

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

(DESS-MGSS)

TRAVAIL DE FIN PROGRAMME

**LE DEVELOPPEMENT DU CAPITAL HUMAIN DANS LE
SYSTEME DE SANTE EN HAÏTI**

Présenté par :

Magelan Césaire
Josline Dorcé
Chantale Leroy
Fahimy Saoud

Juillet 2003
Promotion 2002-2003

LE DEVELOPPEMENT DU CAPITAL HUMAIN

- 1- Faire un bilan de l'état de développement des ressources humaines oeuvrant en santé en Haïti.
- 2- Discuter des principaux enjeux dans le développement des ressources humaines en Haïti.
- 3- Discuter sur la base de la littérature et des expériences internationales pertinentes, des principaux scénarios qui pourraient être envisagés pour le développement des ressources humaines.
- 4- Proposer un scénario en justifiant votre choix.
- 5- Discuter des considérations reliées à la mise en œuvre du modèle que vous proposez.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	6
II. CONTEXTE GENERAL	7
III. OBJECTIFS DU TRAVAIL.....	9
IV. METHODOLOGIE.....	9
V. BILAN ET ANALYSE DE L'ETAT DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES OEUVRANT DANS LE SECTEUR SANTE EN HAITI.....	9
VI. PRINCIPAUX ENJEUX IDENTIFIES	16
VII. OPTIONS POUR LE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR SANTE EN HAITI	18
VIII. PROPOSITIONS RETENUES POUR UN SCENARIO DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES EN HAITI ET DISCUSSION SUR LA MISE EN ŒUVRE	20
IX. CONCLUSION	25
ANNEXES	
Annexe 1	Indicateurs de la situation socio-économique et sanitaire
Annexe 2	Répartition par département des institutions sanitaires
Annexe 3	Répartition par département du personnel sanitaire Sources : EMMUS, AMH
Annexe 4	Formulaire enquête
Annexe 5	Interprétation enquête

LISTE DES ABBREVIATIONS

OMS ; organisation mondiale de la santé

CIFAS ; centre d'information et de formation en administration de la santé

DESS\MGSS ; diplôme d'étude supérieure spécialisée en administration de la santé

DDRH : direction des ressources humaines

DPCE : Direction de la Planification et de la Coopération Externe

ACDI :agence canadienne pour le développement international

AOPS ; Association des Oeuvres Privées de Santé

PVVIH : Personne Vivant avec le VIH

EMMUS : Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services

IHSI : Institut Haitien de Statistiques et d'Informatique

UCS ; unité communale de santé

CSL ; centre de santé sans lit

CAL ; centre de santé avec lit

HCR ; hôpital communautaire de référence

GHR ; gestion des ressources humaines

Ie ; c'est a dire

RESUME

Le système de santé en Haïti évolue dans un climat socio-politique et économique instable depuis plusieurs années. La réforme du secteur santé enclenchée en 1995 s'aligne sur les piliers de l'initiative de Bamako que sont :

- la décentralisation
- l'équité et la justice sociale.

Cependant, une gestion non intégrée des ressources en général, des ressources humaines en particulier, dans le contexte de limitation qui prévaut en Haïti, peut rendre difficile l'atteinte des objectifs de performance fixés. Et c'est ce que démontrent la plupart des indicateurs socio-sanitaires du pays. Une gestion stratégique pour un maximum d'efficacité s'avère cruciale et la GRH sur laquelle repose le fonctionnement du système de soins, fait l'objet de débats importants et suscite de nombreuses questions.

Ce travail de recherche tente après une analyse des principes de gestion actuelle des RH, de déduire les principaux enjeux rencontrés afin de proposer un scénario de développement adapté et réaliste du capital humain oeuvrant dans le système de santé haïtien.

MOTS CLES : Gestion stratégique des Ressources Humaines, Développement du Capital humain, Système de Santé, Direction des Ressources humaines, Gestion du Personnel, Formation et Apprentissage continus, capital compétence, organisation auto-qualifiante du travail.

INTRODUCTION

La santé est un concept multidimensionnel difficile à appréhender. Chacun à la même question, formule une réponse différente en fonction de son expérience de la vie et des valeurs de la société dans laquelle il évolue. Les systèmes de santé répondent par conséquent de manière bien différente à des problèmes souvent similaires. Malgré les tentatives de l’OMS pour rallier tout le monde sous la même bannière à l’aide de définitions, d’objectifs et d’évaluations unicistes, les divergences demeurent grandes.

En quête de plus d’équité et de performance dans des contextes de ressources limitées, de nombreux pays en voie de développement, ont entamé des réformes majeures de leurs systèmes de santé. Cependant, la réussite de ces réformes dépend des ressources humaines qui constituent le principal intrant. C’est de la performance du personnel utilisé, que dépend en majeure partie, la qualité des soins dispensés, et le bon fonctionnement des structures de santé.

Haïti, le pays le moins avancé des Amériques, n’échappe pas à ces considérations. La santé est un droit garanti à tout citoyen haïtien dans les articles 19 et 23 de la constitution de 1987. La disponibilité et la vulgarisation des informations socio-sanitaires ainsi que l’instabilité politique régnant dans le pays depuis près de 20 ans, ont ouvert la principale fenêtre d’opportunité, pour poser la question de la nécessité de réformer le système de santé haïtien. Et, depuis 1995, le pays entama un processus de réforme de grande envergure avec trois piliers principaux, énoncés dans la Politique Nationale de Santé, qui sont érigés à partir des recommandations de l’initiative de Bamako. Ce sont :

- L’accessibilité aux soins offerts
- La participation et l’implication des communautés
- Le respect des principes d’équité et de justice sociale.

La condition sine qua non à la réussite de ce processus de réforme, passe par l’utilisation optimale des ressources humaines, bases de toute organisation fonctionnelle.

C’est dans ce cadre que s’aligne le programme du Diplôme d’Etudes Supérieures Spécialisées en Management et Gestion des Services de Santé (DESS/MGSS) et que nous soumettons le travail suivant qui, après un regard critique sur la gestion actuelle des ressources humaines utilisées par le système de santé haïtien, tentera de porter la réflexion sur des propositions réalistes en vue de permettre un réel développement du capital humain du secteur. Commençons par examiner pour cela le contexte dans lequel le processus de GRH évolue.

CONTEXTE GENERAL

a) Haïti, contexte socio-politique et économique:

Haïti, pays francophone des Caraïbes latines, partage l'île d'Hispaniola avec la République Dominicaine, et s'étend sur une superficie de 27.700Km². La population actuelle est d'environ 8 millions d'habitants qui vivent en majorité en milieu rural.

Le pays traverse depuis de nombreuses années, une crise socio-politique et économique qui semble s'éterniser. Les retentissements sur tous les secteurs de développement sont alarmants. Cette réalité est traduite par les indicateurs socio-économiques qui reflètent cette dégradation. La Salle de Situation de Santé, éditée en 2002 par l'OMS et le MSPP, publie les informations suivantes :

- Taux de chômage et d'analphabétisme : 65%
- Revenu per capita : 8.555gourdes (il faut environ 45 gourdes pour un dollar américain)

Le bilan commun des pays informe que le secteur informel représentait en 1999, 51,4% de l'activité économique¹. Le dernier rapport du PNUD sur les indices comparatifs de développement humain classe Haïti parmi les vingt derniers sur 175 pays. (cf. Annexe profil socio-économique)

b) Haïti, quelques indicateurs sanitaires

Il va de soi que le système de santé subit lui aussi cette crise, et la comparaison des indicateurs sanitaires suivants est très éloquente :

	EMMUS 2 (1994-95)	EMMUS 3 (2000)
Mortalité Maternelle	460 /100.000	523/100.000
Mortalité Infantile	74/1.000	80/1.000
Espérance de vie à la naissance	54,4 ans	53 ans

Source : EMMUS
(Cf. Annexe situation sanitaire)

c) Haïti, le système de soins et la réforme :

Les idées de la réforme, ont été concrétisées dans le concept des Unités Communales de santé. A travers la réorganisation du système de santé, on vise l'amélioration de la qualité des soins offerts à la population haïtienne. Les départements sanitaires au nombre de 9 et les 2 coordinations, ont été réorganisées en unités plus petites, les Unités Communales, dans le double but de promouvoir la participation des populations desservies et d'améliorer l'accessibilité aux soins offerts.

¹ EMMUS 3, 2000

Le système de santé compte actuellement 663 formations sanitaires distribuées de façon inéquitable à travers le pays². En effet, la majorité d'entre elles (soit 98 centres de santé, 80 dispensaires et 31 hôpitaux), est retrouvée dans le Département de l'Ouest où vit moins de 40% de la population, alors que l'ensemble du pays dispose de 50 hôpitaux, 61 Centres de santé avec lits (CAL), 139 Centres de santé sans lits (CSL), 405 dispensaires et 9 asiles.

Cependant, d'autres sources répartissent par départements, un total de 615 formations sanitaires selon leur type et leur statut public, privé, mixte³ (Cf. Annexe Répartition Institutions Sanitaires) Le concept UCS redistribue ces institutions à deux niveaux intégrés de soins en les faisant fonctionner en réseau :

- 1- Le premier échelon regroupe toutes les structures offrant des soins ambulatoires (dispensaires, CSL, cabinets médicaux des généralistes).
- 2- Le deuxième échelon fonctionne avec les structures capables de prendre en charge les urgences, les hospitalisations et les cas chirurgicaux (HCR, hôpitaux départementaux, polycliniques des spécialistes)

Un système de référence et contre référence est prévu afin d'assurer la continuité et la globalité des soins. Un paquet minimum de services englobant des soins préventifs et curatifs a été prédéfini par le Ministère de tutelle en vue de garantir l'équité au niveau des soins dispensés.

Il va sans dire que la réussite de ce processus de changement organisationnel nécessite l'utilisation maximale de tout le savoir-faire et la compétence du « capital humain » oeuvrant dans le secteur de la santé.

d) Haïti, le capital humain dans le secteur santé :

Ce concept, assez vieux, lancé par Adam Smith il y a près de deux siècles, a été développé à nouveau par l'économiste américain, Becker en 1964, et fait l'objet de nombreuses controverses. Il renvoie aux compétences qu'un individu peut faire valoir sur le marché du travail et, au-delà de l'éducation et de la formation, il fait appel aux caractéristiques individuelles, aux habilités, à l'expérience et au savoir-être. Le « capital humain » ramène aux ressources humaines en terme d'actif sur lequel les organisations doivent compter pour asseoir leur performance et leur compétitivité. « Investir dans le capital humain », d'après Philippe Martin, semble être un passage obligé pour l'entreprise moderne quel que soit son champs d'intervention ou d'activité.

En Haïti, la gestion des ressources humaines dans le système de santé semble être confrontée à de nombreux problèmes. La formation dispensée par les établissements privés et la régulation de la pratique des professions de santé en sont les plus évidents. Notre travail jettera un regard critique plus profond sur la gestion actuelle des ressources humaines du secteur afin de dresser un bilan et cerner l'ensemble de la problématique associée.

² Les Unités Communales de Santé, Principes et Orientations stratégiques, Voltaire 2001

³ MSPP Rapport annuel 2001

OBJECTIFS DU TRAVAIL

Comme sus-mentionné, il s'agira de:

- 1- Déterminer l'état de développement actuel des ressources humaines du secteur santé à travers un bilan de la situation.
- 2- Effectuer une analyse des enjeux reliés au développement des RH dans un tel contexte.
- 3- Proposer un plan adapté et réaliste de développement des ressources humaines du secteur.

METHODOLOGIE

Pour effectuer ce travail, une méthodologie simple a été adoptée et consiste en :

- 1- La revue de documents officiels, administratifs et autres littératures traitant du capital humain complétées par des recherches via INTERNET.(cf. Bibliographie)
- 2- Un questionnaire d'enquête a été soumis à des professionnels de la santé évoluant tant dans le secteur public que dans le privé afin de recueillir des données complémentaires.(cf. Annexes)
- 3- Des entrevues ont été menées avec plusieurs acteurs clés dont les postes, responsabilités ou travaux influent la gestion des ressources humaines en Haïti : la directrice de la DDRH, Directeur RH à l'OMS, le Directeur Général et le chef du personnel du Ministère de la Santé, la responsable du service de gestion et d'information et le Directeur de la DPCE, le responsable de la coopération cubaine...

Cependant, les informations recueillies sur la matière ne sont pas complètes et récentes. Elles sont quelques fois même discordantes. Le temps imparti pour un travail d'une telle envergure oblige à restreindre les champs de recherches.

BILAN ET ANALYSE DE L'ETAT DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES OEUVRANT DANS LE SECTEUR SANTE EN HAITI

Le système de santé haïtien évolue actuellement dans un climat de réorganisation et le développement du capital humain doit être bien planifié afin de conduire à une meilleure performance. La nécessité d'une politique de ressources humaines adéquate pour le développement des services de santé s'impose et concerne tous les acteurs du système. Pour l'élaboration de notre analyse, nous avons cherché à regrouper les ressources humaines qui évoluent dans les structures publiques, privées et mixtes et ce, au sein des deux grandes pyramides gestionnaire et sanitaire constituant le système de santé.

A) LES RESSOURCES HUMAINES DANS LA STRUCTURE DU SYSTEME DE SANTE HAITIEN

1- La pyramide gestionnaire : regroupe la partie administrative (administrateurs, gestionnaires, secrétaires...) du système de santé. Le dernier organigramme officiel du MSPP, établissant sa configuration, remonte à 1983. On y retrouvait à l'époque 10 directions centrales, 5 directions régionales et 3 unités spéciales (planification et évaluation, coordination des directions régionales, gestion financière). Actuellement, aucun organigramme n'est disponible. Cependant, certaines sources comptabilisent quinze (15) directions centrales ; neuf (9) directions départementales ; deux (2) coordinations sanitaires jouant le même rôle que ces dernières, et soixante-trois (63) UCS. Les informations recueillies au MSPP montrent que 3.012 employés sur 6.707, soit 45%, y évoluent mais sans aucun détail sur leur lieu précis d'affectation⁴.

2- La pyramide sanitaire : regroupe tous ceux qui interviennent à un niveau ou à un autre dans la prestation des soins. Le MSPP contrôle 1/3 du personnel sanitaire⁵ réparti en 2 catégories :

- La catégorie médicale englobe les médecins, les dentistes et le personnel infirmier.
- La catégorie paramédicale comprend les pharmaciens, les techniciens et technologues médicaux, techniciens de radiologie.

D'après les recherches effectuées au niveau de plusieurs organisations sanitaires, les données recueillies ne sont pas concordantes ; il est difficile en réalité, de chiffrer l'effectif précis du personnel sanitaire. Selon les informations du service du personnel du MSPP, cette organisation compterait environ 6.707 employés dont 3.605 (55 %) appartiennent aux catégories médicale et paramédicale, plus précisément 730 médecins, 1.013 infirmières, 253 techniciens, et 1.449 auxiliaires dans le secteur public⁶.

Le nombre des employés contractuels offrant leur service dans le secteur public ainsi que les professionnels en service social (étudiants en fin d'études) n'est pas immédiatement disponible mais peut être calculé. Ailleurs, l'effectif total du MSPP inscrit dans l'état d'émargement du MSPP en août 1997 serait de 7.952⁷.

Pour sa part, en 1998, l'Association Médicale Haïtienne comptait 1.848 médecins très inégalement répartis à travers le pays soit 6,5 médecins pour 10.000 habitants dans le département de l'Ouest contre une moyenne de 2,7 médecins pour 10.000 habitants à l'échelle du pays. En 2001 cette même association recensait 2.270 médecins dont 667 travaillent dans le secteur public et 1.603 évoluent dans le secteur privé. Les autres catégories de personnel affectés aux secteurs privé et mixte ne sont pas documentées⁸

⁴ MSPP : Tableau récapitulatif du personnel par catégorie

⁵ Plan d'action Prioritaire, MSPP 2001

⁶ MSPP, Rapport Annuel 2001

⁷ Rôle de paie du MSPP, MEF

⁸ Haïti : rapport sur la Gestion des médicaments Essentiels, Docteur G.Lerebours, AMH, 2001

B) L'ANALYSE DU DEVELOPPEMENT DU CAPITAL HUMAIN DANS LE SYSTEME DE SANTE HAITIEN

Notre analyse de la situation, est conduite selon la grille proposée par Boelen.⁹ A l'aide de cet outil, nous avons passé en revue les questions touchant à l'état de développement des RH ainsi que les grandes fonctions relatives à leur gestion dans le secteur de la santé en Haïti. Ce qui nous a permis d'identifier des problèmes majeurs.

I- ADEQUATION QUANTITATIVE DU PERSONNEL

Les ressources humaines ne semblent pas être planifiées en nombre suffisant pour combler les besoins quantitatifs. Ainsi, certaines données portent à croire qu'il y a une sous production de personnel prestataire. Cependant, il peut s'agir d'une impression qui devra être confirmée par une enquête approfondie vu la mauvaise répartition des ressources humaines, la compétition public / privé, l'absence de politique de rétention, et les problèmes de migration du personnel. En général, les systèmes de santé utilisent deux fois plus d'infirmières que de médecins¹⁰ ; or, les tableaux publiés dans la Salle de Situation de Santé¹¹, répartissent par département un total de 1.848 médecins contre 785 infirmières (voir annexe 3).

Par ailleurs, nous nous sommes posé la question du « chômage médical » comme c'est le cas dans certains pays tel la Tunisie où les médecins font office de démarcheurs médicaux, du fait que le système ne peut absorber toutes les ressources formées¹². Car chez nous, quelques cas sont répertoriés mais ils demeurent anecdotiques en l'absence d'enquêtes sérieuses.

L'adéquation en terme de type de personnel doit aussi être questionnée par rapport aux objectifs de la réforme. Mais ce point ramène plus précisément à la production i.e. la formation du personnel requis en fonction des plans de réforme.

II- PRODUCTION DU PERSONNEL

Il n'existe pas de planification prévisionnelle qualitative du personnel à produire, mis à part dans l'énoncé de la stratégie des UCS, où les profils de 2 types de professionnels ont été définis. En effet, dans « Les unités communales de Santé¹³ », nous lisons par exemple que le 2eme échelon de soins fera appel à des médecins de famille. Or dans le pays, le programme de formation de ce type de professionnel ne se fait qu'à très petite échelle au Cap-Haïtien par un partenaire étranger. De plus, il est simplement fait mention de l'utilisation d'infirmières au premier échelon de soins sans plus de précision. Nous savons que ce travail doit être élaboré dans un document descriptif plus détaillé concernant la planification des ressources humaines requises en type et en nombre. Nous soulignons simplement l'absence d'un tel document.

⁹ Boelen C, 1990 The Radical Method optimizing Human resources for health. WHO

¹⁰ Développement des Ressources Humaines pour la Santé : CIPS 2001

¹¹ Salle de Situation de Santé OPS/OMS et MSPP

¹² Développement des ressources humaines pour la santé CIPS 2001

¹³ Unités Communales de Santé, Principes et Orientations Stratégiques : Voltaire 2001

Par ailleurs, les institutions de formation de base pullulent alors que la régulation fait défaut. On assiste ainsi à la production de catégorie de personnel tel les auxiliaires pour laquelle le système ne prévoit aucune utilisation. Les curriculums des différentes facultés ou écoles de professionnels de santé ne sont pas standardisés et leur réponse aux besoins ou aux normes est limitée.

De même il faut poser la question du contrôle du niveau de formation des enseignants et formateurs dispensant des cours aux différentes institutions de formation publiques ou privées et établir les mécanismes à mettre en place pour homologuer les diplômes d'études obtenus hors des filières de l'Etat haïtien. Les étudiants des facultés de médecine privées sont confrontés pour le moment, à de sérieux problèmes de reconnaissance de leur diplôme par l'Etat.

D'un autre côté, plusieurs programmes de formation continue (bourses d'études à l'étranger, formations sur place) ne semblent pas non plus être intégrés dans un plan d'ensemble visant l'amélioration de la performance du système. Les critères de choix du personnel devant en bénéficier ne sont pas clairs, et il n'y a pas de suivi ni d'évaluation de ces formations. Ces constatations portent à déduire que les mécanismes de régulation et de contrôle des formations initiales ou continues des professionnels du système sont faibles et insuffisants.

III- LES MECANISMES DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES DANS LE SECTEUR DE LA SANTE EN HAITI

1- Les acteurs de la gestion des ressources humaines du secteur santé :

Dans le secteur public, les fonctions de gestion des ressources humaines sont partagées entre diverses entités du Ministère de la santé :

- Tout au sommet de la pyramide étatique, le Premier Ministre et le Ministre de la santé sont les détenteurs de la fonction d'acquisition du personnel de santé.
- La Direction de Développement des Ressources Humaines (DDRH) s'occupe de la formation initiale et continue et du contrôle des professions de santé.
- Le service du personnel du MSPPP a théoriquement à sa charge la gestion des carrières et des mouvements du personnel.
- Les directions des départements sanitaires et des communes sont en charge de la gestion journalière des ressources humaines qui leur sont affectées.

2- Les fonctions de la gestion des ressources humaines

La planification stratégique i.e. les réflexions qui portent sur le nombre et le profil des prestataires à former, leur utilisation et leur répartition équitable à travers le pays, fait défaut. Elle doit pouvoir s'appuyer sur un système d'information fiable et dynamique. Or, c'est la collecte des informations permettant une planification stratégique solide en réponse aux besoins, qui est défaillant. Les responsables de la fonction essentielle de planification n'ont pas pu être identifiés au cours de nos recherches et nous nous posons la question du rôle que doivent tenir la DPCE et la DDRH dans un tel processus.

Le recrutement du personnel sanitaire: l'acquisition, le processus d'embauche et l'affectation du personnel de santé évoluant dans les structures publiques sont très centralisée. Il est rare d'avoir des entrevues, des concours ou des avis de

recrutement publiés accessibles à des postulants du grand public. Il faut cependant noter que la loi sur la fonction publique prévoit de tels mécanismes de recrutement du personnel mais elle est rarement respectée. Le « parachutage » d'employés sans les qualifications adéquates à certains postes importants, est un phénomène courant dans l'administration publique en Haïti et un grand facteur de démotivation des cadres compétents travaillant dans le système.

Le processus de recrutement dans les institutions privées, obéit à leurs règlements internes. La plupart d'entre elles publient des avis et font passer des entrevues. La moitié(50%) des personnes interrogées au cours de notre enquête n'ont pas de description de poste, tant au niveau des institutions publiques que de certaines institutions privées.

La gestion des carrières ne semble pas faire l'objet de considérations particulières dans le secteur public. Les promotions sont rares et ne surviennent pas dans le contexte d'un processus planifié d'avancement de l'employé. Tous les répondants du questionnaire travaillant dans le public, affirment l'inexistence de plan de carrière dans l'institution où ils évoluent. Quelques institutions privées rapportent des mécanismes d'avancement, basés sur les années de services ou sur les qualifications acquises en cours d'emploi.

La gestion de la rémunération n'est pas de pratique courante. La grille de salaires dans le secteur public est inadaptée par rapport à l'inflation et au coût de la vie en Haïti. Le dernier ajustement date d'environ cinq ans, le dollar américain valait alors 20 gourdes. Actuellement, il en faut plus du double. Ceci oblige la plupart du personnel prestataire évoluant dans les institutions publiques à cumuler plusieurs emplois répartis sur des plages horaires différentes pour boucler les fins de mois. Le secteur privé étant meilleur payeur et plus intransigeant quant au respect des règlements internes, l'Etat souffre inévitablement de cette dichotomie. La grille de pension est également désuète et inadaptée aux réalités actuelles.

Les mécanismes de rétention du personnel ne sont pas développés. L'utilisation d'incitatifs financiers ou non tels les avantages sociaux est peu répandue dans les institutions publiques. Il faut cependant souligner la mise en place récente d'un système d'assurance privée de santé couvrant l'ensemble des fonctionnaires de l'administration publique qui sont budgétisés. Le prélèvement est automatique et la couverture est fonction du salaire de l'employé.

L'octroi de bourses d'études à certains employés est considéré comme un incitatif par l'Etat. Cependant, comme déjà mentionné, les critères d'attribution ne sont pas clairs et le retour à leur poste des bénéficiaires de ces formations est en général hypothétique. Les moyens mis en place (tels des signatures d'engagement sur l'honneur) comme garantie sont faibles.

Les activités d'évaluation du rendement, de la performance ou de l'efficacité, ne sont pas couramment pratiquées dans les institutions publiques. Elles suscitent plutôt la méfiance car elles sont souvent perçues comme un moyen de justifier la mise à pied des membres du personnel jugés inefficaces. Ces activités requièrent aussi un budget supplémentaire que l'Etat préfère investir ailleurs. Compte tenu de

ces limitations, les activités conduites en ce sens se résument plutôt à une forme de contrôle.

Le leadership intra organisationnel est en général mal perçu. La source réelle de pouvoir est politique, et n'a souvent rien à voir avec la légitimité ou l'expertise technique. Les syndicats des travailleurs de santé n'ont aucune activité régulière en dehors des moments de crises et de revendications. Certains d'entre eux donnent l'impression de fonctionner à la solde d'acteurs particuliers lorsque les intérêts de ces derniers sont menacés. Il n'existe pas à notre connaissance de syndicats dans le privé.

La culture organisationnelle est faible et la perception du travail de « l'Etat » par les employés en particulier et la société haïtienne en général est négative. L'Etat paternaliste accepte tout et n'exige aucune obligation de performance. Les services sanitaires publics ne sont utilisés que par les consommateurs qui n'ont pas le choix financier d'aller ailleurs.

Le processus de communication dans le secteur public est plutôt descendant, formel et présente de grandes lacunes. Lente, compliquée, et très hiérarchisée, la communication interne est l'objet de nombreuses critiques. Elle se fait le plus souvent par des mémos, lettres, circulaires, affichage et autres notifications. Le défaut de circulation de l'information entre les différentes instances s'occupant de la GRH, engendre des dysfonctionnements au sein de l'organisation. Les responsables des institutions privées interrogés ne rapportent pas de problèmes particuliers à ce niveau.

La motivation au travail la majorité des employés (soit 71,4%) remplissent leur fonction avec une motivation intrinsèque i.e. leur conscience professionnelle, l'amour du travail en équipe, la volonté et la satisfaction à servir les autres. Cependant, beaucoup sont découragés par l'absence d'incitatifs appropriés, des conditions de travail difficiles et par l'insuffisance de salaire. Ceux qui aimeraient travailler dans les zones reculées du pays, demandent comme pré-requis de meilleures conditions de travail, certains avantages sociaux (logement, transport, formation continue), un salaire raisonnable et d'autres mesures d'accompagnement.

En Haïti, ces nombreux problèmes entraînent un taux de migration élevé (fuite de cerveaux) car le personnel prestataire va chercher ailleurs un marché plus rentable pour offrir ses compétences et en tirer un meilleur parti économique. Il se produit ainsi une fuite de capitaux que le pays investit dans la formation de son personnel de santé.

La gestion des conflits dans le secteur public, ne fait appel à aucun mécanisme particulier. Il n'est pas rare de voir un subalterne l'emporter sur son supérieur hiérarchique à cause de ses accointances politiques. Cette situation est liée au fait que la hiérarchie des postes ne correspond pas toujours à la détention du pouvoir. Ainsi, le pouvoir de révocation est très centralisé car il est détenu par ceux qui recrutent. Le directeur d'une institution ou d'un département sanitaire ne peut que blâmer un employé qui fait problème.

IV- DE L'APPUI TECHNIQUE EXTERNE :

Le dernier point important de notre analyse, concerne l'appui technique apporté par des professionnels étrangers.

a) La coopération Haitiano-Cubaine : Cet appui comprend deux volets : celui de la formation à Cuba, de professionnels haïtiens issus de tous les départements géographiques du pays avec obligation de travailler pendant 10 ans dans leur région d'origine à leur retour ; et celui du déploiement en 1999, d'environ 500 professionnels cubains (288 médecins et 110 infirmières, les autres professionnels sont des techniciens, des cadres administratifs) sur l'étendue du territoire, afin de résoudre les problèmes de répartition des ressources humaines en périphérie (cf. annexe 3 Déploiement du personnel Cubain¹⁴). Cependant, quid des moyens mis en place pour leur planification, leur utilisation et leur régulation ? Quelle est la durée prévue de cette coopération ? En évalue t'on les résultats et les impacts ?

b) Les autres partenaires : D'autres partenaires fournissent aussi sur une base régulière une assistance technique à différents niveaux du système : les Médecins Sans Frontières oeuvrent à plein temps dans l'UCS de Saint-Marc, considéré comme une UCS pilote ; la coopération américaine fournit également du personnel de santé à un niveau opérationnel du système : des médecins offrent régulièrement leurs services dans de nombreux hôpitaux privés tels à la Bienfaisance de Pignon, à Albert Schweitzer de Deschapelles etc ; la coopération Française fournit un appui technique à certaines directions centrales et départementales.

Ainsi, malgré les nombreuses prévisions positives pressenties par la réforme, son implantation à l'échelle nationale tarde. La structure du système de soins et les processus de gestion des ressources humaines qui y sont attachés, demeurent très centralisés. L'inefficacité du système d'information sanitaire qui ne peut fournir des informations fiables et utiles, l'absence de planification pour couvrir les besoins qualitatifs et quantitatifs en personnel, la faiblesse de gestion des formations initiales et continues d'une part, et de la gestion des ressources humaines disponibles d'autre part, déterminent de nombreux enjeux au développement des ressources évoluant dans le système de santé.

Nous retenons également l'absence d'une politique de ressources humaines clairement formulée et celle d'un plan stratégique national de santé sur lequel les processus de GRH doivent s'appuyer et nous concluons que la GRH du système de santé en Haïti, se ramène à une gestion du personnel. Elle se caractérise par des activités multiples juxtaposées mais non intégrées dans un plan d'ensemble permettant la performance du système.

¹⁴ La Salle de Situation de Santé

PRINCIPAUX ENJEUX IDENTIFIES

Suite à cette analyse de la situation, de nombreux enjeux ont été dégagés. Certains d'entre eux sont très négatifs, d'autres le sont moins. Nous n'en ferons pas une liste exhaustive. La réflexion se portera sur ceux qui nous semblent majeurs à prendre en compte dans le cadre d'une amélioration de la performance du système à travers l'utilisation optimale du capital humain oeuvrant dans le secteur de la santé en Haïti.

1-. Certains tarifs sont même établis en devise américaine. La logique marchande domine le secteur privé et c'est la population non protégée qui est prise au dépourvu et qui en souffre.

En Haïti, pour l'heure, le code de déontologie de l'AMH est peu connu et donc peu divulgué et il n'existe aucun Ordre des professions de santé pouvant servir de garde-fou à la pratique médicale. La régulation des activités du personnel médical ou paramédical évoluant comme libéral est un problème crucial.

2- La formation du personnel sanitaire :

Ce second enjeu est de taille lui aussi. Et là, le problème se pose à deux niveaux :

a) Autour de la formation initiale du personnel prestataire de soins : qui ne semble pas être suffisamment en adéquation avec les besoins quantitatifs et qualitatifs définis par la réforme et les standards internationaux. Les programmes de formation initiales dispensées dans les Universités et Ecoles privées ne vont pas toujours dans le sens des besoins et de la politique locale.

b) Autour de l'adéquation des formations continues et complémentaires acquises par rapport aux besoins i.e. le renouvellement et l'entretien des compétences sur place ou à l'étranger. De nos jours, les spécialités sont nombreuses et se développent rapidement. Or les plans de formation et d'apprentissage continu du personnel ne font pas partie intégrante d'un processus de planification stratégique des ressources du secteur. On en arrive à des « gaspillages de compétences » pointues que notre environnement sanitaire ne peut absorber et à la démotivation de ceux ou celles qui les possèdent et qui sont sous utilisés.

3- La rétention des ressources humaines

Les conditions difficiles dans lesquelles notre système évolue actuellement, sont capables de démoraliser les plus motivés et les poussent à rechercher plus de satisfaction ailleurs. Cet enjeu de rétention du personnel se joue sur plusieurs paliers.

a) fuite du personnel à l'intérieur même de l'organisation : le personnel sanitaire évoluant en périphérie est attiré vers la capitale ou vers le niveau central. En effet, il est courant de voir effectuer des transferts demandés par le personnel pour des motifs habituellement liés aux conditions de vie ou de travail particulièrement difficiles en milieu rural. Le problème se pose même pour beaucoup d'employés qui préfèrent travailler dans des programmes qui octroient un meilleur salaire ou d'autres avantages. Par exemple, le programme national de lutte contre le SIDA draine

actuellement toutes les ressources valables suite à l'injection massive de ressources financières, comme si les autres programmes du ministère n'avaient plus aucune priorité.

b) fuite du personnel du secteur public vers le privé : le personnel sanitaire formé et compétent est peu nombreux. Dans tous les secteurs de développement, les cadres intéressants font l'objet d'enchères et la compétition est rude pour l'Etat qui se retrouve la plupart du temps perdant quand l'enjeu se ramène aux conditions de travail, au salaire ou autres avantages sociaux.

c) fuite vers l'étranger ou vers d'autres centres d'intérêts : C'est là que le problème prend toute son ampleur. L'exode du personnel sanitaire est un phénomène de plus en plus crucial pour le pays. Ce sont les cadres formés qui sont sélectionnés en priorité par les pays développés qui se dotent ainsi de personnel ou de main d'œuvre pour lesquels il n'y a aucun investissement de base à consentir, et tout à tirer de leur force et de leur compétence au travail.

4- La fragmentation des grandes fonctions de la gestion des ressources humaines :

Le quatrième enjeu dont nous discuterons, fait suite à un constat : il s'agit de la fragmentation des fonctions de la GRH entre différentes instances, et ce, avec un manque évident d'intégration et de communication. L'absence de mécanismes de coordination formels et forts entre ces instances est notable. En effet, nous avons dû rencontrer de multiples intervenants pour avoir une vue d'ensemble des ressources évoluant dans le système car chacun détient une partie des informations et des données utiles à une gestion stratégique des ressources.

Après ce diagnostic, il s'avère nécessaire dans de telles conditions de revoir des scénarios joués dans certains pays, qui sont confrontés à des problèmes similaires en terme de développement des ressources humaines dans leur système de santé. Nous en retiendrons un capable d'apporter des réponses à notre problématique de gestion du capital humain oeuvrant dans la santé en Haïti.

OPTIONS POUR LE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR SANTE EN HAITI

Les options intéressantes pouvant susciter de l'intérêt dans notre contexte, sont tirées principalement d'expériences qui ont été menées dans des pays en voie de développement à l'instar du nôtre tel le Mali, le Sénégal, le Maroc et que nous avons retrouvées au décours de nos recherches et lectures. Certaines d'entre elles ont particulièrement retenu notre attention car elles pourraient faire l'objet de débats pour l'élaboration d'un plan de développement du capital humain du système de santé haïtien.

1- L'exemple du Mali en terme de régulation, de décentralisation et de GRH :

Le Mali a connu une évolution constante depuis son indépendance et le système de santé a dû s'adapter pour répondre à ces changements. La politique de santé adoptée en 1990 est considérée comme un tournant décisif. Le nouveau Programme de Développement Sanitaire et social (PRODESS) accorde une place prioritaire au développement des ressources humaines et à la décentralisation. Suite à la libéralisation des professions de santé, le ministère a dû imposer une régulation forte allant jusqu'à la tarification des services offerts et celle des consultations effectuées par les professionnels évoluant dans le privé afin d'éviter les abus qu'impose la logique marchande non régulée. La décentralisation de la gestion du système de santé au Mali permet aux communautés de pouvoir elle-même recruter des agents de santé afin de suppléer aux insuffisances de l'Etat. Elles aident financièrement à la formation continue du personnel recruté. La culture malienne, fortement axée vers la médecine traditionnelle et ce, particulièrement en milieu rural, conduit actuellement à la professionnalisation des tradipraticiens et des sages-femmes par le système de santé. Les expériences de ce pays sont riches en leçons utiles.

2- L'expérience du Maroc et du Sénégal dans la formation :

Au Maroc, sur le plan de la formation du personnel de santé, l'investissement est fait dans le renouvellement des compétences du personnel infirmier, car il est plus rapidement utilisable en comparaison au temps de formation du personnel médical. Leur mise en fonction et leur rémunération coûtent aussi moins cher, alors que le rendement à certains postes éloignés et peu pourvus, est similaire à celui d'un personnel de plus haut niveau, mais qui en l'absence de moyens de fonctionnement, n'aboutit pas à mieux.

Certaines activités comme le perfectionnement des enseignants, la réadaptation des programmes de formations initiales et continues en fonction des besoins et des normes internationales, ainsi que le renforcement des dispositifs réglementaires régissant les instituts de formations aux carrières de santé ont été réalisées.

Au Sénégal, une autre stratégie intéressante consiste à utiliser les compétences et expertises pointues des fils du pays ayant émigré vers des lieux plus cléments ; leur pays d'origine, n'ayant pas les moyens d'absorber leur savoir-faire. Ils sont requis sur des bases régulières pour des formations de personnel du pays. Le « TOKTEN » revient moins cher à l'état sénégalais.

4- Quelques options en faveur de la motivation et de la rétention :

Certaines mesures capables d'accroître la motivation et indirectement la rétention du personnel sanitaire ont été expérimentées dans divers pays. En Zambie par exemple, les gardes hospitalières sont si bien payées que l'on se bat presque pour en faire.

Au Mozambique, les activités de supervision et d'évaluation régulières, les voyages d'études influencent positivement la motivation du personnel de santé. Le mode de financement de la formation des professionnels dans les universités d'Etat, sous forme de prêt aux étudiants qui deviennent remboursables au cas où le professionnel opte pour la pratique privée ou émigre, aide à la rétention dans le public et dans le pays.

Afin de limiter le taux d'absentéisme des professionnels dans les institutions de l'Etat, plusieurs pays ont expérimentés des stratégies auxquelles nous pourrions réfléchir : la possibilité d'effectuer des consultations privées à l'hôpital après les heures officielles de travail a contribué à limiter le taux d'absentéisme des médecins à certains endroits mais la prudence s'impose car il y a des effets pervers à surveiller. Un salaire adéquat et des mesures incitatives suffisantes permettent d'exiger aux praticiens hospitaliers à limiter leurs activités à l'institution où ils travaillent. Une autre possibilité est celle de changer le mode de paiement des professionnels de la santé : le paiement par heure de travail ou par capitation, pourrait contribuer à responsabiliser le personnel. Au Mali, il est demandé de travailler dix ans dans les institutions publiques avant de pouvoir fonctionner en libéral.

Le projet HS2004 de la MSH, financé par la USAID en Haïti, accorde des primes monétaires de performance à des institutions privées répondant à certains critères particuliers. Ces primes sont utilisables par l'institution selon sa convenance et plusieurs les redistribuent comme encouragement à leur personnel. Une telle stratégie pourrait constituer un moyen de motivation intéressant pour le personnel des institutions publiques.

Dans certains pays comme l'Equateur, la promotion d'une culture organisationnelle différente et la mise en place d'outils réguliers d'évaluation de la performance ont favorisé une meilleure perception de l'organisation et des employés qui y évoluent.

La gestion des ressources humaines a connu des phases d'évolution marquante, et certaines dispositions ont connu du succès. Ainsi, une gestion plus intégrée et mieux coordonnée des ressources à travers la mise en place de Direction de Gestion des Ressources Humaines dès que l'organisation compte un certain nombre d'employés (DGRH) est recommandée.

PROPOSITIONS RETENUES POUR UN SCENARIO DE DEVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES EN HAITI ET DISCUSSION SUR LA MISE EN ŒUVRE

I- Le scénario

Quel que soit le scénario de développement de la GRH proposé, l'expression d'une volonté politique allant dans le même sens est indispensable. Nous en proposons malgré tout, un qui compte toucher trois axes primordiaux qui sont :

- la révision des mécanismes de GRH par l'établissement d'un moyen de gestion coordonné et intégré des RH du secteur de la santé et la mise en place d'un système d'information à l'usage de la GRH;
- l'élaboration d'un plan de développement des RH basée sur la formation, la motivation et les mécanismes de rétention qui sont essentiels pour l'atteinte des objectifs et la performance du système ;
- la régulation et l'évaluation de leurs activités.

A) RÉVISER LA STRUCTURE DE GESTION DES RH du système de santé, à travers :

1-Création d'une Direction de Gestion des ressources Humaines :

La mise en place d'une DGRH qui réunirait les différentes fonctions de gestion, est le premier élément retenu pour un scénario de développement réel du capital humain oeuvrant dans le système de santé en Haïti. Cependant, il est peut-être utopique de penser à les réunir en une seule structure vu les divergences et les jeux d'influence des intervenants qui y sont impliqués. Un espace de coordination et d'intégration est une alternative qui devrait déjà permettre la planification et la gestion stratégique, globale des RH sanitaires, en attendant la mise en place d'une DGRH.

2- Mise en fonction d'un système d'information sanitaire axé sur les RH :

Sans un système d'information fiable, une DGRH ne saurait fonctionner. Ce système, axé sur les RH, doit être inclus dans un système national d'informations sanitaires. Il devra fournir des informations se rapportant aux domaines gestionnaires et opérationnels du développement des RH pour la santé. Il doit aussi fournir les informations nécessaires au processus de décision stratégique en rapport avec les RH. Il permettra de suivre les variations de l'environnement pour faciliter l'adaptation et la réactivité de la structure responsable de la GRH. La mise sur pied de d'indicateurs permettant d'évaluer le processus de développement des ressources humaines du secteur, est aussi nécessaire.

B) ELABORER UN PLAN DE DÉVELOPPEMENT DES RH

Articulé avec la politique nationale et le plan stratégique national en cours. Devront y être passés en revue tous les éléments d'une gestion stratégique des RH en fonction des besoins, et reflétant les objectifs de la réforme. En accordant une place prioritaire au développement des ressources humaines du secteur santé, certains pays ont pu motiver l'avancement de ce domaine que l'on tend plutôt à négliger. Ce plan insistera sur les fonctions suivantes essentielles au développement des RH.

1- La formation :

La formation initiale ou le renouvellement et l'entretien des compétences doivent être intégrés dans une stratégie de développement des ressources pour la performance du système. La révision des curriculums entamée doit aller dans le sens des besoins spécifiques du pays en tenant compte des normes internationales. Des examens d'Etat, qui encourageront la standardisation des formations dispensées par les facultés privées et publiques, sont en cours d'élaboration. La mise à niveau de nos formateurs est une nécessité. La professionnalisation des agents communautaires, des matrones et tradipraticiens, qui pallient souvent au manque de personnel en périphérie et qui sont la plupart du temps bien intégrés dans les communautés, est à encourager car ils pourraient être utilisés comme structures satellites du premier échelon du système réformé. Au point de vue de la formation continue, la stratégie du TOKTEN, à l'instar du Sénégal pourrait être utilisée en Haïti. Elle se pratique déjà de manière informelle et limitée dans certaines institutions où des professionnels et professeurs haïtiens émigrés reviennent pour de courtes séances de formation et de partage de leurs expériences. Certains partenaires étrangers, prêts à offrir des formations allant dans le sens des besoins perçus (DESS, CIFAS), sont à encourager. Ces initiatives doivent se répandre et être pérennisées.

2- La rétention du personnel :

Il s'agit de mécanismes de rétention du personnel, réalisables dans le contexte budgétaire actuel de limitation des ressources financières. L'amélioration des conditions et moyens de travail dans les institutions publiques, sont les plus accessibles et sont aussi les demandes les plus fréquemment formulées par le personnel.

L'octroi de primes de performances comme ce qui se passe dans le privé avec HS2004, peut servir de modèle. Le paiement des usagers qui serait institutionnalisé dans une politique de recouvrement des coûts pourrait permettre de générer entre autres, les fonds nécessaires pour le faire. Les gardes rémunérées sont une méthode à explorer. Il est utile de repenser les modalités de rémunération du personnel sanitaire : certains parlent d'un barème plutôt que d'une grille de salaire. Quelle que soit la nosologie employée, le salaire forfaitaire mensuel ne semble pas être la meilleure façon de faire. La tarification à l'heure de travail ou par capitation serait plus appropriée et plus juste par rapport au problème particulier de l'absentéisme du personnel en permettant d'assurer une meilleure couverture médicale.

3-La décentralisation

La décentralisation de certaines fonctions de la GRH au niveau des Directions départementales et des UCS leur permettra d'avoir plus de latitude en matière de gestion des ressources qui leur sont allouées. Le concept de décentralisation doit dépasser le cadre de beaux projets et d'écrits. Ainsi à l'instar du Mali, l'implication et la participation réelle des communautés dans leurs soins de santé pourrait leur permettre de se fournir en personnel local et d'investir dans la formation de ces derniers en fonction de leurs besoins spécifiques tout en respectant les grandes lignes de la Politique Nationale de Santé. C'est un moyen intéressant, qui permettrait de résoudre le problème de répartition équitable et de rétention du personnel de santé en périphérie.

4- L'évaluation et le suivi de la performance des employés

Ce n'est pas un outil courant de la GRH des institutions haïtiennes. L'usage est limité à quelques rares organismes ou institutions subventionnées par des partenaires étrangers. La GRH du système de santé gagnera à inclure de tels outils dans ses procédures usuelles. Les débours supplémentaires occasionnés, seront largement compensés à long terme par une meilleure utilisation des ressources, et plus d'efficacité.

C) METTRE EN PLACE UN SYSTÈME DE RÉGULATION

La régulation par l'Etat des activités des professionnels de la santé évoluant dans les institutions publiques ou fonctionnant dans des institutions ou cabinets privés, causent comme nous l'avons vu, de nombreux dysfonctionnements. Des structures déjà existantes telles l'AOPS et l'AMH, peuvent être érigées en structures de contrôle et d'évaluation de l'activité des médecins et autres professionnels de santé évoluant en libéraux. Le code de déontologie de l'AMH pourrait être révisé et mis à jour, validé et promulgué.

Il est possible d'exiger le renouvellement de la validité des licences de pratiques tous les cinq ans et d'entamer le débat sur la mise en place des Ordres des Professions de Santé. A plus long terme, il faudra arriver à établir la législation en matière de pratique médicale et de protection du patient.

II- A PROPOS DE LA MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre de quelque plan de développement que ce soit, nécessite en Haïti comme on l'a dit tantôt, l'expression et le soutien d'une volonté politique forte, sans laquelle toute initiative de changement majeur est vouée à l'échec, d'autant que dans notre système de santé le pouvoir de décision est très centralisé. Ainsi la création d'une DGRH doit être une initiative du MSPP soutenue par le sommet étatique. Cette DRH devra s'atteler à mettre en place des outils pour la gestion prévisionnelle et stratégique de toutes les ressources du système de santé haïtien.

Le MSPP doit assurer un leadership fort, continu car la planification et le développement des ressources humaines est un processus complexe qui doit tenir compte des réalités nationales souvent difficiles à gérer et dont le système de santé n'est pas le seul responsable. Il faut donc identifier et impliquer les différents intervenants du privé et d'autres secteurs tel : l'Éducation, la Justice, les Finances, la Planification et la Coopération Externe...

La mise en œuvre du scénario proposé nécessite des pré-requis, les plus importants:

- Une bonne analyse de la GRH. Il faut spécifier que le besoin en formation, a déjà fait l'objet d'études intéressantes par l'Université de Montréal. Mais il en faut pour les autres domaines de la GRH.
- L'identification des sources de financement pour la réalisation effective du scénario qui ne manquera pas d'engendrer des coûts.
- L'implication des principaux intervenants des autres secteurs concernés par le scénario à travers des débats et des ateliers. Le lobbying sur l'importance des

ressources humaines au sein d'une organisation et autour du scénario proposé doit être entrepris.

De manière plus précise :

- La mise en place d'une entité regroupant les fonctions de la GRH, demandera des réunions de réflexions et la recherche de consensus avec les intervenants concernés. On devra intégrer dans ces séances de travail, des organismes haïtiens du privé ayant de l'expérience et du succès dans la GRH. La définition d'un nouveau cadre organique fixant les niveaux hiérarchiques, les missions et les rôles de chaque entité impliquée dans la GRH est nécessaire et faisable à court terme.
- Le système d'information sanitaire axé sur les RH, devra être élaboré de concert avec la DDRH, la DPCE et la DOSS, en réponse à la question suivante : quels types de personnels et pour quels types de soins et services ?
- Ce système devra être capable de fournir les informations relatives aux ressources humaines évoluant à tous les niveaux du système de santé. La collecte des données débutera dans les institutions de base pour être acheminées vers les UCS puis au niveau des Directions Départementales et au Service de Gestion de l'Information de la DPCE.
- Dans le secteur privé, les données sanitaires peuvent être collectées via l'AOPS, l'AMH et les associations de professionnels puis acheminées vers la DPCE qui se chargera de leur traitement global et de leur stockage. Ces informations sont vitales au fonctionnement d'une DGRH qui s'occupera de leur divulgation.
- Le PDRH préconisé sera articulé au plan stratégique et à la politique nationale de santé. Dans ce plan, le volet formation demande une planification rigoureuse et la recherche de consensus entre les différentes instances intervenant dans la formation universitaire du personnel de santé en Haïti : Rectorat de l'UEH, le MENJS, et le MSPP. Un plan de formation, établissant les normes des formations initiale et continue des personnels de santé, doit être élaboré et mis en application.
- Les mécanismes de rétention proposés doivent être pensés à un niveau stratégique car il s'agit de revoir les modalités de paiement du personnel, d'améliorer les conditions de travail, d'offrir des primes basées sur la performance et d'autres avantages sociaux. Le budget du MSPP devra donc être révisé en conséquence.
- La régulation doit aussi se jouer au niveau stratégique avec l'élaboration d'un document légiférant la pratique des professionnels de la santé par la DDRH ET L'UAJCA avec l'appui des autres secteurs concernés : Ministère de la Justice, Parlement. La création des ordres professionnels en vue de réglementer la pratique libérale, se fera par recrutement de professionnels, ayant les compétences et la notoriété requises et qui seront délégués ou

proposés par les associations médicales après des votes de confiance. Il ne faudra surtout pas procéder par nomination ou encore imposer des choix radicaux.

Cependant, la culture et le fonctionnement interne d'une organisation peu habituée aux méthodes rationnelles de gestion, risquent fort de provoquer des réticences si la majorité des employés ne s'approprie pas le projet. La masse critique constituée par les employés des niveaux tactiques et opérationnels y compris les libéraux qui reçoivent des formations en gestion facilitera probablement la tâche. Il s'agira donc d'en impliquer le maximum dès le départ, et de « vendre » en quelque sorte l'idée, afin que l'adhésion et la motivation soient suffisamment puissantes pour faire bouger la structure organisationnelle.

CONCLUSION

Les changements à apporter au sein du système de santé haïtien ne peuvent être obtenus sans le développement coordonné et intégré des ressources humaines. Le processus de gestion actuel des ressources humaines du secteur est confrontés comme nous l'avons vu à travers le bilan effectué, à de nombreux problèmes. Dans un contexte d'absence de planification quantitative et qualitative des ressources, de défaillance du système d'information, de faibles mesures de motivation et d'incitation du personnel, du manque d'articulation entre le public et le privé auquel s'ajoute une absence quasi complète de régulation, la valorisation du capital humain s'avère indispensable et doit faire l'objet d'une pratique de gestion qui privilégie l'intégration, la régulation et le perfectionnement du professionnel afin d'assurer la performance du système. En ce sens, la mise en place d'une DGRH et d'un système d'information axée sur les RH permettra cette vision intégrée de gestion en facilitant la cohésion et le fonctionnement harmonieux du secteur. De plus, elle aura à faciliter la communication multidirectionnelle, à définir le profil des compétences nécessaires et à favoriser l'apprentissage continu des professionnels de la santé en mettant en place des mécanismes conduisant à une organisation qualifiante du travail.

Notre propos s'arrêtera à une réflexion importante qui émane de l'expérience malienne en matière de GRH : serait-il possible en Haïti de penser à la professionnalisation des tradipraticiens et des matrones en zones éloignées compte tenu de la culture de nos populations et de notre urgent besoin d'étendre la couverture sanitaire ? La formation et le recyclage des matrones ont été effectués dans le temps en Haïti. La relance de ces activités permettrait d'augmenter rapidement le capital compétence dont dispose le système de santé.

A travers ce travail, nous pouvons nous rendre compte que la performance d'une organisation repose sur l'utilisation éclairée du capital humain dont elle dispose. Nous irons plus loin en abondant dans le même sens que Joseph Kelada (1992) : « Les ressources humaines ne sont pas la ressource la plus importante de l'entreprise, ce sont l'entreprise même. »

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Voltaire H. C., les Unités communales de Santé (UCS) Principes et Orientations Stratégiques, Haïti Juin 1999.
- 2- MSPP /OPS, Salle de Situation de Santé, Haïti, 2002
- 3- EMMUS II, Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) Enquête, Mortalité, Morbidité et utilisation des services, Haïti 1994-1995
- 4- EMMUS III, Institut Haïtien de l'Enfance (IEH) Enquête, Mortalité, Morbidité et l'utilisation des services, Haïti 2000.
- 5- Derosena M., Gabriel D., Rapport sur la gestion des Médicaments Essentiels et Estimation des Besoins Nationaux, Haïti, 2001
- 6- Ministère de la Santé Publique et de la Population, Rapport Annuel, Haïti, janvier 2003.
- 7- Pineault R., Daveluy C., La Planification de la santé concepts- Méthodes-Stratégies
- 8- Derenoncourt H. Choix stratégique, Haïti 2000
- 9- Comité d'Appui au système d'information sanitaire, Manuel d'Information sanitaire, Haïti 1997.
- 10- MSPP /DDRH, Ateliers sur les ressources humaines, Mai 2003.
- 11- , Développement des Ressources Humaines pour la santé ,2001.
- 12- CIPS Task Force Lasal, Analyse du secteur de la santé en Haïti, Stratégies pour un appui de la commission Européenne, Port-au-Prince, Septembre 1997.
- 13- Levrault B., Les Instruments de la gestion des Ressources Humaines.
- 14- Gilbert Patrick, Gérer les changements dans l'entreprise, comment conduire les projets novateurs et développer les ressources humaines.
- 15- Rapport d'un Comité d'Expert La Gestion des ressources humaines pour la santé (OMS document inédit) Genève 1989.
- 16- OMS, Rapport d'un groupe d'Etudes, Le rôle de la recherche et des systèmes d'information dans la prise de décisions relatives au développement des ressources humaines pour la santé, Genève 1990.
- 17- Dolan S., Saba T., Jackson S., Randall S., La Gestion des Ressources Humaines Tendances, Enjeux et Pratiques actuelles, 3^e édition.
- 18- Belanger Laurent, André Petit, Jean Louis Bergeron, Gestion des Ressources Humaines une approche globale et intégrée.
- 19- Belanger Laurent, La Nature et l'Evolution de la gestion des Ressources Humaines.
- 20-Wayne F. Cascio, James W. Thacker, René Blais, Cheneliere/Mc.Graw.Hill, La Gestion des Ressources Humaines, Productivité Qualité de vie au travail .Profits.
- 21-outeiller D. (1997) « Le syndrome du crocodile et le défi de l'apprentissage continu », Gestion vol22, no3 :14-25

INTERPRETATION ENQUETE

Le questionnaire a été passé à 56 professionnels sanitaires de diverses catégories : médecins, infirmières, technologistes médicaux, auxiliaires, personnel administratif. En raison du temps imparti, l'enquête a eu lieu dans 4 institutions sanitaires dont 2 dans l'aire métropolitaine et les autres dans 2 villes de provinces.

1- Questions sur la formation :

- 90% affirment avoir été embauchés en adéquation avec leur titre professionnels, 5% ont répondu négativement
- 62,5% ont déjà participé de façon irrégulière à des séances de formation après embauche.
- 35,5% n'en n'ont jamais eu.

2- Questions sur le recrutement et l'embauche

- 100% du personnel public interrogé ont été embauché par nomination
- 50% n'a pas eu de description de tâche à l'embauche.

3- Questions sur la Motivation :

- 21,4% sont démotivés par l'absence de matériel et l'insuffisance de salaire
- 79,6% gardent malgré tout une motivation intrinsèque à l'accomplissement de leur tâche.

4- Questions sur la Rétention

- 100% des employés confirment l'inexistence de plan de carrière.

5- Questions sur l'évaluation du rendement :

- 37,5% ont eu de façon irrégulière des superviseurs à évaluer leur travail
- Aucun n'a eu de Feed-back.
- 25% ont été félicité pour un travail bien fait.

6- Questions sur le travail en zone éloignée :

- 23,3% des répondants accepteraient de travailler en zone éloignée moyennant la mise en place d, infrastructures, d'avantages sociaux et un salaire satisfaisant.

Dans le cadre d'élaboration de notre mémoire de fin de programme, nous, étudiants de DESS/MGSS de l'UEH/U de M, sommes intéressés à documenter sommairement la situation du programme de développement des ressources humaines dans le domaine de la santé en Haïti, dans la perspective de pouvoir contribuer aux réflexions en cours dans le contexte de la réforme sectorielle. Un questionnaire a donc été élaboré à cette fin et nous avons le plaisir de solliciter aujourd'hui votre précieuse collaboration pour la compléter. Nous vous assurons que les informations que vous allez nous fournir, seront traitées dans le respect de la plus stricte confidentialité. Vous pouvez donc répondre en toute confiance. Merci.

3. _____
4. _____

13. Existe t'il un plan de carrière dans l'institution ou vous travaillez ?
Oui () Non ()
14. Avez vous déjà bénéficié d'une promotion ?
Oui () Non ()

Section II : Evaluation de la performance de l'employé

15. Avez-vous déjà participé à des séances de formation après votre embauche ?
Oui () Non ()
16. Si oui, sont-elles régulières ?
Oui () Non ()
17. Ces formations répondent-elles aux objectifs de l'institution ?

18. Ces formations vous aident-elles à mieux accomplir votre travail ?
Oui () Non ()
19. Pensez-vous bien accomplir vos tâches ?
Oui () Non ()
20. Y a t'il un superviseur qui évalue votre travail ?
Oui () Non ()
21. Ces évaluations sont-elles régulières ?
Oui () Non ()
22. Vous a t'il déjà félicité pour un travail bien fait ?
Oui () Non ()
23. Vous fait-on part des résultats des évaluations (feed back) ?
Oui () Non ()

Section III : facultatif

Avez-vous un poste dans le public et dans le privé ?

Si oui, votre travail est-il le même dans les 2 structures ?

Accepteriez-vous de travailler en zone éloignée ?

Si oui, à quelles conditions ?

Avez-vous des commentaires et suggestions particuliers à nous faire ?

HAITI : INDICATEURS SOCIO-ECONOMIQUES

Population : 7,9 millions d'habitants

Densité démographique : 287 hab/ km²

Espérance de vie : 58,4 ans

Population jeune : 55% de moins de 15 ans

Taux d'analphabétisme : 65%

Taux de chômage : 65%

Revenu per Capita : 8.555 gourdes

Robinet dans le logement : 8,7 %

Proportion des ménages ayant accès à l'eau potable : 43,8%

Eclairage à l'électricité : 32,3%

Disponibilité en lieux d'aisance : 53,4%

HAITI : INDICATEURS SANITAIRES :

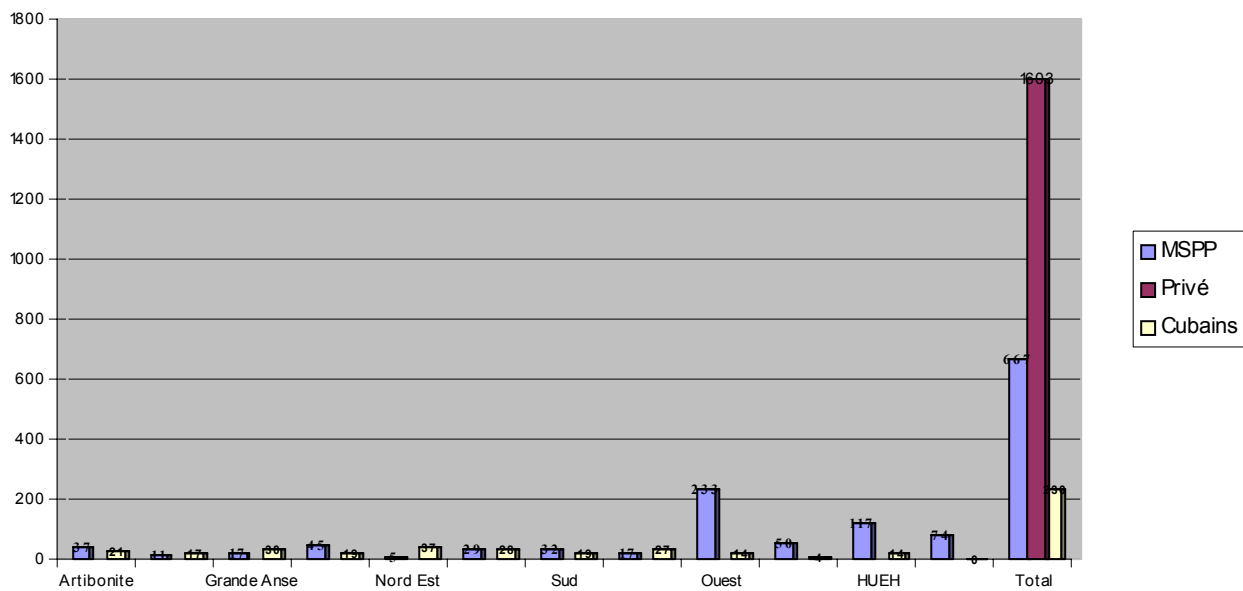
Taux de mortalité maternelle : 523/100.000 naissances vivantes

Taux de mortalité infantile : 80,3/1.000 naissances vivantes

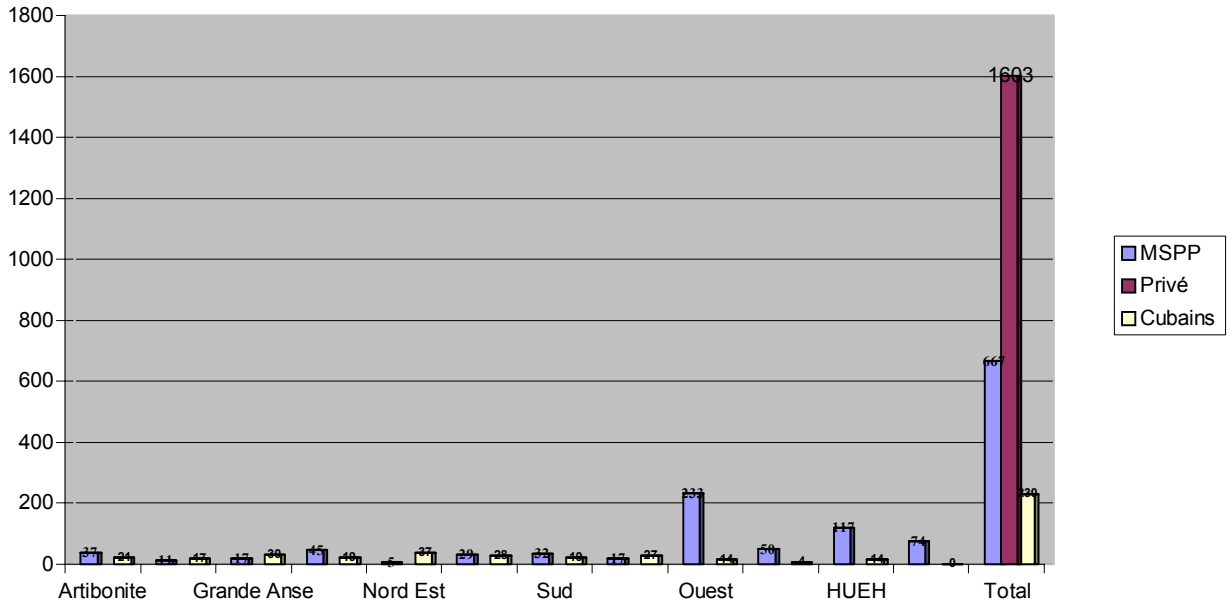
Prévalence du VIH : 7-10% en zones urbaines, 3-10% en zones rurales

Incidence annuelle TB à microscopie positive : 150 à 200 pour 10.000 habitants

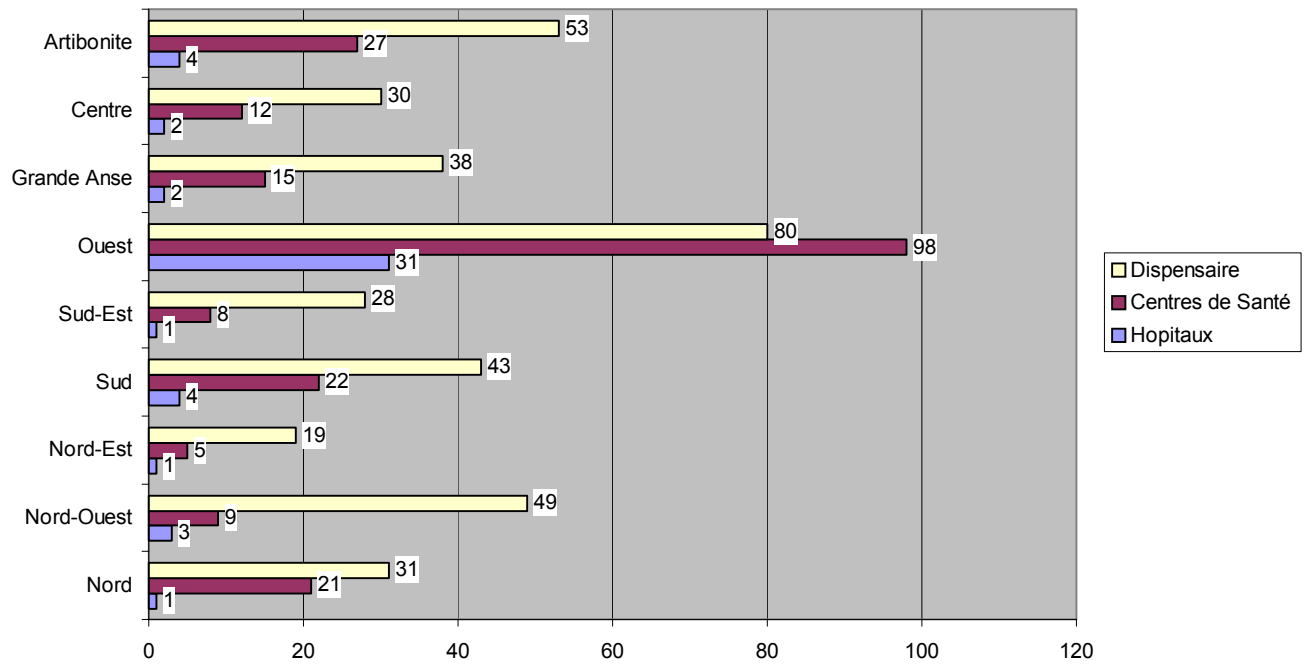
**Répartition des médecins par département
Haïti 2001**



**Répartition des médecins par département
Haïti 2001**



**Nombre d'Institutions de santé par département
Haïti 2000**



Nombre de médecins par département
Haïti 1998

