

**Organisation Panaméricaine de la Santé /
Organisation Mondiale de la Santé
(OPS/OMS)**

**Développement Durable et
Santé Environnementale
en Haïti**

Proposition pour la Mobilisation de Ressources

Port-au-Prince, novembre 2003

Sommaire

Introduction.....	03
1. Salubrité des Établissements de Santé	
Assainissement global, sécurité sanitaire, prévention et gestion des risques dans les hôpitaux et centres de santé publics.....	13
2. Accès à l'eau potable et à l'assainissement	
2.1 – Croissance de la couverture des besoins en eau potable et construction de latrines surtout en milieu rural et dans les zones marginales urbaines.....	16
2.1.1 – Eau potable.....	21
2.1.2 – Evacuation des eaux usées et des excréta.....	22
2.2 – Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme national et de projets locaux de gestion des déchets solides.....	23
2.3 – Contrôle de la qualité de l'eau de boisson et protection des sources.....	24
2.4 – Contribuer pour le renforcement de la performance du secteur de l'eau potable et de l'assainissement de base (EPA).....	26
2.4.1 – L'articulation des efforts, la coordination et la réforme du secteur.....	30
2.4.2 – Le renforcement des capacités du secteur.....	30
3. Promotion de la santé dans le milieu scolaire	
Développer les <u>Écoles Promotrices de la Santé</u> en Haïti, les dotant de blocs sanitaires .	31
4. Promotion des milieux favorables à la santé (sites salubres)	
4.1 – Actions et plaidoyer pour le développement <u>d'espaces salubres</u> et de <u>styles de vie favorables à la santé</u>	36
4.2 – <u>Inspection sanitaire</u> et <u>salubrité des aliments</u>	40
4.3 – Prévention et gestion des risques biologiques et chimiques pour la santé liés à l'environnement.....	41
5. Renforcement Institutionnel et Formation de Ressources Humaines	43
Données sur la situation sociale et sanitaire d'Haïti et des pays prioritaires.....	45
Bibliographie.....	48
Liste des sigles et abréviations.....	50

Domaine de Projet : Environnement Salubre et Promotion de la Santé

Introduction



Haïti est le troisième plus grand pays de la Caraïbe, soit en superficie (27.500 km²), soit en population (8,2 millions d'habitants), après Cuba (111.000 km² et 11 millions d'habitants) et la République Dominicaine (48.400 km² et 8,7 millions d'habitants).

Empruntant au langage de la santé publique, on pourrait dire qu'après la longue dictature des Duvaliers (1953-1986) l'instabilité politique en Haïti a été endémique avec des poussées épidémiques, comme le montre cette chronologie :

1986-1990 : Transition démocratique tumultueuse (4 coups d'état en 4 ans) ;

1991 (janvier) : Tentative avortée de coup d'état pour empêcher l'investiture du Président Aristide, le premier élu démocratiquement.

1991 (septembre) à 1994 (septembre) : Coup d'état suivi par régime militaire. Pays bloqué par embargo international.

1994 (octobre) : Retour au pouvoir du Président élu.

1995 : Extinction des forces armées.

1996 : Nouveau Président élu démocratiquement.

1997 : Pays passe à être dirigé par un gouvernement non approuvé par le Parlement.

1999 (janvier) à 2000 (mai) : Pays gouverné sans Parlement, déclaré caduc.

2000 (21 mai) : Elections législatives contestées.

2000 (26 novembre) : M. Aristide élu Président pour un nouveau mandat (élections boycottées par l'opposition).

1997-2003 : Paralysie du Parlement et gel de l'aide internationale dont le pays est très dépendant.

2004 (février) : Départ prématuré du Président Aristide, à la suite d'une insurrection populaire.

Ces contraintes politiques ont eu des conséquences fâcheuses, voire désastreuses, pour l'économie, la situation sanitaire ou les conditions de vie de la population.

Des problèmes structurels chroniques, comme la faiblesse de l'Etat ou l'insuffisance des investissements, ont toujours durement freiné les efforts de redressement.

Le pays produit aujourd'hui la même quantité de biens et de services qu'il y a vingt ans, avec une population qui entre-temps a augmenté de 80%.

Le PIB par habitant est aujourd'hui voisin de US\$ 480. Il a régressé de 2,5% par an tout au long de la décennie 1991-2000.

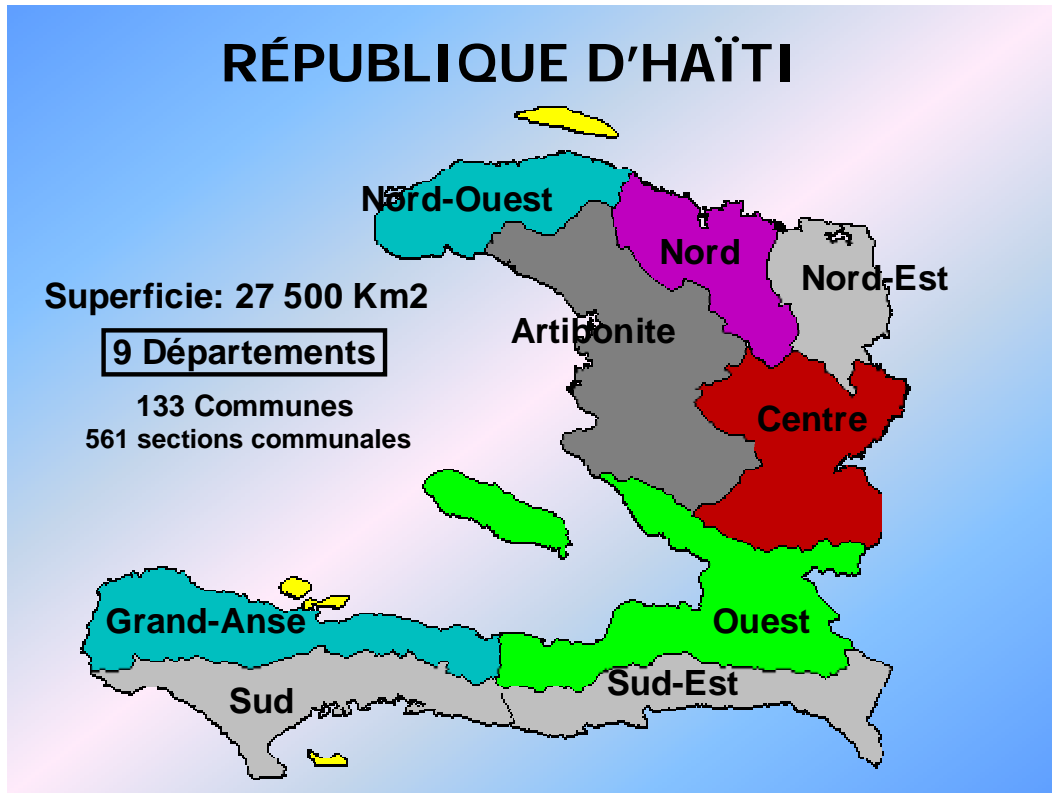
Plus de 25% de la population vit dans l'aire métropolitaine de Port-au-Prince qui a un taux annuel de croissance de 6,6%, alors que la moyenne nationale est de 2,05%. 67.43% de la population vivent dans les zones rurales. L'exode rural produit la "bidonvilisation" accélérée des centres urbains.

Après le renvoi du parlement, en juin 1997, l'aide externe a été gelée et les acteurs internationaux ont toujours lié sa reprise à la conclusion d'un accord politique pour la normalisation du fonctionnement des institutions.

Les négociations pour trouver une issue à la crise semblaient trouver un terrain d'entente autour de la Résolution n° 822 adoptée par l'Organisation des Etats Américains (OEA), le 4 Septembre 2002, prévoyant la réalisation d'élections législatives.

Mais, les positions inconciliables entre l'opposition et le parti au gouvernement, qui exerçait un pouvoir sans partage, ont conduit, à la fin de 2003, à une

impasse politique et à une crise insurrectionnelle qui a débouché sur le départ du Président de la République et l'installation d'un gouvernement provisoire.



La République d'Haïti est subdivisée administrativement en 9 départements – d'une population comprise entre 500 000 habitants (Nord Ouest) et 3 millions d'habitants (Ouest) – subdivisés en 41 arrondissements d'une population moyenne de 200 000 habitants, 133 communes d'une population moyenne de 64 000 habitants et 561 sections communales d'une population moyenne de 15 000 habitants.

La coopération technique de l'OPS/OMS

Toutes les analyses concernant les problèmes de santé en Haïti, selon l'OPS, s'articulent autour de 5 thèmes qui résument les difficultés principales auxquelles il faudra faire face :

- **Un environnement fortement dégradé en lien avec une pauvreté souveraine.**
- **Une capacité d'analyse faible en lien avec un système d'information défaillant.**
- **Une forte prévalence des maladies immuno-contrôlables et transmissibles.**
- **Un système de santé peu performant en manque de ressources humaines et de gouvernance.**
- **Une absence d'agenda consensuel sur le moyen terme et une dépendance externe très forte.**

Les domaines de Projet sur lesquels travaille la Représentation de l'OPS/OMS en Haïti, dans le programme biennal 2004-2005, son budget régulier global et celui de chaque projet, ainsi que les respectifs pourcentages sont présentés dans le tableau ci-dessous :

HAÏTI – BPB 2004-2005		
Projets	Budget (US\$)	%
1. Développement du Système et Services de Santé.	290,139.00	12,8
2. Salubrité de l'Environnement et Promotion de la Santé.	541,400.00	23,8
3. Prévention et Contrôle des Maladies et Problèmes Prioritaires de santé.	576,096.00	25,3
4. Développement, Administration et Coordination des Programmes.	465,200.00	20,5
5. Epidémiologie, Analyse et Surveillance des Maladies Transmissibles.	401,265.00	17,6
GRAND TOTAL	2,274,100.00	100

Le tableau suivant montre l'évolution des projets de la Représentation d'un programme biennal (2002-2003) à l'autre (2004-2005) :

Haïti

Projets de la Représentation

1. Développement du Système et Services de Santé.

2. Programme d'appui aux services de santé de base et VIH/SIDA.

3. Appui aux Services de Santé de Base et VIH/SIDA(BID).

4. Environnement Sain et Promotion de la Santé.

5. TCC Cuba Haïti Assainissement global des UCS d'Aquin et Port Salut.

6. Prévention et Contrôle des Maladies et Problèmes Prioritaires de Santé.

7. Initiative de réduction de la Mortalité Maternelle en Haïti.

8. Renforcement de la gestion du PNLT.

9. Développement, Administration et Coordination de Programmes de Pays.

10. Besoins sanitaires urgents dus aux inondations survenues au sud d'Haïti, en juin 2002.

11. Epidémiologie, Analyse et Surveillance de la Santé Publique.

1. Développement du Système et Services de Santé.

2. Salubrité de l'Environnement et Promotion de la Santé.

3. Prévention et Contrôle des Maladies et Problèmes Prioritaires de santé.

4. Développement, Administration et Coordination des Programmes.

5. Epidémiologie, Analyse et Surveillance des Maladies Transmissibles.

BPB 2002-2003

BPB 2004-2005

Le travail de la Représentation de l'OPS/OMS en Haïti, dans tous les domaines de projet, est orienté par les principes stratégiques et les défis de la coopération définis par l'Organisation, comme suit :

Les principes stratégiques :

- La **coopération de proximité** sera privilégiée. Elle suppose un appui technique direct, personnalisé et continu qui se fonde sur un partage d'expérience. Elle doit favoriser le renforcement des capacités du partenaire pour atteindre un objectif précis dans les différents domaines d'interventions.
- La mise en oeuvre d'**expériences de référence** permettra de concrétiser les dispositions de la coopération de proximité. Elle doit viser l'intégration pratique des différentes activités menées par la Représentation et le renforcement des structures de santé concernées par l'expérience de référence. Une expérience dûment documentée et publiée doit contribuer au leadership technique de l'Organisation.
- La **construction d'alliance et de partenariat** sera systématiquement recherchée. Elle vise à développer un consensus autour d'une vision des problèmes et va contribuer à l'élaboration d'approches stratégiques communes nécessaires pour l'élaboration d'un agenda national de santé.
- Le **travail en équipe** et l'**approche pluridisciplinaire** doivent constituer le mode de fonctionnement ordinaire au sein de la Représentation. En plus de sa pertinence méthodologique, liée au caractère multi factoriel des problèmes de santé, cette approche va bénéficier à la mise en oeuvre des expériences de référence. Elle permettra au niveau local où se situe l'expérience de bénéficier directement de l'encadrement technique qui fait souvent défaut. La pratique du travail multidisciplinaire doit aussi favoriser les activités de recherche qui font partie de notre mandat.

Les défis de la coopération :

- Le passage d'une **planification et une attribution des ressources par programme** vers une planification et une attribution des ressources **par problème prioritaire**.
- Le passage d'une perspective atomisée avec des priorités diverses à une **vision plus intégrée** avec des **objectifs communs entre les domaines de projet**.
- Le passage d'une coopération centralisée à une **déconcentration** au moyen d'expérience de référence.
- Le passage d'une coopération isolée à la **construction d'alliance** pour la santé.
- Améliorer notre **capacité de proposition technique et de réflexion** dans chaque domaine de projet.
- Améliorer les **conditions matérielles** pour rendre la coopération plus effective.

Les activités de la Représentation essaient aussi d'inscrire les priorités de l'Organisation dans les défis prioritaires du pays, dans les objectifs du Ministère de la Santé et de la Population – MSPP et dans les engagements pour le millénaire.

Priorités du Pays : Les objectifs du MSPP

Le MSPP a élaboré un Agenda pour l'Action 2002-2003 structuré autour de 5 champs d'action prioritaires et qui sont les suivants :

- **La santé de la femme, avec une attention particulière pour la réduction de la mortalité maternelle dont la mise en oeuvre du programme devient le modèle organisationnel (idéal) du système de santé.**
- **La santé de l'enfant, avec une attention particulière pour la réduction de la mortalité infantile.**
- **Le contrôle du VIH/SIDA.**
- **Le contrôle de la tuberculose.**
- **Le contrôle de la malaria et de la filariose.**

De plus, certaines actions plus spécifiques sont également présentées comme des priorités du Ministère :

- **Revitalisation des hôpitaux et organisation des urgences médicochirurgicales.**
- **Renforcement des services de santé de premier échelon.**
- **Mise en place d'un réseau ambulancier national.**
- **Développement d'un système d'information sanitaire.**

Objectifs du Millénaire

Parmi les 8 Objectifs du Millénaire pour le Développement, dont 4 sont directement en rapport avec le mandat d'activités de l'OPS/OMS, les actions de l'Axe Environnement sont plus directement impliquées dans l'un d'entre eux et indirectement dans les autres 3.

D'une part, plus directement sur l'objectif "d'assurer un environnement stable et de qualité et en particulier de réduire de moitié la proportion de personnes vivant sans accès à l'eau potable d'ici l'an 2015", ce que signifie pour Haïti réduire à 25% l'actuelle proportion se situant aux alentours de 50%.

D'autre part, les activités liées à la salubrité de l'environnement sont impliquées et ont des retombées dans les objectifs de réduction de la mortalité infantile, de la mortalité maternelle et d'arrêt de la propagation des maladies comme le sida et la malaria.

Les activités se rapportant aux milieux salubres sont aussi directement concernées par un objectif additionnel, introduit par le Sommet Mondial de Jo-

hannesburg (août 2002), consistant à "réduire par demi la proportion de gens sans accès à système sanitaire de base", avant 2015.

Rôle du secteur santé dans les questions d'environnement

« La santé environnementale comporte les aspects de la santé humaine et des maladies qui sont déterminés par l'environnement. Cela se réfère également à la théorie et à la pratique de contrôle et d'évaluation dans l'environnement des facteurs qui peuvent potentiellement affecter la santé. (OMS, 1990) »

Dans la plupart des pays de l'Amérique Latine et de Caraïbes jusqu'à récemment les questions d'approvisionnement en eau potable des populations, l'assainissement de base et celles de protection de l'environnement relevaient directement de la responsabilité du secteur santé.

Ces questions étaient classées alors comme du ressort de la "défense de la santé publique".

Effectivement, même si le développement des administrations publiques est allé dans le sens de la spécialisation des services rendus aux citoyens (création de nouveaux ministères, comme celui de l'Environnement) ces problèmes liés à la dégradation et à la salubrité des milieux sont restés de grand intérêt pour la santé publique, reconnus en tant que "facteurs déterminants de l'état de santé" des populations.

Il est certain que des sujets comme par exemple le contrôle de la qualité de l'eau de boisson et des aliments, l'hygiène des lieux publics ou la promotion des milieux favorables à la santé continuèrent d'être traités par les organismes de santé.

D'autres questions, assez connexes, concernant la construction et l'opération de systèmes d'eau potable, d'évacuation des eaux usées et des excréta, de gestion des déchets ou de contrôle des pollutions, même passées sous la responsabilité de nouveaux acteurs, restèrent, compte tenu des risques que représentent pour la santé publique, soumis aux normes et au regard attentif des autorités sanitaires et des leurs pouvoirs de police sanitaire.

Dans ces domaines-ci, ceux des questions de l'environnement, le secteur santé a gardé des responsabilités certaines, qui ont trait à la promotion de la santé, à l'éducation sanitaire, à la prévention des maladies, mais aussi à des actions de plaidoyer et de concertation intersectorielle, pour faire croître l'offre de ces services, tout en gardant son droit de regard pour assurer une protection adéquate de la santé et de la qualité de vie.

Ainsi, une nouvelle approche s'est développée soit au niveau des organismes internationaux, soit à celui de maints pays, dans le sens de voir la santé bien au-delà des limites des actions purement médicales.

Cette approche essaye de mettre en avant les rapports entre les conditions de santé et l'environnement physique et psychosocial, pour atteindre la sécurité et le développement humain soutenable.

Une telle vision des problèmes et des interventions de santé, centrée sur les rapports entre le développement durable et la santé, considère celle-ci comme un élément essentiel pour évaluer et en même temps pour impulser la soutenabilité du développement.

Les résultats attendus en Salubrité de l'Environnement

Les priorités (sous forme de résultats attendus) en Salubrité de l'Environnement dans les programmes biennaux (2002-2003 et 2004-2005) de la Représentation de l'OPS/OMS en Haïti sont présentés dans les tableaux suivants :

Haïti Salubrité de l'Environnement	
Priorités:	
1. Capacités d'intervention des institutions nationales du secteur renforcées.	1. Renforcement de la performance des institutions du secteur EPA.
2. Couverture des besoins, tant quantitatifs que qualitatifs, en Eau Potable et en Hygiène du Milieu accrue, notamment ceux des hôpitaux départementaux des 6 UCS sélectionnées.	2. Plaidoyer pour l'intégration équitable des questions de genre dans les plans de développement.
3. Prévention, préparation et gestion des désastres renforcées.	3. Gestion des désastres.
4. Des actions conduisant à l'adoption et la mise en application des politiques publiques favorables à la santé et la protection de l'environnement sont réalisées.	4. Lutte contre les maladies de comportement, promotion de la santé mentale et des personnes âgées.
5. Des actions conduisant à l'extension des mouvements salubres sont réalisés au niveau des 6 UCS retenues.	5. Salubrité des sites de vie collective.
5/6	5/9
2002-2003	2004-2005



Notre But : Priorités, groupes d'activités et actions prioritaires :

On pourrait dire que la coopération technique de l'OPS/OMS dans le domaine du Développement Durable et Santé Environnementale en Haïti doit tourner autour de **cinq priorités** et d'une **quinzaine de groupes d'activités** à l'intérieur de ces priorités, ensemble que nous appelons ici "Axe Environnement" ou Projet "Environnement Salubre et Milieux Favorables à la Santé".

Ces priorités sont, d'une part, la synthèse de l'ensemble des activités (autour de 140) que le domaine d'intervention « **Environnement Salubre et Promotion de la Santé** » de la Représentation de l'OPS/OMS en Haïti a mené lors de la période d'exécution du BPB 2002-2003 et qu'il est en train de mettre en œuvre tout au long des années 2004-2005.

D'autre part, le choix que nous faisons ici de ces priorités représente non seulement une contribution pour résumer et rendre plus cohérente et compréhensible l'étendue des activités menées par cet "axe environnement" au sein de la Représentation, mais surtout une proposition d'actions prioritaires à mener pour intensifier la coopération technique avec Haïti.

Axe Environnement
Environnement Salubre et Milieux Favorables à la Santé

Priorités:

1. Salubrité des Établissements de Santé.

2. Accès à l'eau potable e à l'assainissement.

3. Promotion de la Santé dans le milieu scolaire.

4. Promotion des milieux favorables à la santé (sites salubres).

5. Renforcement Institutionnel et Formation de Ressources Humaines

Par ailleurs, nous essayons de mettre en relief les actions de promotion de la santé tant au milieu scolaire que dans d'autres milieux qu'on veut rendre favorables à la santé, parmi lesquels les établissements de santé, les municipalités, les marchés publics, les lieux de travail ou les logements.

On suggère que les compétences de planification, de gestion technique et financière et de plaidoyer de l'OPS/OMS, en priorisant les aires desservies par les UCS sélectionnées, soient mises prioritairement au service de la mobilisation de ressources pour l'élaboration et l'exécution d' "**actions prioritaires**", qu'on essaye de mettre en évidence tout au long de chacun des groupes d'activités qui sont à l'intérieur des 5 priorités.

1. Salubrité des Établissements de Santé

Environnement Salubre et Milieux Favorables à la Santé

1. Salubrité des Établissements de Santé

Groupe d'Activités:

Assainissement global, sécurité sanitaire, prévention et gestion des risques dans les hôpitaux et centres de santé publics.

Assainissement global, sécurité sanitaire, prévention et gestion des risques dans les hôpitaux et centres de santé publics.

L'amélioration des conditions sanitaires, l'hygiène et la salubrité des établissements de santé sont des éléments essentiels pour que les services de santé puissent jouer son rôle fondamental de contribuer pour la promotion de la santé ou la guérison des patients au lieu de les exposer à des nouveaux et graves risques.

Selon l'approche commune adoptée par les agences du Système des Nations Unies – SNU, dans le cadre de la réflexion récente (mars 2003) qui a mené à l'élaboration du "Programme Intégré de Réponse aux Besoins Urgents des Communautés et des Populations Vulnérables en Haïti", connu par le sigle **PIR**, projets concernant la salubrité des établissements de santé relèvent des "urgences humanitaires", le plus haut degré d'urgence à prendre en compte.

L'activité des établissements de santé recouvre effectivement de multiples actions, procédures, dispositifs ou équipements qui sont sources de risques pour les malades, les personnels, les visiteurs, ainsi que les populations avoisinantes de ces établissements.

Il y a un consensus reconnaissant qu'en Haïti "l'insalubrité des établissements de santé particulièrement des hôpitaux est criante et exige une intervention rapide".

La mise en œuvre d'actions d'évaluation, de prévention et de contrôle des risques sanitaires, techniques et environnementaux liés aux activités des services de santé, sont essentielles pour assurer la sécurité et la qualité des soins offerts par ces services.

Il s'agit de gérer les risques iatrogènes en milieu hospitalier et de la lutte contre les infections nosocomiales, mais aussi de maîtriser les risques liés à la gestion des installations, des équipements médicaux, des procédures et des équipements de stérilisation des dispositifs médicaux ou de l'ensemble des fonctions logistiques et techniques.

Les actions d'assainissement global, de sécurité sanitaire et de gestion des risques dans les établissements de santé s'inscrivent dans un plan global de revitalisation des hôpitaux, envisagé par le MSPP, et seront entreprises dans les Hôpitaux Communautaires de référence (HCR) des UCS prioritaires et les hôpitaux départementaux.

Elles doivent viser aussi à assurer l'eau potable en permanence, la collecte et le traitement des eaux usées, la disposition hygiénique des déchets solides et biomédicaux, le drainage des eaux pluviales, l'exploitation et l'entretien des installations d'assainissement, le contrôle des sources de pollution, l'information et la formation des professionnels et des utilisateurs, la diffusion de normes et de recommandations de bonnes pratiques et le suivi de leur application.

"Les projets d'assainissement global des centres hospitaliers, à l'instar de celui qui vient d'être achevé à l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti (HUEH), seront étendus aux hôpitaux départementaux".

(Technical Cooperation Strategy, OPS/OMS, Biennium 2002-2003).

"Les installations d'eau potable et d'assainissement de base des hôpitaux publics sont déficientes. Seul l'Hôpital Universitaire d'État d'Haïti de Port-au-Prince (HUEH) dispose d'un système d'assainissement global, construit en 1996, grâce à la coopération de la BID et de l'OPS/OMS. Tous les autres hôpitaux départementaux fonctionnent dans des conditions d'hygiène insatisfaisantes. C'est pourquoi, les infections nosocomiales (en milieu hospitalier) sont considérables, bien que non documentées".

(Programme Intégré de Réponse aux Besoins Urgents des Communautés et de Populations Vulnérables – PIR, Système des Nations Unies/République d'Haïti, Mars 2003, p. 39).

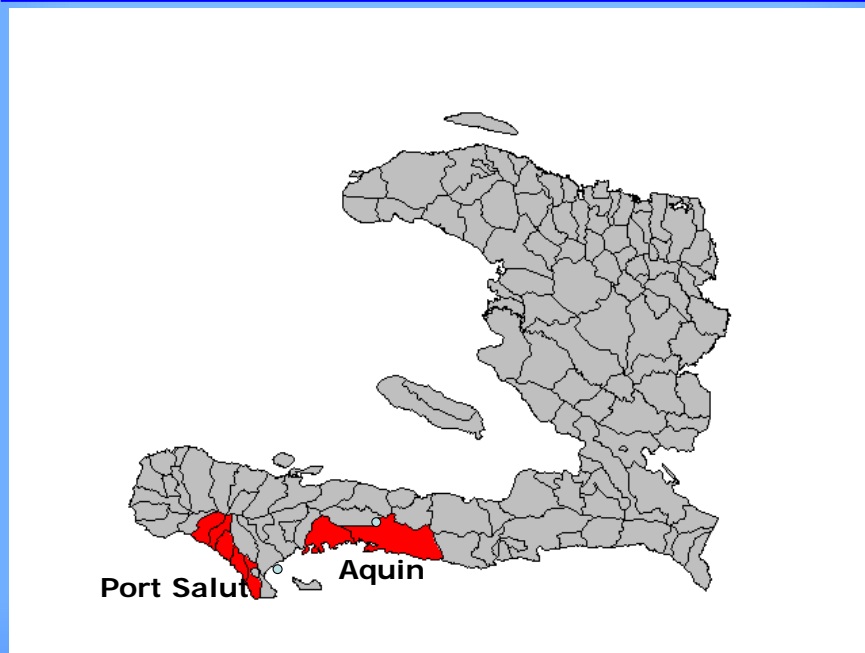
Voici les projets prioritaires dans le cadre de la priorité "Salubrité des Établissements de Santé" de l'Axe "Environnement Salubre" :

Actions prioritaires:

1 – Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre de projets d'assainissement global des établissements de santé dans les UCS prioritaires, comprenant eau potable, eaux usées, déchets solides et biomédicaux, drainage des eaux pluviales et contrôle des sources de pollution.

2 – Assurer l'appui technique pour la mise en place d'un projet de formation et sensibilisation en sécurité sanitaire, prévention et gestion des risques à qui sont exposés les professionnels et les usagers des établissements de santé.

Les Unités Communales de Santé - UCS prioritaires du Département du Sud



2. Accès à l'eau potable et à l'assainissement

Environnement Salubre et Milieux Favorables à la Santé

2. Accès à l'eau potable et à l'assainissement

Groupes d'Activités:

2.1. Accroissement de la couverture des besoins en eau potable et construction de latrines surtout en milieu rural et dans les zones marginales urbaines.

2.1.1 – Eau potable.

2.1.2 – Evacuation des eaux usées et des excréta.

2.2 – Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme national et de projets locaux de gestion des déchets solides.

2.3. Contrôle de la qualité de l'eau de boisson et protection des sources.

2.4 – Contribuer pour le renforcement de la performance du secteur de l'eau potable et de l'assainissement de base (EPA).

2.4.1 – L'articulation, la coordination et la réforme du secteur.

2.4.2 – Le renforcement des capacités du secteur.

2.1 – Accroissement de la couverture des besoins en eau potable et construction d'installations sanitaires surtout en milieu rural et dans les zones marginales urbaines.

La couverture des besoins :

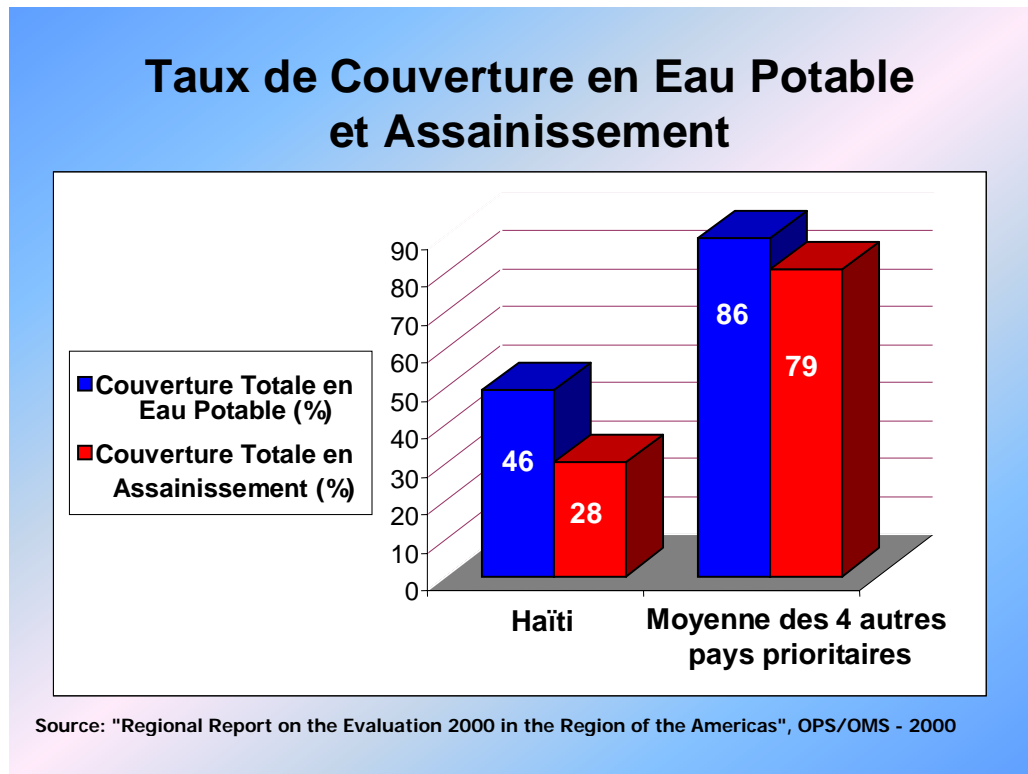
Dans le cadre du mandat de l'OPS/OMS et des Objectifs de Développement du Millénaire, amplifiés par la conférence de Johannesburg, l'un des premiers objectifs de la coopération technique de l'OPS/OMS dans le domaine du développement durable et de la santé environnementale en Haïti est celui de contribuer pour l'accroissement de la satisfaction des besoins en eau potable et en assainissement.

Cet accroissement doit se faire, en Haïti, d'ici l'an 2015, élevant la couverture en eau potable à hauteur de 75% et en assainissement de base (comprenant l'évacuation des eaux usées et des excréta aussi bien que l'élimination des déchets solides) de 65%.

Les taux de satisfaction des besoins en eau potable et assainissement – EPA en Haïti sont les plus faibles non seulement du continent américain mais aussi au monde, restant très éloignés de ceux des autres pays, même les plus démunis de la Région.

Ainsi, le secteur de l'EPA se prête à démontrer la situation sanitaire alarmante vécue par Haïti, qui lui vaut la 146^{ème} place dans le classement mondial selon l'Indice de Développement Humain (2002) des Nations Unies, sur 174 pays.

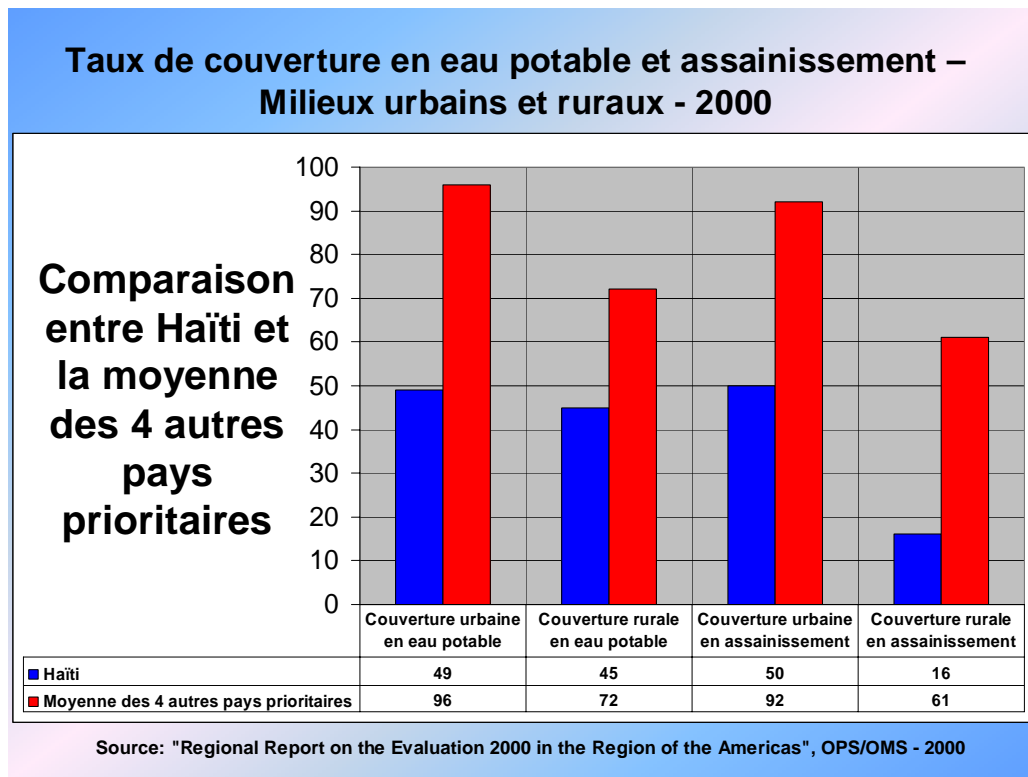
Classé prioritaire ou clé dans le Plan Stratégique de l'OPS/OMS pour la période 2003-2007, avec 4 autres pays (Bolivie, Guyana, Honduras, Nicaragua), Haïti dispose d'une couverture des besoins en eau potable (autour de 50%) qui est très en dessous de la moyenne de ces quatre autres pays (85%).



En fait, la satisfaction des besoins en eau potable en Haïti a peu progressé (de 39 à 46%) par rapport à ce qu'elle était à la fin de la Décennie Internationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement – DIEPA, au début des années 90, ayant même régressé en milieu urbain pendant la période de l'embargo (1991-1995), alors qu'elle arrivait à progresser en milieu rural (localités de moins de 5000 habitants).

Par contre, les investissements consentis depuis lors ont suffi à couvrir l'augmentation de la population qui n'a pas été négligeable (1,3 millions d'habitants de plus).

La couverture des besoins en évacuation des eaux usées et des excréta en Haïti (28%) est presque trois fois moindre que celle de la moyenne des autres quatre pays (79%).



Les objectifs établis pour la période de 11 ans, qui nous sépare de cette date butoir sus-citée (l'an 2015), ne sont pas sans rappeler, et dans la méthode et dans les ambitions, la Décennie Internationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement – DIEPA, dont les résultats en Haïti, même s'ils sont restés en deçà des objectifs, ont fortement marqué la réalité sanitaire du pays, qui a connu des progrès substantiels.

Vue par beaucoup de pays comme une espèce de plan Marshall de l'eau et de l'assainissement, la DIEPA, toutes proportions gardées, a représenté un tournant sanitaire, et pas seulement pour la Région des Amériques.

Compte tenu de la faible couverture des besoins, la population du pays se trouve donc très vulnérable aux causes les plus flagrantes de maladies transmissibles, parmi lesquelles le manque d'approvisionnement en eau de bonne qualité, la contamination par les excréta humains et la présence d'insectes vecteurs de maladies.

L'Approvisionnement en Eau Potable (AEP) et l'agriculture sont deux domaines qui se partagent prioritairement les ressources en eau du pays. Parallèlement à la Centrale Autonome Métropolitaine d'Eau Potable (CAMEP), le Service National d'Eau Potable (SNEP) et le Poste Communautaire d'Hygiène et d'Eau Potable (POCHEP), qui produisent respectivement 36, 26 et 18 millions de m³ d'eau par an, plus de 200 camions-citernes fournissent annuellement environ 8 millions de m³ par an, aux populations non alimentées par les réseaux publics. L'Industrie, en particulier celle de l'alimentation (boissons gazeuses, jus, bière, glace, etc.), localisée principalement dans la plaine du Cul-de-sac, utilise environ 4 millions de m³ d'eau provenant d'environ 800 forages.

(Évaluation Globale du Secteur de l'Eau Potable et de l'Assainissement 2000, Haïti, Rapport analytique p. 4 et 6).

Les investissements :

En fait, des 144 millions de dollars US prévus par le plan décennal de la DIEPA, pas plus de 53,4% n'ont été effectivement investis, soit 77 millions de dollars US. Entre-temps, le taux de couverture des besoins en eau potable atteint 53.2% à Port-au-Prince, 58,6% dans les villes secondaires et 33.5% dans le milieu rural. À l'échelle du pays, ces chiffres sont passés de 18% en 1981 à 39% en 1990.

En même temps, l'assainissement de base a bénéficié d'un montant total supérieur à 50 millions de dollars US, ce qui a permis de ramener le taux de couverture de 17.75% à 23.5% au niveau du national. Depuis lors, la Banque Interaméricaine de Développement – BID reste, et de loin, le principal bailleur de fonds du secteur).

On ne dispose pas de données précises sur les investissements en AEP pour la période 1991-1995, mais il est certain qu'ils ont dramatiquement tombé à cause de l'embargo international qui a suivi le coup d'état contre le Président Aristide (1991-1994). Le taux de couverture des besoins en AEP étant stagnant dans cette période autour de 39%.

Cette période de chute des investissements n'a pas empêché le taux de couverture en évacuation des excréta de monter de 23,5 à 26%.

De nouveaux problèmes politiques survenus à partir de 1997 ont drastiquement réduit le flot des financements externes.

Pour avoir une idée de l'ordre de grandeur et de l'évolution des investissements en AEP, entre 1996 et 2000 ils ont été de 69 millions de USD, une moyenne annuelle de presque 14 millions de USD, avec des oscillations importantes toujours liées à l'instabilité politique (aux alentours de 28 millions de USD en 1996 et de 5 millions en l'an 2000). Ceci a permis de ramener le taux de couverture en AEP de 39 à un chiffre autour de 50%.

De façon parallèle, toujours dans la période 1996-2000, les investissements en assainissement de base ont été de l'ordre de 37 millions de USD, une moyenne annuelle (7,4 millions) encore plus élevée que celle des années de la DIEPA (5 millions).

Cela a permis d'élever le taux de couverture en disposition des excréta de 26 à 31% et en collecte/disposition des déchets de 25 à 38% dans l'aire métropolitaine et de 40 à 45% dans les villes secondaires, le milieu rural ne bénéficiant de ces services.

Haïti

**Investissements en Alimentation en Eau Potable (AEP)
et Assainissement de Base (AB)**

1996-2002 (en milliers de USD)

AEP / AB	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Total
– Aire métropolitaine	19,199	11,842	6,659	1,828	1,954	560	1,078	43,120
– Villes secondaires	3,002	953	3,268	2,070	583	332	662	10,870
– Milieu rural	5,844	2,655	4,071	2,312	2,726	3,577	3,394	24,579
AEP total	28,045	15,450	13,998	6,210	5,263	4,469	5,134	78,569
– Disposition des excréta	3,199	552	1,240	1,792	3,228	1,220	3,384	14,615
– Collecte/disposition des déchets solides	3,304	5,052	7,205	7,865	3,244	–	2,500	29,170
AB total	6,503	5,604	8,445	9,657	6,472	1,220	5,884	43,785
Total du secteur	34,548	21,054	22,443	15,867	11,735	5,689	11,018	122,354

Source: "Situation du Secteur AEPA au 31 décembre 2002", OPS/OMS, 2003.

Les investissements dans le secteur, qui avaient atteint 28 millions des US\$ en 1996, ont graduellement baissé à cause des problèmes politiques, pour atteindre 19,3 millions de US\$ en 1999.

(Situation Analysis, OPS/OMS, Biennium 2002-2003, p. 2).

Il convient de tenir compte que le pouvoir d'achat du dollar US n'étant pas le même dans les différentes périodes, les chiffres en dollars ne sont pas tout à fait comparables.

À propos des investissements réalisés et des résultats obtenus, il semble qu'on doit rester prudent en ce qui concerne certains chiffres et estimations.

Voici quelques données qui illustrent cette observation : les prévisions faites en mai 1996 par le Comité National Interministériel – Agenda 21, pour faire monter les taux de couverture des besoins en eau potable pour l'ensemble du pays à 55%, disaient qu'il fallait investir quelques 185 millions de USD, dans la période 1996-2001.

Or, selon les données disponibles, cette couverture se serait élevée à 51% en l'an 2000, avec des investissements de 69 millions de USD entre 1996 et 2000. C'est-à-dire, on a obtenu 75% du résultat attendu pour 2001 avec 37% de l'investissement prévu.

Conclusion : une marge d'erreur assez considérable (50%). On aurait obtenu un résultat pour arriver auquel on était disposé de dépenser quelques 70 millions de USD de plus. Apparemment il y a eu ou surestimation du calcul des investissements nécessaires ou de ceux des progrès atteints en termes de satisfaction des besoins. Ou des deux.

2.1.1 – Eau potable :

Actions prioritaires:

1 – Promouvoir l'élaboration et la mise en œuvre d'un Programme Intégré "Eau Potable – Haïti – 2015 – Milieu Rural et Zones Défavorisées" (attirant les organisations gouvernementales et non-gouvernementales, nationales et de coopération externe).

2 – Promouvoir l'élaboration et mise en œuvre d'un Projet Intégré pour la formation des membres des Comités d'approvisionnement en Eau Potable (CAEP) et des Comités de quartier dans la gestion technique et administrative et l'entretien des Systèmes d'Approvisionnement en Eau Potable (SAEP) ruraux et des zones marginales urbaines (rassemblant les organisations gouvernementales et non-gouvernementales, nationales et de coopération externe).

3 – Contribuer dans l'élaboration et la mise en œuvre de projets de construction, extension et réhabilitation de systèmes d'alimentation en eau potable.

4 – Appuyer la formation des membres des Comités d'Approvisionnement en Eau Potable (CAEP), des Comités de quartier et des collectivités locales dans la gestion technique et administrative et l'entretien des Systèmes d'Approvisionnement en Eau Potable (SAEP) ruraux et des zones marginales urbaines.

5 – Participer dans la formulation et l'exécution de projets d'amélioration de l'exploitation et d'entretien régulier des Systèmes d'Approvisionnement en Eau Potable et d'Assainissement (SAEP) construits en milieu rural et dans les zones défavorisées.

Les membres des plus de 230 CAEP, chargés de l'opération, de l'entretien et de la gestion des Systèmes d'Alimentation en Eau Potable – SAEP sont pour la plupart dépourvus d'encadrement technique, administratif et financier, aussi bien que des moyens matériels pour l'exercice de ces fonctions. L'efficacité des systèmes et des services rendus suppose un renforcement de l'autorité et des moyens dont disposent les CAEP pour l'exercice de leur fonction.

Le manque d'entretien et la vétusté des installations sont à l'origine de la dégradation continue des SAEP, ce qui entraîne des atteintes à la desserte des services et la perte de leur qualité, alors que les besoins ne cessent de s'accroître parallèlement à la population.

Selon l'information disponible "aucune provision budgétaire n'a jamais été consentie ni par le Gouvernement ni par la coopération externe pour appuyer les communautés rurales démunies dans l'entretien de leurs SAEP, les condamnant ainsi à de graves détériorations" *.

2.1.2 – Evacuation des eaux usées et des excréta :

Actions prioritaires:

1 – Promouvoir l'élaboration et la mise en œuvre d'un Programme Intégré "Assainissement – Haïti – 2015 – Milieu Rural et Zones Défavorisées " (attirant les organisations gouvernementales et non-gouvernementales, nationales et de coopération externe).

2 – Assurer l'assistance technique pour l'élaboration et la mise en place d'un programme de doublement dans 5 ans de la satisfaction des besoins en évacuation des excréta en milieu rural dans ___ communes des UCS prioritaires.

3 – Contribuer dans l'élaboration et la mise en œuvre de projets de construction et d'entretien de latrines familiales, y compris la disposition finale dans des sites de décharge des vidanges des fosses et des latrines.

4 – Appuyer la formation des travailleurs affectés à la construction et à l'entretien des latrines familiales et communautaires et l'éducation sanitaire des utilisateurs.

2.2 – Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme national et de projets locaux de gestion des déchets solides.

Le manque de collecte et encore plus de destination finale adéquate des déchets solides, constituent des problèmes majeurs pour la santé publique en Haïti, aggravés par la haute densité démographique du pays (287 hab. /Km²).

Il est urgent de formuler et de mettre en place une stratégie de gestion globale des déchets solides, comprenant leur production, recyclage, valorisation, transport, traitement, destination finale, appuyée sur des normes techniques et réglementaires et sur des mesures financières soutenables.

La collecte ne dépasse 38% des résidus produits chaque jour dans l'aire métropolitaine de Port-au-Prince et 45% dans les villes secondaires. Il n'existe pas de décharge contrôlée dans le pays et en milieu rural il n'y a même pas la collecte des ordures.

Ainsi, d'environ 1.100 tonnes de déchets produits par jour dans l'aire métropolitaine de Port-au-Prince, 680 ne sont même pas collectées. Ceci étant, 250.000 tonnes d'ordures s'amoncellent sauvagement chaque année dans les voies publiques et terrains de la ville.

Les autres 150.000 tonnes sont déversées dans des sites non aménagés sans satisfaire aux normes minimales de l'hygiène publique, polluant les sources d'eaux ou barrant les canaux de drainage des eaux pluviales. Dans les villes secondaires sont produites quotidiennement autres 600 tonnes qui restent dans les rues, alors que plus de 700 tonnes seront disposées de façon inadéquate dans des sites non appropriés.

À son tour, la population rurale partage son cadre de vie avec un million de tonnes de déchets de plus chaque année.

Les principales conséquences de cet amoncellement d'ordures dans les voies publiques sont la prolifération d'insectes et de rongeurs vecteurs de maladies et, ce qui arrive très souvent, la pollution de l'air par des fumées toxiques lorsque les gens brûlent les déchets accumulés à proximité de leur domicile.

La coopération technique de proximité de l'OPS/OMS est engagée dans la planification et la mise sur pied d'actions de gestion des déchets solides spécialement dans les communes des UCS prioritaires.

Objectif de la coopération technique de l'OPS dans la "promotion d'environnements physiques sûrs" :

"Tous les pays auront établis des politiques nationales et plans locaux pour la gestion efficace des déchets solides dans les capitales et les villes de moyenne taille".

"Plan Stratégique de l'OPS/OMS pour la période 2003-2007".

Actions prioritaires:

1 – Assurer l'appui technique à l'élaboration d'un programme national et de programmes départementaux de gestion des déchets solides.

2 – Appuyer la formulation et l'exécution de projets de gestion des déchets solides dans _____ communes des UCS prioritaires.

3 – Assurer l'appui technique à l'élaboration de normes techniques et réglementaires pour la gestion des déchets solides et des services de santé.

2.3 – Contrôle de la qualité de l'eau de boisson et protection des sources.

La qualité de l'eau distribuée par les réseaux publics, surtout dans les villes secondaires et dans les villages, doit être l'objet d'un programme de surveillance et contrôle mené par l'autorité sanitaire.

Ces eaux n'étant actuellement ni désinfectées, ni contrôlées, exposent une majorité de la population à des risques dus à l'ingestion d'agents biologiques transmis par l'eau.

La CAMEP dispose d'un laboratoire d'analyse et assure la chloration de l'eau qu'elle distribue dans l'aire métropolitaine. Encore faut-il veiller, entre autres, aux agents pathogènes susceptibles de résister aux doses de chlore normalement employées pour le traitement de l'eau, à la protection des zones de prélèvement et de stockage des eaux et à la qualité des réseaux de distribution.

Les laboratoires du SNEP et de la DHP étant inopérants depuis des années, il faut les récupérer et intégrer ces institutions, ainsi que le POCHÉP, dans un effort national pour sécuriser l'eau de boisson et pour qu'elle devienne vraiment potable.

Ce processus de sécurisation est techniquement plus efficace et économiquement plus faisable lorsqu'on s'attaque aux causes plutôt qu'aux conséquences de la pollution des eaux. C'est-à-dire, lorsqu'on se préoccupe de protéger les sources d'alimentation.

La santé de la population étant fort dépendante de la salubrité de l'eau, la préservation des sources attire l'attention sur la dépendance des conditions de santé par rapport à l'état de l'environnement.

C'est particulièrement vrai pour le cas d'Haïti, qui dispose de sources abondantes et de bonne qualité. Effectivement, la totalité des systèmes d'approvisionnement exploite des nappes d'eau souterraines, en général sous exploitées, sauf celles de la Plaine du Cul-de-Sac, source d'alimentation partielle d'eau potable de la capitale, déjà sous l'impact de la surexploitation et de la pollution de leurs zones de captage.

La CAMEP mène un projet de protection de ses aires de captage des eaux souterraines qui doit être soutenu. Ceci étant, ces eaux sont surexploitées tant par les eaux d'irrigation, par les pompages des nombreux vendeurs d'eau par camions-citernes et les innombrables forages privés individuels, que par les 15 forages de pompage de la CAMEP elle-même.

Ces réserves d'eaux souterraines constituent l'un des plus importants patrimoines des générations actuelles et futures d'haïtiens.

Il s'agit là d'un patrimoine très menacé par la baisse des débits des sources et par la dégradation des zones de recharge des nappes souterraines, liées au déboisement drastique, à l'érosion des sols et aux conséquentes perturbations des régimes pluviométriques et hydrogéologiques du pays.

Ainsi, les débits des 18 sources d'eau alimentant Port-au-Prince, déjà bactériologiquement polluées, auraient baissé en moyenne de 50 %, au cours des dix dernières années.

Le pays a besoin de se lancer fermement dans la protection de ses ressources naturelles et des sources et captages de ses précieuses nappes phréatiques, déjà polluées par des eaux usées d'origine humaine, animal, agricole ou industrielle, par le lessivage de substances solubles à partir des décharges, partout mal contrôlées, ou par la pénétration d'eaux à salinité élevée.

L'exploitation rationnelle et durable de ce patrimoine, ainsi que la conservation de ces sources d'alimentation, reste un atout pour l'amélioration des conditions sanitaires et de la qualité de vie de la population, de même que pour créer les bases pour le développement du pays.

Des projets efficaces de sauvegarde des sources d'eaux doivent inclure, entre autres, des mesures normatives établissant et faisant respecter des périmètres de protection des captages, reboisement des bassins versants de ces sources et des captations et le suivi hydrogéologique des aquifères.

Le seul traitement en vigueur à la CAMEP est la désinfection, à l'aide de l'hypochlorite de calcium (HTH) qui a l'inconvénient d'aggraver l'alcalinité déjà excessive de l'eau des sources captées du bassin versant du Morne l'Hôpital.

(Évaluation Globale du Secteur de l'Eau Potable et de l'Assainissement 2000, Haïti, Rapport analytique, BID, p. 6).

Actions prioritaires:

1 – Appuyer la formulation et la mise en œuvre d'un projet d'équipement et de renforcement opérationnel des laboratoires d'analyse des eaux de l'Autorité Sanitaire (DHP/MSP), de la CAMEP et du SNEP, en appui au programme national de surveillance des eaux de boisson.

2 – Promouvoir l'élaboration et la mise en place d'un programme intersectoriel de gestion intégrée des ressources en eau (superficielles et souterraines) du bassin de la Plaine du Cul-de-Sac, avec l'objectif de protéger les sources d'approvisionnement en eau potable de l'aire métropolitaine de Port-au-Prince.

3 – Assurer l'assistance technique pour la formulation et la mise en œuvre d'un programme national de surveillance de l'eau de boisson, comprenant la formation des professionnels concernés et la sensibilisation du public sur les maladies d'origine hydrique.

4 – Assurer l'appui technique et matériel au fonctionnement des laboratoires nationaux d'analyse des eaux de boisson.

5 – Appuyer des projets de gestion des eaux souterraines et de protection des aires de captage et de recharge des nappes, spécialement de celui de la Plaine du Cul-de-Sac.

2.4 – Contribuer pour le renforcement de la performance du secteur de l'eau potable et de l'assainissement de base (EPA).

Pour atteindre les objectifs escomptés l'OPS/OMS, en l'occurrence par l'intermédiaire du domaine de projet "Environnement Salubre", procure une coopération technique de proximité à la plupart des institutions nationales du secteur.

Elle entretient des relations au premier chef avec le Ministère de la Santé Publique et de la Population – **MSP** et en particulier avec sa Direction d'Hygiène Publique – **DHP**, chargée des activités de l'hygiène et salubrité des

milieux, qui s'occupe, entre autres, du contrôle de la qualité de l'eau de boisson et des aliments, de l'assainissement de base et l'hygiène des lieux publics, du contrôle des vecteurs, des pesticides et autres substances toxiques.

Toujours à l'intérieur de ce Ministère, avec le Poste Communautaire d'Hygiène et d'Eau Potable – **POCHEP**, qui exécute des projets d'eau potable pour des communautés rurales dispersées, dont la population ne dépasse pas 2.000 habitants.

Il s'agit d'un organisme créé en 1981 avec l'appui financier de la BID et technique de l'OPS/OMS. Il a construit 148 systèmes d'eau potable, avec une enveloppe d'environ 16 millions de USD, mais se trouve privé de financements depuis plus de 6 ans.

Ensuite, la coopération s'adresse aussi à des organismes rattachés au Ministère des Travaux Publics Transports et Communication – **MTPTC**, comme la Centrale Métropolitaine d'Eau Potable – **CAMEP**, responsable de la fourniture de l'eau potable de la zone métropolitaine (Port-au-Prince, Pétion-Ville, Carrefour et Delmas), le Service National d'Eau Potable – **SNEP**, qui gère les systèmes d'eau potable des villes secondaires et le Service Métropolitain de Collecte des Résidus Solides – **SMCRS**, chargé de la collecte et la disposition finale des déchets dans l'aire métropolitaine.

Le Service National des Ressources en Eau – **SNRE**, dépendant de la structure du Ministère de l'Agriculture, des Ressources Naturelles et du Développement Rural – **MARNDR**, qui s'occupe de l'inventaire, la conservation, l'exploitation, le développement et la protection des ressources en eau au niveau national, de même que le Ministère de l'Environnement – **MDE**, intéressé à la préservation et au renouvellement des ressources en eau et à la protection de l'environnement, sont encore des interlocuteurs de choix dans ce secteur.

En tout, au moins onze institutions ou services nationaux, dépendant de 6 ministères différents ainsi qu'une trentaine d'ONG et d'organisations caritatives opèrent dans les services d'eau potable et d'assainissement. Une vingtaine de bailleurs de fonds, bi et multilatéraux, contribuent au financement du secteur.

On constate de sérieuses difficultés d'articulation et de coordination à l'intérieur de cet ensemble d'institutions vouées à opérer de façon complémentaire, synergique et ordonnée.

Ces difficultés ne sont pas étranges à plusieurs pays de la Région, mais leur rémanence porte atteinte à la qualité des services rendus et est source de gaspillage de ressources limités.

D'autre part, des problèmes organisationnels et de logistique, à l'intérieur de ces institutions elles-mêmes, ayant trait aux ressources humaines, matériel-

les, techniques ou financières dont elles disposent, semblent nuire leur efficacité de façon incontournable.

En fait, le constat sur la situation du secteur eau potable et assainissement en Haïti à tous les égards semble dévastateur. Le système apparaît bloqué par des nœuds institutionnels et par un nombre énorme de contraintes, qui subissent toutes les institutions nationales du secteur.

Voici une liste de ces contraintes répertoriée auprès de divers rapports et études consacrés au secteur :

- manque de coordination des activités du secteur ;
- absence de planification d'ensemble ;
- l'absence de continuité des programmes et de vision à long terme ;
- les budgets étiqués de fonctionnement ;
- l'instabilité des dirigeants ;
- l'insuffisance de cadres supérieurs compétents et de personnel qualifié ;
- absence d'une politique de formation continue des cadres ;
- les faibles rémunérations entraînant la perte d'employés qualifiés ;
- le système tarifaire figé, ne permettant ni de couvrir les frais d'exploitation ni de dégager des surplus pour assurer des investissements ;
- faiblesse des systèmes de contrôle de gestion
- Faibles moyens logistiques (véhicules de collecte des déchets, de vidange des fosses d'aisance) et mauvais entretien de ceux existants, entraînant une gestion déficiente des services ;
- Procédures bureaucratiques lentes et inefficaces ;
- Subventions insuffisantes et irrégulières de l'Etat ;
- Difficultés de l'Etat à respecter ses engagements contractuels relatifs à la contrepartie financière dans le cas des projets financés par l'aide externe ;
- Mauvaise conception et faiblesse de la participation communautaire ;
- Faible encadrement des CAEP pour la prise en charge des systèmes ruraux ; et
- Insuffisance et vieillissement du corps des officiers sanitaires.

La faiblesse des institutions, l'atmosphère de désorganisation et même de compétition entre les organismes intervenants, ainsi que le manque de coordination et d'approche commune sont souvent attribués à l'absence de régulation du secteur.

Cette faiblesse défavorise de façon plus évidente les institutions chargées de l'assainissement de base (DHP et SMCRS) qui "n'ont pratiquement pas de budget de fonctionnement et encore moins d'investissement, et la section assainissement du POCHEP a été supprimée en 1985".

D'où l'importance du processus de réforme du secteur entamé depuis 1996 par le gouvernement haïtien avec l'appui financier de la BID, auquel l'OPS/OMS est associée.

Après le démarrage de ce processus de réforme, qui d'ailleurs va au-delà du secteur de l'eau potable et de l'assainissement, plusieurs mécanismes institutionnels ont été mis en place, parmi lesquels :

- une Commission Nationale de Modernisation des Entreprises Publiques (CMEP), qui doit s'occuper de la modernisation et privatisation de ces entreprises ;
- une Commission Nationale de la Réforme Administrative et de la Fonction Publique (CNRAFP), chargée de la modernisation des structures administratives de l'Etat ; et
- une Unité de Réforme du Secteur de l'Eau Potable et de l'Assainissement – **URSEP**, dépendante du MTPTC, dont le mandat est de mettre en œuvre de nouvelles structures de normalisation, de rationalisation et de coordination du secteur, dotée de pouvoir de décision pour implanter la réforme de ce même secteur.

L'URSEP propose une séparation des fonctions "normatives et régulatrices", qui seraient attribuées à un organisme régulateur (le Conseil de Régulation d'Eau Potable et Assainissement – CREPA), de celles "d'exploitation, d'opération et de gestion", confiées à une institution d'exécution (l'Office National d'Eau Potable et Assainissement – ONEPA).

Une grande partie des études techniques et légaux pour la mise en place de cette réforme ont été déjà élaborés, mais tout le processus, y compris celui de fonctionnement de l'URSEP, se trouve bloqué parce que le projet de loi disposant sur la réforme attend depuis juillet 1996 l'approbation du parlement.

Alors que la réforme s'enlise, la multiplicité d'institutions étatiques, non gouvernementales et internationales opérant dans le secteur appelle d'ores et déjà une intégration et coordination d'efforts, une action synergique de concertation et collaboration capable en même temps de promouvoir un usage plus efficace des ressources disponibles et de maximiser leur impact.

La Représentation de l'OPS/OMS en Haïti se trouve engagée dans une démarche de ce genre concernant surtout le Système des Nations Unies et consistant à créer d'alliance pour un "Partenariat en Santé", réunissant l'ensemble des agences qu'intervient dans le secteur santé.

La mise en œuvre de ce partenariat pourra permettre d'envisager la création à son intérieur d'un groupe thématique consacré aux questions de l'environnement salubre, de l'eau et de l'assainissement.

Dans le cadre du processus de réforme du secteur public en général, et en particulier de celui du secteur santé, de même que de celui de l'eau potable et de l'assainissement, il est important de signaler le principe de la décentralisation à la base, retenu par le gouvernement.

Dans le secteur santé il consiste à valoriser la capacité d'intervention des Unités Communales de Santé – **UCS** tout autant que, dans le secteur de l'eau et de l'assainissement, celle des Comités d'Alimentation en Eau Potable – **CAEP** dans la gestion des SAEP en milieu rural ou dans les quartiers défavorisés des centres urbains.

Les ONG, face au désengagement forcé du POCHEP et des services de l'État en général, jouent un rôle aussi consistant que dynamique dans le secteur d'eau Potable et d'assainissement (E.P.A.) en milieu rural et dans les zones marginales urbaines. Pour mieux coordonner leurs actions et atteindre une synergie de leurs programmes, les ONG intervenant dans le secteur E.P.A., ont créé en septembre 2002, avec la coopération de l'OPS/OMS, la Plate-forme de l'Eau Potable et de l'Assainissement : PEPA.

(Programme Intégré de Réponse aux Besoins Urgents des Communautés et des Populations Vulnérables (**PIR**), Système des Nations Unies/République d'Haïti, Mars 2003, p. 39).

2.4.1 – L'articulation des efforts, la coordination et la réforme du secteur :

Actions prioritaires:

1 – Contribuer pour l'articulation des efforts des institutions nationales et internationales, gouvernementales et non gouvernementales, et pour la coordination, le partenariat et la création d'alliances dans le secteur.

2 – Assurer une coopération technique de proximité avec les institutions nationales du secteur, en particulier avec la DHP, la CAMEP, le SNEP, le POCHEP, le SMCRS, le SNRE et les communes.

3 – Contribuer au processus de réforme du secteur, entrepris par "l'Unité de Réforme du Secteur de l'Eau Potable et de l'Assainissement" – URSEP.

2.4.2 – Le renforcement des capacités du secteur :

Actions prioritaires:

1 – Contribuer pour le renforcement des capacités et la formation de cadres supérieurs et techniques des institutions gouvernementales et non gouvernementales, au niveau national et régional, dans le domaine de l'eau et de l'assainissement.

2 – Assurer la publication annuelle de l'analyse sur la "Situation du Secteur AEPA" et la diffusion de l'information technique dans le secteur.

3. Promotion de la santé dans le milieu scolaire

Environnement Salubre et Milieux Favorables à la Santé

3. Promotion de la santé dans le milieu scolaire

Groupe d'Activités:

Développer les Écoles Promotrices de la Santé en Haïti, les dotant de blocs sanitaires.

Développer les Écoles Promotrices de la Santé en Haïti, les dotant de blocs sanitaires.

Le projet de création d'Écoles Promotrices de la Santé – EPS s'inscrit dans le cadre d'une stratégie plus large de mobilisation de la participation sociale

et du partenariat pour le développement de milieux favorables à la santé ou de sites salubres.

Il s'agit de mobiliser les efforts du milieu scolaire et de son environnement communautaire autour d'un ensemble articulé et synergique d'actions de promotion de la santé et d'un développement humain et social durable, axé sur la réduction de la pauvreté et des inéquités entre les pays et à l'intérieur d'eux-mêmes.

Pour atteindre ces objectifs les activités des EPS s'organisent à l'intérieur de trois composantes : l'éducation pour la santé et l'environnement avec une approche intégrale, la création et l'entretien d'un environnement et de milieux salubres et la mise à la disposition de services de santé et de nutrition à l'école, tout en encourageant les habitudes et styles de vie sains et actifs.

L'un des points de départ de ce projet relève de la reconnaissance du potentiel du milieu scolaire et de la portée de l'influence des enfants et des adolescents dans les changements de comportement au sein de la famille.

En fait, les élèves des écoles primaires et secondaires peuvent avoir un rôle décisif dans l'amélioration du niveau de santé et la qualité de vie des générations actuelles et encore plus des futures.

Il est important de rappeler l'énorme effort consenti par les familles haïtiennes pour envoyer leurs enfants à des écoles pour la plupart privées (près de 80% des effectifs scolaires), puisant sur des revenus familiaux très minces.

Dans un contexte d'extrême pénurie et pauvreté, cet effort témoigne, plus qu'ailleurs, de l'espoir et de la confiance que les familles portent à l'école et aux jeunes pour l'amélioration des conditions de leur vie et de celles de l'avenir d'un pays dont 60% de la population a moins de 24 ans.

Les projets d'EPS sont menés dans une vingtaine de pays de l'Amérique Latine et des Caraïbes, avec le support et dans le cadre d'une "Initiative Régional d'Écoles Promotrices de la Santé" de l'OPS/OMS, qui a donné naissance à des Réseaux d'EPS (Latino-américain et Caribéen), intégrés par de centaines d'écoles du Continent.

La démarche envisagée ici commence par intégrer Haïti et les écoles du pays concernées par ce projet dans l'Initiative Régional de l'OPS/OMS et dans le Réseau Caribéen d'Écoles Promotrices de la Santé.

Ce genre de projet suppose la collaboration et le partenariat des secteurs de l'éducation, de la santé publique et de l'environnement, mais surtout l'engagement de la communauté scolaire (les élèves, leurs enseignants et pa-

rents, le personnel administratif) et le concours des organisations sociales et des autorités locales.

Les EPS ont donc pour objectif la création d'un milieu scolaire physique et psychosocial plus salubre et solidaire, capable de promouvoir un apprentissage participatif d'attitudes, de valeurs et d'aptitudes pour mener une vie de qualité, au lieu d'une simple transmission d'informations et de connaissances.

La collaboration intersectorielle rassemblant les volontés des acteurs concernés doit permettre la construction de consensus sur les composantes des programmes scolaires de promotion de la santé et de salubrité du milieu, adaptées aux réalités locales, ainsi que sur la définition des curricula d'éducation pour la santé au niveau national.

La création d'espaces sociaux sains aux écoles, dans des conditions de plus grande sécurité et solidarité, exige une articulation d'efforts et un engagement social de ces acteurs, des ressources multisectorielles et la volonté d'améliorer les conditions de vie de la population faisant confiance aussi aux compétences des nouvelles générations.

Aider les jeunes à développer leurs compétences pour mener une vie saine et pour contribuer à la santé des autres est une tâche qui débute certainement par la connaissance, l'appropriation et la pratique des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

La stratégie des EPS veut que cet apprentissage de compétences passe par l'entraînement dans les aptitudes pour négocier, pour gérer conflits ou pour construire des consensus, mais aussi par l'acquisition de connaissances perçues de façon articulée (intégrée) dans plusieurs domaines d'un contexte structurel de santé doté de sens (approche intégrale), le tout étroitement lié au développement d'aptitudes comportementales, sociales et techniques des jeunes pour les appliquer dans la vie quotidienne.

Voilà un peu de l'ambition de cette nouvelle approche d'éducation pour la promotion de la santé en milieu scolaire. Il s'agit de développer dans cette perspective structurante l'apprentissage et l'application de connaissances et d'aptitudes qui peuvent aller de l'hygiène personnelle à l'assainissement et la gestion de l'environnement.

Cette approche s'intéresse, naturellement, par l'ensemble des grandes questions de santé publique, selon les critères de choix de chaque communauté concernée, mais touchant sûrement au premier chef les priorités nationales, régionales et mondiales de santé.

Parmi elles, celles qui font partie des objectifs du millénaire : réduction de la mortalité maternelle et infantile, l'arrêt de la propagation des maladies comme

le sida et la malaria et l'accroissement de la satisfaction des besoins en eau potable et en assainissement.

Dans le cas des adolescents et des jeunes, place doit être faite aux problèmes qui les touchent plus directement tels que les comportements à risque pour la santé comme l'abus de l'alcool et les substances illicites, liés à la violence et aux lésions intentionnelles et non intentionnelles, la consommation de tabac, les grossesses prématurées, les infections transmises sexuellement ou l'infection par le VIH/SIDA.

Un projet de cette nature est largement cohérent avec les orientations stratégiques de l'OPS/OMS qui recommandent une concentration d'efforts envers la protection des mères, des enfants et des adolescents.

L'efficacité des programmes d'éducation sanitaire peut être mise en cause lorsque les écoles sont dépourvues même d'installations d'eau courante et d'évacuation des eaux usées, comme c'est souvent le cas en Haïti, surtout en milieu rural.

C'est la raison pour laquelle il faut souligner, comme l'a fait l'OPS/OMS lors de l'évaluation des leçons apprises dans ses activités de 2002-2003, l'importance des projets de construction de "blocs sanitaires" (comprenant toilettes à chasse hydraulique, urinoirs, lavabos, fontaines et matériels hygiéniques) entreprise récemment par l'OPS/OMS dans le Département du Sud (Communes de Cavillon, Morisseau et Gros Marin).

Inspiré de cette expérience, un projet "d'Environnement Salubre dans les Écoles", mené par l'OPS/OMS, avec le soutien financier de la Banque Mondiale, permettra de construire ces blocs sanitaires dans une dizaine d'autres écoles du Sud, d'ici un an, bénéficiant à peu près 5.000 personnes, avec une enveloppe de 300,000 USD.

Ce projet comprend aussi un volet d'éducation en hygiène individuelle et collective, incluant l'usage et l'entretien des installations, toutes ces initiatives étant complémentaires aux actions entreprises par les services de santé.

Compte tenu de la manifeste réussite de ce genre de projet, nous proposons son extension dans les écoles de communes des UCS prioritaires et dans celles indiquées par le Plan National Stratégique du Secteur Santé, en cours d'élaboration.

De même, et par gage d'efficacité, nous suggérons que le projet d'Écoles Promotrices de la Santé soit prioritairement mis en œuvre dans les écoles qui ont été dotées de telles installations sanitaires, ou simultanément avec la construction de celles-ci.

Le projet des EPS pourrait développer des synergies avec plusieurs projets en élaboration, en attente de financement ou en exécution. C'est d'abord le cas du "Programme Intégré de Santé et Développement des Adolescents et des Jeunes en Haïti – 2003-2008", dit Programme Douvanjou ("Aube"), une initiative conjointe d'un certain nombre d'agences du SNU qui doit compter avec l'appui financier de la Fondation des Nations Unies.

Les écoles publiques, surtout en milieu rural, sont dépourvues d'installations d'eau courante et de disposition des eaux usées. La prévalence des maladies diarrhéiques, bien que non documentée, est très élevée- maladies qui aggravent le déficit alimentaire chronique des élèves.

(Programme Intégré de Réponse aux Besoins Urgents des Communautés et de Populations Vulnérables (PIR), Système des Nations Unies/République d'Haïti, Mars 2003, p. 39).

Actions prioritaires:

1 – Elaborer et mettre en œuvre la stratégie des Écoles Promotrices de la Santé, incluant la construction et l'entretien de blocs sanitaires, dans une trentaine d'écoles des communes des UCS d'Aquin et Port-Salut dans le Département du Sud.

2 – Elaborer et mettre en œuvre la stratégie des Écoles Promotrices de la Santé, incluant la construction et l'entretien de blocs sanitaires, dans 20 écoles des communes qui participent du Mouvement des Villes et Villages en Santé – VVV.

4. Promotion des milieux favorables à la santé (sites salubres)

Environnement Salubre et Milieux Favorables à la Santé

4. Promotion des milieux favorables à la santé (sites salubres)

Groupes d'Activités:

4.1 – Actions et plaidoyer pour le développement d'espaces salubres et de styles de vie favorables à la santé.

4.2 – Inspection sanitaire et salubrité des aliments.

4.3 – Prévention et gestion des risques biologiques et chimiques pour la santé liés à l'environnement.

4.1 – Actions et plaidoyer pour le développement d'espaces salubres et de styles de vie favorables à la santé.

La promotion de styles de vie sains et de milieux sociaux favorables à la santé peut créer les conditions pour améliorer la santé des différentes couches de la population et assurer une vie de meilleure qualité non seulement dans les écoles ou les établissements de santé.

Les municipalités, les marchés publics, les lieux de travail et même les habitats, les bars, les restaurants, peuvent aussi devenir des endroits où les risques pour la santé soient adéquatement identifiés, évalués et gérés, les rendant plus salubres et favorables à l'épanouissement des êtres humains.

Cette approche des sites salubres consiste à cibler le regard plutôt sur les déterminants de la santé que sur les conséquences des dommages causés par la maladie. Elle tient compte du principe selon lequel le changement des conditions du milieu – des facteurs environnementaux, sociaux et économiques qui

affectent ou "déterminent" notre santé – peut améliorer le niveau de santé et la qualité de vie.

La municipalité étant pour les citoyens la référence de base pour la prise de décision et l'application des ressources publiques, c'est dans les communes que s'est affirmée la stratégie de promotion de la santé la plus répandue en Amérique Latine et dans la Caraïbe, celle des Villes et Villages en Santé – VVF.

On observe partout dans la Région des Amériques que le renforcement des institutions démocratiques, les politiques publiques et le processus de réforme de l'Etat vont dans le sens de la décentralisation des pouvoirs et de la délégation de responsabilités aux communes, ainsi que d'une plus grande participation des organisations civiles et d'un plus poussé dialogue intersectoriel pour assurer une meilleure intégration et efficacité des actions publiques.

C'est dans ce contexte que la stratégie des sites salubres essaye d'associer tous les acteurs concernés, des associations aux autorités locales, à identifier les problèmes, les risques et les défis que l'environnement physique et psychosocial peut poser pour la santé et à dégager ensemble des idées, des objectifs et des stratégies pour les prévenir ou les surmonter.

Il s'agit donc d'une démarche participative, de construction de partenariat, visant à engager les intéressés dans le processus de recherche de solutions à plus long terme. Ainsi, elle entreprend la coordination d'actions multisectorielles entre les organisations étatiques, les organismes non gouvernementaux et les communautés pour faire face aux problèmes de santé vus dans leur contexte local.

Haïti s'est engagé dans cette voie comme le démontre la réalisation du Premier Forum National de l'Association des Maires de l'Ouest – AMO, tenu à Pétion-Ville en mars dernier, et consacré à rassembler la "Contribution des Autorités Locales à l'Amélioration de la Qualité de la Vie".

Maintenant, il est important que le pays puisse se bénéficier de sa participation dans l'échange d'expériences et dans les opportunités de partenariat ouvertes par les réseaux des Amériques et mondial des villes et villages en santé.

Un élément clé dans cette stratégie c'est quelle fait rentrer les questions de santé et du développement humains durable dans l'agenda des responsables par la prise de décisions au niveau local, tout en assurant leur appui aux actions de santé publique dans ce contexte spatial.

Elle offre aussi l'opportunité et le cadre pour associer les organisations de la société civile et les autorités locales aux efforts pour atteindre les objectifs de développement du millénaire et de réduction de la pauvreté.

L'action du projet des sites salubres dans les communes concerne donc, de façon pluridisciplinaire, toutes les questions de santé. Lorsqu'il s'adresse aux facteurs de l'environnement, par exemple, il peut apporter des idées d'action et des projets à entreprendre sur plusieurs questions prioritaires pour la situation d'Haïti, avec l'objectif d'améliorer les conditions de vie et réduire la morbidité due aux conditions du milieu.

Les conditions sanitaires des marchés publics et la salubrité des aliments, de leur production à leur consommation, sont des questions de haute priorité traitées jusqu'ici de façon très déficiente, ce qui représente un défi considérable pour les responsables locaux.

C'est aussi le cas des manques de collecte et de disposition adéquate des déchets solides, l'un des plus visibles signes de la dégradation de l'environnement urbain dans le pays.

Ces problèmes prennent de l'ampleur compte tenu du poids du commerce informel, et d'aliments en particulier, qui se fait largement dans les rues des villes et des villages, sans aucune infrastructure disponible, surtout en termes d'eau potable et d'assainissement de base.

Dans ce sens, un projet local d'hygiène du milieu devrait forcément envisager la construction de toilettes ou de blocs sanitaires publics spécialement dans les marchés et dans les voies publiques commerçantes.

Des mesures locales pour rendre l'espace urbain, les marchés et ces voies publiques commerçantes plus salubres doivent être prises en synergie avec le projet de revitalisation de l'inspection sanitaire et de salubrité des aliments.

La détérioration de l'environnement physique liée au déboisement massif et à l'érosion qui en découle, associée à l'entassement des déchets en milieu urbain, est à l'origine de la surcharge des précaires réseaux de drainage des eaux de ruissellement et d'inondations destructrices, souvent meurtrières.

Le pays est donc très vulnérable aux désastres naturels d'origine climatique, au risque cyclonique et aux tremblements de terre, ainsi qu'aux glissements de terrains, aux inondations et même aux grands incendies, le tout aggravé par la précarité des habitats.

Cet ensemble de faiblesses se doit d'une part au relief montagneux du pays faisant que 60% des terres présentent des pentes supérieures à 20%, alors que les plaines et plateaux représentent moins de 30% de la superficie.

À cela s'ajoute que la plupart des centres urbains – c'est surtout évident pour l'aire métropolitaine de Port-au-Prince – se trouvent coincés entre le pied de montagnes abruptes et dénudées et le bord de la mer.

D'autre part, la grande majorité des logements sont sources d'innombrables risques parce que construits dans des terrains inappropriés, instables, plats ou en bordure de mer et non drainés, dans des zones inondables et de marécages, dans les pentes abruptes des montagnes ou les berges des ravines.

Leur prolifération incontrôlée, insalubrité et manque d'infrastructure étant la marque d'une profonde absence de planification de l'occupation de l'espace couplée avec une forte urbanisation, dépression économique, pauvreté, explosion démographique et faiblesse de l'autorité de l'État.

Même si les municipalités ne disposent pas aujourd'hui de moyens à la hauteur des leurs responsabilités, il faut rappeler que l'occupation et l'organisation de l'espace urbain relève partout des compétences du pouvoir local, des communes, et que cette vocation a tendance de s'amplifier, inspirée du principe de décentralisation.

L'énorme prolifération de logements construits de manière anarchique (processus dit de « bidonvilisation ») fait la démonstration, peut-être l'une des plus éclatante au monde, que le manque de planification de l'espace peut devenir un grave problème de santé publique.

Naturellement il s'agit de problèmes qui se trouvent très en amont et en dehors de la portée des décisions prises par le secteur santé à lui seul.

Mais il est aussi indéniable que l'autorité sanitaire a un rôle à jouer dans la prévention des risques, des retombées et des dommages pour la santé du fait des mauvaises décisions, ou de leur absence, concernant l'occupation de l'espace urbain.

Ne serait-ce qu'un rôle de plaidoyer et de promotion de la santé, pour lequel le projet des sites salubres semble présenter un cadre bien adapté.

Tel que dans la plupart des pays de l'Amérique Latine et la Caraïbe, il y a eu dans l'évolution historique du pays un notoire et absolu manque de planification urbaine ou d'aménagement du territoire, qu'il faut absolument commencer à rattraper pour des raisons qui ont trait d'abord au développement durable du pays, mais aussi pour des incontournables raisons sanitaires.

L'entretien d'un dialogue soutenu entre les divers partenaires de la santé (église, société civile, associations professionnelles et sociales, mairies, presse, services publics, organisations communautaires...) permettra d'asseoir le programme de promotion de la santé dont la charte nationale a été adoptée en 1998. Les mouvements "municipalité-santé", "école-santé", "marché-santé", "habitat salubre", etc. seront poursuivis.

(Technical Cooperation Strategy, OPS/OMS, Biennium 2002-2003)

Dans le cadre de la promotion de la santé, au cours des dernières années, un accent particulier est mis sur le développement du partenariat, l'engagement des autorités locales, la participation de la communauté et l'aspect pluridisciplinaire de la santé à travers les mouvements salubres.

(Situation Analysis, OPS/OMS, Biennium 2004-2005, p. 4).

Actions prioritaires:

1 – Elaborer et mettre en œuvre la stratégie des Espaces et Styles de Vie favorables à la Santé dans une quinzaine de municipalités.

4.2 – Inspection sanitaire et salubrité des aliments.

La dégradation des conditions sanitaires et de l'environnement physique peut entraîner de lourdes pertes économiques et compromettre sérieusement les perspectives de croissance et de développement d'un pays.

La vocation pour le tourisme reste l'un des principaux atouts pour Haïti, mais des facteurs parmi les plus importants pour la promotion du tourisme, comme l'hygiène alimentaire, la gestion des déchets, la qualité de l'eau et le contrôle des vecteurs, sont loin d'être maîtrisés dans le pays.

La surveillance et l'inspection sanitaire des produits, des services et de lieux publics susceptibles de présenter des risques pour la santé sont conditions indispensables pour le maintien de la salubrité.

Ainsi, la réorganisation des services de surveillance sanitaire et d'inspection de l'hygiène des marchés publics, des bars, des restaurants, des magasins d'alimentation, des abattoirs, des industries alimentaires, des ports et des aéroports, en particulier, devait retenir l'attention des responsables politiques et de la population en Haïti, comme condition clé pour la reprise d'un développement social et économique durable du pays.

Les produits alimentaires peuvent être contaminés par de nombreux organismes pathogènes pour l'homme, substances toxiques chimiques ou toxines naturelles.

Cette contamination peut intervenir à divers stades de la production, du traitement, du transport, du entreposage, de la distribution et de la préparation des aliments en vue de la consommation.

La plupart du temps elle provient de l'environnement, notamment de l'eau polluée ou des mauvaises conditions d'hygiène dans lesquelles ces produits sont manipulés.

La salubrité des aliments suppose un ensemble de mesures d'hygiène destinées à prévenir la contamination des aliments et les intoxications alimentaires.

Elles comprennent des actions techniques sur lesquelles il incombe à l'inspection sanitaire de veiller, dont la protection permanente des aliments contre les insectes et la vermine, ainsi que l'emploi aux différents stades d'un personnel exempt de maladies infectieuses et ayant des habitudes de propreté.

Il revient aussi à la police sanitaire de s'assurer que la conservation des aliments contaminables soit faite à des températures contrôlées, qu'il y ait un nettoyage complet et un traitement bactéricide des ustensiles et du matériel utilisés pour la préparation et le service des aliments, une alimentation en eau saine et évacuation hygiénique des eaux usées et des ordures, de même qu'un contrôle constant de la bonne application des codes et règlements relatifs à l'hygiène des aliments.

"L'inspection sur le terrain des aliments et des lieux de leur production, transformation, entreposage et distribution est totalement absente malgré l'existence d'un corps important d'ingénieurs, officiers et inspecteurs sanitaires qui sont habilités à effectuer cette inspection. Le manque de moyens (transport, prélèvement d'échantillons, analyse) de formation spécifique en inspection des aliments mais surtout d'encadrement et de programme permettant d'agir dans ce domaine en sont les principales causes. Le statut de ces agents et inspecteurs sanitaires ne répond pas aux responsabilités qui leur incombent".

(Renforcement du Programme d'Inspection Sanitaire en Haïti – Rapport d'évaluation, par l'ingénieur Raymond Reid, consultant de l'OPS/OMS, août 2003, p. 8).

Actions prioritaires:

1 – Elaborer et mettre en œuvre projet national d'inspection sanitaire d'aliments.

4.3 – Prévention et gestion des risques biologiques et chimiques pour la santé liés à l'environnement.

La surveillance et le contrôle des facteurs de risques biologiques liés aux vecteurs, hôtes et réservoirs de maladies transmissibles ainsi que de contamination et de pollution chimique de l'environnement sont des activités très peu développées dans le pays.

Les techniques et les études de prévention, d'évaluation et de gestion des risques, de même que les études d'évaluation des impacts sur l'environnement et sur la santé ne font que débuter en Haïti.

Plusieurs risques biologiques et chimiques liés à l'insuffisance de la couverture en eau potable, évacuation des eaux usées et des excréta, élimination des déchets, ainsi qu'au manque de désinfection de l'eau distribuée et de protection des sources d'eau potable, à l'incinération des ordures, entre autres, sont à l'attente d'être mieux étudiés et contrôlés.

On constate la faiblesse de la surveillance et du contrôle des pesticides et un besoin d'amélioration des règlements opérationnels pour l'importation et l'usage de ces produits et des substances chimiques à plus haut risque.

L'organisation d'activités antipoison et de protection par rapport aux animaux dangereux reste à entreprendre.

L'étendue de l'usage des substances chimiques, de même que le contrôle et traitement d'intoxications en Haïti est très peu documentée. Quelques activités en cours de l'OPS/OMS essaient d'élargir la disponibilité de données et informations sur la gestion en particulier des pesticides et de certains polluants organiques persistants (POPs).

Les problèmes de pollution de l'air ne sont pas négligeables dans la mesure où 70% de la consommation d'énergie du pays a comme source le bois et le charbon de bois, alors que le parc automobile est vétuste et en croissance rapide.

Bien que non documentée, on peut constater aussi l'importance du risque de pollution de l'air à l'intérieur des habitations, auquel sont particulièrement exposés les pauvres, à cause de l'usage inapproprié de matières combustibles pour cuisiner et dans des industries familiales.

Encore une fois, le poids de l'économie informelle en Haïti, surtout les petites industries et les activités artisanales domestiques, est un facteur d'aggravation de ce genre de risque, et rajoute le risque professionnel, y compris d'accidents, au risque domestique.

Actions prioritaires:

1 – Assurer l'appui technique pour la mise en place d'un projet de formation et sensibilisation en évaluation, prévention et gestion des risques chimiques, à l'intérieur des logements, et biologiques.

5. Renforcement Institutionnel et Formation de Ressources Humaines

L'une des premières des nécessités (et des priorités), pour assurer la pérennité des actions entreprises en Haïti dans le domaine du Développement Durable et Santé Environnementale, ainsi que pour maximiser les effets attendus, nous semble être le renforcement des capacités nationales en termes de développement institutionnel et spécialement en formation de ressources humaines dans le secteur.

Ceci signifie contribuer pour le renforcement de l'efficacité et l'autorité de l'État, en général, et pour le renforcement de l'Autorité Sanitaire en particulier, ce qui est pleinement cohérent avec les efforts en cours de réforme de l'État ou particulièrement de réforme des secteurs Santé, Environnement et Développement Économique et Social.

Toute la programmation d'activités de l'OPS que nous avons essayé d'analyser et que nous décrivons dans ce travail démontre la préoccupation fondamentale du Système des Nations Unies, et spécialement de l'Organisation, avec le renforcement de la performance et de la capacité d'intervention des institutions nationales, surtout publiques, du secteur santé.

Les activités prévues en Haïti, dans la programmation en santé environnementale, destinés à assurer le renforcement des institutions et la formation de professionnels sont innombrables et à remarquer. La reconnaissance de cette priorité majeure nous semble importante pour donner unité et efficacité aux actions dans ce domaine.

Dans le but de justement conférer unité au grand nombre d'activités de formation projetées, et de stimuler une identité, dans la conscience et dans la réponse aux défis qui sont communs à Haïti et aux pays prioritaires, nous sommes en train de suggérer la création de deux Cours, un de niveau supérieur, un autre de niveau moyen, destinés à former professionnels de ces pays de manière partagée.

Cette recherche de solutions communes pour problèmes communs doit compter sur la participation et l'aide d'autres pays de la Région qui partagent ces défis communs.

En outre elle peut représenter en elle-même un important pas pour surmonter l'isolement décrit et reconnu de certains pays par rapport à d'autres, difficulté encore plus importante dans le cas d'Haïti et de la Guyane, aggravée par la barrière des langues.

Nous suggérons que ce renforcement institutionnel commence avec la formation de base, à laquelle nous nous référons ci-dessous, du personnel des Unités de Santé Environnementale des Ministères de la Santé et d'autres institutions qui gardent des responsabilités dans ce domaine.

Pour donner encore davantage d'unité et cohérence aux activités de formation déjà projetées et pour essayer de remplir des vides existants, l'élaboration partagée d'un "Plan de Formation en Santé Environnementale pour les Pays Prioritaires", y compris Haïti, est sûrement recommandable.

Au-delà des activités de formation, le développement institutionnel dans le secteur suppose des actions intégrées dans au moins les sujets suivants :

- Actions de plaidoyer, « leadership », capacité dirigeante.
- Construction d'alliances et de synergies. Développement de réseaux et mécanismes de concertation, gestion intersectorielle et interinstitutionnelle.
- Information, recherche et technologie, y compris des laboratoires.
- Planification (de politiques, plans, programmes, projets).
- Élaboration de propositions de dispositions légales, règlements, instruments et normes techniques.
- Éducation en santé environnementale, sensibilisation, réveil de consciences.
- Mobilisation et participation sociale.
- Communication et développement de réseaux sociaux.

Pour cela, il est nécessaire de promouvoir l'élaboration et la mise en oeuvre d'un projet national d'appui à la structuration et l'opération de l'Unité de Santé Environnementale du Ministère de la Santé et au renforcement des institutions qui opèrent dans ce secteur en Haïti.

Un projet de cette nature suppose l'embauche et maintien par période de cinq à dix années d'un corps de base de professionnels spécialisés de niveau supérieur et technique moyen.

Il exige de même l'allocation de ressources financières dans la durée pour assurer la couverture des frais opérationnels de base en termes de matériels, équipements et mobilité du personnel.

Actions prioritaires :

- 1. Plan de Formation en Santé Environnementale pour Haïti.**
- 2. Projet national d'appui à la structuration et l'opération de l'Unité de Santé Environnementale du Ministère de la Santé et de la Population et au renforcement des autres institutions qui opèrent dans ce secteur en Haïti.**
- 3. Soutenir la création et le maintien d'un "Cours Supérieur de Spécialisation en Développement Durable et Santé Environnementale", destiné à former des professionnels de niveau supérieur en Haïti (il serait souhaitable de le mettre en oeuvre en partenariat avec les autres Pays Prioritaires), concernant l'ensemble des cadres des institutions publiques qui agissent dans le secteur (rassembleant la collaboration de tous les ministères et institutions publiques intéressées).**
- 4. Soutenir la création et le maintien d'un "Cours d'Inspection Sanitaire et Surveillance Environnementale", destiné à former des professionnels techniques de niveau moyen en Haïti (il serait souhaitable aussi de le mettre en oeuvre en partenariat avec les autres Pays Prioritaires), concernant l'ensemble des techniciens des institutions publiques qui agissent dans le secteur (rassembleant la collaboration de tous les ministères et institutions publiques intéressées).**
- 5. Contribuer pour la construction et le développement de la collaboration, la concertation et la coordination intersectorielle des organismes publics et privés qui interviennent en santé environnementale, tout en stimulant la création (ou appuyant le renforcement d'organismes existants équivalents) de:**
 - 5.1 - Comité Technique Interministériel de Santé Environnementale.**
 - 5.2 - Commission Intersectorielle de Santé Environnementale (assistant au Conseil National de la Santé, ou au Conseil National de l'Environnement), intégrée par des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux.**
 - 5.3 - Groupe Thématique de Santé Environnementale, dans le cadre de l'association en santé des agences de coopération externe.**
- 6. Promouvoir projet de perfectionnement des dispositions légales, de la réglementation, des normes et des standards dans le domaine de la santé environnementale.**
- 7. Assurer appui technique aux autorités nationales dans la planification, la formulation de projets et la mobilisation de ressources financières dans le secteur de Santé Environnementale.**

Données sur la situation sociale et sanitaire d'Haïti et des pays prioritaires

Dans la classification selon l'Indice de Développement Humain - IDH, du "Rapport sur le Développement Humain - 2003", des Nations Unies, les Pays Prioritaires de l'OPS occupent les positions suivantes, entre 175 pays :

- **La Guyane** : 92^{ème} (22^{ème} dans la Région, entre 31 pays).
- **La Bolivie** : 114^{ème} (27^{ème} dans la Région).
- **Le Honduras** : 115^{ème} (28^{ème} dans la Région).
- **Le Nicaragua** : 121^{ème} (30^{ème} dans la Région).
- **Haïti** : 150^{ème} (31^{ème} dans la Région).

Nous présentons ci-dessous des tableaux avec quelques indicateurs sanitaires, sociaux et économiques cités dans le rapport des Nations Unies et qui permettent d'établir des comparaisons entre Haïti et les autres pays prioritaires et entre eux et au moins trois autres qui se trouvent dans des positions élevées ou moyennes tant dans la Région comme au niveau mondial.

Ainsi, dans la même classification, où figurent 31 pays de la Région des Amériques, l'Argentine est le 2^{ème} dans la Région et le 34^{ème} au niveau mondial.

Le Costa Rica est le 4^{ème} dans la Région et le 42^{ème} au niveau mondial. Tous les deux en haut niveau de développement humain. Le Brésil se trouve en niveau moyen, étant le 12^{ème} dans la Région et le 65^{ème} dans la classification mondiale.

Données Comparatives des Pays Prioritaires					
	Superficie Territoriale Km ²	Population Totale (millions) 2001	Densité Démographique Hab/Km ²	Taux annuel de croissance démographique (%) 1975-2001	PIB par habitant (en US\$) 2001
Bolivie	1.098.581	8.500.000	7,7	2,2	936
Guyane	215.000	800.000	3,7	0,1	912
Haïti	27.750	8.100.000	291,9	1,9	460
Honduras	112.000	6.600.000	58,9	3,0	970
Nicaragua	121.428	5.200.000	42,8	2,8	840
Argentine	2.780.000	37.500.000	13,5	1,4	7.166
Costa Rica	51.000	4.000.000	78,4	2,6	4.159
Brésil	8.514.205	174.000.000	20,4	1,8	2.915

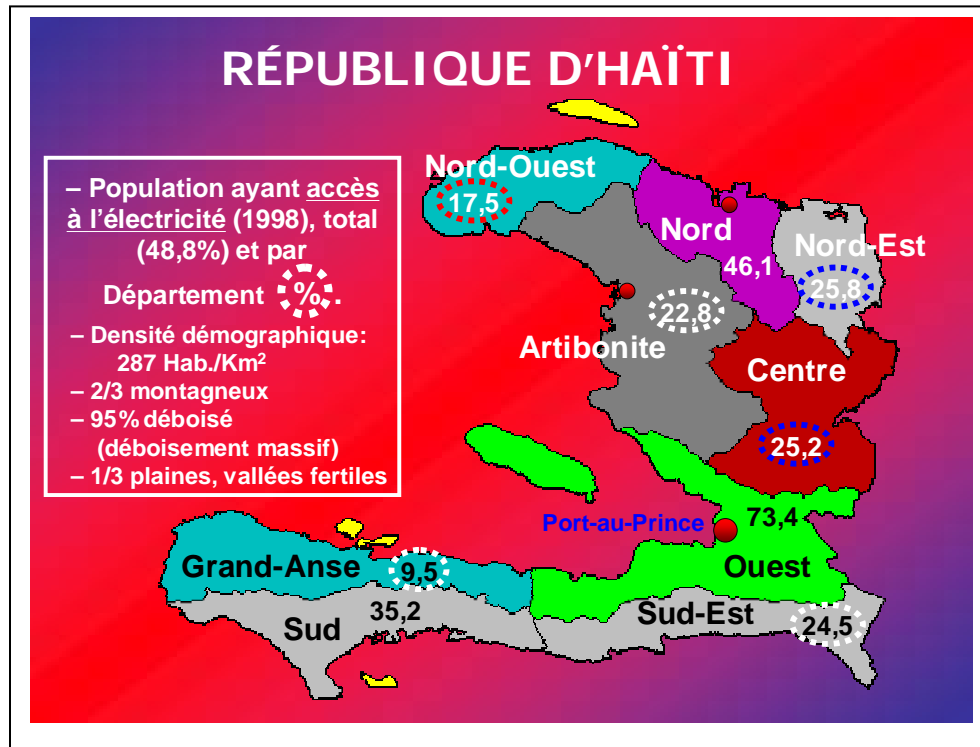
Données Comparatives des Pays Prioritaires

	Population urbaine (% du total) 2001	Espérance de vie à la naissance (années) 2001	Taux de mortalité infantile (par 1.000 nés vivants) 2001	Taux de mortalité maternelle notifiées (par 100.000 nés vivants) 1985-2001	Population de moins de 15 ans de 15 ans (% du total) 2001
Bolivie	62,9	63,3	60	390	39,3
Guyane	36,7	63,3	54	110	30,2
Haïti	36,3	49,1	79	520	39,8
Honduras	53,6	68,8	31	110	41,2
Nicaragua	56,5	69,1	36	150	42,2
Argentine	88,3	73,9	16	41	27,5
Costa Rica	59,5	77,9	9	29	31,1
Brésil	81,7	67,8	31	160	28,8

Données Comparatives des Pays Prioritaires

	Taux de croissance annuel du PIB par habitant (%) 1990-2001	Taux d'analphabétisme des adultes (en % des 15 ans et plus) 2001	Cas de Paludisme (par 100.000 habitants) 2000	Population ayant accès à tout moment à des points d'eau aménagés (%) 2000
Bolivie	1,4	14	378	83
Guyane	4,4	1,4	3.074	94
Haïti	-2,5	49,2	15	46
Honduras	0,3	24,4	541	88
Nicaragua	-0,1	33,2	402	77
Argentine	2,3	3,1	1	..
Costa Rica	2,8	4,3	42	95
Brésil	1,4	12,7	344	87

Nous présentons aussi quelques données sur l'accès à l'électricité, par Département, en Haïti, sur la densité démographique, le déboisement et le relief du pays.



Bibliographie

Analyse de la situation sanitaire, Haïti 1998, actualisée en 1999, publiée conjointement par le Ministère de la Santé Publique et de la Population – MSPP et l'Organisation Panaméricaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé – OPS/OMS, avec le concours de la Coopération Française, Port-au-Prince, novembre 1999.

Contribution des Autorités Locales à l'Amélioration de la Qualité de la Vie, Premier Forum National de l'Association des Maires de l'Ouest – AMO, Pétion-Ville, mars 2003.

Coopération Basée sur les Pays : Document de travail pour Haïti. PAHO/WHO – HAÏTI, Position Paper, Draft 1, Juin 2003.

Evaluation des activités de la Décennie Internationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement (DIEPA), Haïti MPCE, PNUD et OPS/OMS, Port-au-Prince, Octobre 1990;

Evaluation des Systèmes de Gestion des Déchets Solides dans les Villes de : Pétion-Ville/Pernier, Croix-des-Bouquets, Arcahaie, Cabaret, Gressier et Kenscoff, OPS/OMS, Port-au-Prince, novembre 2001.

Évaluation Globale du Secteur de l'Eau Potable et de l'Assainissement 2000, Haïti, Rapport analytique, BID, Port-au-Prince, 2000.

Haïti – Bilan Commun de Pays, Système des Nations Unies en Haïti et République d'Haïti, Port-au-Prince, octobre 2000.

Plan d'Action pour l'Environnement, Commission Interministérielle sur l'Environnement, Ministère de l'Environnement, République d'Haïti, Port-au-Prince, juin 1999.

Plan d'Actions Prioritaires et de Mesures Préparatoires au Renforcement du Système National de Santé, Ministère de la Santé et de la Population, République d'Haïti, Port-au-Prince, septembre 2001.

Plan Stratégique de l'OPS/OMS pour la période 2003-2007, Washington, D.C., septembre 2002.

Programme Intégré de Réponse aux Besoins Urgents des Communautés et des Populations Vulnérables – PIR, Système des Nations Unies / République d'Haïti, Port-au-Prince, mars 2003.

Programme Intégré de Santé et Développement des Adolescents et des Jeunes, Haïti 2003-2008, OPS-OMS, FNUAP, UNICEF, PNUD, FNU, MSPP, MENJS, SEJS, MCF, MAS.

Rapport de la 7ème Journée Interaméricaine de l'Eau Potable, publié par l'Association Haïtienne du Génie Sanitaire et des Sciences de l'Environnement – ADISH, en collaboration avec l'OPS/OMS, Port-au-Prince, octobre 1999.

Renforcement du Programme d'Inspection Sanitaire en Haïti – Rapport d'évaluation, par l'ing. Raymond Reid, consultant de l'OPS/OMS, août 2003.

Risques pour la Santé du Fait de l'Environnement, Organisation Mondiale de la Santé – OMS, Genève, 1992.

Situation Analysis, Haïti, OPS/OMS, Biennium 2002-2003.

Situation Analysis, Haïti, OPS/OMS, Biennium 2004-2005.

Situation du secteur AEPA au 31 de décembre 2000 – Système de suivi du secteur Eau Potable et Assainissement (WASAMS), République d'Haïti / OPS/OMS, Port-au-Prince, août 2001.

Situation du secteur AEPA au 31 de décembre 2002 – Système de suivi du secteur Eau Potable et Assainissement (WASAMS), République d’Haïti / OPS/OMS, Port-au-Prince, novembre 2003.

Système des Nations Unies en Haïti – UNDAF, Système des Nations Unies en Haïti et République d’Haïti, Port-au-Prince, juin 2001.

Liste des sigles et abréviations

+BCP	Bilan Commun de Pays
BIT	Bureau Internationale du Travail
BRH	Banque de la République d’Haïti
CAEP	Comité d’Alimentation en Eau Potable
CAMEP	Centrale Métropolitaine d’Eau Potable
CEP	Conseil Électoral Permanent
CNSA	Coordination Nationale de Sécurité Alimentaire
CSCCA	Cour Supérieure des Comptes et du Contentieux Administratif
DHP	Direction d’Hygiène Publique
DPC	Direction de la Protection Civile
EMMUS	Enquête de Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
EPA	Eau Potable et Assainissement
FAd’H	Forces Armées d’Haïti
FAO	Organisation des Nations Unies pour l’Alimentation et l’Agriculture
FMI	Fonds Monétaire International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
ha	Hectare
HUEH	Hôpital Universitaire d’État d’Haïti
MARNDR	Ministère de l’Agriculture, des Ressources Naturelles et du Développement Rural
MDE	Ministère de l’Environnement
MENJS	Ministère de l’Education Nationale, de la Jeunesse et des Sports
MPCE	Ministère de la Planification et de la Coopération Externe
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
MTPTC	Ministère des Travaux Publics Transports et Communication
OEA	Organisation des États Américains
OIM	Organisation Internationale pour les Migrations
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OPC	Office de la Protection du Citoyen
OPS/OMS	Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS), Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PIR	Programme Intégré de Réponse aux Besoins Urgents des Communautés et des populations Vulnérables
PNB	Produit National Brut
PNGRD	Plan national de gestion des risques et des désastres
PNH	Police Nationale d’Haïti
PNUD	Programme des Nations Unies
POCHEP	Poste Communautaire d’Hygiène et d’Eau Potable
PROMESS	Programme de médicaments essentiels

SAEP	Système d’Alimentation en Eau Potable
SMCRS	Service Métropolitain de Collecte des Résidus Solides
SNEP	Service National d’Eau Potable
SNRE	Service National des Ressources en Eau
SNU	Système des Nations Unies
TEC	Tonne équivalent céréale
URSEP	
UCS	Unité Communale de Santé
UNDAF	Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (United Nations Development Assistance Framework)
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l’Éducation, la Science et la Culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l’Enfance
VAM	Analyse et cartographie et de la vulnérabilité (Vulnerability Analysis and Mapping)