les directives ainsi que la gestion et la supervision.
- Manque de ressources humaines (RH) et une faible productivité: besoin de former le personnel médical et de santé et offrir des rémunérations compétitives.
- Le plan de santé intérimaire, approuvé en mars 2010, souligne la nécessité de la continuité des services cliniques, la reconstruction des structures endommagées, l'accroissement de l'accès au financement et aux services de santé, le renforcement du secteur public et un encouragement pour les partenariats.

⁴ MSPP - PLAN INTERIMAIRE DU SECTEUR SANTÉ Avril 2010 – Septembre 2011

- Il est nécessaire de renforcer les programmes d'aide sociale, le traitement et la prévention de la malnutrition aiguë, et de cibler l'aide alimentaire appropriée pour les populations les plus vulnérables, notamment les personnes déplacées incapables de satisfaire leurs besoins alimentaires.

Choléra:

- Les graves lacunes dans la couverture des services de base en Haïti, en particulier l'eau et d'assainissement, font en sorte que les épidémies de choléra se produisent probablement de nouveau. À long terme, il est nécessaire de changer les comportements et de s'attaquer aux disparités urbaines / rurales et cela nécessitera des investissements soutenus dans la mobilisation sociale et l'intégration de la santé et de l'hygiène dans les programmes pertinents pour les enfants et pour les adultes.
- Elaboration d'une stratégie globale sur 5 ans qui inclut des stratégies départementales complémentaires et des plans de réponse d'urgence. Le soutien continu de la politique de décentralisation du gouvernement doit demeurer une priorité car elle vise à harmoniser les services et les investissements pour combler les lacunes et les inégalités qui exposent les communautés rurales aux risques d'épidémie majeure.
- Les données désagrégées pour l'analyse de genre dans l'épidémie de choléra n'ont pas été recueillies. Bien que les renseignements disponibles donnent une indication de la façon dont les hommes et les femmes sont différemment affectés par l'épidémie, les données indiquent que les enfants de moins de cinq ans et les personnes âgées sont particulièrement vulnérables. À l'avenir, inclure des données additionnelles sur les cas et les décès dans les communautés.

III. Perspectives

Quelques suggestions impactant la population en général et les groupes vulnérables en particulier sont mises en perspective dans les lignes ci-dessous en trois niveaux :

Renforcement du système de santé publique :

- Un modèle de financement des soins de santé défini par le Ministère de la santé, avec l'appui des donateurs en collaboration avec les ONG, est nécessaire pour assurer la pérennité des investissements en cours dans le secteur.
- Un programme solide visant à renforcer les capacités du MSPP à travailler en collaboration avec le MPCE dans l'enregistrement, le suivi, la supervision, l'évaluation et la coordination des interventions des donateurs et des ONG peut améliorer l'efficacité et réduire la duplication. Cette initiative peut capitaliser sur les efforts en cours au MSPP notamment au niveau de son UEP.
- La décentralisation et le soutien aux unités centrales devront être considérés et conçus avec la participation du Ministre et le personnel du Ministère suivant un modèle qui assure le renforcement des capacités sur le long terme au-delà de l'assistance technique classique et les sessions courantes de formation. De possibles thèmes à inclure sont la gestion des intrants, la formation en ressources humaines, l'administration hospitalière et la gestion des désastres, entre autres. Dans ce contexte de formulation de nouvelle vision et priorités par le nouveau Ministre, à l'échéance du plan intérimaire, les donateurs et les ONG devront être encouragés à aligner leurs actions sur ces priorités. L'engagement et la participation dans une table sectorielle active et forum MSPP-ONG peuvent servir de réel mécanisme d'appui au nouveau plan.
- Une revue du recrutement et des mécanismes de bénéfices et de compensations du personnel de santé devrait être entreprise afin de développer un système d'incitations qui permette de retenir la main d'œuvre qualifiée.
- Continuer à développer et améliorer les capacités de surveillance et d'évaluation du MSPP afin que les ressources ciblent les populations les plus à risque et vulnérables.

Service Clinique

- Tel que prôné par le département santé de la CIRH, un réseau intégré des sites cliniques avec les services de soins primaires liés aux hôpitaux s'avère nécessaire. Intégration de la prise en charge du choléra dans les services de santé de routine. Pour délivrer des soins aux défavorisés, des investissements dans des programmes de formation visant à renforcer et élargir l'effectif du personnel médical, notamment médecins, infirmiers, techniciens et professionnels de santé publique sont nécessaires. Beaucoup de programmes de formation sont proposés actuellement, une base de données de programmes ainsi qu'un forum de partage de leçons et bonnes pratiques pourraient être une réelle valeur ajoutée.
- Une emphase continue dans la restauration et le renforcement d'infrastructures ayant déjà des structures fonctionnelles ainsi que le maintien de l'exigence d'approbation du MSSP préalable à la mise en place de nouvelles structures et construction en absence de plan de pérennisation.

Prévention et santé communautaire

- Les succès des programmes de vaccination et SIDA doivent être maintenus et répandus pour un plus large impact national.
- Les maladies évitables notamment celles liées à l'eau peuvent être attaquées à travers une réponse intégré qui connecte « eau, assainissement et hygiène », épidémiologie, vaccination et traitement.
- Les efforts en cours pour le développement du secteur privé devront être accompagné de la promotion de la responsabilité sociale des entreprises afin de s'assurer que les victimes d'accident de travail ainsi que les travailleurs aient accès à des services de santé.
- Des travaux interministériels et intersectoriels devront être encouragés notamment dans les domaines de la nutrition, prévention d'accident, etc... Grace à la technologie d'aujourd'hui beaucoup de ces interventions peuvent être interconnectées, de l'utilisation du téléphone portable pour la santé à l'intégration de l'agriculture dans les programmes de nutrition.

IV. Sélection des Programmes Clés (source: MPCE / données du MGAE)

Programme 1

Titre du programme	Réponse d'urgence au choléra en Haïti
Donateur	Gouvernement des E.U. (Centers for Disease Control, USAID et Office of Transition Initiatives)
Les partenaires d'exécution	multiples (MSPP, ONGs locales, ONGs internationales, organisations multilatérales)
Financement	75 millions de dollar US déboursés au mois d'octobre 2011
Date d'achèvement	Pas de date définie

Programme 2

Titre du programme	Offrir des services de santé de base a 40% de la population haïtienne
Donateur	USAID
Les partenaires d'exécution	multiples (MSPP, ONGs locales, ONGs internationales, organisations multilatérales)
Financement	70-80 millions de dollar US par an (NB. Fonds réguliers non liés au supplément pour le tremblement de terre)
Date d'achèvement	Pas de date définie

Programme 3

Titre du programme	Renforcement du système de santé et de veille épidémiologique
Donateur	Brésil
Les partenaires d'exécution	PNUD
Financement	74,9 millions USD
Date d'achèvement	Juin 2012

Programme 4

Titre du programme	Organisation et rationalisation du secteur de la santé
Donateur	BID
Les partenaires d'exécution	MSPP
Financement	22,5 millions USD
Date d'achèvement	Juin 2013

Programme 5

Titre du programme	Accès gratuit aux services de santé
Donateur	Canada
Les partenaires d'exécution	OPS/OMS
Financement	20,7 millions USD
Date d'achèvement	Février 2012

Programme 6

Titre du programme	Construction d'hôpitaux aux Gonaïves
Donateur	Canada
Les partenaires d'exécution	
Financement	20,7 millions USD
Date d'achèvement	