



**République d'Haïti**

**Ministère de la Santé Publique et de la Population**

**Direction Nationale de L'Eau Potable et de  
L'Assainissement**

**PLAN D'ELIMINATION DU CHOLERA EN HAITI**

**2013-2022**

Port-au-Prince, Haïti

Novembre 2012



## Contents

<b>1</b>	<b>Appel à l'action : Une Ile Hispaniola libre du choléra</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Résumé de la vision stratégique du Gouvernement dans le cadre de l'exécution du Plan d'Action sur l'Elimination du Cholera en Haïti</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Contexte</b>	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>Epidémiologie de l'épidémie du choléra en Haïti</b>	<b>10</b>
4.1	Historique de l'épidémie	10
4.2	Analyse géographique des zones les plus vulnérables	12
4.3	Evolution récente de l'épidémie.	15
<b>5</b>	<b>Analyse de la capacité de réponse des secteurs eau et assainissement, gestion des déchets solides et sante publique</b>	<b>18</b>
<b>5.1.</b>	<b>Secteur eau et assainissement</b>	<b>18</b>
5.1.1.	Eau potable et disposition des eaux usées	18
5.1.2.	Gestion des déchets solides	26
<b>5.2.</b>	<b>Secteur santé publique. Politique et Plan National de la Santé Publique</b>	<b>30</b>
5.2.1.	Organisation du Système de Santé Publique	31
5.2.2.	Rôle de Recteur et de Coordinateur du Ministère de la Santé et de la Population	33
<b>6</b>	<b>Réponse nationale face à l'épidémie du cholera</b>	<b>34</b>
<b>6.1</b>	<b>Par le Gouvernement d'Haïti</b>	<b>34</b>
<b>6.2</b>	<b>Par la Communauté Internationale</b>	<b>37</b>
<b>6.3</b>	<b>Ressources Financières Mobilisées</b>	<b>38</b>
<b>7</b>	<b>Indicateurs et objectives du Plan</b>	<b>41</b>
<b>7.1</b>	<b>Indicateurs de résultats du Plan</b>	<b>41</b>
<b>7.2</b>	<b>But et objectifs du Plan</b>	<b>44</b>

<b>7.3 Interventions à court terme</b>	<b>45</b>
7.3.1 Interventions du MSPP	46
7.3.2 Interventions par la DINEPA	49
7.3.3 Rôles des autres acteurs	52
<b>7.4. Principales actions de la proposition a moyen et long terme</b>	<b>53</b>
7.4.1. Eau et assainissement	53
7.4.2. Secteur santé publique	58
<b>8 Activités et cout d'exécution du Plan</b>	<b>65</b>
<b>9 Suivi et évaluation</b>	<b>66</b>
<b>10 Annexe 1 – Analyse de la situation de la prise en charge du choléra en Haïti</b>	<b>100</b>
10.1. Niveau Communautaire	100
10.2. Niveau transport / référence des malades	101
10.3. Niveau de prise en charge	102
<b>11 Annexe 2 – Structure organisationnelle du MSPP</b>	<b>108</b>
<b>12 Annexe 3 – Présence des ONG enregistrée a la DINEPA réalisant des activités de développement</b>	<b>109</b>
<b>13 Acronymes</b>	<b>110</b>
<b>14 Références bibliographiques</b>	<b>113</b>

## Préface

En Octobre 2010, l'épidémie de choléra, à l'instar du séisme du 12 janvier a frappé notre pays de manière fort inattendue, alors que le peuple dans son ensemble se remettait à peine et pensait encore les blessures découlant du tremblement de terre. Cette épidémie mettait à nu toutes les faiblesses du système sanitaire haïtien.

Privé d'expertise en la matière et de moyens de lutte contre certaines endémies majeures, cette nouvelle épidémie de choléra donna lieu à une panique généralisée. Rapidement, les responsables toutes catégories confondus (politiques et techniques) ont compris qu'il fallait retrousser les manches et prendre la situation à deux bras pour empêcher l'accroissement effréné du nombre de décès et permettre à la population de recouvrer sa santé.

Une fois de plus les amis d'Haïti n'ont pas marchandé leurs concours à cette lutte. Ils sont arrivés de partout et ont aidés à combler les écarts tout en transmettant aux techniciens haïtiens leur savoir-faire.

Aujourd'hui avec l'engagement de l'état haïtien et le support de tous les partenaires, le pays prend un second souffle et voit l'avenir sous un autre angle, car le cholera malgré sa virulence et sa létalité est sous contrôle et peut être éliminé.

Dans ce contexte, les Présidents Michel Joseph MARTELLY de la République d'Haïti et Lionel FERNANDEZ de la République Dominicaine, se sont engagés le 11 Janvier 2012 à entreprendre des actions pouvant conduire à cette élimination d'ici 2022 ; lequel engagement fut renouvelé le 9 Octobre 2012 à Santo-Domingo, par les Ministres de la sante des deux pays.

Ce présent document élaboré par le Ministère de la Santé Publique et de la Population, en collaboration avec les partenaires, est conçu pour apporter une réponse durable en adressant le problème de l'élimination du choléra en trois temps : court, moyen, long terme et en quatre

axes : Eau et Assainissement, Surveillance épidémiologique, Promotion de la Santé pour le changement de comportement et prise en charge des personnes infectées dans les institutions sanitaires. Son application stricte, par nous tous, devra définitivement nous aider à atteindre l'objectif d'élimination du choléra d'ici 2022.



Dr Florence **D. GUILLAUME**

Ministre de la Santé Publique et de la Population



## 1 Appel à l'action : Une Ile Hispaniola libre du choléra

**11 janvier 2012**

Au deuxième anniversaire du tremblement de terre en Haïti, la communauté internationale a jugé qu'il était temps de mettre un terme à ce fléau du choléra par des actions à court et à long termes pour aider le peuple d'Haïti et la République dominicaine à lutter contre cette pandémie. À la lumière de cette préoccupation, **les présidents d'Haïti et de la République dominicaine se sont joints le 11 Janvier, 2012 à l'Organisation Panaméricaine de la Santé /Organisation Mondiale de Santé (OPS/OMS), l'Organisation des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et le Centre des États-Unis pour la Prévention et le Contrôle des Maladies (CDC) pour lancer un appel à la mobilisation d'importants investissements internationaux dans le domaine de l'eau et l'assainissement afin d'éliminer le choléra sur l'île d'Hispaniola.**

**L'Appel à l'Action pour une Hispaniola libre de Choléra** est parrainé par l'OPS/OMS, l'UNICEF et le CDC en collaboration avec les gouvernements d'Haïti et de la République Dominicaine. **Le but immédiat est de prévenir que le choléra devienne endémique dans l'île Hispaniola.** L'élimination du choléra sur l'île Hispaniola se traduit par l'interruption de la transmission. Cependant la bactérie étant dans l'environnement, des cas sporadiques seront toujours diagnostiqués.

En guise de suivi à l'appel à l'action, les représentants de l'OPS/OMS et l'UNICEF ont demandé aux Pays et organismes donateurs de financer les investissements en satisfaisant les promesses faites à Haïti après le tremblement de terre de janvier 2010 par le biais de nouveaux fonds plus particulièrement pour la construction des infrastructures en eau et assainissement. Ces investissements sont nécessaires afin d'élever Haïti au niveau des Pays voisins en termes d'accès à l'eau potable et assainissement.

Suite à la déclaration d'Appel à l'Action des Chefs d'Etats, les Ministres de la Santé d'Haïti et la République Dominicaine ont réaffirmé, le 12 mars 2012 l'engagement de leurs Gouvernements à procéder à des efforts conjoints en vue d'éliminer le choléra sur l'île d'Hispaniola au **cours des 10 prochaines années.**

Dans le cadre de cet engagement, ils ont créé un groupe de travail formé par les principaux responsables des gouvernements d'Haïti et la République Dominicaine du domaine de la santé et de l'eau et de l'assainissement, et assisté par des experts internationaux des secteurs concernés. Le groupe est chargé d'élaborer un calendrier d'exécution et un plan détaillé pour la réalisation et le financement des infrastructures nécessaires qui favoriseraient le changement espéré en santé publique.

## **2 Résumé de la vision stratégique du Gouvernement dans le cadre de l'exécution du Plan d'Action sur l'Élimination du Cholera en Haïti**

L'élimination du choléra sur l'île Hispaniola se traduit par l'interruption de la transmission. Cependant la bactérie étant dans l'environnement, des cas sporadiques seront toujours diagnostiqués.

Le plan d'action est d'envergure nationale et sera mis en œuvre sur tout le territoire en ciblant en priorité les villes et communautés rurales où il y a une carence d'installations sanitaires nécessaires pour la protection et le bien-être de la population. Il intègre à court terme les composantes du plan d'urgence pour le choléra, tout en incorporant des éléments qui sont fondamentaux pour le développement à long terme des secteurs Santé, Eau et Assainissement.

Le plan d'action sera exécuté sous la supervision d'un comité national de pilotage de haut niveau impliquant tous les ministères à caractère social et le ministère des finances afin d'assurer la durabilité des systèmes et ouvrages qui seront développés ou construits dans le cadre du financement du plan. Ce comité fournira un contrôle de la fonction d'évaluation et de suivi du Gouvernement et assurera le plaidoyer pour le renforcement des cadres réglementaires et législatifs, aussi bien que des procédures de gestion et d'administration.

Cette initiative requiert une meilleure synchronisation entre les interventions de DINEPA et celles du Ministère de la Santé. Pour cela une résolution présidentielle sera prise sur les modalités de la coopération entre la DINEPA et les divers ministères d'exécution du plan d'action.

Le plan répond à la politique du gouvernement en termes de décentralisation du système de la santé publique et son extension aux couches de population les plus reculées. L'objectif du gouvernement est que toute la population ait accès à un poste de santé à une distance raisonnable. Ainsi, Le plan d'action propose la mise en place des structures sanitaires visant une réduction sensible de l'incidence du choléra, l'amélioration de la couverture en eau potable et assainissement du milieu, l'amélioration de la couverture sanitaire, la sensibilisation de la

population pour une meilleure prise en charge de services sanitaires (soins de santé primaires, gestion des déchets solides, installations d'eau et d'assainissement etc.)

La contribution des ONGs dans la prestation de services de santé en Haïti est très importante. Cependant le gouvernement prendra les mesures pour assurer qu'elles soient bien intégrées dans le système de santé publique afin de pouvoir apporter les bénéfices de long terme espérés. Le gouvernement d'Haïti à travers ce plan d'action abordera cette question et développera des mécanismes juridiques et normatifs (y inclus accréditation administrative et technique, compétence, évaluation, formation, modalité contractuelle etc.) afin de pouvoir insérer cette assistance dans les structures de santé publique.

L'exécution de ce plan d'action sera aussi axée sur la promotion de la santé et la prévention d'autres événements de santé comme le choléra et de nombreux problèmes sociaux lesquels nécessitent l'engagement et la participation de tous les acteurs impliqués dans le secteur (Agences des Nations Unies, ONG, professionnels indépendants, municipalités etc.), et d'autres secteurs d'activité afin d'agir sur les déterminants de la santé et du bien-être. Le secteur privé et la société civile sont appelés à jouer un rôle primordial dans les actions identifiées dans le plan tant au niveau du ministère qu'au niveau de la DINEPA. Cette action intersectorielle provoquera la synergie nécessaire pour améliorer l'état de santé de la population et assurer, dans le respect des normes environnementales et sociales, la pérennité des systèmes sanitaires et de services d'eau et d'assainissement qui seront développés ou construits dans le cadre du plan d'action.

Ce plan inclut la mise en place d'un système d'information permettant aux autorités nationales de disposer d'informations fiables pour les décisions opportunes en vue de l'amélioration des soins de santé et d'interventions dans les services en eau potable, assainissement et gestion des déchets. Ceci consistera à moderniser le système d'information sanitaire en renforçant la surveillance épidémiologique et microbiologique, les recherches de laboratoire etc.

Enfin, l'opinion de la société civile et particulièrement les besoins spécifiques des enfants, des femmes et des handicapés seront pris en compte tout au cours de l'exécution du Plan d'Action.

Des opportunités seront fournies pour l'information et l'implication du public dans les processus décisionnel concernant les services d'eau et assainissement à différents niveaux: planification et budgétisation, gestion et exploitation, réglementation et conformité, suivi et évaluation.

### 3 Contexte

Dix mois après le tremblement de terre dévastateur du 12 Janvier 2010, Haïti a connu l'une des plus grandes épidémies de choléra dans l'histoire moderne. Les premiers cas de choléra ont été découverts en Haïti en octobre 2010 dans le Département du Centre. Un mois après, le choléra s'est propagé dans toute Haïti et en République Dominicaine. Le 14 novembre 2012, on a dénombré 615,459 de personnes atteintes de choléra en Haïti dont et 7,585 décès, pour un taux de létalité de 1,2%; ce qui représente l'épidémie la plus vaste du monde, enregistrée dans un seul Pays. En République Dominicaine le premier cas de choléra a été enregistré en novembre 2010. Le 15 novembre, 2012, on comptait déjà, dans la République voisine, 28 738 cas suspects et 427 décès. Le choléra est à risque de devenir endémique dans l'île d' Hispaniola.

Cette propagation différente de l'épidémie dans les deux pays est expliquée en partie par les conditions sanitaires préexistantes sur l'île. En Haïti, au début de l'épidémie, on estimait que 50% des résidents urbains et 30% des résidents des régions rurales n'avaient pas accès à l'eau potable, et 83% de la population n'avaient pas accès à des installations améliorées d'élimination des excréments (ref. WHO/UNICEF JMP 2012). Le manque de bonnes habitudes d'hygiène pour la plupart de la population, en particulier pour les groupes qui n'ont pas accès aux services de santé de base entre parmi les facteurs qui ont favorisé la propagation rapide de la maladie. En outre, même avant le tremblement de terre en janvier 2010 et l'épidémie de choléra en octobre de la même année, 46% de la population haïtienne n'avaient pas accès aux soins de santé. Ceci s'explique en partie par la distance à parcourir pour arriver au centre de santé le plus proche et d'autre part par le fait qu'une grande partie ne pouvait pas se payer le cout des services.

La dégradation de l'environnement est très prononcée en Haïti et a un impact significatif sur la disponibilité et l'accès à l'eau potable qui constitue un facteur important à la santé et à la propagation du choléra. Dans tout le Pays, les mauvaises pratiques de gestion des déchets et le manque de réseaux d'égouts et d'assainissement moderne constituent autant de facteurs environnementaux qui affectent la santé de la population.

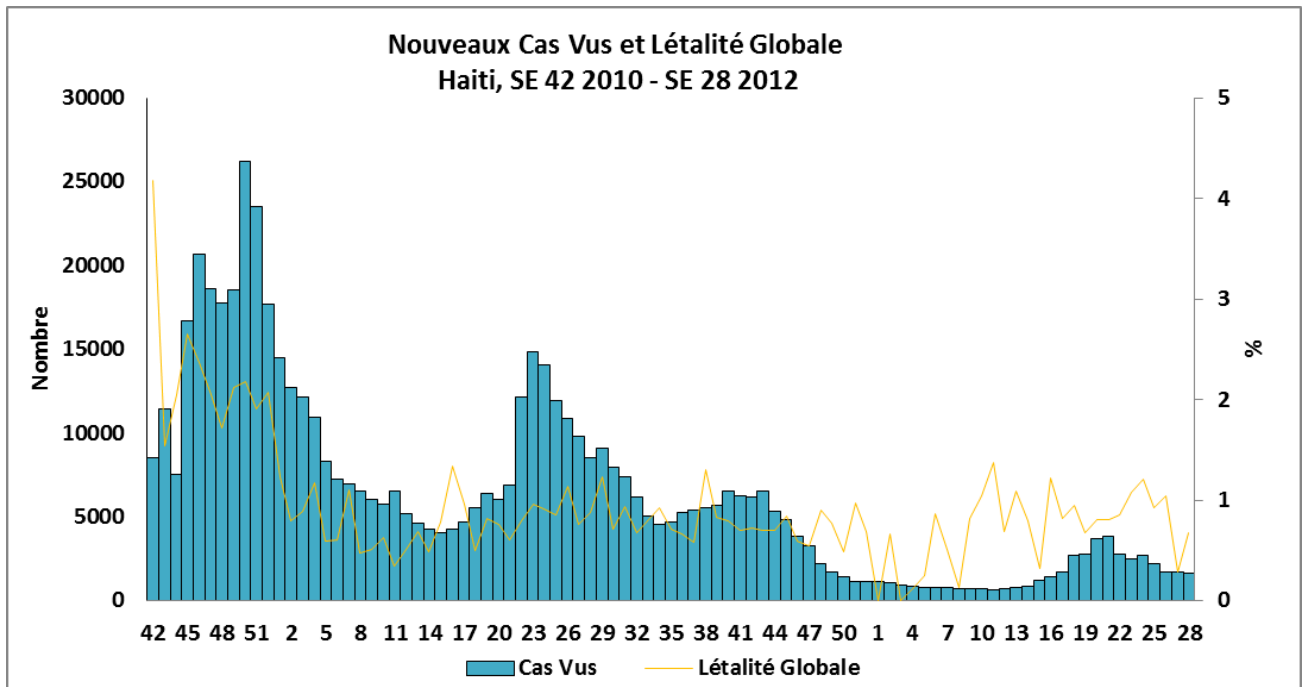
Malgré l'épidémie de choléra qui frappa l'Amérique Latine et les Caraïbes dans les années 90s et qui a tué environ 12.000 personnes dans 21 Pays, les deux Pays de l'île d'Hispaniola n'avaient pas enregistré d'épidémie de choléra avant la flambée d'octobre 2010. L'épidémie des années 90 a été finalement mise sous contrôle après huit ans d'efforts de santé publique internationale et des investissements massifs en infrastructures, en eau potable et assainissement dans la région.



## 4 Epidémiologie de l'épidémie du choléra en Haïti

### 4.1 Historique de l'épidémie

L'épidémie de choléra en Haïti a commencé en Octobre 2010 et a été attribuée au *Vibrio cholerae*, sérotype 01, sérotype Ogawa, biotype El Tor. Le premier cas a été détecté dans le Département du Centre, puis l'infection s'est propagée au Département voisin (l'Artibonite) avant d'atteindre graduellement tous les autres départements du Pays. Le 14 novembre 2012, on a dénombré 615,459 de personnes atteintes de choléra en Haïti dont et 7,585 décès, pour un taux de létalité de 1,2% ce qui représente l'épidémie la plus vaste du monde, enregistrée dans un seul Pays. Même si l'infection s'est propagée rapidement à travers le pays, il est intéressant de noter que deux zones géographiques ont toujours rapporté plus de cas que d'autres: La zone métropolitaine de Port-au-Prince et ses communes environnantes dans le Département de l'Ouest et le Département de l'Artibonite, qui à la fin de la 33ème semaine épidémiologique de 2012 représentaient respectivement 33.8% et 24.0% de tous les cas. Le taux de létalité global est estimé à 1.28% par rapport à 1.51% dans les cas hospitalisés. Le graphe 1 ci-dessous montre la courbe épidémique pour la période 20 octobre 2010 – 18 Août 2012.

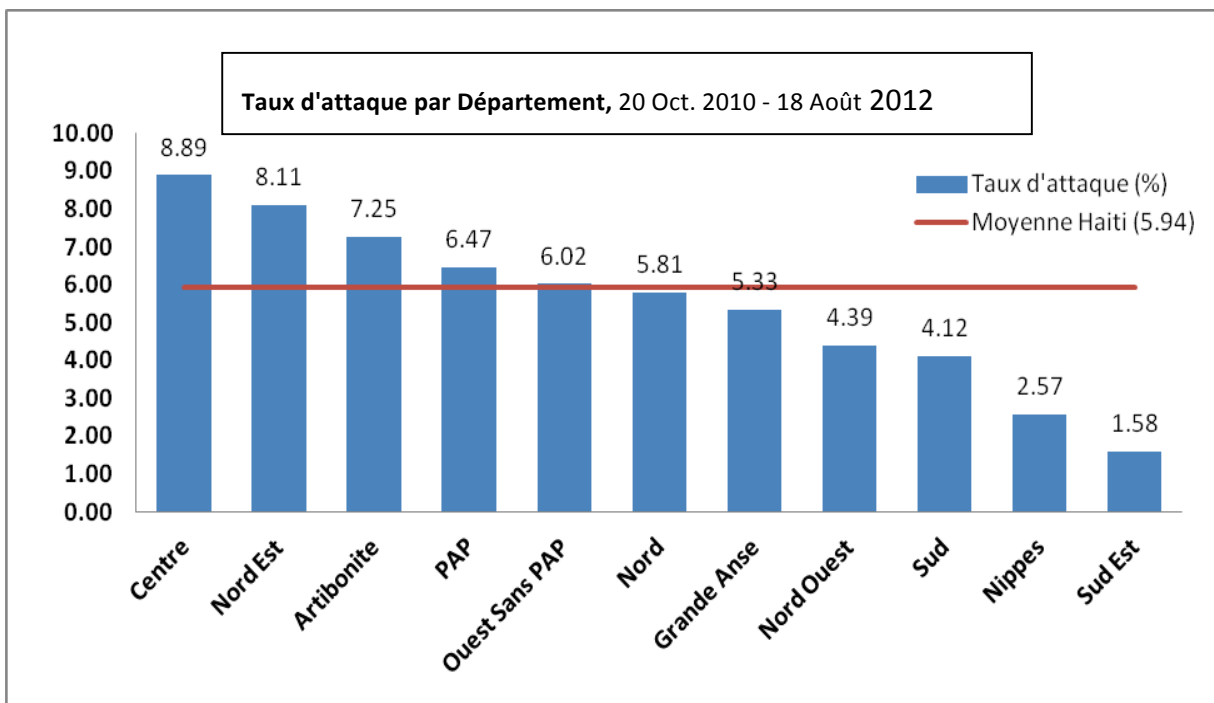


**Graphe 1**

Le graphe ci-dessus montre quatre pics d'intensité qui diminuent progressivement. Le premier pendant les mois de novembre et décembre 2010, où le nombre de cas hebdomadaires avait atteint jusqu'à 25 000. Le second pendant les mois de mai et juin 2011. Le troisième au mois d'octobre 2011. Le quatrième en Mai 2012 avec environ 3,166 cas en moyenne par semaine, et le dernier en novembre 2012 avec 2,811 cas, qui ne sont pas représentés sur le graphique. Une caractéristique importante à remarquer pour tous les sommets de la courbe, c'est qu'ils coïncident avec les périodes pluvieuses intenses.

Il peut également être vu sur la courbe que le taux de létalité a toujours suivi les tendances de morbidité sauf à la fin de l'année 2011, où plus de décès ont été signalés dans les départements du Sud et du Sud-Est du Pays. On croit que les difficultés pour accéder aux Centres de Traitement du Choléra ont contribué à ce renversement de tendance après le départ des ONGs qui ont joué un rôle de premier plan dans la fourniture de soins de santé pour les cas de choléra aux moments de pic de l'épidémie.

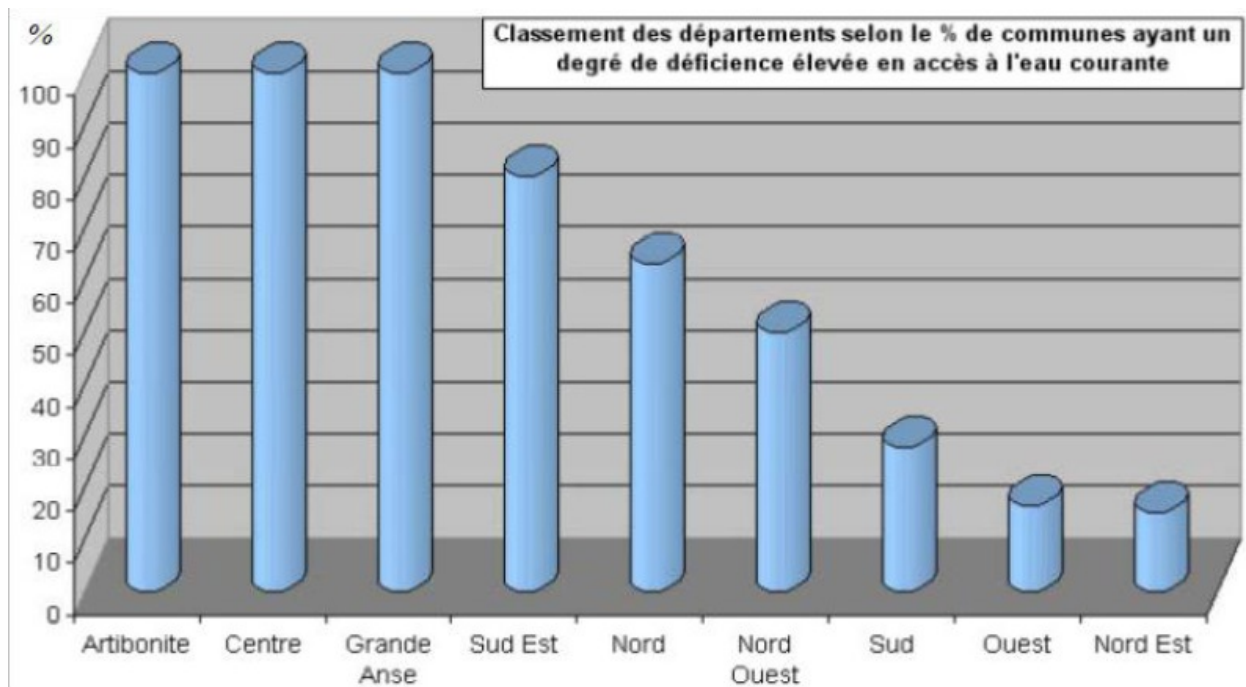
Les barres du diagramme ci-dessous montrent le taux d'incidence du choléra pour l'ensemble des 10 départements et de la Région Métropolitaine de Port-au-Prince. On peut remarquer, au début de la seconde moitié de août 2012, que 4 des 10 départements avaient un taux d'incidence supérieur à la moyenne nationale de 5.94%. Alors que les conditions s'améliorent dans le pays pour une élimination du choléra dans la prochaine décennie, une attention particulière est requise pour les départements accusant un taux d'incidence supérieur à la moyenne.



**Grappe 2**

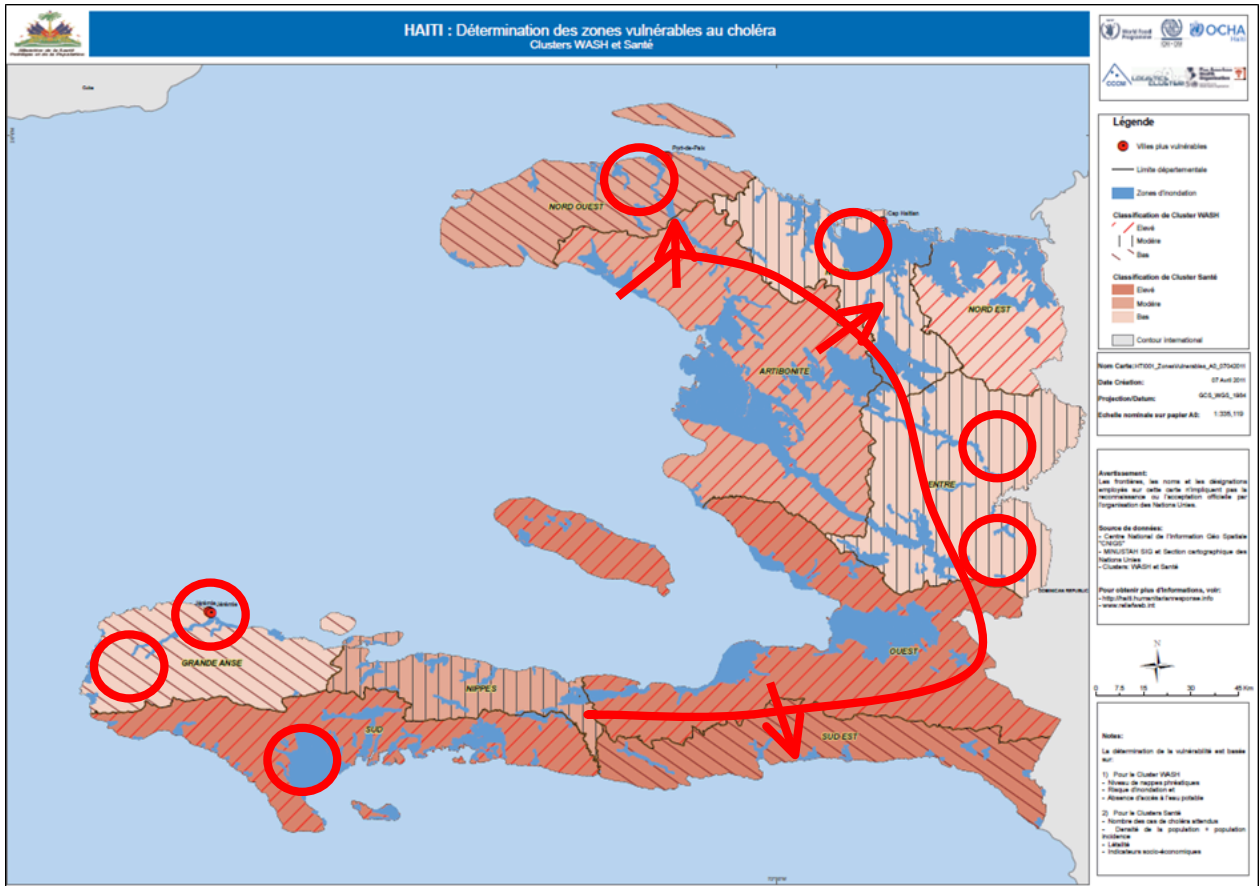
#### **4.2 Analyse géographique des zones les plus vulnérables**

Les résultats du rapport *Carte de Pauvreté d'Haïti* réalisé par le Ministère de la Planification et de la Coopération Externe souligne que l'Artibonite et le Centre ont la plus grande déficience en accès à l'eau potable, avec Grande Anse. Le Nord-Est est en revanche mieux pourvu :



**Graphe 3**

D'autre part, une analyse de l'évolution de l'épidémie réalisée en 2011 par le MSPP et l'OMS identifie encore l'Artibonite et le Centre comme de probables départements réservoir du choléra à partir desquels les flambées majeures apparaîtraient dans les départements limitrophes. Cette analyse identifiait également d'autres poches de vulnérabilité comme l'ouest de Grande Anse, la plaine des Cayes, les villes de Jérémie du Cap Haïtien et de Port-de-Paix.



Carte 1 : Analyse spatio-temporelle de l'épidémie de choléra (MSPP/OMS, 2011)

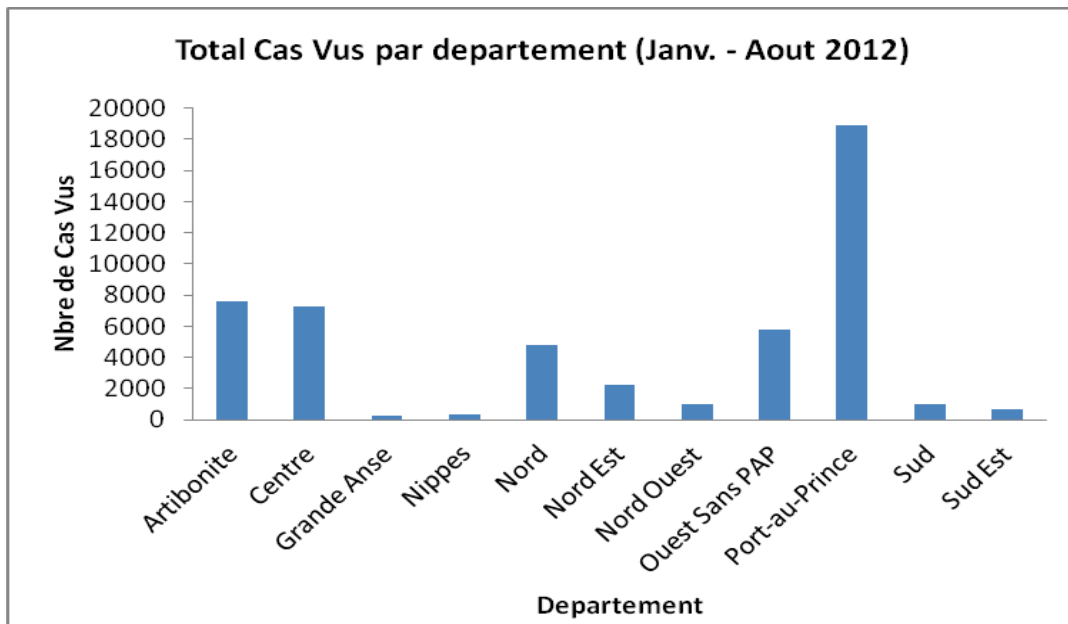
Des efforts tout particulier doivent donc être fait pour améliorer la situation en eau potable et assainissement des départements de l'Artibonite, du Centre et de l'Ouest, sans oublier certaines poches des autres départements (ouest de Grande Anse, Aquin, zones d'échanges frontalières,...) pour avoir un impact rapide et le plus efficace sur l'épidémie de choléra. Cette analyse doit cependant être nuancée par le fait que la DINEPA a déjà acquis des financements pour des interventions en zone rurale en Artibonite et dans le Centre nettement plus élevés que dans les autres départements.

Les « mornes » en zone rurale devraient faire l'objet d'une attention toute particulière étant donné le très faible accès à l'eau potable et à l'assainissement des villages reculés. Selon les dernières analyses, les mornes seraient en effet des zones de maintien du choléra pendant les saisons sèches.

Les villes exerceraient en revanche un rôle de diffusion de l'épidémie au début des saisons des pluies. Des interventions en eau potable, hygiène et assainissement en milieu urbain doivent donc également être considérées comme prioritaires.

### 4.3 Evolution récente de l'épidémie.

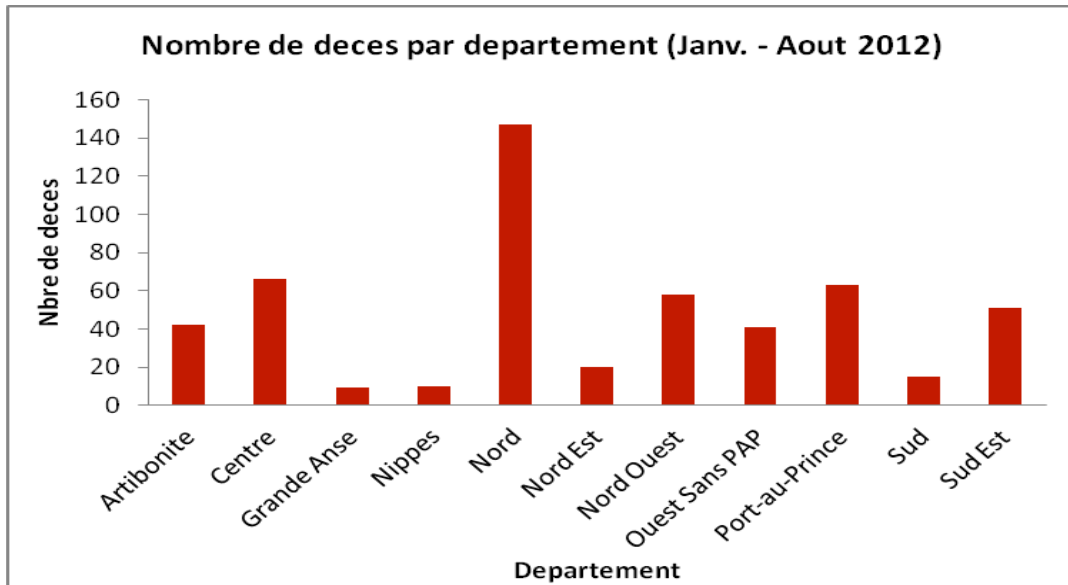
Au début de l'année 2012, on avait remarqué que la charge de morbidité du choléra manifestait une tendance à la baisse, et c'est seulement vers mi-février qu'on a reçu la première alerte d'une recrudescence de cas de choléra. Depuis lors, une augmentation de cas a été observée au cours des mois de mars, avril, et de nouveau en octobre et novembre. Les graphes ci-dessous montrent le nombre de cas de choléra et de décès notifiés au Ministère de la Santé du 1er janvier 2012 au 18 Août 2012.



**Graphe 3**

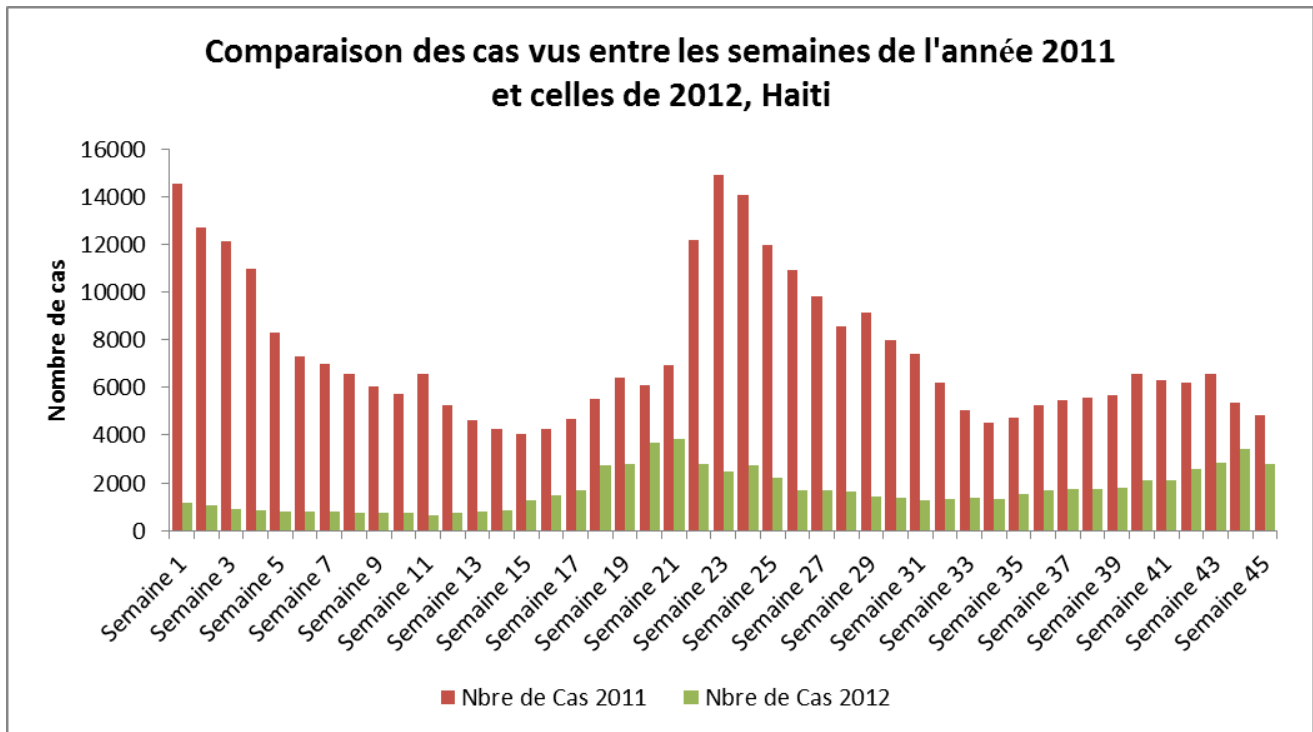
Certes, la menace du choléra est toujours réelle, mais il est juste de dire que l'intensité de sa transmission a considérablement diminué par rapport à l'année dernière. En fait, nous avons vu une réduction de plus de 80% dans le nombre de cas signalés dans les 33 premières semaines de 2012. Cette réduction a continué même si des poussées sporadiques continuent d'être

signalées entre octobre et novembre de 2012. Entre les semaines 33 et 45 un total de 2811 nouveaux cas a été notifié.

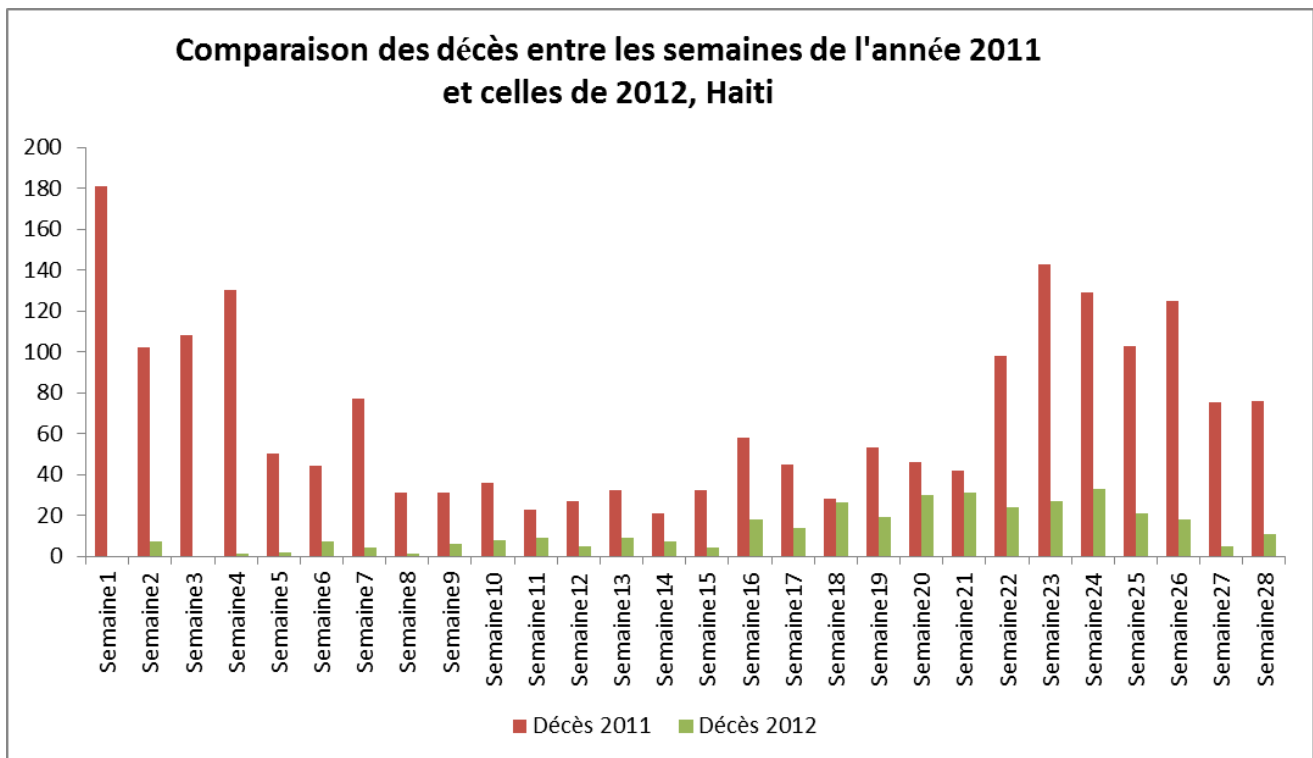


**Grappe 4**

Les graphes ci-dessous comparent les données de 2011 de choléra jusqu'à la 45 semaine de 2012 pour la période correspondante.



**Graphe 5**



**Graphe 6**

Cette évolution conforte l'objectif d'éliminer le choléra est réaliste car cela laisse espérer que l'environnement d'Haïti n'est pas favorable à l'implantation définitive du vibrion. La baisse du nombre de cas va faciliter l'identification plus précise des zones les plus vulnérables ou le choléra est le plus « implanté ». Zones qui devront être prioritaires pour des projets durables en eau potable et assainissement.

## **5 Analyse de la capacité de réponse des secteurs eau et assainissement, gestion des déchets solides et sante publique**

### **5.1. Secteur eau et assainissement**

#### **5.1.1. Eau potable et disposition des eaux usées**

##### *5.1.1.1 Couverture en eau potable et disposition des excréta*

Même avant le tremblement de terre et l'arrivée de l'épidémie de choléra, le secteur Eau et Assainissement en Haïti était en retard en comparaison à la couverture moyenne en eau et assainissement des pays latino-américains et Caraïbes. Le niveau de services en eau potable a été caractérisé par :

- une très faible couverture (environ 50% en zones urbaines et 30% en zones rurales),
- des taux élevés de fuites dans les réseaux d'adduction d'eau potable allant jusqu'à 90% dans certains d'entre eux,
- un approvisionnement incertain et une qualité douteuse de l'eau distribuée<sup>1</sup> (Source: IADB, Haïti Sector Note, April 2011).

L'enquête de l'eau et d'assainissement menée dans le cadre du recensement de la population de 2003 donne une assez bonne idée de la situation: (i) seulement 8,5% des maisons sont raccordées à un système de distribution d'eau; (ii) 32% de la

---

<sup>1</sup> : IADB, Haiti Sector Note, April 2011

population s'approvisionne à partir des rivières et (iii) 32% puise l'eau à la source la plus proche. Les services d'assainissement y sont présentés comme étant pratiquement inexistantes avec un accès de 29% des ménages à une installation améliorée de disposition des excréments dans les zones urbaines et 12% dans les zones rurales. La plupart des ménages sont équipés de latrine rudimentaire ou un simple trou creusé sur la propriété.

Selon l'enquête démographique et de Santé 2006 dix (10%) de la population vivant en zones urbaines et cinquante (50%) de ceux vivant en zones rurales défèquent encore à l'air libre<sup>2</sup>.

Les systèmes de collecte d'eaux usées sont pratiquement inexistantes pour le milieu urbain haïtien. Les eaux usées domestiques sont généralement rejetées dans le système de drainage des eaux de pluie. Pour le traitement des eaux usées, seule la technologie de fosse septique est couramment en pratique (Source: IADB, Haïti Sector Note, April 2011). Les boues de latrines et de citernes des fosses septiques représentent une préoccupation majeure et sont généralement disposées dans des fosses non contrôlées ou déchargées dans la nature.

Ce n'est que tout récemment que des efforts ont été entrepris pour alléger cette situation par la construction et la mise en fonctionnement en 2011 de deux Stations de Traitement des excréta à Morne à Cabri et Titanyen non loin de la capitale pour la décharge et traitement des boues de fosses septiques et de latrines. Ces Stations sont conçues pour recevoir chacune un volume de 500m<sup>3</sup> d'excréta issus des fosses septiques et des latrines.

---

<sup>2</sup> Enquête démographique et de Santé 2006

### 5.1.1.2 Organisation du Secteur Eau et Assainissement

Depuis de nombreuses années et jusqu'à récemment, le secteur de l'eau et de l'assainissement a été fragmenté, non réglementé et dépourvu d'autorité de coordination. Les besoins du secteur ont été principalement couverts par trois institutions:

- i. La *Centrale Autonome Métropolitaine d'Eau Potable (CAMEP)*, responsable de l'approvisionnement en eau (uniquement) de la zone métropolitaine de la capitale, Port-au-Prince;
- ii. Le *Service National d'Eau Potable (SNEP)* en charge de l'approvisionnement en eau pour le reste du Pays; mais en raison de son manque de capacité, le SNEP avait concentré ses activités sur la réponse de services en eau de boisson pour les villes secondaires;
- iii. Le Ministère de la Santé et de la Population (MSPP) par le biais de sa Division de l'Hygiène Publique, ses districts sanitaires et des projets spéciaux comme le POCHEP (Postes Communautaires d'Hygiène et d'Eau Potable) a répondu à certains besoins sanitaires en la zone rurale par des constructions de petits systèmes d'approvisionnement en eau, d'hygiène et d'assainissement (installation de latrines);

D'autres besoins sanitaires ont été couverts par des ONGs et de grands projets d'investissement du Gouvernement comme : le projet d'Assainissement de Port-au-Prince (projet de construction du réseau d'eaux pluviales) et le projet de la gestion métropolitaine des déchets (SMCRS) qui, dépendamment des circonstances, étaient gérés par le Ministère des Travaux Publics, ou par différentes municipalités.

De cette dispersion institutionnelle, il s'ensuivit:

- Que les trois entités principales (CAMEP, SNEP et MSPP) rencontraient des difficultés à augmenter la couverture au rythme souhaité afin de pourvoir aux

besoins sanitaires de la population et assurer un niveau adéquat de la qualité du service en eau et assainissement ;

- Une limitation de financement disponible pour le secteur ;
- Une perte énorme de personnel formé et qualifié pour la gestion des projets et programmes en eau et assainissement, souvent au bénéfice des bailleurs de fonds, et des ONGs. Ces bailleurs assurent une grande variété de fonctions, et de ce fait arrivent souvent à attirer les professionnels les plus qualifiés;
- Une absence de registres nationaux ou régionaux des comités de gestion des systèmes d'eau,
- Une absence de registres d'associations de comités d'eau au niveau municipal, départemental ou national.

Ainsi, pour augmenter la performance de ce secteur jugé crucial pour le développement du Pays, le gouvernement haïtien a lancé en 2008 une réforme institutionnelle majeure de ses institutions de prestation des services d'eau et d'assainissement en mettant en place une agence nationale coordinatrice et régulatrice du secteur à travers une loi-cadre adoptée par l'assemblée législative en Août 2009 : *Loi Cadre Portant sur l'Organisation du Secteur de l'Eau Potable et de l'Assainissement (CL )01*.

La loi vise à renforcer la politique du gouvernement et ses fonctions d'articulation et de contrôle des fournisseurs des services eau et assainissement. En conséquence, ont été créés au sein du Ministère des Travaux publics, la Direction Nationale d'Eau Potable et d'Assainissement (DINEPA) et dix bureaux régionaux de services en eau et assainissement. La DINEPA est en charge de la mise en œuvre de la politique du secteur, de coordonner l'assistance des bailleurs de fonds et de réglementer les fournisseurs de services.

De manière spécifique, la DINEPA exerce sa mission autour de trois grands axes, à savoir :

- i. Le développement du secteur
- ii. La régulation du secteur
- iii. Le contrôle des acteurs

Les bureaux de services régionaux sous l'autorité de la DINEPA sont désormais des Offices Régionaux de l'Eau Potable et Assainissement (OREPA) et ont pour mandat de fournir l'approvisionnement en eau et assainissement dans les zones urbaines. Selon la loi-cadre, les municipalités qui pour le moment ont une capacité réduite, devront à long terme assumer les fonctions des OREPA. Les opérateurs privés pourront également assumer la gestion et fonctionnement des systèmes d'eau. La loi-cadre prévoit aussi la constitution de centaines de Comités d'Approvisionnement en Eau Potable et d'Assainissement appelés CAEPA qui seront en charge des petits systèmes sanitaires des petites villes et des zones rurales du Pays.

La structure de la DINEPA doit être assez grande pour être capable de conduire les différentes tâches qui incombent à cette entité dans les prochaines années, dont essentiellement la réforme du secteur et l'amélioration de la couverture en eau potable et en assainissement. Elle compte déjà une Direction Technique pour établir les normes et procédures pour suivre l'ensemble des projets et une Direction d'Opérations Régionales capable d'assurer l'opérationnalité des OREPA, transférant ainsi les capacités nécessaires pour leur autonomie future.

Le Plan d'Élimination du Choléra s'inscrit dans un Plan d'Action plus globale de la DINEPA qui a pour objectif d'améliorer les performances du secteur par une réforme institutionnelle majeure et une série de projets ambitieux.

#### *5.1.1.3 Analyse des ressources financières disponibles pour le secteur eau et assainissement*

Même avant le tremblement de terre en janvier 2010 et l'épidémie de choléra qui a débuté en octobre 2010, le secteur Eau et Assainissement était sous-financé alors

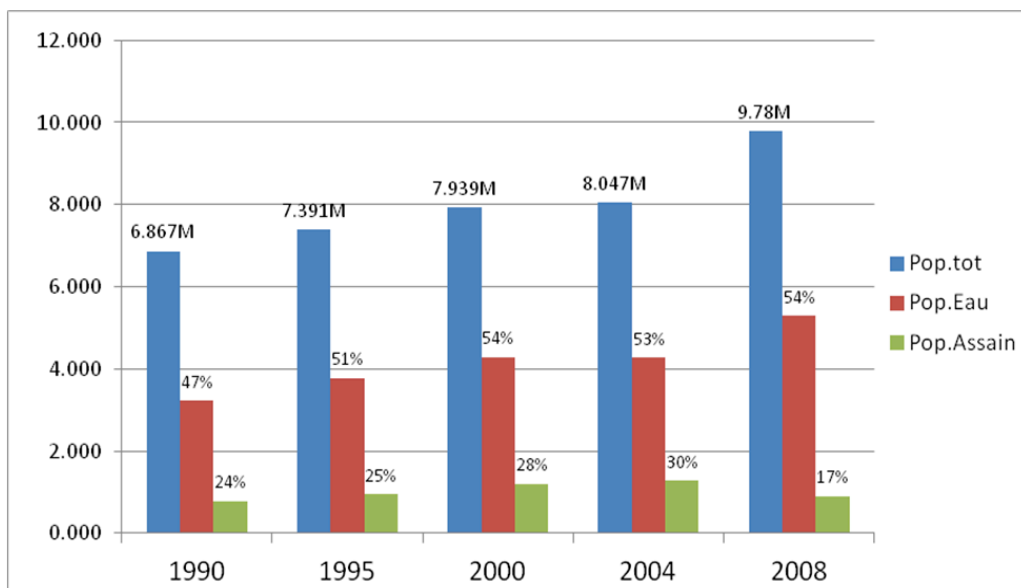
que les niveaux de couverture d'Haïti dans les zones urbaines et rurales restent les plus bas de l'hémisphère. Le graphique ci-dessous montre que le financement du secteur n'a jamais été proportionnel à l'augmentation de la population au fil des ans.

Dans les années 1990, l'aide extérieure à Haïti avait diminué de manière significative, ce qui affecta la performance du secteur et priva une part importante de la population d'une amélioration des services sanitaires.

L'aide extérieure a repris en 2004, toutefois, l'aide internationale pour le secteur Eau et Assainissement n'est devenue significative que seulement après la loi de réforme adoptée par le Parlement en 2009 donnant naissance à la Direction Nationale d'Approvisionnement en Eau et d'Assainissement (DINEPA).

Pour le présent moment, les principaux bailleurs de fonds en Haïti pour le secteur sont la Banque Interaméricaine de Développement (BID) et l'Agence Espagnole de Coopération International pour le Développement (AECID). Cependant, divers bailleurs de fonds ont contribué au financement des actions prioritaires en eau et des besoins d'assainissement du pays sur la base d'un plan d'investissement prioritaire (PIP) élaboré par le gouvernement et présenté au tableau en annexe 1.

## Couverture en Eau et Assainissement en Haïti et son évolution entre 1990 a 2008



**Graph 7**

Grâce à cette disponibilité, les besoins financiers de développement et de renforcement institutionnel de la DINEPA sont en partie couverts pour les quatre prochaines années pour un montant estimé à \$134.5 millions de dollars (y compris \$5 million dédiés exclusivement au cholera). La BID a actuellement prêt pour 2013 un projet en eau et assainissement à Port-au-Prince de \$35.5 millions de dollars. En outre, des fonds de différents bailleurs suivant le tableau en annexe, sont déjà décaissés pour Haïti et sont en train d'être dépensés pour les travaux de réhabilitation d'urgence des systèmes prioritaires d'approvisionnement en eau (principalement à Port-au-Prince, la capitale et d'autres grandes villes); de la même manière, il y a de fonds disponibles pour la construction et réhabilitation des systèmes d'eau potable et d'assainissement dans les écoles, centres de santé et les lieux publics. Cependant, ces fonds acquis sont programmés dans le cadre de la Réforme et des fonds supplémentaires sont donc nécessaires pour cibler spécifiquement l'élimination du choléra selon des priorités épidémiologiques. Ainsi,

certaines villes identifiées comme très vulnérables au choléra n'ont pas été retenues dans le cadre de la Réforme où les interventions prioritaires sont choisies selon des critères essentiellement de type économique. En outre, la DINEPA manque de financement pour mettre en œuvre un programme ambitieux en zone rurale et en particulier en assainissement, assurer une présence continue de TEPACs (Techniciens Eau Potable et Assainissement Communaux) dans toutes les communes du pays, et maintenir une réponse aux urgences par le DRU (Département de Réponse aux Urgences).

L'AECID et la BID ont contribué à un montant de US\$ 5 millions de dollars déjà décaissés et en cours d'utilisation par le gouvernement à travers la DINEPA spécifiquement pour les interventions d'urgence en eau et assainissement liés à l'épidémie de choléra.

De plus, la DINEPA reçoit d'autres aides financières externes importantes, mais non quantifiées dans les chiffres présentés ci-dessus et incluant les appuis financiers de l'UNICEF, CDC /USAID et l'aide de la coopération technique de l'OPS ainsi que certaines ONGs. Aussi, bien que le montant ne soit pas chiffré dans le tableau fourni par la DINEPA, l'apport financier de l'UNICEF durant la période après le séisme a été important et est crucial dans la lutte contre l'actuelle épidémie de choléra. Cette aide inclut le transport de l'eau par camion dans les camps de personnes déplacées, la vidange des fosses septiques et des latrines des camps des déplacés de Port-au-Prince et de Léogane, la réhabilitation de systèmes d'eau distribuée à travers de fontaines publiques dans les localités où le choléra est une menace, la distribution de latrines publiques et familiales dans les endroits nécessaires.

En outre, d'autres fonds disponibles ou en utilisation pour les ouvrages d'eau et d'assainissement dans des zones rurales et périurbaines ne sont pas comptabilisés par le système gouvernemental. Ces fonds sont des ressources provenant des

bailleurs de fonds bilatéraux ou multilatéraux qui sont décaissés au bénéfice d'ONGs internationales pour la construction des ouvrages hydrauliques et sanitaires en Haïti.

Comme ces Organisations ne sont pas tenues de déclarer le montant des fonds reçus pour Haïti, il est alors difficile de les comptabiliser parmi les sommes investies à la suite de l'épidémie de choléra ou durant la période postérieure au tremblement de terre.

La contribution financière de la contrepartie nationale disponible pour le secteur est presque insignifiante et limitée à certains coûts opérationnels qui ne sont pas toujours visibles. Ce manque d'investissement provenant directement du portefeuille fiscal du pays représente une menace pour la stabilité du secteur qui est en train de subir un développement institutionnel massif afin de répondre aux besoins du secteur eau et assainissement. Un effort a été enregistré pour l'exercice fiscal 2012/2013 avec une allocation de \$ 155 millions de gourdes pour la DINEPA (fonctionnement et investissement).

### **5.1.2. Gestion des déchets solides**

#### *5.1.2.1. Situation de la gestion des déchets solides*

La gestion des déchets solides, depuis la collecte jusqu'à la disposition au traitement dans des décharges appropriées, est une problématique à laquelle plusieurs municipalités haïtiennes se trouvent confrontées. Le problème est particulièrement cuisant en zone urbaine où il est associé au phénomène de surpopulation et de distribution anarchique de l'habitat.

La mauvaise gestion des déchets solides est apparente dans les grandes villes du Pays et particulièrement à Port-au-Prince où l'insalubrité est visible.

*La collecte* : En effet, on estime que seulement 50%<sup>3</sup> des ordures ménagères de l'aire métropolitaine de Port-au-Prince sont collectées. Plus de la moitié des déchets se retrouvent dans les réseaux de drainage des eaux de pluie et d'évacuation des eaux grises, la mer, les terrains vacants. Dans certains quartiers, les fosses des latrines sont utilisées par défaut pour l'évacuation des déchets solides. Ceci qui a un impact sérieux sur la vidange des latrines et l'exploitation des stations de traitement et de ce fait augmentent les risques de propagation du choléra

*La disposition finale* : Les décharges des grandes villes constituées sont régulièrement occupées par la population voisine qui pratique dans des conditions infra humaines le tri et la revente de produits recyclables. Ces décharges se retrouvent dans les villes moyennes, le long des rivières ou en amont de sources d'eau utilisées régulièrement par la population pour les besoins ménagers.

*L'éducation et la réglementation*: Outre le manque de service adéquat il est important de noter une grande faiblesse au niveau de l'éducation, de la promotion de l'hygiène et des textes réglementaires ainsi qu'un laisser aller au niveau de l'application des textes de lois existants.

Cette situation est due au manque de structuration, de régulation et de financement de ce secteur en Haïti

#### *5.1.2.2. Cadre Administratif et légal de Gestion des Déchets Solides*

Il n'existe pas une loi-cadre spécifique sur la Gestion des Déchets Solides(GDS) en Haïti. Cependant, le secteur est régi par des textes de loi éparpillés dans les codes d'hygiène et d'urbanisme.

Le cadre institutionnel du secteur est encore flou surtout au niveau des grandes villes. En effet, selon la loi, la compétence de la propreté urbaine est réservée aux

---

<sup>3</sup> Données du Plan National de Gestion des Déchets Solides (PNGDS).

municipalités qui ont la responsabilité du nettoyage des rues, de la collecte des déchets et du traitement des résidus urbains. Toutefois, pour répondre aux exigences de la collecte des déchets dans les métropoles qui sont en général des conurbations, un organisme autonome, le Service Métropolitain de Collecte des Résidus Solides (SMCRS) a été créé par décret publié le 3 mars 1981 sous la tutelle du Ministère des Travaux Publics, Transports et Communication. Le budget du SMCRS étant géré par le Ministère de l'Intérieur et des Collectivités Territoriale (MICT), cet organe se retrouve doté d'une double tutelle. Ceci complique considérablement son fonctionnement et le suivi de sa performance.

Outre ces entités publiques officiellement responsables du secteur, à savoir les municipalités et le SMCRS sous tutelle du MICT et du MTPTC, d'autres ministères se trouvent impliqués dans des aspects particuliers ou des sous-secteurs de la GDS.

C'est le cas de :

1. Ministère de la Planification et de la Coopération Externe, responsable de la gestion du territoire et impliqué dans le choix des localisations des aménagements et des installations de GDS
2. Ministère de l'Environnement, organe régulateur de l'environnement depuis 2000, qui a la charge gestionnaire des déchets dangereux de la régulation environnementale de l'enlèvement, du traitement et du conditionnement des déchets.
3. Ministère de la Santé Publique et de la population, responsable de la Gestion des déchets bio médicaux. Le Ministre de la Santé est très conscient du danger que représentent les déchets hospitaliers pour l'environnement. A part les deux incinérateurs existant à Port-au-Prince, il n'y a pas pour l'instant de budget pour la construction d'autres installations d'incinérateurs pour cette catégorie de déchets. Dans certains établissements de santé, les déchets de soin sont brûlés dans une fosse ou recouverts de chaux vive.

Par ailleurs, d'autres acteurs interviennent dans le secteur essayant

1. Les ONG notamment Viva Rio, GRET, CEFREPADE, Solidarités Internationales, ACF, FOKAL et Oxfam Grande Bretagne, financées par les bailleurs de fonds ;
2. Le secteur privé, à travers les compagnies de collecte et celles intéressées à l'achat et la revente de produits ou matériaux issus de la récupération tels le plastique, les métaux, les batteries etc.

#### *5.1.2.3. Financement actuel de la Gestion des Déchets Solides*

D'après l'article 66 de la Constitution, les communes sont autonomes du point de vue financier et administratif. Mais en réalité elles fonctionnent sous la tutelle du Ministère de l'Intérieur et des Collectivités Territoriales, et ne possèdent jamais suffisamment de fonds pour mener à bien les activités de collecte et traitement des déchets urbains.

Le SMCRS reçoit mensuellement une allocation qui lui permet de réaliser la moitié de la collecte des déchets.

#### *Organisation du secteur.*

Face à cette situation, le MTPTC a lancé en 2009 une étude financée par l'AFD en vue de l'élaboration de la POLITIQUE NATIONALE DE GESTION DES DECHETS SOLIDES. Cette Politique Stratégique propose :

- un cadre institutionnel pour la Gestion des Déchets, sous une tutelle unique, une Direction Nationale (DNGDS) et suivi à travers un conseil d'administration. Il est entendu que la propreté urbaine et la Gestion des résidus solides demeureront des compétences communales. Cependant les équipements et installations intercommunaux seront régulés par une structure régionale sous le contrôle de la communauté de mairies qui désignera le mode de gestion (incluant les partenariats) le plus approprié pour la région.

- un mécanisme de financement à travers un fonds GDS (FRED-GDS) alimenté par les taxes et prélèvement sur différents produits, dans un premier temps ajoute au paiement du service à plus long terme
- un cadre légal, à travers une loi-cadre regroupant l'ensemble des lois liées au secteur et enrichi par de nouveaux textes tenant compte des avancées technologiques et du contexte socioéconomique et culturel du pays.

Cette étude présentée à tous les secteurs de la vie nationale et à travers les différentes régions du pays a été approuvée par le Ministère des Travaux Publics, Transports et Communications. Elle devra être présentée au Parlement pour ratification.

## **5.2. Secteur santé publique. Politique et Plan National de la Santé Publique**

Toutes les installations du système de santé sont supervisées et coordonnées par le Ministère de la Santé Publique et de la Population dans le cadre de son rôle régulateur. Toutefois, le Ministère n'a pas été en mesure d'assumer pleinement ce rôle. Il lui reste encore à mettre en place un système efficace de gestion et de financement en santé, une politique de ressources humaines compatible avec les besoins du Ministère, à réaliser le renforcement de la participation communautaire, la coordination intra et intersectorielle, et à obtenir une modification de la législation qui sera compatible avec les intérêts du plus grand nombre de personnes.

En 2005, le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) a publié un Plan National Stratégique de Réforme Sectorielle. Le plan identifie la santé comme un droit humain fondamental de tous les Haïtiens, sans discrimination, et souligne le lien direct entre la santé et le développement humain, et le respect nécessaire des principes de solidarité, d'équité et de justice sociale. Le mandat principal de la politique de santé en Haïti appelle à renforcer le rôle directeur du ministère en matière de planification, d'exécution et d'évaluation des programmes de santé.

Le développement des stratégies et l'exécution des activités qui garantissent la fourniture des soins de santé de base sont souvent handicapés par l'inadéquation des institutions et un code juridique déficient et obsolète. L'absence de lois de base et le manque de cohérence dans les services existants ont conduit à une situation dans laquelle le gouvernement devient incapable de régler, diriger, ou de surveiller la qualité des services, équipements et matériels disponibles.

### **5.2.1. Organisation du Système de Santé Publique**

Le système de santé en Haïti est constitué du secteur public, du secteur privé à but lucratif, du secteur mixte à but non lucratif, et du secteur traditionnel. Le secteur public comprend le Ministère de la Santé Publique et de la Population et le Ministère des Affaires Sociales, chargé de la santé des travailleurs dans le secteur privé formel. Le secteur privé à but lucratif comprend tous les professionnels de la santé en pratique privée qui travaillent sur leur propre compte ou dans les cliniques privées. Le secteur à but non lucratif mixte se compose des institutions de soins de santé du Ministère de la Santé Publique et les établissements gérés par le secteur privé, ou par des organisations non gouvernementales, ou par des organisations caritatives.

Les soins de santé sont dispensés dans les Centres de Santé de Premier Niveau, les Hôpitaux Communaux de second niveau et les Hôpitaux Spécialisés de référence du Ministère. Le secteur public représente aux environs 35.7% de l'infrastructure sanitaire, le secteur mixte privé, 31.8% et le secteur privé, 32.5%. On estime que 47% de la population n'a pas accès aux services de santé et qu'environ 80% de la population ont accès à la médecine traditionnelle<sup>4</sup> (Source, PAHO, Health in the Americas, 2007). Des groupes qui fréquentent les médecins traditionnels, la plupart vivent dans les zones rurales où 13% de la population vit à plus de 15 kms du centre de santé le plus proche. Il est important que les lois soient appliqués et respectés.

---

<sup>4</sup> Source, PAHO, Health in the Americas, 2007

En conformité à la loi organique de 2005<sup>5</sup>, le Ministère de la Santé Publique et de la Population comprend au niveau central deux bureaux administratifs, neuf directions techniques et quatre unités de coordination pour la gestion des programmes spéciaux comme les maladies infectieuses et transmissibles, le Programme élargi de vaccination (PEV), la nutrition et la sécurité des hôpitaux. Toutes ces directions sont, sous le leadership du titulaire du Ministère, coordonnées par une direction générale secondée par trois unités d'appui (Unité d'Appui à la Décentralisation Sanitaire, Unité de Planification et d'Evaluation et une Unité juridique). Voir Organigramme en Annexe 2.

Il y a aussi dix directions départementales de santé, une pour chacun des dix départements géographiques du Pays, et leurs services sont décentralisés au niveau de Unités Communales de Santé (UCS). Leur nombre et emplacement sont dictés par la taille de la population couverte, de leur compétence et situation géographique.

Les Unités Communales de Santé (UCS) sont des entités administratives décentralisées chargées de mener, dans leur zone géographique, des activités de santé de qualité assurée, en partenariat avec les organismes de santé publics et privés et avec la participation de la communauté. La médecine traditionnelle, qui est largement acceptée sans distinction de classe sociale ou d'appartenance religieuse, est pratiquée par les guérisseurs divers.

Le secteur privé à but lucratif du secteur est concentré dans la région métropolitaine où la plupart des professionnels travaillent. Les établissements privés, y compris les cliniques, les laboratoires et les pharmacies opèrent sans restriction, mais ne participent ni dans les programmes nationaux de santé ni dans la surveillance épidémiologique des maladies à notification obligatoire.

---

<sup>5</sup> loi organique de 2005

### **5.2.2. Rôle de Recteur et de Coordinateur du Ministère de la Santé et de la Population**

La faible capacité de coordination du Ministère était devenue évident pendant la crise du choléra. Il y a eu très peu d'investissement dans le renforcement du Ministère au cours de la phase d'urgence. Ce volet doit être pris en considération dans toute assistance au secteur de la santé publique. Le Ministère doit mettre en place une structure pour répondre en urgence à tous évènements.

Le renforcement des capacités est donc essentiel pour une mise en œuvre réussie et durable du plan national pour l'élimination du choléra. Le Ministère va poursuivre le développement d'une stratégie pour l'adoption des partenariats *novateurs* pour le renforcement des capacités, qui soient complémentaires aux efforts courants et aux efforts déjà produits.

Tandis que les services cliniques ou curatifs de santé étaient clairement nécessaires dans les situations d'urgence majeure, il est tout aussi important d'investir au niveau du gouvernement afin de s'assurer que le Ministère de la Santé Publique ait la capacité de gérer efficacement le système de santé à l'échelle nationale, aussi bien la capacité locale de pouvoir superviser les services des hôpitaux et dispensaires de santé qui sont sous contrôle des ONGs.

Une des principales leçons apprises du tremblement de terre en Haïti et la réponse à l'épidémie de choléra est la nécessité de renforcer le Ministère de la Santé non seulement pour coordonner le grand nombre des organisations non gouvernementales (ONGs) qui œuvrent dans le domaine de la santé, mais aussi d'établir une stratégie de réorientation de cette aide dans le système de santé publique.

En bref, il y a lieu de repenser l'assistance humanitaire de telle manière qu'elle s'intègre et renforce les systèmes de santé des Pays en crise, plutôt que de les remplacer. L'un des éléments essentiels des leçons apprises des événements d'Haïti, c'est que l'aide humanitaire doit supporter, plutôt que saper les autorités locales, et qu'avec l'aide de la communauté humanitaire, les ministères de santé des Pays recevant l'aide, puissent

assurer leur rôle de coordination et absorber les services fournis durant la phase aiguë de l'urgence.

D'autre leçon importante à tirer du tremblement de terre et de l'urgence relative au choléra est que la gestion de l'information et la diffusion des informations sont également faibles. Bien que le Ministère ait tenté de cartographier son intervention, sa capacité dans cet aspect reste limitée, et ce fait, les données générées sont incomplètes, et la validité des données recueillies sont peu fiables.

## **6 Réponse nationale face à l'épidémie du cholera**

Dès la confirmation des premiers cas de choléra, le Gouvernement de la République d'Haïti s'est rapidement mobilisé pour répondre à l'épidémie. Le Chef de l'Etat fit une adresse à la nation pour annoncer l'introduction du choléra dans le territoire national et informa de l'engagement du gouvernement de n'épargner aucun effort pour lutter contre l'épidémie. Plusieurs mesures ont été prises par le Gouvernement.

### **6.1 Par le Gouvernement d'Haïti**

#### **Les mesures politiques et stratégiques**

- ✓ Création d'une cellule de crise interministérielle, avec la mission spécifique de garantir l'engagement politique de tous les secteurs de la vie nationale et la mobilisation de ressources en faveur de la lutte contre le choléra.
- ✓ Mise en place d'un Comité de pilotage chargé de coordonner les activités de lutte contre le choléra à l'échelle nationale.
- ✓ Mesure gouvernementale décrétant le Choléra «Problème de sécurité nationale».
- ✓ Démarches auprès des partenaires internationaux d'Haïti afin de mobiliser les ressources nécessaires à la lutte contre le choléra.

- ✓ Élaboration du Plan national de réponse.

#### **Sur le plan opérationnel, le Ministère de la Santé**

- ✓ Lance une campagne massive d'information et de sensibilisation de la population grâce à la coopération de la presse locale;
- ✓ Renforce le système de surveillance épidémiologique avec la mise en place d'un système de notification obligatoire du choléra;
- ✓ Renforce les mesures de protection sanitaire et renforcement des activités de distribution d'eau potable dans les camps d'hébergement et les zones marginales;
- ✓ Élabore des protocoles de prise en charge clinique des cas avec l'assistance technique de l'OPS/OMS;
- ✓ Procède à l'ouverture de 35 centres de traitement du choléra sur l'ensemble du territoire national grâce à l'appui de plusieurs des ONGs nationales et internationales;
- ✓ Forme un personnel de soins dans les communes affectées;
- ✓ Lance une campagne de vaccination contre le choléra;

#### **Les mesures politiques et stratégiques prises par la DINEPA comprennent :**

- ✓ La création en Juin 2011 du Département des Urgences (DRU) dont l'une des responsabilités est d'assurer la réponse en urgence aux flambées de choléra en coordination avec le MSPP
- ✓ Le leadership par le DRU du cluster WASH qui rassemble l'ensemble des Organisations travaillant en urgence en eau potable, hygiène et assainissement

- ✓ L'élaboration de la Stratégie Nationale de Lutte contre le Choléra, finalisée dès Novembre 2010

**Au niveau opérationnel, la Direction Nationale de l'Eau et l'Assainissement (DINEPA)**

**effectue**

- ✓ Le diagnostic et la réhabilitation des systèmes d'eau de 81 centres de santé;
- ✓ La chloration de 700 systèmes d'eau et 11 puits de pompage privés;
- ✓ La livraison d'eau par camions dans les sites d'hébergement temporaires des personnes déplacées;
- ✓ La distribution massive de Produits de Traitement de l'Eau à Domicile pour plus de 700,000 familles
- ✓ L'installation de 33 stations de potabilisation en Artibonite
- ✓ La réhabilitation en urgence de plus de 20 Systèmes d'Approvisionnement en Eau Potable en zone rurale
- ✓ L'installation de 9 laboratoires de qualité de l'eau dans la zone à risque;
- ✓ La chloration et le contrôle du chlore résiduel (SISKLOR) dans les petits réseaux d'eau autour de la capitale et les 1300 sites d'hébergement temporaires des déplacés;
- ✓ La coordination du nettoyage de fosses des latrines dans les abris des personnes déplacées;
- ✓ La Construction de deux étangs de stabilisation, près de la capitale, pour le traitement des eaux usées, mais surtout pour l'évacuation des boues de fosses septiques et des latrines;

- ✓ L'intensification de la promotion de l'hygiène dans la zone à risque et l'ensemble du pays
- ✓ La dotation d'infrastructures sanitaires pour plus de 30 écoles et 80 centres de santé

Les cadres de différents Ministères concernés et la société civile et les partenaires internationaux ont consentis des sacrifices énormes qui ont contribué à la gestion de l'épidémie. Cependant ces réalisations sont néanmoins insuffisantes face à l'extrême vulnérabilité d'Haïti à de telles épidémies à cause de l'insalubrité de l'eau, du manque d'hygiène et de la précarité en infrastructures sanitaires.

## **6.2 Par la Communauté Internationale**

Au cours de l'année écoulée, la communauté internationale a soutenu les efforts des gouvernements d'Haïti et de la République Dominicaine pour mettre en œuvre la stratégie de prévention et de contrôle du choléra, y compris l'amélioration de l'accès à l'eau potable et l'assainissement, la promotion de bonnes pratiques d'hygiène et de sécurité alimentaire, et la fourniture des matériels de prévention, de soins cliniques et de traitement.

Les Organisations du secteur ont en particulier (voir tableau en annexe) :

- ✓ Appuyé la DINEPA pour maintenir des conditions sanitaires minimum dans les camps de sinistrés du tremblement de terre (maintenance et vidange des latrines, installation de systèmes d'approvisionnement en eau potable,...)
- ✓ Distribué des produits de traitement de l'eau a domicile pour plus de 1,2 millions de familles
- ✓ Avec l'appui technique et la régulation de la DINEPA, aménagé plus de 11,000 points d'eau, réalisées plus de 400 forages et réhabilités près de 100 Systèmes d'Approvisionnement en Eau Potable
- ✓ Doté 430 écoles et 160 Centres de Santé d'infrastructures sanitaires

- ✓ Sous la coordination de la DINEPA et du MSPP, transmis des messages de sensibilisation à 13 millions de personnes (ce chiffre est plus grand que la population haïtienne car certaines familles ont reçu plusieurs fois des messages de campagnes différentes)

Ces interventions salutaires ont joué un rôle important en limitant une plus grande tragédie dans l'île, mais une coordination encore plus étroite avec la DINEPA doit être instaurée. Dans le cadre de la réforme, la DINEPA est l'organe de contrôle et de régulation du secteur et doit donc être en mesure de coordonner les actions du secteur, y compris les décisions de financements bilatéraux.

Ces actions du MSPP, de la DINEPA et des Organisations œuvrant dans la Santé, l'Eau Potable, l'Hygiène et l'Assainissement doivent être soutenues au cours des années à venir afin de renforcer le système global de santé dans les deux Pays. Pour éliminer le choléra sur l'île d'Hispaniola et parvenir en Haïti à un standard<sup>6</sup> comparable aux pays de l'Amérique latine et les Caraïbes (LAC), cet effort en cours doit être intensifié pour accroître l'accès à l'eau potable et à des installations améliorées d'assainissement.

### **6.3 Ressources Financières Mobilisées**

Le Bureau des Nations Unies pour la Coordination des Affaires Humanitaires (OCHA) a lancé un appel consolidé à la communauté internationale au début de la crise du choléra afin de financer la réponse des différents secteurs impliqués dans cette crise. Les dons qui ont été souscrits ou reçus depuis l'appel jusqu'au date et qui ont été portés à la connaissance du Cluster Santé sont donnés dans le tableau<sup>7</sup> ci-dessous :

---

<sup>6</sup> CDC global Health 2012 - <http://www.cdc.gov/globalhealth/features/cholera.htm>

<sup>7</sup> Source : MSPP, Décembre 2010; "Gestion de l'épidémie du choléra

BAILLEUR/ SECTEUR	INSTITUTION BENEFICIAIRE	Montant (US \$)	DESTINATION ET REMARQUES
Banque Mondiale	MSPP, FAES, DINEPA, 3 ONG	15,000,000	Réponse à l'urgence liée à l'épidémie de choléra
BID	UNICEF/DINEPA/MSPP	15,000,000	UNICEF(14M)/ MSPP(1M)
	DINEPA	7,500,000	DINEPA
CIDA, EU Delegation, DFID, CERF, ERRF, Finland, Andalousia, Italie, USAID, ARC, Rusia, Sudafrica, Espagne	PAHO	25,230,696.00	
OCHA (CERF)	Action Contre la Faim	560,000	Réponse à l'urgence liée à l'épidémie de choléra
	MERLIN		Réponse à l'épidémie du choléra à Port-au-Prince"
Germany	World Vision	170,000	
Sweden	Action Contre la Faim	1,489,647	
	IOM	2,979,294	
	Save the Children	84,433	
France	UNICEF	111,111	
	CRF	138,889	
Espagne	Gouvernement Haïtien	3,591,837	Estimation de ressources reçues
USAID/OFDA/CDC		37, 202,618	
		403,684	
		2,015,000	
		50,000,000	
Clinton Foundation	Gouvernement Haïtien	1,000,000	
	<b>Total US Dollars</b>	<b>125,274,591</b>	

**Tableau des fonds reçus ou promis pour le contrôle du choléra au décembre 2012 (US dollars)**

BAILLEUR/ SECTEUR		INSTITUTION BENEFICIAIRE	Montant (EURO)	DESTINATION ET REMARQUES
10	ECHO	Goal Choléra	863,565	
		Care Choléra	1,500,523	
		AMI	582,277	
		MDM-BE	838,000	
		MERLIN	1,087,570	
		COOPI	424,704	
		Terre des Hommes	318,336	
		OXFAM-UK	1,700,000	
		ACF-FRA	758,000	
		ACTED	778,397	
		MDM-FRA	1,300,000	
		PAHO	1,450,000	
		CRF	1,439,056	
		CRA	703,803.2	
		Concern Worldwide	668,750	
		UNHAS	1,000,000	
	<b>Total Euros</b>	<b>15,412,981.2</b>		

**Tableau des fonds reçus ou promis pour le contrôle du choléra au décembre 2012 (EUROS)**

Source : Rapport "Gestion de l'épidémie du choléra" – Ministère de la Santé Publique, Décembre 2010

## 7 Indicateurs et objectives du Plan

### 7.1 Indicateurs de résultats du Plan

Le plan d'action pour l'élimination du choléra en Haïti comprendra trois phases de planification:

- Deux ans pour les objectifs à court terme (2013-2014)
- cinq ans pour les objectifs à moyen terme (2015-2017)
- dix ans pour les objectifs à long terme (2018-2022).

Les indicateurs de résultats des trois phases sont décrits ci-dessous :

AU BOUT DE 2014	
<b>Un Indicateur Biologique</b>	Taux d'incidence annuel du choléra en Haïti réduit de 3% à $\leq 0,5$
<b>Un résultat des déterminants de la Santé</b>	La population vivant dans les zones du pays où est active la transmission secondaire se lave la main après défécation et avant de manger
<b>Commentaire</b>	Même lorsque le financement nécessaire est assuré, la construction de grands ouvrages d'infrastructure d'eau et d'assainissement prend un temps considérable pour leur achèvement. D'où la nécessité de continuer, dans les deux prochaines années, les actions d'urgence de manière systématisée en intégrant le renforcement et l'extension du système de soins de santé primaires, l'intégration de la composante d'hygiène alimentaire, en accélérant les activités d'assainissement et d'hygiène (construction d'installations d'évacuation des excréta et le nettoyage des latrines à fosse existantes dans les refuges), et en intensifiant les activités de promotion de la santé, y compris la mise à disposition par des techniques simples d'eau saine pour les communautés identifiées comme foyers actifs de transmission de choléra ou vivant dans des zones à risque.

<b>AU BOUT DE 2017</b>	
<b>Un Indicateur Biologique</b>	Taux d'incidence du choléra réduit à $\leq 0,1\%$ en 2017;
<b>Un résultat des déterminants de la Santé</b>	<p>Tous les systèmes d'approvisionnements en eau publics sont régulièrement chlorés et contrôlés.</p> <p>Tous les laboratoires du réseau national sont fonctionnels et génèrent des données de surveillance.</p> <p>La capacité institutionnelle de gestion et de supervision du secteur Eau et Assainissement est renforcée de telle manière que la DINEPA est en mesure de bien gérer et mobiliser les ressources nécessaires pour le développement du secteur afin d'atteindre un niveau de couverture comparable aux pays de l'Amérique latine et les Caraïbes;</p> <p>Le système de santé publique y compris gestion de l'information et promotion de la santé est renforcé afin d'augmenter l'accès aux soins de santé primaires et en intégrant les ressources de la DINEPA et les municipalités dans la surveillance épidémiologique et la surveillance environnementale ;</p>
<b>Commentaire</b>	<p>La restructuration du secteur de l'eau et l'assainissement en 2009 était une étape nécessaire pour atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) ainsi que les objectifs de développement à long terme du gouvernement. Toutefois, la DINEPA, responsable du secteur, est une nouvelle agence et est en cours d'organisation structurelle, et dès lors dispose d'une capacité opérationnelle limitée. En fait, la DINEPA est en mesure de dépenser actuellement 30 à 40 millions de dollars par an; En outre, le pays souffre d'une grave pénurie de professionnels dans le domaine de l'environnement, génie sanitaire et de l'eau;</p> <p>La propagation rapide du choléra dans le pays a démontré la nécessité de renforcer le système de santé en particulier les soins de santé primaires et la structure promotion de la santé ainsi que la gestion de l'information.</p>

<b>AU BOUT DE 2022</b>	
<b>Un Indicateur Biologique</b>	Taux d'incidence du choléra réduit à $\leq 0,01\%$
<b>Un résultat des déterminants de la Santé</b>	L'accès à l'eau potable et l'assainissement augmenté en Haïti au moins au niveau de la couverture moyenne dans les pays latino-américain et des caraïbes;  Risque de contamination réduite en raison de l'élimination correcte des excréta
<b>Commentaire</b>	<p>Éliminer le choléra dans l'île d'Hispaniola signifierait étendre la couverture de l'eau et l'assainissement dans l'île à un niveau comparable à celui des pays d'Amérique Latine. Ceci signifierait pour Haïti une accélération des investissements actuels pour la construction d'infrastructures en eau et assainissement à tel point qu'en 2022, l'accès à l'eau potable passera de 69% effective aujourd'hui à 85%, et l'accès à un assainissement adéquat de 17% effective aujourd'hui à 80%<sup>8</sup>.</p> <p>Le "vibrio choléra" est une bactérie qui s'accommode dans l'eau. Dès lors, avant son entrée en Haïti, elle est déjà présente dans l'environnement naturel de l'île d'Hispaniola, et compte tenu de l'incertitude du temps pour atteindre en Haïti la couverture requise en eau saine et assainissement, il est difficile d'imaginer une élimination complète du choléra sur l'île dans un horizon proche. Il est plutôt préférable de cibler dans les prochaines années un arrêt de transmission secondaire active de choléra en Haïti;</p>

---

<sup>8</sup> Couverture moyenne des pays de l'Amérique latine et les Caraïbes comme indiqué dans l'Appel d'action

## 7.2 But et objectifs du Plan

**But du Plan** - Le but ultime de ce plan d'action est d'éliminer le choléra dans l'île d'Hispaniola à travers un soutien technique et financier de la communauté internationale et une coordination binationale.

**Objectifs Spécifiques** - Afin de prévenir les décès et diminuer les souffrances causées par l'épidémie du choléra, la stratégie principale du gouvernement haïtien est de mettre en œuvre une approche intégrée pour prévenir et arrêter la transmission secondaire de choléra en Haïti:

Dans cette perspective, le gouvernement haïtien a fixé les objectifs spécifiques suivants à atteindre dans les prochains dix ans, c'est-à-dire d'ici l'an 2022:

1. Accroître l'accès à l'eau potable à au moins 85% de la population;
2. Accroître l'accès à l'amélioration des installations sanitaires et d'hygiène à au moins 90% de la population;
3. Augmenter à 90% la collecte des déchets ménagers générés dans la zone métropolitaine de Port-au-Prince et 80% ceux générés dans les villes secondaires;
4. Renforcer le système santé publique pour faciliter l'accès aux services de soins de santé à 80% de la population;
5. Renforcez la surveillance épidémiologique pour la détection précoce de tous les cas de choléra et d'autres maladies sous la surveillance. Ceci sera réalisé grâce à un système de surveillance intégré, avec de meilleures informations, un feed-back, une administration d'information et le règlement de communication.
6. Garantir l'investigation des flambés et la réponse liée aux activités de surveillance

7. Garantir la forte composante de surveillance du laboratoire pour suivre les sérotypes et géotypes possible, ainsi que des changements éventuels de résistance du vibrio cholerae en Haïti
8. Intensifier l'éducation de la population en matière d'hygiène domestique et la connaissance de l'hygiène alimentaire, de telle façon qu'en 2022, 75% de la population générale en Haïti ont connaissance des mesures de prévention pour le choléra et d'autres maladies diarrhéiques
9. Mettre en place un outil d'évaluation mesurant l'impact des activités sur le choléra, les maladies hydriques et plus largement sur des indicateurs socio-économiques tels que l'absentéisme en milieu scolaire et professionnel.

### 7.3 Interventions à court terme<sup>9</sup>

Pendant qu'on se mobilise et commence l'exécution des actions à long terme, le plan d'élimination du choléra prévoit l'accélération, dans les deux premières années, des mesures d'urgence exécutées de manière systématisée au niveau des quatre volets stratégiques du plan: Eau et assainissement, prise en charge, épidémiologie et promotion de la santé. Ainsi, il a été convenu que les actions à court terme se concentrent dans **la prévention de la transmission du choléra d'une personne à une autre** grâce à l'utilisation de l'eau désinfectée avec du chlore pour la boisson, le lavage des mains, la promotion de bonnes pratiques d'assainissement et l'hygiène des aliments.

Cet objectif principal à court terme s'exécutera en parallèle à des actions de développement déjà en cours par la DINEPA ou les autres Organisations du secteur (voir tableau de répartition des ONGs de développement en annexe). Dans le cadre de la Réforme, la DINEPA entreprend notamment la réhabilitation des systèmes d'eau

---

<sup>9</sup> Couramment appelé phase II des interventions d'urgences afin de contrôler l'épidémie. Prévu de 2013 à 2015 (deux ans)

potable de 21 villes du pays et la Région Métropolitaine de Port-Au-Prince, des actions en zone rurale en particulier en Artibonite, et la construction de stations de traitement des excréta dans chaque département

### **7.3.1 Interventions du MSPP**

1. Continuer avec les mesures d'urgence dans la fourniture des soins de santé et de traitement au sérum de réhydratation orale;
2. Basé sur l'analyse des données épidémiologiques, mettre en œuvre une campagne de vaccination contre le choléra dans certaines agglomérations densément peuplées des zones urbaines et certaines communautés rurales dispersées et difficiles d'accès, comme mesure complémentaire pour contrôler et prévenir l'épidémie. (Voir dans le cadre de texte qui suit la recommandation d'un groupe d'experts à la suite du projet pilote en Haïti sur la vaccination contre cette maladie);
3. Renforcer le réseau d'agents de santé communautaire polyvalent (ASCP) à raison d'un agent pour 500 à 1000 habitants dans les zones à risque<sup>10</sup> de choléra. Dans le cadre de la lutte contre l'épidémie, leur fonction consistera à:
  - Réaliser des visites domiciliaires ciblant les ménages où il y a des cas suspects de choléra;
  - Rapporter opportunément au Ministère de la Santé les cas de choléra dépistés et la mortalité;
  - Faciliter la prise en charge les personnes infectées par le choléra en suivant le protocole du Ministère consistant en: réhydratation à l'aide de sérum oral, accompagnement des patients dans leur comportement d'hygiène et sanitaire en vue de protéger les autres membres de la famille, et quand c'est

---

<sup>10</sup> Les communautés à risque de choléra sont celles qui ont connu précédentes flambées de choléra, ou ceux qui n'ont pas accès au service d'eau potable et d'évacuation d'excréta.

nécessaire les référer au niveau supérieur des soins de santé du système (centre de traitement du choléra, centres de santé ou hôpital communal);

- Promouvoir et encourager la population à respecter les mesures d'hygiène alimentaire selon les directives de MSPP et DINEPA;
- Dispenser une éducation à la santé et promouvoir l'hygiène et le changement de comportement comme le lavage des mains.
- Effectuer des tests de chlore résiduel<sup>11</sup> des eaux de consommation des ménages et des réseaux communautaires d'adduction d'eau;
- Administrer du chlore (ou/et éduquer les chefs de famille à administrer le chlore) dans les citernes domestiques d'eau de boisson;

Ces agents de santé communautaire doivent être recrutés suivant le profil d'agent de santé communautaire polyvalent tel que défini par le Ministère de la Santé Publique. Ils resteront intégrés au système des soins de santé primaires.

4. Homogénéiser et superviser les messages d'hygiène et d'éducation sanitaire qui sont diffusés par les divers organismes impliqués dans la lutte contre le choléra. Veiller à ce que les agents de santé communautaire et le personnel des ONGs soient suffisamment formés pour délivrer les messages du Ministère et de la DINEPA pour sensibiliser la population sur les risques et moyen de protection contre le choléra;
5. S'assurer que tous les professionnels de la santé sont formés aux principes de santé publique et promouvoir l'intégration dans leurs pratiques quotidiennes des messages qui exhortent l'accès à l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène dans les centres de santé, les cliniques et les communautés locales de sensibilisation;

---

<sup>11</sup> Cette tâche peut être réalisée par les ASCP quand il y a une flambée de choléra et il n'y a pas d'inspecteur sanitaire ou un technicien sanitaire municipal disponible dans la région de l'urgence.

6. L'établissement d'un réseau de clubs de santé communautaire pour accroître l'efficacité et de diminuer la charge de travail des agents de santé communautaires;
7. Établir des clubs locaux de santé communautaire dans tout le pays (dirigés par les travailleurs de la santé) afin de promouvoir l'hygiène et d'autres questions d'intérêt de santé publique;



### 7.3.2 Interventions par la DINEPA

1. Coordonner les interventions d'urgence avec les acteurs du secteur et le MSPP et contrôler la qualité des actions entreprises;
  - Identification et coordination des acteurs d'urgence non étatique intervenant dans le domaine de l'eau potable, l'hygiène et l'assainissement.
  - contrôler la qualité de l'eau fournie par la DINEPA en développant le système SYSKLOR dans les départements. Le SYSKLOR est une technologie simple basé sur l'envoi de SMS qui permet d'informer l'Observatoire sur le taux de chlore résiduel. Le SYSKLOR est opérationnel a Port-Au-Prince et dans les villes principales du pays. Il est prévu de l'étendre a l'ensemble des réseaux gérés par la DINEPA
  - Coordonner les interventions avec celles du Ministère de la Santé en particulier dans les zones sous le contrôle des agents de santé communautaire. Les activités d'urgence doivent être adaptées à chaque contexte et peuvent comprendre des actions immédiates de réparation ou chloration de points d'eau, ou la mise à disposition de produits de traitement de l'eau à domicile.
2. Renforcer la décentralisation du secteur par l'opérationnalisation de Techniciens d'Eau Potable et d'Assainissement Communaux dont les principales fonctions liées à la réponse au choléra sont :
  - Accompagner, le cas échéant, les agents municipaux, les CASECS/ASECS, les agents sanitaires lors de leur visite de suivi/d'inspection des installations sanitaires sur la base des protocoles mises en place par la DINEPA
  - Organiser avec les représentants sociaux des URD et en collaboration avec le spécialiste en Promotion d'Hygiène de la DINEPA, des formations de

sensibilisation à l'eau, l'assainissement et l'hygiène en collaboration avec le Ministère de la Santé

- Participer à la mise en œuvre du plan de communication pour un changement de comportement adapté dans la commune
  - Effectuer le contrôle de la chloration fait par les opérateurs SAEP ruraux
  - Effectuer des échantillonnages d'eau et des mesures quantitatives et qualitatives relatives aux ressources de la commune.
  - Accompagner les agents du MSPP, le cas échéant, dans la mise en œuvre du plan de santé du MSPP dans la commune.
  - Participer à la coordination et au contrôle des acteurs EPA de la commune.
  - Participer à la mise en œuvre des réponses EPA dans le cadre de flambées de choléra dans la commune en collaboration avec les agents de la protection civile et le Bureau Communale Sanitaire. En cas d'urgence, assurer la distribution des produits chlorés, tels aquatabs, à la population
  - Participer, en collaboration des URD et CTE, à la mise en œuvre de la stratégie d'assainissement et eau de la DINEPA au niveau de la commune.
  - Participer à la sensibilisation des populations et des autorités locales relativement au stockage et le traitement de l'eau à domicile, aux bonnes pratiques en matière d'hygiène, d'assainissement et de protection de l'environnement.
  - Participer aux activités EPA au milieu scolaire
3. S'assurer en collaboration avec le Ministère de la Santé que les résidents des communautés identifiées à risque de choléra et qui n'ont pas accès à l'eau de

boisson saine puissent consommer de l'eau traitée grâce à l'utilisation appropriée du chlore liquide ou des comprimés de chlore;

4. Continuer avec les mesures d'urgence pour l'approvisionnement en eau saine et l'assainissement dans les lieux publics (écoles, marchés, centres de santé...), ainsi que la fourniture de moyens d'évacuation des excréments dans les hôpitaux et les centres de santé.
5. Poursuivre les actions en cours d'amélioration de la desserte en eau potable dans la ville de Port-Au-Prince et dans plus de vingt villes secondaires du pays.
6. Renforcer les actions en zone rurale par des techniques simples d'accès à l'eau potable, la promotion de l'assainissement et des bonnes pratiques d'hygiène en collaboration avec le Ministère de la Santé.
7. Construire une station de traitement des excréments pour les dix principales villes du pays.
8. Finaliser le projet de systèmes semi collectifs de collecte des eaux usées lancé à Ouanaminthe et en tirer les leçons pour une éventuelle mise à l'échelle
9. Collaborer avec le Ministère de la Santé dans la formation des agents de santé communautaires et des techniciens sanitaires municipaux. Les formations pourront comprendre entre autre des thèmes liés à la conservation de l'eau, la promotion de l'hygiène, l'analyse d'eau et la connaissance des équipements de production de chlore;



A court terme, les besoins financiers les moins bien couverts sont pour les actions en zones rurales (projets techniquement simples pour fournir de l'eau potable, promouvoir l'hygiène et l'assainissement et construire des infrastructures sanitaires dans les lieux publics). Certaines villes qui n'ont pas été retenues dans le cadre de la Réforme demande également des interventions prioritaires. La mise en œuvre de ces interventions nécessite la présence de TEPAC dont le financement n'est pas assuré dans l'ensemble des communes du pays.

### **7.3.3 Rôles des autres acteurs**

L'apport des ONGs dans le financement et la prestation des services sanitaires en Haïti est très important et bien apprécié aussi bien par les officiels du Ministère de la santé, la DINEPA que par la population en générale. Concernant les ONG œuvrant dans le secteur de la santé, la vision du Ministère est d'intégrer cet apport dans le système santé du pays pour lequel il développera des mécanismes d'accréditations afin d'assumer cette intégration. Entretemps, les ONGs continueront à fournir leur service dans le respect des lois haïtiennes et en harmonie avec les directives de MSPP. Toutes

les ONG identifiées dans le domaine de l'eau potable et de l'assainissement ont signé un accord-cadre avec la DINEPA qui les engage à respecter les directives de la DINEPA et les lois du pays. La remise en fonction des Tables Sectorielles (nationale et départementales) en 2011 offre une plate-forme de coordination déconcentrée des actions des Organisations œuvrant dans le secteur. La DINEPA a répertorié les ONG ayant signé l'accord cadre et leur domaine géographique d'interventions de développement (tableau disponible en annexe)..

Dans le cadre de la Réforme, l'Etat central doit se dégager progressivement des fonctions opérationnelles, notamment de réalisation et d'exploitation des ouvrages. La participation du secteur privé et de la société civile est encouragée. A long terme, les communes reprendront leurs prérogatives organiques de maîtrise d'ouvrage des systèmes d'Alimentation en Eau Potable et en Assainissement.

Le secteur privé sera fortement encouragé à intervenir dans la mise en œuvre du Plan d'Elimination du choléra afin de diversifier les acteurs et d'insuffler au secteur un savoir-faire et une capacité d'investissement.

#### **7.4. Principales actions de la proposition a moyen et long terme**

L'orientation stratégique pour les objectifs à long terme est énoncée dans le plan d'action de chacun des quatre domaines stratégiques.

##### **7.4.1. Eau et assainissement**

###### *7.4.1.1 Adduction en Eau Potable et Disposition des Eaux Usées*

**Objectif:** Augmenter la couverture de l'accès à l'eau potable à 85% de la population haïtienne et l'accès aux installations améliorées de disposition des excréments à 90%.

**Orientation stratégique :** Renforcer la capacité de recteur de la DINEPA ainsi que la capacité institutionnelle d'exécution et de contrôle de tous les organes du secteur

eau et assainissement (OREPAS, CTE etc) créés par la loi organique d'août 2009 afin de :

- a) Accélérer la construction et réhabilitation des réseaux d'adduction d'eau potable et de systèmes de collecte et traitement des eaux usées pour la Capitale et toutes les villes du Pays en mettant l'accent sur la nécessité des quartiers périurbains;
- b) faciliter la construction de systèmes d'adduction d'eau pour les petites collectivités rurales et de promouvoir la construction de fosses septiques et latrines dans ces zones.
- c) Réaliser son autosuffisance économique, particulièrement en ce qui concerne ses coûts opérationnels de fonctionnement à tous les niveaux. DINEPA mettra également en œuvre au cours de cette période les mécanismes de recouvrement de coûts pour les services fournis afin de garantir la durabilité des infrastructures de l'eau et l'assainissement.
- d) Etablir un fonds de microcrédit comme stratégie principale pour l'augmentation de couverture sanitaire en facilitant la construction d'installations sanitaires d'évacuation des excréta pour la population nécessiteuse. Le microcrédit sera particulièrement utilisé pour = promouvoir la substitution des latrines en milieu urbain par des systèmes de fosses septiques et faciliter l'accès à latrines aux familles pauvres du milieu rural;
- e) La DINEPA continuera dans l'exécution du plan sa politique actuelle à savoir:
  - i. Renforcement de sa collaboration avec les collectivités locales (ASEC, CASEC) dans la mise en œuvre de ses activités sur le terrain, y compris le financement des postes de techniciens sanitaires municipaux;
  - ii. Formation des opérateurs locaux à travers le pays pour assurer l'accès à l'eau potable chlorée;

iii. L'intégration des organisations internationales et des ONGs<sup>12</sup> dans la stratégie sectorielle nationale.

**Résultats attendus :**

1. Le risque de transmission du vibrio cholerae dû à l'utilisation d'eau en quantité et qualité inadéquate est éliminé à travers la réhabilitation de réseaux existants et la construction de nouveaux systèmes d'adduction d'eau potable dans toutes les villes moyennes ou grandes du pays ainsi que dans des agglomérations rurales jugées prioritaires;
2. Le risque de transmission du vibrio cholerae dû à une mauvaise disposition et gestion des excréta est éliminé sur tout le territoire du pays à travers la promotion de systèmes sanitaires, d'évacuation d'excréments dans les milieux urbains et ruraux ainsi que la construction d'égouts sanitaires accompagnés de systèmes de traitement d'eaux usées dans certaines grandes villes et de systèmes de traitement de boues de vidange des autres villes moyennes.
3. Capacité institutionnelle de DINEPA est renforcée au niveau central et de ses structures déconcentrées ;

---

<sup>12</sup> Signature de l'Accord Cadre de la DINEPA avec les ONG



#### *7.4.1.2 Gestion des Déchets Solides*

**Objectif:** Augmenter la capacité nationale de gestion intégrale des déchets solides de telle façon qu'en 2022, 90% des ordures ménagères générées dans les centres urbains son collectées et disposées suivant les normes sanitaires établies.

**Orientation stratégique :** Assurer une Gestion Intégrée des Déchets Solides (GIDS) dans un cadre légal et régulateur à l'aide d'instruments légaux et de normes techniques adaptées à la réalité locale tout en parvenant à une durabilité financière grâce à un système de taxation qui soit socialement acceptable et qui tient compte de la capacité de payer de la population.

Le modèle de GIDS visera à la réduction des déchets à la source, l'optimisation de la réutilisation et du recyclage des matériaux qui s'y prêtent, l'intégration du compostage et la disposition finale adéquate dans un Centre d' Enfouissement

Technique (CET) avec récupération énergétique du biogaz. De plus, ce plan adoptera les mesures nécessaires pour éliminer les décharges sauvages et faciliter la récupération des secteurs urbains dégradés.

Le modèle de gestion mis en œuvre intégrera et soutiendra l'organisation des trieurs et recycleurs en tant que professionnels autonomes en mettant en place des modes de participation pour promouvoir la gestion partagée et le contrôle social de la gestion des déchets solides.

**Résultats attendus:**

La structure de gestion des déchets solides est établie et opérationnelle dans toutes les villes grandes ou moyennes, ce qui se traduit par une réduction visible de l'insalubrité dans le pays.

1. La majorité des déchets domestiques générés dans les grandes villes et petits centres urbains du Pays sont collectés et traités selon les normes internationalement établis.



## 7.4.2. Secteur santé publique

### 7.4.2.1 Soins de Santé

**Objectif:** Accroître de 46% à 80% de la population l'accès aux soins de santé primaires.

**Orientation stratégique** – Cet objectif ambitieux est basé sur le principe que les interventions retenues seront durables et capables de résister à de futures incidences catastrophiques de santé publique tout en contribuant au développement de la politique -santé à l'échelle nationale. À cette fin, tout en appliquant les mesures à court et à long terme, l'objectif devra être le renforcement de la capacité de réponse et de coordination du Ministère de la Santé afin de faire face à l'épidémie actuelle et tout autre événement similaire en priorisant l'expansion des installations de soins de santé primaires sur tout le territoire et à une distance raisonnable de la population. Pour cela, il faut revitaliser le corps de l'inspection sanitaire et accélérer la formation et le placement opportun des agents de santé communautaire polyvalent (ASCP).

L'initiative d'élimination du choléra est conceptualisée sur la notion d'un développement distant de la dépendance et sur le principe de la résilience où les communautés seront au centre de l'attention à travers des approches nouvelles. On reconnaît que l'amélioration de l'eau et de l'assainissement de base, en combinaison avec le paquet de services essentiels réduiraient considérablement la prévalence de nombreuses maladies d'origine hydrique et alimentaire et auraient un impact sur la mortalité infantile et maternelle.

Au cours de la prochaine phase de l'intervention, appelée couramment phase II, les communautés à risque de choléra et les régions pauvres du pays seront priorisées, particulièrement en ce qui concerne l'extension de soins de santé primaires.

En général, le plan prévoit l'intégration des soins des patients de cholera dans le système de soins essentiels de santé de telle sorte que:

1. La prise en charge des patients atteints de choléra ne se fera plus de manière verticale. Le choléra sera traité comme toute autre maladie, mais seulement avec un degré plus élevé de contrôle des infections.
2. Le choléra sera traité dans tous les établissements de soins de santé. Les centres de traitement de cholera (CTCs) ne seront pas séparés des centres de santé sauf en cas d'épidémie;
3. Le personnel médical travaillant dans les établissements de soins de santé sera formé afin de pouvoir fournir des soins aux malades de choléra, comme toute autre maladie diarrhéique;
4. Il y aura une forte composante de santé communautaire. Chacune des 565 sections communales d'Haïti sera octroyée d'un point de réhydratation orale (PRO) et sera couvert par un agent de santé communautaire ou un agent brigadier<sup>13</sup>. Au cours de la Phase II des interventions, le nombre de PRO sera augmenté de telle sorte que les cas bénins de choléra seront traités au niveau communautaire. L'accent sera mis sur: la formation des agents de santé communautaires et la sensibilisation de la population ;
5. La collaboration avec la Direction de la Pharmacie sera établie afin d'assurer l'approvisionnement des intrants nécessaires et faciliter un meilleur pré-positionnement des fournitures pour les 3-5 prochaines années;
6. Au cours des interventions de la phase II, tous les brigadiers seront formés pour devenir des agents polyvalents de santé communautaire et intégrés au niveau supérieur du système de santé.

---

<sup>13</sup> Agent communautaire actuellement déployé pour le choléra dans les zones d'urgence.

7. Enfin, le Vaccine Cholera Oral (VCO) sera utilisé en Haïti en tirant parti de sa distribution pour renforcer la prestation d'autres mesures de prévention du choléra (à savoir la mobilisation sociale et la recherche active de cas) et les services nationaux de vaccination. Pour atteindre cet objectif, des progrès supplémentaires sont requis dans l'intégration de l'usage du VCO dans les plans de développement de l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) en assurant la disponibilité suffisante du VCO et la durabilité financière de son achat et de sa livraison, et en développant des capacités opérationnelles et de suivi de la vaccination. Ces progrès doivent renforcer la capacité nationale et locale des programmes de vaccination et le système de santé dans son ensemble. Les campagnes seront fondées sur des analyses géospatiales réalisées à partir des données obtenues dans le cadre de la surveillance épidémiologique. Ces analyses pourront permettre définir les critères et les stratégies pour la vaccination contre le choléra. Par conséquent, une introduction échelonnée et fondée sur la demande globale sera utilisée en Haïti. La distribution du VCO pourrait être définie selon les options suivantes :

- a. Dans la zone métropolitaine, des activités de vaccination supplémentaires ciblant les personnes déplacées résidant dans des camps (à savoir, un groupe à immunité faible qui est probablement en transition vers un risque plus élevé) et/ou des groupes plus larges résidant dans des bidonvilles (un groupe à immunité modérée à élevée, mais subissant un risque plus élevé) et
- b. Dans les zones rurales, au moyen d'activités de vaccination supplémentaires ciblant la population qui a des difficultés d'accès aux soins de santé. La vaccination dans les zones rurales nécessitera très probablement des activités prioritaires supplémentaires fondées sur des analyses géospatiales d'une série établie de critères définis *a priori*.

- c. l'introduction du VCO au titre du programme national de vaccination systématique pour les enfants âgés d'un an, liée à la fourniture du vaccin RR.

Indépendamment du temps et de la portée éventuelle d'un programme de vaccination contre le choléra, des ressources et des fonds supplémentaires seront requis pour la réussite du programme, et sans des efforts constants pour renforcer l'eau, l'assainissement et l'hygiène, l'usage du VCO n'empêchera pas le risque à long terme de flambées et de résurgence de la maladie.

**Résultats attendus:**

1. La prise en charge des maladies diarrhéiques est pleinement améliorée et complètement adéquate pour les malades souffrant de choléra ou de diarrhée en s'assurant de plus que :
  - ✓ Les règles d'hygiènes et mesures de prévention sont connues et appliqués dans les institutions;
  - ✓ Chaque structure de santé à une unité dédiée au traitement des patients avec diarrhée aigüe;
  - ✓ Un protocole standard et unique pour le traitement des malades et la désinfection est définie et mis en place dans l'ensemble du système sanitaire;
  - ✓ Une passation appropriée est mise en place au départ des ONGs;
  - ✓ Les communautés ont accès facilement et de manière permanente aux produits chlorés (aquatabs, chlorox);
2. Les moyens logistiques sont améliorés pour rendre disponibles et accessibles tous les Intrants et médicaments essentiels aux soins de santé pour la prise en charge opportune des cas de choléra;

3. La lutte contre les carences en micronutriments est renforcée dans les zones vulnérables au choléra

#### 7.4.2.2 *Surveillance Epidémiologique*

**Objectif** – Faciliter à la fin 2012, le renforcement de la surveillance épidémiologique par une détection opportune de tous les cas de choléra et d'autres maladies sous surveillance avec une meilleure gestion de l'information et une amélioration sensible des capacités de laboratoire central et régional;

**Orientation stratégique** - Poursuivre la surveillance du choléra niveau national à travers la Direction nationale des laboratoires d'épidémiologie et de recherche incluant l'investigation des flambées et la collecte régulière et l'analyse des échantillons de selles pour caractérisation microbiologique des pathogènes intestinaux. Cette surveillance sera accompagnée de la participation de groupes d'alerte précoce et de réponse, de la diffusion de l'information et l'application du nouveau Règlement Sanitaire International. Cela inclura l'intégration des groupes d'alerte et du réseau des agents de santé communautaire polyvalents en tous les tiers du système du laboratoire. En résumé, il s'agit de i) notifier quotidiennement les cas de diarrhée ii) transmettre régulièrement les données iii) confirmer biologiquement tous les cas notifiés.

#### **Résultats attendus:**

1. Le renforcement de la surveillance épidémiologique à partir de la confirmation biologique pour une information fiable, une détection précoce des cas et des alertes opportunes au niveau départemental et national en vue d'une action concertée et rapide;
2. La surveillance épidémiologique est rendue effective avec un renforcement de la surveillance microbiologique et environnementale, l'établissement d'un réseau de laboratoires pour la décentralisation de la capacité biologique et l'intégration de

l'investigation, enquête, collecte et analyse d'échantillons pour mieux caractériser à temps l'évolution des maladies.

3. Les équipes de réponse et prise en charge rapides sont formées et placées au niveau départemental pour être déployées dans une situation d'alerte. Une réponse de laboratoire est disponible pour les situations d'alerte.

#### *7.4.2.3 Promotion de La Santé et Hygiène Alimentaire*

**Objectif** - Parvenir à un changement de comportement de la population, de telle manière que, d'ici à 2022, 75% de la population en général d'Haïti a connaissance de l'importance de se laver la main après défécation et avant de manger.

**Orientation stratégique** - Utiliser cette menace de choléra afin d'influencer un changement de comportement de la part des groupes à risque et des groupes défavorisés en ce qui concerne l'hygiène personnelle, domestique et alimentaire à travers des actions de communication sociale et d'interaction interpersonnelle. Le programme de promotion de la santé visera à:

- a) Adopter une approche de changement de conduite complète soutenue par la recherche de déterminants comportementaux les plus importants à adresser.
- b) Réaliser une recherche opérationnelle et/ou enquête qualitative pour identifier les obstacles liés aux bonnes pratiques d'hygiène.
- c) Construire, maintenir et élargir les réseaux communautaires grâce à des accords avec les organisations religieuses, des ONGs et des groupes de jeunes;
- d) Mettre en place et soutenir l'initiative des écoles saines par la promotion de la distribution de nourriture nutritive et de savons, ainsi que l'utilisation des installations sanitaires adéquates accompagnée d'effort éducatif pour aider à leur bonne utilisation et leur disponibilité continue;

- e) Collaborer avec le secteur privé pour maintenir une bonne hygiène et d'assainissement dans les communes à risque du choléra;
- f) Établir des ententes avec les institutions de la société civile pour promouvoir l'accès et l'éducation sur la sécurité alimentaire, l'hygiène et l'assainissement;
- g) Renforcer et mettre en place des accords avec les médias, en particulier les réseaux de radios communautaires;
- h) Revoir et adapter les messages en collaboration avec Communication nationale et des groupes de mobilisation sociale pour mettre à jour les matériaux et les méthodes pour modifier les comportements clés;

**Résultats attendus:**

1. Les pratiques d'hygiène favorable à la santé sont adoptées par la population.
2. La vigilance de la population face à la menace du choléra dans le Pays est renforcée.
3. Les pratiques d'hygiène alimentaire sont améliorées au niveau des familles, et des secteurs formels et informels de la restauration.
4. Les normes nationales d'hygiène et de protection de l'environnement sont appliquées dans les institutions sanitaires.
5. La gestion des cadavres est conforme aux normes recommandées par le MSPP.

## 8 Activités et cout d'exécution du Plan

Les activités des différents plans d'action sont données dans les tableaux ci-dessous suivant les quatre domaines définis pour le projet: Eau et assainissement, services de santé et gestion des soins de santé, épidémiologie, et la promotion de la santé, de l'hygiène et de la nutrition. Dans les tableaux, les activités sont groupées en lignes d'action à entreprendre pour atteindre les objectifs définis. **Les tâches détaillées et le calcul d'estimation de coûts sont détenus au niveau des départements ou institutions qui ont présidé les groupes de travail. Les noms des organismes chefs de file sont donnés dans le tableau ci-après. Les modalités de calcul pour l'estimation des coûts sont disponibles sur demande.**

Le coût total pour l'exécution du plan d'action est estimé à deux milliards deux cent vingt millions vingt-deux mille cinq cent dollars américains **(US \$ 2,220,022,500)** dont:

- pour le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) : deux cent soixante-neuf millions six cent soixante mille dollars **(US \$ 269,660,000)**;
- pour la Direction Nationale d'Eau Potable et d'Assainissement (DINEPA) : un milliard cinq cent soixante-dix-sept million trois cent soixante-deux mille cinq cents dollars **(US \$1,577,362,500)**; et
- pour les Ministères de Travaux Publiques, Transport & Communication (MTPTC) et de l'Intérieur et des Collectivités Territoriales (MICT): trois cent soixante-treize million de dollars américains **(US \$ 373,000,000)**.

## 9 Suivi et évaluation

Le suivi de l'exécution de ce plan d'action sera assumé par un comité de pilotage constitué par des représentants des ministères intéressés du cabinet et des délégués des partenaires techniques et financiers à être désignés. Le rôle de ce comité est de faciliter la coordination politique et stratégique de l'exécution du plan. Il est souhaitable d'intégrer dans ce corps la participation des ministères des travaux publics, de la Santé, de l'Education, de la communication, de l'Environnement, de l'intérieure et des Collectivités Territoriales. Ce comité se réunira deux fois par an, et toute autre fois qu'un titulaire des agences d'exécution (DINEP A, MSPP, MTPC, MICT) fait appel à son concours. Ce comité aura aussi pour rôle de faire un plaidoyer pour le renforcement des procédures de gestion et d'administration, ainsi que des cadres réglementaires et législatifs. Il sera le mécanisme de d'évaluation et de suivi de l'implémentation du plan national, incluant les activités et les ressources

La mise en œuvre opérationnelle du plan d'action sera supervisée par un Comité technique formé d'officiels de haut niveau de la Direction Nationale d'Eau Potable, du Ministère de la Santé Publique, du Ministère des Travaux Publics, et du Ministère de l'Intérieur, et des représentants des organismes internationaux coopérant dans l'un des domaines du plan d'action. Ce comité sera présidé par le Directeur Général du Ministère de la Santé Publique ou de son représentant.

Le comité technique se réunira trimestriellement afin de revoir les avances faites dans l'exécution du plan d'action, proposera les mesures correctives jugées opportunes, et fera des rapports au comité de pilotage. Les membres de ce comité effectueront de visites de terrain afin d'évaluer les résultats du projet.

Une évaluation de la mise en œuvre du plan d'action sera menée en 2014, 2017 et 2022. De même, un audit sera effectué à mi-parcours et à la fin de la période d'exécution du plan d'action. Le programme sera évalué en tenant compte des résultats pour pouvoir comprendre les mécanismes de développement engendré et leurs effets. L'analyse du degré d'acceptation des travaux par les bénéficiaires ainsi que l'amélioration de leur niveau de vie sera un élément

clé. L'analyse indiquera les perspectives de durabilité des projets et mettra en exergue les recommandations visant à faciliter la reproductivité des leçons tirées et des méthodologies expérimentées.

Pour la concordance des actions dans l'exécution du plan Hispaniola d'Élimination du Choléra, il a été suggéré du côté Haïti la tenue d'une réunion binationale chaque six mois.

<b>DOMAINE D'INTERVENTION</b>	<b>AGENCE Leadeur</b>
Adduction en Eau et Evacuation d'eaux Usées	DINEPA
Gestion des Déchet Solides	DINEPA/Ministère des Travaux Publiques
Soins de Santé	Direction des Services de Soins/MSPP
Médicaments Essentiels	Direction de Pharmacie – DPMMT/MSPP
Surveillance Epidémiologique	Direction d'Epidémiologie - DERLR/MSPP
Promotion de la santé et Hygiène Publique	Direction de Promotion de la Santé DHSPE/MSPP
Hygiène alimentaire et Carence micronutriments	Direction Générale - MSPP