

**PROGRAMME DE FORMATION EN MANAGEMENT ET GESTION DES
SERVICES DE SANTÉ EN HAÏTI**

(DESS-MGSS)

TRAVAIL DE FIN PROGRAMME

**ARTICULATION DES SECTEURS PUBLIC ET PRIVÉ DANS
LE CONTEXTE DE LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ
EN HAÏTI**

Présenté par :

Béatrice Aimé
Angello Duvelson
Carl François
Bérangère Pierre

Juillet 2003
Promotion 2002-2003

Sommaire

1- Contexte général

1-1 Situation géographique et socio-économique

1-2 Contexte sanitaire

1-2-1 Les problèmes de santé

1-2-2 Couverture sanitaire et offre de services

1-2-3 Les structures sanitaires et les acteurs du système

2- Situation actuelle de l'articulation secteur public/privé

2-1 Articulation par rapport à la pyramide sanitaire

2-2 Articulation selon les fonctions du système

2-2-1 L'Administration Générale

2-2-2 Le Financement

2-2-3 La production de services

2-2-3 La création de ressources

2-3 Les outils et méthodes

2-4 Les résultats

3- Le contexte de la réforme

4- Articulation secteur public/privé

4-1 L'objet de l'articulation

4-2 Les pré requis

4-3 Le processus proprement dit

4-4 Les champs de coopération

5- Les outils et méthodes

5-1 La formation des cadres

5-2 L'harmonisation des cycles de planification

5-3 L'adoption des lois

5-4 La création d'incitatifs à l'intérieur du système

5-6 La modification des méthodes de financement

5-7 L'élaboration et la définition de protocoles de gestion

6- Les extrants

7- Réserves

8- Conclusion

9- Bibliographie

10- Annexe

A-Remerciements

Nos remerciements vont d'abord à nos professeurs du DESS, particulièrement au Docteur Paul Adrien qui nous a guidé tout au long de la rédaction de ce travail académique..

Aux responsables et aux cadres des organismes suivants :AOPS, HS2004, AMH, la Direction centrale du MSPP, OMS, la Direction Départementale Sanitaire du Nord'Est, le Conseil d'Administration de l'Hôpital de la Communauté Dame-Marianne, JHPIEGO, INHSAC, les Centres pour le Développement et la Santé, UCAONG, IHSI qui nous ont fourni les informations nécessaires à l'établissement du bilan de la situation actuelle.

A Mme Armelle Thélusma pour ses judicieux conseils.

A nos familles qui nous ont soutenus tout au long de l'année.

Et enfin à tous ceux qui nous ont aidés d'une façon quelconque à réaliser ce travail.

B- Liste des abréviations

UNAONG	: Unité de coordination des actions des ONG
UCS	: Unités Communales de Santé
PMS	: Paquet Minimal de Service
AOPS	: Association des Œuvres Privées de Santé
MSPP	: Ministère de la Santé Publique et de la Population
HUEH	: Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti
DESS	: Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées
INASSA	: Internationale Assurance SA
GHESKIO	: Groupe Haïtien d'Etudes du Sarcome de Kaposi des Infections Opportunistes
GSP	: Groupe Santé Plus
AMH	: Association des Médecins Haïtiens
UMHA	: Union des Médecins Haïtiens
ANILH	: Association Nationale des Infirmières Licenciées D'haïti
SPI	: Syndicat du Personnel Infirmier
PNLT	: Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OPS/OMS	: Organisation Panaméricaine de la Santé
DPCE	: Direction de Planification et de Coopération Externe
UNICEF	: Fonds des nations Unis pour l'Enfance
UCS	: Unités Communales de Santé
PMS	: Paquet Minimal de Santé
EMMUS	: Enquête Morbidité- Mortalité et Utilisation des Services
TB	: Tuberculose Pulmonaire
DGI	: Direction Générale des Impôts
DOTS	: Traitement Directement Supervisé
CHAPI	: Centre Haïtien Arabe Plan International

C- Compréhension du travail

Le thème de ce travail académique est: l'articulation des secteurs public et privé dans le contexte de la réforme du système de santé haïtien. Il s'agit d'un travail de groupe de fin de session qui devra être remis au DESS sous forme d'un document d'une vingtaine de pages exprimant la vision du groupe de la problématique abordée. Il s'inspire des connaissances acquises au DESS ainsi que de l'expérience des éléments du groupe pour aboutir à des propositions d'articulation publique/privée. Le peu de documentation disponible sur le sujet n'a pas facilité le travail; ce qui fait que l'effort conceptuel a été plus grand de la part du groupe de même que la consultation auprès des informateurs clés. D'une façon générale, il s'agit de dresser le bilan actuel de cette articulation et de formuler des propositions concrètes d'éléments pouvant favoriser une meilleure intégration de ces deux secteurs. Les étapes du processus ont été également identifiées.

D- Résumé

Le document présenté ici comporte une analyse du système de santé haïtien vu sous l'angle particulier des modalités d'articulation de ses sous secteurs public et privé dans la double perspective des fonctions systémiques et de la pyramide sanitaire.

Le système présente une grande complexité avec au moins quatre sous secteurs et deux types de pratiques médicales qui se concurrencent et se partagent simultanément les mêmes ressources humaines. Ils interagissent au niveau stratégique, tactique et opérationnel.

Tous ces sous-secteurs assument à des degrés divers un rôle au niveau des quatre fonctions classiques du système: l'administration générale, le financement, la production des services, la clinique.

Entre autre constat, il est à souligner un déficit profond dans le processus de planification stratégique et dans les mécanismes de coordination. Actuellement, l'articulation des secteurs publics et privés a essentiellement pour champ la fonction de production soit sous forme d'accord tacite ou de relations contractuelles ayant pour objet l'octroi de ressources humaines ou matérielles.

Néanmoins, les UCS comportent dans leur description une proposition structurelle de partenariat avec les conseils de santé regroupant les ONG et le secteur public qui malheureusement ne tient pas compte du secteur privé lucratif. De même les

différents niveaux de gestion du système sont le siège de mécanismes ponctuels de coordination.

La proposition formulée dans ce document adopte une approche de processus de cette articulation public/privé, l'extrait principal est une redéfinition des rôles des différents partenaires par rapport aux fonctions du système.

E- Méthodologie

Les éléments méthodologiques suivants ont été retenus :

⇒ Interviews dirigées

Ces interviews ont été réalisées avec quelques acteurs clés du secteur public et du secteur privé. Un questionnaire a été utilisé à cet effet.

⇒ Observations

En tant que, nous-mêmes prestataires de services évoluant dans les secteurs publics, privé lucratif et non lucratif, nos propres observations de l'articulation entre les deux secteurs nous ont été d'un grand apport.

⇒ Consultation de documents

Bon nombre de documents traitant de l'articulation secteur public/privé ont été consulté afin de nous inspirer des expériences qui ont été tentées dans des pays semblables à Haïti.

Nous avons aussi fait une revue de la littérature. Citons : les réformes en Amérique Latine, la déclaration de Kinshasa sur les soins de santé primaires, la déclaration d'Alma Ata, les écrits de quelques économistes de la santé.

⇒ Elaboration d'un plan de développement du sujet qui a été discuté et approuvé en séances plénières au cours.

⇒ Rédaction de portions de texte en accord avec le plan de travail et le plan de développement du sujet et enfin des réunions de consensus ont permis de réaliser la synthèse du document.

1- Contexte général

1-1- Contexte géographique et socio-économique

La République d'Haïti est située dans le bassin des caraïbes et occupe le tiers occidental de l'île d'Hispaniola qu'elle partage avec la République Dominicaine. Elle a une superficie de 27.750 km² dont 75, 8% sont constitués par des régions montagneuses et 24,2% par des plaines et des plateaux.

L'environnement physique est caractérisé par une déforestation avancée des mornes. En raison de ce phénomène, on assiste à un dépeuplement des zones rurales au profit des zones urbaines avec comme corollaire la prolifération des bidonvilles et la ruralisation des grandes villes.

L'environnement social est déterminé par des services publics irréguliers et mal répartis qu'il s'agisse de l'énergie électrique ou de l'eau potable.

Depuis 1986, Haïti fait face à une période d'instabilité politique et une agitation sociale. Devant l'incapacité des acteurs à résoudre cette crise, la communauté internationale a imposé au pays des sanctions parmi lesquelles le blocage de l'aide au développement qui est venu accentuer le marasme dans lequel se débattait l'économie haïtienne depuis longtemps déjà. Sur le plan social, ces sanctions ont eu pour effets de favoriser le développement de la pauvreté au sein des couches les plus vulnérables de la population, d'aggraver la perte du pouvoir d'achat des classes moyennes. Le PIB a chuté au cours de la dernière décennie et il est admis que 70% de la population vit en deçà du seuil de pauvreté.

1-2- Contexte sanitaire

1-2-1 Les problèmes de santé

Haïti est l'un des pays de l'Amérique où le taux de mortalité est le plus élevé. La mortalité infantile est autour de 83 pour 10.000, la mortalité maternelle 523 pour 100.000 naissances vivantes. Le taux de mortalité globale est d'environ 6,2 pour mille pour les femmes et 5,4 pour les hommes. L'espérance de vie à la naissance est en moyenne de 54,4 ans alors que pour l'ensemble de l'Amérique, elle est de 70 ans. L'indice synthétique de fécondité est de 4,8 et le taux brut de natalité de 35,3 pour mille.

D'autre part, une analyse de la situation a pu démontrer que le tableau de morbidité est dominé par les pathologies suivantes :

- Les maladies transmissibles par vecteur telles la malaria, la fièvre dengue, la filariose.
- Les maladies évitables par la vaccination
- D'autres maladies liées à l'hygiène du milieu comme la diarrhée, la typhoïde, les helminthiases, les protozooses intestinales

- Les infections respiratoires aiguës
- Les maladies contagieuses
- Les maladies sexuellement transmissibles

1-2-2 Couverture sanitaire et offre de service

Elles sont nettement insuffisantes et assumées tant par le secteur public et le secteur privé lucratif et non lucratif. La majeure partie de l'offre est concentrée au niveau des zones urbaines, en particulier au niveau de l'aire métropolitaine.

1-2-3- Organisation et gestion du système

Il est composé d'un ensemble d'institutions fonctionnant parfois dans l'ignorance l'une de l'autre. Certaines sont publiques, d'autres privées lucratives, d'autres privées non lucratives d'autres dites mixtes, ensemble elles composent les structures sanitaires du pays.

1-2-4 Les structures sanitaires et les acteurs du système.

⇒ Les structures de soins

Les établissements sanitaires dénombrés sont les hôpitaux, les centres de santé avec lit, les centres de santé sans lit, les dispensaires, les cliniques, les laboratoires, les pharmacies. Ils constituent un total de 969 pour tout le territoire, toutes catégories confondues.(IHSI).

⇒ Les associations médicales et paramédicales

Il existe plusieurs associations médicales dans le pays. Leur principal rôle serait de promouvoir la formation et un certain niveau de professionnalisme. Il existe une société pour chaque spécialité médicale. A part l'AMH qui a statué une fois sur une question disciplinaire, les autres se contentent des réunions régulières, de mise à jour de barème et d'organisation de congrès ou de cours de formation médicale continue.

⇒ Les assurances

Beaucoup de compagnies d'assurances fonctionnent actuellement dans le pays. La majorité d'entre elles réclament une somme assez substantielle pour une assurance individuelle. Une petite fraction seulement de la population peut y avoir accès. Actuellement, il existe deux types d'assurances : un dit privé et l'autre dit public géré par une firme privée, le Groupe Santé Plus (GSP) qui assure tous les fonctionnaires publics de façon quasi obligatoire compte tenu du fait que le processus d'adhésion volontaire n'a jamais été mené à son terme. Les grands

dignitaires, quant à eux, bénéficient d'une assurance privée individuelle et internationale offerte par le gouvernement.

⇒ Les cliniques

Beaucoup de cabinets médicaux privés existent dans le pays. Les médecins travaillant dans les structures publiques sont les principaux détenteurs de ces cabinets. La population défavorisée n'y a, en général, pas accès par manque de moyens économiques. De plus, certains médecins très cotés dans le milieu n'acceptent pas les assurances, même privées ou se font payer, par le patient, la différence de ce qu'ils exigent comme honoraire. Ceux-ci ne sont soumis à aucune réglementation ni de la part de l'état ni de la part de l'ordre de médecins qui d'ailleurs n'existe pas. Par ailleurs, presque tous les barèmes sont en dollars américains payable au taux du jour. A travers leur évolution dans le temps, deux phénomènes ont pu être observés au niveau de ces cliniques. Dans un premier temps, elles se sont transformées en polycliniques avec pour objectif d'assurer une plus grande intégration des spécialités cliniques mais également pour créer des réseaux de médecins s'épaulant mutuellement dans leur quête de profit. De façon récente, on a pu observer la transformation de certaines anciennes maisons familiales en centre hospitalier, ce en dehors de toute norme connue régissant la matière.

Ces structures relèvent du Ministère des Finances via la patente que paient les médecins à la DGI. Le Ministère de la Santé n'y assure aucune supervision ou contrôle technique.

⇒ Les pharmacies

Elles fonctionnent suivant les modalités suivantes :

- Les pharmacies institutionnelles qui sont intégrées dans une structure de soins de santé. Elles ne nécessitent aucune patente pour leur fonctionnement et utilisent pour l'essentiel des médicaments génériques. Leur clientèle est constituée des patients fréquentant l'institution.
- Les pharmacies commerciales privées pour la plupart et à but lucratif, relèvent du Ministère du Commerce et de la direction centrale de pharmacie du MSPP. Elles délivrent des médicaments sous nom commercial à des prix élevés à tout demandeur de services. Il est à noter que souvent, même sans prescription médicale, les médicaments sont livrés à la clientèle.

D'une façon générale, ces pharmacies ne disposent pas de pharmaciens diplômés et le personnel qui y travaille n'a que rarement bénéficié d'une formation adéquate. Depuis environ une décennie, la vente de médicaments dans les rues par des marchands ambulants devient un phénomène marginal inquiétant. Les tentatives de correction faites par le MSPP ont toutes échoué.

⇒ Les laboratoires d'examens biologiques.

Dans certains hôpitaux et centres publics, on retrouve des laboratoires capables de réaliser ce que les médecins appellent les examens de routine. Certains examens comme : le taux de prothrombine n'est disponible que dans quelques rares centres publics. Encore une fois, le privé réunit les seules structures capables de délivrer des examens spécifiques pour diagnostiquer certaines pathologies.

⇒ Les services para cliniques

Certains examens ne sont tout simplement pas réalisables en Haïti comme une artériographie. D'autres ne sont disponibles que dans le privé comme un CT scan. Dans les institutions publiques parfois on ne peut même pas avoir accès à une simple radiographie du thorax.

A part l'HUEH qui dispose d'un service toujours débordé, on ne réalise pas d'examens histologiques dans les centres publics. Un examen aussi simple qu'un PAP smear qui peut servir à détecter un cancer du col à son début n'est pas disponible alors que la pathologie est très courante. Il n'est pas non plus possible de réaliser un examen extemporané pour permettre à un chirurgien de décider en salle d'opération de l'ablation d'un organe ou pas dans aucun endroit en Haïti, cet examen serait trop peu lucratif pour intéresser les investisseurs privés

2- Situation actuelle de l'articulation privée publique

Tel que mentionné précédemment deux axes seront adoptés pour la compréhension des modes d'articulation.

2-1 Articulation par rapport à la pyramide sanitaire

Au niveau stratégique

L'interaction entre ces deux secteurs n'est pas définie dans un document de politique stratégique. La charte nationale de partenariat pour la santé est toujours en préparation et ne prend d'ailleurs pas en compte, dans sa version actuelle, le secteur privé lucratif. Les références au partenariat public/privé se retrouvent dans les discours prononcés par des responsables des deux secteurs à l'occasion de certaines rencontres. De nos jours, cependant, la volonté affichée des bailleurs les plus importants de faire passer l'aide, y compris la partie destinée au secteur public, à travers des ONG pousse à la création de plates-formes de réflexion et d'action du moins sur certains programmes comme le SIDA, la Tuberculose.

A côté de cela, il convient de noter que des institutions du secteur privé comme l'ICC et les centres CDS assurent la supervision dans l'application du DOTS sur tout le territoire haïtien suite à des contrats tripartites signés entre le bailleur, le MSPP et l'ONG.

Au niveau tactique.

Certaines agences internationales, telle la USAID, préconisent, comme méthode d'action, une approche de mise en oeuvre départementale dans le but 1°) d'appuyer les efforts de décentralisation entrepris par le MSPP 2°) de renforcer l'extension de la couverture et de la qualité des services fournis à la population 3°) d'assurer une synergie dans les interventions financées par l'USAID.

Signalons qu'il existe entre les Directions Départementales et les institutions du secteur privé se trouvant dans le département une relation qui prend, selon le cas, les formes de partenariat et de subordination.

Dans des cas précis, les campagnes de vaccination par exemple, le secteur privé peut donner son appui logistique, technique et financier. Le département, pour sa part, favorise aux institutions du secteur privé non lucratif l'accès aux médicaments essentiels, aux antigènes, aux produits et matériels subventionnés. La remise d'un rapport mensuel d'activités à la coordination technique départementale conditionne cette relation. De manière généralement ponctuelle, il y a une forte synergie des actions entre ces deux secteurs dans le cadre du programme de lutte contre les IST/SIDA.

Le secteur privé lucratif est rarement pris en compte et fonctionne de façon totalement indépendante.

Au niveau opérationnel

A ce niveau, l'interaction entre secteur public et secteur privé est plus manifeste. Ponctuellement, lors de l'exécution de programmes d'envergure nationale, comme les journées nationales de vaccination, ces institutions convergent leurs efforts pour la réalisation de l'activité. En dehors des prestations de ce type, il n'y a pas de coordination ni intégration ni synergie des efforts. Chaque institution fonctionne de façon indépendante et non en réseau. Maintes fois, on observe une duplication des interventions qui conduit souvent à une compétition entre les institutions pour la fidélisation de la population cible. Quant à l'interaction avec le secteur privé lucratif, elle n'a jamais été prise en compte dans le but de garantir l'équité, l'efficacité et l'efficience du système de soins. Les interactions sont très rares avec le secteur privé non lucratif sous forme d'entente contractuelle ou informelle autour du partage des ressources.

2-2 Articulation selon les fonctions du système

Pour bien comprendre l'articulation actuelle, il est intéressant de voir de plus près la répartition des rôles entre ces secteurs par rapport aux grandes fonctions du système tel que défini par l'OMS: l'administration générale, le financement, la production de services et la création de ressources.

L'administration générale

Certains acteurs souhaitent un état régulateur du système de santé. La réalité étant tout autre, essayons d'en déterminer les causes. Le MSPP est une organisation dysfonctionnelle ne disposant même pas d'une loi organique pouvant tout au moins entériner toutes les différentes modifications structurelles qui y ont été apportées ces dernières années (création d'un grand nombre d'entités opérationnelles et centrales et même d'entités de support logistique : direction d'UCS, coordination nationale de la filariose, SIDA, coordination départementale des Nippes, aire métropolitaine, unité des affaires juridiques etc...). A cela s'ajoutent une multitude d'autres problèmes liés à l'affaiblissement de la chaîne hiérarchique, à une démotivation du personnel, à un manque de ressources et à une certaine culture organisationnelle rétrograde etc....De plus, la perte de légitimité de l'état dûe à des problèmes de gouvernance, de faiblesse d'investissements dans le domaine de la santé (moins de 1% du PIB) et de la mauvaise qualité de services dans les centres publics ont aggravé la situation. Pour couronner cette situation catastrophique, la perte de confiance des bailleurs dans nos gouvernements les a portés à financer directement le secteur privé non lucratif. Il faut avouer que le respect des procédures et l'atteinte de leurs objectifs particuliers est plus sûre avec le secteur des ONG. Il n'est alors pas difficile de comprendre que la plupart des interventions se font de façon arnachique ne respectant que les procédures de celui qui détient le pouvoir financier : les bailleurs. A titre d'exemple, il existe divers protocoles de diagnostic et d'enrôlement de la malnutrition soit : le rapport poids/taille pour les ONG et le rapport poids/age pour le secteur public. Soulignons également le vide juridique existant dans le domaine de la santé. Quoique notre constitution consacre le droit à la santé, il n'existe qu'un code d'hygiène publique vieux de plus de vingt ans. A date, la seule loi spécifique concerne les secteurs pharmaceutique et médicamenteux.

Le niveau de coopération des différents secteurs est quasiment inexistant et prend la forme de consultation plus ou moins formelle (envoi de document pour avis du secteur privé lors de la rédaction de normes de prise en charge ou de participation à des comités ad hoc)

Au niveau du système de référence des valeurs dominantes, les médecins sont considérés comme des professionnels commerçants si bien que la seule entité étatique à intervenir préalablement à l'ouverture d'une clinique ou d'un cabinet médical reste la direction générale des impôts pour accorder une patente de fonctionnement. La licence de fonctionnement des hôpitaux est délivrée

temporairement par le service concerné du MSPP en attendant l'octroi de la licence définitive. Mais cette évaluation se fait en général attendre et souvent il n'y en a pas ni en cours de fonctionnement ni à l'ouverture. A date, il n'existe aucune entité spécifique du MSPP s'occupant de la coordination des ONG. Les relations avec les associations de professionnels de la santé comme l'AMH, l'UMAH, le SPI, l'ANILH se font directement avec les hautes instances du ministère.

Le financement

Dans cette fonction importante qui légitime la capacité de régulation, le secteur public et les deux branches du secteur privé font jeu égal. Divers mécanismes sont utilisés par le secteur public pour collecter les fonds :

⇒ Les fonds externes venant de bailleurs bi ou multilatéraux.

L'initiative du Fonds Global est l'un des exemples où l'état et les ONG ont mis ensemble leurs ressources pour mobiliser des fonds.

⇒ Le système de recouvrement de coût

Ce dernier s'inscrivant dans la perspective de l'initiative de Bamako est insuffisamment documentée et ces recettes ne participent pas en général à la mise en place d'un budget institutionnel consolidé.

⇒ La mise en commun des ressources

Cet élément du financement est de plus en plus utilisé par le secteur privé par l'entremise des assurances santé (Capital Life, INASSA, Multimed ect..) qui se sont développées depuis une décennie. Au début, ces institutions, collectaient les fonds pour la mise en commun des ressources avec partage de risques pour l'achat de services. La situation a un peu changé avec des organisations comme le DASH et Multimed qui intègrent la production de services. Récemment, avec la mise en place du GSP, l'état haïtien a pratiqué la mise en commun des ressources pour ces fonctionnaires sur la base d'une entente contractuelle avec une firme privée.

⇒ L'achat de services

D'une façon générale, l'état encourage le prépaiement des services en offrant des services dits « gratuits » à la population et financés par le budget public. Par contre, dans le secteur privé lucratif, le paiement direct est la règle dans un pays où la régulation est faible et surtout le pouvoir d'achat des patients limité, même si parfois le remboursement par les assurances est accepté pour la vente des services. A titre d'exemple, la consultation dans les cliniques privées est d'environ

750 gdes (18 USD) alors qu'elle est de 30 gourdes (30 centimes USD) dans le public.

La production de services

C'est l'un des champs où une articulation secteur privé/public est évidente. L'une de ses principales manifestations s'est faite à travers les institutions dites mixtes car tout en étant privées, elles bénéficient d'une aide du MSPP en ressources humaines (médecins, infirmières etc), matérielles (réfrigérateurs, vaccins) et même financières (ex : Grace Children's Hospital). De plus, dans la majorité des cas, les processus de planification opérationnelle intègrent ces intervenants dans une approche commune des activités des programmes du MSPP (PEV, SIDA, PNLT) à mettre en œuvre. Sur un autre plan, bien que le MSPP ait toujours fait montre d'intérêt pour la médecine traditionnelle, très peu d'initiatives ont été prises dans le sens d'une intégration de ce secteur très lucratif. L'articulation avec le secteur privé lucratif n'existe ni dans sa vision ni dans sa planification (organisation, opération, utilisation des ressources) ni dans son évaluation (critères de performance, indicateurs de santé). Cependant, ce secteur représente 40% de l'offre des services et est principalement basé dans l'aire métropolitaine. Soulignons la grande interpénétration de ces trois secteurs publics, privé et ONG en ce qui concerne le partage des ressources humaines car on y retrouve les mêmes professionnels dans la production des services et ce le plus souvent au détriment du secteur public qui a perdu une bonne partie de sa capacité de coercition et de motivation. On retrouve également des contrats tacites du secteur privé avec les institutions publiques pour certains examens para cliniques qui se pratiquent à des prix réduits et sont parfois même exonérés par les prestataires privés pour les patients venant des institutions publiques. Les modalités d'intervention de ces secteurs sont assez différentes, orientées principalement par programme pour le MSPP, par projet pour les ONG et par prestation clinique et hospitalière pour le secteur privé lucratif.

La clinique

Au niveau de la clinique, l'interaction entre les différents secteurs est très faible. On ne retrouve pas de vrais protocoles de soins élaborés par les cadres techniques du ministère et quand il en a, ils sont très peu diffusés et peu utilisés dans la pratique privée. Ainsi, il est difficile de conduire des études car les techniques de traitement et d'intervention ne sont pas uniformisées et ce même dans les structures publiques de soins. On retrouve un tel essai au niveau du DASH avec les cinq gestes obligatoires. Avec les ONG, il y a une tendance à l'intégration avec une mise en commun des ressources et une planification commune. L'assimilation est un cas rare, cependant réel. On cite les institutions de santé de la cité soleil, CHOSCAL repris par le MSPP à leur abandon par les CDS. A noter tout de même la récupération d'un bon nombre d'institutions caritatives religieuses surtout dans les zones rurales.

3- Les outils et méthodes

Ces secteurs suscités utilisent des stratégies et des méthodes diverses. Les méthodes et les outils les plus fréquents sont :

- ⇒ Les contrats
- ⇒ La participation à des comités ad hoc ou de task force avec un mandat spécifique (réalisation de campagne de vaccination etc..)
- ⇒ Les contrats de gestion multi partite d'une intervention exemple le DESS, le PNLT
- ⇒ La diffusion de documents techniques pour avis
- ⇒ La participation à de forums thématiques de discussion
- ⇒ La charte de partenariat MSPP/ ONG qui se veut un cadre global de définition du champ de coopération publique privée.
- ⇒ L'assimilation ou la récupération d'institutions

4- Les résultats

Du point de vue systémique et holistique, ils ne sont pas encourageants

- ⇒ Absence quasi totale d'un cadre normatif de référence pour les professionnels de la santé et de la population. Le système n'arrive pas à répondre au fait que la pratique médicale se fait tant par les médecins, les infirmières, les auxiliaires et même les matrones.
- ⇒ Mosaïque de sous systèmes non coordonnés fonctionnant suivant leurs logiques et objectifs propres et se concurrençant pour le contrôle et l'utilisation des ressources dans une approche entropique du système. Les pertes de ressources subies par le MSPP affaiblissent considérablement cette organisation, qui est au cœur du système et aurait dû l'orienter suivant une politique de santé cohérente. Cette incapacité à retenir ses ressources humaines hypothèque la capacité même de cette organisation à réformer le système.
- ⇒ Exacerbation de la dichotomie secteur public/privé avec pour conséquence une concurrence féroce et un gaspillage de ressources : Duplication des aires d'intervention des ONG et du MSPP, secteur privé lucratif s'installant n'importe où sans aucune réglementation.

5- Le contexte de la réforme

Selon Milou KADDAR, économiste de la santé « *il n'y a pas de définition unique de ce qu'est la réforme du système de santé, la littérature internationale est*

riche en définitions plus ou moins proches. Il y a cependant un relatif accord sur les principaux traits d'une réforme du secteur de la santé :

- ⇒ Le changement introduit doit être structurel et non incrémental*
- ⇒ Le changement dans les objectifs doit s'accompagner d'un changement des institutions et non une simple redéfinition des objectifs.*
- ⇒ Le changement doit être délibéré, ciblé et non-conduit au gré du hasard*
- ⇒ Le changement doit viser le long terme et avoir un effet durable dans le temps*
- ⇒ Le processus doit être conduit par les autorités nationales ou/et régionales*
- ⇒ Son contenu doit impliquer un grand nombre de mesures cohérentes*
- ⇒ Les caractéristiques du pays modèlent les changements introduits. »*

En regard de cette définition certains constats s'imposent dans le contexte haïtien :

- ⇒ La décentralisation bien qu'incontournable est quasiment impossible vu, que nous évoluons dans un contexte de rareté des ressources.
- ⇒ Les autres secteurs n'ont pas validé les objectifs de la réforme, apparemment seules les ONG qui dépendent du MSPP pour leur financement adhèrent au processus de mise en place des UCS.
- ⇒ Il n'existe pas de mécanisme de coordination prévue pour intégrer les formations sanitaires privées lucratives au réseau d'offre de soins des UCS avec toutes les conséquences que cela implique pour la planification et les systèmes d'information
- ⇒ L'inéquité dans l'accès de la population défavorisée aux soins reste toujours aussi criante.

En ce qui a trait à la performance du système

- ⇒ Les indicateurs de santé sont catastrophiques affichant des taux élevés de mortalité maternelle et infantile et un profil épidémiologique typique des pays du tiers monde avec prédominance des maladies infectieuses et nutritionnelles.
- ⇒ L'offre des services est limitée, il n'existe pas de réelle carte sanitaire et le ratio de professionnel de la santé est très faible. Pourtant paradoxalement nous continuons d'exporter des ressources dans ce domaine et d'en importer de Cuba.
- ⇒ La qualité des soins est médiocre : la file d'attente est toujours très longue et peut dépasser 6 heures pour 10 minutes de service comme l'a démontré une étude de Genesis dans le programme de renforcement des capacités organisationnelles du centre de St Martin II.
- ⇒ Une mauvaise allocation des ressources surtout des ressources humaines ou l'on assiste à une pléthore de professionnels absentéistes dans certains centres alors que d'autres en sont dépourvus.

Face à ces résultats la nécessité d'une meilleure articulation entre les différents secteurs s'impose.

6- Articulation secteur public/secteur privé

6-1 : L'objet :

La multiplicité des intérêts des « stake holders » ainsi que la désorganisation quasi-totale du système et ses faibles performances plaident à l'évidence pour la mise en place d'un réseau intégré de soins. La réforme actuelle en fait le vœu mais sans en définir réellement tous les contours et implications. (UCS : principe et orientation stratégique).

En effet, dans sa définition conceptuelle, l'intégration s'inscrit dans une perspective de création à l'intérieur du système de santé d'une gouverne commune des unités de production (prestations publiques et privées) qui fonctionnent de façon autonome pour atteindre des objectifs communs. Dans une perspective plus large et explicite, il s'agit de mettre en place un processus incrémentiel d'harmonisation des sous-systèmes de financement, de gestion (sous-système d'information comprise) et des systèmes cliniques dans le contexte haïtien d'une représentation collective mais dans une vision globale de changement de valeurs.

En effet, les limites actuelles des secteurs présents dans le système exigent la définition d'une démarche progressive par étape.

6-2 : Les pré requis

La réalisation de certains pré requis fondamentaux nécessaire pour la mise en place du processus d'articulation publique/privé est peut-être considérée comme une condition critique de son succès. Ces pré requis constituent en eux-mêmes des défis importants à relever pour tous les acteurs. Ce sont :

- ⇒ Le développement d'une compréhension et d'une vision commune haïtienne des problèmes de santé de façon à faire endosser par tous les secteurs la dynamique et les formes de changement souhaitées à l'intérieur du système.
- ⇒ Le renforcement du degré d'organisation des secteurs privés lucratifs et non lucratifs. Ceci est d'autant plus important que les organisations actuelles des secteurs privés lucratifs (AMH, UMHA, SPI etc..) ont surtout un aspect associatif académique sans une réelle capacité d'influence sur leurs membres et leurs pratiques et sans grandes ressources et souvent totalement immatures d'un point de vue organisationnelle. Elles ne sont que la convergence de quelques intérêts particuliers.

- ⇒ D'un autre côté, le secteur privé non lucratif représenté par regroupement d'ONG locales (AOPS) répond à une réalité plus ou moins similaire (faible pouvoir sur les organisations des membres, diversités d'intérêts etc...)
- ⇒ La constitution de ces secteurs en tant que partenaires et acteurs passe par une démarche de maturation organisationnelle ou sectorielle. Ceci devrait favoriser le dialogue et la concertation avec le secteur coordonnant le système.
- ⇒ Le renforcement du leadership du MSPP (processus d'influence d'autres secteurs). Cet aspect revêt une connotation essentielle vu que le MSPP en tant qu'organisation occupe la position centrale à l'intérieur du système. Il pose et implique les problèmes de :
 - La réforme impérative du MSPP en tant qu'entité régulatrice, financeuse et productrice de services, pour le rendre efficient, moins sclérosé (l'organisation est très âgée) moins politique au sens ou l'entend Mintzberg c'est-à-dire « lieu d'expression d'intérêts personnels très divergents »
 - La proposition de réforme actuelle du système ne tient pas suffisamment compte du renforcement des capacités organisationnelles et techniques. La formation des cadres, la modernisation des structures de gestion, le renforcement de la ligne hiérarchique sont entre autre autant d'extrants nécessaires à cette réforme.
 - Une plus grande participation du MSPP au financement du système. Ici l'engagement de l'état dans son entier (parlement, gouvernement) doit être clair et manifeste. En effet, la maîtrise des mesures incitatives par le MSPP, celles liées au financement en particulier, est un élément de contrôle et d'orientation important des activités de santé.

6-3 : Le processus proprement dit

Il est abordé dans une perspective émergente théorique mais aussi pratique de coopération entre les différents secteurs. Et pour cause, l'interpénétration actuelle des secteurs public/privé rend floue les frontières entre eux. De plus, il est évident qu'aucun ne possède les ressources, la légitimité et les compétences pour répondre à la problématique sanitaire d'haïti d'où la nécessité de coopérer.

La fragilisation du MSPP, ces derniers temps, est un élément supplémentaire de l'adoption de cette démarche.

Les champs de coopération et les intrants du processus

Ce sont :

⇒ La production des services

Ici, il est évident que les soins de santé primaires et les ressources des différents secteurs qui s'y sont investis doivent être au centre des discussions autour de la démarche d'articulation. Les soins de santé primaires correspondent à la réponse efficace, la plus universellement admise aux problèmes de santé d'un système comme celui d'Haïti. Les ressources humaines, matérielles et informationnelles relatives à ce domaine constituent l'intrant principal du processus d'articulation.

⇒ Les systèmes d'information

La collecte, le stockage, le traitement et la diffusion de l'information tant sur la gestion que sur la performance du système sont nécessaires pour la compréhension et la formulation d'une politique de santé comprise et validée par tous.

⇒ Les mécanismes d'articulation et les entités de gestion du système

Ils sont très liés aux structures existantes et à la structuration globale, ils sont le reflet du système de représentation des valeurs. L'articulation publique/ privé impose une modification relativement poussée de certaines structures. Le paradoxe d'importation des professionnels de la santé cubains et de l'expatriation des professionnels haïtiens simultanément est un signe patent de l'incapacité des structures de gestion à planifier les besoins en ressources humaines.

⇒ La technologie

La technologie est indispensable tant pour la diffusion de l'information que pour assurer la qualité des services et une plus grande performance du système. Elle doit aller au-delà de la simple informatisation et devra tenir compte des conséquences éventuelles sur le système sociotechnique. Une certaine quantité de ressources technologiques est déjà disponible et peut être facilement mobilisée.

⇒ Le financement

Le financement et les ressources financières qui pourraient provenir de plusieurs champs de financement peuvent être explorés depuis les caisses mutuelles pour les soins de santé jusqu'aux assurances et les recouvrements de coûts.

7- Les outils et méthodes de l'articulation

Les moyens suivants seront utilisés pour promouvoir l'articulation entre les secteurs public et privé lucratif et non lucratif.

⇒ La formation des cadres

Les initiatives récentes de renforcement des capacités de gestion du système par la création d'une masse critique de professionnels public/privé ayant des compétences en gestion (DESS, CIFAS) peuvent s'inscrire dans une démarche facilitatrice de cette articulation public/privé. En effet, elles favorisent un langage commun, créent un référentiel commun de compréhension du système et de renforcement de ses capacités techniques. Ces initiatives devraient être développées, étendues et améliorées.

⇒ L'harmonisation des cycles de planification

Une démarche participative et consensuelle permettra de renforcer la cohérence stratégique et opérationnelle du système (alignement stratégique)

- Au niveau national : **L'organisation des états généraux de la santé** est un élément fédérateur permettant de dégager une vision commune de la réforme.
- Au niveau tactique : **L'animation d'espace de coordination** permanent sectoriel (SIDA, TB)
- Au niveau départemental : **Les forums départementaux** d'intervenants sont une pratique déjà établie mais devraient être formalisés et généralisés.

⇒ L'adoption de loi

En toute urgence il s'agit de :

- Voter une loi organique pour le MSPP
- Après concertation avec tous les secteurs voter une loi sectorielle régissant la pratique médicale (tarif, conditions de fonctionnement etc) et l'organisation de l'offre des services (couverture sanitaire, statut légal des institutions prestataires de services publiques et privées, autorité de supervision, mécanisme de contrôle etc).

⇒ La création d'incitatifs à l'intérieur du système

Tenant compte de l'incapacité actuelle du MSPP d'assimiler les autres acteurs des secteurs privés, ils garderont donc leur autonomie. Il est préférable que dans la redéfinition des rôles, que soient prévus des mécanismes nouveaux de gestion des ressources financières. Le financement est un élément central également des débats sur l'articulation publique /privé. Le pré requis du rétablissement du rôle central de rémunération de ressources devrait être renégocié avec les autres intervenants (redéfinition de rôles. Néanmoins, certaines méthodes paraissent plus à même d'influencer le comportement des acteurs. Ce sont :

- L'alignement des salaires des différents sous secteurs, ceci devrait contribuer à diminuer l'interprétation actuelle et les conflits d'intérêt
- La diffusion d'un code de déontologie, un comité ad hoc réunissant les représentants de tous les secteurs aurait la responsabilité de sa rédaction.
- La centralisation de l'autorisation de l'accès aux fonds des bailleurs externes au sein d'une unité de gestion des secteurs privés. Cette unité rattachée à la DPCE aurait son mandat s'étendant également à l'octroi de permis de fonctionnement des prestataires de services ainsi qu'à la gestion de la carte sanitaire nationale.

8- La modification des méthodes de financement

Les mesures suivantes sont fortement conseillées :

- ⇒ Constitution d'un fonds global pour la santé alimenté par des bailleurs. Ce fonds serait géré conjointement par l'état et un conseil ad hoc composé de représentants des bailleurs des secteurs publics, privé et de la population.
- ⇒ Proposition de barèmes tarifaires exhaustifs pour le secteur privé lucratif négocié avec ce secteur en tenant compte de la réalité du pays.
- ⇒ Adoption du paiement par capitation dans le cas du secteur privé non lucratif de prestation de soins. Ceci est d'autant plus faisable que les projets qu'ils exécutent procèdent d'une logique similaire.

9- L'uniformisation des pratiques de gestion

- ⇒ La mise en place de conseil d'administration au niveau des hôpitaux et des centres de santé est un moyen efficace pour créer non seulement une gestion cohérente de ces institutions mais surtout pour accentuer l'imputabilité et l'obligation de reddition de comptes à tous les gestionnaires de toutes les institutions. Cependant dans certaines institutions où la

gestion est catastrophique, des contrats pourraient être passés avec des firmes privées de gestion, avec obligation de résultats, de façon à les remettre sur les rails d'une gestion saine. La présence du conseil d'administration serait dans tous les cas obligatoires et basés sur une approche participative (vote, nomination)

- ⇒ La conception et la mise en place d'un système sanitaire national incluant les informations provenant de tous les secteurs. (privé lucratif et non lucratif, public). La standardisation des outils de collecte et l'obligation de les utiliser seraient au centre de cette démarche.

10- L'élaboration et la diffusion de protocoles de prise en charge clinique

Certaines pathologies courantes en Haiti pourraient ainsi faire l'objet d'études prospectives qui permettraient des comparaisons avec les protocoles de prise en charge dans les centres privés où les patients ont de meilleurs moyens économiques et dans les pays plus avancés.

11- Extrants

Les extrants attendus de ce processus sont :

- ⇒ Une redistribution des rôles au sein des différents secteurs
- ⇒ Un cadre normatif de référence défini pour le fonctionnement global du système et des acteurs qui s'y retrouvent.
- ⇒ Une coordination améliorée plus efficace pour le ministère et une meilleure articulation des différents secteurs.
- ⇒ Une amélioration des indicateurs de santé et de la performance globale du système.
- ⇒ Une plus grande efficacité du système dans ce contexte de rareté de ressources et de fluctuation du marché.

12- Réserves

Avant de conclure, il serait bon de préciser que ces propositions ne se prétendent pas exhaustives ni les seules pouvant favoriser une articulation entre le privé et le public. Il existe certes une multitude d'approches qui pourraient être adoptées, mais nous pensons avoir formulé ces propositions avec un souci de cohérence en regard des particularités liées à notre système de santé.

13- Conclusion

La nécessité d'une réforme du système de santé est un impératif perçu par tous les secteurs et légitimé par les faibles performances obtenues. Différentes tentatives de réformes ont été initiées sans succès au cours des années précédentes, (la régionalisation du système en 1983, la départementalisation en 1991). La dernière en date, les Unités Communales de Santé en 1995, se veut une redéfinition des pyramides gestionnaires et sanitaires sur fond de déconcentration départementale et de décentralisation au niveau des UCS. L'articulation des secteurs publics/privés bien qu'envisagée sous forme de coopération secteur public/privé non lucratif ne bénéficie pas pour autant de l'attention méritée malgré son importance dans la mise en œuvre du processus. Ainsi, les enjeux liés à l'articulation efficace public/privé n'y sont même pas abordés. Ceci, à l'évidence, limite les chances de succès de cette réforme. Des propositions concrètes doivent donc être formulées par l'institution pilotant le processus de réforme, donc le MSPP. C'est la condition essentielle de l'aboutissement de cette réforme.

Bibliographie

1. Contandriopoulos A. Pierre, La place et le rôle du secteur privé dans le développement de la santé.
2. Contandriopoulos A.Pierre, A la recherche d'une troisième voie
3. Emmus III, Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services
4. OMS, Approche contractuelle de nouveaux partenariat pour la santé dans les pays en développement
5. MSPP/OMS, Analyse de la situation sanitaire, Haiti 1998
6. MSPP, Politique nationale de santé
7. Voltaire Henri Claude, UCS principes et orientations stratégiques
8. MSPP, Draft du charte de partenariat
9. MSPP, cadre de référence pour l'élaboration du plan stratégique nationale
10. Perrot, économiste de la santé, la contractualisation.