

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION
(MSPP)

PLAN DIRECTEUR DE SANTE 2012-2021

Draft
Aout 2012

Table des matières

Liste des sigles et acronymes

APD	Aide Publique au Développement
ASN	Autorité Sanitaire Nationale
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CELADE	Centre de Démographie Latino-Américain et de la Caraïbe
CDMT	Cadre de Dépenses en Santé à Moyen Terme
CNIGS	Centre National de l'Information Géo-Spatiale
DHS	Demographic Health Survey
ECVH	Enquête sur les conditions de vie en Haïti
EMMUS	Enquête sur la Mortalité, la Morbidité et l'Utilisation des Services
FAES	Fonds d'Assistance Économique et Sociale
FNS	Fonds National pour la Santé
HCR	Hôpital Communautaire de Référence
HUEH	Hôpital de l'Université d'État d'Haïti
IHSI	Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique
IRA	Infection Respiratoire Aigue
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MAST	Ministère des Affaires Sociales et du Travail
MEF	Ministère de l'Économie et des Finances
MICT	Ministère de l'Intérieur et des Collectivités Territoriales
MPCE	Ministère de la Planification et de la Coopération Externe
MSP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
MTPTC	Ministère des Travaux Publics, Transport et Communication
ODM	Objectifs de Développement du Millénaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Internationale
ONPES	Observatoire national de la Pauvreté et de l'exclusion Sociale
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PMS	Paquet Minimum de Services
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSDH	Plan Stratégique de Développement d'Haïti
PSNLMT	Plan Stratégique National de Lutte contre les Maladies Transmissibles
PSNRSS	Plan Stratégique National pour la Réforme du Secteur Santé
RH	Ressources Humaines
SIDA	Syndrome Immuno-Déficitaire Acquis
SIS	Système d'Information Sanitaire
SSPE	Structure de Santé de Premier Échelon
UCS	Unité Communale de Santé
UNESCO	Fonds des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine / Syndrome Immuno-Déficitaire Acquis

Définition

Carte sanitaire : Outil de planification qui utilise le SIS pour illustrer des indicateurs, essentiellement complexes, préalablement retenus pour la gestion des programmes de santé. La production, sous forme de cartes géographiques, des rapports relatifs à ces indicateurs renforce la connaissance des paramètres entrant dans la prise de décision à tous les niveaux.

Préambule

Le Plan Directeur de Santé découle de la Politique de santé, fruit d'un processus participatif de la population haïtienne à travers des consultations en Assises Départementales sur la santé ayant culminé en États Généraux de la Santé. La Politique Nationale de Santé tient compte des référents constitutionnels et légaux, conventions, accords et traités internationaux en la matière. On peut retenir : la Constitution de 1987 amendée, la Déclaration de Politique Générale du Gouvernement, les ODM, l'Accord de Paris,...

Le Plan Directeur en Santé explicite l'ensemble des options et dispositions retenues et consignées dans la Politique Nationale de Santé par l'État Haïtien dans la plénitude de sa souveraineté pour améliorer la situation sanitaire de sa population et l'adapter aux exigences de développement du Pays, en fonction du niveau actuel de santé de la population résidente, de ses déterminants et du degré de développement du système national de santé.

Dans ce contexte, le gouvernement opte pour une action cohérente agissant, à travers les divers secteurs concernés, sur l'ensemble des déterminants afin d'avoir un impact positif sur la santé de la population. En plus de l'offre de service de santé tant quantitative que qualitative, ces interventions portent, entre autres, sur l'accès à l'eau potable et au logement, sur l'assainissement du milieu, sur la sécurité alimentaire.

Toutes les solutions retenues dans la Politique de Santé Publique et précisées dans le Plan Directeur en Santé 2012 2021 convergent vers la correction des problèmes structurels du secteur et placent la santé au cœur du développement national en tant que réponse sociale et comme investissement. Les actions régulatrices visent, non à pénaliser des acteurs ou des sous-secteurs mais, à offrir à tous un cadre qui garantit la sécurité des utilisateurs et l'efficacité des pourvoyeurs de service.

La Politique Nationale et le Plan Directeur de Santé constituent le cadre stratégique général conçu pour orienter la réponse du Pays à la problématique sanitaire à travers les composantes de l'état, de la société civile, de la coopération internationale. Elles représentent une référence à laquelle tous les acteurs sont astreints de se conformer pour toute initiative en matière de santé ou liée à la santé.

Le Plan Directeur de Santé sous le leadership du Ministère de la santé publique, en tant qu'ordonnateur principal du secteur, est complété par des lois cadres de réglementation, une charte de partenariat, des normes et des procédures, des mécanismes de coordination et d'articulation intra et inter sectoriels. Il est mis en œuvre à travers l'élaboration et l'exécution de plans opérationnels départementaux triennaux et de plans spécifiques par domaine d'interventions.

Le Plan Directeur en Santé s'articule en quatre parties : 1.- Analyse situationnelle ; 2.- Les orientations de la Politique Nationale de Santé de 2012 ; 3.- le Plan directeur ; 4.- Mise en œuvre, Suivi et Evaluation du Plan Directeur.

1^{ère} Partie.- Analyse situationnelle du secteur santé.

L'analyse situationnelle du secteur santé couvre i) le niveau de santé de la population haïtienne avec les tendances de la morbidité et de la mortalité, les caractéristiques de l'état de santé de la population ; ii) l'analyse des déterminants du niveau de santé de la population : démographiques, biologiques, environnementaux, sociaux, économiques et prenant en compte le financement du secteur santé, anthropologiques /culturels, institutionnels, faisant ressortir les défis de gouvernance incluant la coordination du secteur, la production et la gestion des ressources humaines.

Chapitre 1. Niveau de Santé de la Population Haïtienne.-

L'évolution vers une amélioration de l'état de santé de la population est très lente. Les niveaux de mortalité et les tableaux de morbidité par maladies infectieuses transmissibles et nutritionnelles sont élevés. La situation est pareille pour les conditions liées au comportement sexuel. Une accessibilité limitée aux soins de santé de base, la distribution inégale des ressources pour la santé, un faible niveau d'assainissement de base, un niveau très bas d'éducation sanitaire concourent à ralentir l'évolution vers une baisse rapide de la morbidité.

Parallèlement, certaines conditions morbides, jusque-là peu documentées tendent à s'identifier comme des problèmes graves de santé publique en Haïti (maladies cardio-vasculaires, diabète, cancer, handicaps physiques et mentaux). Des maladies émergentes comme le SIDA, le choléra et ré-émergentes comme la tuberculose, la malaria, la rage constituent un frein au développement du pays à cause de leur caractère débilitant et de leur prévalence chez les individus en âge de travailler, alimentant ainsi le cycle de la pauvreté. La violence et les accidents sont devenus depuis une décennie des causes majeures de morbidité et de mortalité. Les indicateurs de santé des femmes et des enfants ne se sont pas améliorés de façon significative au cours des dernières années. Pis encore, les indicateurs de santé maternelle tendent à empirer. Le niveau de santé de la population contribue à maintenir Haïti dans le peloton de queue des Pays à faible développement humain; en particulier, l'objectif de 65 ans fixé pour l'espérance de vie à la naissance vers 2015 ne sera probablement pas atteint.

1.1. Tendances de la morbidité.-

En Haïti, le tableau de morbidité est encore occupé par les maladies infectieuses transmissibles (tuberculose et autres infections respiratoires aiguës et chroniques – SIDA et autres maladies sexuellement transmissibles : filariose, malaria, dengue); les maladies d'origine hydrique; les zoonoses (comme le charbon particulièrement prévalent dans certaines régions du pays: Plaine du Cul de Sac, Baintet) et la rage humaine caractérisée par une létalité quasi certaine et pour laquelle on assiste régulièrement à une poussée à certaines périodes de l'année. Certaines conditions (maladies cardiovasculaires – diabète – néoplasies – traumatismes) de par leur

incidence et prévalence croissantes sont devenues un objet de préoccupation de santé publique, ce qui fait penser que Haïti est actuellement en pleine transition épidémiologique. Depuis le Tremblement de Terre de 2010, on a commencé de façon sérieuse à mesurer la dimension alarmante en Haïti des handicaps physiques et des affections mentales.

Quelques indicateurs de morbidité éclairent sur la situation :

- Prévalence du SIDA : 2.2% (EMMUS IV 2005 – 2006).
- Incidence de la tuberculose : 132/100.000 nouveaux cas de frottis (PNLT/Plan Stratégique 2009 – 2015).
- Prévalence de la tuberculose : 306/100.000 hab. (PNLT/Plan Stratégique 2009 – 2015, MSPP).
- Taux de croissance des Infections Respiratoires Aiguës (IRA) : 20.29% en 2009 et 5.94% en 2010. A noter que les IRA sont en tête de liste des cas de morbidité depuis les 4 dernières années, suivies de la malaria, de l'anémie, des parasitoses intestinales.
- Prévalence de la malaria : 4.9% (Plan Stratégique National de Lutte contre les Maladies Transmissibles- PSNLMT- 2009 – 2013, MSPP).
- Prévalence de la dengue classique : 0.72/100.000 (indicateurs de base MSPP – 2004).
- Néoplasies chez les femmes de 15 ans et plus : 1417/100.000 (1980 – 1990, Indicateurs de base MSPP, 2004).
- Prévalence du goître : 10% (1992, indicateurs de base MSPP, 2004).

En référence aux catégories démographiques, le tableau morbide chez les femmes est dominé par le SIDA, les infections opportunistes liées au SIDA, les carences nutritionnelles, les pathologies liées à la grossesse et à l'accouchement. Les pathologies infantiles sont dominées par les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, la malnutrition. Quelques indicateurs :

- Prévalence des infections respiratoires aiguës chez l'enfant : 20.2% (EMMUS IV, 2005 – 2006).
- Prévalence des diarrhées infantiles : 27.4% (EMMUS IV, 2005-2006).
- Prévalence de la malnutrition chronique chez l'enfant : 21.5% (EMMUS IV, 2005 – 2006)
- Prévalence de l'anémie chez les femmes : 46% (EMMUS IV, 2005 – 2006)
- Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois : 61% (EMMUS IV, 2005 – 2006)
- Prévalence de l'anémie chez les hommes : 24% (EMMUS IV, 2005 – 2006)

1.2. Tendances de la Mortalité.-

Le taux brut de mortalité estimé à 27.5/1000 en 1959 s'est maintenu au-delà de 20/1000 jusqu'en 1970. Ce taux est descendu à 15.7/1000 au début des années 80 et à 10/1000 au début

des années 2000. Par rapport aux causes spécifiques de mortalité selon les catégories démographiques :

- La mortalité infanto-juvénile liée particulièrement à la diarrhée, aux IRA, aux carences nutritionnelles s'est maintenue à un niveau élevé jusqu'en 2005 (trois fois la moyenne régionale). Le rythme de décroissance observé ne permet pas d'atteindre les ODM souscrits par Haïti.
- La mortalité maternelle estimée à 457/100.000 naissances vivantes au début des années 90 est passée à 523 pour 100.000 en 1994-1995 pour atteindre 630 pour 100.000 en 2005 (EMMUS II, III, IV).
- La première cause de mortalité des adultes est l'hypertension artérielle, suivie de près par le SIDA et la diarrhée aqueuse (MSPP - Annuaire Statistique, 2010).
- La létalité de la diarrhée par choléra a été de 69/100,000 entre 2010 et 2011.

1.3. Caractéristiques de l'état de santé de la population.-

Le tableau de morbidité et de mortalité de la population haïtienne, dans différents aspects, traduit une situation d'inégalité devant la maladie et la mortalité :

- Par rapport à l'espérance de vie à la naissance, de 2000 à 2005, il a été constaté un décalage d'environ 3,5 ans entre l'espérance de vie à la naissance des hommes (56,4 ans) et celle des femmes (59,9 ans), (IHSI – CELADE).
- L'enquête EMMUS IV révèle de fortes inégalités en matière de survie entre les plus riches et les plus pauvres. Ainsi, pour la santé materno-infantile par exemple, les taux de mortalité néo-natale et post natale s'élèvent respectivement à 24/1000 et 54/1000 chez les 20% des plus pauvres contre 19/1000 et 26/1000 chez les 20% des plus riches. Le risque de décéder entre le premier et le cinquième anniversaire est cinq (5) fois plus élevé chez les 2% des plus pauvres (51/1000) que chez les 20% des plus riches (10/1000)
- Les mêmes inégalités sont constatées au niveau de la mortalité maternelle, avec une nette différence entre le milieu urbain et le milieu rural, au détriment du milieu rural. Plus criant encore, l'indice synthétique de fécondité s'élève à 6 enfants/femme en milieu rural contre 3 en milieu urbain (EMMUS IV).

Malgré leur spécificité, la pauvreté et les inégalités économiques et sociales sont donc étroitement liées. La forte incidence de la pauvreté est due, dans une large mesure, à l'ampleur des inégalités et de l'exclusion sociale. Un besoin de sécurité sociale, particulièrement de protection sociale en santé se fait grandement sentir.

Chapitre 2. - Analyse des déterminants du niveau de santé de la population haïtienne.

La santé se définit comme étant un état de bien-être physique et mental (OMS), et doit nécessairement être analysée dans ses aspects dynamiques. Elle résulte d'un état d'équilibre entre diverses forces déterminées par l'environnement naturel et social et par l'intervention de la société et des pouvoirs publics à travers l'organisation du système de santé. L'analyse des déterminants de la santé de la population haïtienne amène à tenir compte des contextes politique, socio-économique, démographique, environnemental et anthropologique /culturel dans lesquelles évolue la population.

2.1. Déterminants démographiques.-

Le contexte démographique montre la corrélation qui existe entre la parité, le patron de fécondité, l'âge à la première et à la dernière grossesse et la santé des femmes et des enfants. Il existe une corrélation positive entre la multiparité, les grossesses précoces d'une part et la mortalité maternelle et infantile d'autre part. La population résidente haïtienne est évaluée à plus de dix millions (10,000.000) d'habitants avec un taux de croissance inter censitaire (1982 – 2005) de 2.5. Les jeunes de moins de 25 ans constituent le groupe démographique majoritaire représentant 61% de la population, ce qui les désigne comme cible prioritaire pour les programmes sociaux en général, les programmes de santé sexuelle et reproductive en particulier. L'augmentation du taux de croissance est due particulièrement à une fécondité encore élevée (4 enfants par femme) associée à une baisse des mortalités générale, juvénile et infantile. La fécondité des adolescentes est encore très élevée malgré une certaine baisse. Vingt-neuf pour cent (29%) des adolescentes de 19 ans lors du dernier recensement avaient déjà un enfant ou étaient enceintes. Durant les quinze prochaines années, les haïtiens âgés de 0-14 ans entreront en âge de procréer, le volume de population augmentera considérablement tant que les déficits actuels en matière de services de santé (PF, CCC, ...) ne sont pas comblés. L'État haïtien doit donc incessamment agir sur le taux de croissance déjà insupportable de la population tenant compte des limitations courantes du système de soins, de l'espace territorial disponible et des capacités actuelles de production du pays.

L'urbanisation s'est accélérée au cours des vingt dernières années avec un taux de croissance urbaine qui est passé de 3.5% entre 1971 et 1982 à 4.7% entre 1983 et 2003. Actuellement, la population rurale est estimée à 60% contre 40% pour le milieu urbain. Plus de 50% des populations urbaines du pays vivent dans des zones dites marginales selon une densité de 1000 – 1300 personnes à l'hectare, pour une dotation moyenne de 1,5 m² par personne.

2.2. Déterminants biologiques.-

L'état nutritionnel conditionne le niveau de santé de toute la population et le développement physique et intellectuel des enfants en particulier. L'insécurité alimentaire chronique qui sévit en Haïti depuis plusieurs décennies est à la base des états de carence constatés et entretient le cycle malnutrition – maladies infectieuses et parasitaires dont l'engrenage est depuis 2010 aggravé par le choléra. Plus de la moitié de la population haïtienne soit 57% (PSNRSS, 2005-2010) vit dans l'insécurité alimentaire qui se traduit notamment par un déficit de l'ordre de 10% des calories requises. L'état nutritionnel étant un déterminant du niveau de résistance des individus à toute forme d'infection, et l'alimentation un facteur primordial à l'adhérence à certains types de traitement, il est essentiel que cette problématique soit prise en compte dans toute démarche pour améliorer l'état de santé de la population haïtienne.

2.3. Déterminants environnementaux.-

La dégradation de l'environnement en Haïti est causée, entre autres, par l'instinct de survie, les limites de l'émigration et la faiblesse de l'État. Le déboisement et la dégradation de l'environnement physique est à la base de catastrophes (inondation, éboulement,...) qui alimentent le tableau de morbidité et de mortalité. L'urbanisation non contrôlée facilite la transmission de certaines maladies (malaria, typhoïde, choléra, IRA, IST) de par les conditions de promiscuité physique et sexuelle, d'insalubrité, d'absence de services publics (eau, assainissement, traitement et élimination des déchets) qu'elle engendre et entretient.

La débilite de l'environnement sécuritaire et la faiblesse de mesures efficaces de contrôle constituent un ferment pour la violence et les accidents, causes importantes de morbidité et de mortalité. Le climat tropical favorise le développement des insectes vecteurs de la malaria et de la dengue, en particulier des anophèles et des Aedes. L'environnement à l'intérieur des bidonvilles et des camps d'hébergement est caractérisé par la promiscuité physique et sexuelle, l'insalubrité, l'absence des services sociaux de base et se prête à la violence physique et sexuelle, la transmission de maladies infectieuses et parasitaires.

2.4. Déterminants sociaux.-

Le niveau de développement humain ou de pauvreté humaine se mesure au degré d'accès aux services sociaux de base (santé, éducation, eau courante potable, assainissement, informations spécifiques) dont bénéficient les individus d'une communauté. L'accès à ces services est un déterminant essentiel du maintien de la santé.

2.4.1. Accessibilité aux Services de Santé de base.-

Différentes sources de données (EMMUS IV; Enquête Budget Consommation Ménage; Carte de la Pauvreté d'Haïti, version 2004) s'accordent pour faire un diagnostic alarmant du niveau d'accès de la population haïtienne aux services de santé et autres services

sociaux liés à la santé. Par rapport à l'accessibilité géographique aux services institutionnels de santé EMMUS IV l'évalue à 60%. On retient que les dispensaires qui offrent un paquet dérisoire de services de santé représentent plus de 50% de toutes les institutions sanitaires.

2.4.2. Accès à l'eau potable.-

Haïti dispose d'une quantité suffisante de ressources en eau. Le pays reçoit environ 40 milliards de m³ d'eau chaque année dont 10% seulement s'infiltrent dans le sol. On estime que moins de 10% du potentiel hydrique d'Haïti est exploité. Les résultats du calcul de l'indice d'accès à l'eau courante (Carte de la Pauvreté d'Haïti, 2004) montrent que 26 communes sur 133 (19.59%) ont une accessibilité acceptable à l'eau courante. Trois départements géographiques sont dans une situation critique, vu que la totalité de leurs communes est classée faible et très faible.

2.4.3. Situation par rapport à l'assainissement.-

L'assainissement réfère à : la collecte et l'épuration des eaux usées, la collecte et la disposition finale des déchets solides et des excréta, l'existence de latrines. D'une manière générale, la situation de l'assainissement pose de sérieux problèmes environnementaux et de santé publique. Les résultats du calcul de l'indice d'assainissement de base montrent que seulement 25 communes sur 133 bénéficient de facilités acceptables (Carte de la Pauvreté d'Haïti, 2004). A côté de la dégradation de l'environnement, les villes d'Haïti en général, l'aire métropolitaine en particulier, vivent une situation d'insalubrité sans précédent résultant de l'absence d'un système fiable d'évacuation et de contrôle des déchets domestiques et humains. Les amas de détritiques qui trônent dans les rues de villes haïtiennes constituent un milieu propice pour la reproduction de différents agents vecteurs de maladies.

2.4.4. Accès aux différents niveaux d'enseignement.-

L'accessibilité géographique aux services scolaires reste faible. Le nombre élevé de sur-âgés dans le système peut être interprété comme un indice de faible accès géographique aux établissements scolaires. Il existe une relation inversement proportionnelle entre le nombre d'années de scolarisation et la fécondité (EMMUS IV). Le phénomène des sur-âgés qui réunit dans une même salle de classe des jeunes gens de 20-24 ans et des adolescentes à peine pubères est, entre autres, une cause de l'initiation sexuelle et des grossesses précoces constatées par les différentes enquêtes DHS. On connaît déjà la relation entre l'initiation sexuelle précoce et les IST, les grossesses et la mortalité maternelle et infantile.

2.5. Déterminants économiques et financement du secteur.-

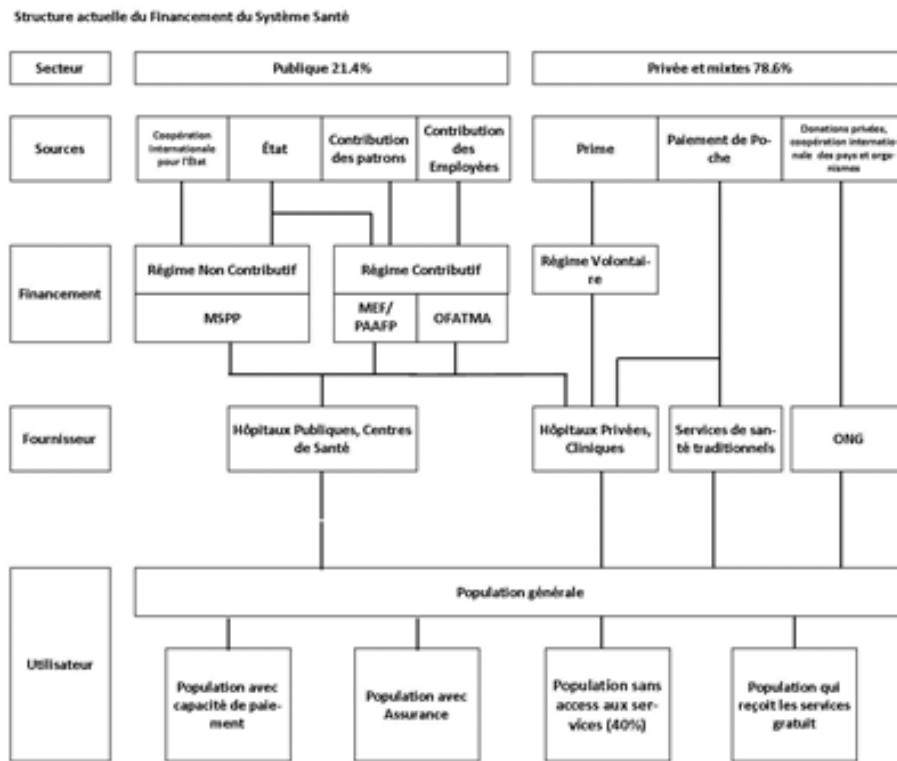
La République d'Haïti est en proie à une pauvreté massive caractérisée par des inégalités importantes. 72% de la population sont en dessous de la ligne de la pauvreté, vivant avec moins de deux dollars américains (2 USD) par jour (UNESCO – 2009). Les dépenses de santé représentent 3.3% du revenu des ménages (Enquête sur les Conditions de Vie en Haïti - ECVH, 2001). Seulement 9% des ménages en milieu rural contre 28% dans l'aire métropolitaine estiment pouvoir faire face à leurs dépenses de santé. Dans l'ensemble du pays, 4 ménages sur 5 affirment n'être pas en mesure de satisfaire leurs besoins alimentaires.

Le cycle de la pauvreté en Haïti entretient des patrons de comportements individuels et collectifs et un mode de vie propices au développement de maladies nutritionnelles de carence, maladies infectieuses transmissibles et maladies parasitaires.

L'analyse du Budget alloué à la santé démontre un faible niveau de financement et beaucoup d'inefficiences. Avec 5,7% du PIB consacrés à la santé pour l'exercice fiscal 2005-06 et les trente-deux dollars américains (32 USD) par année dépensés par habitant (MSPP, 2009), Haïti aurait dû obtenir de meilleurs résultats sanitaires. Toutefois, comme le financement repose en bonne partie sur le paiement direct par les patients, au mieux, ces derniers ou leurs proches attendent que leur état soit déjà trop détérioré pour quérir les soins, ou, au gré, n'y ont pas du tout recours. Dans les deux cas, les conséquences négatives sont bien connues autant en termes d'équité que d'efficacité. En effet, dans un contexte où le recouvrement des coûts est une pratique largement répandue, et où plus des trois quart de la population survit avec moins de deux dollars américains (2 USD) par jour, (PNUD, 2005), l'imposition d'un tarif, même faible, peut constituer un obstacle insurmontable à l'utilisation des services et soins de santé. Les ménages contribuent pour environ un tiers des dépenses de santé.

Enfin, l'État assume près d'un tiers des dépenses de santé. Globalement, le budget alloué au secteur atteint 75 Millions de dollars américains pour l'année fiscale 2009-10 dont une large part (environ 80%) va au paiement des salaires du personnel.

Le financement du secteur de la santé se schématise comme suit :



Vu l'importance des fonds injectés par la coopération internationale dans le financement de la santé, le manque de coordination de l'appui financier entraîne la fragmentation du système. Par exemple, les dépenses pour le VIH/SIDA représentent le double de tout le budget public consacré à la santé (Plan Stratégique Intérimaire de Santé, MSPP 2010). Plusieurs programmes dans le domaine du VIH/SIDA, entre autres, sont conçus et exécutés de façon totalement verticale dans le souci de montrer des résultats immédiatement visibles. En plus de la faible performance, ce fait entraîne un déséquilibre au niveau des programmes et services non ou moins supportés. Cette situation, loin de renforcer le système de soins et d'apporter des solutions pérennes aux problèmes sanitaires de la population, ne fait qu'affaiblir le leadership du MSPP.

2.6. Déterminants Anthropologiques/culturels.-

Pour une couche importante de la population, la survenue de certaines maladies, particulièrement à manifestation spectaculaire, est attribuée à des étiologies d'ordre surnaturel orchestrées par un ennemi connu ou inconnu. Lorsque cette situation survient, le retard de recours à la médecine moderne, lors même que cette décision est prise, conduit le plus souvent à la mort. L'automédication, liée parfois mais pas toujours à l'accès limité aux structures de soins, est un facteur important de l'augmentation de la mortalité en Haïti.

2.7. Déterminants institutionnels : le système de soins et son organisation.-

Le système de santé haïtien offre des soins formels à environ 47% de la population (Plan Stratégique Intérimaire de santé – MSPP, 2004). Cet accès réduit est compensé en partie par l'utilisation de la médecine traditionnelle comme premier recours face à la maladie. Le secteur privé est très important, particulièrement celui à but lucratif et son articulation avec le secteur public mérite d'être améliorée. Les effets de la catastrophe du 12 janvier 2012 sur les structures administratives et de prestation de services du secteur santé ont été dramatiques.

Le système de soins est structuré en trois niveaux :

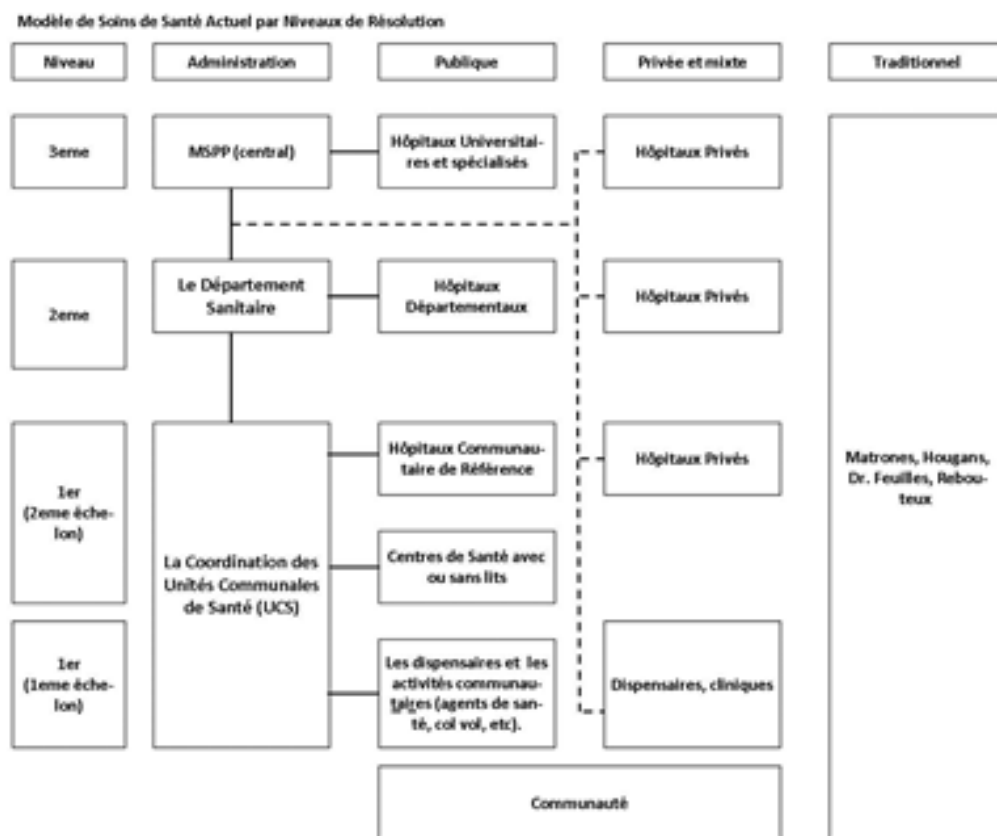
- Premier niveau composé d'un 1er échelon avec 795 structures de santé de premier échelon (SSPE) avec et sans lit et un 2ème échelon avec 45 hôpitaux communautaires de référence (HCR);
- Deuxième niveau avec dix (10) hôpitaux départementaux
- Troisième niveau avec l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti (HUEH) et quelques centres spécialisés.

A noter que le système compte également 51 structures de soins qui offrent des services spécialisés ou à un niveau de complexité ne permettant pas de les catégoriser. Dans son ensemble le système compte 908 structures de services et de soins réparties comme suit : 278 institutions publiques (30.62 %), 419 institutions privées (46.14%) et 211 institutions mixtes (23.24 %). Source : Annuaire Statistique 2010, MSPP.

Ce réseau formel est théoriquement organisé en 58 Unités Communales de santé (UCS) desservant chacune une population de 80.000-140.000 habitants. Les UCS ont le mandat d'assurer la dispensation d'un paquet minimum de services (PMS) et de coordonner le réseau sanitaire du premier niveau. Cependant, malgré les efforts, ce modèle n'est pas appliqué dans tout le pays. Les raisons les plus importantes pour ce développement inégal sont, d'une part le manque de volonté politique, d'autre part le manque de ressources pour établir et maintenir ces structures. Par ailleurs, l'aire géographique des UCS ne correspond pas au découpage administratif national et le modèle de décentralisation n'a été pas suivi par l'ensemble des secteurs.

A côté de la médecine moderne, il existe une médecine traditionnelle très active. Encore appelée «Medsinfèy » ou « MedsinGinen », elle représente dans 70% des cas le premier recours de la population en cas de problème de santé. La « MedsinFey » est basée sur les plantes et fait l'objet d'une transmission de savoir très souvent familiale; elle est immédiatement accessible à la population à partir de l'automédication ou de l'intervention du cercle familial. Le « MedsinGinen » fait appel à une personne possédant un don, par exemple les rebouteux ou les accoucheuses traditionnelles.

Le modèle de santé actuellement en utilisation fait ressortir un manque de coordination et les difficultés à constituer des réseaux mettant à profit un système structuré de référence/contre référence. Il se schématise comme suit :



2.8. Défi de gouvernance et de coordination.-

En pratique, le système de santé haïtien présente, à tous les niveaux, d'importants problèmes de fonctionnalité, d'organisation, de gestion et de contrôle de pratique résultant en une offre de soins fragmentée, peu accessible et de faible de qualité. Faible capacité de surveillance de l'Autorité Sanitaire Nationale, multiplicité des bailleurs de fonds et programmes verticaux, absence de protocoles standardisés pour des problèmes de santé, fréquentes ruptures de stock de fournitures médicales essentielles contribuent à la faible qualité des soins au niveau institutionnel. En outre, les problèmes culturels et la mauvaise qualité des services résultent en une utilisation limitée des services et une faible satisfaction des patients.

Les faiblesses de la gouvernance du secteur se traduisent notamment par :

- Une absence de cadre légal approprié.

- Une structure organisationnelle du Ministère de la Santé Publique ne lui permettant pas de remplir ses fonctions essentielles.
- Une déficience quantitative et qualitative des ressources tant humaines que matérielles.
- Une multiplicité d'acteurs, avec des motivations et des philosophies d'action diverses.
- Une faible capacité de planification et de coordination intra et intersectorielle.

Avec le nombre important d'acteurs en santé, il est crucial pour l'autorité sanitaire nationale (MSPP) d'exercer un leadership, une coordination, une gestion et une régulation adéquats du système. Le leadership du Ministère de la Santé se matérialise à travers l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan stratégique unique du secteur couvrant tous les domaines. L'articulation du Système National d'Information (SIS) est une obligation puisque les systèmes parallèles, liés à des projets spécifiques, constituent des entraves à l'établissement d'une vue d'ensemble du secteur qui soit fiable permettant un meilleur pilotage.

Au niveau politique, le pays dispose actuellement d'un Plan Stratégique de Développement d'Haïti (PSDH) 2012 qui vise Haïti pays émergent à l'horizon 2030. Le besoin d'une politique nationale de décentralisation se fait par contre sentir.

2.9. Défi de gestion des ressources humaines (RH).-

Haïti est loin de la norme minimale de l'OMS de 25 professionnels pour 10,000 habitants. En effet, le pays compte en moyenne 5,9 médecins ou infirmières et 6,5 professionnels de santé pour 10,000 habitants. La disponibilité et la performance des ressources humaines pour le secteur sont conditionnées par :

- L'absence de planification stratégique des besoins du secteur.
- La faiblesse du système d'accréditation des écoles privées de formation de professionnels de la santé.
- L'application de curricula peu adaptés aux besoins du système de santé et la production de professionnels ne répondant pas aux profils requis pour la provision des services et soins de santé.
- La politisation du recrutement et de la dotation en ressources humaines au niveau du secteur public couplée à l'absence de mécanisme de suivi de la performance.
- L'absence de politique de développement des ressources humaines et de rétention du personnel du secteur public dans une conjoncture fortement marquée par l'attraction exercée par le secteur privé et les ONG qui offrent des conditions de travail, incluant des opportunités salariales, plus alléchantes.
- L'absence d'un système d'enregistrement des professionnels médicaux et paramédicaux. Le nombre exact de médecins et d'infirmiers exerçant à titre privé n'est pas suffisamment connu et n'est soumis à aucun contrôle.

- L'inexistence d'ordres pour les professions de la santé.

Face à ce constat, la Politique Nationale de Santé, récemment développée en concertation avec les différents intervenants et partenaires impliqués, vise essentiellement à construire sur les acquis et à corriger les insuffisances du système dans une approche globale et inclusive qui définit et crée le cadre de renforcement des rôles et de la participation responsable de tout un chacun. Le présent Plan Directeur n'en est que le prolongement.

2^{ème} Partie.- Les Orientations de la Politique Nationale de Santé de 2012.

Chapitre 1. Principes Directeurs, Valeurs, Objectifs de la Politique Nationale de Santé.-

1. Principes Directeurs et Valeurs.-

Les principes directeurs, normes et règles de conduite sur lesquelles est construite la politique de santé gouvernement également le Plan Directeur en santé. Il s'agit de: Universalité, Globalité, Équité et Qualité.

- Le Principe d'Universalité garantit à tous les individus vivant sur le territoire haïtien un accès facile à tous les éléments et à toutes les interventions sans distinction de sexe, d'appartenance sociale ou religieuse, de lieu de résidence, etc.
- Le Principe de Globalité garantit à chaque individu des soins compréhensifs visant l'ensemble de ses besoins en matière de santé.
- Le Principe d'Équité garantit à tous les bénéficiaires du système, quel que soit leur lieu de résidence et leur statut socio-économique, des soins de qualité égale.
- Le Principe de Qualité fait obligation à l'ensemble des prestataires de soins et services de développer leurs interventions et de prodiguer les soins de santé avec l'assurance de qualité maximale que permet le développement technologique et les ressources financières du pays.

Les valeurs, convictions qui dirigent et régissent les choix, qui sous-tendent la politique et le Plan Directeur de Santé sont : le droit à la vie et à la santé, la solidarité, la participation citoyenne et l'efficacité.

De la Mission de l'Autorité Sanitaire Nationale.-

La mission du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSP) est de « garantir à tous les citoyens sans distinction le droit à la vie, à la santé et leur assurer, dans toutes les collectivités territoriales, les moyens appropriés pour la protection, le maintien et le rétablissement de leur santé ».

Le Ministère de la Santé est le premier responsable de la mise en œuvre de la Politique Sanitaire Nationale et du Plan Directeur de Santé sous l'autorité du Gouvernement. Compte tenu de la nature multisectorielle des problèmes de santé, le peuple haïtien et tous les secteurs de développement sont interpellés pour l'application tant de la nouvelle politique de santé que du Plan Directeur en Santé 2012-2021 qui en découle. Ces derniers servent de cadre de référence à l'ensemble des intervenants du secteur de la santé et des secteurs connexes dans leurs attributions relatives à l'état de santé de la population.

De la Vision du gouvernement du système de santé haïtien.-

Dans le cadre de ses démarches pour le bien-être du peuple haïtien, le gouvernement de la République définit ainsi sa nouvelle vision du système haïtien de santé : « Au cours des 25 prochaines années, dans un contexte de développement socio-économique articulé et dynamique, le système de santé haïtien évolue et la morbi-mortalité diminue significativement. Les haïtiens et les haïtiennes ont un accès équitable aux services et soins de qualité définis dans le Paquet Essentiel de Services, ajusté au besoin, tenant compte des changements dans le profil épidémiologique et démographique. »

Les orientations suivantes sont priorisées pour la mise en œuvre de la Politique Nationale et du Plan Directeur en Santé:

- Intersectorialité
- Décentralisation
- Partenariat public – privé – société civile – dirigeants des collectivités territoriales
- Participation citoyenne
- Intégration de toutes les interventions en matière de santé dans une programmation nationale et dans un cycle continu de planification, de suivi et d'évaluation incluant la recherche opérationnelle.

Le Gouvernement, à travers chaque Ministère et Organisme d'État déconcentré concerné, prendra toutes les dispositions légales et administratives pour le respect de ces orientations, aussi bien dans la planification que dans la mise en œuvre d'initiatives en faveur de la santé.

2. Objectifs de la Politique Nationale de Santé.-

La PNS vise les objectifs suivants :

2.1. Objectif général.-

Assurer la réduction de la morbidité et de la mortalité, liées aux principaux problèmes de santé identifiés, à partir d'un système de santé adéquat, efficient, accessible et universel.

2.2. Objectifs Spécifiques.-

- Établir un système de santé capable d'assurer la couverture sanitaire totale du pays et de satisfaire les besoins essentiels de la population en matière de santé tout en promouvant l'articulation des médecines moderne et traditionnelle.
- Assurer le leadership du MSPP pour, d'une part la surveillance et la garantie de la qualité de l'état de santé de la population, d'autre part l'application de la régulation sanitaire et l'accréditation des institutions de santé et de formation.

- Assurer un financement adéquat du système de santé à partir de l'augmentation progressive du pourcentage du budget du trésor public alloué à la santé.
- Rationaliser l'utilisation des ressources disponibles en réalisant l'alignement des bailleurs de fonds sur les priorités nationales dans le cadre d'un partenariat basé sur la performance et la reddition de compte.
- Mettre en place un système d'urgences à tous les niveaux capable de donner des réponses structurées aux dommages dus aux événements naturels ou autres.
- Garantir l'atteinte des buts et objectifs découlant des engagements nationaux et internationaux.

Chapitre 2. Axes stratégiques de la Politique Nationale de Santé.-

Les axes d'intervention du Plan Directeurs'alignent sur les axes stratégiques de la Politique Nationale de Santé qui se regroupent en axes spécifiques, globaux et transversaux.

1. Les axes spécifiques.-

Ils intègrent des actions qui ciblent les facteurs essentiels pour la production de services, à savoir: l'amélioration/Renforcement/Extension de l'offre de soins, les infrastructures, les ressources humaines et l'approvisionnement en intrants et médicaments. Dans le cadre de la Politique Nationale de Santé ces axes s'orientent vers:

- Le développement d'infrastructures sanitaires renforçant le réseau de soins primaires de santé.
- La gestion rationnelle des ressources humaines se référant à des normes et standards d'allocation par catégorie d'institutions de santé.
- L'assurance de la disponibilité et de l'accessibilité de médicaments essentiels de qualité pour la population haïtienne.

1.1.. Amélioration/Renforcement/Extension de l'offre de soins et de services.-

Cette composante reste une des étapes essentielles pour: i) établir un système de santé adéquat, efficient, accessible et universel et ii) aboutir à la réduction de la morbidité et de la mortalité. Les axes et composantes retenus dans la Politique Nationale de Santé concourent à la mise en place de soins et services de santé de qualité accessibles à l'ensemble de la population sur le territoire national. Il s'agit de réorganiser la prestation de services et de soins préventifs et curatifs. Ceci passe par la réhabilitation des infrastructures de santé et par la mise en application de politiques institutionnelles, stratégies, plans, modèles de soins, normes, standards et procédures préalablement établis et approuvés par le Ministère de la Santé Publique et de la Population.

La réorganisation du modèle de prestation des services, en accord avec le découpage territorial et les principes d'équité et d'universalité, est un élément clé pour le renforcement et

l'extension de l'offre de soins et de services. Le modèle qui supporte la réforme est organisé selon les trois niveaux de complexité du Système de Soins : primaire, secondaire et tertiaire.

- Le niveau primaire de soins comprend 3 échelons : l'échelon 1 comporte le Centre Communautaire de Santé qui siège au niveau du quartier ou de la section communale; l'échelon 2 se réfère au Centre de Santé avec ou sans lits qui siège au niveau de la commune; l'échelon 3 intéresse l'Hôpital Communautaire de Référence qui siège au niveau du chef-lieu de l'Arrondissement.
- Le niveau secondaire considère l'Hôpital Départemental qui est l'institution de référence pour le département.
- Le niveau tertiaire se rapporte aux institutions universitaires et spécialisées de référence nationale.

Un paquet essentiel de services (PES) sera défini pour chacune des catégories d'institutions de ces différents niveaux du système. Ce paquet inclura les services connexes (laboratoire, imagerie, disponibilité de sang sûr, ...) tenant compte du niveau de complexité des soins à fournir par chacune de ces catégories d'institutions.

La fonctionnalité et la performance de ce modèle de prestation de services passe par la mise en place effective et le développement d'un réseautage des institutions, basé sur un système de référence/contre-référence dynamique.

Le modèle est également supporté par une Structure Administrative à trois niveaux:

- Niveau 1: Coordination de l'Unité d'Arrondissement de Santé;
- Niveau 2: Direction de Département Sanitaire;
- Niveau 3: Niveau Central du Ministère de la Santé.

Les mandats et attributions de ces entités sont fixés dans la nouvelle loi organique du MSPP.

1.2. Infrastructures.-

Le développement d'infrastructures sanitaires adéquates qui vise à renforcer le réseau de soins de santé consiste à :

- Rationaliser la Carte Sanitaire.
- Élaborer le cadre légal régulant la distribution, l'organisation, l'établissement et le fonctionnement des institutions.
- Prioriser l'investissement en infrastructures de services de base en zones rurales.
- Développer un réseau national de soins d'urgence.
- Garantir l'eau potable, l'énergie électrique et la communication dans toutes les institutions de santé.
- Réduire l'impact des urgences et des catastrophes sur la santé publique.
- Mettre en place un réseau informatique national pour la gestion du SIS.

1.3. Ressources Humaines.-

La Gestion rationnelle des ressources humaines doit se faire selon les normes et standards d'allocation par catégorie d'institutions de santé. La stratégie consiste à:

- Planifier la main d'œuvre en santé.
- Élaborer le cadre légal régulant les professions de santé.
- Établir, conjointement avec le Ministère de l'éducation Nationale et de la Formation Professionnelle, les normes et procédures d'accréditation des institutions de formation des professionnels de la santé.
- Standardiser la formation des différentes catégories de professionnels de la santé et de paramédicaux.
- Rationaliser la rétribution des ressources humaines sur le territoire.
- Créer des conditions et un cadre de travail propices à une productivité des ressources humaines.
- Veiller à la formation continue des ressources humaines.
- Rationaliser la gestion des contractuels sur longue durée.
- Renforcer les capacités institutionnelles en matière d'évaluation de la performance des ressources humaines
- Réviser le système d'octroi et de renouvellement de Licence aux professionnels de la santé

1.4. Approvisionnement en Intrants / Médicaments.-

L'ASN s'assure de la disponibilité et de l'accessibilité aux médicaments essentiels de qualité pour toute la population haïtienne. Elle doit:

- Élaborer une politique pharmaceutique découlant de la politique sanitaire nationale.
- Renforcer la structure de régulation pharmaceutique pour qu'elle puisse assurer pleinement ses fonctions réglementaires.
- Développer un système unique d'approvisionnement en intrants et médicaments essentiels pour le système de prestation de soins.
- Actualiser le cadre légal du secteur pharmaceutique.
- Rendre disponibles et publiques les informations réglementaires sur les médicaments en général.

2. Les axes globaux.-

Ces axes ciblent les ressources nécessaires à la mobilisation des facteurs pour la production de services, à savoir: le financement et le contrôle financier du système de santé.

2.1. Financement du secteur santé.-

La mobilisation et l'alignement du financement de la santé avec les priorités et résultats projetés consistent à :

- Créer un fonds commun pour le financement de la santé - Fonds National pour la Santé (FNS).
- Trouver et mettre en place les mécanismes de décentralisation du budget.
- Augmenter progressivement le pourcentage du budget de santé à 15 % du budget national.
- Garantir, suivre et diriger la complémentarité des différentes sources de financement
- Assurer le suivi du financement du secteur.
- Établir un système de financement basé sur la performance (Approche contractuelle).

2.2. Régulation et Contrôle des dépenses.-

La régulation et le contrôle des dépenses passe par le développement et le suivi du financement du secteur et implique pour le MSPP de:

- Mettre en place un système national décentralisé de contrôle des dépenses publiques en santé.
- Vulgariser et veiller au respect des normes et procédures d'exécution budgétaire en référence à la programmation.
- Mettre en place un Cadre de Dépenses en Santé à Moyen Terme (CDMT).
- Mettre en place un système d'audit interne et financier.
- Développer la culture de résultats, d'imputabilité et de reddition de comptes.
- Produire un rapport financier fiable des dépenses consolidées annuelles du secteur santé.

3. Les axes transversaux.-

Ces axes intègrent des mesures, interventions qui ciblent l'ensemble des composantes du système, à savoir: Gouvernance, Intégration, Information/Surveillance, Protection Sociale et Intersectorialité. Dans le cadre de la Politique Nationale de Santé, ces axes doivent permettre de:

- Renforcer le rôle du MSPP comme garant et gardien de la santé en tant que bien public et réaffirmer son leadership sur le secteur.
- Assurer le suivi, l'évaluation et l'analyse de l'état de santé de la population.
- Assurer un accès équitable et universel à des services et soins de santé de qualité centrés sur la personne.
- Garantir la prise en charge intégrée des individus et des familles en services et soins de santé prioritaires.
- Mettre en place un système d'assurance de la qualité de soins.
- Renforcer les mécanismes de coordination intra et extra sectorielle pour faciliter les actions sur les déterminants de la santé. Dans le cas de la coordination extra sectorielle, le MSPP s'applique à rechercher activement la collaboration des secteurs sociaux principalement en centrant les actions sur ceux dont les politiques peuvent influencer l'état de santé de la population.

- Faire le plaidoyer pour la mise en place d'un aspect santé en termes de prévention, de promotion dans l'élaboration des politiques publiques pour tous les secteurs gouvernementaux.

3.1. Gouvernance.-

Cette composante vise le renforcement du MSPP pour remplir son rôle de garant et de gardien de la santé en tant que bien public. Ils'agitde:

- Réguler la pratique sanitaire sur le territoire
- Établir l'adéquation de la structure du MSPP avec sa mission et ses attributions pour la mise en œuvre de la politique.
- Établir le cadre et les mécanismes de contrôle pour la pleine articulation des secteurs public et privé incluant le traditionnel.
- Formuler, vulgariser et veiller à l'application des politiques, normes, standards et procédures en matière de santé.
- Créer / mettre à jour le cadre réglementaire sur le partenariat.
- Concevoir et faire appliquer le cadre réglementaire qui protège et assure la promotion de la santé.
- Coordonner les divers prestataires et groupes d'utilisateurs pour étendre la couverture des soins de santé de manière équitable et efficiente.
- Assurer la participation sociale en santé.
- Développer un système d'information sanitaire national unique.
- Réorganiser le modèle de prestation des services en accord avec le découpage territorial et les principes d'équité et d'universalité.

3.2. Intégration.-

Cette composante garantit la fourniture en soins et services intégrés de santé aux individus et familles. Elle vise à:

- Harmoniser la prestation des services de santé
- Articuler les programmes et planifier leur mise en œuvre.
- Assurer le développement de la médecine traditionnelle et de la pharmacopée.
- Garantir l'accès à un paquet essentiel de services de santé pour l'ensemble de la population.
- Contribuer à garantir un environnement salubre à l'ensemble de la population.

3.3. Information / Surveillance.-

Cette composante s'attache à renforcer le suivi, l'évaluation et l'analyse de l'Etat de santé de la population. Elle veillera:

- Systématiser la surveillance, la recherche et le contrôle des risques et des menaces pour la santé de la population.
- Rationnaliser, développer et coordonner la promotion de la santé incluant l'hygiène publique.

- Automatiser la surveillance de la capacité institutionnelle des infrastructures sanitaires et de leur conformité réglementaire.
- Développer des services d'inspection sanitaire.
- Élaborer des normes de santé environnementale.

3.4. Protection Sociale en Santé.-

Cette composante vise l'assurance d'un accès équitable et universel à des soins de santé de qualité centrés sur la personne pour la population haïtienne. Il s'agit de:

- Réduire les inégalités dans l'accès aux services et soins de santé.
- Protéger les individus et les familles des conséquences économiques liées à la prévention de la maladie, de la grossesse et à la récupération de la santé.
- Garantir l'accès universel et gratuit aux services et soins spécifiques pour les groupes vulnérables.
- Créer des mécanismes innovants de financement de la protection sociale.
- Développer des modèles d'assurances sociales et communautaires pour éliminer progressivement les paiements directs de la poche des patients.
- Protéger le citoyen contre les abus, les négligences de toutes sortes dans la fourniture de soins, l'acharnement thérapeutique, l'enrôlement dans des projets de recherche sans un consentement informé et l'euthanasie.

3.5. Intersectorialité.-

Cette composante vise le renforcement des mécanismes de coordination intersectorielle pour faciliter les actions sur les déterminants de la santé. Il s'agit de:

- Établir un pacte intersectoriel pour la mise en œuvre, chacun en ce qui le concerne, des actions gouvernementales priorisées en santé.
- Veiller à la prise en compte et à la mise en œuvre des actions visant l'amélioration ou la préservation de la santé dans toutes les politiques sectorielles, selon le mandat respectif des secteurs.

Interrelations entre les axes.-

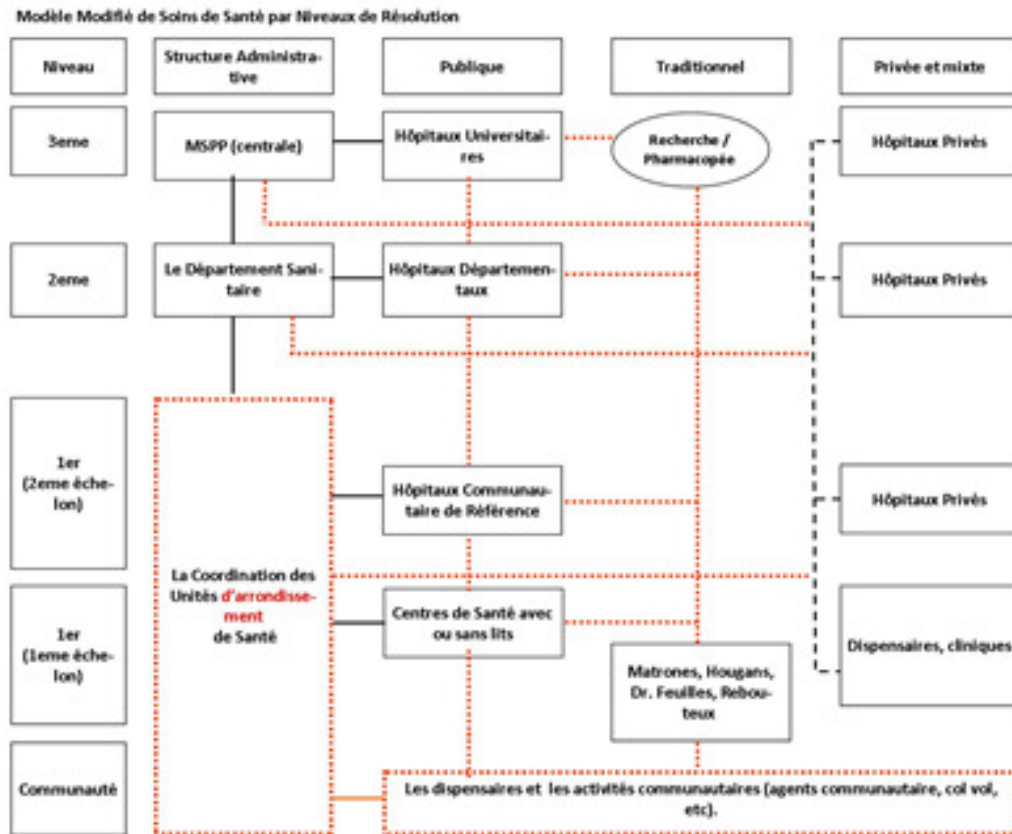
Les axes de la politique sont inter reliés. La qualité et la performance des axes spécifiques: infrastructures, ressources humaines, Intrants et médicaments est fonction de la qualité et de la performance des axes globaux et transversaux tels information/surveillance, gouvernance, protection sociale, intégration et intersectorialité. Le plein effet de l'ensemble de ces axes résulte en un environnement propre à la prestation de services de qualité, cout/efficace et accessible à la population.

Interrelations entre les axes

AXES	Financement	Régulation	Information/ Surveillance	Gouvernance	Protection sociale	Intégration	Intersectorialité
Infrastructure/ Equipements							
Ressources Humaines							
Intrants/ Médicaments							
Information/ Surveillance							
Gouvernance							
Protection Sociale							
Intégration							
Intersectorialité							

3^{ème} Partie.- Le Plan Directeur de Santé 2012-2021.

En conformité avec la Politique Nationale de Santé, le Plan Directeur en santé 2012-2021 se propose d'opérationnaliser la Politique Nationale de Santé de 2012 à travers un modèle de santé organisé autour des Directions départementales sanitaires responsables de mettre en œuvre les décisions que charrie la Politique Nationale de Santé et d'organiser les services et soins au niveau de leur aire de desserte respective. La figure suivante schématise le modèle retenu:



Ce modèle rétablit le leadership du Ministère de la Santé Publique et intègre la communauté dans la pyramide sanitaire. Il reconnaît et valorise la médecine traditionnelle tout en prévoyant les modalités devant permettre de la renforcer et de la documenter. Par ailleurs ce modèle met l'accent sur l'interaction entre les différents secteurs du système de santé : privé et public en vue de la création d'une pyramide de soins intégrant et coordonnant les différents niveaux d'institutions en vue de garantir à la population un continuum de soins et services de santé.

Au niveau gestionnaire, prenant en compte les ressources potentielles et dans un souci de rationalité et d'efficacité, l'Unité d'Arrondissement de Santé remplace l'Unité Communale de Santé (UCS). En effet, le niveau de l'Arrondissement a l'avantage de correspondre au découpage

administratif de la République et correspond mieux aux moyens logistiques et financiers du pays que celui des communes retenu jusqu'ici à travers l'approche des UCS. Ainsi donc :

- Le niveau opérationnel devient l'Unité d'Arrondissement de santé qui coiffe les communes et les sections communales et, du coup, les institutions prestataires de services.
- Le niveau intermédiaire, chargé de l'appui technique routinier, correspond aux Directions Départementales Sanitaires
- Le niveau central renforce son rôle de régulation, d'élaboration de stratégies de développement sanitaire, de normes et de procédures, de contrôle et d'évaluation.

La supervision et le contrôle restent deux fonctions prioritaires des niveaux opérationnel et intermédiaire.

Par ailleurs, le modèle retenu crée le cadre pour la mise en opération tant des mesures de renforcement du système de santé que de la prestation et de l'accès des services et soins de santé retenues dans le plan Directeur de santé 2012-2021 qui devraient permettre, entre autres, d'atteindre les objectifs fixés en référence aux OMD auxquels Haïti a souscrit. Il faut garder à l'esprit que pour atteindre les OMD, un certain nombre d'interventions de prestation de soins et services de santé de qualité a été retenu par la communauté sanitaire internationale sur base des études scientifiquement menées (LANCET, BMJ, COCHRANE etc...). Il s'agira d'amener toutes les structures sanitaires concernées à prodiguer les soins relatifs à ces types d'intervention.

La synthèse des OMD liés à la santé ainsi que des cibles et indicateurs qui s'y rattachent se retrouve en annexe 1 du présent document.

Vu de cet angle, le Plan Directeur de Santé recherche des résultats de deux ordres : i) organisationnel et opérationnel ; ii) liés à la prestation de services et soins de santé. Aussi, de manière spécifique, pour la période couverte par ce plan directeur, soit 2012-2021, en accord avec les axes stratégiques de la politique Nationale de santé et à la recherche de l'atteinte des ODM, l'accent sera-t-il mis sur les aspects renforcement du système de santé et renforcement de la prestation des services.

Pour chacun de ces aspects subdivisés en domaines, des classes, catégories et type d'interventions sont définis ainsi que des résultats à atteindre par période triennale d'exécution du plan Directeur. Les résultats chiffrés se retrouvent dans les Cadres Logiques d'Interventions du Plan Directeur en Santé présentés en annexe du Plan Directeur de Santé.

Section 1. Interventions et Résultats de Renforcement du Système de Santé.-

Ces interventions intéressent la Gouvernance du Système Haïtien de santé et concernent également toutes les mesures et initiatives prises par l'État Haïtien à travers ses représentants légitimes pour garantir la santé de sa population résidente. Le renforcement du système de santé passe par:

- La réalisation d'une unité de commandement en mettant en place un dispositif de gouvernance unique et intégré;
- L'intégration de toutes les actions à prendre dans le secteur dans une programmation nationale unique pour la santé;
- Le renforcement et l'unification du système d'information pour la santé; l'exploitation de façon systématique des informations produites pour la prise de décision;
- Le renforcement de la gestion des services de santé et des ressources disponibles pour la santé;
- Le renforcement du dispositif de supervision et de contrôle.

Chapitre 1. Réalisation d'une unité de commandement en mettant en place un dispositif de gouvernance unique et intégré.-

Cette démarche englobe :

- La Régulation et la normalisation du système
- La gestion de l'Intersectorialité et le renforcement du partenariat
- La modulation du Financement du secteur santé

1. Régulation et Normalisation du système

Ce volet touche l'Administration et la Coordination générale du système national de santé ; la régulation,

1.1. Administration Coordination Générale du Système National de Santé.-

Cette classe d'intervention regroupe les aspects suivants :

- Identification des besoins en Santé de la population et des iniquités par rapport aux services et soins de santé et autres services essentiels liés à la santé;
- Surveillance de la demande et de l'offre de services essentiels pour la santé;
- Élaboration de politiques publiques;

- Organisation et institutionnalisation du cycle de gestion dans le secteur santé;
- Allocation de ressources pour la santé;
- Organisation, surveillance du dispositif sanitaire, évaluation des performances institutionnelles et individuelles à tous les niveaux;
- Établissement de normes techniques et administratives pour la gestion des services essentiels et des ressources disponibles pour la santé;
- Coordination – supervision, contrôle;
- Mobilisation du secteur santé en cas de catastrophe et désastre naturels.

Le Ministère de la Santé, en tant qu'ordonnateur principal du Secteur prendra toutes les dispositions pour :

- a) Adapter son organisation et son mode de fonctionnement à travers une nouvelle Loi organique mieux adaptée à l'exercice de ces fonctions et attributions générales. Cette mesure devra l'habiliter à exercer son leadership dans le fonctionnement du sous-système
- b) De concert avec les autres entités concernées, mettre en place les mécanismes d'articulation et de coordination, ainsi que les outils nécessaires pour un bon fonctionnement du secteur santé.

1.2. Régulation

Cette classe d'interventions regroupe :

- Élaboration / révision de politiques publiques, lois et règlements relatifs à la santé des individus, l'hygiène publique, l'hygiène de l'habitat, la protection de l'environnement, l'exercice des professions médicales et paramédicales, au fonctionnement et à l'accréditation des institutions de soins, la production, l'importation, la commercialisation, le contrôle des médicaments et autres substances chimiques, le contrôle des produits alimentaires, en un mot à tout ce qui contribue à protéger la santé des individus et des collectivités.
- Surveillance de l'application et application des politiques publiques, des lois étranglements.
- Surveillance et identification des effets de l'application des mesures légales sur l'état de santé de la population.

Les mécanismes d'articulation et de coordination avec les structures publiques impliquées seront établis conjointement sous le leadership du Ministère de la Santé.

1.2.1. Renforcement de l'Arsenal Juridique en matière de santé :

Le renforcement du cadre juridique de réglementation du système de santé constitue une priorité dans le cadre de la Politique Nationale de Santé et du Plan Directeur en Santé. Des dispositions

seront prises par le Ministère de la Santé en concertation avec d'autres Ministères concernés pour la préparation et la présentation au Parlement des Projets de Lois suivants, à des fins de ratification et d'application :

- Loi sur les services publics en matière de santé
- Loi organique réorganisant le Ministère de la Santé sur la base du renforcement de sa mission
- Révision du Code d'Hygiène Publique
- Loi sur la définition clinique de la mort et le fonctionnement des morgues privées et publiques
- Loi sur le fonctionnement des établissements et cliniques du secteur privé-lucratif de soins de santé
- Loi sur la pratique médicale privée et la pratique illégale des professions médicales
- Loi sur l'euthanasie
- Loi sur l'avortement
- Loi sur le transport des malades
- Loi sur le transport et la gestion des cadavres en temps normal et en cas de catastrophe naturelle ou d'épidémies
- Révision de la Loi sur le fonctionnement des Hôpitaux universitaires et la résidence hospitalière
- Loi sur la médecine légale
- Loi règlementant le fonctionnement des assurances de santé

2. Gestion de l'Intersectorialité et renforcement du partenariat.-

En référence à la définition de la Santé de l'OMS, l'implication de multiples secteurs est primordiale pour la mise en place de conditions optimales pour le développement, la restauration et le maintien de la santé de la population. Par ailleurs, vu la constitution du système de santé haïtien qui mobilise une multiplicité d'acteurs, la gestion et le renforcement du partenariat s'avèrent également impérieux. Dans ce contexte les interventions prioritaires pour ces deux volets sont consignées ci-après.

2.1. Gestion de l'Intersectorialité.

La Politique Nationale de Santé définit déjà les grandes lignes de gestion de l'intersectorialité en fixant, en accord avec leurs mandat et attributions respectifs, les rôles et apports attendus des différents secteurs au renforcement du système national de santé.

Deux domaines restent de grande importance pour la santé : la construction de la sécurité alimentaire et l'amélioration de l'alimentation humaine; l'amélioration de l'environnement humain.

2.1.1. Construction de la Sécurité Alimentaire et Amélioration de l'Alimentation Humaine.

Une bonne alimentation est nécessaire pour l'obtention et la conservation de la santé. L'alimentation humaine constitue une composante de la sécurité alimentaire. La présente Politique de Santé confirme les démarches entreprises par l'État Haïtien dans le cadre de la sécurité alimentaire. Dans ce sens, en accord avec les orientations de la plateforme présidentielle « ABA GRANGO » et des prérogatives définies par la Commission Nationale de Lutte contre la Faim (COLFAM), entité exécutive de ABA GRANGO en charge d'assurer la coordination entre les différents intervenants dans ce domaine, le Ministère de la Santé Publique et de la Population prendra toutes les dispositions en vue de s'acquitter de son mandat dans ce domaine.

2.1.2. Amélioration de l'Environnement Humain

L'amélioration de l'environnement humain constitue un axe prioritaire de la politique nationale de santé publique. Elle englobe :

- L'assainissement de base incluant : la détermination du mode d'occupation des sols; la latrinsation; l'élimination des déchets domestiques, industriels et hospitaliers; l'adduction d'eau potable.
- La prévention des accidents de la route;
- La prévention de l'alcoolisme et de l'addiction à la drogue;
- Le contrôle sanitaire des logements, des lieux publics;
- Le contrôle sanitaire des produits comestibles et des produits chimiques d'utilisation humaine (cosmétiques, détergents etc...)
- La lutte contre la dégradation du sol.
- La réactualisation et la coordination de la mise en application du Code National d'Hygiène Publique.
- Contrôle sanitaire des habitats, des établissements commerciaux et industriels, des lieux publics, conformément aux dispositions du Code National d'Hygiène Publique

Le Ministère de la Santé, conjointement avec celui du Commerce et de l'Agriculture, prendra toutes les dispositions pour organiser le contrôle des produits comestibles, des détergents et produits cosmétiques, des pesticides et autres produits chimiques dommageables pour la santé.

Le Ministère de la Santé et celui des Travaux Publics, conjointement avec les Mairies, prendra toutes les dispositions pour développer et appliquer dans toutes les collectivités Territoriales un Plan d'Assainissement de base ciblant toutes les communautés urbaines et rurales.

2.1.3. **Implication des autres ministères, autres entités de l'État dans le relèvement de l'état de santé de la population.-**

La mise en œuvre de la politique nationale de santé et du Plan Directeur en santé est de la responsabilité du Ministère de la Santé Publique et de la Population. Il devra mettre en place le cadre de mobilisation et d'intégration des interventions, dans le respect de leur mandat et attributions respectifs, des autres ministères et entités de l'État, de la société civile, sur les déterminants de la santé.

Le Ministère des Travaux Publics et ses organismes déconcentrés. La collaboration du MTPTC touche les points suivants:

- L'établissement des conditions préalables pour la mise en place des infrastructures sanitaires : la facilitation de leur accès physique et géographique; la disponibilité d'une eau de bonne qualité et de l'énergie dans les institutions.
- Le renforcement du sous-système de régulation, à travers ses Organismes déconcentrés, pour tout ce qui concerne la disponibilité et le respect des normes de qualité de l'eau; les conditions de transport.
- La supervision de la sécurité des grands chantiers pour prévenir les accidents et les potentiels risques pour la santé.

Le Ministère des Affaires Sociales et du Travail et ses organismes déconcentrés intervient dans:

- Le renforcement de la gouvernance générale du Système National de Santé par le respect du modèle de prestation de services retenu et de la carte sanitaire.
- Le renforcement de la protection de la santé du citoyen et de la protection de l'environnement pour tout ce qui a trait aux mesures d'hygiène dans les lieux de travail et de loisirs, les orphelinats, les crèches, etc.
- L'appui de la promotion de la santé, des initiatives de lutte contre l'addiction à l'alcool, au tabac et à la drogue auprès des groupes spécifiques qui les compètent, conjointement avec les Ministères de la Culture; de la Communication, de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle; de la Jeunesse, des Sports et de l'Action Civique; de la Condition Féminine.
- Le respect de l'octroi de la couverture d'assurance maladie à tous les travailleurs.

Le Ministère de la Planification et de la Coopération Externe et ses entités de tutelle (CNIGS, ONPES, etc.) contribue dans:

- Le support à la coordination et à la gouvernance générale du secteur santé en soutenant les efforts du MSPP pour coordonner et réaligner les actions de ses partenaires techniques et financiers, nationaux et internationaux.
- L'échange de données et d'informations sur la cartographie des institutions sanitaires nationales, l'Aide Publique au Développement (APD) et sur les indicateurs sociaux.

Le Ministère de l'Économie et des Finances et ses entités de tutelle dont l'IHSI et le FAES contribuent par :

- La mise en œuvre des stratégies de financement basé sur les résultats.

- Le respect des normes et procédures pour prévenir l'entrée illégale d'intrants et de médicament, à travers l'Administration des Douanes.
- Le respect des normes et procédures relatives à la quarantaine.
- Le renforcement de la recherche en matière d'économie de la santé.
- Le respect du modèle de prestation de services retenu et de la carte sanitaire, à travers le FAES.
- L'alimentation du Fonds National de Santé.

Le Ministère de l'Industrie et du Commerce, conjointement avec le Ministère de la Santé et de l'Agriculture, chacun en ce qui le concerne, prend toutes les dispositions pour :

- Le contrôle en matière de production, d'importation, de commercialisation et de distribution des produits comestibles et chimiques (détergents, produits cosmétiques, pesticides et autres) dommageables pour la santé.
- Le contrôle en matière de production, importation, distribution, commercialisation de biens et intrants stratégiques pour la santé.
- La protection et le contrôle des réserves aquifères pour éviter leur contamination par l'utilisation, à des fins industrielles, de produits chimiques ou toxiques.

Le Ministère de l'Agriculture, des Ressources Nationales et du Développement Rural assure:

- Le respect de la régulation pour tout ce qui concerne la production, l'importation, la distribution, la commercialisation de biens et intrants stratégiques pour l'élevage incluant les hormones et autres produits biologiques influençant la santé animale.
- La protection et le contrôle des réserves aquifères pour éviter leur contamination par l'utilisation, à des fins agricoles, de pesticides ou autres produits chimiques.
- Le contrôle des modes de production alimentaire en général; l'utilisation, dans l'agriculture, de pesticides et autres produits chimiques dommageables pour la santé.

Le Ministère de l'environnement contribue par :

- L'édiction et l'application de la régulation relative à la protection générale de l'Environnement.
- Le suivi de l'application de la régulation relative à l'hygiène publique, l'hygiène de l'habitat, l'urbanisation, la protection des bassins versants, etc.

Le Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle, à tous les niveaux par:

- L'application, avec l'appui du MSPP, du programme de santé scolaire
- Le renforcement du système de formation en sciences de la santé pour mieux répondre aux profils des différentes catégories de professionnels en santé requis par le système de soins tel que prévu dans la présente politique.
- Le respect des mesures d'hygiène et d'assainissement dans les établissements d'enseignement.

- La participation à la promotion de la santé incluant la lutte contre l'addiction à l'alcool, à la cigarette et à la drogue en milieu scolaire.

Le Ministère de la Jeunesse, des Sports et de l'Action Civique intervient dans :

- La promotion de la santé incluant la lutte contre l'addiction à l'alcool, à la cigarette et à la drogue chez les jeunes, conjointement avec les Ministères de la Justice, de la Culture, de la Communication, des Affaires Sociales et du Travail, de l'Éducation et de la Formation Professionnelle.

Le Ministère de la Justice et de la Sécurité publique contribue par:

- L'appui au respect de la réglementation pour tout ce qui concerne la mise en application des conditions et modalités de répression pour non application des lois et règlements en vigueur, incluant les violations du Code d'Hygiène Publique.
- La réglementation de la circulation des véhicules et des motos dans le sens de la protection des conducteurs et des piétons en général et de la prévention des accidents en particulier, à travers la Police Nationale, conjointement avec le Ministère de l'Intérieur et des Collectivités Territoriales et les Mairies.
- Le contrôle de la nuisance sonore et le respect de la tranquillité du citoyen.

Le Ministère à la Condition Féminine et aux Droits de la Femme contribue par :

- Le plaidoyer et le suivi du respect des droits des femmes à la santé génésique, à la planification familiale pour le contrôle de la taille de leur famille.
- La prise en charge multisectorielle des femmes victimes d'agressions sexuelles et de violences dans les maisons d'hébergement.
- La promotion de la santé et de l'utilisation de la Planification familiale auprès des femmes.

Le Ministère de l'Intérieur et des Collectivités territoriales veille au:

- Renforcement des mesures préventives contre les risques et désastres et la mise en œuvre de mesures exceptionnelles en cas de désastre naturel. A travers, les collectivités territoriales et la Protection civile, le MICT assure avec le MSPP un échange permanent et coordonné d'informations sur les risques et dangers de telle sorte que les mesures d'accompagnement soient prises à temps.
- Contrôle sanitaire au niveau des frontières à travers le Service National d'émigration et d'Immigration.
- Réactualisation et application de la législation sur l'urbanisation, conjointement avec le Ministère de l'environnement et le MPCE.
- Développement et suivi de l'application, dans toutes les collectivités territoriales, d'un Plan d'Assainissement de Base ciblant toutes les communautés urbaines et rurales.

Les mairies et autres entités des collectivités territoriales renforcent la gouvernance générale du Système National de Santé par :

- Le respect du modèle de prestation de services retenu et de la carte sanitaire.
- L'application du Plan d'Assainissement de base.
- L'amélioration de l'hygiène des lieux publics, l'hygiène de l'habitat, la protection générale de l'environnement.

- La participation dans la surveillance de la morbidité et des causes locales de mortalité.
- La promotion de la participation communautaire dans la santé.

Le Parlement, à travers ses commissions de Santé contribue par:

- Le contrôle de la mise en œuvre de la politique de santé, en tant que politique publique.
- Le suivi de l'exécution de la politique de santé et le vote du budget et de toutes les lois qui appuient la présente politique de santé.
- La participation à la conférence nationale de santé.
- Le respect du modèle de prestation de services retenu et le respect de la carte sanitaire par chacun de ses membres.

2.2. Renforcement du partenariat dans le secteur.-

L'État Haïtien reconnaît qu'à côté des efforts des entités d'État, l'appui des partenaires techniques et financiers (PTFs), des ONG nationales et internationales et la participation de la collectivité sont essentielles dans la planification et la gestion des activités de Santé. D'où l'importance de fixer les normes et mécanismes d'articulation et de coordination. Le Ministère du Plan et de la Coopération Externe a, sur ce point, fait de grandes avancées en faisant sortir le document de Cadre et Mécanismes de Coordination de l'Aide Externe. Le cadre de partenariat est ainsi globalement posé. Il revient au MSPP de mettre à jour le cadre spécifique de coopération pour le secteur santé.

2.2.1. Intégration des ONGs

Les Organisation non gouvernementales à vocation sanitaire appartiennent au secteur santé au même titre que les structures publiques de santé; cependant leurs activités doivent être en harmonie avec les politiques sanitaires nationales, les Plans de santé nationaux et départementaux. L'appui des ONG peut s'exercer à tous les niveaux du système de prestation de soins et à tous les niveaux du processus gestionnaire moyennant leur alignement sur la politique de santé et le Plan Directeur en santé donc dans une approche de rationalisation de la carte sanitaire.

2.2.2. Coordination des partenaires techniques et financiers

Vu l'importance et l'influence des PTFs dans le système de santé haïtien, outre le savoir-faire et la volonté du MSPP, leur collaboration effective est nécessaire pour assurer un passage harmonieux à la régulation et au contrôle de ce secteur par le MSPP. Toutefois, il est à noter que le leadership du Ministère est une condition sine qua non pour une bonne gouvernance du secteur. Dans ce cadre l'appui des PTFs doit refléter leur alignement sur les priorités nationales définies dans la politique de santé et le Plan Directeur en santé donc dans une approche de rationalisation de la carte sanitaire et de renforcement du secteur et en respectant leurs engagements financiers et techniques.

2.2.3. Les Communautés

Les populations ont un rôle privilégié dans la mise en œuvre du Plan Directeur en Santé. Raison d'être du système, elles sont à la fois acteur, utilisateur et constituant. Elles y contribuent effectivement par :

- La participation à la promotion de la santé, l'utilisation éclairée et rationnelle des services et des soins, l'adhérence à un système d'assurance maladie qui restent déterminants pour le fonctionnement et l'impact du système de soins. La solidarité communautaire, individuelle et collective, est à valoriser et à renforcer.
- L'application des normes d'hygiène, d'assainissement et de protection de l'environnement par les individus et les collectivités.
- La participation à l'évaluation de la qualité des services et de la satisfaction de la clientèle
- La participation au développement du système de santé à travers les cotisations pour des services reçus, la participation au sein des comités locaux de santé, de conseils d'administration des établissements de santé et à travers des groupements travaillant pour la promotion de la santé ou le développement sanitaire.

Les mécanismes de participation citoyenne seront définis par le Ministère de la Santé en vue de rationaliser et de maximiser cette participation communautaire. Le succès du réseau d'agents de santé communautaire polyvalents pour assurer la couverture effective de la population repose autant sur le renforcement de ce partenariat que sur l'ancrage institutionnel de ce réseau.

2.2.4. La société civile.

Elle participera à la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé et du Plan Directeur en santé par :

- La garantie de la qualité des ressources humaines et la contribution à la construction de l'évidence pour les ajustements éventuels aux stratégies d'organisation, de la prestation de services et de soins de santé à partir des ordres et Associations Professionnelles de santé, des Universités, des Facultés et Écoles Supérieures de santé, des Instituts Privés de Recherche, les Associations d'ONG de Santé.
- Le respect des normes et standards du MSPP et le respect de la carte sanitaire par les institutions privées de santé
- La facilitation de l'accès aux services et soins de santé à la population et le partage des risques financiers par les assurances publiques et privées de santé de par leur intégration au système de protection sociale.

2.2.5. Les Laboratoires de Production de Médicaments.

Ils contribuent en s'investissant dans la production d'autres intrants essentiels pour le système de soins et dans une composante recherche qui se penche sur la pharmacopée.

3. La modulation du Financement du secteur santé.-

Ce volet englobe le financement et le contrôle financier du système à savoir la régulation et le contrôle des dépenses de l'ensemble du secteur. Des dispositions seront prises pour mettre en place un mode de financement équitable qui facilite l'accès universel aux services de santé de base. Les sources de financement du système national de santé demeurent :

- Le paiement à l'acte des ménages pour des soins reçus dans le sous/secteur privé lucratif.
- La contribution des travailleurs et des ménages pour des soins prépayés dans le sous-secteur des assurances de santé
- La contribution de l'état haïtien à partir du budget national pour la santé
- La contribution des ménages au fonctionnement des institutions publiques et philanthropiques de santé
- Les dépenses des ménages pour certains services sociaux de base (eau, assainissement).
- La contribution financière des partenaires internationaux de santé

Dans la poursuite d'un modèle de financement qui facilite l'accès équitable aux services de santé de base le MSPP veillera au développement du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) du secteur santé. Toutes les ressources financières disponibles pour la santé seront ainsi budgétisées dans la programmation sanitaire nationale. Le Budget sera ventilé par programme, par type de dépenses, par niveau de la pyramide sanitaire.

Par ailleurs, il revient au MSPP, en coordination avec les autres entités étatiques impliquées, de prendre toutes les dispositions pour s'assurer de :

- la surveillance de la bonne utilisation des fonds et ressources
- L'appropriation par le Trésor Public de l'acquisition des intrants stratégiques nécessaires à la prestation des soins essentiels de santé
- La répartition proportionnelle de la fraction budgétaire allouée à la santé entre les différents éléments de la Politique Nationale et du Plan Directeur retenus prioritaires pour la période. Dans la fraction budgétaire allouée à la construction de l'accès universel aux soins de santé, les rubriques budgétaires devront être distribuées par niveau de soins et par commune.

Chapitre 2. Intégration de toutes les actions à prendre dans le secteur dans une programmation nationale unique pour la santé.-

Ce volet vise la construction de l'accès universel à un Paquet Essentiel de Services de Santé (PES) qui est la priorité dans le cadre de la Politique Nationale de Santé et du Plan Directeur en Santé. Le PES se fondera sur des méthodes et des techniques scientifiquement valables et

socialement acceptables, accessibles à toutes les familles de la communauté, avec leur pleine participation, dans un esprit d'auto-responsabilité.

La construction de l'accès universel au PES englobe : le développement, la vulgarisation et la standardisation de la mise en œuvre d'un paquet essentiel de services de santé à travers le système de soins; l'intégration des services et soins dans une programmation unique, intégrée; l'organisation du réseau communautaire de services ; la protection sociale ; le suivi de la mise en œuvre du modèle de prestation de services retenu et l'affectation préférentielle de ressources pour des groupes sociodémographiques à haut risques et zones géographiques défavorisées.

1. Développement, vulgarisation et standardisation de la mise en œuvre d'un paquet essentiel de services de santé à travers le système de soins.

Il s'agit de définir un Paquet de Services Essentiels et de développer le paquet technologique qui en découle, en fonction du tableau actuel de morbidité et de mortalité et des différents niveaux de la pyramide sanitaire. Ce paquet de services et de soins doit être apporté le plus près possible des lieux où vivent et évoluent les populations. On tiendra compte de :

- L'attention ambulatoire aux individus malades établie sur une base de référence et de contre référence.
- L'hospitalisation de courte et moyenne durée pour des pathologies courantes
- Les services de santé maternelle incluant : le suivi prénatal, l'accouchement par du personnel entraîné, le suivi post-natal, la contraception, la correction des anémies, la détection précoce du diabète, de l'hypertension, des cancers de l'utérus et du sein.
- Les services de santé infantile incluant : L'immunisation, la prise en charge des maladies respiratoires aiguës, la prise en charge des diarrhées aiguës et chroniques, la prise en charge des parasitoses intestinales, le contrôle de croissance.
- Les services de lutte contre les maladies :
 - Lutte contre les maladies transmissibles par vecteurs (Malaria, dengue, filariose).
 - lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le SIDA
 - lutte contre la Tuberculose
 - Lutte contre le Choléra
- La détection précoce et la prise en charge du diabète et de l'hypertension artérielle
- La prise en charge des urgences mineures
- Les services de soins bucco-dentaires et ophtalmiques
- L'identification et la référence des maladies mentales
- Les actes chirurgicaux mineurs.
- La Promotion de la santé

Dans ce contexte, le Ministère de la Santé Publique prendra toutes les dispositions pour :

- Réviser, compléter et vulgariser le paquet essentiel de services (PES) par niveau d'institutions
- Promouvoir la Prise en Charge Globale de l'Individu.
- Organiser et rendre fonctionnel le système de référence et de contre référence
- Définir le Paquet Technologique des hôpitaux départementaux, hôpitaux universitaires, hôpitaux et centres spécialisés et habiliter ces établissements à remplir leur mission de façon complète
- Habilitier tous les établissements, quelle que soit leur obédience à fournir, selon leur niveau, le paquet complet de services essentiels moyennant la dotation en personnel qualifié et suffisant, l'approvisionnement en intrants et équipement de base.

2. Développement d'une programmation unique, intégrée des interventions du secteur.

Il s'agit d'aligner tous les intervenants en santé autour du Plan Directeur en Santé et consigner toutes les interventions prévues dans les plans opérationnels triennaux s'assurant de fixer l'imputabilité de chaque partenaire. L'élaboration de ces plans mobilisera l'ensemble des partenaires et sera assorti d'un plan de suivi et d'évaluation du respect des engagements par chacun. Les mécanismes de suivi et d'évaluation seront également définis dans le plan opérationnel et seront d'application stricte.

L'élaboration de cette programmation unique, intégrée facilitera l'élaboration du Cadre de dépenses à Moyen Terme (CDMT) ainsi que la transparence dans la gestion des ressources et le gaspillage travers la duplication et l'éparpillement des efforts.

3. Organisation du réseau communautaire de services.

A chacune des institutions prestataires de services et de soins seront attachés des agents de santé communautaires de santé et des officiers sanitaires en vue d'assurer la couverture en services et soins de santé de l'ensemble de la population. Fort des expériences antérieures, il est retenu de disposer d'un agent de santé communautaire pour 1,000 habitants. Ce qui laisse prévoir le déploiement de près de 10,000 agents de santé communautaires (ASC) sur le territoire national. Dans ce contexte il est impérieux que le MSPP fasse le suivi et l'accompagnement des partenaires pour le respect de cette norme et des profils retenus. Les ASC seront tous formés ou recyclés suivant un curriculum standard élaboré par le MSPP et seront responsables de fournir un paquet de services standard à la population de leur aire de responsabilité.

Par ailleurs, des mesures d'accompagnement devront être mises en place pour assurer la supervision et le suivi de la performance de cette catégorie de prestataires qui seront valorisés et

accrédités par les structures compétentes du MSPP. Ils seront rattachés à l'institution couvrant leur aire d'intervention et supervisés par un cadre de cette formation sanitaire. Celui-ci aura la responsabilité de les déployer et de les encadrer selon le protocole et les standards à développer par le MSPP.

La mise en place de ce cordon communautaire, en lien avec des institutions prestataires devrait contribuer à la mise en place effective d'un système de référence – contre référence entre la périphérie et les institutions sanitaires.

4. La Construction de la Protection sociale.

Il s'agit de :

- Garantir la complémentarité des ressources de différentes sources et éviter le double emploi. Dans ce sens les soins donnés par les institutions publiques et philanthropiques de santé à des clients disposant d'une couverture en santé seront facturés. Les compagnies d'assurance concernées ont une obligation de remboursement aux institutions en question. Cette mesure implique l'adoption et la mise en place d'un dossier/patient national et unique.
- Promouvoir et accompagner la mise en place de système d'assurance santé de type corporatif.
- Exiger une clause d'assurance santé pour les travailleurs dans tous les grands projets de développement et les grands chantiers de construction.
- Renforcer l'action de l'OFATMA dans le secteur laboral et étendre l'assurance santé aux employés de maison.
- Constituer un fonds de solidarité pour le renforcement du système et la couverture en santé de groupe de populations particulièrement vulnérables.
- Augmenter progressivement le pourcentage du budget national dédié à la santé pour alimenter le financement du secteur à partir du Trésor Public. Des taxes santé seront instaurées : Écotaxes sur les industries polluantes (déchets de volailles élevées aux hormones,...), taxes sur les produits nocifs pour la santé (alcool, tabac, boissons artificielles à base de colorant,...), taxes sur certains produits de beauté, taxe d'assainissement sur les propriétés bâties, timbre-poste de soutien aux ODM.
- Promotion, encouragement, support aux initiatives pour la création de mutuelles d'assurance dans les secteurs informels.

5. Suivi de la mise en œuvre du modèle de prestation de services retenu.

Ceci implique :

- la prise en compte des indicateurs de mise en œuvre du modèle de prestation de services et de soins retenus dans la construction du système d'informations sanitaires visant à l'actualisation automatique de la carte sanitaire.
- Le respect de la carte sanitaire dans l'octroi des permis de fonctionnement et d'accréditation des institutions prestataires

6. Affectation préférentielle de ressources pour des groupes sociodémographiques à haut risques et zones géographiques défavorisées.

Dans le processus de prestation de soins, une attention prioritaire sera accordée aux groupes sociodémographiques à haut risque tels les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans, les écoliers, les handicapés physiques et mentaux.

Le mode et les conditions d'obtention des soins seront établis par le Ministère de la santé, conjointement avec ceux des Affaires Sociales et de l'Éducation Nationale.

En ce qui a trait aux zones géographiques prioritaires une attention particulière sera accordée aux zones dites marginales des villes à grande concentration démographique et aux sections communales périurbaines à grande concentration démographique. A côté du dispositif sanitaire prévu dans la présente Politique, le Ministère de la Santé veillera, en fonction des besoins, à installer des centres de santé avec lits ou des hôpitaux communautaires dans les zones suscitées.

Chapitre 3. Renforcement et unification du système d'information pour la santé; l'exploitation de façon systématique des informations produites pour la prise de décision.-

1. Le Système d'informations pour la santé. Il a pour fonctions de renseigner sur l'état de santé de la population et d'orienter la prise de décision. Parmi ses attributions se retrouvent:

- Élaboration et gestion des indicateurs de suivi et d'évaluation des politiques et plans en matière de santé
- Élaboration et gestion des indicateurs du niveau de santé à travers la surveillance épidémiologique
- Élaboration et gestion des indicateurs de prestation des services et soins de santé y compris les indicateurs de performances institutionnelles et individuelles
- Élaboration et gestion des statistiques des ressources dans le secteur Santé.

Le SIS s'articule autour de trois piliers : Statistiques de services, Surveillance épidémiologique et Statistiques de ressources. Ce dernier pilier comporte 3 volets : ressources financières, humaines et matérielles. Le MSPP devra prendre les dispositions pour :

- s'assurer que les données collectées soient pertinentes aux besoins en informations des différents niveaux de la pyramide sanitaire et des niveaux stratégiques nationaux
- s'assurer que la collecte et la saisie des données seront le plus fiables que possible.
- Renforcer le système de gestion des dossiers relatifs aux trois piliers du SIS et le système d'archivage des dossiers (classement et déclasserment des dossiers)
- Articuler les différentes bases de données existantes en s'assurant de leur complétude quant aux domaines couverts et mettre en place les interfaces et plateforme d'analyse permettant de rendre dynamique ces bases et d'actualiser automatiquement, en grande partie, la carte sanitaire. L'interaction devrait en outre être dynamique avec les bases de données démographiques de l'Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique (IHSI).

Le système d'informations sanitaires est complété par des études et recherches telles l'élaboration des Comptes Nationaux de Santé, l'analyse de l'efficacité des dépenses en santé, etc.

Les acteurs concernés par le système d'informations sanitaire sont:

- Le MSPP et ses structures concernées,
- les Institutions de santé,

- les ONGs Partenaires,
- les Opérateurs Prive/Lucratif de santé,
- les opérateurs publics de santé impliqués dans la gestion de données relatives aux déterminants de la santé, l'IHSI.
- les organisations internationales impliquées dans la santé.
- Les organisations impliquées dans la gestion des risques, désastres et catastrophes.

Il est vital pour le secteur santé de disposer d'un système national, unique d'informations pour la santé dont la conception et la gestion est à la charge exclusive du Ministère de la Santé.

Le Ministère de la santé prendra toutes les dispositions pour orienter et coordonner les actions des autres acteurs impliqués en vue de renforcer et d'unifier le SIS.

2. Recherche.

La promotion de la recherche action est priorisée dans les aspects suivants en vue d'ajuster les politique, plans, stratégies et interventions. Seront privilégiées :

- Analyse des interactions de la dynamique démographique avec la santé de la population
- Identification, analyse des déterminants de la santé et de leur évolution
- Identification et analyse des barrières qui interfèrent avec l'accessibilité, la qualité, l'utilisation des services et soins de santé
- Analyse institutionnelle
- Recherches opérationnelles, fondamentales, thérapeutiques
- Autres types de recherche.

3.- Production et Utilisation de l'Information.

L'exploitation du système d'information sanitaire sera programmée dans le cadre de la planification du renforcement du SIS. Il s'agit de s'assurer que l'ensemble des données collectées par niveau puissent alimenter le suivi, l'évaluation et la prise de décision au point de prestation et de collecte et au niveau supérieur, chaque niveau de la pyramide alimentant le niveau supérieur.

Le rétro-information faisant état des résultats et conclusions de l'utilisation des données/ informations rapportées assortis de recommandations devra être systématisée. Il en est de même de la génération de rapports réguliers et automatiques illustrant l'évolution des indicateurs de processus, de situation et d'impact et leur analyse à des fins de gestion.

Outre le fait que la base de données supportant le SIS est accessible et peut être consultée sous réserve des niveaux d'accès déterminés, la publication d'annuaire statistique annuel contribue à l'utilisation maximale de l'information statistique produite.

Chapitre 4 Renforcement de la gestion des services de santé et des ressources disponibles pour la santé.-

La Gestion efficiente et efficace des services et des ressources constituent l'une des priorités de la Politique Nationale de Santé et du Plan Directeur en Santé. Le renforcement de la gestion des ressources concernent non seulement les ressources appartenant en propre à l'État Haïtien mais aussi celles obtenues par les organisations philanthropiques au nom du Peuple Haïtien pour des services à la population haïtienne. La gestion des ressources comprend :la gestion des ressources humaines incluant la gestion du temps, la gestion des immeubles et locaux, des équipements, matériels et fournitures, la gestion des médicaments et autres intrants stratégiques pour la santé, la gestion des finances.

1. Renforcement de la gestion des Services et Soins de Santé.-

Il s'agit de renforcer l'organisation et la prestation de services et soins préventifs, curatifs de réhabilitation, suivant des politiques institutionnelles, stratégies, plans, modèles de soins, normes standards, procédures préalablement établies et approuvées par le Ministère de la Santé.

Le renforcement de la gestion des services et soins de santé passe par le renforcement des Directions départementales de santé ainsi que des Unité d'arrondissement de santé qui doivent garantir la production pérenne des services et soins de qualité, accessibles à toutes les populations qu'elles desservent. Pour y parvenir, l'ensemble du système doit être doté des capacités de maîtrise :

- des processus gestionnaires, de gouvernance, de prestation des soins et services ;
- des normes, procédures et standards de prestation des soins ;
- de l'utilisation des outils résultant des différents processus.

Le système de prestation de services et de soins de santé est constitué d'un ensemble d'institutions de prestation d'obédience publique, privé philanthropique, privé lucratif et de prestataires indépendants de services et soins de santé (cabinet médicaux privés, Prestataires du système de médecine traditionnelle).Les mesures spécifiques priorisées pour le renforcement du sous-système de prestation de services et soins de santé sont:

Pour le secteur privé, incluant la médecine traditionnelle.-

- Mise en application du cadre réglementaire d'organisation et de fonctionnement des institutions de santé selon leur catégorie par le dispositif privé et philanthropique de prestation de services et soins de santé, respectant le modèle de prestation retenu par le MSPP et suivant le principe de la référence - contre référence;
- élaboration et mise en application de règlements pour l'organisation, l'accréditation et le contrôle des établissements privés lucratifs;
- élaboration et mise en application de règlements pour l'organisation et le contrôle de la pratique médicale privée;
- élaboration et mise en application de règlements pour l'accréditation et la pratique des professions médicales;
- application stricte des standards pour la certification et l'autorisation de fonctionnement des établissements publics, philanthropiques et privés lucratifs de santé;
- mise en place de procédures d'assurance et de contrôle de qualité dans toutes les entités de santé quel que soit leur obédience
- standardisation et contrôle des dossiers médicaux à l'échelle du secteur.

En relation avec la médecine traditionnelle.- La politique de santé et le Plan Directeur en Santé reconnaissent l'utilité des tenants de la médecine traditionnelle et le vide qu'ils comblent du fait de la faible accessibilité aux services institutionnels de santé. Cependant le Ministère de la Santé de concert avec d'autres institutions publiques concernées, prendra des dispositions pour :

- Identifier et réprimer les pratiques qui mettent en péril l'intégrité physique et mentale des individus qui ont recours à ce sous-secteur.
- Identifier et accréditer, en fonction de critères définis, les tradipraticiens.
- Établir progressivement des mécanismes de liaisons et de contrôle entre les tradipraticiens et les institutions de santé.

Pour le Ministère de la Santé et ses Structures de Gestion et de Soins, les mesures prioritaires retenues sont :

- Réactivation et application stricte des politiques de contrôle pour améliorer la performance du personnel
- Renforcement des capacités de gestion des directions centrales et périphériques du Ministère de la santé
- Renforcement des mesures administratives pour prévenir et limiter le gaspillage
- Libération de ressources suffisantes pour la supervision et le contrôle à tous les niveaux
- Réduction des déficits en personnel essentiel dans les structures de gestion et de soins
- Renforcement du système d'approvisionnement pour prévenir les ruptures de stock

- Constitution de ressources financières pour la mise en place de primes d'éloignement et autres avantages pour attirer en périphérie certaines catégories professionnelles de santé.
- Élaboration d'un document de description de tâches pour chaque membre du personnel à tous les niveaux de gestion et prestation de soins
- Élaboration de plans de travail et évaluation institutionnelle et individuelle à tous les niveaux de gestion et de prestation de soins.

2. Mise en place/ renforcement des infrastructures sanitaires prestataires de services et de soins

Dans ce contexte le ministère de la Santé mettra en place, en accord avec la politique de santé un dispositif sanitaire comprenant au minimum :

- 1 Centre Communautaire de Santé par section communale
- 1 Centre de Santé au niveau de chaque commune;
- 1 Hôpital Communautaire de Référence par Arrondissement.
- 1 Hôpital Départemental de référence par département géographique.
- 1 centre de transfusion sanguine par département
- Des hôpitaux de grande complexité de soins de référence nationale
- Des hôpitaux spécialisés

Le Budget d'Investissement sera utilisé à cette fin.

.En plus de ce dispositif, le ministère de la santé veillera à :

- Assurer la mise en place et le fonctionnement du système de référence et de contre référence sur une base rationnelle
- Développer au besoin des stratégies avancées pour délivrer tous les services.
- Organiser des activités intensives (campagne) dans certains domaines particuliers d'intervention
- S'assurer que tous les établissements de santé du dispositif sanitaire aient le staff technique nécessaire, soient équipés suivant les normes et approvisionnés de façon régulière en intrants.

3. Approche contractuelle.-

Dans le cadre de la gouvernance des services de santé, la contractualisation est privilégiée en tant que mode de gestion. Il s'agira de déléguer un certain nombre d'attributions relevant normalement du service public, dont l'exécution ne dépend que des besoins de la population en matière de santé, sans considération de profit et de rentabilité.

Les modes de délégation priorités sont :

- La concession de mission de services publics suivant différents scénarios.
- La délégation de gestion d'institutions publiques de santé

Les innovations principales de la contractualisation des services de santé résident dans :

- La rémunération des services délivrés par les institutions contractuelles
- La prise en compte de la quantité et de la qualité des services produits dans le calcul de la rémunération
- L'évaluation des performances individuelles et institutionnelles pour l'attribution de primes de performance.

L'approche contractuelle sera mise en place, dans un premier temps, dans un département sanitaire. Elle sera systématiquement documentée aux fins de répliation sur les autres départements. Dans ce contexte, le MSPP mettra en place une Unité de Contractualisation chargée de documenter le processus et d'appuyer les Directions et entités concernées du MSPP dans la mise en œuvre de cette approche.

4. Renforcement des aspects éthiques des professions médicales et paramédicales :

La protection des usagers, tant dans la pratique médicale publique/philanthropique que privé lucratif, constitue l'une des priorités de la présente politique de santé et du Plan Directeur en santé. Dans ce contexte les mesures suivantes seront prises en vue de la création des ordres professionnels de santé et du contrôle des Assurances privées et publiques.

4.1.Des ordres Professionnels de Santé

Il sera créé pour chaque catégorie professionnelle de santé un ordre national regroupant obligatoirement tous les professionnels de santé, les habilitant à exercer leur profession en Haïti. En fonction des spécialités, chaque ordre peut être subdivisé en plusieurs chapitres. Aucun professionnel de santé ne sera habilité à professer en Haïti s'il n'est pas inscrit à l'ordre de sa catégorie professionnelle d'appartenance. Les ordres professionnels de santé veillent au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice des professions de santé et à l'observance par tous leurs membres des devoirs professionnels et des règles de déontologie. Les ordres professionnels de santé exercent respectivement leurs attributions par l'intermédiaire d'un Conseil National et de Conseils Départementaux. L'organisation et le contrôle des professions de santé par les ordres professionnels constituent un service public.

La définition des attributions spécifiques de chaque ordre, leurs responsabilités spécifiques, les étapes de leur mise en service, leur fonctionnement seront déterminés et réalisés conjointement

par le Ministère de la Santé et les associations de professionnels de la santé actuellement en activité.

4.2. Du Contrôle des Assurances Publiques et Privées.:

Le Ministère de la Santé, conjointement avec les Ministères du Commerce, des Affaires Sociales, des Finances prendra toutes les dispositions pour réaliser une étude sur le fonctionnement des régimes d'assurance et des services offerts aux clients. Sur la base des conclusions du rapport, un projet de Loi de réglementation du Secteur des Assurances de Santé et de Protection des assurés sera préparé et présenté au Parlement aux fins de ratification et d'application.

5. Gestion rationnelle des ressources humaines.-

L'efficience et l'efficacité d'un système national de santé dépendent de la qualité des ressources humaines qui l'animent. La gestion des ressources humaines vise la production et le développement de ressources humaines adaptées au paquet essentiel de services et au niveau de gouvernance requis. Les professionnels de santé sont formés par des écoles de santé étatiques supportées par le Trésor Public, des écoles privées de santé et dans le cadre de la formation continue du personnel en cours d'emploi. La gestion rationnelle des ressources humaines prend donc en compte le développement technologique et l'accréditation des institutions de formation.

Dans ce domaine, le Plan Directeur en Santé priorise les aspects suivants:

- Identification des besoins et planification du développement technologique à l'échelle nationale;
- Identification des besoins et planification du perfectionnement des ressources humaines en santé tenant compte de la carte sanitaire;
- Validation des curricula des écoles de santé;
- Contrôle de la qualité de la formation dans toutes les écoles de santé;
- Organisation des examens d'État pour toutes les catégories professionnelles du secteur santé;
- Validation des diplômes d'État et de la Licence Professionnelle;
- Validation et mise en œuvre du référentiel des Emplois et des Compétences (REC).

D'où les mesures suivantes à prendre :

Sur le Plan Structurel :

- Pour toutes les catégories professionnelles le programme de formation devra tenir compte de la réalité sanitaire haïtienne, des politiques nationales et de la législation en matière de santé; les programmes de formation, incluant l'Internat et la résidence hospitalière, sont soumis à la validation des services compétents du ministère de la Santé.

- Le Ministère de la Santé, conjointement avec ceux de l'Éducation Nationale et des Affaires Sociales, prendra toutes les dispositions pour régulariser le statut des écoles privées de formation de toutes les catégories de professionnels en santé.
- Les conditions d'éligibilité et les modalités de fonctionnement des écoles publiques et privées de santé sont définies par la loi
- Les professionnels issus des écoles privées de santé auront un libre accès aux hôpitaux publics universitaires pour la spécialisation;
- Le recrutement du personnel sanitaire dans les institutions publiques est régi par la Loi sur les fonctions publiques et les règlements internes du Ministère de la Santé
- La formation en cours d'emploi du personnel en services constitue une activité régulière et obligatoire
- L'examen d'État sera généralisé et étendu à toutes les catégories professionnelles de santé. La réussite de cet examen donne lieu à un diplôme d'État. L'obtention de ce diplôme est nécessaire pour travailler dans le système national de santé. Une Loi viendra déterminer les conditionnalités de rétention du personnel déjà en services dans le système national de santé
- La Loi pour la délivrance de la Licence autorisant les professionnels de santé à travailler en Haïti sera modifiée et étendue à toutes les catégories professionnelles de santé. Désormais cette licence sera accordée pour un temps déterminé ne dépassant pas cinq (5) ans. Le Ministère de la Santé, conjointement avec celui des Affaires Sociales établira les conditionnalités pour le renouvellement de la licence professionnelle.

Sur le Plan Conjoncturel :

- Accélération du processus de formation de médecins généralistes, d'Infirmières Sages-Femmes, d'autres catégories d'infirmières spécialisées en Pédiatrie, en Anesthésiologie, en Instrumentation Médicale.
- Initiation de démarches pour la formation de nouvelles catégories professionnelles : Assistant Médical, Urgentiste, Médecin Légiste, Technologiste Biomédical, Travailleur Social, Éducateur Sanitaire, Ambulanciers, Sous Spécialistes (Cardiologie, Néphrologie etc.)
- Relance de la formation et renforcement du corps des officiers et inspecteurs sanitaires.
- Relance et standardisation de la formation et renforcement du corps des agents de santé communautaires polyvalents

Le Ministère de la Santé et les autres Ministères et Organismes autonomes impliqués dans le fonctionnement du système de santé prendront toutes les dispositions pour la mise en place de système de gestion et l'organisation de la surveillance de l'utilisation des ressources disponibles pour la santé tant dans l'ensemble du secteur santé.

6. Gestion rationnelle des Médicaments et intrants stratégiques pour la santé

Il s'agit de renforcer les capacités du système national de santé, à tous les niveaux, pour qu'il soit en mesure d'améliorer continuellement et de façon pérenne :

- l'offre des soins (ressources humaines, infrastructures et équipements) ;
- le développement du partenariat dans le secteur ;
- les mécanismes de financement du secteur ;
- le système d'approvisionnement en médicaments, réactifs, consommables et dispositifs médicaux.

En accord avec la Politique Nationale de Santé, le MSPP s'assure de la disponibilité et de l'accessibilité aux médicaments essentiels de qualité pour toute la population haïtienne. Elle doit:

- Élaborer une politique pharmaceutique découlant de la politique sanitaire nationale.
- Renforcer la structure de régulation pharmaceutique pour pouvoir assurer pleinement ses fonctions réglementaires.
- Développer un système unique d'approvisionnement en intrants et médicaments essentiels pour le système de prestation de soins
- Actualiser le cadre légal du secteur pharmaceutique.
- Rendre disponibles et publiques les lois, normes et règlements en vigueur en matière de production, importation, approvisionnement et commercialisation des médicaments et intrants stratégiques du secteur en général.
- Stimuler la production locale de médicaments et d'intrants stratégiques pour le secteur santé,
- Renforcement du Centre National d'Approvisionnement en Intrants (CNAI) et des Centres Départementaux d'Approvisionnement en Intrants (CDAI).

Chapitre 5 Renforcement du dispositif de supervision et de contrôle.

La Politique Nationale de Santé et le Plan Directeur en Santé accordent une place importante à la supervision dans le cadre du renforcement de la gouvernance du système de santé et de l'assurance de la qualité des services et soins de santé. Le MSPP mettra au point un système de supervision qui tiendra compte de la réalité de chaque composante du système de santé et qui définira pour chaque composante, les domaines et point-clé à superviser, la fréquence de la supervision, la méthodologie de la supervision, les outils de supervision et le mode d'exploitation des données de la supervision. La validation et la vulgarisation du manuel et des outils de supervision est une priorité de la première période triennale du Plan Directeur en santé. Le manuel de supervision retenu sera appliqué pour toutes les instances impliquées dans le fonctionnement du système de santé.

Le Contrôle fait l'objet des mêmes considérations que pour la supervision. Un accent particulier sera mis sur la gestion et le contrôle financiers, l'atteinte des objectifs et résultats visés. Dans ce

souci, une unité d'audit interne sera mise en place au sein du MSPP en vue de renforcer cette fonction et garantir une gestion saine et transparente des ressources ainsi que la performance du secteur.

Le Cadre logique d'Interventions du Plan Directeur pour le volet Organisationnel et opérationnel détaillant les interventions retenues et les objectifs cibles se retrouve en annexe 2.

.Section 2. Interventions et Résultats liés à la prestation de services.-

Ces interventions visent le renforcement de la prestation des services devant garantir une amélioration nette de l'état de santé de la population et contribuer à l'amélioration de la croissance économique et du développement humain au sein de la population haïtienne. Il couvre 4 domaines :

- Santé de la mère, de l'enfant,
- Santé de l'adolescent et des jeunes
- Lutte contre les maladies
- Promotion de la santé

Le paquet essentiel de services et soins de santé (PES) sera défini tenant compte des domaines, classes, catégories et types d'interventions tels que consignés dans l'annexe 3 tableau Cadre Logique d'Interventions – Volet Prestation de Services du Plan Directeur présenté ci-après.

1.Santé de la mère, de l'enfant.

La santé de la mère couvre Ce domaine couvre :

- les consultations pré et postnatales,
- les accouchements et soins obstétricaux et néonataux d'urgence,
- la planification familiale,
- les consultations des femmes et le dépistage des cancers génésiques.

La santé de l'enfant couvre :

- l'immunisation des enfants (PEV),
- la Prise en charge Globale précoce de l'enfant exposé ou infecté au VIH,
- la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME),
- la Prise en charge de la malnutrition,
- la santé scolaire.

2. Santé de l'adolescent et des jeunes.Ce domaine couvre :

- la santé scolaire (classes humanitaire) : initiation à la vie et à la planification familiale, soutien aux orphelins et adolescents vulnérables, lutte contre l'alcool, le tabac, la drogue,

3. Lutte contre les maladies.Ce domaine couvre :

- La lutte contre le VIH/SIDA :Prise en charge globale du VIH/SIDA
- La lutte contre la tuberculose :Prise en charge globale de la tuberculose
- La lutte contre la malaria : Prise en charge globale de la malaria
- La lutte contre les maladies non transmissibles :Prise en charge globale des maladies non transmissibles

Prise en charge globale du diabète et des maladies cardiovasculaires

Prise en charge globale des maladies, ophtalmiques et bucco dentaires

- Surveillance intégrée des maladies et réponses :
 - Surveillance intégrée des maladies (Renforcement des capacités du système de surveillance en conformité avec le règlementsanitaire international - système de veille et d'alerte ; Renforcement des capacités institutionnelles de réponseprécoce ;Renforcement du système de Gestion de l'information en période de crise)
 - Contrôle des épidémies (Prise en charge des cas, Prise en charge préventive, renforcement de mesures promotionnelles, évaluation de l'épidémie)
- Gestion des catastrophes et autres événements de santé publique y compris ceux à portée internationale :Prise en charge des urgences et des victimes de catastrophes (préparation aux catastrophes, diagnostic et réponse humanitaires, évaluation)
- Santé mentale :
 - Maladies mentales (Promotion pour la prévention et le dépistage précoce, Prise en charge institutionnelle des cas, Education et prise en charge communautaire)
- Troubles de comportement - toxicomanies, usage de drogues, addictions, ...-(Promotion et éducation communautaire, Diagnostic de comportements a risques, Prévention, prise en charge et réinsertion des malades).
- Santé des personnes âgées : Gériatrie (Consultation gériatrique, prise en charge préventive, Prise en charge curative des cas, Réhabilitation, Prise en charge communautaire

4. Promotion de la santé.-

Le développement sanitaire national ne peut réussir :

- Si les structures d'État et la société civile ne reconnaissent pas l'apport de la santé dans le développement national
- Si les structures d'État de décisions ne jouent pas leur partition à travers les différents Ministères dans la construction d'un niveau acceptable de santé pour la population
- Si chaque citoyen ne reconnaît pas l'apport de la santé dans son propre développement et n'adopte pas les attitudes et les comportements nécessaires à la conquête et au maintien de la santé

C'est fort de ces prémices que la promotion de la santé est priorisée comme élément de la politique Nationale de Santé. Dans ce contexte les actions visant la promotion de la santé seront orientées dans trois (3) directions :

- Les décideurs (membres de l'exécutif, parlementaires, hauts fonctionnaires, dirigeants des collectivités territoriales)
- Les leaders d'opinion (représentants de la Presse, leaders religieux, leaders naturels)
- La population en général, segmentée en cibles spécifiques, pour des informations spécifiques.

Le ciblage des décideurs et des leaders visera à les sensibiliser à la problématique sanitaire haïtienne en vue de leur participation et appui.

Le ciblage de la population visera à proposer à des groupes spécifiques des patrons de comportement salubre et des informations pertinentes pour faciliter l'utilisation des services.

Dans la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé et du Plan Directeur en Santé, le Ministère de la Santé, conjointement avec ceux de la culture, de l'information, de l'Éducation Nationale, des Affaires Sociales prendront toutes les dispositions nécessaires pour l'élaboration et l'exécution d'un plan de communication pour la santé.

1. Renforcement de l'Hygiène Publique, de la Protection de la Santé du Citoyen et de la Protection de l'environnement.

Il s'agit de la Protection générale de la Santé Publique. Ceci implique :

- La gestion des mesures exceptionnelles en cas d'épidémie et de désastre naturel
- Le contrôle sanitaire aux frontières
- Le contrôle sanitaire dans les transports publics
- La gestion des mesures d'hygiène particulières
- La gestion des mesures générales de contrôle des produits chimiques, et des produits biologiques

- La gestion des déchets
- L'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de politiques publiques, de mesures sanitaires générales et de mesures d'hygiène particulières dans les établissements de soins et autres établissements liés à la santé.

Les dispositions spécifiques relatives aux mesures générales et spécifiques en matière d'hygiène et de protection de la santé du citoyen de même que les modalités de contrôle de l'application de ces mesures seront déterminés par voie réglementaires à la charge des Ministères concernés, chacun en ce qui les concerne.

2. Communication pour la Santé.- Cette classe d'intervention regroupe :

- Le développement de technologie pour la gestion, l'interprétation et la diffusion de l'information sanitaire
- La communication pour la santé à des fins de changement de comportement individuel, collectif, et à des fins de promotion des services de santé pour en augmenter l'utilisation
- La mobilisation sociale et communautaire
- L'organisation de dialogues politiques et de plaidoyer pour la santé

Le mode de fonctionnement des différents intervenants impliqués ainsi que les mécanismes d'articulation et de coordination seront établis par le Ministère de la Santé en concertation avec les autres Ministères concernés.

Le cadre logique d'interventions du Plan Directeur en Santé – Volet Prestation des Services et soins de Santé présenté en annexe 3 détaille, pour chaque domaine, les classes, catégories et types d'intervention ainsi que les objectifs fixés. Les annexes 6 et 7 précisent respectivement les résultats attendus pour le Volet Prestation de Services à l'horizon 2021 et par période triennale 2015, 2018, 2021.

4^{ème} Partie.- Mise en œuvre, Suivi et Evaluation du Plan Directeur en Santé.

Chapitre 1 Mise en Œuvre du Plan Directeur en Santé

L'application du Plan Directeur en santé repose sur la mise en place d'éléments systémiques intégrés : institutions, mécanismes, lois, règlements..., qui agissent à la fois sur les comportements et les valeurs des individus. Les mesures suivantes conditionnent la mise en œuvre du PDS:

- Le Plan Directeur en santé est préparé avec l'appui des différents niveaux de la pyramide gestionnaire et validé par eux ainsi que par les Directoires de partis politiques et par l'ensemble des partenaires techniques et financiers. Il est diffusé à grande échelle, voire vulgarisé.
- Le Forum des Directeurs Généraux des Ministères reste une plate-forme importante pour la négociation et la mobilisation intersectorielle.
- Le Plans Directeur en Santé Décennaux est explicité par des Plans Opérationnels Triennaux et des Plans d'actions annuels. Ces plans sont élaborés selon une approche combinée « Top-down » et « Bottom-up » dans un processus décentralisé, participatif et inclusif. La Politique Nationale et le Plan Directeur fournissant les orientations stratégiques ainsi que les objectifs à atteindre à l'échelle nationale.
- Le premier Plan opérationnel triennal (2012-2015) devra programmer le développement du Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT).
- Le suivi du plan d'actions annuel est trimestriel et fait l'objet d'un rapport sur la mise en application du plan d'actions et alimente les rencontres trimestrielles de la table sectorielle en santé.
- Le suivi du Plan Directeur est annuel et fait l'objet d'un rapport sur l'état de Santé de la Population soumis par le MSPP au Chef de Gouvernement et au Parlement. Ce rapport bilan est également présenté aux agences bi et multilatérales partenaires, aux partis politiques et à la Société Civile. Ce rapport est aussi posté sur le site web du MSPP et accessible à la presse et à la population générale.
- Signature d'un pacte avec les partis politiques pour le maintien du Plan Directeur en Santé sur une période de 10 ans à moins d'évènements morbides majeurs modifiant le profil épidémiologique national ou de modifications significatives du financement supportant la restructuration du système.
- Mise en place de la Conférence Nationale de Santé pour permettre la concertation sur les questions de santé. La Conférence Nationale de Santé est consultée par le Gouvernement dans la détermination des objectifs de la politique de santé publique. Elle peut être également consultée par les présidents des commissions compétentes du Parlement sur toute question relative à la prévention, à la sécurité sanitaire ou à la performance du système de santé.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population a la charge de la coordination et de l'exécution du Plan Directeur en Santé. Il met en place les mécanismes institutionnels pour pouvoir suivre sa mise en œuvre et l'ajuster, le cas échéant.

Chapitre 2 Suivi et Evaluation du Plan Directeur en Santé

Le suivi et l'évaluation y compris la recherche action, feront partie intégrante du processus de mise en œuvre et visera à apprécier d'une part, l'efficacité et l'efficience des interventions à travers des indicateurs d'intrants, des résultats opérationnels, des effets et d'autre part, le renforcement du système national de santé. Il devra permettre aux intervenants de différents niveaux du système, de suivre et d'améliorer continuellement leur performance dans la mise en œuvre du Plan Directeur en Santé.

Il s'agira globalement de mesurer de façon régulière et continue, les progrès réalisés, de détecter les insuffisances et d'identifier les solutions d'amélioration. Dans cet esprit, le dispositif de suivi/évaluation contribuera à stimuler l'esprit de créativité et d'innovation par l'analyse de l'information sur le site de collecte, la prise de décision et leur mise en œuvre en temps réel à tous les niveaux. Par ailleurs les évaluations périodiques aideront à apprécier le niveau de mobilisation des ressources, la maîtrise des processus de la mise en œuvre du Plan Directeur en Santé et ses résultats tenant compte du genre et du principe du droit à toutes les populations, sans exclusivité, d'avoir accès aux soins de santé de qualité. Elles permettront avec les activités de recherche opérationnelle, de dégager des leçons et de faire ressortir les bonnes pratiques dont la documentation continue contribuera à la production des connaissances en vue de prendre des décisions.

Le Système de suivi-Evaluation de la Politique Nationale et du Plan Directeur en Santé couvrira tous les niveaux du système national de santé. Il s'articulera autour de l'approche de renforcement de la qualité et de la performance du système. Un plan de Suivi-Evaluation prenant en compte le cadre logique d'interventions du Plan Directeur assorti des indicateurs de performance par période, base de toute planification opérationnelle.

Des sessions de suivi trimestrielles, semestrielles et annuelles se tiendront. Un plan annuel de suivi intégré sera développé au niveau central, en concertation avec les niveaux départemental et des Arrondissements de Santé.

Cadre conceptuel du Plan Intégré de suivi –évaluation

Indicateurs	Moyens et Sources de vérification	Documents de Base	Observations

Le suivi-évaluation sera sensible au genre et à l'approche droits humains. Il utilisera des outils intégrés et harmonisés de collecte, d'analyse des informations et de reportage par niveau. Ces outils seront conçus et validés par l'ensemble des parties prenantes pour leur utilisation par l'ensemble du système national de santé.

Pour un meilleur fonctionnement du système de suivi-évaluation, il est prévu le renforcement de l'Unité d'Evaluation et de Planification (UEP) du MSPP ainsi que de ses antennes au niveau départemental.

ANNEXES

Annexe 1

Les OMD liés à la Santé (Cibles pour Haïti à chiffrer)

No	Objectifs	Cibles	Indicateurs
1	Réduction de l'extrême pauvreté et de la faim	2. Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim	4. <i>Pourcentage d'enfants (de moins de 5 ans) présentant une insuffisance pondérale</i>
			5. <i>Proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimal d'apport calorique</i>
4	Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans	5. Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	13. <i>Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans</i>
			14. <i>Taux de mortalité infantile</i>
			15. <i>Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole</i>
5	Améliorer la santé maternelle	6. Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	16. <i>Taux de mortalité maternelle</i>
			17. <i>Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié</i>
6	Combattre le VIH/SIDA, la malaria et d'autres maladies	5. D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle	18. <i>Taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans</i>
			19. <i>Taux d'utilisation de la contraception</i>
			20. <i>Nombre d'enfants orphelins du SIDA</i>
		8. D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle	21. <i>Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité lié à cette maladie</i>
			22. <i>Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilise des moyens de protection et des traitements efficaces contre le paludisme</i>
			23. <i>Taux de prévalence de la tuberculose et taux de mortalité lié à cette maladie</i>
7	Assurer un environnement durable	10. Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre	30. <i>Proportion de la population urbaine et rurale ayant accès à une source d'eau meilleure</i>
		11. Réussir, d'ici à 2020, à améliorer sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis	31. <i>Proportion de la population urbaine ayant accès à un meilleur système d'assainissement</i>
8	Mettre en place un partenariat mondial pour le développement	17. En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles	46. <i>Proportion de la population ayant durablement accès à des médicaments de base d'un coût abordable</i>

		et abordables dans les pays en développement	
--	--	--	--

Annexe 2

Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé – Volet Interventions et Résultats d'Ordre Organisationnel et Opérationnel.

Annexe 3

Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé – Volet Prestations de Services

Annexe 4

Indicateurs et Résultats Attendus de la mise en œuvre du Plan Directeur en Santé – Volet Organisationnel et opérationnel

Tableau des indicateurs de résultats

Catégorie d'intervention (Projets/Actions)	Résultats/Extrants à l'horizon 2021	Indicateurs des Résultats/Extrants et Cible	Acteurs

Annexe 5.

Indicateurs et Résultats par période triennale – Volet Organisationnel et opérationnel.

Objectif General du PSDH					
Objectif spécifique Objectif sectoriel					
But					
Fonction	Santé				
Domaine d'intervention (programme du PSDH)	Classe d'intervention	Effets à l'horizon 2021	Résultats/ Extrants à l'horizon 2015	Résultats/ Extrants à l'horizon 2018	Indicateurs d'effet et cible

Annexe 6

Indicateurs et Résultats Attendus de la mise en œuvre du Plan Directeur en Santé – Volet Prestation de Services

Tableau des indicateurs de résultats

Catégorie d'intervention (Projets/Actions)	Résultats/Extrants à l'horizon 2012	Indicateurs des Résultats/Extrants et Cible	Acteurs

Annexe 7.

Indicateurs et Résultats par période triennale – Prestation de Services

Objectif General du PSDH					
Objectif spécifique Objectif sectoriel					
But					
Fonction	Santé				
Domaine d'intervention (programme du PSDH)	Classe d'intervention	Effets à l'horizon 2021	Résultats/ Extrants à l'horizon 2015	Résultats/ Extrants à l'horizon 2018	Indicateurs d'effet et cible

Annexe 8

Groupes Cibles du Plan Directeur en Santé 2012-2021

Enfants 0-14 ans

- Groupes 0-11 mois
- Groupes 1-4 ans
- Groupes 5-14 ans

Adolescents et jeunes

- Adolescents 15-18 ans
- Jeunes 19-24 ans

Population en âge de procréer

- Femmes 15-49 ans
- Hommes 15-59 ans

Handicapés et malades mentaux

Personnes âgées : 65 ans et plus

Population générale