

L'accès aux soins de santé en province et en milieu rural en Haïti

Jean-Marie Bernard

Résumé: L'objectif de cet article est de mettre en lumière l'état déplorable de la santé en Haïti à partir des données statistiques officielles nationales et internationales, mais aussi à partir de l'expérience réalisée par l'association GAMAH sur le terrain, notamment dans le département des Nippes, d'où l'énoncé du titre. Il recherche les causes d'une telle dégradation de la santé des Haïtiens dans les fondamentaux qui conditionnent son évolution et dans d'autres facteurs d'accompagnement, qu'ils soient économiques, culturels ou en rapport avec le défaut de gouvernance. Il insiste sur l'inégalité qui sépare le secteur urbain développé du secteur rural auquel on peut assimiler le secteur marginal des villes. Il propose aussi des solutions transitoires pour une amélioration au moins partielle de la situation tout en attendant de l'État haïtien l'application d'une politique sanitaire efficace au bénéfice de tous les ressortissants du pays.



Rezime: Objektif atik sa a se fè moun konprann nan ki sitiyouyon malouk sektè sante a ap madebat nan peyi a. Kondisyon malsite sa yo parèt nan estatistik ofisyèl nasyonal ak entènasyonal sou lasante, men yo viv yo tou nan asosyasyon GAMAH ki ap fonksyone sou teren an nan depatman Nip, se sa tit atik la demontre. Pou li konprann degradasyon lasante nan peyi a, atik la pral antre nan fondalnatal peyi a, kote sosyete a jwenn kap li; mete sou sa li pral gade tou nan reyalyite ekonomik la, reyalyite kiltirèl la, ak gouvènans la ki ap mache kòtakòt avèk lasante nan peyi a. Atik la pral met aksan sou inegalite li konstate nan mitan zòn devlope lavil yo, ak sektè riral la yo nou ka met ansanm avèk zòn majinal lavil yo. Atik la pral pwopoze yon seri solisyon kenbemen menmsi se pou yon pati nan popilasyon an, tan pou Leta ayisyen mete yon politik sante kòdyòm sou pye ki ap bon pou tout pitit peyi a.

1. INTRODUCTION

L'objectif de cet article est de montrer, à partir d'une expérience de terrain et sur la base des études statistiques tant nationales qu'internationales de la situation sanitaire haïtienne, que des actions concertées associant les professionnels de la discipline en Haïti et dans la diaspora aux responsables administratifs et institutionnels peuvent apporter une amélioration sensible de l'état sanitaire du pays. L'expérience de terrain a été menée par l'association GAMAH (Groupe d'appui médical à Haïti) créée en 2006 en France et déployée en Haïti dans le département des Nippes. Cette expérience reste relativement modeste dans le temps et l'espace mais nous a paru suffisamment riche pour nous fixer les idées sur les actions à envisager dans l'intérêt de nos compatriotes haïtiens en matière sanitaire. Les quelques propositions qui apparaîtront dans ce texte n'ont pas la prétention de résoudre l'ensemble des problèmes de santé que connaît le pays ni de servir de référence à la politique de santé dont l'élaboration et l'application sont la responsabilité régalienne de l'État. Elles se veulent une contribution à l'effort que doit réaliser la nation pour une meilleure prise en charge sanitaire de la population, en particulier des plus défavorisés de ses membres, que

l'on retrouvera notamment dans le milieu rural et dans les périphéries urbaines. Elles se veulent pour certaines d'entre elles provisoires, en attendant qu'une vraie politique sanitaire accompagnée des moyens qui la soutiennent puisse s'appliquer sur l'ensemble du territoire. Il faudra encore du temps, sachant que même les objectifs du Millénaire, relativement modestes en termes de développement, ne seront pas atteints en 2015, faute de moyens.

L'état sanitaire de la population haïtienne reste très préoccupant, comme le montrent tous les indicateurs de santé. Quelques chiffres indiqués dans le *Rapport mondial sur le développement humain 2007/2008* du PNUD en témoignent :

- Espérance de vie à la naissance : 59,5 ans
- Population sous-alimentée sans accès à l'eau potable : 57 % (PSNRSS¹, 2005-2010)
- Mortalité maternelle : 623/100 000 par éclampsie, hémorragie, dystocie, infection puerpérale
- Morbidité maternelle avec fistules vésico-vaginales, fistules recto-vaginales, prolapsus, infections chroniques : élevée ▶

1. Plan stratégique national pour la réforme du secteur santé.

- Naissance avec l'aide de personnel qualifié: 20 %²
- Femmes ayant un enfant à l'âge de 20 ans: 32 %³
- Contraception chez les femmes mariées: 22 %⁴
- Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans: 120/1 000, les survivants présentant à 60 % des perturbations physiques ou neuropsychiques
- Nombre de médecins: 25/100 000
- Nombre de lits d'hôpital: 1,44/1 000 habitants
- Dépenses publiques de santé: 2,9 % du PIB en 2004

Les causes générales de ce marasme sont connues et se rapportent à la faiblesse des moyens tant humains que techniques, structurels et financiers. En réalité, elles reprennent la problématique du sous-développement de façon caricaturale. Cette carence ne touche pas le territoire national uniformément et affecte de façon prioritaire la province et les zones rurales qui sont souvent vierges de toute structure sanitaire. Statistiquement, 40 % de la population rurale n'a pas accès aux soins de santé conventionnels.

Le problème sanitaire, cependant, ne se réduit pas à l'accès aux soins médicaux, mais se rapporte d'abord aux fondamentaux premiers de la santé que sont l'accès à l'eau potable, l'hygiène individuelle et environnementale, la nutrition, de telle sorte que toute pratique dans le domaine de la santé doit d'abord se préoccuper de la réalité de ces facteurs. D'autres facteurs connexes aggravent la situation sanitaire des Haïtiens, comme ceux qui concernent l'environnement, dont la dégradation est manifeste, l'éducation, dont une grande part de la population est exclue, les facteurs culturels, qui orientent souvent l'étiologie des maladies vers des causes surnaturelles, les détournant ainsi des prises en charge précoces et adaptées. Le facteur démographique agit aussi de façon négative sur la qualité de la santé avec une population rurale à 60 % bénéficiant peu de l'accès aux soins et une population urbaine concentrée à environ 50 % dans les bidonvilles où la promiscuité (1,5 m² par personne) joue facilement son rôle de transmetteur de germes. Le facteur économique est aussi un déterminant important avec un dénuement conduisant 72 % de la population sous le seuil de la pauvreté, vivant avec moins de deux dollars par jour (Unesco, 2009) tandis que 57 % dispose de moins de un dollar. L'incapacité de l'État à doter le pays d'institutions sanitaires fiables capables de procurer sur l'ensemble du territoire une offre de soins répondant aux besoins participe aussi à la dégradation de l'état de santé de nos concitoyens.

2. Population Reference Bureau (2002) et MNPI. Indice des composantes du programme maternel et néonatal. [En ligne] http://www.policyproject.com/pubs/MNPI/Haiti_MNPI.pdf

3. *Idem.*

4. *Idem.*

Devant de telles constatations, les membres de l'association GAMAH, après avoir tenté d'organiser une aide purement matérielle dès l'année 2006, notamment sous forme d'équipements, destinée à différentes institutions sanitaires du pays, ont décidé dans les suites immédiates de la catastrophe du 12 janvier 2010 de prolonger leur action en aidant à la prise en charge sur place des patients dans le département des Nippes. Ce groupe composé de professionnels de la santé en provenance de France (des médecins généralistes, des chirurgiens, un gynécologue-obstétricien, des infirmières générales, une infirmière anesthésiste, une sage-femme, un psychologue) était accompagné de trois techniciens de l'eau et de l'électricité émanant de l'association MARS affiliée au RATP (Réseau autonome des transports parisiens) qui devaient assurer une logistique fiable dans l'après-séisme. Notre but était d'organiser une permanence de nos professionnels sur place par un mouvement de rotation des membres de notre association auxquels devaient s'adjoindre en cours de déploiement d'autres volontaires. L'importance des besoins que nous avons constatés nous a en effet convaincus de la nécessité d'une continuité de notre action dans le domaine sanitaire pour un maximum d'efficacité, mais aussi du besoin d'ingérence dans un autre domaine qui est celui de l'éducation, comme appui à la pérennité des résultats que nous devons obtenir dans la santé. Nos interventions devaient se dérouler par ailleurs en accord complet avec les autorités sanitaires locales et en particulier avec le directeur sanitaire départemental et le directeur de l'hôpital départemental. La place des responsables politiques était aussi importante à l'appui de nos interventions en termes de logistique, en particulier pour le logement et le transport.

2. LE CONSTAT

Notre expérience de terrain dans le département des Nippes, limitée dans le temps et dans l'espace, ne nous a évidemment pas permis d'être exhaustifs dans le constat de la situation sanitaire en Haïti, où nous n'avons pas mené d'étude formalisée de la question. Toutefois, le caractère répétitif des pathologies rencontrées, quel que soit le lieu du territoire départemental, et des difficultés d'accès aux soins nous donne une idée assez juste de la situation sanitaire. Ce constat fera donc intervenir à la fois les données que nous avons obtenues sur le terrain et les données officielles des études tant nationales qu'internationales sur la santé en Haïti.

2.1 Les fondamentaux de la santé

a) L'eau

Le problème de l'eau, qui est l'un des plus cruciaux, se présente sous deux aspects différents, comme nous l'avons constaté lors de nos interventions :

- soit la pénurie d'eau par l'absence de source ou d'autre point d'eau à proximité des habitations. La population locale doit se déplacer sur des kilomètres, chargée de bidons, à la recherche d'eau. Cette activité pénible revient généralement aux femmes, aux enfants et aux adolescents, occupant une partie importante du temps qui est perdue pour d'autres activités plus constructives. Nous avons pu constater ce phénomène dans la commune de Paillant où l'eau potable libérée pendant deux heures par semaine le samedi après-midi par la mise en branle d'une pompe reliée à une nappe souterraine créait un afflux vers différents robinets mis à disposition chez quelques particuliers. Le caractère limité du temps de pompage était dû au manque de moyens financiers de la mairie pour se procurer le carburant nécessaire au fonctionnement de la pompe, sachant que la population ne voulait ou ne pouvait, pour la majorité, payer la faible redevance réclamée pour la maintenance et le fonctionnement du dispositif. Ajoutons que le réseau de distribution restait circonscrit à un secteur insignifiant de la commune, obligeant au déplacement sur de grandes distances la plus large part de la population.

Nous sommes allés visiter, à la demande d'un sénateur du département qui nous a d'ailleurs accompagnés, un secteur de la commune Petit-Trou-de-Nippes auquel on ne peut accéder que par la mer en l'absence de toute route ou de tout chemin. Il s'agit d'une presqu'île d'une dizaine de milliers d'habitants où ces fondamentaux de la santé étaient totalement absents. Une seule source d'eau captée s'est révélée saumâtre, donc non utilisable, à laquelle on suppléait par la récupération de l'eau de pluie. La population des enfants s'ébattait dans une importante mare boueuse installée au milieu du village en compagnie des porcs. L'habitat restait très précaire : une pièce au sol en terre battue, sans commodités, par famille, les besoins de défécation étant assouvis dans l'environnement immédiat par ailleurs pollué par des quantités importantes de déchets de toutes sortes.

- soit l'utilisation d'eau polluée ou non potable : sources non protégées qui sont potentiellement porteuses de germes pathogènes responsables de maladies infectieuses parfois graves, eaux de surface (ruisseaux, rivières, mares) utilisées directement pour les travaux domestiques, voire pour la boisson, qui restent des facteurs puissants de transmission de maladies. Le taux d'infection par le vibrion cholérique en 2010 et 2011 a été de 69/100 000 habitants (MSPP). Pour notre part, nous avons, sur une période de 3 mois, mis en évidence une vingtaine de cas de fièvre typhoïde dans une seule commune d'environ 30 000 habitants, avec un décès.

b) L'hygiène

Il existe une insuffisance d'hygiène corporelle et environnementale, elle-même largement liée au problème de l'eau,

notamment à sa carence, mais aussi à la précarité de l'habitat. Le faible statut économique de ces populations rurales rend compte de l'impossibilité d'améliorer et d'entretenir un habitat salubre et de s'assurer une hygiène corporelle qui nécessite un minimum de budget. Cinquante-quatre pour cent de la population totale ne dispose pas de toilettes ou de latrines, mais ce chiffre est nettement plus important dans le milieu rural. De très nombreux cas de gale et de pyodermites ont été mis en évidence dans nos consultations de même que la teigne, qui y est très répandue. Des plaies infectées ont aussi été vues quotidiennement.

c) La nutrition

Nous avons constaté un déficit nutritionnel pendant nos interventions dans l'arrière-pays avec cinq cas de MAS (malnutrition aiguë sévère) lors de notre première mission, mais surtout la dénutrition modérée avec des signes cliniques d'anémie et un déficit constitutionnel objectivable par la réduction de la taille et du poids des enfants par rapport à leur âge. Les familles rurales ne sont généralement pas en mesure de fournir à leurs enfants des repas bien équilibrés notamment en apports protéiques, l'insécurité alimentaire concernant autant le milieu rural que les bidonvilles du pays. Leur état nutritionnel reste donc défaillant.

Haïti est le deuxième pays après le Guatemala, en Amérique latine, où les enfants souffrent le plus de dénutrition (Le Matin, 2009).

L'association de ces déficits est directement responsable d'une grande part des pathologies rencontrées dans le milieu rural. Il s'agit :

- des maladies de la peau comme la gale, très répandue et atteignant même les nourrissons, la teigne couramment rencontrée chez les enfants, les pyodermes, etc. ;
- des parasitoses et en particulier le geohelminthose, dont on estime la population rurale atteinte à 90 % et responsable d'une aggravation de la dénutrition par la compétition des vers dans l'absorption des nutriments nécessaires au développement de l'enfant en particulier. Le paludisme à l'état endémique doit aussi son développement aux eaux de surface stagnantes disséminées dans la nature et favorisant l'éclosion des moustiques (prévalence de la malaria : 4,9 % ; MSPP, 2012). La filariose à l'état endémique est par ailleurs responsable de nombreux cas de handicaps ;
- des maladies infectieuses digestives généralement par contamination oro-fécale (diarrhée, fièvre typhoïde, choléra), uro-gynécologiques (vaginites, cystites) ;
- des infections respiratoires liées à la pollution environnementale et au manque d'hygiène de l'habitat précaire. L'exposition aux basses températures, surtout en montagne, sans la possibilité de se protéger avec des ►

vêtements adéquats joue un rôle important dans les affections respiratoires (prévalence de l'IRA chez l'enfant : 20,2 % selon le MSPP).

Toute une population, en particulier celle des enfants, se trouve affaiblie par cette association néfaste de déficits et de pathologies entraînant des retards de croissance, des troubles cognitifs avec réduction des capacités intellectuelles qui gênent l'apprentissage et compromettent l'avenir socioéconomique de l'individu. Il s'agit là d'un véritable problème de santé publique puisque la nation ne pourra pas réellement compter sur les performances d'une part importante de sa population qui sera plutôt à charge.

Au-delà de la question purement sanitaire, c'est aussi un problème de gouvernance générale, puisque des réponses peuvent être apportées à bon nombre de situations si tant est que la veille nécessaire au bon déroulement de toute activité publique relevant de l'autorité de l'État et des collectivités locales soit assurée. Si on considère le problème de l'eau, on constate qu'il y a de l'eau partout sur le territoire, mais que sa gestion peut se révéler parfois ubuesque. Seulement 10 % du volume d'eau présent dans le sous-sol est exploité, et seulement 23 communes sur 133 ont un accès à l'eau courante (MSPP, 2012). Dans un exemple qu'il nous a été donné d'apprécier, il apparaît qu'une large population ne bénéficiait pas de l'accès à l'eau dans une région donnée tandis qu'à proximité une fontaine déversait jour et nuit depuis des années des dizaines de milliers de mètres cubes d'eau dans la nature. Cette eau d'une très grande qualité tant sur le plan physique que bactériologique dégradait complètement la route et les terrains environnants pour aller se jeter dans la mer où elle faisait disparaître la ressource halieutique. La cause de ce gaspillage était une captation et une distribution défectueuses à travers des conduites de calibre trop étroit qui menaçaient de se rompre et obligeaient donc à réduire les pressions exercées en libérant l'eau en permanence du circuit. La résolution de ce problème technique aurait permis d'éviter les dégâts causés et surtout d'économiser l'eau dont pourrait bénéficier une grande partie d'une population en manque d'eau. Ce n'est là qu'un exemple parmi tant d'autres.

2.2 Le déficit des structures sanitaires

La réforme du système de santé en Haïti, qui peut être considérée comme un progrès dans la politique de santé du MSPP⁵, s'est axée autour du concept d'UCS (unité communale de santé). Cette approche procède d'une réflexion sur la notion de santé pour tous à travers le territoire, notion apparemment nouvelle dans la prise en charge des affaires de la nation. Cette orientation louable qui prend en compte l'ensemble des

territoires composant le pays ne peut avoir par ailleurs que des implications positives dans le développement d'Haïti, si tant est qu'elle puisse devenir réalité. Toute activité humaine, en effet, ne peut vraiment s'épanouir que dans un contexte de sécurité sanitaire globale incluant la sécurité médicale. Un malade est diminué dans son efficacité et sa productivité tandis que l'absence d'offre de soins dans une région donnée est un facteur négatif pour son attractivité et le développement d'activités nouvelles porteuses de progrès.

Ainsi, les notions de qualité des soins de même que de leur accessibilité sont censées placer les UCS au centre du dispositif sanitaire avec une architecture qui permette d'assurer la prise en charge obligatoire du patient au bon niveau d'efficacité.

Cette organisation qui est en devenir peut par ailleurs être un gage du développement provincial et rural, ou tout au moins sa condition, mais aussi un facteur de déconcentration de la zone métropolitaine en aidant à la fixation des populations locales.

Si la force d'une telle politique paraît évidente, elle n'en a pas moins des faiblesses, tout au moins dans l'état actuel de son déroulement, qui tiennent essentiellement au manque des moyens qui assureraient son application pleine et entière.

Cette organisation sanitaire se développe dans une pyramide à trois niveaux, les UCS étant au cœur et à la base du système en en constituant le socle. L'hôpital départemental et les hôpitaux universitaires forment respectivement les étages moyen et supérieur de l'ensemble.

L'UCS est elle-même divisée en deux étages :

- les SSPE (services de santé de premier échelon), comprenant les dispensaires et les centres de santé à lits ou sans lits, représentent la santé communautaire dont les missions reposent sur la prévention, la promotion sanitaire et les soins curatifs. Ces soins curatifs sont limités à un paquet minimum concernant les pathologies courantes non compliquées de l'adulte et de l'enfant et les grossesses et accouchements eutociques. Chaque SSPE couvre une population d'environ 10 000 habitants disséminés dans de petites agglomérations ou éparpillés dans l'arrière-pays, ne bénéficiant souvent d'aucun service public de proximité ;
- les HCR (hôpitaux communautaires de référence), qui sont les établissements de premier recours pour les SSPE et dont l'activité est surtout curative puisqu'ils développent des services de médecine, de chirurgie, de pédiatrie et de gynécologie-obstétrique. Ils sont installés dans les communes principales du département et possèdent une capacité d'hospitalisation avec en principe un lit pour 10 000 habitants. Ils desservent une population de 150 à 250 000 habitants.

5. Ministère de la Santé publique et de la Population.

L'intérêt de l'UCS réside surtout dans son mode de fonctionnement intégré qui, en reliant les différents établissements du SSPE au niveau supérieur de l'HCR selon une gradation dans l'offre de soins proposée, permet la prise en charge globale des problèmes de santé sur l'ensemble du territoire en déconcentrant au maximum l'activité médicale pour la placer au contact de la population. Ce fonctionnement sur un mode gradué est censé assurer la qualité et la sécurité des soins puisque les situations et les pathologies qui dépassent les compétences des SSPE doivent être automatiquement prises en charge par les HCR, possédant en principe les équipements nécessaires. Par ailleurs, l'organisation implique la société civile dans le fonctionnement de l'UCS à ses deux niveaux et est ainsi un facteur favorable à la cohésion sociale et à la promotion de l'éducation sanitaire.

Toutefois, ce système qui paraît adapté et performant en théorie trouve rapidement ses limites, voire son point de dysfonctionnement, dans la faiblesse des moyens dont dispose le secteur sanitaire en termes de personnel formé, d'équipements sanitaires, de matériel de base, mais aussi dans de nombreux facteurs limitants extérieurs à la santé proprement dite.

Pour le moment, on est loin d'atteindre l'objectif d'un SSPE pour 10 000 habitants et une bonne partie des centres de santé et des HCR fonctionnent grâce à l'intervention et au soutien d'associations de type ONG ou de dons provenant de l'international.

- Les HCR souffrent d'une pénurie de personnel médical, en particulier de spécialistes, et leur équipement est souvent précaire quand il n'est pas inexistant pour telle ou telle spécialité médico-chirurgicale. L'établissement central du département que nous avons fréquenté ne disposait pas d'un cardiologue, d'un pédiatre, d'un biologiste ou d'un radiologue. De toute manière, aucun service médical ne possédait les équipements et le matériel nécessaires à son fonctionnement. Le service de chirurgie et le bloc opératoire, puisqu'il faut l'appeler ainsi, ne bénéficiaient même pas d'eau stérile. Les implants chirurgicaux que nous avons offerts à l'établissement n'ont donc pas pu bénéficier aux patients et sont restés dans leur emballage, le seul orthopédiste de l'établissement, d'origine cubaine, se contentant de manœuvres d'immobilisation externe quel que soit le cas. D'autre part, la prise en charge de la patientèle est assurée surtout par des médecins stagiaires sans véritable pilotage, l'encadrement étant inexistant ou absent.
- Le caractère inconstant des budgets de ces établissements avec une masse salariale lourde jamais vraiment satisfaite est de nature à décourager les meilleures volontés avec des implications sur la qualité des services rendus à la population.

- Les moyens de communication en termes de routes reliant l'échelon des SSPE à l'établissement de recours sont généralement non carrossables pour la campagne profonde ou souvent impraticables pour les routes secondaires, notamment pendant les saisons des pluies, rendant caduque la notion même de recours. La quasi-absence de véhicules adaptés au transport de patients, en particulier en situation d'urgence, concourt un peu plus à précariser les résultats espérés de la réforme dans l'accès aux soins de ces populations retirées du pays.
- Enfin, la précarité de l'État lui-même et la faiblesse des budgets de la santé ne laissent pas entrevoir un fonctionnement optimum du système dans un délai raisonnable. L'État n'assure qu'un tiers des dépenses de santé avec 75 millions de dollars américains, dont 80 % assurent les salaires (année 2009-2010 selon le MSPP). L'investissement de l'État par personne en santé est de 40 \$ US en Haïti quand il est de 291 \$ US en République dominicaine et de 458 \$ US à Cuba.
- En outre, le pouvoir d'achat souvent insignifiant d'une grande majorité des populations de la province, des bidonvilles et du milieu rural ne lui permet pas, même en admettant une consultation médicale préalable, l'accès aux médicaments délivrés dans les quelques officines présentes dans ces territoires.

Il ressort de ces constatations que, quoique bien adaptée en théorie sur le plan géographique et en matière de politique de santé, la réforme ne peut assurer un réel progrès sanitaire tant que les moyens ne seront pas mis à disposition pour sa mise en application. De plus, rien ne permet de prévoir un changement substantiel de la situation à court ou à moyen terme à partir des engagements de l'État.

3. LES PROPOSITIONS

La gravité du problème nous conduit, sur la base de notre propre expérience, à faire quelques propositions qui devraient apporter une amélioration dans la prise en charge sanitaire de cette partie de la population. Ces propositions font appel à des principes et requièrent des moyens. Elles en appellent tout d'abord à une attention et à une considération toutes particulières envers les déterminants de la santé que sont l'eau, l'hygiène et la nutrition et qui à eux seuls conditionnent l'état sanitaire de la population en grande partie, comme nous avons pu le constater pendant nos prises en charge. Elles en appellent aussi à une prise de conscience aiguë des responsables institutionnels en même temps qu'à une mise en branle de l'action publique. Elles en appellent enfin aux efforts de la population en général et singulièrement de son contingent établi à l'étranger et composant la diaspora haïtienne. ►

3.1 Les principes

- Un effort conséquent des responsables civils et politiques dans l'amélioration de l'accès à l'eau et des mesures d'hygiène individuelle et environnementale.
- Le développement de l'éducation sanitaire.
- L'amélioration de l'offre de soins de base.
- La mutualisation maximale des moyens humains et techniques existants.
- L'utilisation et le développement des thérapeutiques traditionnelles.
- L'engagement fort des professionnels de la diaspora.
- La participation des populations.

3.2 Les moyens

A. Les fondamentaux

- a) Les moyens d'accès à l'eau sont connus. Il s'agit du creusement de puits, de l'installation de fontaines publiques, de l'installation et de l'extension des équipements d'adduction d'eau. Il s'agit aussi de s'assurer de la qualité de l'eau par la protection des sources et l'utilisation de produits de décontamination. Mentionnons également l'exigence de rigueur dans la gestion technique et financière des installations de captage et de distribution. La production et la distribution d'une eau potable de qualité dont l'accès est largement facilité sur l'ensemble du territoire permettront déjà une réduction significative des pathologies liées à l'eau tout en améliorant le confort de la population et son rendement économique par le gain de temps et d'énergie. Le rendement scolaire des enfants devrait de même s'améliorer puisqu'ils pourront mieux se concentrer sur leurs études. Le projet d'une Alliance pour l'eau, l'assainissement et l'hygiène en milieu scolaire lancé officiellement le 20 mars 2012 par le ministère de l'Éducation nationale, UNICEF et la DINEPA est à encourager et aura certainement des répercussions positives s'il est suivi d'effets (Le Nouvelliste, 20 mars 2012).
- b) La prise en charge des problèmes de l'hygiène générale et individuelle se fera au mieux par l'éducation sanitaire qui doit intervenir à l'école dès les premières années fondamentales. Les informations doivent aussi s'adresser au public adulte par l'intermédiaire des responsables communautaires et des associations. La sensibilisation doit porter en particulier sur la contamination féco-orale, les infestations parasitaires et l'hygiène individuelle et environnementale pour lesquelles l'individu peut avoir une action déterminante. L'aide à la construction de latrines privées et publiques participerait à la réduction de la contamination

des eaux de source et des cours d'eau en diminuant le risque de maladies infectieuses digestives, notamment.

L'hygiène dentaire est à prendre en compte de façon systématique quand on connaît l'état dentaire navrant de cette population rurale et des déshérités en général et ses conséquences sur leur santé. Une des solutions résiderait dans l'organisation de cliniques dentaires mobiles à l'aide de véhicules équipés assurant des rotations régulières dans les dispensaires et centres de santé pour des consultations et des gestes chirurgicaux de base. Il s'agirait là d'une offre gratuite de soins tant l'intérêt est grand pour la population.

- c) Les questions relatives à la nutrition s'avèrent plus complexes, faisant intervenir des facteurs économiques non maîtrisables dans le contexte actuel. Toutefois, la sensibilisation des familles et leur éducation à travers des réunions de village permettraient une utilisation mieux adaptée des ressources dont elles disposent. C'est la création de cantines scolaires qui apporterait la meilleure réponse à ce problème. En effet, une telle démarche généralisée sur le territoire répondrait non seulement au problème de sous-nutrition proprement dit, mais favoriserait aussi la fréquentation des écoles dans le milieu rural puisqu'elle lèverait une partie des charges pour les familles.
- d) L'information et l'éducation sanitaires doivent utiliser tous les moyens possibles en milieu rural et dans les zones urbaines périphériques. Les fêtes champêtres et les médias, en particulier la radio, sont des moyens de transmission de choix dans le monde rural. Nous avons pu en constater l'efficacité au plus fort de l'épidémie de choléra où le public qui avait aussi bénéficié de l'information par haut-parleurs et par les ondes était très au fait du comportement à adopter face à l'épidémie, qu'il a traversée quasiment sans dommages. *A contrario*, d'autres secteurs qui n'avaient pas été suffisamment informés ont vu des villages décimés par le choléra qu'ils attribuaient aux maléfices des hougans, lesquels ont payé en grand nombre de leur vie cette catastrophe sanitaire.

Le rôle des responsables communautaires ayant une certaine reconnaissance et une autorité dans le milieu sera important pour obtenir l'adhésion de la population aux campagnes à entreprendre. L'implication des responsables politiques doit être systématique sachant qu'ils portent la responsabilité d'un mandat qui leur a été confié par les populations locales. Certaines initiatives peuvent aussi favoriser l'engagement des populations, comme des concours de villages propres couronnés de prix. La mobilisation à travers des associations bien insérées dans les territoires est aussi un gage de pérennité des actions en faveur de la santé comme le club des mères, les comités locaux en tout genre. Les responsables ecclésiastiques catholiques ou protestants, voire certains péristyles vaudou, peuvent être mis à contribution pour atteindre de tels objectifs.

B. L'amélioration de l'offre de soins

La majorité, pour ne pas dire la totalité, des institutions sanitaires ne dispose pas des moyens nécessaires à l'offre du PMS (paquet minimum de services) qui leur est demandé, qu'il s'agisse des SSPE, qu'il s'agisse des HCR. Par exemple, nous avons pu observer dans un HCR un service d'urgence où on ne pouvait pas réaliser un ECG⁶, où les patients, toutes pathologies, tous âges et tous sexes confondus, étaient installés sur une plateforme en bois brut non recouverte d'un drap, voire un autre service où les patients étaient accueillis sur deux tables métalliques d'autopsie. Les bilans sanguins s'arrêtent souvent à un hémogramme et à une goutte épaisse, qui sont d'ailleurs réalisés en dehors des établissements, dans un laboratoire privé, à la charge bien entendu du patient. Les services de chirurgie et les blocs opératoires ne bénéficient d'aucune précaution réelle d'asepsie et l'eau qui y est utilisée n'est généralement pas stérile. Le matériel et les équipements sont soit inexistants, soit obsolètes ou inutilisables. Les exemples abondent d'insuffisances aussi criantes que nous n'aborderons pas pour ne pas alourdir notre exposé. Nous voulons seulement montrer l'importance et le niveau des besoins dans ce domaine de l'offre de soins dans nos établissements de santé.

Offrir un accès aux soins égal à nos populations est la responsabilité régalienne de l'État, mais nous comprenons que cet objectif ne peut pas être atteint dans un délai prévisible, ce qui nous rend aussi, à l'échelle de la société civile et dans la diaspora, comptables de la situation sanitaire.

a) L'amélioration des équipements et matériels de nos institutions peut bénéficier d'un programme de récupération qu'il est possible d'organiser avec les centres hospitaliers universitaires et les hôpitaux des pays occidentaux d'accueil de la diaspora après s'être assuré, par l'intermédiaire d'associations ou de structures adaptées, de l'innocuité et de l'efficacité de l'équipement. Nous avons ainsi aidé plusieurs établissements de type HCR ou SSPE par la fourniture de matériels et d'équipements de toutes sortes. Il convient que de telles démarches se fassent de façon collégiale en collaboration avec les responsables des institutions sanitaires et les professionnels de la santé appelés à utiliser les équipements après avoir validé les projets qui sous-tendent leur installation. Le risque en effet est l'abandon pur et simple des équipements et matériels importés s'ils ne répondent pas aux besoins exprimés et aux compétences locales tant pour leur utilisation que pour leur maintenance technique. Nous pensons cependant que, compte tenu des besoins de nos établissements de santé et des moyens dont disposent les établissements d'accueil des professionnels de la diaspora, cet échange de bons procédés n'est que légitime. Les frais inhérents à ce type d'activité devraient par

ailleurs être pris en charge par le MSPP ou le MHAVE⁷ de la manière la plus simple. Tout au moins, elle ne devrait pas générer des frais supplémentaires pour les organisateurs, en particulier par les redevances douanières.

b) Développement de certaines spécialités médico-chirurgicales dans les HCR et les hôpitaux départementaux (cardiologie, ophtalmologie, ORL, radiologie): Notre mission qui a suivi le séisme du 12 janvier 2010 nous a permis de découvrir, à côté des problèmes de traumatismes et de leurs séquelles, une très forte demande de la population des Nippes en ophtalmologie, en cardiologie et en ORL. Nous connaissons en effet la forte incidence des troubles de la vue débouchant souvent sur la cécité, en particulier dans les cas de glaucome. La cataracte, pathologie répandue en Haïti et relativement facile à soigner, pénalise une bonne partie de la population faute de spécialistes et d'équipements disponibles. Les examens oculaires réalisés par des spécialistes doivent permettre à des écoliers de bénéficier de lunettes de vue facilitant pour eux l'apprentissage et améliorer le confort des presbytes. Le développement de services de cardiologie dans les hôpitaux pourvus des équipements de base pour la spécialité favoriserait la qualité des diagnostics établis dans la discipline et par là même la qualité des traitements. Les besoins en radiologie sont criants et concernent déjà la présence d'un spécialiste et l'équipement basique d'un service pour la réalisation d'une radiographie simple.

c) Développement de la protection maternelle et infantile sur l'ensemble du territoire (soins prénatals, soins obstétricaux d'urgence, soins du post-partum, planification familiale): Cette activité sera la charge prioritaire des sages-femmes et des matrones, qui devront bénéficier d'une formation continue au même titre que les médecins gynécologues. La construction de nouvelles maternités à travers le territoire devrait permettre à un plus grand pourcentage de femmes de bénéficier d'une prise en charge adaptée et plus sécurisée, en particulier dans les cas de grossesses compliquées, et ainsi contribuer à réduire le pourcentage de décès maternels et de séquelles de l'accouchement.

d) La mutualisation des moyens est un impératif dans une activité où existe un tel déficit en moyens humains et techniques:

- organisation de cliniques mobiles dans les sections rurales et les bidonvilles avec la participation de l'ensemble des professionnels de la santé permettant d'aller à la rencontre du patient. Les consultations sont réalisées au mieux les jours de marché du lieu où, avec trois médecins et deux infirmières par exemple, nous avons pu examiner environ ►

6. Électrocardiogramme.

7. Ministère des Haïtiens vivant à l'étranger.

150 patients par jour avec l'appui des responsables communautaires sur le plan de la logistique;

- mise en commun des moyens humains privés, publics et de la diaspora pour l'organisation des consultations spécialisées dans les HCR. Des consultations spécialisées doivent être organisées dans les HCR et les hôpitaux départementaux dans les domaines de l'ophtalmologie, de l'ORL et de la cardiologie compte tenu de l'importance des pathologies qu'elles couvrent et de la part de morbidité dont elles sont responsables. À cet objectif doivent participer les spécialistes de la diaspora, qui recouvre le plus important contingent dans ces domaines;
 - création de réseaux à l'intérieur d'un territoire départemental mettant à disposition l'ensemble des professionnels et des moyens techniques disponibles dans une discipline donnée et apportant ainsi à toute la population le bénéfice des compétences du territoire. D'autres réseaux pour des activités plus pointues et spécialisées peuvent s'étendre entre les départements, voire entre les régions. Cette activité médicale sous forme de réseaux nécessite l'instauration de procédures et de protocoles de prise en charge demandant l'adhésion de tous les intervenants avec un chapitre juridique qui définit le rôle et les responsabilités de chacun. L'aspect financier doit évidemment être pris en compte sachant qu'une telle organisation augmente largement la charge de travail des professionnels de la santé.
- e) Développement des traitements traditionnels: Les compétences haïtiennes en matière de thérapeutique traditionnelle sont réelles. L'utilisation des plantes sous forme d'infusions, de bains, etc., permet à la population rurale de répondre au traitement de nombre de pathologies avec succès. Les traitements traditionnels sont d'ailleurs reconnus et largement utilisés dans de nombreux pays, notamment en Asie, et font l'objet de recherches dans les pays occidentaux. Citons par exemple la spiruline comme complément nutritif, la quinine et l'artémisinine dans le traitement du paludisme, la camomille, le romarin pour leurs vertus anti-inflammatoires, la mélisse et l'aubépine dans le traitement de l'hypertension artérielle essentielle, etc. Nous connaissons aussi la place des vermifuges dans le traitement des infestations parasitaires.

On peut ainsi, après étude pharmacologique avec l'aide des promoteurs de ces traitements, mettre en place un classement des plantes sur la base de leurs propriétés, codifier leur utilisation dans les pathologies les plus courantes et proposer la création de jardins médicinaux sur le territoire. La création de jardins médicinaux dans le milieu rural permettrait la diffusion de ces nouveaux traitements tout en valorisant ce milieu rural devenu producteur et en facilitant l'accès aux soins devenus plus accessibles à l'ensemble de la population. Le rôle que peuvent jouer ici

les chercheurs haïtiens dans le domaine pharmaceutique paraît assez exaltant.

- f) Amélioration de l'accès aux structures de santé: Le déplacement vers un établissement de santé constitue en soi une épreuve pour le paysan qui doit souvent affronter des heures de marche dans des terrains peu accueillants pour atteindre une route où passent de façon aléatoire des véhicules de transport mal équipés sur des routes défoncées. L'arrivée dans l'établissement se fait dans une cohue indescriptible où le patient se fatigue et risque d'ailleurs un refus de prise en charge devant la fermeture de l'accueil pour cause d'horaire dépassé. Ce facteur négatif, joint aux difficultés financières de cette population, détourne souvent le patient des établissements de santé conventionnels.

Le réseau de communication du secteur rural est fait essentiellement de sentiers et de quelques routes secondaires défectueuses dont la praticabilité, en particulier en période de pluie, est pour le moins hasardeuse quand elle n'est pas tout simplement dangereuse. Il n'est pas rare de croiser dans la campagne un convoi fait d'une chaise soulevée par quatre porteurs d'un patient accablé non seulement par sa pathologie, mais encore par l'agression des éléments que sont le soleil tropical ou la pluie tropicale, voire les moustiques. Le malheureux ne fait souvent pas les frais de ce voyage. Outre ces cas d'urgence, l'accès à un service spécialisé connu dans un territoire fait parfois traverser toute une région à pied ou à dos de mulet par des enfants ou des personnes âgées. De telles situations sont difficilement tolérables à notre époque.

Le réseau de communications rural restera encore déficient pour longtemps. C'est pourquoi nous proposons, en attendant, d'adapter les moyens de transport aux insuffisances du réseau en utilisant des véhicules capables de sillonner le monde rural. Il s'agit par exemple de concevoir et de construire un habitacle qu'on peut fixer à une motocyclette ou à un tricycle et qui permet de transporter un patient en position demi-assise, voire couchée dans certains cas. Le génie haïtien nous semble capable de produire un tel engin qui pourrait d'ailleurs rendre d'autres services à la population. Dans le même temps, on pourrait envisager la création d'un corps d'ambulanciers de brousse auxquels on fournirait quelques notions de base sur l'urgence et sa prise en charge.

- g) La place de la diaspora: La diaspora haïtienne devrait tenir une place éminente dans le dispositif sanitaire haïtien, singulièrement en province et dans le milieu rural. Cette diaspora, en effet, est extraite en grande partie de ce tissu provincial et rural et y conserve d'ailleurs des attaches familiales très fortes. Elle y fait des voyages, y passe des séjours de vacances, y développe parfois des activités économiques, y construit des logements personnels et projette

parfois d'y passer ses années de retraite, toutes raisons pour elle de voir s'y développer l'offre de soins de santé. Les compétences et les moyens dont elle dispose en font un partenaire de choix dans les efforts d'amélioration de la santé en Haïti. D'autres sociétés intègrent les compétences et les capacités de leur diaspora en vue de favoriser leur développement. C'est le cas de nombreux pays de l'Asie du Sud-Est et du Moyen-Orient, où les *returnees*, professionnels ayant acquis leur expérience à l'étranger, reviennent sur la terre natale mettre cette expérience au service des leurs (Blog Le Monde, 2012). La prise en charge de tels professionnels volontaires de la santé pourrait être organisée par le MSPP qui d'ailleurs devrait faire les recommandations nécessaires pour orienter les membres de la diaspora vers tel ou tel lieu et dans telle ou telle spécialité.

Les professionnels de la santé de la diaspora doivent être impliqués directement dans l'offre de soins selon des formules et des modalités diverses :

- participation à l'équipement et à l'organisation des établissements de santé. Leur position dans les pays d'accueil et leurs institutions sanitaires peut favoriser grandement cette action ;
- participation à la mise en place et au développement des spécialités médicales en appui à la Faculté de médecine et au MSPP ;
- formation médicale et paramédicale par l'organisation de cours sur place en évitant autant que possible les voyages à l'étranger. Ces cours donnés par un groupe de professionnels de la diaspora peuvent regrouper des professionnels de plusieurs établissements de santé d'une région donnée et se dérouler dans le temps sous forme de campagnes renouvelables avec une rotation dans les régions ;
- participation à la maintenance préventive et curative des appareils et équipements biomédicaux pour les professionnels de ces disciplines, avec parfois l'aide de leurs collègues des pays d'accueil. En effet, très peu de compétences se trouvent en Haïti dans ce genre d'activité et une telle démarche pourrait permettre d'assurer la formation de nos compatriotes, évitant à l'avenir la perte de matériels parfois très coûteux à l'occasion de pannes parfois bénignes.

Les autres membres de la diaspora hors du système de santé peuvent constituer des ressources financières en appui aux projets engagés avec les professionnels de la santé. La gestion financière dans une telle perspective devrait être stricte et l'information, ouverte et organisée auprès de tous les donateurs.

L'atteinte d'un tel objectif suppose une organisation plus intégrée de la diaspora où se démènent avec plus ou moins d'efficacité des centaines d'associations se déployant dans des activités de tout type, les plus habituelles travaillant

dans les domaines de la santé, de l'éducation et de l'agriculture. Des regroupements par thème ou par origine géographique s'avèreraient constructifs et plus efficaces sur le terrain par mutualisation des moyens. Cela a été le cas de l'association GAMAH en France et de Haïti Help Med aux États-Unis sur la base d'une communauté d'extraction de leurs leaders dans les Nippes, collaboration qui sera certainement approfondie à l'avenir.

Le GRAHN pourrait peut-être se donner à terme cet objectif d'organisation des associations de la diaspora en vue de quelques actions d'envergure devenant efficaces sur le terrain.

- h) La place des responsables de terrain : Aucune action ou intervention d'importance ne peut se réaliser en dehors des responsables administratifs territoriaux et des représentants des populations locales. L'appui du politique peut même s'avérer nécessaire dans pas mal de situations. Il est d'ailleurs important de prendre connaissance des différents projets déjà envisagés sur place et en particulier de connaître les plans de développement communaux qui expriment les besoins et les projets des populations et qui sont une obligation dans l'application de la politique de décentralisation. Une telle attitude est *a priori* un gage d'adhésion des populations locales aux efforts de développement.
- i) La place des responsables nationaux : Les questions concernant le budget accordé à la santé dans l'économie nationale, la dotation du système en ressources humaines formées et le maintien de ces ressources dépendent directement du pouvoir exécutif qui propose et du pouvoir législatif qui vote. Nous savons que le pourcentage du budget accordé à la santé en Haïti est relativement faible par rapport à celui d'autres pays comparables sur le plan économique et du développement, ce qui explique aussi la faible rémunération des professionnels de la santé. Nous avons pu constater d'ailleurs combien était puissant l'attrait qu'exerçaient sur eux les établissements étrangers. Comment assurer le maintien en poste des cadres et du personnel quand ils n'ont pas l'assurance de percevoir leur salaire à la fin du mois ? Le maintien des professionnels passe obligatoirement par une amélioration très nette de leur condition socioéconomique, donc par une augmentation sensible du budget de la santé, ce qui est la responsabilité de l'État haïtien.

4. CONCLUSION

Tous les observateurs sont d'accord pour avancer que l'état sanitaire d'Haïti est préoccupant, voire alarmant. Cette situation qui perdure, liée à de nombreuses autres déficiences en matière d'éducation, d'environnement et de gouvernance, ►

peut avoir des conséquences redoutables pour la nation. De nombreux protagonistes se sont ainsi détournés de la solidarité nationale, voire de leur haïtianité, n'attendant plus de solution pour le pays. Les nombreuses demandes qui nous ont été formulées pour une aide au départ en témoignent.

Nous avons exposé, de manière certes incomplète, les problématiques du domaine de la santé en Haïti et les causes de cette situation qui nous paraissent les plus fondamentales. Citons, en résumé :

- la misère économique, autant des individus que de l'État ;
- la faiblesse des fondamentaux de la santé que sont l'eau, l'hygiène et la nutrition dans l'ensemble du pays, mais de façon encore plus marquée dans l'arrière-pays et dans les zones marginales de nos villes ;
- le manque de moyens humains et techniques dans nos établissements de santé ;
- le manque d'investissements de l'État dans le domaine sanitaire ;
- la question culturelle dans l'interprétation de la maladie et de ses causes.

Sans prétendre vouloir élaborer une politique sanitaire quelconque, nous avons aussi fait des propositions de solutions transitoires à un certain nombre de problèmes dans l'attente de l'application d'une vraie politique de santé sur l'ensemble du territoire avec les moyens adéquats. Nos propositions essaient de répondre aux insuffisances détectées au cours de notre expérience de terrain en s'attaquant à leurs causes directes ou indirectes.

La santé, qui est à la fois un bien individuel et un bien commun, nous interpelle tous et son maintien requiert toute notre adhésion et tout notre investissement, que nous soyons professionnels de la santé, responsables institutionnels, politiques, communautaires ou simples citoyens, sur le territoire national ou dans la diaspora. L'effort à déployer est important pour tout le pays mais encore davantage pour les zones les plus défavorisées que sont l'espace rural et les zones périphériques des villes. Il fut une période héroïque où Haïti a montré au monde les prouesses dont elle était capable. L'heure est venue de réitérer cet exploit puisqu'il est question de l'existence même de la nation haïtienne. ■

BIBLIOGRAPHIE

- ALPHONSE, Roberson (2011). « Ne tombez pas malade! », *Le Nouvelliste*, 23 août.
- BLOG LE MONDE (2012). « Diasporas créatives/2. Du rôle des étrangers », *scoop.fr*, 4 décembre.
- GAMAH (2010). *Compte rendu d'activité de l'association*, mars.
- JÉRÔME, Jean Pharès (2012). « Grand'Anse: la santé mal lotie », *Le Nouvelliste*, 9 avril.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION (MSPP) (1998). *La Réforme du système de santé*, MSPP.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION (MSPP) (2012). *Politique nationale de santé*, MSPP, juillet.
- ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ et ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OPS/OMS) (2005). *Le défi d'Haïti. La santé: un droit pour tous*, Washington, D.C.
- PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT (PNUD) (2007). *Rapport mondial sur le développement humain 2007/2008*, La Découverte.
- « Dénutrition – Étude – Quand Haïti mesure le coût social et économique de la dénutrition », *Le Matin*, 11 septembre 2009.

Jean-Marie Bernard est président fondateur de l'association GAMAH (Groupe d'appui médical à Haïti) qui intervient surtout dans le département des Nippes. Il a le titre de chirurgien des hôpitaux de France, pays où il a réalisé ses études médicales et chirurgicales. Il a été chef du Service de chirurgie générale au Centre hospitalier du Nord-Mayenne pendant quinze ans et président de la Commission médicale de cet établissement pendant dix ans. Il fait partie de la Réserve sanitaire pour les catastrophes et participe à la mission de dépistage du cancer du sein en France dans le département de l'Hérault. ajm.bernard@wanadoo.fr



**KOPIVIT-LAKSYON SOSYAL
LIBRERI-EDISYON**
102, Laflè Dichèn, Pòtoprens Ayiti
Tel: +(509) 2940-1010 / 2940-1011 / 3736-3224
www.lactionsociale.com