

# **Programme de formation en management et gestion des services de santé en Haïti**

**(DESS-MGSS)**

**Travail de fin programme**

## **RÉFORME DES SOINS PRIMAIRES DU SYSTÈME DE SANTÉ HAÏTIEN**

Présenté par :

Myrtau Calixte  
Jona Destiné  
Manita Jean-Gilles  
Marie Guirlaine Raymond

Juillet 2003  
Promotion 2002-2003

## TABLE DES MATIERES

<b>TABLE DES MATIERES</b>	<b>0</b>
<b>RESUME</b>	<b>2</b>
<b>I.- INTRODUCTION</b>	<b>3</b>
<b>II.- OBJECTIF DU TRAVAIL</b>	<b>3</b>
<b>III.- METHODOLOGIE</b>	<b>4</b>
a) Sources des données	4
b) Instrument de collecte	4
c) Traitement des données	4
d) Cadre conceptuel	5
<b>IV- REVUE DE LITTERATURE</b>	<b>6</b>
IV. a- Les différentes réformes	6
IV.b- Soins de santé primaires dans certains pays.	8
<b>V.- Soins De Santé Primaire en Haïti</b>	<b>11</b>
V.- a Bilan des soins primaires	13
V.- b Les principaux enjeux dans l'organisation des soins	14
<b>VI.- Analyse de la gestion du processus de reforme</b>	<b>15</b>
<b>VII.- L'organisation Des Soins Dans Le Cadre De La Réforme En Cours</b>	<b>16</b>
VII.a. La situation dans l'UCS Goavienne	16
VII.b- La situation dans l' UCS –SDG	17
VII.a. Présentation du Modèle	19
VIII. b Considérations de la mise en œuvre	20
VIII.c - Plan de mise en œuvre	23
<b>IX.- - Conclusion</b>	<b>24</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>25</b>
<b>Annexes</b>	<b>27</b>

## RESUME

Au cours de la formation en Management et gestion des services de santé (MGSS), nous avons été amenées à plusieurs occasions à analyser les systèmes de santé et à apprécier l'évolution de l'organisation de ces derniers dans les pays du tiers-monde. En effet, plusieurs pays ont entrepris des réformes en profondeur qui, à travers l'organisation des soins de santé primaire, ont abouti à des résultats appréciables. Cependant, en Haïti, après des décennies d'efforts et d'absorption de capitaux énormes les résultats sont très peu convaincants.

Une revue de littérature incluant l'organisation des soins primaires à la Jamaïque, à Cuba et au Bénin et une analyse de la gestion de la réforme en Haïti nous a permis d'envisager une stratégie d'organisation des soins de première ligne qui permettra, dans un souci d'équité, de rendre accessible un paquet minimum de services (PMS) à toute la population.

Le modèle proposé, tient compte de la stratégie d'organisation des unités communales de santé (UCS) et s'inspire de celle basée sur la régionalisation en terme de l'aire géographique desservie et d'optimisation dans l'utilisation des ressources disponibles. Une organisation du système de soins misant sur une gestion rationnelle et efficace des ressources humaines, matérielles et financières facilitera sa mise en œuvre et sera une opportunité offerte aux responsables concernés pour améliorer la qualité des soins à la population.

## **I.- INTRODUCTION**

Les systèmes de santé à travers le monde, dans le souci d'améliorer la santé des populations, ont connu diverses transformations. En effet, au cours du XX<sup>ème</sup> siècle, trois (3) séries de réforme des systèmes de santé se sont succédées en se chevauchant. Ces réformes ont été encouragées par la prise de conscience des échecs enregistrés dans le domaine de la santé et par une volonté d'accroître l'efficacité, la justice et la réactivité aux attentes de la population (OMS, 2000).

Le système de santé haïtien a lui aussi connu des transformations au cours des deux (2) dernières décennies. En effet, inspiré de la déclaration d'ALMA ATA et des résolutions subséquentes y relatives, l'objectif de Santé pour tous est poursuivi à travers la stratégie des soins primaires de santé (SPS). Les grandes orientations définies dans la politique de santé sont axées sur les principes cardinaux d'équité, d'accessibilité et de participation communautaire. En Haïti l'un des axes stratégiques retenus, au cours de la dernière réforme en date, est le renforcement des structures départementales d'administration et de prestations des services médico-sanitaires débouchant sur la mise en place des unités communales de Santé (UCS). Celles-ci sont appelées à répondre aux exigences d'une couverture sanitaire nationale à travers la fourniture d'un Paquet Minimal de Services (PMS) moyennant la participation active de la population et l'appui des autres secteurs.

Après des décennies d'efforts et d'absorption de capitaux énormes les résultats sont très peu convaincants. Les défis d'hier n'ont pas été relevés et de plus ce système n'est toujours pas organisé pour faire face à la situation actuelle qui est encore plus défiante. Les soins de première ligne restent un pilier dans l'organisation des services de santé. Comment parvenir à réorganiser, à travers la réforme, les soins de santé primaires de première ligne pour apporter des changements durables dans la santé de la population ?

## **II.- OBJECTIF DU TRAVAIL**

Ce travail consiste, à partir de l'analyse de la réforme en cours et de la revue de littérature, à proposer un modèle d'organisation des soins de santé primaires de première ligne en Haïti .tout en tenant compte des conditions critiques de sa mise en œuvre.

### **III.- METHODOLOGIE**

#### **a) Sources des données**

Dans le cadre de ce travail, plusieurs approches ont été utilisées pour recueillir des données. Il s'agit :

- D'entrevues avec des personnalités occupant des postes de direction au niveau des institutions du secteur public dans les UCS SDG (Saint-Marc/ Desdunes / Grande Saline) et Goavienne (Petit Goave -Grand Goave). Ces deux UCS ont été choisies en raison de leur statut prioritaire et, d'après plus d'un, l'UCS de St Marc est la plus avancée au niveau de la mise en œuvre.
- Des débats ouverts avec des informateurs clés travaillant tant dans le secteur public que privé. Ces débats ont tourné autour de la réforme actuelle, de l'organisation et de la mise en oeuvre des UCS et de l'organisation de l'offre des soins actuellement en Haïti. Les informateurs clés se sont montrés très concernés par le sujet et ont été très ouverts et objectifs.
- Des visites de terrain au niveau des UCS choisies pour nous permettre de constater l'écart entre le modèle théorique d'organisation des soins primaires et la pratique.
- La compilation d'informations à partir des documents disponibles.

#### **b) Instrument de collecte**

Pour faciliter et orienter les entrevues, deux guides semi structurés ont été élaborés: un pour les Coordonnateurs d'UCS, et un autre pour les responsables des institutions relevant des UCS choisis dans le cadre de ce travail. Les questions élaborées ont cherché à mettre en évidence les acquis, les contraintes en ce qui a trait à l'organisation des soins et l'offre du Paquet Minimal de Services (PMS).

#### **c) Traitement des données**

Le cadre d'analyse de Dussault (OMS, 1997) alimente nos réflexions sur la réforme des soins primaires en Haïti. Les aspects suivants seront pris en compte : le contexte de la réforme, les processus de mise en œuvre, la mobilisation des différents acteurs qui interviennent à tous les niveaux du système et l'influence d'autres facteurs telles la gestion de la réforme, les stratégies d'implantation. Les données provenant des entrevues, des questionnaires et des documents ont été regroupées pour une meilleure compréhension de la problématique et la proposition d'un modèle réaliste.

#### **d) Cadre conceptuel**

Les concepts utilisés dans le cadre de ce travail se rapportent aux définitions suivantes:

**Système de soins :** D'après Dussault, 1995, le système des soins désigne l'ensemble des ressources humaines, matérielles, financières, informationnelles et symboliques, utilisées selon des modalités variables, pour produire des soins et des services visant à modifier ou maintenir l'état de santé.

**Soins de santé primaire:** Les soins primaires ou essentiels sont donnés à l'occasion du premier contact des individus, des familles, et de la communauté avec le système de santé ; ils apportent les soins aussi près que possible de l'endroit où les gens vivent et travaillent ; c'est le premier élément du processus assurant la continuité des soins. Ils exigent la participation du niveau local à l'élaboration et à la réalisation des activités nécessaires pour fournir des services tels que de l'eau potable, une nourriture saine, l'instruction et l'hygiène (OMS 1981, p.5). Ils représentent, dans le cadre du travail, les soins de première ligne.

**Décentralisation :** Selon Mills et Al (OMS 1991), il y a quatre formes de décentralisation : la déconcentration, la dévolution, la délégation et la privatisation. Le dernier type ne fait pas consensus parmi les chercheurs. Les trois premières catégories peuvent être utilisées sur le plan administratif et sur le plan opérationnel. La décentralisation des soins qui est une forme de décentralisation opérationnelle, est retenue dans le cadre de ce travail. Elle a pour but d'assurer la disponibilité des soins le plus près de la population. Elle garantit l'accessibilité des soins à la population.

**Qualité des soins :** Le concept de qualité recouvre trois composantes : technique, interpersonnelle et organisationnelle, dans le sens de l'organisation de l'offre de soin. La dimension technique correspond au choix du service et à la façon dont il est produit (justesse d'exécution). La dimension interpersonnelle concerne les relations psychologiques et sociales qui existent entre les prestataires de services et les bénéficiaires. La dimension organisationnelle de l'offre de soins porte sur les conditions à travers lesquelles les services sont offerts. Cette dimension recouvre quatre aspects : l'accessibilité (géographique, temporelle, économique, physique, sociale) aux services, l'étendue de la couverture des services offerts, la globalité et la continuité des services proposés durant l'épisode de soins (Contandriopoulos, 2000, p.530).

**Intégration des soins :** C'est la façon par laquelle les sociétés développées ; partout dans le monde espèrent maîtriser les tensions et les contradictions qui sont à l'origine des dysfonctionnements de leur système de santé ; entre autres la fragmentation des soins ; l'utilisation inadéquate des compétences, l'accès

inéquitable à certains services, (CESSSS ,2000 ; Contandriopoulos et al.,2000 ;Ackerman, 1992)

#### **IV- REVUE DE LITTERATURE**

##### **IV. a- Les différentes réformes**

Jusqu'au milieu du XIX e siècle, il n'y avait pas de système sanitaire organisé quoiqu'il existât des structures hospitalières de production de soins. Vers la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle et au début du XX<sup>ème</sup> siècle, des systèmes de santé ont été mis en place dans plusieurs régions du monde telle en Europe, par exemple. Face à l'augmentation des coûts et l'inefficience de ces systèmes à fournir des soins aux pauvres, une première vague de réforme a eu lieu. Elle consistait à offrir une couverture universelle à tous. Cette stratégie échoua, à son tour, dans sa mission de fournir des soins de qualité à la population.

Toujours dans le souci de parvenir à une couverture universelle mais à un coût abordable, la stratégie de promotion des soins de santé primaires, caractéristique des réformes de deuxième vague, a été adoptée. Elle a été retenue suite à des résultats positifs prouvés dans certains pays tels Cuba, Chine, Costa Rica, République Unie de Tanzanie, entre autres. (OMS 2000 ; Rapport sur la santé dans le monde, p 16) Elle consistait à offrir un minimum de prestations de base à la population. En adoptant les SSP à la conférence d'Alma Ata (aujourd'hui Almaty, Kazakstan) en 1978 comme stratégie permettant d'atteindre la « santé pour tous en l'an 2000 », l'OMS a réactivé les efforts destinés à étendre à tous les soins de santé essentiels. Cette stratégie impliquait une approche multi causale des problèmes de santé, une organisation de services qui permettraient des soins globaux, continus, intégrés, distribués équitablement. (Grodos et De Béthune, 1988).

La stratégie des soins de santé primaires stratégie fut développée dans plusieurs endroits mais elle fut un échec dans les pays moins développés. Il y eut un gaspillage énorme résultant de la mauvaise exploitation du service d'orientation recours et secondaire à la non qualification du personnel se trouvant à la porte d'entrée de ces systèmes sanitaires. Cependant, dans les pays développés où la porte d'entrée comprenait des personnels qualifiés comme les médecins généralistes, les médecins de famille, les infirmières et les auxiliaires médicaux, les soins primaires ont été bien intégrés au système sanitaire et ont présentés des progrès appréciables. Citons le Canada en exemple.

Des 1979, la politique des soins de santé telle que définit à Alma Ata a été attaquée et critiquée. On pense qu'elle est sans reproche mais inapplicable tenant compte du nombre de personnel entraîné requis. D'après la Banque Mondiale, des billions de dollars seraient nécessaires pour produire des services sanitaires de base minimale à tous les pauvres dans les pays développés en l'an 2000. Ils ont préconisés, pour le contrôle sanitaire des pays en développement,

l'établissement des priorités sanitaires qui se traduiraient par les soins primaires sélectifs. (Walsh and Warren, 1979).

Tout en rejetant l'organisation et la qualité des soins primaires, la conception technique a été améliorée pour atteindre progressivement ce que l'OMS appelle le « Nouvel universalisme », prestation de soins essentiels de haute qualité basés surtout sur le critère de rapport coût/efficacité et destinés à tous, et qu'elle juge préférable à la solution qui consiste à dispenser tous les soins possibles à l'ensemble de la population ou seulement les soins les plus simples et les plus essentiels aux pauvres.> (OMS 2000 ; p 18) Ceci a donné naissance à l'ensemble des programmes verticaux planifiés selon la logique des soins de santé primaires sélectifs et basés sur des données épidémiologiques et qui prévalent jusqu'à nos jours dans certains pays.

Des aspects tels le financement et la prestation de soins privés demeurent encore des enjeux dans les systèmes de soins (OMS 2000 ; p 18). En effet, face à des problèmes de financement rencontrés dans la mise en œuvre des soins de santé primaires, la déclaration d'intention de 1987 connue sous le vocable « Initiative de Bamako » prône le recouvrement de coût et la participation communautaire. Elle visait à revitaliser le système des soins primaires afin de les rendre accessibles géographiquement et économiquement, tout en étant équitable pour l'ensemble de la population. Comme stratégie de revitalisation, elle visait la décentralisation du pouvoir décisionnel de l'échelon national à celui des districts, en réorganisant les services de santé de base, et en fournissant un paquet minimal de services de santé essentiels au niveau des unités de santé de base (Initiative de Bamako, 1987).

Entre temps, les interventions sanitaires sélectives furent très critiquées (Grodos et de Béthune, 1988). Ces interventions rejettent tous les principes de continuité, de globalité, d'intégration. Cette stratégie ne profite pas vraiment à la santé de la population pauvre comme on peut le constater dans les pays à faible revenu et dans certains pays en développement où la santé de la population a dégradé. Elle serait un instrument qui favoriserait l'émergence du secteur privé, surtout dans les domaines non prioritaires. Elle serait un instrument de contrôle social pour prolonger le système colonial à travers l'aide internationale. Elle profite aussi à l'industrie pharmaceutique occidentale en ce qu'elle offre des débouchés commerciaux et technologiques faciles.

C'est dans ce contexte de contradictions et de fossé grandissant entre les systèmes sanitaires des pays développés et ceux des pays en développement et pays à faible revenu que la troisième réforme débuta. Elle veut répondre à la question : « Comment les systèmes peuvent-ils mieux fonctionner pour être en mesure non seulement de protéger la santé des gens, mais aussi de répondre à leurs attentes et de leur assurer une protection financière contre les coûts de la mauvaise santé ? (OMS 2000 ; p 20).



Tandis que les deux premières réformes sont basées sur l'offre, la dernière considère la demande et la qualité des soins, entre autres, pour atteindre la performance du système. Les pays en développement doivent profiter des leçons tirées à travers les systèmes de santé dans le monde pour savoir quelle stratégie adopter pour offrir des soins de qualité et équitable à un moindre coût à la population tout en travaillant sur la performance de ces systèmes de soins.

#### **IV.b- Soins de santé primaires dans certains pays.**

Pour concilier cet environnement contradictoire, plusieurs pays ont entrepris des réformes en profondeur qui, à travers l'organisation des soins de santé primaires, ont abouti à des résultats appréciables. La réforme réalisée dans certains pays tels que Jamaïque, Cuba et Bénin est présentée succinctement en terme de processus de réforme et d'organisation des soins.

##### **IV.b.1- Les soins de santé primaire à la Jamaïque**

Dans son processus de réforme, la décentralisation du secteur sanitaire débuta en 1996, par la création des autorités régionales sanitaires et le commencement de la restructuration du ministère de la santé. La décentralisation fut supportée par la loi sur la décentralisation des soins de santé (1997).

Le système sanitaire offre des soins primaires, secondaires et tertiaires. Les soins ambulatoires au niveau communautaire sont donnés à travers un réseau qui couvre l'île entière et qui est composé de 343 centres de santé classés en type I à V. Les centres de type I fournissent des services qui sont intégrés étroitement dans la communauté. L'équipe technique est composée d'une sage-femme et au moins de deux aides sanitaires communautaires qui sont responsables de donner des soins de base de santé materno -infantile, de nutrition, de planification familiale, et de vaccination, tout ceci avec une large composante éducationnelle. Le niveau le plus élevé, type V, inclut des centres sanitaires localisés dans des zones urbaines, qui fournit une large gamme de services ambulatoires et sont équipés avec des laboratoires. (Health in the Americas, p. 375-376).

Le système sanitaire jamaïcain a su produire des résultats appréciables. En 1999, 95% des bébés ont été mis au monde par des personnels sanitaires entraînés. En 1998, la prévalence des malnutritions était de 4,7 %, la malnutrition modérée diminua de 6,4 % en 1989 à 4,7 % en 1999 pendant que la malnutrition sévère chuta de 0,3 % à 0,1 % pour la même période. (Ibid, p. 368).

## **IV..b.2- Les soins de santé primaire à Cuba**

Le dernier processus de réforme du secteur sanitaire cubain débuta en 1995 sous l'égide du Ministère de la santé Publique. Ce dernier formula un plan de développement stratégique pour une période de 5 ans (1995-2000). Parmi les stratégies utilisées figure la réorientation du système sanitaire à travers les soins primaires

Le système de santé cubain est très développé et offre des services de bonne qualité en comparaison avec les autres pays d'Amérique latine et des Caraïbes. Le système de soins repose sur une gratuité et un libre accès total aux services de santé. (Pierre Loiseau, 2003)

Les politiques de prévention et les soins de santé primaire sont très bien développés et assurés. Cuba présente des chiffres exceptionnels pour la région, qui se rapprochent davantage de la moyenne des pays occidentaux que de celles d'Amérique latine et des Caraïbes : 1 médecin pour 200 habitants, un taux de mortalité infantile inférieur à 10 pour 1000 depuis 1990 et une espérance de vie à la naissance de 76 ans.

Le système sanitaire est structuré en trois niveaux correspondant à la subdivision administrative et politique du pays : national, provincial, et municipal. Le niveau national est supervisé par le Ministère de la Santé Publique, qui joue un rôle de leader et assure les fonctions de méthodologie, de régulation, de coordination et de contrôle. Le niveau provincial comprend les départements provinciaux de Santé publique, qui sont soumis à l'autorité administrative et financière du concile des autorités provinciales. Le niveau municipal consiste en un département municipal de santé publique, qui est sous l'autorité du concile des autorités municipales; des polycliniques (unités administratives géographiques de base / et les zones sanitaires). Le plan de développement stratégique pour une période de cinq ans établit des corps participatifs tel que des conciles sanitaires nationales, provinciales, et municipales, et des zones sanitaires dans les conciles de citoyen servant de liens pour la coordination intersectorielle.

La stratégie de renforcement des soins de santé primaire cherche à améliorer le système de médecine familiale et supporte la capacité de réponse des cliniques de médecine familiale et des polycliniques tout en respectant l'organisation, l'implantation et l'évaluation des soins sanitaires à la population.

L'équipe des soins de santé de base est composée d'un médecin et d'une infirmière, qui fournit des soins médicaux à une population allant de 600 à 800 personnes. Pour chaque 15 à 20 équipes de soins sanitaires, il y a un groupe de fournisseurs de base, formé par des spécialistes en médecine interne, pédiatrie, obstétrique et gynécologie, et psychologie, en plus des experts techniques en santé publique, épidémiologie, statistiques, et travail social. A la fin de 2000, 99.1 % de la population cubaine était couverte par le système de soins sanitaires. Ce modèle de soins répond aux besoins des individus et des familles à travers le

cycle de vie. Il utilise l'analyse de la situation sanitaire comme un instrument pour évaluer la santé de la communauté et planifier des interventions appropriées.

Depuis 1996, des services de soins médicaux d'urgence ont été organisés sous le SIUM (Système Intégré des Urgences Médicales), dont le but est d'organiser l'offre des soins médicaux d'urgence à tous les niveaux, des polycliniques, des cabinets de médecins, et des hôpitaux communautaires. Le SIUM comprend quatre sous-systèmes de fourniture de soins (premiers soins, des soins d'urgence au niveau des soins de santé primaire, des services d'urgence mobile et des services hospitaliers d'urgence) et 5 sous-systèmes (enseignement, ambulances, communication, finances et services). (Health in the Americas, p. 208).

#### **IV..b.3- Les soins de santé primaire au Bénin**

La réorganisation de la base de la pyramide sanitaire de la République du Bénin donne naissance par décret à la Zone sanitaire qui représente l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé. Elle est organisée sous la forme d'un réseau de services de santé de premier contact appuyé par un hôpital de première référence - public ou privé- dénommé Hôpital de Zone (HZ). (Bénin, Politique et Stratégie Sanitaire National, 1997-2001)

La pyramide de soins est caractérisée par quatre niveaux. Les complexes communaux de santé (CCS) constituent le premier niveau de soins professionnalisés, où les prestataires sont des infirmiers. Un CCS est dit conforme quand il est constitué d'un dispensaire, d'une maternité et d'un poste de vente de produits pharmaceutiques. Dans le secteur privé, le premier recours est indifféremment constitué par les cabinets médicaux et paramédicaux. Il existe des dispensaires et des maternités isolés, ainsi que des unités villageoises de santé (UVS). Ces dernières structures sont gérées par des matrones et/ou des secouristes, qui n'ont pas reçu de formation professionnelle et dispensent des soins de premier recours. Les centres de santé de sous-préfectures (CSSP) et les centres de santé de circonscription urbaine (CSCU) constituent le deuxième niveau de soins où on retrouve la présence d'au moins un médecin. Les CSSP/CSCU qui constituent le troisième niveau de soins sont dits conformes quand ils comportent les services de médecine, chirurgie, maternité, laboratoire, radiologie et le bloc administratif. Le centre hospitalier départemental (CHD) et le centre national hospitalier et universitaire à Cotonou (CNHU) constituent les troisième et quatrième niveaux de soins. Le paquet minimum d'activité (PMA) au niveau des CCS comprend la consultation curative, la consultation prénatale, la vaccination et la consultation d'enfants sains, l'accouchement, la consultation postnatale, la planification familiale, les séances éducatives et les stratégies avancées. Le PMA au niveau des CSSP/CSPU comprend toutes les activités qui sont menées au niveau des CCS plus les examens de laboratoire et de radiologie.

Cette organisation des soins en zones sanitaires a permis de répondre à 85% aux demandes de la population y compris la prise en charge des cas graves ou mal soignés auparavant. Elle rappelle l'unité communale de santé. Elle a connu une lenteur excessive dans sa mise en oeuvre car la phase d'appropriation par les acteurs du système a été bâclée. Cependant, elle offre un niveau de participation de la population très appréciable et nécessaire à faire avancer la réforme des soins primaires en Haïti.

## **V.- Soins De Santé Primaire en Haïti**

Bien avant la déclaration d'Alma Ata, Haïti a connu des exemples de mise en oeuvre des principes de soins de santé primaires. Selon un chef de service de soins primaires dans un département sanitaire, avant la conférence d'Alma Ata en 1978, vers les années 1972 - 1973, il y avait un projet pilote de soins de santé primaire en Haïti à la plaine du Cul -de -Sac, au niveau des communes de la Croix des Bouquets, de Thomazeau et de Ganthier avec pour porte d'entrée la santé materno -infantile. A cette époque, la Division d 'Hygiène Familiale et De Nutrition (DHFN) était l'organe de gestion et de supervision du projet qui constituait un début d'organisation des soins de santé primaire. Des cours de puériculture étaient dispensés au profit des élèves. Les activités d'Information d'Education et de Communication (IEC) étaient bien organisées (projection de film d'éducation sanitaire sur les places publiques et des émissions de radio éducative). Parallèlement, un autre projet pilote de régionalisation était en cours dans le sud du pays.

En 1978, quand l'Assemblée Mondiale de la Santé a décidé que le principal objectif social des gouvernements et de l'OMS, devrait être d'atteindre la santé pour tous en l'an 2000, les soins de santé primaire ont connu un nouvel essor. En Haïti un processus de décentralisation était entamé. On a assisté à l'extension de la régionalisation avec 4 grandes régions subdivisées en districts et sous districts sanitaires. Le premier document de diagnostic de la situation sanitaire a été élaboré en 1982. Ceci a permis de déterminer les programmes prioritaires de santé. Pour répondre à la stratégie des soins de santé primaire, le premier niveau de soins était constitué de dispensaires comprenant deux auxiliaires et du personnel communautaire (agents de santé et matrones).

De 1991 à 1994, on a eu le modèle de départementalisation avec neuf départements sanitaires et les directions communales ; ce modèle a eu comme avantage de se référer à la logique de territorialité politico administrative.

En 1995, le MSPP a entamé un nouveau processus de réforme par l'implantation des Unités Communales De Santé (UCS) (Voltaire, 1999, p. 13) dont le but est d'améliorer de façon durable l'état de santé de la population. Elle vise selon une approche globale et dynamique de la santé l'accessibilité

universelle à un paquet minimum de service (PMS) dont les composantes sont les suivantes :

- la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
- la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement
- lutte contre les maladies transmissibles VIH/SIDA
- la prise en charge des urgences médicochirurgicales
- les médicaments essentiels
- les soins dentaires de base
- l'assainissement du milieu et l'approvisionnement en eau potable
- l'éducation sanitaire
- 

Ce modèle s'apparente aux systèmes locaux de santé (Sylos) développés en Amérique latine et au modèle de district opérationnel développé dans certains pays d'Afrique comme le Bénin et le Mali. Les objectifs généraux poursuivis sont de trois ordres :

- 1.- Réduire la mortalité et la morbidité dues aux problèmes de santé publique
- 2.- Assurer la promotion de la santé
- 3.- Rationaliser l'administration de la santé dans le pays (MSPP, 1998, p.13)

Les stratégies retenues sont :

- La décentralisation / déconcentration du système et la mise en œuvre des UCS qui représente la plus petite unité administrative et principal élément de la réorganisation du système ;
- La rationalisation de la carte sanitaire en vue d'atteindre une couverture optimale du territoire national en établissements de soins et de développer un système de référence adéquat ;
- Le renforcement de la participation communautaire
- Le renforcement des capacités administratives et de gestion (MSPP, 1998).
- Le renforcement de la participation communautaire

Dans le cadre de cette réforme, le concept de la qualité des soins, non réduit au seul élément clinique, est considéré comme une stratégie qui met l'accent sur l'élément organisationnel des services. Elle permet d'identifier les étapes devant conduire à l'exécution correcte du PMS dans la logique du micro système des Unités communales de santé (UCS). En effet, une UCS devra comprendre au moins deux (2) échelons de soins intégrés représentant les deux (2) niveaux de base de la pyramide sanitaire classique excluant et l'hospitalocentrisme et les soins sélectifs verticaux :

- Un premier échelon de service de santé appelé à dispenser en ambulatoire un paquet de soins de qualité à la population. Ce dernier représente la porte d'entrée du système.

- Un deuxième échelon de service de santé, par définition complémentaire au premier appelé à exercer une fonction hospitalière avec une capacité chirurgicale de base adaptée.

## **V.- a Bilan des soins primaires**

En dépit de ces changements, un bilan des soins de santé primaires, nous permet d'affirmer qu'il y a encore beaucoup à faire. En effet, l'espérance de vie à la naissance est estimée à 54 ans (Haïti Information, 1999). La mortalité infantile qui était de 73,9 est passée à 80,3 en 2000 ( EMMUS II et EMMUS III). La couverture vaccinale pour les enfants de moins d'un an est faible soit 39 % (Haïti Santé, 2002). La mortalité maternelle qui était de 460 pour 100 000 mille naissances vivantes en 1990 est passée à 457 en 1991 pour atteindre 523 en 2000. Ce taux est le plus élevé de la Caraïbe. Les statistiques de 1999 montrent un taux de décès maternel de 29,2 à Cuba, 40 à la Jamaïque et 80 pour la République Dominicaine (OPS/OMS, Haïti 2002). De plus, en dépit de l'emphase portée sur la santé de la femme, le pourcentage de femmes ayant reçu une assistance lors de l'accouchement, par un personnel formé (médecin / auxiliaire) reste très faible. Il est de l'ordre de 0,3 % au niveau de l'aire métropolitaine, de 0,5 % au niveau des autres villes et de 2,8 % au milieu rural (OPS/OMS, Haïti Santé 2000). Les maladies infectieuses et parasitaires et les pathologies cardiovasculaires dominent le tableau. La séroprévalence du VIH est de 4,6%. L'incidence de la tuberculose est à 280 pour 100,000.

D'une façon générale, l'offre des soins est très inadéquate. La situation actuelle se caractérise par un état de déséquilibre global entre les différents sous-secteurs du système. La couverture en personnel pour le pays est estimée à 1.6 Médecin, 1.3 Infirmière, 0.4 Dentiste pour 10.000 habitants ( Haïti Santé, 2002 ). Ce personnel est très inégalement réparti, la majorité se retrouve dans la zone métropolitaine ; il en est de même pour les autres catégories de professionnels. Des 658 formations sanitaires existantes (49 Hôpitaux, 217 Centres de santé sans lits, 371 dispensaires, 9 Asile), 36 % (236) appartiennent au secteur public, 32% (209) au secteur mixte, 33% (214) au secteur privé. Le nombre de lits par habitant est totalement insuffisant soit 90 pour 100 000 ce qui entraîne une congestion quasi permanente des services hospitaliers (MSPP/OPS/OMS, 1998).

Une certaine inadéquation est retrouvée au niveau de la formation de base des professionnels de la santé. La Faculté de Médecine produit près de 100 diplômés par an dont certains continuent à recevoir une formation spécialisée à l'étranger. Mais cette formation met l'accent sur les soins fournis à l'hôpital plutôt que sur les soins de santé communautaire. Le nombre d'infirmières, techniciens et auxiliaires est insuffisant par rapport aux besoins de la population, cependant beaucoup de ces professionnels issus des institutions publiques de formation n'ont pu trouver d'emploi dans le secteur. D'autres infirmières, auxiliaires sont

formés dans une multitude d'écoles privées dont le niveau et la qualité sont mal connus, faute de curricula standardisés. Ces derniers ne sont pas absorbés par le système en dépit du besoin qui se fait de plus en plus sentir, et paradoxalement nous sommes obligés de faire appel à des techniciens étrangers à la charge de l'Etat pour combler ce vide. Actuellement la formation d'infirmières sages-femmes, personnel clé au niveau du premier échelon, est très pertinente. Par rapport au nombre formé par année, il faudra attendre plus de dix ans avant de pouvoir couvrir les 63 UCS prévues (Laroche, 2001). Il est important qu'une étude accompagne ce processus afin de pouvoir déterminer à l'avance les réactions du système quant à leur intégration.

#### **V.- b Les principaux enjeux dans l'organisation des soins**

Dans l'architecture pyramidale de soins en Haïti, on retrouve théoriquement 3 niveaux de soins. Le niveau primaire est constitué par les dispensaires et les centres de santé sans lits (CSL) Le niveau secondaire comprend les hôpitaux départementaux. Le niveau tertiaire est formé par les hôpitaux universitaires. Les soins de santé primaires sont offerts pratiquement à tous les niveaux. Les structures sanitaires évoluent de façon indépendante. Le circuit patient n'est pas clairement défini ce qui porte la population à fréquenter les hôpitaux pour n'importe quelle pathologie qui aurait pu être prise en compte par un niveau inférieur. Comment parvenir à réduire les coûts du système par la définition d'un système de référence contre référence adapté et fonctionnel ?

En dépit des efforts consentis par l'Etat haïtien ces trois dernières années, l'absence d'infrastructure de base en périphérie et les conditions salariales représentent l'une des causes majeures de carence en certaines catégories de professionnels dans les zones rurales.

L'articulation privé-public n'étant pas définie, les sous secteurs fonctionnent de manière indépendante sans aucune coordination réelle. De plus, il a toujours existé un certain gradient de déclivité entre eux à différents points de vue, équipements, capacité technique et diagnostic, qualité et stabilité des soins offerts, accessibilité aux soins et performance institutionnelle. La régulation du système demeure un besoin urgent.

Il existe une inadéquation de la gestion financière et de la planification qui se traduit par l'allocation d'environ 90% du budget aux salaires, ce qui prive le personnel du minimum moyens de travail (MSPP/OPS/ OMS 1988, p9). Ainsi les responsables d'institutions sanitaires sont le plus souvent confrontés à des privations entraînant des ruptures fréquentes de médicaments, d'équipements et de fournitures rendant la prestation de soins difficile. S'agit-il d'un véritable problème de ressources ? Les ressources financières injectées dans le système en disent long. Selon une étude de l'OPS/ OMS, les dépenses du secteur plus celles de l'aide externe ont été estimées à presque \$ 11 US dollars par habitant en 1997. Selon la Banque Mondiale, ces mêmes dépenses, tant publiques que

privées, seraient d'environ \$ 21 dollars US par habitant. (MSPP/OPS/OMS, 1998). Il convient de signaler que les faiblesses enregistrées dans le domaine de la planification et de l'information posent à ce niveau un handicap majeur.

Du point de vue de financement ; la le système de santé haïtien intègre différentes modalités : « paiement direct, prépaiement, assurance » qui mettent à mal la garantie d'un accès équitable aux soins de santé à toutes les couches sociales de la population. De plus, les problèmes causés par les coupures de fonds (résultante de la forte dépendance de l'aide externe devraient faire l'objet d'une forte préoccupation des décideurs

## **VI.- Analyse de la gestion du processus de reforme**

Le cadre d'analyse de Dussault nous invite à considérer certains éléments dont il faut en tenir compte dans tout processus de réforme. En effet, : les valeurs sociales doivent être bien identifiées de telle sorte que les gouvernements puissent développer des règlements de réforme qui soient acceptables et pratiques ; le gouvernement doit persuader le public que le programme de réforme en cours est guidé par des motivations positives plutôt que par des contraintes économiques ; il y a quatre groupes d'acteurs à prendre en compte : les citoyens, les professionnels, les élites politiques et les groupes d'intérêts ; les citoyens peuvent servir de barrière ou de catalyseur au processus de changement. Toutefois; l'un des éléments clés pour atteindre le changement est la manière dont le processus d'implantation est conduit. Dans le cadre de la reforme en Haïti, et aussi, compte tenu de la situation politique qui prévaut, il est important d'obtenir le support de tous les acteurs tant individuellement qu'à travers les groupes constitués telles les associations communautaires par exemple. Les différentes corporations de professionnels comme l'Association Médicale Haïtienne (AMH), l'Association des Pharmaciens d'Haïti (APH) et autres fonctionnant travers le secteur sanitaire, sont importants à considérer car elles peuvent exercer une influence considérable sur les citoyens adhérents. Il en est de même des bureaucrates, des managers qui se situent à différents niveaux du système qui forment le groupe des élites politiques, des groupes d'intérêts commerciaux comme les sociétés d'assurance, des industries pharmaceutiques et de technologies médicales qui représentent de grands intérêts commerciaux. Ils doivent être intégrés dans le processus dès la conception. Malheureusement, ce processus souffre d'un manque de crédibilité. Certains professionnels de la santé, le perçoivent comme une initiative imposée de l'extérieur. De plus, il bute sur une situation inquiétante au sein de la société haïtienne qui se caractérise par une perte de valeurs où l'homme de la rue ne croit plus en rien. Comment parvenir à vaincre cette barrière importante ?

La reforme en cours envisage un transfert de l'autorité et dévolution de pouvoir, en ce qui concerne la planification, la gestion et la prise de décision, entre le niveau élevé et les niveaux inférieurs. Cependant, la décentralisation



administrative indispensable, amorcée il y a déjà quelque temps, met de la lenteur à atteindre la périphérie. Les lois cadres devant régir le fonctionnement des UCS sont inexistantes et handicapent le processus d'implantation qui doit être considérée dans le contexte sociopolitique et par rapport à la forte dépendance du système de l'aide externe qui représente un grand défi à relever. En effet, chacune des initiatives de transformation mentionnées plus haut a été confrontée à des événements particuliers. La régionalisation s'est heurtée aux événements de 1986 ayant abouti à la chute des Duvalier, et depuis 1991, le pays vit dans une situation de crises chroniques. Leurs conséquences sont : le gel des crédits en particulier de la Banque Mondiale (BM) et du Fonds Monétaire International (FMI) et le gel de l'aide externe. Actuellement, l'aide est véhiculée à travers les Organisations Non Gouvernementales (ONG). Ces aspects influencent la capacité de l'Etat à pourvoir introduire des changements avec succès. Il est à retenir qu'un Etat fort peut mieux décentraliser qu'un Etat faible

En définitive, l'objectif ultime de cette réforme est de rendre accessible à la population le PMS qui se définit comme "un ensemble minimal d'interventions essentielles intégrées, choisies parmi les plus efficaces que l'Etat, en fonction de ses ressources, s'engage à rendre accessibles à la majorité de la population. Les éléments proposés sont importants mais du point de vue opérationnel, il faudra faire des choix en même temps réalistes et stratégiques dans l'esprit d'une offre de soins ouverte et dynamique qui doit évoluer selon les besoins de la population et les moyens dont on dispose. Quels sont donc les leviers à mettre en place pour amener ce paquet à la population ?

## **VII.- L'organisation Des Soins Dans Le Cadre De La Réforme En Cours**

Le ministère, à travers son plan d'action prioritaire 2001- 2002, a porté son choix sur 6 UCS qui devraient bénéficier de tout l'appui nécessaire à leur développement. L'agenda pour l'action en ajoutera 5 autres portant actuellement le nombre d'UCS prioritaires à 11. En dépit de tout, il est de l'avis de plus d'un, qu'il n'existe pas encore d'UCS fonctionnel en Haïti. Les UCS Goavienne et SDG nous donnent une idée sur l'organisation des soins telle que préconisée par le ministère à travers la mise en place des unités communales de santé.

### **VII.a. La situation dans l'UCS Goavienne**

L'UCS Goavienne met en réseau les institutions des communes de Petit-Goâve et de Grand-Goâve qui compte en tout 19 sections communales. Sa superficie est 642 Km<sup>2</sup> et la population de desserte est estimée à environ 191,840 habitants.

Les services de santé offerts par les établissements sanitaires sont très limités. Seulement 13 institutions sont fonctionnelles pour desservir 19 sections communales. Ces 13 institutions sont mal distribuées. Il existe de nombreux points du territoire qui ne sont pas couverts et d'autres qui ont des institutions

en excès. Par exemple, dans la commune de Petit-Goâve on compte 3 institutions dans la 2<sup>ème</sup> section communale tandis que les 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> sections en sont dépourvues. Il en est de même des 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup>, et 5<sup>ème</sup> sections de la commune de Grand-Goâve ( voir carte sanitaire en annexe) (MSPP/OMS/ AOPS, p.11).

L'offre des soins de santé est confrontée aux problèmes de voies de communication entraînant une carence au niveau de la disponibilité de ressources humaines qualifiées. La majorité des institutions ne dispose que d'une auxiliaire. (Voir tableau A en annexe)

Les éléments du PMS ne sont pas tous disponibles dans les institutions sanitaires qui, selon la conception des UCS, sont considérées comme des Services de Santé de Premier Echelon (SSPE). Pour la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME), seulement quelques services sont offerts à partir des programmes prioritaires du ministère en vigueur telle que la vaccination avec le Programme Elargi de Vaccination (PEV). Pour la santé maternelle, c'est surtout la planification familiale qui fonctionne et le patient est limité au choix de l'une des 2 méthodes les plus disponibles (contraceptifs oraux et injectables). L'éducation sanitaire est réalisée dans tous les établissements mais de façon très irrégulière faute de disponibilité en ressources humaines. Pour les autres éléments du paquet, à savoir les urgences médicochirurgicales et obstétricales, certaines maladies transmissibles, et les soins dentaires. Les patients sont référés à l'hôpital communautaire de référence (HCR) en l'occurrence l'Hôpital Notre-dame de Petit-Goâve.

En effet, il faut noter que l'UCS Goavienne est à l'état embryonnaire. Le système de référence contre référence n'est pas encore en vigueur. Il n'y a pas de système de communication, pas d'ambulance et il y a surtout une grande carence en ressources humaines.

### **VII.b- La situation dans l' UCS –SDG**

L'UCS-SDG, sur le plan national, est considérée comme l'UCS pilote. Elle met en réseau les établissements sanitaires des communes de St-Marc, Desdunes et Grande Saline. Elle s'étend sur une superficie de 732 km<sup>2</sup> et sa population de desserte est estimée à 235.000 habitants

Contrairement à l'UCS Goavienne, elle offre une couverture sanitaire plus ou moins acceptable. Les services de santé de premier échelon sont disponibles à presque tous les points du territoire. Cependant le PMS varie d'une institution à une autre. Les services spécialisés sont disponibles uniquement à l'hôpital St Nicolas qui sert d'hôpital communautaire de référence pour l'UCS et au centre de Pierre Payen qui dispose d'une maternité avec capacité chirurgicale et obstétricale.

Les structures de santé sont assez bien distribuées, cependant les ressources humaines sont inégalement réparties. On les retrouve au niveau de la ville et la périphérie dispose surtout d'auxiliaire. Pour toute l'UCS on ne dispose que de 8 médecins généralistes y compris les médecins en service social dont 5 sont dans la ville de St Marc et 2 à Délugé non loin de la ville. Il y a 10 médecins spécialisés, 7 sont dans la ville. Sur 21 infirmières, il y a 17 à St Marc et 3 se trouvent à Délugé. Sur 67 auxiliaires, on trouve 21 à St Marc, 20 à Délugé et le reste est réparti sur les autres centres. Il y a environ 7 centres qui ne dispose que d'une auxiliaire. (Voir tableau A en Annexe). Il n'y a pas de pharmaciens, pas de dentistes, pas de technologiste médical. Cependant, nous avons toutefois noté que le vide est comblé par des régisseurs, et des techniciens. Pour les soins dentaires, un résident en service social assure le service à l'HCR pour toute l'UCS. Il faut souligner que l'UCS reçoit l'appui de l'aide externe à travers une ONG « Médecin sans Frontière (MSF) » et il y a aussi une forte intégration du personnel dans le processus.

Ceci nous permet de voir, sous un autre angle, certains aspects dont il faudra en tenir compte dans la mise en œuvre. Comment parvenir à des changements durables et efficaces au sein du système de soins. ?

Le modèle des Unités communales offre la possibilité d'apporter les soins le plus près de la population à travers la décentralisation des soins. Il veut, en vertu des principes d'équité, arriver à la professionnalisation des soins. Cependant, Il faut tenir compte des circonstances favorables à l'implantation d'une réforme comme, par exemple, un bon environnement politique, social et économique. Il faut évaluer l'implication économique et financière de la réforme pour s'assurer que les ressources sont disponibles et qu'on dispose des moyens pour la mettre en œuvre. Il faut identifier un leader légitime, dévoué à cette cause et avoir une volonté et une stabilité politiques. Il est important de ne pas faire de réforme drastique mais de proposer des changements qui peuvent avoir un effet cumulatif sur le système existant. Toutefois, il convient de noter que la réorganisation du système est envisagée dans un contexte particulier d'insuffisance de ressources et de faiblesse organisationnelle notoire rendant difficile la mise en oeuvre.

## **VIII.- PROPOSITIONS**

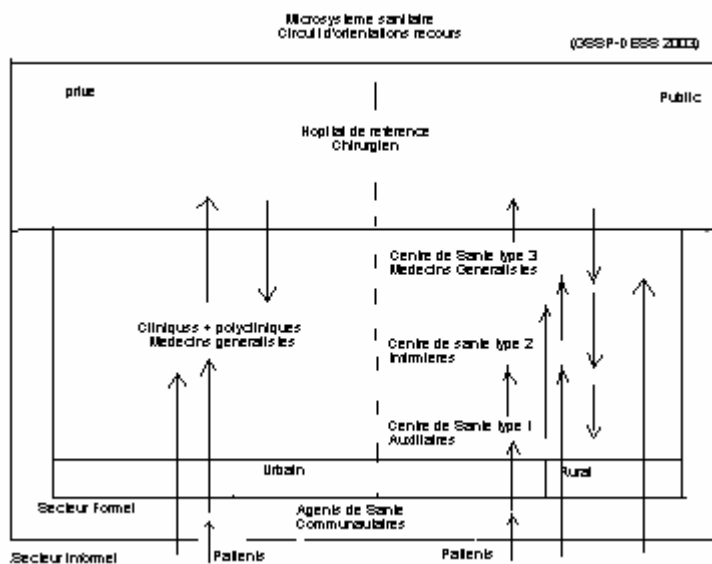
### **VII.a. Présentation du Modèle**

Le modèle d'organisation des soins de première ligne proposé, prend en compte de la stratégie d'organisation des unités communales de santé (UCS) et s'inspire de celle basée sur la régionalisation en terme de l'aire géographique desservie et d'optimisation dans l'utilisation des ressources disponibles. Une organisation du système de soins misant sur une gestion rationnelle et efficace des ressources humaines, matérielles et financières facilitera sa mise en œuvre et sera une opportunité offerte aux responsables concernés pour améliorer la qualité des soins à la population.

L'offre des soins prend en compte le PMS tel que défini dans la stratégie en cours en y ajoutant les volets suivant prise en charge des pathologies d'origines mentales, cardio-vasculaires, lutte contre la toxicomanie. Ils sont actuellement considérés comme des phénomènes en nette progression en Haïti. (Haïti Santé 2000) Les soins ambulatoires seront donnés à travers des institutions de soins de première ligne classées en trois types. Au niveau des centres de santé de type I, les soins seront fournis par des auxiliaires; au niveau de type II par des infirmières et au niveau du type III par des Médecins généralistes. Les cabinets privés des médecins généralistes seront de type III. Chaque niveau sert une plus grande population et fournit un plus haut niveau d'expertise en terme d'équipe technique. On ne peut comme à Cuba d'emblée avoir un médecin à la porte d'entrée du système cependant dans le cadre du service social des résidents par exemple, les médecins, infirmières, auxiliaires, techniciens de laboratoire, pharmaciens sur une période de deux ans devraient, suivant un plan défini, participer au renforcement des soins primaires de première ligne en garantissant une couverture adéquate en personnel de santé à travers tout le pays

Au niveau communautaire, les structures participatives tels les comités de santé, les agents de santé communautaires, les matrones vont servir au renforcement des soins de première ligne par des activités de dépistage, de prévention et de promotion de la santé au sein de la communauté.

Dans le but de fournir des soins de qualité, les institutions de première ligne feront des orientations recours entre eux et avec les Hôpitaux Communautaires de Référence (HCR) avec les 4 services de base : chirurgie, pédiatrie maternité et obstétrique. Ces derniers reçoivent les cas référés par les institutions de première ligne et font la contre référence pour suivi ambulatoire. Ce système est supporté par un système d'information adapté, un réseau ambulancier, un réseau de communication (radio, téléphone), l'intégration des technologies de l'information et de la communication (télémédecine / télé santé).



## VIII. b Considérations de la mise en œuvre

A cette phase, nos regards se sont arrêtés sur plusieurs points les uns aussi importants que les autres qui constituent de grands défis à relever pour qu'enfin le profil sanitaire s'améliore en Haïti. Ce sont : la coordination, l'intégration, la décentralisation, la gestion rationnelle des ressources humaines, la gestion rationnelle des ressources financières et le financement du système.

### La Coordination et L'intégration

L'absence de coordination entre les différents acteurs du système rend difficile l'intégration des différents programmes du MSPP et constitue un handicap à l'atteinte des résultats durables. Elle rend aussi difficile la mise en oeuvre du PMS défini. En dépit de l'existence d'un PMS qui suppose la production de soins de façon intégrée, la prestation des services de soins de santé primaires est encore basée sur l'existence de programmes prioritaires fonctionnant de façon verticale et relativement indépendante ; chaque programme ayant ses propres ressources et poursuivant ses propres objectifs. Par exemple, le secteur de lutte contre le sida bénéficie actuellement d'un fond global particulier qui aurait pu être distribué au sein du système et faire avancer le processus d'organisation. Le renforcement des entités régulatrices, l'existence d'une charte de partenariat et le rétablissement de l'autorité de l'état sont à considérer pour garantir un équilibre au sein du système.

De plus, la santé étant considérée à tort comme un secteur à part sans lien avec le processus de développement, bute sur une multitude d'actions cloisonnées de prestations de services peu reliées entre elles traduisant l'inefficacité du système. La multisectorialité se traduirait au niveau local par des programmes de

développement concertés qui tiennent compte des déterminants de la santé. La salubrité de l'environnement, la faible qualité de vie, l'approvisionnement insuffisant en eau potable, la disposition non hygiénique des excréta, le niveau élevé d'analphabétisme, la précarité des systèmes de communications ont un impact sur la santé de la population, l'amélioration des services de santé doit s'inscrire dans le cadre d'une politique générale de développement économique.

## **La Décentralisation**

La décentralisation traduit un certain degré d'implication du niveau local de santé dans la planification. Il s'agira d'une décentralisation administrative pouvant permettre le meilleur fonctionnement des départements et des bureaux de coordination des micros systèmes en ce qui a trait à l'affectation des ressources financières et la gestion des ressources humaines. Toutefois, le niveau central garde le pouvoir d'évaluation de contrôle et droits de regard sur l'allocation des ressources financières et humaines. La division territoriale s'inspirera du modèle de la régionalisation qui nous permettra de réduire, de plus de 50%, le nombre de microsystèmes envisagés actuellement. Les hôpitaux de district et de sous districts, structures déjà existantes, seront des HCR autour desquels graviteront en réseau les centres de santé. Il nous permet d'envisager une réduction de coût en terme de ressources financières, humaines et matérielles à injecter dans le système.

## **La Gestion Rationnelle Des Ressources Humaines**

L'absence d'une politique de ressources humaines est à la base de la mauvaise gestion du personnel et de son déploiement inefficace. Cette mauvaise gestion du personnel traduite par l'insuffisance de formation du personnel, l'absence d'incitatifs, l'imprécision des lignes de responsabilité, le manque de supervision et d'évaluation, et le déploiement inefficace du personnel devra être abordé par une politique d'hébergement du personnel en périphérie et un développement de l'approche contractuelle (Haïti Santé, 2002 p.30-31).

Dans le but de réviser et d'ajuster des programmes de formation des ressources humaines, des actions sont nécessaires à trois niveaux : les études de base, la formation continue, la formation des prestataires de services de médecine traditionnelle.

### Au niveau des études de base

- L'enseignement à la Faculté de Médecine devra être révisé en fonction des besoins identifiés pour les soins de santé primaires : il inclura des notions de gestion et de santé publique.
- L'enseignement des infirmières et auxiliaires devra être standardisé. Toutes les écoles publiques et privées se conformeront au curriculum standard.

### Au niveau de la formation continue

- Des programmes de formation de courte durée sont nécessaires. Ils incluent la formation des gestionnaires d'hôpitaux et ceux destinés à la direction des micro systèmes

### Au niveau de la médecine traditionnelle

- Il convient de former sur le tas des personnes identifiées par la communauté (Agents de santé communautaires).

## **La Gestion Rationnelle Des Ressources Financières et Le Financement du Système.**

La planification des activités doit être liée au processus budgétaire ce qui permettra une gestion beaucoup plus rationnelle des ressources disponibles. En d'autres termes la réorganisation du système doit commencer par la définition d'un mode de financement. Pour assurer la pérennisation des soins, L'Etat devrait canaliser et coordonner l'aide externe et subventionner les programmes prioritaires. Pour garantir l'accès l'Etat pourrait envisager l'adoption d'une « assurance publique avec contrat ». Ce mode de financement intègre : prestations fournies aux ayants droits ; caisses d'assurance maladie non concurrentielles ; cotisation obligatoire en fonction du revenu ; prestataires indépendants payés à l'acte directement. C'est un modèle qui se présente sous plusieurs versions. Il peut être financé par l'impôt plutôt que par des cotisations. C'est un mode de financement autour duquel sont centrés grands nombres de réformes (OCDE, 1992).

En définitive, la mise en oeuvre du modèle d'organisation des soins de santé primaires suppose des pré requis qui se résument à l'atteinte d'une logique cohérente dans la structuration du MSPP, la redéfinition de sa mission de ses rôles et de ses attributions et la recherche d'un consensus organisationnel. Une évaluation du chemin parcouru devrait être effectué afin d'élaborer un plan stratégique qui tiendra compte des besoins ressentis par la population à partir des données venant du niveau opérationnel suite à son interaction avec la communauté. Cette démarche amènerait de concert avec le niveau tactique les priorités de façon à élaborer des objectifs clairs à atteindre tenant compte de nos ressources.

Pour faciliter le consensus, Il faut définir des objectifs explicites de la reforme qui doivent donner un sens clair de la direction à prendre. Il faut attribuer des responsabilités managériales. Les procédures doivent être clairement définies. Il faut avoir un cadre approprié avec des régulations légales. Cette législation doit être doublée d'un support politique. Il faut établir un système d'incitations financières. Il faut déterminer les manières de procéder « agir brusquement ou par incrémentation ». Les infrastructures et les capacités techniques et managériales doivent être développées en tandem avec les cadres législatifs et

politiques. Le système d'information doit être fonctionnel et doit permettre d'évaluer les changements.

### **VIII.c - Plan de mise en œuvre**

Un plan de mise en œuvre sera considéré pour les cinq premières années. Pendant les deux premières années, on procédera à la préparation de la réforme par:

- La mise en place d'un comité d'implantation
- La promotion de la réforme
- Le renforcement des structures de première ligne
- Le renforcement des structures organisationnelles au sein du MSPP (leadership, vision, partage de la vision, recherche de consensus)
- La mise en place des structures participatives communautaires
- L'élaboration des lois cadres de fonctionnement et de régulations
- Le renforcement des hôpitaux communautaires de référence

Pendant les trois prochaines années, seront consacrées à :

- L'encadrement des structures administratives
- L'évaluation
- La consolidation des acquis et la prise en compte des résultats de l'évaluation



## **IX.- - Conclusion**

En plein 21<sup>ème</sup> siècle, une transformation de notre système de soins s'avère nécessaire, voire indispensable, à la satisfaction des besoins de la population haïtienne, en termes d'accessibilité aux soins, de justice sociale et d'équité. Pour que ce changement soit durable, il faut transformer les modalités organisationnelles de façon à permettre aux acteurs d'interagir différemment. Une organisation du système de soins, misant sur la mobilisation et la réallocation des ressources humaines, matérielles et financières, conduira à une utilisation rationnelle et efficace de ces ressources et pourra être une opportunité pour améliorer la qualité des soins offerts à la population.

Cependant la volonté et la stabilité politique, l'action intersectorielle et surtout une politique de développement de l'humain constituent des éléments primordiaux à l'atteinte des objectifs. Le financement reste un enjeu majeur. A cette phase il est impératif de statuer sur la problématique de la réforme du financement ou du financement de cette réforme.

## BIBLIOGRAPHIE

Afrique.amitié.f.fr/initiative87.html. Initiative de Bamako, 1987. 37<sup>e</sup> Comité Régional.

De Alma Ata a Bamako. (Page consultée le 10 Juillet 2003).

<http://www.hcci.gouv.fr/lecture/note/nl133.html>

Cayemites M. et al. Enquête Mortalité Morbidité et Utilisation des Services EMMUS III. Institut Haïtien de l'enfance. Arc Macro USA . 2001

Contandriopoulos.A.P. et Al. La Place et le Rôle du Secteur Privé dans la transformation du Système de Soins.. UM. 2000.

Dussault. Analyse des Systèmes de Santé: Un cadre Conceptuel. 1996

IHSI / PNUD/MEF / FAFO. Enquête sur les Conditions de Vie en Haïti. Février 2003.

Grodos D. et Béthune X. Les Interventions Sanitaires Sélectives : Un Piège pour les Politiques de Santé du Tiers Monde.Soc.Sci.Med. Vol.26, No.9, pp 879-889.1988.

Laroche, M. Implantation et Développement des Unités Communales de Santé en Haïti. Analyse des Expériences de Terrain. MSPP/DOSS. Juillet 2000.

Le Moniteur no 83. Loi Organique. Décret du 28 Novembre 1983. Port-au-Prince, Haïti, 1983

Mills. A. et Al. La Décentralisation des Systèmes de Santé, Concepts, Problèmes et Expériences de quelques pays. OMS 1991.

Ministère de la Santé Publique de la République du Bénin. "Évaluation des Politiques et Stratégie Sanitaires Nationales. 1997-2001.

Ministère de la Santé Publique de la République du Benin/CADZS. "La Zone Sanitaire, Stratégie de Développement du Système de Santé.(sd)

MSPP / BID. Etude sur l'Organisation et la Prestation de Soins. Consortium Idées / Capital Consult /CIDE/CSPQ/IHE.1997

MSPP/OPS. Situation de Santé. Indicateur de base. Haïti Santé, 2002

MSPP. Politique Nationale de Santé. Port-au-Prince, Haïti. 1998

MSPP / OPS / OMS. Analyse de la situation sanitaire. Haïti 1998. Port-au-Prince Haïti. Juin 1998.

OCDE. Sous Système de financement et de prestations des soins médicaux, in La Réforme des systèmes de santé. Analyse comparée de 7 pays de l'OCDE. Paris, 1992.

OMS (2000). Pourquoi les systèmes de santé sont-ils importants? Rapport sur la santé dans le monde. "Pour un système de santé plus performant." Chap 1, p.1-22.

Health in the Americas volume II edition 2000, PAHO Scientific and Technical Publication no. 587 P.367,368,373.

Population et Développement. Haïti Information. Volume 1, Juillet 1999.

Voltaire, Henri Claude. Les Unités Communales de Santé. Principes et orientations stratégiques. Port-au-Prince, Haïti. Juin 1999. P.

Pierre Loiseau (Page consultée le 9 Juin 2003). Programme Interassociatif SANTE CUBA. VIH/SIDA : Formation, Prévention et Traitement des infections opportunistes. (En ligne). Adresse : <http://www.perso.wanadoo.fr/end-delegation/pia.cuba.html>

Saltman R.B., Josep Figueras. (WHO, 1997). <The process of implementing Reform> dans European Health Care Reform, Analysis of Current Strategies ; WHO Regional Publications, European Series, No 72 ; p. 247-265.

Walsh J.A et .Warren K. S. "Selective Primary Health Care. An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries". Special Article. Vol. 301. No. 18. (sd)

## **ANNEXES**

## **Réforme des soins Primaires en Haïti Guide d'entrevue (UCS)**

Ce questionnaire est élaboré dans le cadre de notre travail de fin de programme qui consiste à porter une réflexion sur la réforme des soins de santé primaire en Haïti. Votre collaboration nous sera très utile et nous vous en remercions.

Etudiants du DESS/MGSS  
Université d'Etat d'Haïti/ Université de Montréal

### **A- Informations Générales :**

- 1.- UCS \_\_\_\_\_ Département \_\_\_\_\_
- 2.- \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_
- 3.- Nombre de communes \_\_\_\_\_ Nombre de sections communales \_\_\_\_\_
- 4.- Population de desserte \_\_\_\_\_

### **B- Renseignements sur l'informateur :**

- 1.- Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Profession \_\_\_\_\_
- 2.- \_\_\_\_\_ Niveau \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ responsabilité \_\_\_\_\_
- 3.- Date de l'entrevue \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_

### **C- Profil de l'UCS**

- 1.- Nombre d'institutions du réseau par type  
Publiques \_\_\_\_\_ Mixtes \_\_\_\_\_ Privées \_\_\_\_\_  
Communautaires \_\_\_\_\_
- 2.- Nombre d'institutions par catégorie  
Dispensaire \_\_\_\_\_ Centre de santé sans lit (CSL) \_\_\_\_\_  
Centre de santé avec lit (CAL) \_\_\_\_\_ Hôpital de référence (HCR) \_\_\_\_\_
- 3.- \_\_\_\_\_ Sections communales sans institutions sanitaires \_\_\_\_\_
- 4.- Votre UCS a-t-elle effectué une mise en réseau des institutions et a-t-elle défini l'échelonnage ?  
Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_
- 5.- Votre UCS a-t-elle défini le système de référence / contre référence ?  
Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_
- 6.- L'UCS a-t-elle une carte sanitaire ?  
Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

7.- L'UCS a-t-elle un comité technique ou se retrouvent les intervenants et les partenaires de la zone ?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

**D- Paquet Minimal de Service :**

1.- Exécute-t-on des activités de Prise en Charge de l'enfant (PECIME) dans toutes les institutions de l'UCS ?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

IRA \_\_\_\_\_ Nutrition \_\_\_\_\_ Diarrhée \_\_\_\_\_

2.- Quels sont les problèmes liés au PECIME ?

---

---

---

3.- Exécute-t-on des activités de Programme Elargi de Vaccination (PEV) dans toutes les institutions de l'UCS ?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

4.- Quels sont les problèmes liés au PEV?

---

---

---

5.- Exécute-t-on des activités de Planning Familial (PF) dans toutes les institutions du réseau?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

6.- Quels sont les problèmes liés au PF ?

---

---

7.- Fait-on des accouchements dans les institutions ?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

8.- Que fait-on en cas de complications liées à l'accouchement dans les institutions?

---

9.- Fait-on le traitement des maladies suivantes au niveau des institutions de l'UCS ?

Tuberculose \_\_\_\_\_ Malaria \_\_\_\_\_ Lèpre \_\_\_\_\_ Filariose \_\_\_\_\_

IST/SIDA \_\_\_\_\_

10.- Existe-t-il un dépôt périphérique de médicaments essentiels dans l'UCS ?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

11.- Quels sont les problèmes liés aux médicaments essentiels ?

---

\_\_\_\_\_

---

13.- Tient-on des séances d'éducation sanitaire dans toutes les institutions du réseau ?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

14.- Les institutions ont-t-elles des relations formelles avec la communauté ?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

15.- Les institutions reçoivent-elles l'encadrement des structures de participation communautaire ?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

16.- Tous les éléments du PMS sont-ils opérationnels dans l'UCS ?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

17.- Quels sont les problèmes posés par les éléments du PMS ?

Disponibilité \_\_\_\_\_

Accessibilité \_\_\_\_\_

Qualité \_\_\_\_\_

des \_\_\_\_\_

services \_\_\_\_\_

Autres \_\_\_\_\_

remarques \_\_\_\_\_

---

18.- Quel est le mode de tarification pratiqué ?

---

19.- Quel est le mode de paiement pratiqué ?

Paiement direct \_\_\_\_\_ Pré-paiement \_\_\_\_\_ Assurance \_\_\_\_\_  
Mutuelle \_\_\_\_\_ Forfait \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_

---

20.- L'UCS dispose-t-elle d'un budget ?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si non quels sont les problèmes liés à cette situation ?

---

21.- L'UCS a-t-elle une marge de manœuvre dans l'allocation et la gestion des ressources ?

**Humaines**

Nomination \_\_\_\_\_ Révocation \_\_\_\_\_ Promotion \_\_\_\_\_ Transfert \_\_\_\_\_

**Matérielles**

Achats \_\_\_\_\_ Déplacement \_\_\_\_\_

**Financières**

Autorisation \_\_\_\_\_ Réaffectation \_\_\_\_\_

## **Réforme des soins de santé primaires en Haïti Guide d'entrevue (Institutions Sanitaires)**

Ce questionnaire est élaboré dans le cadre de notre travail de fin de programme qui consiste à porter une réflexion sur la réforme des soins de santé primaire en Haïti. Votre collaboration nous sera très utile et nous vous en remercions.

Etudiants du DESS/MGSS  
Université d'Etat d'Haïti/ Université de Montréal

### **A- Informations Générales :**

- 1.-Institution \_\_\_\_\_ UCS / Département \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 2.-Adresse \_\_\_\_\_ Nombre d'années d'existence \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 3.-Population de desserte \_\_\_\_\_

### **B- Renseignements sur l'informateur :**

- 1.- Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Profession \_\_\_\_\_
- 2.- \_\_\_\_\_ Niveau de responsabilité \_\_\_\_\_
- 3.- Date de l'entrevue \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **C- Profil de l'institution**

- 1.- Type  
Publique \_\_\_\_\_ Mixte \_\_\_\_\_ Privée \_\_\_\_\_  
Communautaire \_\_\_\_\_
- 2.- Catégorie  
Dispensaire \_\_\_\_\_ Centre de santé sans lit (CSL) \_\_\_\_\_  
Centre de santé avec lit (CAL) \_\_\_\_\_ Hôpital de référence (HCR) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **D- Informations sur les Ressources Humaines**

- De quels types de professionnels de santé dispose l'institution ?
- Médecin Généraliste \_\_\_\_\_ Spécialistes \_\_\_\_\_
- Infirmières \_\_\_\_\_ Auxiliaires \_\_\_\_\_ Agent de santé \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**E- Paquet Minimal de Service :**

1.- Exécute-t-on des activités de Prise en Charge de l'enfant (PCIME) dans l'institutions ?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

IRA \_\_\_\_\_ Nutrition \_\_\_\_\_ Diarrhée \_\_\_\_\_

2.- Quels sont les problèmes liés au PCIME ?

---

---

---

3.- Exécute-t-on des activités de Vaccination dans l'institutions ?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si oui pour quel groupe ?

Enfants \_\_\_\_\_ Femmes \_\_\_\_\_

4.- Quels sont les problèmes liés à la vaccination?

---

---

---

5.- Exécute-t-on des activités de Planning Familial (PF) dans l'institution ?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

6.- Quels sont les problèmes liés au PF ?

---

---

---

7.- L'institution a-t-elle une clinique prénatale ?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

8.- Fait-on des accouchements dans l'institution ?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

9.- Que fait-on en cas de complications liées à l'accouchement ?

---

---

---

10.- Fait-on le traitement des maladies suivantes au niveau de l'institution ?

Tuberculose \_\_\_\_\_ Malaria \_\_\_\_\_ Lèpre \_\_\_\_\_ Filariose \_\_\_\_\_

IST/SIDA \_\_\_\_\_

11.- Existe-t-il un dépôt de médicaments essentiels dans l'institution ?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

12.- Quels sont les problèmes liés aux médicaments essentiels ?

---

---

---

---

13.- Tient-on des séances d'éducation sanitaire dans l'institution ?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

14.- L'institution a-t-elle des relations formelles avec la communauté ?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

15.- L'institution reçoit-elle l'encadrement des structures de participation communautaire ?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

16.- L'institution offre-t-elle tous les éléments du PMS ?

Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

17.- Quels sont les problèmes posés par les éléments du PMS ?

---

---

---

18.- Quel est le mode de tarification pratiqué ?

---

19.- Quel est le mode de tarification pratiqué ?

Paiement direct \_\_\_\_\_ Pré-paiement \_\_\_\_\_ Assurance \_\_\_\_\_  
Mutuelle \_\_\_\_\_ Forfait \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_

---

**Tableau A.-  
Infrastructure sanitaire et couverture en professionnel de santé  
UCS – Goavienne**

Institution	Localisation	Professionnel de santé						
		MD	MDS	INF	AUX	PHA	DENT	TEC
H.NotreDame	Ville P-Goave	2	12	9	16	1	-	2
CAL G.Gauvin	Ville G.Goave	1	1	1	4	-	-	2
CAL Palmes	Les Palmes	1	-	-	3	-	-	1
CSL Meyer	5 <sup>e</sup> Gde Colline	-	-	1	-	-	-	-
CSL Desgranges	Chabanne	1	1	-	-	-	-	1
Disp. Dano	7 <sup>e</sup> Gerard	-	-	-	1	-	-	-
Disp. Baudin	6 <sup>e</sup> Gde Colline	-	-	-	-	-	-	-
Disp. Dufour	Tête à Boeuf	-	-	-	2	-	-	-
Disp. Madeleine	2 <sup>e</sup> Plaine	-	-	-	1	-	-	-
Disp. Arnoux	2 <sup>e</sup> Plaine	-	-	-	1	-	-	-
Disp.de Cadet	Trou Chouchou	-	-	-	-	-	-	-
CSL Delattre	Delattre	1	-	-	3	-	-	-
Disp. De Vialet	Vialet	-	-	-	1	-	-	-
CSL d'Olivier	2 <sup>e</sup> Plaine	1	-	-	-	-	-	-
Cl. Ophtalmologie	Ville G. Goave	1	-	-	-	1	-	-
Cl. Dentaire Life line	Ville Gd. Goave	-	-	-	-	-	1	-
<b>Total</b>		8	14	11	-	33	1	1

**Tableau B.-  
Infrastructure sanitaire et couverture en professionnel de santé  
UCS – St-Marc/ Desdunes/ Grande Saline**

Institution	Localisation	Professionnel de santé						
		MD	MDS	INF	AUX	PHA	DENT	TEC
H.St-Nicolas	Ville St-Marc	3	6	17	15	-	-	-
SSPE/ St-Marc	Ville St-Marc	2	1	1	6	-	-	-
Disp. Montrouis	1 <sup>e</sup> Delugé	-	-	-	3	-	-	-
Centre PierrePayen	1 <sup>e</sup> Delugé	2	1	3	17	-	-	-
Disp. Gresseau	1 <sup>e</sup> Delugé	-	-	-	1	-	-	-
Disp. Jeanton	2 <sup>e</sup> Bois neuf	-	-	-	1	-	-	-
Disp. Chardène	2 <sup>e</sup> Bois neuf	-	-	-	1	-	-	-
Disp. Goyavier	3 <sup>e</sup> Goyavier	-	-	-	2	-	-	-
Disp. St-Laurent	4 <sup>e</sup> Lalouère	-	-	-	1	-	-	-
CS Gilbert	4 <sup>e</sup> Lalouère	-	-	-	1	-	-	-
CS Rhema	5 <sup>e</sup> Bocozele	1	-	1	3	-	-	-
Disp.Pont-Sondé	5 <sup>e</sup> Bocozele	-	-	-	2	-	-	-
Disp. Bertrand	5 <sup>e</sup> Bocozele	-	-	-	2	-	-	-
Disp. Terre Blanche	6 <sup>e</sup> Carrette	-	-	-	1	-	-	-
Dips.Carrette	6 <sup>e</sup> Carrette	-	-	-	2	1	-	-
Disp. Gde-Saline	Ville Gde-Saline	-	-	-	1	-	1	-
Disp. Bere	2 <sup>e</sup> Douin	-	-	-	2	-	-	-
CS St-Pierre	Villes Desdunes	-	1	-	2	-	-	-
Disp. Descahos	2 <sup>e</sup> La Source	-	-	-	2	-	-	-
Disp. Aux Sources	2 <sup>e</sup> La Source				1			
<b>Total</b>		8	10	22	67	-	-	-

**Distribution des logements selon le mode principal d'approvisionnement en eau a boire par milieu de residence en %**

Principal mode d'approvisionnement en eau a boire	Milieu de residence			Ensemble
	Aire metropolitaine	Autre urbain	rural	
Robinet dans le logement	5.6	2.4	0.5	1.8
Robinet dans la cour	9.3	7.2	2.8	4.7
Puits dans la cour	1.3	3.1	1.5	1.7
Puits dans le voisinage	4.1	14.2	10.7	9.8
Fontaine publique	7.7	28.6	22.8	20.4
Achat de camion d'eau	0.7	0.3	0.1	0.2

Achat de sceaux	60.1	15.0	4.5	17.5
Achat d'eau traitee	10.0	2.3	0.4	2.6
Recuperation d'eau de pluie	0.5	0.1	2.1	1.5
Source ou riviere	0.1	24.4	52.5	8.0
Autres	0.6	2.3	2.0	1.7
NSP/NR	-	-	0.1	-
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

IHSI/Enquete sur les Conditions de Vie en Haiti (ECVH)

**Distribution des logements selon le mode d'evacuation des ordures menageres par milieu de residence en %**

Mode d'evacuation des ordures menageres	Milieu de residence			Ensemble
	Aire metropolitaine	Autre urbain	rural	
Service de ramassage public	25.3	12.1	1.8	8.0
Service de ramassage prive	2.2	1.3	1.3	0.8
Bruler	8.4	27.4	27.3	23.4
Transporter ailleurs	64.5	61.3	60.6	61.5
Jeter dans la rue	11.4	4.4	2.4	4.5
Enfourir	0.4	1.4	1.9	1.6
Autres	1.3	9.3	15.7	11.9
NSP/NR	0.5	5.1	2.0	2.1

IHSI/Enquete sur les conditions de Vie en Haiti (ECVH). Quesitons a reponses multiples. Le total peut exeder 100

**Distribution des logements n'ayant pas acces a l'electricite selon le mode d'eclairage des menages par milieu de residence en %**

Mode d'eclairage	Milieu de residence			Ensemble
	Aire metropolitaine	Autre urbain	Rural	
Generatrice/Inverter/Energie solaire	0.4	1.0	0.5	0.5
Bougie/Baleine	81.4	17.6	10.3	12.9
Lampe a Kerosene/Tete gridap	49.3	89.8	91.5	90.3

Lampe a gaz propane/Autres	2.2	9.9	10.4	10.1
Aucune	-	2.1	0.3	1.0
NR	1.4	4.1	1.0	1.5

IHSI/Enquete sur les Conditions de Vie en Haiti (ECVH). Questions a reponses multiples. Le total peut exeder 100

**Les resultats sont groupes-les adaptations des menages a faibles revenus sont associees a la reduction des risques**

	<b>Cultivateurs</b>	<b>Commerçants et artisans</b>	<b>Transferts</b>	<b>Revenus salariaux</b>	<b>Fabricant de charbon de bois</b>	<b>Pêcheurs</b>
<b>Revenus</b>						
Revenu per capita(Gdes)	3,500	4,300	3,700	6,100	1,900	4,700
Extreme pauvreté(\$1/jr)	74%	70%	68%	58%	85%	56%
<b>Vulnerabilite</b>						
Incapable de mobiliser 250 G	49%	39%	44%	33%	59%	48%
<b>Multiple plots and crops</b>	<b>Majorite</b>					
Propriete terre/logement	90%-95%	86%	85%	79%	86%	90%
<b>Bien etre</b>						
Malnutrition des adultes	19%	14%	22%	15%	-	-
Entassement dans le logement	23%	22%	8%	20%	32%	26%
Non-scolarisation des enfants	51%	46%	38%	37%	58%	59%