

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

## **(DESS-MGSS)**

### **Travail de fin programme**

# LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DU SYSTÈME DE SANTÉ EN HAÏTI

Présenté par:

Yves Carine Entwisle  
Mathelier Sandra  
Ramilus Jean St Luc  
Maxime Séjour

Juillet 2003  
Promotion 2002-2003

## **I - INTRODUCTION**

Haïti est actuellement un pays en pleine mutation, confronté depuis 1986 à une instabilité sociale et politique. Les communautés réclament un changement, demandent une société nouvelle. La constitution Haïtienne de mars 1987, confère à l'état l'obligation de garantir le droit à la vie, à la santé, au respect de la personne humaine, à tous les citoyens sans distinction.

Dans le cadre de ces changements espérés, le gouvernement Haïtien par le biais du Ministère de la Santé Publique et de la Population a engagé depuis 1995, un processus de transformation du système sanitaire à travers la définition de nouveaux axes stratégiques autour de la politique nationale de santé. Les fondements de cette réforme s'appuient sur l'équité, la solidarité, la justice sociale et le droit à la santé pour tous les Haïtiens.

Ce travail, nous permet d'analyser comment la structuration organisationnelle actuelle du système de santé arrive à atteindre ces différents objectifs.

## **II - OBJECTIFS DU TRAVAIL**

- 1) Identifier les composantes structurelles du système de santé et les modalités organisationnelles.
- 2) Faire le bilan de l'état de l'organisation du système de santé en Haïti en rapport avec la couverture, l'accessibilité, l'équité, la réactivité, la qualité et l'efficacité.
- 3) Définir les enjeux d'une réorganisation de la structure organisationnelle.
- 4) Proposer un plan d'organisation des services.
- 5) Envisager la mise en oeuvre du plan.

## **III – METHODOLOGIE**

L'information sur la structure organisationnelle du système de santé en Haïti a été recueillie par les entrevues réalisées avec différents intervenants du système et une revue de plusieurs documents publiés ces dernières années sur la situation sanitaire Haïtienne. Ces données concernent surtout les résultats produits par le système de soins, très peu de renseignements sont disponibles sur le fonctionnement des organisations sanitaires et celui du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP).

L'analyse de la structure organisationnelle du système de santé Haïtien aura comme cadre de référence celui proposé par Dussault dans son article " L'analyse des systèmes de santé : cadre conceptuel" ( Dussault, G, 1996 ). Elle permettra d'établir un bilan de l'état organisationnel actuel à travers l'accessibilité, la réactivité, l'équité, la qualité, l'efficacité et la couverture .

Nous essayerons ensuite d'envisager des scénarios pour améliorer ces différentes dimensions dans le système à partir des expériences internationales. Cette démarche devrait nous permettre de proposer un plan de réorganisation des services.

## **IV- CADRE D'ANALYSE**

Selon Dussault, « Le système de santé est l'ensemble des facteurs qui influencent l'état de santé et le bien être des individus et des populations et leurs interrelations ». Ces facteurs sont d'ordre biologiques, comportementaux, environnementaux et ceux liés au système de soins. Tous ces facteurs n'agissent pas isolément, leurs relations sont multiples, c'est pourquoi il est difficile d'établir leur impact respectif sur la santé. Ceci nous aide à comprendre que des interventions exclusivement médicales ont peu de chance d'être efficaces car elles ne touchent qu'une partie des déterminants.

Les politiques qui se limitent à intervenir sur les ressources consacrées aux soins et la manière de les transformer en services, sont des politiques de soins.

Elles occupent une place stratégique dans une politique de santé, mais n'en sont qu'une composante parmi tant d'autres. Une véritable politique de santé saura prendre en compte l'ensemble des déterminants de la santé en définissant des stratégies multidimensionnelles et multisectorielles.

« les systèmes de santé ont trois objectifs fondamentaux : améliorer la santé de la population desservie, répondre aux attentes des gens et assurer une protection financière contre les coûts de la mauvaise santé ». L'atteinte de ces objectifs se fait au travers des quatre grandes fonctions du système de santé : l'administration générale, le financement, la création de ressources et la prestation de service » .( OMS Rapport sur la santé dans le monde 2000).

Offrir des services de santé à la population n'équivaut pas à produire la santé, D'autres facteurs devraient être pris simultanément en compte. En tenant compte du contexte socio-sanitaire d'Haïti, l'emphase sera mis sur les facteurs comportementaux, environnementaux et ceux liés au système de soins.

Faire le bilan d'un système de santé renvoie à l'analyse des résultats qu'il produit et des processus qui contribuent à la production de ceux-ci.

Ainsi se définit le cadre conceptuel que nous utiliserons pour analyser le système de santé en Haïti.

## **V- PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ EN HAÏTI**

La République d'Haïti a une superficie de 27000 km<sup>2</sup> et une population estimée en l'an 2000 à 7958964 habitants( EMMUS III ) . Le pays est le plus pauvre de la zone d'Amérique Latine et des Caraïbes et le plus densément peuplé de l'hémisphère Ouest avec 292 habitants par km<sup>2</sup>. La population est majoritairement rurale (66%), les moins de 15 ans représentent près de 40% de la population. Le taux d'accroissement annuel est de l'ordre de 2.08%. Le milieu urbain ne représente que 36% de l'ensemble de la population, il présente une forte bidonvilisation.

Plus de 70% de la population vit sous le seuil de la pauvreté absolu. Le taux de scolarisation est faible. Le taux d'alphabétisation est estimé à 65%.

Le PIB est de l'ordre de 9721 gourdes. ( EMMUS III). Le taux d'inflation est de 15.6% , le PNB de 250 dollars EU et le taux de croissance de 1.7% ( OMS Rapport sur la santé dans le monde 2000).

Ravagée par l'érosion et une forte dégradation de l'environnement, Haïti est constituée à 40% de terres dénudées, sans végétation.

La productivité des terres de plaines est très limitée, principalement à cause de la mauvaise répartition et l'utilisation des ressources en eau.

Le réseau routier est peu développé et freine le développement de régions entières. Seulement 50% de la population a accès à l'eau potable et 32.3% des ménages disposent d'électricité, mais de façon discontinue.

L'ensemble de ces facteurs et beaucoup d'autres prédisposent Haïti à une dégradation marquée de l'environnement et à des changements comportementaux de la population. Cette situation a un impact non négligeable sur la santé. Les indicateurs sanitaires sont alarmants, les plus mauvais de la zone latino-américaine ( la mortalité infantile est de 80 pour 1000 naissances vivantes, la mortalité maternelle est à 523 pour 100000 naissances vivantes, l'espérance de vie à la naissance est de 53 ans etc....). Le système de santé en Haïti ne répond plus depuis longtemps aux besoins de la population.

## **VI- BILAN DE L'ÉTAT DE L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTÉ**

### **VI.1- DESCRIPTION DE LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE**

Le système de santé dans sa configuration actuelle présente trois niveaux de gestion :

- Le niveau stratégique est représenté par le Ministre et la direction générale qui gèrent le système sur le plan national.

- Au niveau tactique, on retrouve les huit Directions Centrales et les deux Coordinations chargées d'élaborer les normes et procédures ainsi que de veiller à leur application.

- Le niveau opérationnel constitué d'un ensemble d'organisations sanitaires placé sous la supervision de neuf Directions Sanitaires Départementales et de deux Coordinations.

### Trois secteurs se partagent la dispensation des soins et services :

1) Le secteur public représenté par un ensemble d'organisations relevant de l'état, il souffre d'un manque de crédibilité suite à ses nombreuses défaillances organisationnelles et structurelles.

2) Le secteur privé qui se divise en deux sous secteurs :

- le secteur privé non lucratif composé en majeure partie des Organisations Non Gouvernementales et missionnaires. Le nombre de ces ONG enregistré à l'Association des Œuvres Privées de Santé (AOPS) est de l'ordre de 129, mais il en existe un certain nombre qui évolue de façon complètement indépendante en dépit des efforts conjugués du MSPP et de l'AOPS pour coordonner leurs activités.

- Le secteur privé lucratif englobe tout un ensemble d'institutions et de professionnels. Il est basé exclusivement sur la rentabilité.

3) Le secteur des soins traditionnels, représenté par les tradipraticiens (bokor, hougan, guérisseurs etc...).

Ce secteur occupe une place importante au sein du système, car consulté le plus souvent en premier recours par la population, indépendamment de leur appartenance sociale et religieuse, de leur degré de fortune ou de leur niveau d'éducation. Ce phénomène s'explique en partie par le legs culturel de l'esclavage et la pratique de la religion vaudou très répandue dans les communautés.

D'autre part, ces tradipraticiens restent très disponibles et accessibles sur le terrain, offrant une plus forte accessibilité géographique et culturelle.

## **VI.2- LES ACTEURS ET LEUR ROLE DANS LE SYSTEME**

### **VI.2.1 – RÉGULATION**

Le MSPP est l'entité régulatrice du système, qui devrait assurer des fonctions de gouvernance, de financement, de création de ressources et de coordination de la prestation des services dans le système de santé.

Cette entité fonctionne actuellement sans organigramme officiel, sans cadre légal actualisé et sans loi organique. Plusieurs de ses composantes ont été ajoutées au fil des années sans logique fonctionnelle d'ensemble.

Faute de mandats et d'objectifs clairs et de ressources, les services centraux souffrent d'un manque de coordination interne et ne sont pas en mesure de jouer leur rôle efficace de direction. Ce problème est aussi aggravé par l'inefficacité persistante du système d'information sanitaire.

« La gestion du système se fait principalement par une approche projet, la politique de santé se trouve segmentée en programmes, devenus directions techniques. En raison des dysfonctionnements de la structure centrale, de nombreux partenaires ont misé sur

des programmes verticaux ou sur le milieu associatif / non gouvernemental. Ce qui résulte en une action non coordonnée des multiples acteurs, qui entraîne duplications, incohérences stratégiques, hyperconcentration dans certains sites au détriment d'autres totalement délaissés ». (MSPP, Document d'orientation de la réforme du secteur santé)

Le MSPP n'impose son leadership auprès des différents acteurs du système, faute de crédibilité, de cohérence et de transparence administrative. Les intérêts sont souvent divergents entre les acteurs, et le Ministère n'arrive pas à jouer son rôle d'arbitre, de facilitateur et de négociateur. La gestion interne du Ministère est souvent paralysée par la politisation excessive du processus décisionnel.

La prise de décision est laborieuse et centralisée, le ministre ne délègue que très peu de pouvoir aux autres intervenants du ministère. Ceci explique, le non respect des lignes hiérarchiques, on préfère toujours en recourir directement au ministre.

Le MSPP s'est montré jusqu'à présent incapable d'influencer et de rationaliser le mode de fonctionnement des praticiens privés. Ce fonctionnement se fait en dehors d'un cadre déontologique puisque celui-ci n'est fixé par aucune instance, il n'existe pas d'ordre des médecins en Haïti.

Les associations de professionnels de la santé existant dans le système affichent une certaine indifférence envers l'orientation et la gestion globale du système mais aussi une méfiance envers le MSPP. Ces corporations sont peu interactives dans le milieu et ne bénéficient pas d'une très grande reconnaissance nationale.

Sur le plan opérationnel, on retrouve la coexistence d'un ensemble d'organisations publiques et privées qui interviennent dans la prestation des services. Le secteur privé à but lucratif se livre à une forte concurrence et à une surenchère des coûts. Ce secteur fonctionne avec une autorégulation et n'est soumis à aucun contrôle du MSPP, ce qui laisse émerger une emprise importante des lois du marché dans le système et les effets pervers qui l'accompagnent.

La participation de la population dans le système de santé n'est pas priorisée dans l'état organisationnel actuel. Il n'existe aucun cadre formel au sein des organisations sanitaires où la population peut exprimer son point de vue, elle a donc pris l'habitude de le faire sous les ondes des médias.

### **VI.2.2 – FINANCEMENT**

Globalement, l'État Haïtien consacre 7% à 11% du budget national au secteur santé de l'état. Les ressources du secteur santé proviennent pour une bonne partie de l'aide externe, surtout en matière d'investissement et de fonctionnement. ( EMMUS III )

Les règles de financement et le choix des bailleurs de fond ont une influence déterminante dans la planification et la priorisation des interventions du MSPP, au détriment des orientations de la politique nationale de santé. Le MSPP est politiquement et techniquement trop faible pour s'imposer.

Les sources de financement des soins sont diverses. Les dépenses sont effectuées par paiement directs des usagers, plus faiblement par les assurances privées, par les quelques rares assurances sociales publiques et par l'État. Une enquête menée par la Banque Mondiale en 1997 a révélé que les dépenses annuelles de santé par habitant avoisinaient \$25 des E.U dont 14% provenaient du budget national, 30% de l'aide internationale et 36% des patients eux-mêmes. (MSPP, Document d'orientation de la réforme)

L'aide internationale a considérablement diminué ces dernières années, du fait que les grands bailleurs ont actuellement mis leur appui en suspens. Certains d'entre eux continuent à intervenir essentiellement à travers des Organisations Non Gouvernementales (ONG). « Certains autres soutiennent aussi des activités d'encadrement technique du MSPP selon quatre axes principaux : la surveillance sanitaire, le contrôle des maladies prioritaires (mortalité maternelle et VIH/ SIDA), l'assainissement de l'environnement , l'organisation des UCS et un appui au programme des médicaments essentiels. (MSPP Document d'orientation)

Cet appui est retrouvé aussi au niveau départemental sous la forme de renforcement technique et financier pour certains programmes.

Les directions sanitaires départementales (DSD) ont une très grande dépendance vis à vis du MSPP sur le plan financier, décisionnel et de l'allocation des ressources humaines. Elles n'exercent que très peu d'influence sur l'administration et la gestion des organisations de leur juridiction. Paradoxalement dans leur aire de desserte, ces directions sont souvent amenées à assumer "d'office " des fonctions de coordination intra et intersectorielle en lieu et place de la direction générale, sans réelle délégation officielle de ces pouvoirs.

Les DSD souffrent d'une carence de ressources financières, matérielles et humaines. Actuellement, seules de très faibles allocations budgétaires leur parviennent avec beaucoup de retard, ce qui entrave leur fonctionnement et l'exécution des programmes sur le plan local.

Depuis septembre 2002, le processus de déconcentration de certains pouvoirs administratifs est effectif au niveau départemental. Il concerne surtout des processus d'exécution budgétaire traités directement entre les DSD et le Ministère des Finances.

La supervision du niveau départemental est devenue plus effective depuis cette même époque, avec la production régulièrement d'un bilan mensuel et la tenue de réunions bimensuelles avec l'ensemble des directions et le ministre.

### **VI.2.3 – PRESTATION DES SERVICES**

#### Ressources Humaines

Les ressources humaines de l'ensemble du système ne sont pas répertoriées avec exactitude mais on estime la disponibilité des prestataires de soins comme suit : 1848 médecins, 785 infirmières et 1844 auxiliaires. ( OMS, Salle de situation de santé).

Le secteur public dispose d'environ 8100 employés salariés. Ces ressources sont en quantité insuffisante et leur répartition géographique inégale, elles se trouvent concentrées dans le département de l'ouest ( 88% des médecins et 68% des infirmières), surtout les ressources spécialisés . (OMS, Salle de situation de sané)

Une bonne partie de ces prestataires évoluent à la fois dans le secteur privé et dans le secteur publique, Leur productivité est plus importante en privé parce qu'il y a un meilleur suivi administratif et un niveau salarial plus attrayant. La faible performance du secteur public résulte en bonne partie du manque de productivité de son capital humain.

Les allocations salariales sont le poste budgétaire le plus important du MSPP, plus de 80% des dépenses renouvelables pourtant cela ne permet pas une allocation équitable des salaires.

Les prestataires, sont en général démotivés par différents facteurs tels, l'absence d'un capital physique adapté, la pénurie de médicaments, l'affectation en zones éloignées, l'absence de plan de carrière, l'absence d'incitatifs et le bas niveau des revenus.

Une bonne partie du personnel est formé en dehors d'un cadre formel mais plutôt « sur le tas » en privé comme en public, avec l'habitude il travaille par routine et sans aucune supervision, la qualité des services sans trouve grandement perturbée.

La formation formelle des ressources humaines présente aussi quelques failles, elle n'est pas adaptée aux besoins du pays car trop orientée vers les soins de santé spécialisés. Ces institutions de formation ne disposent pas d'une capacité suffisante pour répondre aux besoins du système.

« Les programmes de recyclage et de formation continue ne produisent pas les effets désirés en raison d'une inadéquation entre les interventions et les clientèles visées, du manque de suivi et de supervision et l'absence de conditions organisationnelles permettant l'intégration des nouvelles connaissances ».(MSPP, Etude globale du secteur du médicament )

### Autres Ressources

- L'absence d'une politique d'entretien, le gaspillage et le manque de ressources financières expliquent le délabrement des infrastructures publiques et la rareté des équipements médicaux. De plus l'inefficacité des système de gestion entretient le gaspillage. L'un des problème les plus crucial à ce niveau est l'accès limité aux médicaments soit pour des raisons d'ordre économique ou par rupture de stock .
- « D'autres secteurs et ministères, apportent leur contribution au système sanitaire , que ce soit par exemple dans le domaine d'une planification intersectorielle, ou dans celui de la formation, de la mobilisation sociale, du sport, de la protection de l'environnement, de la collecte des ordures, de l'adduction d'eau, de la construction de logements et de routes, de l'agriculture et l'alimentation ». (OMS, Analyse de la situation sanitaire- Haïti 1998)

Nous citerons, les principaux : le Ministère des affaires sociales, l'Institut du Bien-être Social et de Recherche (IBESR), le Ministère de l'Agriculture, le Ministère de l'Éducation,



le Ministère à la Condition Féminine et aux Droits de la Femme l'Administration Pénitentiaire Nationale(APENA), le Ministère de l'Environnement, le Ministère des Travaux Publics, Transports et Communications, le Ministère de l'Intérieur et les collectivités territoriales.

### Les Services

Les services sont dispensés au niveau du système sans standardisation de protocoles, de normes et de coûts tant dans le public que dans le privé. Il y a une perte d'efficacité des services due au fait qu'on n'exploite pas la complémentarité des différents niveaux de soins.

Cette situation favorise le manque de continuité et de globalité, ainsi que la duplication des services dans certaines régions alors que d'autres sont complètement dépourvues. Les soins de santé de base ne sont toujours pas disponibles à l'ensemble de la collectivité malgré la réorganisation envisagée par le MSPP qui prévoit la dispensation de soins préventif, curatif, ambulatoire et hospitalier sur quatre échelons à travers l'UCS.

- Le PMS au premier échelon est orienté vers la fourniture de soins curatif, préventif et promotionnel dispensés par un ensemble d'institutions désigné sous l'appellation de Services de Santé de Premier Échelon(SSPE)
- le PMS du deuxième échelon est orienté vers la fourniture de soins secondaires dispensés dans les Hôpitaux Communautaires de Référence (HCR) (soins curatifs)
- Le PMS du troisième échelon est orienté vers des soins tertiaires dispensés dans les Hôpitaux Départementaux (HD). Un autre niveau est envisagé pour des soins très spécialisés dispensés à l'Hôpital Universitaire.

Les soins à domicile sont peu développés et comportent de nombreuses difficultés à chaque fois qu'ils sont envisagés à cause de l'inefficacité du service ambulancier, des moyens de communication peu fonctionnel et un personnel non entraîné.

L'utilisation des services est souvent inadéquate dans le secteur public avec un manque de spécificité dans les attributions institutionnelles.

Les durées d'hospitalisation sont prolongées inutilement, par des renvois non justifiés d'acte opératoire par exemple ou par la non disponibilité de matériel médical de base. Ce phénomène occasionne une augmentation des coûts indirects pour les familles et pour l'hôpital.

Les troubles socio-politiques qui secouent l'environnement d'Haïti depuis quelques années occasionnent la recrudescence de phénomènes violents dans la société. Cette situation crée d'autres besoins en santé qui ne sont pas comblés par le système actuellement (soins de réanimation, soins de traumatologie, soins d'urgence, soins en oncologie etc....). Les usagers qui en ont les moyens doivent se rendre dans des centres étrangers pour obtenir ces services à des prix exorbitants.

La distribution des institutions sanitaires tant publiques que privées est très inégale, les zones urbaines absorbent près de 66% des centres hospitaliers. La majorité des établissements sanitaires ne disposent pas de tous les services de base.

La vente en pharmacies, n'est pas régulée, ces dernières fonctionnent pour la plupart sans la présence d'un pharmacien titulaire et n'observent pas les normes garantissant la qualité des médicaments. Il existe un circuit de distribution informel de médicaments, en vente libre sur la voie publique, dans les marchés, dans les boutiques.

Le coût des médicaments restent très élevé et leur accès est souvent difficile pour la population.

## **VI.3 - LES RÉSULTATS**

### **VI.3.1- LA COUVERTURE ( Haïti 2002 situation sanitaire, MSPP/OMS)**

Les plus récentes études révèlent une disponibilité réduite des ressources, principalement le personnel soignant : 2.37 médecins/10000 hab, 1.02 infirmières/10000 hab et 3.06 auxiliaires/10000 hab et 0.4 dentistes /10000 hab. Les services sont dispensés présentement dans 646 institutions sanitaires, dont 49 hôpitaux, 371 dispensaires, 217 centres de santé et 9 asiles.

Le secteur privé en compte 214, le secteur mixte 209 et le secteur public 235. Ses ressources sont concentrés à plus de 80% dans la zone métropolitaine. Le nombre de lits est évalué à 0.81/ 1000 hab. Le nombre d'accouchement à la maison est de 76.3%. Le taux de vaccination complète contre diphtérie, coqueluche et tétanos est de 39.4%.

Certains problèmes de santé ont une très faible disponibilité de services comme les IST, les infections opportunistes, le VIH/SIDA.

Les zones périphériques souffrent de la rareté des ressources et du manque de compétence du personnel de soins surtout dans le secteur public. Selon, 39% des gens interrogés par EMMUS III expliquent le manque d'accessibilité au système par le manque d'établissements sanitaires et par manque de services offerts. Cette inégalité de la couverture du territoire nationale et les défaillances organisationnelles expliquent que 40% de la population n'aie pas accès aux soins de santé de base, que plus de 50% de la population n'ont pas accès de manière satisfaisante aux médicaments essentiels et enfin que 41 % seulement des enfants souffrants de maladies diarrhéiques reçoivent la thérapie de réhydratation orale.

### **VI.3.2- L'ACCESSIBILITÉ**

En Haïti, l'accessibilité des services est largement déterminée d'une part par la capacité de payer du bénéficiaire et d'autre part par le temps de trajet pour atteindre les établissements de santé.

Les dépenses directes des familles sont également très mal connues. Les soins sont financés par différentes voies : les taxes pour une infime partie de la population, certaines cotisations obligatoires à certaines caisses d'assurance maladie ( Office

Nationale d'Assurance vieillesse(ONA) et Office d'Assurance Accidents de travail et Maladie et Maternité (OFATMA) ) et enfin par le paiement direct qui représente 36% de la valeur totale des dépenses de santé. 28% des gens interrogés par EMMUS III, expliquent le manque d'accessibilité aux soins par les coûts trop élevés de ceux ci.

Selon EMMUS III, que ce soit en terme de distance ou de temps de trajets, on constate que l'accès aux différents services de santé est nettement meilleur en milieu urbain et en particulier dans l'aire Métropolitaine qu'en milieu rural.

Ainsi, alors que 99% des femmes de la capitale doivent se déplacer moins d'une demi-heure pour atteindre un hôpital, 19% des femmes des autres villes et 54% des femmes rurales ont un temps de trajet d'une heure ou plus pour atteindre ce genre d'établissement. 37% des personnes interrogés par EMMUS III, citent l'éloignement des institutions comme cause principale d'inaccessibilité.

L'accessibilité organisationnelle et sociale ne sont pas toujours produites par l'articulation actuelle des services, car culturellement. en Haïti , l'opinion de l'utilisateur est très peu prise en compte dans la dispensation des soins. Le point de vue du prestataire domine le fonctionnement opérationnel, il se permet même de stigmatiser certaines pathologie. Les relations interpersonnelles varient selon l'individu car aucune emphase n'est mise sur ce sujet au cours de la formation des professionnels de la santé.

Les heures de fonctionnement d'une bonne partie des établissements sanitaires sont limités à quelques heures au cours de la matinée, ce qui entraîne un engorgement quotidien surtout au niveau des cliniques externes. Le nombre d'institutions offrant une couverture 24hres/ 24hres est insignifiant.

N.B : L'accessibilité géographique aux services est jugée mauvaise par 67% des personnes interrogées lors des entrevues

### **VI.3.3- L'ÉQUITÉ**

L'équité suppose que le système satisfait tout le monde et qu'il n'existe pas de discriminations dans le traitement accordé à chacun.( OMS, Rapport sur la santé dans le monde)

« Le système de santé dans sa structuration actuelle n'est pas équitable parce qu'il est basé sur le paiement direct des soins par la population, ce qui distribue la charge de paiement sur les plus pauvres et les plus malades ». (Contandriopoulos,A.P.Denis,Dubois, C.A, la place et le rôle du secteur privé dans la transformation du système de soins )

D'autres part il ne répond pas aux aspirations de la population dans le domaine de la santé. Le PMS n'est toujours pas disponible pour l'ensemble de la population; son caractère restrictif comme nous l'avons déjà fait remarquer, ne permet pas la couverture de tous les besoins exprimés.

La dispensation des soins est très discriminative car elle accentue l'écart entre pauvre et riche, seul les plus nantis ont accès à des soins de meilleure qualité ou à des soins de santé tout court.

La faiblesse du financement public entretient la domination de la logique marchande dans le système. Seul un très faible pourcentage de la population a accès aux assurances publiques. Cette situation se solve par une très fortes inégalités de santé.

Haïti est au 163<sup>e</sup> rang dans le classement de l'OMS pour l'équité de la contribution financière, au 155<sup>e</sup> pour les dépenses de santé par habitant en dollars internationaux . ( sur un total de 190 États membres )

N.B : L'équité économique est jugée mauvaise dans le système par 92% des personnes interrogées lors de entrevues

### **VI.3.4- LA RÉACTIVITÉ**

« La réactivité est notamment la capacité de limiter les atteintes à la dignité de l'individu, ainsi que les craintes et la honte qui sont souvent associé à la maladie.

Elle ne se mesure pas à la façon dont le système répond aux besoins de santé, qui apparaît dans les résultats obtenus sur le plan sanitaire, mais plutôt aux performances du système dans des domaines autres que la santé et à sa réactivité aux attentes de la population quant à la façon dont elle souhaite être traitée par les prestataires de soins préventifs, curatifs ou collectifs ». (OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2000)

Cette dimension est pratiquement absente du mode de dispensation des soins en Haïti surtout en milieu public. Dans ce secteur, les soins sont administrés en masse sans aucun respect de la dignité, de l'intégrité et encore moins de la confidentialité. Les choix concernant le prestataire, la santé et les options thérapeutiques sont imposés à l'utilisateur sans trop d'explication.

Les soins sont administrés le plus souvent avec lenteur et nonchalance, l'absence de service d'accueil et d'orientation au sein des institutions, fait que la prise en charge des urgences est souvent retardée.

L'hygiène hospitalière laisse à désirer dans la majorité des établissements sanitaires souvent par manque de matériel mais aussi par absence de procédure standardisé. L'évacuation des déchets se fait au gré de chacun.

EMMUS III, dans son enquête révèle que 20% des gens expliquent le manque d'accessibilité au système par le mauvais accueil fait au sein des organisations.

Il n'existe toujours pas de gestion des dossiers médicaux. Le comportement désinvolte de certains prestataires de soins face à la détresse des patients est souvent honteux. Il nous faut ajouter que ce phénomène est assez récent dans notre milieu, il s'est accentué avec la dégradation de la situation économique générant des frustrations chez tout et chacun.

Les services sociaux n'interviennent que très rarement au niveau du système de soins, ils ne sont pas bien structurés et non valorisés. En cas de maladie, une priorisation excessive est accordée à la prise en charge clinique au détriment de la prise en charge sociale et psychique des usagers.

L'OMS classe Haïti au 114<sup>e</sup> rang pour la réactivité sur un total de 190 pays membres.

### **VI.3.5- LA QUALITÉ ET L'EFFICACITÉ**

La qualité est une appréciation, un jugement, elle n'est pas un fait en soi. Elle varie selon les objectifs de chaque société. L'approche du MSPP du concept qualité ne la réduit pas au seul élément clinique. Elle met l'accent sur l'élément organisationnel des services permettant d'identifier les étapes devant conduire à l'exécution correcte du PMS. La qualité, reste un objectif encore non atteint au sein du système de santé Haïtien. Le problème se pose tant dans le secteur privé que dans le secteur public puisque la dispensation des soins est fragmentée et ne se fait pas selon un cadre normatif de référence. D'ailleurs, il n'existe pas jusqu'à date de contrôle de qualité des soins.

L'inadéquation et l'insuffisance des services et des ressources ne permettent pas au système de répondre aux besoins et à la satisfaction des utilisateurs et des prestataires. La productivité et les résultats du système sur la santé de la population ne sont pas priorités dans la structuration actuelle du système.

Le système de santé Haïtien pourrait être juger totalement inefficace au regard de l'atteinte de ses objectifs, mais nous pensons que ce jugement serait hâtif. Il faudrait pour cela avoir des indicateurs spécifiques qui permettent de définir la limite inférieure et la limite supérieur de ce qu'on peut attendre du système compte tenue du contexte.

Nous signalerons toutefois, le mauvais classement d'Haïti par l'OMS dans les résultats de performance des système de santé pour l'ensemble des États membres (performance globale du système 138<sup>e</sup> rang sur 190 pays).

N.B :La qualité des soins est jugée mauvaise par 88% des personnes interrogées lors des entrevues.

## **VII- PRINCIPAUX ENJEUX LIÉS A L'ORGANISATION DES SERVICES**

« De même que le principal objectif d'un système de santé est l'amélioration de la santé humaine, sa principale fonction doit être la prestation de services de santé. Les autres fonctions ont également de l'importance, notamment parce qu'elles contribuent à cette prestation de services. Un système de santé faillit donc gravement à sa mission lorsque des interventions sanitaires efficaces et d'un coût abordable ne sont pas offertes à des populations qui en auraient besoin ». ( OMS, Rapport sur la santé dans le monde)

Dans ce contexte l'État Haïtien se doit de concrétiser le processus de réorganisation du système pour mieux répondre à l'urgence des différents besoins en santé de la population Haïtienne. Pour ce faire, nous pensons que les cinq enjeux suivants devront être pris en compte :

- 1) L'un des principaux enjeux de la réorganisation des services est à notre point de vue, la capacité du MSPP à s'imposer comme leader dans le changement en s'appuyant sur les forces disponibles et en élaborant des stratégies qui lui permettent de pallier à ses nombreuses faiblesses.

Ceci dans le but d'assurer le pilotage du système et de développer les rapports entre les acteurs et orienter les interventions vers la réalisation des objectifs sanitaires nationaux.

Il faudra que le Ministère se dote d'une capacité institutionnelle de gestion pour faire face à ces transformations et qu'il acquière une certaine crédibilité. « Le MSPP doit utiliser les connaissances acquises comme levier politique. Construire une argumentation en faveur de la réforme du secteur, gagner progressivement l'autorité nécessaire à la position de leader ». (Wim Van Lerberghe, De l'impasse à la réforme : la crise du secteur de santé au Liban)

Le leadership du MSPP devra stimuler une intégration coordonnée du secteur privé dans le financement et la prestation des soins.

« Il est essentiel que le gouvernement mobilise les énergies des secteurs privé et caritatif pour obtenir une meilleure performance du système de santé en remédiant aux inconvénients des marchés privés » (OMS, Rapport sur la santé dans le monde).

L'État est particulièrement appelé à exercer cette fonction de gouvernance parce qu'il en a reçu le mandat par les citoyens dans les limites des lois qui régissent le système. D'autres acteurs ( assureurs, praticiens privés, ONG etc....) exercent aussi dans une certaine mesure cette tâche, mais ils doivent toujours le faire sous la supervision effective d'un État responsable.

- 2) Un autre enjeu est de rendre disponible un PMS de qualité à l'ensemble du territoire nationale. Ce point central du processus de réorganisation, doit pouvoir se concrétiser au niveau des UCS, en privilégiant l'affectation des ressources à ce secteur prioritaire. Ceci implique le renforcement des capacités institutionnelles et gestionnaires des différent échelons, la mise à niveau des établissements de santé pour un seuil de performance minimal » (REF article Dr Laroche). Il faudra surtout développer le processus d'intégration des soins à l'intérieur des UCS pour assurer la complémentarité entre les établissement et la globalité des soins. Les processus de contrôle et de suivi devront être rendu fonctionnels. Une approche multisectorielle devra être priorisé à ce propos , compte tenu des difficultés du contexte Haïtien.
- 3) Sur le plan financier aussi, la légitimité de l'État doit être reconnue, et ses investissements rendus plus conséquents. En effet, le mode de financement publique s'avère le meilleur garant de l'offre équitable des soins et constitue l'un des outils essentiels dont dispose l'État pour réaliser les arbitrages nécessaires. Le financement de la santé est un enjeu de poids dans un contexte socio-économique aussi précaire que celui d'Haïti.

« Dans les pays à bas revenu, les gouvernements doivent réduire la part du système régressif des paiement directs en étendant l'application des dispositifs de pré paiement qui répartissent le risque financier et éloignent le spectre de dépenses de santé ruineuses ». ( OMS, Rapport sur la santé dans le monde)

Les sources de financement du système devront être recherchées d'abord à travers la rationalisation des dépenses consenties au niveau du système et une meilleure utilisation des ressources.

- 5) L'obtention des effets recherchés par ces différents enjeux ne peut se faire qu'à travers une politique de décentralisation soutenue des processus gestionnaires du MSPP, dans un contexte de service national de santé.

Cette décentralisation devra principalement doter les niveaux départemental et local d'outils et de méthodes leur permettant d'assurer la gestion des UCS. Ce processus de décentralisation doit s'inscrire dans le cadre d'un développement multisectoriel sur le plan national.

Cette décentralisation devrait permettre la mise en place d'une structure de gouvernance plus participative, près des opérations et adaptée aux enjeux de l'intégration.

## **VIII- SCÉNARIOS ENVISAGEABLES A LA REVUE DE LA LITTÉRATURE INTERNATIONALE**

( Résumés des présentations, Rencontres de Libreville 2000 )

### VIII.1- Scénario envisageable pour améliorer la qualité et l'efficacité

L'expérience de la réforme hospitalière au Sénégal – BUTS :

-accroître l'autonomie des établissements pour développer les responsabilités des acteurs du système de santé.

-recentrer l'Etat sur l'exercice de la tutelle en lui faisant jouer pleinement son rôle de contrôle et de régulation.

Cette réforme profite d'une nouvelle loi sur la décentralisation accordant aux collectivités locales de nouvelles prérogatives en matière de gestion des établissements de soins. L'innovation majeure de la réforme est représentée par l'introduction du projet d'établissement dans le fonctionnement des hôpitaux. Le projet d'établissement constitue le document technique et financier sur lequel repose l'ensemble de l'organisation et du développement de tout établissement public de santé.

Il décrit, analyse, évalue les actions envisagées. Il montre également le bien-fondé des décisions proposées en terme d'efficacité, d'efficience et de viabilité à long terme. Le projet d'établissement en général projette l'hôpital dans l'avenir. Il aide à l'identification des problèmes à résoudre et aussi à déterminer la qualité des performances de l'hôpital en terme de productivité et de rendement. Au sein de l'institution, le projet d'établissement permettra entre autres :

- de développer l'esprit d'équipe au sein de chaque service et de l'hôpital,
- de créer une cohérence entre les différents services,
- de susciter une motivation de l'ensemble des agents en les associant à la réalisation d'une œuvre commune et leur faisant percevoir les exigences d'un hôpital performant.

## **VIII.2- Scénario envisageable pour améliorer la réactivité et la qualité**

Expérience du centre hospitalier de Bobo Dioulasso – Burkina Faso.

Dans un premier temps, désireuse de connaître son image de marque au niveau des utilisateurs de ces prestations, une enquête est menée dans ce sens au niveau de la ville.

Dans un second temps, les réflexions sont axées autour des possibilités d'amélioration de la qualité des services. Ceci aboutit à l'élaboration d'un projet médical, un jumelage avec l'hôpital de Châlons-en-Champagne articulé autour de trois axes :

- 1- situer le centre de Bobo Dioulasso comme un hôpital de référence.
- 2- améliorer la prestation des soins
- 3- être un hôpital universitaire.

Echéancier :1998- 2001.                      Bilan après trois ans :

Faiblesses - réticence devant le changement, difficulté à suivre le chronogramme des activités, difficulté à obtenir le financement requis.

Forces – Forte implication de la Direction Générale  
 Forte mobilisation des travailleurs autour de la démarche  
 La récente loi hospitalière les a confortés dans cette mobilisation.

## **VIII.3- Scénario envisageable pour la coordination et l'intégration des différents secteurs**

(Via l'information)

Cette expérience est tirée du jumelage d'un centre hospitalier gabonais avec le CHU de Nîmes.

Il se réalise en 1997 avec l'aide des services de coopération de l'ambassade de France et du Gabon.

Le système d'information est apparu au départ une priorité. Centré sur le patient (gestion administrative du séjour avec éléments de facturation) il est complété progressivement par des modules gérant le dossier médical, puis la logistique et enfin les ressources humaines.

Originalité de ce travail : l'appui sur un éventail large de ressources intégrant les deux hôpitaux, leurs moyens informatiques, des grandes écoles françaises et gabonaises. Les outils choisis relèvent du domaine public et sont aujourd'hui reconnus.

Au total, les choix retenus conjointement par les deux institutions pour l'orientation technique de ce projet reposent à la fois sur les réalités du terrain et sur un nécessaire pragmatique pour mettre en œuvre un système d'information susceptible de fournir à la Direction du Centre Hospitalier de Libreville un véritable outil de gestion.



#### **VIII.4- Scénario envisageable pour l'accessibilité et l'équité**

A la 5<sup>ème</sup> Rencontre Hospitalière Internationale qui s'est tenu au Gabon du 21 au 23 Novembre de l'An 2000,

Un atelier de travail sur le financement des hôpitaux a agité la problématique de l'accessibilité en matière de soins et de services.

D'une manière générale, 7 sources de financement ont été identifiées. Ce sont les dotations de l'Etat, les ressources propres de l'établissement, le ticket modérateur, les tiers payants, l'aide externe, les dons et lègues et enfin les collectivités. En dépit de toutes ces sources de financement, les populations visées, n'arrivent pas pour la plupart à accéder aux soins de santé.

L'ensemble des expériences partagées, pour plus d'une quinzaine de pays du continent africain, accuse la pauvreté extrême des populations d'une part et le coût élevé des services de santé d'autre part.

Pour permettre aux plus grand nombre d'accéder aux soins, l'Etat se voit obliger de fixer les tarifs d'une manière arbitraire et ce, malheureusement, sans mettre en place des mesures d'accompagnement permettant aux hôpitaux publics de rentrer dans leurs frais. Ainsi, ces derniers pour la plupart n'arrivent pas à faire face aux charges inhérentes à leur fonctionnement encore moins à celles liées à l'investissement.

L'offre et la qualité des soins en pâtissent. Soit les plus démunis n'ont pas accès aux soins car le coût des prestations est trop élevé. Soit ils y ont accès, mais ces soins de mauvaise qualité administrées dans des infrastructures douteuses. Et les participants de conclure que quelque soit le cas retenu et malgré les multiples sources de financement, les populations n'ont pas toujours accès aux soins de santé.

L'inquiétude des participants est de savoir ce qu'il en sera lors de la mise en œuvre effective de l'autonomie de gestion des hôpitaux publics, état d'autonomie vers laquelle nous tendons de plus en plus et qui suppose un désengagement quasi total de certaines sources de financement, notamment l'Etat qui demeure le plus grand pourvoyeur.

L'accès plus large des populations aux soins de santé est conditionné par l'adoption de nouveaux tarifs qui descendent à leur portée et par la mise en place d'un système qui prennent en charge la partie des coûts qu'ils ne peuvent supporter.

Mais l'interrogation demeure, car nul ne voit comment développer un système de prise en charge des malades sans que l'hôpital ne supporte tous les coûts y afférents.

Pour clore les débats certaines propositions ont été formulés : Responsabiliser les malades afin qu'ils apprennent à se prendre en charge, mettre en place un système de protection et Créer un fond de solidarité nationale.

Concernant les mesures d'accompagnement, ils ont recommandé la mise en place d'un système de recouvrement des coûts de prestation moins perméable afin d'éviter les

circuits informels et les déperditions. Ils ont également suggéré l'adoption d'un canevas juridique adapté.

Lors de la même réunion, mais au cours d'un autre atelier, les participants ont débattu du problème de l'accessibilité aux soins des populations pauvres dans un contexte d'autonomie hospitalière.

Des appréhensions ont été émises quant à la prise en charge des pauvres en cas d'autonomie de gestion des hôpitaux. Les populations qui recourent aux hôpitaux publics sont le plus souvent dans cette situation.

En plus, des actes médicaux de référence tertiaire, les centres hospitaliers assurent anormalement des prestations médicales du type primaire ou du ressort des hôpitaux régionaux.

Ce groupe a insisté sur le fait qu'autonomie n'est pas synonyme de désengagement de l'Etat au point d'ignorer la couverture financière habituellement allouée aux institutions publiques. L'autonomie au contraire renforce l'engagement de l'Etat dans une nouvelle politique, une politique de subvention des hôpitaux avec une gestion délocalisée vers l'hôpital.

Ils ont formulé l'hypothèse que l'accessibilité aux soins serait favorisée par la création de caisses de santé pour les fonctionnaires et de mutuelles pour les autres catégories sociales, toujours dans un esprit de solidarité nationale.

La redynamisation des centres de santé périphériques par la décentralisation des compétences pourrait éviter l'embolisation des centres de santé tertiaires.

Une telle réflexion a amené le Centre Hospitalier de Bamako ( Mali ) à instaurer un système de consultations spécialisées, en pédiatrie et gynécologie, directement dans les centres de soins primaires avec pour conséquences un désengorgement du centre hospitalier.

### **VIII.5- Scénario envisageable pour la couverture, la gestion et la rétention des ressources humaines**

Le domaine étant très vaste, nous nous limiterons à la motivation et à la rétention du personnel, facteurs déterminants de la couverture sanitaire et de la réussite des projets.

Nous prenons en référence l'expérience du Gabon citée par son Ministre de la Santé d'alors (Novembre 2000).

La motivation du personnel constitue pour cette équipe un facteur clé de réussite du développement d'une structure sanitaire. Ce degré de motivation doit toujours être évalué de façon fiable et préventive. Il ne faut surtout pas attendre que le climat soit dégradé pour tenter de remédier à la situation car à ce moment il est toujours trop tard. Le redéploiement du personnel est paralysé par les grèves ou la démotivation. Toute l'Afrique sub-saharienne en aurait vécue l'expérience. Ils estiment prioritaire de connaître le pourquoi de cette motivation avant de savoir comment la mesurer.

Le niveau d'implication du personnel de santé, son attitude au travail correspondent de plus en plus à une composante essentielle de la qualité du service perçue par le client. Le personnel est bien placé pour savoir ce qui entrave ou facilite l'efficacité. L'écouter permet de prendre en compte des suggestions.

La structure dans laquelle évolue le personnel doit être alertée rapidement afin de porter à l'action en cas de risques de dégradation.

L'étude suggère avant tout d'apprécier l'opinion du personnel et des clients de façon méthodique. Cette approche doit aussi prendre en compte le respect des caractéristiques linguistiques et ethnoculturelles de la population.

Pour évaluer la motivation du personnel on procédera à des enquêtes de motivation de façon régulière. Ces enquêtes portent sur la mesure de compréhension par le personnel du rôle qu'il a à jouer, de sa perception de l'équité entre la contribution qui lui est demandée et la rétribution attendue ( financière ou non financière).

Le second exemple est tiré de l'expérience de l'Hôpital Général de Référence Nationale de N'Djaména au Tchad et de l'Hôpital Calmette de Phnom Penh au Cambodge.

Ils émettent l'hypothèse selon laquelle dans un contexte de bas salaire, une politique d'intéressement des personnels à l'activité des services peut être un élément déterminant de motivation des agents. Ils ont puisé des recettes de recouvrement des sommes qui ont servi de primes à redistribuer entre les employés.

Ce système réclame de la Direction de l'hôpital une volonté de changement parce qu'elle rompt avec une pratique de fonctionnement où toutes mesures incitatives étaient absentes. Comme avantages directs et indirects, nous avons noté :

- L'obligation faite à l'administration de tenir à jour et avec rigueur les effectifs de personnels par service.
- L'obligation de suivre l'absentéisme des agents.
- La mise en place conjointe d'une politique d'évaluation du personnel.
- La répartition des salariés en catégories tenant compte du niveau de formation et des responsabilités.
- Le suivi rigoureux des recettes par service.
- Le développement d'une gestion transparente des ressources humaines réalisé lors de ces expériences ont permis de constater une nette amélioration de la qualité des services et une chute drastique du taux d'absentéisme. Il s'en est suivi une augmentation des recettes autorisant le versement de primes significatives.

Trois remarques importantes se dégagent de cette expérience :

D'abord il ne faut pas oublier que les primes d'encouragement ne sont qu'un volet d'une politique sociale plus vaste qui doit englober l'amélioration des conditions de travail et le développement des actions de formation continue.

Il existe un risque de voir le personnel se désintéresser des patients pauvres non solvables au profit des plus nantis capable de faire gonfler les recettes de l'hôpital.

Et enfin ils estiment que le montant des primes dégagées, ne saurait dispensé l'Etat de revoir les politiques salariales et de développer des systèmes de couverture sociale, les coûts de fonctionnement des services hospitaliers ne pouvant être supportés par les seuls usagers.

Il ressort de toutes ces expériences que le projet d'établissement est un outil intéressant qui convient aux faibles moyens financiers des pays en voie de développement. Il favorise une organisation méthodique et adaptée qui conduit à la gestion optimale des ressources disponibles.

Cet outil suscite une dynamique de groupe autour d'un projet consensuel et aboutit à une meilleure qualité des soins. Il implique les hôpitaux dans la planification sanitaire des états, et les transforme en acteurs actifs. De plus, le projet d'établissement ne nécessite pas une méthode particulière pour sa mise œuvre. L'initiative peut naître d'un constat de dysfonctionnement et servir de point de départ à une réflexion élargie. Le PE n'est pas obligatoirement global, Il peut intéresser un service ou une discipline, Mais l'important est l'adhésion et la participation de toutes les catégories de personnels.

Le projet d'établissement s'articule nécessairement avec la planification sanitaire. La démarche suppose que soient définis pour chaque établissement sa mission, sa place actuelle et future dans le système de santé, en recherchant un certain degré d'intégration.

« La définition d'une véritable politique de santé apparaît comme un préalable indispensable. La définition des priorités de santé publique, l'affirmation du rôle essentiel des soins de santé primaires, la détermination des conditions d'accessibilité aux soins de santé, la mise en œuvre d'une carte sanitaire, un système d'information sanitaire fiable doivent logiquement précéder la démarche du projet d'établissement ». (Rencontres de Libreville 2000- Résumés des présentations)

En l'absence de ces préalables, le projet d'établissement restera une réponse limitée par rapport aux enjeux majeurs pour la santé des populations.

## **IX- PROPOSITION D'UN PLAN D'ORGANISATION DE L'OFFRE DES SERVICES**

Ces propositions concernent le système de soins, avec la présentation d'un plan de d'organisation de l'offre de services. Ce dernier est proposé à la lumière des principaux enjeux proposés et des besoins identifiés au niveau du bilan de l'état organisationnel. Nous envisageons la réorganisation de l'offre des services dans le cadre du système national de santé, un système cohérent dont la structure favoriserait l'atteinte de certains buts tels l'amélioration de la couverture, de l'accessibilité, de l'équité, de la réactivité, de la qualité et de l'efficacité.

Nous sommes conscients que le cheminement vers les résultats escomptés sera très lent, les voies à suivre étant sinueuses et difficiles.

Le cadre de nos recommandations se situera dans une perspective d'opérationnalisation des Unités Communales de Santé. Les nombreuses informations recueillies lors de l'élaboration de ce travail et durant cette année de formation, nous conforte dans la

certitude que l'UCS offre une stratégie intéressante et valable pour une réorganisation du système de soins en Haïti.

Le modèle UCS est l'élément fondamental actuel de la politique de santé. Il est envisagé comme étant un micro-système par rapport au système global de santé qui vise un objectif de couverture sanitaire du territoire Haïtien par une nouvelle organisation de l'espace géographique et des populations de desserte.

Ce système s'inscrit dans une logique de décentralisation intégrée, c'est à dire de réorganisation et de réorientation d'un ensemble de structures sanitaires et la mise en réseau des services à l'intérieur de zones démographiques définies. Ceci dans le but de résoudre les problèmes de santé des individus, des collectivités et de faciliter la participation sociale.

Cependant, nous pensons que de nombreuses difficultés rencontrées dans l'opérationnalisation de ce concept, résultent du manque de planification, d'évaluation, de contrôle et de suivi du processus. Nous essayerons par ces propositions d'établir des pistes de résolution de ces problèmes.

## PLAN

Ce plan est formulé autour de quatre axes stratégiques :

- Renforcement institutionnel
- financement
- prestation des services
- développement d'un partenariat entre les acteurs du système

### 1- Objectif Général

Assurer une prise en charge plus efficace des problèmes de santé de la population.

### 2- Objectifs Spécifiques

#### 2.1 Rendre fonctionnel le processus de décentralisation sanitaire

##### Objectif opérationnels

- Promouvoir l'information sur les UCS
- Rationaliser la carte sanitaire
- Rechercher l'engagement et la participation de tous les acteurs et favoriser une approche multisectorielle
- Définir les modalités du partenariat public-privé dans la prestation des soins et dans le financement du système
- Rendre fonctionnel le cadre légal et réglementaire UCS
- Renforcer les niveaux de gestion départementales et communautaires
- Réhabilitation des infrastructures sanitaires
- Responsabiliser les comités de gestion de chaque UCS face à la communauté desservie
- Établir des liens entre les différentes UCS pour promouvoir l'échange d'information et d'expérience
- Impliquer la population dans le processus de gestion des UCS

## **2.2 Assurer la disponibilité d'un personnel qualifié pour la prise en charge des urgences médico-chirurgicales dans les UCS**

Objectifs opérationnels

- Envisager des mesures d'un déploiement plus équilibré des ressources humaines actuellement disponibles à travers l'ensemble des UCS
- Former des prestataires de soins en fonction des besoins(UCS)
- Impliquer les prestataires dans le processus de gestion des UCS
- Définir une politique de gestion des ressources humaines dans le système et une politique salariale équitable
- Elaborer des normes et processus pour la prise en charge des urgences médico-chirurgicales
- Développer un système d'information sanitaire adapté
- Développer des outils d'évaluation, de contrôle et de suivi des UCS

## **2.3 Assurer la couverture des soins médico-chirurgicales 24hres\24 dans les UCS**

Objectifs opérationnels :

- Équiper adéquatement toutes les institutions sanitaires
- Assurer la disponibilité de médicaments en quantité suffisant
- Mettre sur pied un service ambulancier national
- Assurer la disponibilité permanente d'un personnel qualifié dans les établissements sanitaires
- Elaborer un système d'orientation-recours
- Mise en réseau des institutions sanitaires
- Redéfinir un PMS de qualité adapté aux différents échelons

## **2.2- Assurer un financement plus équitable des soins de santé**

**Objectif opérationnels :**

- Verser régulièrement les allocations budgétaires des institutions sanitaires
- Développer des modes de financement solidaire au sein des communautés
- Prévoir un mode d'exonération pour les plus démunis ( création d'un fond d'entraide dans chaque UCS)
- Uniformisation de la tarification dans l'ensemble des UCS
- Développer les assurances publiques dans le système
- Assurer le suivi et le contrôle rigoureux des recettes et des dépenses et le développement de modes de gestion permettant une utilisation plus rationnelle des ressources financières
- Maîtriser le mode de financement des UCS

## **X- MISE EN OEUVRE**

La nécessité de la mise en œuvre d'un plan de réorganisation du système de soins en Haïti est devenue une évidence pour tous les acteurs. Le MSPP a fait le choix stratégique de répondre à ces besoins par l'implantation des Unités Communales de Santé qui rendraient disponible un PMS à l'ensemble de la population. Pour être crédible,

cette démarche devra s'appuyer sur les enseignements du passé mais aussi sur une détermination sans faille de l'Etat. Le MSPP devra se munir des moyens de sa politique.

L'engagement des principaux partenaires du secteur va de toute évidence constituer un facteur de poids pour la mise en œuvre effective. L'appui donné au développement progressif de ces UCS devra être soutenu tout au long du processus, pour permettre l'atteinte des objectifs.

L'implantation des UCS, ne peut être envisagé que dans le cadre d'une démarche participative et interactive entre le MSPP, les différents acteurs et les communautés. Il faudra prendre en compte les traditions et les intérêts établis de chaque partenaire au cours des négociations, pour mieux vaincre les résistances au changement.

Le MSPP doit situer son positionnement et faire connaître sa stratégie de priorisation du développement des services publics à travers l'implantation des UCS.

Il doit organiser une vraie campagne de promotion, d'information et de mobilisation autour de cette vision pour solliciter l'engagement des différents acteurs, des prestataires de soins et de la population. Le Ministère devra rester ouvert aux suggestions découlants de ces échanges.

Certains prérequis devront être rapidement rendus fonctionnels pour stimuler la pérennité de ce micro système et l'acquisition d'une autonomie régionale : le cadre légal, le financement, une décentralisation effective, la rationalisation de la carte sanitaire.

Le financement reste l'un des points d'ombre de ce processus, Plusieurs stratégies devront être envisagées pour la diversification des sources de financement du secteur santé.

Même si l'engagement des différents partenaires internationaux restent actuellement incontournable pour la mise en œuvre de ce plan, il faudra que l'Etat Haïtien consente une part budgétaire plus conséquente au secteur santé pour assurer le succès de cette réorganisation du système.

Le renforcement institutionnel par le développement des processus gestionnaire et les processus d'information sont eux aussi des piliers de ce changement.

La mise en réseau des organisations publiques permettra le développement d'une interdépendance institutionnelle, d'une plus grande cohérence dans la prestation des soins et stimulera la coopération d'équipes cliniques multidisciplinaires. Ceci devrait permettre d'accroître la coordination, la continuité et la globalité des services. Cette stratégie devra reposer sur une standardisation des normes et processus. Cette intégration des services sera donc perçue à trois niveaux, l'intégration clinique, l'intégration des soins et l'intégration fonctionnelle.

Le processus d'intégration systémique des organisations et des services devra être planifié et progressif, permettant le fonctionnement parallèle des zones non encore couvertes par les UCS. Ces régions continueront à bénéficier des appuis traditionnels des programmes verticaux. Les modalités de négociation des contrats avec le secteur privé

devront être discutées et clarifiées pour permettre l'élaboration d'accords intersectoriels durables. Les différents partis seront tenu de respecter les termes des contrats.

Un autre élément clé de la mise en œuvre de ce plan est le développement d'une politique de ressources appropriée qui couvrira trois aspects fondamentaux, les ressources humaines, les ressources financières et les ressources matérielles. Nous nous attarderons sur le problème du capital humain qui nous paraît plus difficile à résoudre dans le contexte actuel. Plusieurs stratégies pourront être envisagées pour impliquer ces ressources dans le processus : diffusion de l'information sur les UCS, implication dans la planification, incitatifs sociaux (accès à des crédits bancaires, assurance maladie, assurance vieillesse, gratuité scolaire pour les enfants, plan de carrière etc....), incitatifs financiers.

A court terme, la redistribution des ressources humaines pourrait être envisagée : reconversion de spécialistes en médecins de famille, le remplacement de certaines catégorie de médecins par d'autres professionnels de la santé, la création de nouvelles catégories de personnels de santé et enfin la redistribution géographique du personnel en santé.



## **XI- CONCLUSION**

Le processus de réorganisation du système de soins entamé par le Ministère de la Santé Publique et de la Population en Haïti ne peut se faire que dans la durée. Ce changement s'accompagne de négociations, d'appropriation et d'un long processus d'apprentissage. Comme le signal Demers « Le changement n'est pas une brisure, il fait partie de la continuité. Sa réussite dépend de la maîtrise partagée par le tissu organisationnel, de la complexité et de l'imprévisible dans lesquelles évolue l'organisation ».

Le MSPP, malgré sa détermination manifeste ne pourra mener seul ce processus, l'implication des acteurs de la société civile est indispensable ainsi que celui de la population. Nous citerons encore Demers « Changer c'est reconnaître que les acteurs organisationnels ne font pas simplement que se conformer aux orientations mais les interprètent, chacun à leur façon et selon leur perspective, pour réussir à se les approprier et à les appliquer dans leur quotidien. Ainsi , conduire une démarche de transformation, c'est construire cette capacité à changer ».

Cette approche collective, historiquement, a toujours conduit le peuple Haïtien à la victoire ; nous pensons que cette démarche du MSPP est porteuse d'espoir pour la population Haïtienne et lui permettra de vaincre le défi du développement.

## XII- BIBLIOGRAPHIE

Dussault, G. (1996), Les besoins de santé : définition et mesure

OMS, Rapport sur la santé dans le monde 2000, pour un système de santé plus performant

MSPP, Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services, EMMUS III, Haïti 2000

OPS, Salle de situation de santé

MSPP, Document d'orientation de la réforme du secteur de la santé, Draft, 1997

MSPP, Etude global du secteur du médicament, Rapport final, 2002

OMS, La réponse aux problèmes de santé, Haïti, 1998

OMS/OPS, Haïti 2002, situation sanitaire

Contandriopoulos, A.P. Denis, J.L. Dubois, C.A, La place et le rôle du secteur privé dans la transformation du système de soins, Université de Montréal, 2000

Wim Van Lerberghe, Walid Ammar, Abdelhai Mechbal, De l'impasse à la réforme : la crise du secteur santé au Liban, 1997

Laroche. M, MSPP(2000), Implantation et développement des unités communales de santé en Haïti, analyse des expériences de terrain ; p3-20

Résumés des présentations ,Rencontres Hospitalière de Libreville, 2000

Denis.J.L, Contandriopoulos, A.P et al, Intégration des soins ,dimensions et mise en œuvre, Revue transdisciplinaire en santé, ruptures vol.8, no 2, 2001 p 38-51

Voltaire. Henri. Claude, Plan d'action prioritaire et de mesures préparatoires au renforcement du système national de santé, 2001-2002

Christiane emers, Gestion automne 99- Transformer l'organisation- de la gestion du changement organisationnel à la capacité de changer- L'évolution de la recherche sur le changement organisationnel de 1945 à nos jours

## ANNEXE I

### GUIDE D'ENTREVUE

Nom et Prénom :

Profession :

Poste actuel :

### QUESTIONS

1- Etes- vous au courant des nouvelles orientations de la réforme du système de santé ?  
Si oui, quelles sont-elles ?

2- Connaissez-vous les objectifs de la politique de santé nationale ?  
Si oui, identifiez-en les principaux

3- Existe-t-il des liens entre le MSPP et l'organisation dans laquelle vous travailler ?  
Si oui lesquels ?

4- Etes vous imbus des lois qui régissent le fonctionnemnet du système de santé ?

5- Quels types de pouvoir vous sont délégués dans votre travail ?

6- Existe-t-il un organigramme dans votre organisation ?

7- Existe-t-il une description de taches ?

8- Existe-t-il des normes de fonctionnement dans votre organisation ? sont-elles  
connues de tous ?

9- Votre organisation fonctionne-t-elle selon un cadre réglementaire connu de vous ?

10- L'information produite à votre travail, est-t-elle accessible ?

11- Y a-t-il déjà eu une évaluation de votre travail depuis votre engagement ?

12- Comment évaluez- vous les résultats produits par votre organisation ?

Bon

Moyen

Mauvais

13- Disposez- vous de ressources matériels suffisantes pour produire les services  
requis ?

14- Etes-vous tenus informer des résultats produits par l'organisation où vous travaillez?

15- L'accessibilité géographique aux soins est-elle bonne dans l'organisation actuelle des  
services de santé ?

Toujours

Parfois

Jamais

16- L'accessibilité économique aux soins est-elle bonne dans l'organisation actuelle des services de santé ?

Toujours

Parfois

Jamais

17- Que pensez-vous de la qualité général des services du système de soins ?

Très Bonne

Bonne

Mauvaise

18- Comment jugez-vous la performance du système de soins en Haïti ?

Très Bonne

Bonne

Mauvaise

19- Pensez-vous que l'horaire de fonctionnement des institutions sanitaires publiques et privées répond aux besoins de la population ?

20- D'après vous quels sont les principaux problèmes du système de santé Haïtien actuellement ?

## ANNEXE II

### POINT DE VUE DE CERTAINS ACTEURS SUR LES CAUSES DES PROBLEMES ORGANISATIONNELLES

- De l'avis des cadres du Ministère (6 personnes) que nous avons interrogé au cours de ce travail, les principaux problèmes liés à l'organisation du système :
  - l'absence d'une politique de gestion des ressources humaines (33%)
  - l'insuffisance des ressources matérielles et financières (32%)
  - le manque de stabilité des orientations du Ministère, elles changent selon le selon le ministre en fonction
  - la priorisation d'un mode de fonctionnement trop informel (6%)
  - le manque de cohésion entre les différentes composantes du MSPP (4%)
  
- Les principaux problèmes organisationnels signalés par les prestataires du secteur public (11 personnes) lors de nos entrevues sont :
  - manque de ressources matériel et économique (33%)
  - mauvaise conditions de travail et salariales (32%)
  - mauvaise condition économique de la population (18%)
  - mauvaise gestion des institution et du système (8%)
  - manque de compétence du personnel (6%)
  - absence de normes ( 3%)
  
- Les principaux problèmes organisationnels signalés par les prestataires du secteur privé (13 personnes) lors de nos entrevues sont :
  - manque de ressources matériel (32%)
  - mauvaise conditions économiques de la population (30%)
  - manque d'engagement et de compétence du personnel (18%)
  - manque de leadership du MSPP (11%)
  - absence de normes (9%)