



La stratégie des UCS dans l'Artibonite

Colloque Ary Bordes
22 mars 2012

La décentralisation des systèmes de santé en Haïti: une démarche commencée depuis longtemps

- Le modèle de « *régionalisation* » subdivisant le pays en quatre régions réparties à leur tour en sous-régions, districts, sous-districts sanitaires et sections sanitaires communales (implantation en 1982/1983);
- Le modèle de « *départementalisation* » adapté à la logique des territoires politico-administratifs et les directions communales de santé (implantation en 1991);
- Proposition de 1999: Un modèle de déconcentration mais aussi de décentralisation politique avec l'introduction des Conseils de santé des UCS et l'implication de la population.

L'option de décentralisation mise en place dans l'Artibonite

- 1994-1995: Premiers balbutiements dans l'Artibonite avec la mise en place d'un projet pilote d'UCS sur l'UCS SDG et d'autres tentatives sur l'UCS PRVL et l'UCS SMA.
- 2002: Lancement par l'ACDI, en partenariat avec le MSPP, d'un appel d'offre pour la mise en œuvre d'un projet de prévention du VIH/SIDA en Haïti, basé entre autres sur la stratégie des UCS et le renforcement de la gouvernance.
- 2003: Début du Projet PALIH.
- 2011: Fin du Projet PALIH et début du Projet PRISMA

Mise en place des UCS dans le cadre de PALIH

- **Stratégie étagée:** Priorité donnée aux UCS pilotes ayant toujours une certaine fonctionnalité: l'UCS SDG et l'UCS PRVL. Puis, extension à l'UCS DE et ensuite, aux UCS du Haut-Artibonite.
- **Orientation vers la déconcentration:** la participation communautaire nécessaire à la décentralisation politique n'a pu être mise en place.
- **Introduction graduelle des fonctions:** au niveau des UCS, les fonctions ne sont pas non plus toutes encore mises en place, notamment celle liée au fonctionnement et à l'encadrement des services.
- **Passage d'un appui ponctuel à un appui plus structuré :** le désir de lier davantage financement et résultats et un pari sur la capacité de gestion des structures déconcentrées .
- **L'importance de l'approche Accompagnement / Appropriation:** a permis de faire au sein de chaque bureau d'UCS un diagnostic participatif et de développer un plan d'appropriation.

Fonctions dévolues aux UCS dans le cadre de l'expérience de l'Artibonite

La fonction de planification des actions au sein de l'UCS et de suivi de l'exécution de ces actions:

- Diagnostiquer les problèmes et les besoins sanitaires de l'UCS
- Définir, à partir d'un cadre fixé par le MSPP, la Stratégie de développement de l'UCS et le Plan d'action annuel de celle-ci, lequel s'inscrit dans le PDI.
- Mettre en oeuvre et assurer le fonctionnement du Système d'Information Sanitaire
- Rendre disponible la carte sanitaire
- Organiser les rencontres de prestataires et de partenaires
- Contribuer l'organisation de deux fora annuels des UCS

Fonction dévolues aux UCS dans l'expérience de l'Artibonite - Fonction no.2

La fonction de supervision formative de l'exécution de toutes les activités préventives et curatives prévues:

- Définir un calendrier de supervision/encadrement trimestriel
- Visiter chaque institution au moins une fois par trimestre, appuyer l'encadrement de l'UCS
- Rédiger le compte-rendu de la visite et faire la rétroinformation de celle-ci avec les prestataires
- Assurer la formation continue du personnel prestataire tant lors des visites de supervision/encadrement que lors de séances de formation proprement dite.

Fonction dévolues aux UCS dans l'expérience de l'Artibonite - Fonction no.3

La fonction de coordination et d'encadrement des services:

- Analyser la répartition de l'offre de services, des ressources qui y sont alloués, tant humaines que matérielles.
- Recommander aux institutions des mesures à prendre pour améliorer la dispensation des services.
- Formuler des recommandations à la direction départementale en vue d'améliorer la répartition de l'offre de services et la continuité des services.
- Mettre en place un système de référence / contre référence incluant une fluidité de la communication.
- Servir de dépôt périphérique pour les MEG et les intrants et assurer le transport de ces derniers vers les institutions de santé.

La fonction de coordination et de concertation des partenaires et des ONG :

- Assurer la cartographie des partenaires et ONG sur le territoire de l'UCS.
- Organiser des rencontres formelles avec les partenaires pour faciliter la coordination et la communication.
- Organiser des rencontres informelles et bilatérales entre le bureau de coordination et le partenaire.

La fonction de coordination, avec les autres organismes concernés, des activités de pré désastre et de secours:

Avant l'urgence:

- Définir un plan de riposte aux urgences ensemble avec toutes les institutions et partenaires.

Pendant l'urgence:

- Assurer la circulation de l'information et de la communication entre les différents acteurs.
- Faire rapidement un état de situation des différentes structures de soins et identifier les besoins urgents à répondre.
- Acheminer ces besoins aux instances supérieures ou à des partenaires externes.
- Agir comme une instance de coordination pour les partenaires externes qui viennent aider.
- Rejoindre les institutions ou partenaires locaux les plus éloignées.

La fonction de coordination des actions communautaires de promotion de la santé :

- Avoir une cartographie exacte des interventions menées dans le domaine communautaire et pouvoir identifier les faiblesses tant au niveau géographique que de celui de la couverture des problématiques visées.
- Coordonner cette action communautaire et appuyer le fonctionnement de comités de santé et d'agents de santé dans des sections communales non encore couvertes.
- Appuyer la mise en oeuvre des campagnes de prévention réalisées au niveau national.
- Réaliser des activités de sensibilisation ponctuelles lors des fêtes patronales, carnaval, etc.

Éléments facilitants et difficultés de l'expérience

Éléments facilitants rencontrés dans le processus de renforcement des UCS

- La volonté départementale et locale de fonctionner dans un système déconcentré.
- Le respect par les hautes instances du MSPP, des engagements signés entre les gouvernements haïtien et canadien sur le renforcement de la gouvernance, notamment les UCS.
- La volonté d'un certain nombre d'acteurs des UCS d'apprendre, d'aller plus loin.
- La disponibilité d'un budget au niveau du Projet PALIH pour financer les activités prévues et le bureau de coordination.
- Les crises climatiques et sanitaires qui ont renforcé la cohésion des différents acteurs des UCS.
- Les rencontres de prestataires et de partenaires qui ont permis un rapprochement des acteurs.
- La présence de deux expériences pilotes (SDG et PRVL) au début de PALIH.

Difficultés rencontrées dans le processus de renforcement des UCS

- **L'absence d'orientations claires du niveau central et l'opposition latente d'un certain nombre d'acteurs au niveau central:** continue de créer un doute au niveau de certains acteurs locaux sur la pérennité de la déconcentration et empêche, jusqu'à présent, une légalisation des UCS.
- **Les problèmes d'harmonisation entre les perspectives de décentralisation au niveau santé et la décentralisation administrative au niveau politique global:** crée une difficulté de clarifier la position du MSPP entre déconcentration et décentralisation politique.
- **L'obligation de résultats IST/VIH/SIDA du Projet PALIH:** a empêché de mettre l'accent sur la livraison globale du PMS, ce qui aurait dû être un aspect premier du processus.
- **La non-reconnaissance de la structure UCS, et même, souvent, de l'appui à la gouvernance dans l'appui des autres PTF:** PALIH, et maintenant PRISMA, est l'un des rares acteurs à appuyer le processus.

Difficultés rencontrées dans le processus de renforcement des UCS (suite)

- Le manque de ressources financières pour renforcer la livraison du PMS au niveau de chaque UCS: frustration des équipes de coordination de pouvoir si peu apporter des réponses aux besoins exprimés lors des supervisions et des rencontres.
- La mobilité relative du personnel des bureaux des UCS : a un impact sur la compréhension des nouveaux personnels de ce qu'est une UCS et nécessite de les reformer sur tous les thèmes de base du PMS et sur lesquels ils ont à faire de la supervision.
- Certains désaccords entre certaines coordination des UCS et certaines institutions sanitaires partenaires: conflits minant la cohésion et la cohérence.
- La notion d'autorité versus la notion de coordination: On attribue à tort aux bureaux de coordination d'UCS le pouvoir de régler tous les problèmes de livraison de services.

Difficultés rencontrées dans le processus de renforcement des UCS (suite)

- **Le statut des Hôpitaux communautaires de référence (HCR) vis-à-vis des UCS:** plusieurs HCR se sentaient plus redevables face à la direction départementale que face à l'UCS et s'excluaient eux-mêmes du processus.
- **Les interventions des programmes verticaux sont définis indépendamment des autres programmes et sans préoccupation pour une approche globale des résultats à atteindre dans chaque UCS:** cela vaut certainement aussi pour le niveau départemental ou tout niveau déconcentré.

La participation communautaire: une option non réalisée

- Souvent agitée, parfois renforcée mais pas vraiment réalisée.
- Confusion autour du concept: participation ou mobilisation communautaire.
- Absence d'une orientation claire et d'un leadership avéré du MSPP à cet égard.
- La participation communautaire doit-elle s'exercer à l'intérieur d'une structure autonome de santé ou bien à travers des structures administratives décentralisées communes à l'ensemble des secteurs?
- Peut-on réellement parler de décentralisation en santé sans une réelle décentralisation politique globale vers des pouvoirs locaux?

Un questionnement continue sur la capacité des UCS d'améliorer la prise en charge médicale

- Il est difficile de bien saisir dans quelle mesure une amélioration ou une dégradation de la fréquentation ou de certains indicateurs serait en lien avec une augmentation ou non de la performance des UCS.
- Les UCS ne sont pas un système fermé mais au contraire, présentement, elles ont peu de contrôle sur l'arrivée ou le départ de ressources tant humaines que financières.
- S'il leur est accordé un peu plus de pouvoir dans l'organisation des ressources au sein même de l'UCS, peut-être, à ce moment, pourra-t-on réellement parler d'un rôle de l'UCS au niveau de la qualité de la prise en charge médicale et communautaire.

Leçons tirées de l'expérience

1. Il faut favoriser de bonnes conditions de mise en place:

- Un cadre de référence clair et des niveaux de responsabilités bien définis
- Un espace géographique d'intervention et une population de desserte définis
- Un budget et une dotation en personnel permettant tant une prestation de services efficace qu'une bonne coordination et un bon encadrement des institutions et services
- Des mécanismes de coordination et d'encadrement fonctionnel (une équipe de base, des rencontres de responsables d'institutions, de partenaires, etc.)

2. Il faut travailler, dès le départ, sur la mise en œuvre de la fonction no. 3 de Fonctionnement et d'Encadrement des services :

- Permet de mettre l'accent sur la livraison du PMS et les améliorations que la déconcentration peut y apporter tels qu'une meilleure répartition des ressources, une amélioration de la référence / contre référence et la création de services utiles à tous tels que l'accès de proximité aux médicaments/intrants.
- Renforce la motivation des institutions et partenaires à se mobiliser en faveur de l'UCS.

3. Il faut travailler, dès le départ, sur la mobilisation de l'ensemble des partenaires techniques et financiers (PTF) :

- Le niveau central du MSPP doit jouer un rôle plus important pour sensibiliser les PTF à l'importance de soutenir techniquement et financièrement les UCS.
- Une plus grande mobilisation des PTF dès sa définition peut contribuer à une plus grande appropriation.
- Et même, introduire, si possible, un mode d'implication financière de tous les PTF au fonctionnement de l'UCS, tant au niveau des services que de la coordination.

4. Le partage des fonctions entre les niveaux central, départemental et communal/inter-communal (UCS) doit rendre réelle la responsabilité des UCS en matière de :

- Répartition des ressources humaines, matérielles et financières au sein de l'UCS.
- Mobilité des ressources humaines d'une UCS à l'autre ou à un autre niveau.
- Reconnaissance de l'importance des planifications effectuées au niveau de l'UCS et ne pas faire dominer la planification d'un niveau par rapport à l'autre, sauf en cas d'urgence.

5. Les efforts de coordination permettent une meilleure compréhension des institutions de ce qu'est le système de santé et doivent être poursuivis :

- Les rencontres de prestataires et de partenaires permettent de lever des résistances potentielles sur la mise en oeuvre de directives, normes ou programmes du MSPP.
- Le processus de planification conjoint (plan annuel) est plus facile au niveau des UCS en raison des habitudes développées de planifier conjointement et aussi en raison d'une connaissance plus poussée des réalités du terrain.



*Projet de Prise en charge intégrée de la Santé
de la Mère et de l'Enfant dans l'Artibonite*

Conclusions

En conclusion, les UCS dans l'Artibonite aujourd'hui, c'est:

- 7 UCS qui sont beaucoup plus que virtuelles et dont les bureaux de coordination sont fonctionnels.
- 41% de réalisation du plan d'action des UCS en 2007-2008 à 70% en 2008-2009 avec une baisse vers 51% entre 2009 et 2011 en raison du séisme.
- En 2010 : 96% de régularité de la transmission des rapports du SIS des institutions de santé vers les bureaux d'UCS et 78% de validité de ces données.
- 54 à 100% de réalisation des visites de supervision dans chaque institution une fois par trimestre variant selon les UCS et le no. d'institutions dans l'UCS.

En conclusion, aujourd'hui, c'est: (suite)

- D'octobre 2009 à janvier 2011: 71% des rencontres mensuelles qui se sont tenues et 50% des rencontres trimestrielles de partenaires organisées.
- Un rôle actif des bureaux de coordination des UCS pendant les crises des ouragans de 2008 et du choléra en 2010.
- Un système de référence / contre référence en développement incluant une cartographie sanitaire, un réseau ambulancier et un réseau téléphonique.
- Une coordination améliorée mais encore à parfaire des actions pour améliorer la livraison du PMS.
- Une intervention communautaire à renforcer et à intégrer dans le concept d'UCS: se situe encore trop à l'extérieur des structures étatiques.