



RÉPUBLIQUE D'HAÏTI
MINISTÈRE
DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION

PLAN DIRECTEUR SANTÉ 2021-2031

Juillet 2021



RÉPUBLIQUE D'HAÏTI
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

PLAN DIRECTEUR SANTÉ 2021-2031

Juillet 2021

TABLE DES MATIERES

	<i>page</i>
PREFACE	V
REMERCIEMENTS	VII
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	IX
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	XIII
INTRODUCTION	1
ÉTAT DES LIEUX	3
1. État de Santé	5
2. Leadership et Gouvernance	16
3. Prestation de services	20
4. Ressources Humaines pour la Santé	23
5. Système d'Information Sanitaire	28
6. Produits et Technologies médicaux essentiels	33
7. Financement de la santé	38
PRINCIPES ET VALEURS, VISION, BUT ET OBJECTIFS, CHOIX STRATÉGIQUES ET PRIORITÉS	43
8. Principes et Valeurs	45
9. Vision	45
10. Buts et Objectifs	45
11. Choix Stratégiques et Priorités décennales	47

	<i>page</i>
GRANDES ORIENTATIONS ET INTERVENTIONS DU PDS 2021-2031	49
12. ORIENTATIONS ET GRANDES INTERVENTIONS	51
12.1. Leadership et Gouvernance du Système de Santé	51
12.2. Prestation de Soins et Services de Santé	58
12.3. Ressources Humaines pour la Santé	63
12.4. Système d'Information Sanitaire	68
12.5. Produits et Technologies Médicaux Essentiels	72
12.6. Financement de la Santé	75
MISE EN ŒUVRE, SUIVI ET ÉVALUATION	79
13. Mise en œuvre du Plan Directeur Santé	81
14. Suivi et Évaluation du Plan Directeur Santé	84

PREFACE

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) est heureux de présenter au grand public en général et au secteur santé en particulier son nouveau Plan Directeur Santé (PDS) 2021-2031. Ce document de référence trace le chemin que notre pays compte suivre dans cette marche vers la Couverture Sanitaire Universelle.

Le cycle de planification précédent 2012-2022 a été écourté d'un an. Cette modification se justifie non seulement par les impératifs de la conjoncture mais encore par la nécessité de mieux aborder les défis actuels. En effet, depuis mars 2020, Haïti fait face à la pandémie de COVID-19, laquelle a mis à rude épreuve les systèmes de santé les plus performants. Le bilan mondial social, économique et sanitaire est très lourd, voire catastrophique. Haïti n'a pas été épargné avec un cumul de 20.326 cas confirmés et 563 décès en date du 30 juillet 2021.

Plus que jamais, la nécessité de renforcer les systèmes de santé et de les rendre plus résilients devient inévitable. C'est pourquoi, dans ce Plan Directeur, le Ministère a adopté une approche systémique contrairement aux plans décennaux antérieurs où une approche par maladies prioritaires avait été retenue. Pour son élaboration, le MSPP a tenu compte des six piliers proposés par l'Organisation Mondiale de la Santé pour le développement d'un système de santé efficace. Ce, partant du principe qu'un système de santé faible ne peut mener aucune lutte contre un problème prioritaire de santé visant la réduction de la morbidité et de la mortalité ainsi que l'amélioration des conditions de vie d'un peuple.

Ce PDS nous invite tous à sortir des sentiers battus et à changer de paradigme. Nous gagnerons tous de ce changement qui s'impose afin de garantir la santé pour tous.

La matérialisation de ce Plan Directeur nécessitera la mobilisation de plus de ressources humaines, matérielles et financières. Le Ministère convie toutes les parties prenantes à s'approprier du PDS pour sa mise en œuvre. La solidarité, la participation citoyenne, l'efficacité, l'équité en santé sont les leviers qui nous faciliteront l'atteinte de meilleurs résultats sanitaires.

Le MSPP veut remercier toutes celles et tous ceux qui ont joué un rôle très actif au cours de l'élaboration de ce nouveau PDS 2021-2031. Il veut aussi étendre ses remerciements à tous les gestionnaires du système, les prestataires, les secteurs étatiques et non étatiques, les partenaires techniques et financiers qui œuvrent inlassablement à sauver des vies, prévenir la maladie, promouvoir la santé tout particulièrement durant ces temps d'épreuves engendrées par la pandémie de COVID-19.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) reste convaincu que, grâce au respect de nos engagements et à une meilleure synergie dans l'action, nous parviendrons à ce changement radical tant souhaité où la charge de morbidité globale diminuera, la mortalité régressera. C'est bien là notre rendez-vous de 2031. Sans plus tarder, mettons-nous tous en route !


Dr. Marie Gréta Roy CLÉMENT
Ministre



REMERCIEMENTS

Durant la dernière décennie, la mise en œuvre du plan directeur 2012-2022 s'est heurtée à de nombreuses difficultés, crise politique, plusieurs épidémies et de nouveaux besoins en santé émergents (Zika, Chikungunya, etc.), ce qui a influencé négativement les impacts souhaités sur la population haïtienne. Pour répondre à une telle situation, le Ministère de la Santé Publique et de la Population s'est doté d'un plan Directeur pour la période 2021-2031.

Dans ce nouveau plan construit à partir des six piliers de l'Organisation Mondiale de la Santé (Gouvernance, Financement, Ressources Humaines, Intrants, Système d'information, Offre de services), le MSPP s'engage à améliorer le système de santé du pays, à travers un renforcement de l'organisation de l'offre et de la prestation des soins et services de santé dans une perspective de couverture sanitaire universelle.

Ainsi, la Direction Générale du Ministère de la Santé Publique et de la Population tient à remercier les directions centrales notamment l'Unité d'Études et de Programmation (UEP), les Directions départementales, les Conseillers Techniques et Consultants qui ont conjugué beaucoup d'efforts dans un contexte de pandémie COVID-19, en vue de l'élaboration de ce document.

Les remerciements s'étendent également aux responsables du projet Health Leadership Project (HLP) pour leur engagement soutenu et leur support technique et financier, tout au long de ce processus, qui ont permis de produire le présent document.

La Direction Générale compte sur la collaboration de toutes les parties prenantes (directions centrales, directions départementales et partenaires) pour que ce plan puisse produire les résultats espérés, tant dans la mobilisation de ressources nécessaires que dans la mise en place de stratégies devant garantir une accessibilité de la population haïtienne aux services et soins de santé de qualité.



Lauré Adrien
Dr. Lauré Adrien
Directeur Général

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AGD	Administration Générale des Douanes
APH	Association des Pharmaciens d’Haïti
ARV	Anti rétroviral
ASCP	Agent de santé communautaire polyvalent
ASTM	American Society for Testing and Materials
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BHN	Bureau Haïtien de Normalisation
BID	Banque Interaméricaine de Développement
BP	Bonnes Pratiques
CAED	Cadre de coordination de l’aide externe au développement d’Haïti
CARICOM	Caribbean Community
CDAI	Centrale Départementale d’Approvisionnement en Intrants
CENADI	Centrale Nationale d’Achat et Distribution des Intrants
CEPALC	Commission Économique pour l’Amérique Latine et les Caraïbes
CHS	Core Humanitarian Standard
CNS	Comptes Nationaux de Santé
COPANT	Commission Panaméricaine de Normes Techniques
COVID 19	Coronavirus Disease 2019
CROSQ	Organisation régionale de CARICOM pour les normes et la qualité
CSCCA	Cour Supérieure des Comptes et du Contentieux Administratif
CSU/CUS	Couverture sanitaire universelle
DASH	Développement des Activités de Santé en Haïti
DELR	Direction d’Épidémiologie, de Laboratoire et de Recherches
DFPSS	Direction de la Formation et du Perfectionnement en Sciences de la Santé
DGI	Direction Générale des Impôts

DHIS 2	District Health Information Software 2
DHS	Demographic Health Survey
DPM-MT	Direction de la Pharmacie, du Médicament et de la Médecine Traditionnelle
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSI	Direction des Soins Infirmiers
EIM	Effet Indésirable des Médicaments
EMMUS	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
EMU	Équipe Médicale d'Urgence
EPSSS	Évaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé
ESF	Équipe de Santé Familiale
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FMP	Faculté de Médecine et de Pharmacie
FMI	Fonds Monétaire International
FNS	Fonds National de Santé
GRH	Gestion des ressources humaines
HCR	Hôpital Communautaire de Référence
HTA	Hypertension artérielle
IHSI	Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
INDOCAL	Institut Dominicain pour la Qualité
IPC	Indice des prix à la consommation
IVRI	Infections des voies respiratoires inférieures
HIV	Virus d'Immunodéficience humaine
MAST	Ministère des Affaires Sociales et du Travail
MCI	Ministère du Commerce et de l'industrie
MEF	Ministère de l'Économie et des Finances
MENFP	Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle
MJSP	Ministère de la Justice et de la Sécurité Publique
MPCE	Ministère du Plan et de la Coopération Externe
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
ODD	Objectifs de développement durable
OFATMA	Office d'Assurance Accidents du Travail, Maladie et Maternité
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMRH	Office de Management et des Ressources Humaines
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONASAPS	Organisme national de sang et des produits sanguins
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des nations Unies sur le VIH/Sida
OPC	Office de la Protection du Citoyen
OPS	Organisation Panaméricaine de la Santé
PAAAFP	Programme d'auto-assurance des agents de la fonction publique
PAFP	Plan d'action de formation et de perfectionnement des ressources humaines
PCR	Polymerase chain reaction
PDS	Plan Directeur Santé
PES	Paquet Essentiel de Services
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PMO	Planification de Main d'œuvre
PNH	Police Nationale d'Haïti
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNR SSE	Plan National de Réponse aux Situations Sanitaires Exceptionnelles
PNS	Politique Nationale de Santé
PSS	Protection Sociale en Santé
PSNM VIH	Plan Stratégique National Multisectoriel de riposte au VIH/Sida
PROMESS	Programme de Médicaments Essentiels
PSDH	Plan Stratégique pour le Développement d'Haïti
PSDRHS	Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
RANIPH	Réseau Associatif National Pour l'Intégration des Personnes Handicapées
RH	Ressources Humaines
RHS	Ressources Humaines pour la Santé
RNB	Revenu National Brut
RNF	Réseau Normalisation et Francophonie
SARS COV 2	Severe acute respiratory syndrome (syndrome respiratoire aigu sévère) coronavirus 2
SEBAC	Stratégie de surveillance épidémiologique à base communautaire

SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIGL	Système d'Information de Gestion Logistique
SIGRH	Système d'information et de gestion des ressources humaines
SIM	Système interaméricain de métrologie
SIS	Système d'information sanitaire
SISNU	Système d'Information Sanitaire National Unique
SITREP	Situation report
SMI	Santé materno-infantile
SNADI	Système National d'Approvisionnement et de Distribution des Intrants
SNFS	Stratégie nationale de financement de la santé
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgences
SYSEP	Système d'évaluation de la performance
TARV	Thérapie antirétrovirale
TGFG	Taux Global de Fécondité Générale
UAS	Unité d'Arrondissement de Santé
UEH	Université d'État d'Haïti
UEP	Unité d'Études et de Programmation
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

	<i>page</i>
Tableau 1 Tendances de la mortalité suivant les catégories démographiques	5
Tableau 2 Nombre de cas de maladies évitables par la vaccination rapportés par le système de surveillance épidémiologique, pour les années 2017 et 2018	8
Tableau 3 Évolution de diverses pathologies, dont VIH/SIDA, tuberculose et malaria, de 2010 à 2020	9
Tableau 4 Données de base des déterminants démographiques	11
Tableau 5 Indicateurs et cibles retenues en rapport aux objectifs du PDS	46
Tableau 6 Indicateurs et cibles pour le pilier Leadership et Gouvernance	55
Tableau 7 Indicateurs et cibles pour le pilier Prestation de services	61
Tableau 8 Indicateurs et cibles pour le pilier Ressources Humaines pour la Santé	66
Tableau 9 Indicateurs et cibles pour le pilier Système d'information	70
Tableau 10 Indicateurs et cibles pour le pilier Produits et Technologies médicaux essentiels	74
Tableau 11 Indicateurs et cibles pour le pilier Financement	77
Graph 1 Tendances de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans (décès pour 1000 naissances vivantes par période de 5 ans)	6
Graph 2 Tendances du rapport de mortalité lié à la grossesse (RMG)	6
Graph 3 Évolution des décès cumulés liés à la COVID-19, de Mars 2020 à Mai 2021	7
Encadré 1 Haïti et la pandémie de Covid-19	10

INTRODUCTION

L'État haïtien a exprimé à travers le Plan Stratégique de Développement d'Haïti (PSDH) sa volonté d'accroître, d'ici 2030, l'accès de la population aux services de santé. Cet engagement a été confirmé dans la Politique Nationale de Santé (PNS) et a guidé la formulation et la mise en œuvre du Plan Directeur de Santé 2012-2022.

Aujourd'hui, le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) estime venu le moment de tracer de nouvelles orientations pour la dernière décennie d'exécution du PSDH. Pour cette démarche, le ministère a choisi d'anticiper la fin du cycle prévu pour le PDS 2012-2022, de manière à mieux aborder les pressantes réalités de l'heure. En effet, le SARS-Cov-2 a secoué le monde et forcé tous les pays à réexaminer, voire à redéfinir, leur agenda sanitaire. Haïti n'échappe pas à cette exigence, bien que l'impact réel de la pandémie de Covid-19 reste à établir. La pandémie a mis en évidence les carences du système de santé haïtien et fait ressortir la nécessité de renforcer ledit système.

Le Plan Directeur de Santé 2021-2031 est élaboré avec ce souci particulier et dans la continuité des orientations fixées par la PNS. L'accent est aussi porté sur une définition plus précise des priorités et une approche plus pragmatique dans la sélection des grandes interventions. Ainsi, le PDS 2012-2022 identifie des actions-clés à entreprendre pour le développement du système et une meilleure performance, tout en veillant à consolider les acquis. Il guidera l'élaboration des Plans opérationnels triennaux et annuels.

Le Plan Directeur de Santé 2021-2031 est structuré autour des six piliers fondamentaux des systèmes de santé : la prestation de services, le financement, le système d'information sanitaire, les ressources humaines en santé, les produits et technologies médicaux essentiels, le leadership et la gouvernance. Le document est organisé en quatre parties : 1- État des lieux, 2- Principes, Vision, But et objectifs, Choix stratégiques et priorités, 3- Orientations et Grandes interventions, 4- Mise en œuvre, Suivi et Évaluation.

Première partie

ÉTAT DES LIEUX

1. ÉTAT DE SANTÉ

La démarche d'élaboration du Plan Directeur Santé 2021-2031 est guidée par un inventaire des grandes tendances relatives à la mortalité, à la morbidité et aux déterminants de la santé. Ce chapitre présente un état des lieux du contexte sanitaire de la dernière décennie, basé sur un nombre limité d'indicateurs et exploitant au mieux les sources d'informations disponibles.

1.1 TENDANCES DE LA MORTALITÉ

- Le **taux brut de mortalité** n'a pas beaucoup évolué durant la dernière décennie. Il est estimé, en effet, 8.53/1000 en 2018 contre 8.89/1000 en 2015 et 9.18/1000 en 2013 (United Nations World Population Prospects).
- L'**espérance de vie à la naissance** a peu augmenté, d'après les données de la Banque Mondiale. Estimée en 2010 à 62 ans pour les femmes et 58 ans pour les hommes, elle atteint en 2019, 66 ans et 61 ans respectivement.

1.1.1 TENDANCES SELON LES CATÉGORIES DÉMOGRAPHIQUES

Cette section présente les données de mortalité pour trois groupes d'âge : les adultes de 15-50 ans, les femmes en âge de procréer et les enfants de moins de cinq ans. Le tableau ci-dessous résume l'évolution de la mortalité pour ces groupes de population.

Tableau 1

Tendance de la mortalité suivant les catégories démographiques

Mortalité néo-natale pour 1000	2012 : 28.2	2015 : 27.1	2019 : 25.3
Mortalité infantile pour 1000	2012 : 59	2016- 2017 : 59	2019 : 48.2
Mortalité juvénile pour 1000	2012 : 31	2016- 2017 : 24	
Mortalité infanto-juvénile pour 1000	2012 : 88	2016- 2017 : 81	2018 : 65
Mortalité maternelle pour 100.000 n.v.	2000 : 523	2006 : 630	2017 : 646

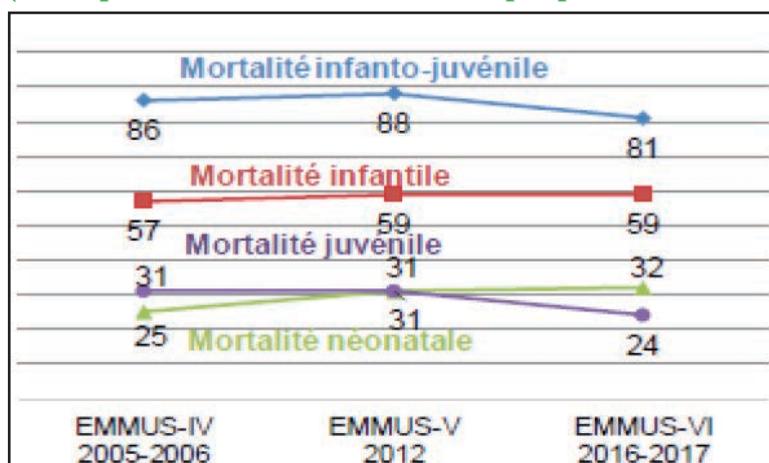
Sources : Banque Mondiale, OMS, EMMUS VI

- Selon l'EMMUS VI, le taux de mortalité adulte, i.e. chez les 15-50 ans, serait de 4.7‰ parmi les hommes et de 3.8‰ parmi les femmes, pour la période 2009-2017.
- Le taux de mortalité néonatale a baissé : 28.2‰ en 2012 et 25.3‰ en 2019 (Banque Mondiale).
- Le taux de mortalité infantile, resté stationnaire de 2012 à 2017 : 59‰, a diminué au cours de l'année 2019 : 48.2‰ (EMMUS VI, Banque Mondiale).
- D'après les données d'EMMUS V et VI, la mortalité juvénile a baissé de 2012 à 2017, passant de 31‰ à 24‰.
- Le taux de mortalité infanto-juvénile est en diminution : 88‰ en 2012 (EMMUS V) et 65‰ en 2018 (OMS, Statistiques 2018). Elle est plus élevée chez les garçons que chez les filles 89‰ contre 77‰ (EMMUS VI).

La mortalité chez les enfants diminue pour toutes les tranches d'âge, mais à un rythme insuffisant. En effet, avec un taux de mortalité de 65‰ en 2018, le pays n'a pas atteint la cible des OMD en 2015 (50‰) et est encore très loin du niveau visé par les ODD, à l'horizon 2030, soit une mortalité de 10‰ chez les 0-5 ans et de 12‰ chez les 0-1 an.

Graphe 1

Tendance de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans
(décès pour 1000 naissances vivantes par période de 5 ans)

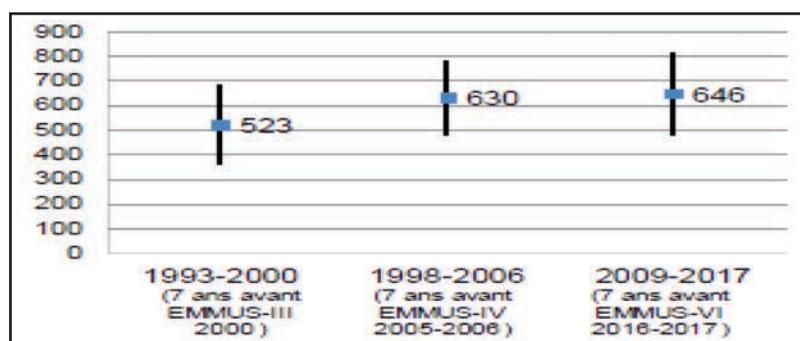


Source : EMMUS VI

- Selon l'EMMUS VI, le rapport de mortalité liée à la grossesse¹ (RMG) atteint un niveau de 646 pour 100,000 durant la période 2009-2017 alors qu'il était de 630 pour 100,000 au cours de la période 1998-2006 et de 523 pour 100,000 la période 1993-2000. Ainsi, l'augmentation observée entre 1993 et 2006 serait suivie d'une relative stabilisation de 2007 à 2017².

Graphe 2

Tendances du rapport de mortalité lié à la grossesse (RMG)



¹ Il s'agit du nombre de décès lié à la grossesse pour 100,000 naissances vivantes, calculé en divisant le taux standardisé par âge de mortalité liée à la grossesse pour les femmes de 15-49 ans durant les sept années ayant précédé l'enquête par le taux global de fécondité générale (TGFG) pour la même période.

² Les intervalles de confiance des 2 dernières estimations ne reflètent pas de changement statistiquement significatif (graphique 2) du rapport de mortalité lié à la grossesse sur les deux dernières périodes documentées.

- Par ailleurs, l'EMMUS VI situe le taux de mortalité maternelle³ à 529/100,000 pour la période 2009-2010, tandis que des estimations de l'OMS indiquent une mortalité maternelle plus faible, qui aurait diminué de 2010 à 2017, de 506 à 480 pour 100,000.

LES CAUSES DE MORTALITÉ

Les causes de mortalité sont mal documentées en Haïti. L'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) a établi en 2019 une liste des dix principales causes de décès en Haïti, qui inclus : les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux, les infections des voies respiratoires inférieures (IVRI), le VIH/SIDA, les troubles néonataux, le diabète sucré, les maladies diarrhéiques, les malformations congénitales, les actes de violence interpersonnelles et l'insuffisance rénale chronique. Cette liste n'aurait pas beaucoup évolué au cours des années antérieures, selon l'IHME.

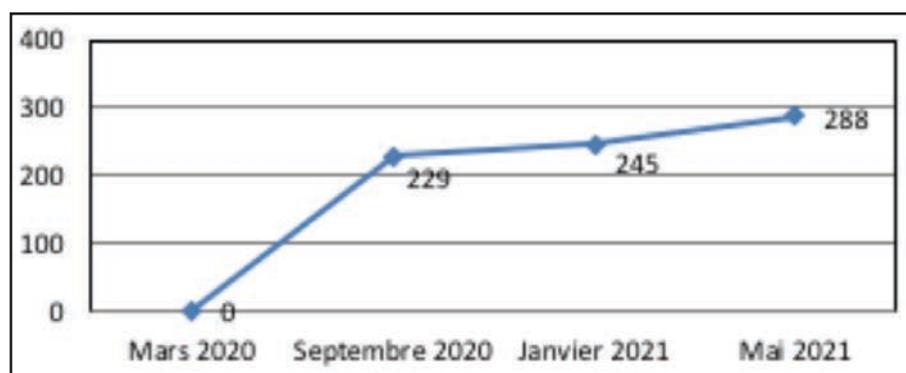
AUTRES TENDANCES

Certaines tendances de la mortalité au sein de la population haïtienne méritent d'être relevées :

- Le PSNM-VIH rapporte 3,100 décès liés au VIH pour l'année 2018.
- Le taux de mortalité liée à la tuberculose chez les individus HIV- a stagné au cours des dix dernières années. La baisse enregistrée, de 10/100,000 en 2010 à 8.9/100,000 en 2019, contraste avec la diminution marquée de la décennie précédente : 18/100,000 en 2000⁴.
- Le taux de mortalité due au paludisme est de 0.40/100,000 (Global Malaria Program 2019).
- Le taux de mortalité due aux accidents de la route a peu varié allant de 18,7/100,000 en 2010, puis 18/100,000 en 2015 et enfin 19/100,000 en 2019 (Banque Mondiale).
- La pandémie de COVID-19, apparue en Haïti en mars 2020, aurait occasionné près de 370 décès jusqu'en Juin 2021, pour un taux de létalité d'environ 2%.

Graphe 3

Évolution des décès cumulés liés à la COVID-19, de Mars 2020 à Mai 2021



Source : Sitrep COVID-19, DELR-MSPP

³ Il s'agit du nombre de décès survenus pendant la grossesse ou dans les 42 jours après l'accouchement ou la fin de la grossesse, calculé pour 10,000 femmes de 15-49 ans.

⁴ OMS, Profil Pays Tuberculose, 2019. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data>

1.2 TENDANCES DE LA MORBIDITÉ

Les informations générées dans le système ne permettent pas de dresser un tableau complet de la morbidité en Haïti. Le système de surveillance épidémiologique produit des données à partir desquelles il est possible de se faire une idée de l'évolution récente de certaines pathologies. Les enquêtes DHS recueillent aussi certaines données pour des maladies prioritaires.

Le tableau ci-après présente les effectifs de cas enregistrés par le système de surveillance épidémiologique pour six maladies évitables par la vaccination, en 2017-2018.

Tableau 2
Nombre de cas de maladies évitables par la vaccination
rapportés par le système de surveillance épidémiologique,
pour les années 2017, 2018 et 2019.

Maladies	2017	2018	2019
Rougeole/rubéole (cas suspects)	224	262	223
Paralysie flasque aigue	16	14	19
Syndrome de rubéole congénitale	47	21	52
Tétanos	222	88	76
Coqueluche (cas suspects)	84	153	39
Diphtérie (cas probables)	193	392	169

Source : Profil épidémiologique de la population, MSPP 2018/ Rapports statistiques MSPP 2017, 2018 et 2019

En ce qui concerne les maladies infectieuses prioritaires :

- L'incidence du VIH/SIDA chez les 15-49 ans a légèrement baissé : 1.39/1000 en 2010, elle est passée à 1.07 en 2015 pour finalement atteindre 0,78 en 2019 (Banque Mondiale, UNAIDS).
- La prévalence du VIH/SIDA a peu diminué pour la décennie 2010 : elle était de 2,2% en 2010 et est passée à 1.9% en 2019 (ONUSIDA⁵).
- L'incidence de la tuberculose est passée de 158/100,000 en 2010 à 142/100.000 en 2015. En 2019, elle a encore diminué pour passer à 130/100,000 (OMS, Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde).
- La prévalence de la tuberculose est de 306/100,000 (Plan Stratégique 2009–2015, PNLT/MSPP).
- L'incidence de la malaria est passée de 8.73/1000 en 2010 à 3.49/1000 en 2014 puis à 1.61/1000 en 2018 (OMS, Observatoire mondial de la santé/Statistiques sanitaires mondiales).
- La prévalence de la malaria chez les enfants de 6-59 mois a considérablement diminué, de 5.1% en 2006 à 2.5% en 2012 et 1.1% en 2017. (OMS, Global Health Observatory Data).

⁵ Country factsheets <https://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/haïti>

Tableau 3
Évolution de diverses pathologies, dont VIH/SIDA, tuberculose et malaria, de 2010 à 2020

Incidence du VIH/ SIDA (pour 1,000)	2010 : 1.36	2015 : 1.05	2019 : 0.78
Prévalence du VIH/ SIDA (%)	2010 : 2.2	2015 : 2	2019 : 1.9
Incidence de la tuberculose (pour 100.000)	2010 : 158	2015 : 142	2019 : 130
Prévalence de la tuberculose (pour 100.000)	2009 : 306		
Incidence de la malaria (pour 1.000)	2010 : 6.73	2014 : 3.49	2018 : 1.61
Prévalence des IRA (%)	2012 : 20.4	2016- 2017 : 10	
Prévalence des diarrhées infantiles (%)	2012 : 29.5	2016- 2017 : 21	
Prévalence de la malnutrition aigüe globale (%)		2016-2017 : 4	2020 : 6
Prévalence de la malnutrition chronique (%)		2016-2017 : 22	2020 : 22.7
Prévalence de l'anémie chez les femmes (%)	2013 : 45.7	2016 : 46.2	
Prévalence de l'anémie chez les hommes (%)	2012 : 24.7	2016- 2017 : 25	
Prévalence de l'anémie chez les 6-59 mois (%)	2013 : 59.4	2016 : 58.2	
Prévalence de la malaria chez les 6-59 mois (%)	2012 : 2.5	2017 : 1.1	

Sources : Banque Mondiale, OMS, ONUSIDA, EMMUS VI

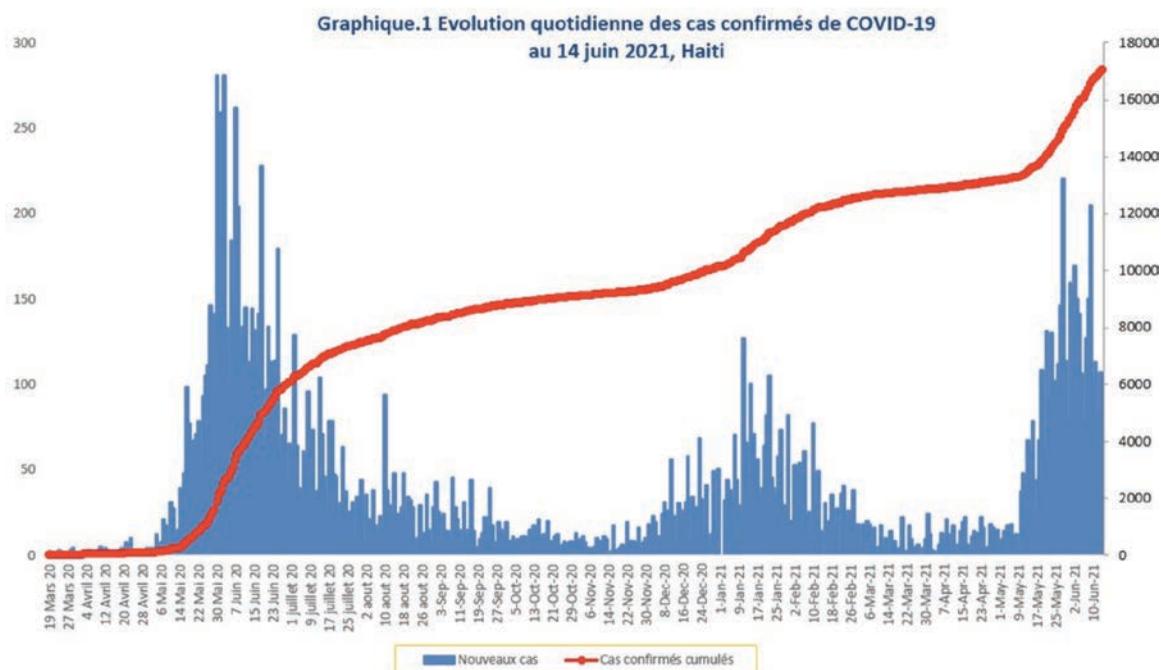
- Les estimations de l'OMS listent 5 types de cancers les plus fréquents en Haïti : cancer de la prostate (42.3/100,000), cancer du sein (24.5/100,000), cancer de l'estomac (10.4/100,000), cancer du col de l'utérus (10.2/100,000) et cancer colorectal (9.7/100,000).
- Une attention accrue est portée sur les troubles de santé mentale, malgré le manque de données. Un rapport du MSPP identifie la dépression, l'épilepsie, les psychoses, les troubles anxieux, les troubles psychosomatiques, les troubles liés à la consommation de substances psychoactives et le stress post traumatique comme les pathologies les plus rencontrées dans les structures de soins (Composante santé mentale, MSPP, 2014).
- Selon une estimation de l'OMS, 15% de la population souffrirait d'un handicap mais on ne dispose pas de données chiffrées précises en la matière. La situation des personnes vivant avec un handicap psychosocial est très critique en matière de santé (RANIPH, 2017).
- Le pays a été touché en 2020 par la pandémie mondiale de Covid-19. L'encadré ci-après dresse un aperçu rapide de la situation.

Encadré 1 Haïti et la pandémie de Covid-19

En Haïti, les premiers cas ont commencé à faire leur apparition en mars 2020. Au terme de ce premier mois, le pays comptait 154 cas suspects dont 16 confirmés sans décès. Six mois plus tard, au 29 septembre de la même année, les données officielles publiées par le MSPP indiquaient 28,512 cas suspects dont 8,792 cas confirmés. Plus récemment, fin janvier 2021, le pays comptait 50,597 cas suspects et 11,692 cas confirmés pour 245 décès.

Au 14 juin 2021, sur 82,056 tests de dépistage* réalisés, pour un total de 17,048 cas confirmés et 369 décès enregistrés. Le taux de létalité est de 2.16%. Le nombre d'hospitalisations rapportées s'élève à 2726. La maladie touche davantage les hommes (54.8%) que les femmes (45.2%) avec un taux de létalité accentué surtout chez les 80 ans et plus (13,58%).

De mars 2020 à juin 2021, le pays a connu trois grandes flambées épidémiques : la première, la plus forte, en mai-juin 2020, la seconde, plus modérée, en janvier-février 2021 et la plus récente, était active en mai-juin 2021.



Source : Sitrep Covid-19, DELR, MSPP 2020-2021

* Tests PCR et Test rapide antigénique validés

1.3 STATUT DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

L'accent est porté sur six catégories de déterminants de la santé : démographiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux et institutionnels.

1.3.1. DÉTERMINANTS DÉMOGRAPHIQUES

Au plan démographique, la population haïtienne est une population jeune, qui s'accroît rapidement et tend, de plus en plus, à vivre en milieu urbain. L'âge moyen est de 23 ans, avec 54% d'individus ayant moins de 25 ans (UNICEF 2019) et une espérance de vie à la naissance de 64 ans (Banque Mondiale). La population a augmenté d'environ 13% en 10 ans. La densité est de 404 habitants/km².

Tableau 4
Données de base des déterminants démographiques

Population générale	2010 : 9,928,322		2019 : 11,263,077
Proportion des 15-24 ans	2010 : 22.7%		2020 : 38.7%
Rapport de masculinité	2012 : 94%	2016-2017 : 91%	
Répartition urbain/rural	2010 : 49% / 51%		2019 : 54.3%/46.7%
Taux de fécondité en milieu urbain	2009 : 2.6	2014 : 2.1	
Taux de fécondité en milieu rural	2009 : 4	2014 : 3.9	
Indice synthétique de fécondité	2009 : 3.5	2014 : 3.0	
Densité de la population	2010 : 301 hab/km²		2019: 404 hab/km²
Taux de croissance de la population	2010 : 1.53		2019 : 1.25
Migration nette	2010 : 150,000	2017 : 175,000	

Source : Banque Mondiale, EMMUS VI

L'indice synthétique de fécondité a diminué tant en milieu rural qu'en milieu urbain mais reste toujours plus élevé en milieu rural. Le taux de fécondité en milieu rural est de 127/1000.

La migration nette a augmenté au cours des dernières années : 175,000 personnes en 2017 contre 150,000 en 2010⁶. La tendance à l'émigration serait plus forte chez les jeunes, avec comme principales destinations : Chili, Brésil, République Dominicaine, USA, Canada. L'accent est en général porté sur la migration externe, alors que la migration interne est aussi importante avec l'attraction des villes et particulièrement l'aire métropolitaine de P-au-P. Les déplacements de population liés à des désastres ou des troubles sociaux retiennent aussi l'attention, quoique mal documentés.

⁶ Division des Nations Unies pour la population, Perspectives pour la Population mondiale

1.3.2. DÉTERMINANTS ÉCONOMIQUES

Au plan économique, Haïti est classé parmi les pays à faible revenu⁷. L'économie haïtienne se dégrade de façon constante depuis plus d'une décennie, avec une croissance négative et une inflation marquée.

- La tendance du PIB est assez irrégulière depuis 2010, alternant des périodes de croissance, de régression et de stagnation. L'évolution récente du PIB montre une régression continue, avec en 2020 une croissance négative de -3.7% (Banque Mondiale, CEPALC).
- Le poids de la dette publique totale est en augmentation, de 40% du PIB en 2019 à 47% en 2020 et le déficit budgétaire s'accroît : -3.8% du PIB en 2019⁸. Parallèlement, le taux d'inflation annuel se maintient autour de 20% depuis quelques années : 22.9% en 2020⁹.
- 50% de la population vit sous le seuil de pauvreté et 20% est en situation de pauvreté extrême (MAST, 2020). Une fraction importante de la population vit donc avec moins de 2\$US par jour. En 2019, l'État haïtien a révisé à la hausse le salaire minimum, pour les différents segments du marché du travail¹⁰. Le niveau de référence le plus élevé est de cinq cents (500 gourdes par journée de huit heures de travail).
- La population haïtienne est fortement affectée par la cherté de la vie. L'année 2019 a vu une hausse relativement importante de la valeur du panier alimentaire, soit d'environ 14% et 10% pour les 3^{ème} et 4^{ème} trimestres de l'année (Humanitarian response, janvier 2019). L'Indice Général des Prix à la Consommation (IPC, 100 en 2017-2018) dont le niveau se chiffrait à 163.7 en février 2021 est passé à 165.5 en mars 2021 (IHSI/MEF).

1.3.3. DÉTERMINANTS SOCIAUX

Les conditions de vie de la population sont caractérisées par la précarité, la vulnérabilité et un accès limité aux services sociaux de base. Haïti est un pays très inégalitaire, avec un coefficient de Gini¹¹ estimé à 0.61 en 2012. Les inégalités se seraient même accentuées durant ces dernières années^{12,13}.

- L'EMMUS VI rapporte un taux net de fréquentation scolaire de 84% pour le primaire et de 46% pour le secondaire, en 2016-2017, avec des différences très marquées en défaveur du milieu rural. Les écarts entre les filles et les garçons seraient minimes au niveau primaire, tandis que les filles seraient plus nombreuses au secondaire. Outre l'abandon et l'échec scolaires, le système éducatif fait aussi face au problème des sur-âgés, comme en atteste un taux brut de fréquentation scolaire de 136% au primaire. Selon l'EMMUS, environ 80% de la population est alphabétisée, tandis que 11% n'ont aucun niveau d'instruction.

⁷ Selon la classification établie par la Banque Mondiale, il s'agit des pays dont le Revenu National Brut (RNB) est inférieur à 1,035 \$US courants pour l'année 2019. <https://blogs.worldbank.org/fr/opendata/nouvelle-classification-des-pays-en-fonction-de-leur-revenu-2020-2021>

⁸ 2019 Article IV Consultation. Executive Board conclusions and Staff report, April 2020, FMI

⁹ World Economic Outlook Database, FMI

¹⁰ Pour les 8 segments définis, le niveau de salaire varie entre 215 et 500 gourdes/jour, avec une augmentation de 10 à 28.3% par rapport au niveau établi en 2018.

¹¹ Indicateur synthétique permettant de rendre compte du niveau d'inégalité pour une variable et sur une population donnée. Le coefficient de 1 reflète l'inégalité parfaite.

¹² Estimation et prévision de la pauvreté et des inégalités de revenus en Haïti, BID. 2020

¹³ Politique nationale de protection et de promotion sociales, MAST. 2020

- Le non emploi/chômage est endémique. Un peu moins de la moitié des femmes (44 %) et un quart des hommes (26 %) n'ont pas travaillé au cours des 12 derniers mois précédant l'EMMUS VI. La population active est dominée par les travailleurs indépendants et informels qui représentent 83.9% de l'ensemble, contre 11.5% de salariés¹⁴.
- Les inégalités de genre sont très importantes dans la société haïtienne¹⁵. La domination sociale de l'homme sur la femme s'appuie sur des préjugés et stéréotypes bien ancrés. Les comportements sexistes sont très présents au sein de la famille. Le problème de la violence conjugale est de plus en plus reconnu¹⁶, mais reste mal documenté. Les inégalités se manifestent à tous les niveaux, notamment dans l'accès aux services de base, et induisent une pauvreté liée au genre. En matière d'éducation, un nivellement est observé au primaire et au secondaire, cependant l'accès aux études supérieures parmi les 25-39 ans demeure plus limité pour les femmes (33.1%) que pour les hommes (52.8%). Bien que majoritaires dans la population, les femmes sont sous représentées dans l'administration publique et aux postes électifs. En 2017, les femmes représentaient 28.6% des employés de la fonction publique¹⁷, où elles occupaient 36% des postes de direction.
- Une part significative de la population n'a pas accès à l'eau potable. L'EMMUS VI indique que 74% des ménages s'approvisionnent au niveau d'une source améliorée d'eau de boisson, ce qui laisse un quart de la population dans la précarité. L'écart entre le milieu urbain (95%) et le milieu rural (60%) est considérable. -

Selon EMMUS VI, 41% des ménages haïtiens disposent de l'électricité, les ménages urbains (76%) étant de loin plus favorisés que les ménages ruraux (17%).

L'accès aux services de télécommunications demeure restreint. Selon l'EMMUS VI, 70% des hommes et 57% des femmes possédaient un téléphone portable. De plus, 27.8% des femmes de 15-49 ans interrogées avaient utilisé l'internet au cours des 12 mois précédents et 52.2% d'entre elles déclaraient l'avoir utilisé « presque chaque jour ». Pour les hommes, ces pourcentages sont respectivement de 35.7% et 62.4%.

L'exposition aux médias est assez répandue pour la radio : 81% des hommes et 64% des femmes écoutent la radio au moins une fois par semaine. L'utilisation de la télévision est moins large : 44% des hommes et 33% des femmes se branchent au moins une fois par semaine. On notera que 28% des femmes et 15% des hommes ne sont exposés à aucun média (EMMUS VI).

- L'accessibilité aux services de santé est faible : 10% seulement de la population habite à moins d'un kilomètre d'un établissement de santé, tandis que 48% se trouve à une distance de 1 à 9 km et 42% vit à plus de 10 km de l'établissement le plus proche. L'hôpital reste le type d'établissement le plus utilisé et sa fréquentation a augmenté (37% en 2005-2006 contre 52% en 2016-2017) au détriment du centre de santé/dispensaire (34 % en 2005-2006 contre 21% en 2016-2017) et des cliniques mobiles (EMMUS VI).

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ Politique d'égalité Femmes Hommes 2014-2034. MCFDF. Décembre 2014

¹⁶ Plan national de lutte contre les violences envers les femmes 2017-2027. MCFDF. Janvier 2017

¹⁷ OMRH. Rapport sur les effectifs de la fonction publique en Haïti, février 2018.

L'EPSSS II 2017-2018 révèle, par ailleurs, que la disponibilité de tous les services de base¹⁸ n'est assurée que dans 42% des institutions sanitaires.

- L'habitat reflète les inégalités traversant la population haïtienne (EMMUS VI).
 - Dans environ un tiers (34%) des logements, le sol est en terre ou sable tandis que 57% sont faits de ciment ou de maçonnerie. La disparité s'accroît selon le milieu, avec 70% de sols en terre/sable en milieu rural et 74% de revêtements en ciment/maçonnerie en ville.
 - La taille moyenne des ménages est de 4.3 personnes, mais seulement 20% des logements comptent trois chambres à coucher ou plus. 40% des logements ont une seule chambre à coucher (pièce pour dormir), et c'est plus souvent le cas en milieu urbain.
 - 25% des ménages haïtiens n'ont pas de toilette : une situation nettement plus marquée en milieu rural (36%). Par ailleurs, un tiers (31%) des ménages a accès à des toilettes améliorées non partagées, tandis que 20% disposent de toilettes non améliorées. Ils sont 24% à utiliser des toilettes améliorées partagées.

1.3.4. DÉTERMINANTS CULTURELS

Les pratiques religieuses sont très répandues dans la population haïtienne. Le christianisme est majoritaire parmi les multiples cultes pratiqués et le syncrétisme demeure très répandu. Selon EMMUS VI, une faible fraction d'hommes (16.5 %) et de femmes (8 %), n'aurait aucune religion.

Diverses croyances populaires véhiculent une interprétation surnaturelle de certains problèmes de santé, orientant ainsi les itinéraires thérapeutiques. Les approches de la médecine moderne sont souvent en porte-à-faux avec lesdites conceptions, ce qui affecte l'efficacité et l'acceptabilité des démarches de soins. De même, les pratiques de gestion communautaire et familiale de la maladie diffèrent de l'abord individuel privilégié par la médecine moderne.

Des efforts sont entrepris depuis plusieurs années en vue de la valorisation et de l'intégration de la médecine traditionnelle. Malgré tout, le système tend à négliger la médecine traditionnelle, dont les acteurs sont beaucoup plus proches de la population, aux plans socioculturel et géographique. La pandémie de Covid-19 a renforcé le recours à la pharmacopée traditionnelle et stimulé le débat autour des savoirs et pratiques de phytothérapie.

1.3.5. DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX

Haïti connaît une crise environnementale majeure. Les problèmes les plus aigus sont liés à la dégradation de l'environnement physique, liée notamment à une forte pression humaine sur le milieu et à la faiblesse des infrastructures d'assainissement. La vulnérabilité aux désastres naturels, particulièrement aux inondations, s'est considérablement accrue, du fait de la réduction de la couverture forestière et du déboisement des bassins versants. L'insalubrité constitue un autre problème majeur, découlant de l'urbanisation accélérée et anarchique, ainsi que de l'absence de gestion adéquate des déchets.

¹⁸ À savoir : soins ambulatoires curatifs pour les enfants malades, services institutionnels de vaccination infantile, suivi de la croissance des enfants, fourniture de méthodes modernes de contraception, consultation prénatale et prise en charge des infections sexuellement transmissibles.

- La qualité de l'air et de l'eau semble menacée. -
- L'eau potable reste une ressource rare pour une bonne partie de la population, la qualité de l'eau passant souvent au second plan. -
- Les villes haïtiennes montrent des carences criantes en matière d'assainissement du milieu. Les systèmes urbains d'évacuation d'eaux usées et de collecte et élimination des déchets, là où ils existent, sont dépassés par l'accroissement de la population. Ces problèmes sont encore plus cuisants dans les bidonvilles et camps d'hébergement.

Il faut noter le manque d'orientations en matière d'aménagement du territoire.

1.3.6. DÉTERMINANTS INSTITUTIONNELS

La capacité à préserver l'état de santé et l'accès aux soins de santé sont en grande partie déterminés par le cadre légal et réglementaire qui régit la vie des individus. Ces instruments légaux couvrent l'ensemble du système de santé et pas seulement le secteur de la santé. Les relations avec la santé ne sont pas systématiquement examinées.

Le renforcement du cadre légal et normatif du système de la santé figurait parmi les priorités du MSPP. En effet, la législation sanitaire est, dans une large mesure, désuète et couvre mal la réalité. Le Plan de Santé 2012-2022 prévoyait d'élaborer et faire adopter une vingtaine de textes à caractère réglementaire, mais la plupart de ces démarches n'ont pas abouti. Des décrets/arrêtés relatifs à la santé ont été publiés au cours des derniers mois mais aucune liste exhaustive n'est disponible. On notera, par exemple, les textes portant sur : la création de l'Organisme national de sang et des produits sanguins (ONASAPS) en octobre 2020, la nomination des membres du Conseil d'Administration du Centre Ambulancier National (novembre 2020), les règles générales de protection de la population en cas de pandémie/épidémie (mai 2020), la réglementation et le contrôle de la production et du commerce des denrées alimentaires (août 2020), les ordres professionnels (août 2020).

2. LEADERSHIP ET GOUVERNANCE

2.1. POLITIQUES ET STRATÉGIES RELATIVES AU LEADERSHIP ET À LA GOUVERNANCE

a) Les orientations politiques

La publication de la politique nationale de santé de 2012 sous forme d'arrêté présidentiel lançait un signal fort dans l'affirmation des orientations du gouvernement en matière de santé. Malheureusement, environ une décennie plus tard, les objectifs fixés par la PNS n'ont pas encore été atteints. Les changements structurels annoncés se font attendre et les grandes interventions envisagées n'ont pas abouti ou ne sont pas mises œuvre. L'instabilité politique persistante et la situation économique difficile ont influencé négativement l'application de la PNS, cependant on peut également s'interroger sur le support politique réel dont elle a bénéficié et la capacité des dirigeants à construire un consensus suffisant autour des orientations proposées.

Des activités avaient été prévues en ce sens, cependant les consultations menées autour des orientations de la PNS et du PDS 2021-2022 ne semblent pas avoir évolué vers un dialogue politique constructif avec les principaux détenteurs d'enjeux de manière à susciter leur adhésion et engagement effectifs.

b) La veille et le suivi stratégique

Les activités de veille sont centrées sur les risques infectieux et, dans une large mesure, les maladies prioritaires, alors que divers risques sanitaires menacent la population haïtienne. L'expérience passée¹⁹, des études de terrain et des observations empiriques indiquent la nécessité d'accorder de l'attention aux risques liés à la commercialisation et l'utilisation des médicaments, à la pollution environnementale, aux pratiques alimentaires et au développement des moyens de transport. La pandémie de Covid-19 a aussi illustré, s'il en était besoin, que les risques sanitaires constituent de sérieuses menaces pour la sécurité nationale, compte tenu des perturbations de la vie sociale et des activités économiques qu'ils peuvent engendrer. Le MSPP a fixé récemment les directives pour la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles et situations de crise^{20,21}. Le dispositif de gestion de ces situations n'est pas encore fonctionnel sur le terrain.

La fonction de suivi stratégique n'est pas exercée de façon systématique. Il n'existe pas dans le système une structure dédiée au suivi stratégique, chargée de scruter l'ensemble du système de santé afin d'identifier les risques à temps et de proposer les mesures pour les atténuer.

¹⁹ Il convient de rappeler ici l'épidémie d'insuffisance rénale aigüe liée à l'intoxication au di-éthylène glycol, en 1995-1996, et l'épidémie du choléra, déclenchée par la pollution du fleuve Artibonite, en 2010.

²⁰ MSPP, Plan National de Réponse aux Situations Sanitaires Exceptionnelles (PNR-SSE). Édition 2019

²¹ Selon le PNR-SSE, « une situation sanitaire exceptionnelle (SSE) correspond à la survenue d'un événement émergent, inhabituel et/ou méconnu qui impacte le système de santé et dépasse le cadre de gestion courante », par sa nature, son origine, son ampleur, son caractère médiatique, sa dynamique. Il définit la crise comme « un processus dynamique touchant une organisation suite à un événement déclencheur (situation exceptionnelle) et qui, amplifié par la présence d'un contexte particulier et/ou de facteurs humains ou managériaux, conduit à une désorganisation majeure de la gestion de la situation. ».

c) La conception et le design du système

L'une des principales caractéristiques du système de santé réside dans la multiplicité des intervenants, qui exige un effort de coordination conséquent. Le PDS 2012-2022 a proposé un ensemble d'activités intersectorielles visant l'intégration et des initiatives ont été prises en ce sens. Cependant, peu d'avancées majeures ont été enregistrées. L'actualisation du cadre juridique définissant les rôles des différents acteurs et le renforcement des mécanismes de collaboration et de coordination entre les acteurs demeurent des conditions indispensables à toute amélioration.

d) Le partenariat

En matière de partenariat, les approches du MSPP sont surtout orientées vers les acteurs de l'aide externe et, à un degré moindre, de la société civile. Peu d'attention est portée aux relations avec le secteur privé et aux autres entités du secteur public, dans la recherche de solutions innovantes aux problèmes du système. De manière générale, les initiatives actuelles ne poursuivent pas de manière systématique l'alignement des intervenants sur les orientations et priorités nationales et ne contribuent pas nécessairement à une meilleure coordination des interventions au sein du secteur. Dans une telle optique, les accords de partenariat doivent se baser sur de bonnes pratiques pouvant faire évoluer le secteur et atteindre des résultats probants.

Il s'agirait donc de :

- Cœuvrer pour la traduction des engagements et priorités définis dans la politique nationale de santé en stratégies et plans axés sur les résultats,
- Établir des mécanismes formels de gestion de l'aide à tous les niveaux,
- Inscrire les contributions et activités des partenaires dans l'agenda commun établi, et
- Développer la concertation avec les donateurs, les institutions nationales, les intervenants en santé, la société civile, les organisations communautaires de base et le secteur privé.

e) La régulation

L'approche de régulation envisagée dans le PDS 2012-2022 mettait l'accent sur le développement du cadre légal et normatif, avec l'exécution d'un agenda législatif assez touffu et l'actualisation des normes techniques et administratives en usage au sein du secteur. Les orientations et stratégies en matière de surveillance et contrôle de l'application des normes juridiques et techniques n'ont pas été spécifiées.

On signalera comme carences importantes : d'une part, l'absence de dispositifs de vérification de la conformité des normes élaborées, eu égard aux orientations et priorités adoptées, et d'autre part, le manque de définition des mécanismes formels d'inspection et contrôle, notamment en termes de niveaux de responsabilité.

2.2. NORMES, PROCÉDURES ET OUTILS DE GOUVERNANCE

Un effort considérable de production et/ou de révision de documents de normes a été déployé au cours des dernières années. Cependant, les normes, procédures et outils relatifs à l'exercice des fonctions relevant du leadership et de la gouvernance ne sont pas très développés. Les documents élaborés concernent surtout la prestation de soins et services. Souvent, ces démarches répondent plus au souci de prendre en compte les nouvelles connaissances dans le domaine concerné que de supporter la régulation des interventions. De ce fait, les documents produits sont surtout des outils de travail et d'apprentissage pour les prestataires de soins et/ou des supports pour la supervision et l'accompagnement.

La production de documents techniques/normatifs n'est pas cordonnée au sein du ministère et le processus d'élaboration des normes n'est pas codifié. Statutairement, on reconnaît à toutes les entités centrales (directions, unités, coordinations) la compétence d'élaboration des normes et procédures dans les domaines relevant de leur mandat respectif. Elles seraient aussi chargées de veiller à leur application, à l'échelle nationale.

2.3. ACTEURS MAJEURS DE LA GOUVERNANCE

Le MSPP demeure la principale entité capable de formuler les orientations de politique sanitaire et de les faire appliquer. Cependant, certains organismes étatiques ont une capacité d'influencer leur formulation et leur application.

- Les lois qui doivent encadrer l'action sanitaire doivent être votées par le parlement. Cette institution a le pouvoir de modifier les lois qui lui sont soumises par le ministère, à travers le gouvernement.
- Le MSPP partage certaines compétences avec d'autres ministères dans des domaines clés comme la formation. Les institutions de formation de professionnels de santé bénéficient des autorisations de fonctionnement du Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle sans l'avis du MSPP.
- Les ressources pour la mise en œuvre des activités correspondant aux politiques dépendent du MEF et du MPCE, chargés d'élaborer la loi de finances qui attribue les crédits pour le fonctionnement et les investissements.
- L'Office de management et des ressources humaines (OMRH) joue un rôle important dans le recrutement des agents de la fonction publique.
- Les partenaires techniques et financiers ont une grande influence sur les orientations du système, particulièrement à travers les programmes verticaux.

2.4. RÉSULTATS DU SYSTÈME POUR LE PILIER LEADERSHIP ET GOUVERNANCE

- Deux plans triennaux ont été élaborés en vue de l'opérationnalisation du Plan Directeur Santé 2012-2021, indiquant la volonté d'assurer une certaine continuité dans l'action sanitaire.
- Les capacités de veille ont été renforcées et certains risques sanitaires peuvent être détectés. En complémentarité avec cette capacité le MSPP s'est doté d'un plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles.
- Plusieurs manuels de normes, de règlements et des guides pratiques ont été publiés. Ces instruments visent à standardiser les prestations et facilitent la supervision des activités.
- La formation de tables de partenaires techniques et financiers, départementales et centrale, est un pas dans la bonne direction, avec des bénéfices en termes de partage d'informations et, potentiellement, une réduction des chevauchements.

2.5. DÉFIS ET ENJEUX POUR LE PILIER LEADERSHIP ET GOUVERNANCE

Les grands défis identifiés consistent en :

- La mise en place des mécanismes rationalisés et efficaces de gouvernance au sein du système qui renforcent la synergie dans tout le secteur.
- L'instauration d'une Veille stratégique basée sur la participation et couvrant l'éventail des questions qui préoccupent.
- La reddition de compte dans le secteur.

Comme enjeux principaux, on note :

- La transparence, la redevabilité et la responsabilité.
- La participation des acteurs étatiques et non-étatiques.
- L'alignement des différents acteurs vers un but unique.

3. PRESTATION DE SERVICES

3.1. POLITIQUES ET STRATÉGIES LIÉES À LA PRESTATION DE SERVICES

Il n'y a pas de politiques et stratégies de développement global de la prestation de services, par exemple pour la mise en œuvre du PES. Cependant, de telles orientations existent dans le cadre de programmes prioritaires et projets de prise en charge. Ces politiques et stratégies thématiques sont actualisées de manière assez régulière, avec l'appui de partenaires.

En général, elles confirment la tendance au cloisonnement qui prévaut au sein du système, plutôt que de rechercher la cohérence. Pourtant, la plupart des plans stratégiques préparés récemment incluent le renforcement de la gouvernance parmi leurs axes d'intervention et envisagent leurs actions dans une perspective de renforcement du système de santé.

De manière générale, le système peine à concrétiser les éléments de politiques et/ou stratégies nationales formulées. Les tentatives butent sur des contraintes d'ordre structurel, souvent liées à la gouvernance du secteur Santé.

3.2. NORMES, PROCÉDURES ET OUTILS POUR LA PRESTATION DE SERVICES

Comme indiqué précédemment, les normes, procédures et outils traitant de la prestation de soins et services de santé sont actualisées périodiquement, dans le cadre de la gestion des programmes de prestation. Les manuels produits reflètent la fragmentation existante et ne favorisent pas l'intégration et la continuité des services.

Chaque programme tend à définir, en fonction de ses propres besoins ou orientations, les responsabilités en matière de prestation, les modalités d'organisation de services aux différents échelons du système, les exigences relatives à l'innocuité et la qualité des services. Cette situation rend aussi plus difficile la mise en réseau des prestataires de soins et services. En règle générale, les mécanismes existants ne favorisent pas l'expression de la demande de services par la communauté/les usagers.

3.3. ACTEURS MAJEURS DE LA PRESTATION DE SERVICES

- Le MSPP est appelé à jouer les premiers rôles dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique d'extension de l'offre de services. Sa capacité à formuler une vision, des politiques et des stratégies claires, et à exercer le leadership requis s'avère déterminante. A ce niveau, les principales limitations du MSPP sont :
 - Le manque d'adhésion des cadres à la vision exprimée dans le PDS et le manuel du PES,
 - Le déficit de cohésion interne, lié aux habitudes de cloisonnement et au recul des pratiques de travail en équipe,
 - Le manque d'expérience dans la conception/mise en œuvre de politiques publiques en santé.

- Le PSDH montre un certain intérêt des autorités gouvernementales pour l'accessibilité à des soins et services de qualité. Cependant, le programme met plutôt l'accent sur le développement du réseau d'infrastructures. Certaines entités étatiques doivent être prises en compte :
 - Le MEF et le MPCE jouent un rôle dans l'accès aux ressources et peuvent influencer le cours d'un programme d'extension de l'offre de services.
 - Le MAST vient de lancer la politique de protection sociale en santé.
 - L'OFATMA se positionne depuis quelques années comme un acteur du réseau hospitalier national.
- Les Partenaires techniques et financiers peuvent s'intéresser à des politiques et stratégies d'extension de l'offre de services. Leur intérêt pour des programmes d'envergure systémique devra être confirmé. Ils s'engagent le plus souvent sur des domaines particuliers.
- Le positionnement des prestataires de soins et services (du public et du privé) doit être analysé avec attention. Les changements à grande échelle dans le système de soins pourraient léser les intérêts de groupe.
- Les élus (Parlement, Collectivités territoriales) montrent un intérêt certain pour la prestation de services. Il s'agit souvent de demandes d'ouverture/extension de centres de santé. Ces demandes tendent à s'écarter de la « rationalité sanitaire ».
- Les organisations de la Société civile pourraient s'engager en vue d'obtenir pour leurs communautés un meilleur accès aux soins et services. Cet intérêt est peu manifeste jusqu'ici.

3.4. RÉSULTATS DU SYSTÈME POUR LE PILIER PRESTATION DE SERVICES

- Dans le contexte actuel, les réseaux de soins de proximité et de recours ne sont pas bien établis, et les mécanismes de référence-contre référence ne sont pas fonctionnels.
- Le système ne parvient pas à assurer la disponibilité d'un paquet de services représentant un mix équilibré de prestations curatives, préventives et promotionnelles, dispensé en complémentarité aux différents niveaux de soins et correspondant aux besoins de la population.
- La gestion de la couverture, de la qualité et de la sécurité des services offerts est difficile à garantir. Les programmes accusent des résultats variables, en général mitigés.

3.5. DÉFIS ET ENJEUX POUR LE PILIER PRESTATION DE SERVICES

Les grands défis affectant la prestation sont :

- Manque de définition des priorités pour le développement de l'offre de services.
- Mauvaise couverture sanitaire (trous, chevauchements).
- Articulation inter-échelon insuffisante.
- Fragmentation/cloisonnement dans les interventions dans le secteur public.

- Déficit de concertation et de coordination entre les différents acteurs du secteur.
- Dépendance vis-à-vis de l'aide externe.
- Manque de clarté de la structure interne du MSPP (flou dans les mandats, rôles et responsabilités en matière de gestion de l'offre).
- Carences de personnel prestataire, pour certains profils-clé.
- Déficit d'intégration des prestataires du secteur privé lucratif.
- Absence d'articulation réelle avec le secteur de la médecine traditionnelle.

Les principaux enjeux à prendre en compte sont :

a) Intégration des soins et services

Lorsque la fragmentation prédomine, la prestation se focalise sur un problème ciblé : les autres besoins ne sont pas reconnus à temps ou, s'ils le sont, le prestataire n'a pas la capacité d'orienter le patient vers le niveau de prise en charge approprié.

La volonté d'intégration a été exprimée, mais les normes, outils et procédures de prise en charge doivent être adaptés en ce sens. Ceci implique aussi la formation du personnel concerné et des ajustements dans l'organisation des services, vers la mise en réseau.

b) Meilleure couverture des besoins essentiels en soins et services de santé

Les résultats du système ne sont pas satisfaisants, tant en termes de disponibilité et utilisation de services qu'en ce qui concerne l'adéquation de la réponse par rapport aux besoins.

Les choix effectués pour ce pilier doivent favoriser l'identification des besoins en vue d'une réponse adaptée. Les stratégies définies doivent aussi prendre en compte les attentes et perception afin d'assurer une couverture optimale des services proposés.

c) Amélioration continue de la qualité des soins et services

Le niveau de qualité des prestations offertes détermine l'établissement d'une relation de confiance entre les communautés et les prestataires. Les actions à entreprendre doivent favoriser le développement d'une stratégie nationale Qualité, à tous les échelons du système.

d) Optimisation des processus de soins

Le système pêche souvent par son inefficience, dans un contexte d'insuffisance de ressources. Les orientations et stratégies de prestation doivent viser l'exploitation optimale des ressources mobilisées.

4. RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ

4.1. POLITIQUES ET STRATÉGIES RELATIVES AUX RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ

Les priorités du secteur en ce qui a trait aux RHS sont inscrites principalement dans trois (3) documents : le Plan Directeur Santé 2012-2022, le Manuel du Paquet Essentiel de Services (2015) et le Plan Stratégique de développement des ressources humaines pour la santé 2030 (Phase I - 2018-2022). Il s'agissait cependant d'orientations assez générales, qui devaient prendre forme à travers des politiques, stratégies et interventions cohérentes.

Malheureusement, certains choix n'ont pas été précisés au départ, en termes de hiérarchisation des besoins et priorités, et d'allocation de ressources. De plus, le MSPP n'a pas su vulgariser sa vision de la gestion et du développement des ressources humaines du secteur santé, de manière à obtenir un degré optimal d'adhésion des acteurs et, de là, mobiliser les partenaires en santé autour des priorités tracées. Ces carences ont considérablement affecté l'alignement des interventions mises en œuvre avec les orientations déclinées dans les plans, compromettant aussi potentiellement leur efficacité et leur efficience.

Comme conséquence, les politiques relatives aux RHS demeurent peu lisibles dans les actions entreprises. On notera en particulier :

- L'absence de dispositif fonctionnel de pilotage et de coordination des interventions, face à la fragmentation existant dans le secteur.
- Un déficit d'orientations et de stratégies pour la production des RHS.
- Un déficit d'orientations et de stratégies en matière de régulation/contrôle des professions de santé.
- L'absence de directives pour la planification et le déploiement rationnels des RHS.
- Un appui financier insuffisant à la mise en œuvre des interventions.

4.2. NORMES, PROCÉDURES ET OUTILS DE GESTION DES RHS

Divers instruments sont disponibles en support à la gestion des RH du secteur Santé. Cependant, la plupart concernent essentiellement le secteur public. On peut citer :

- La réglementation relative à la fonction publique et à l'administration centrale de l'État.
- Le manuel de politiques, normes et procédures de gestion des ressources humaines et le système d'évaluation de la performance (SYSEP) de l'OMRH.
- Le système d'information et de gestion des ressources humaines (SIGRH) du MSPP.
- Les outils de gestion propres au MSPP (Profil de carrière des Emplois de Santé, Guide pratique pour le recrutement au MSPP, Référentiel des Emplois et Compétences, Profil des compétences des professionnels de la santé, Normes pour la pratique des Soins infirmiers en Haïti, ...).

Le Profil de carrière des emplois de santé. On mentionnera aussi des études sur la disponibilité en RH : le recensement des agents de la fonction publique, les évaluations des ressources humaines des institutions sanitaires des secteurs public et privé (EHRIS 1 et 2).

Différentes thématiques pertinentes sont inadéquatement couvertes ou ne le sont pas du tout. Ces lacunes concernent particulièrement la régulation, la dotation, la planification de main d'œuvre et la formation. Pour d'autres volets, les capacités d'application des normes et procédures en vigueur sont très limitées, du fait de la précarité des ressources et du poids des habitudes.

4.3. ACTEURS MAJEURS DE GESTION DES RHS

Une panoplie d'acteurs du système de santé intervient dans les fonctions de ressources humaines. Cette section présente un sommaire des rôles et responsabilités des acteurs majeurs.

- **Le Ministère de la Santé Publique et de la Population** qui, selon le décret de janvier 2006 portant sur l'organisation et le fonctionnement du Ministère de la Santé Publique et de la Population, assume des responsabilités étendues dans la gestion et le développement des ressources humaines du secteur santé. Ces attributions sont partagées principalement entre trois entités, relevant de la Direction générale :
 - La Direction des Ressources Humaines (DRH) est chargée de la planification de main d'œuvre pour le secteur santé.
 - La Direction de la Formation et du Perfectionnement en Sciences de la Santé (DFPSS) assure la réglementation de la pratique professionnelle en santé, incluant l'accréditation des professionnels, et le contrôle/validation des cursus de formation médicale et paramédicale, au regard de la PNS et des standards internationaux.
 - La Direction des Soins Infirmiers (DSI) assure la définition des normes et procédures de soins infirmiers, veille à leur application et coordonne l'homologation des diplômes en sciences infirmières, ainsi que l'octroi des licences pour l'exercice de la profession.

D'autres instances sont également impliquées dans cette gestion des RH du secteur Santé :

- La Direction Générale assure la délivrance des Licences autorisant la pratique des professions de santé sur le territoire haïtien.
- D'autres directions centrales, à travers leurs attributions de normalisation, appui et contrôle, influencent les besoins et contribuent à l'organisation du travail du personnel de santé.

La répartition des responsabilités entre ces différentes directions du MSPP pose un défi majeur de coordination, du fait de l'interdépendance des fonctions et activités de développement des ressources humaines et de l'importance cruciale des RH pour la mise en œuvre des politiques sectorielles. Malgré l'existence de mécanismes de collaboration et d'échange d'informations, les principales entités du MSPP concernées par la gestion des RHS tendent à travailler de façon cloisonnée.

Le rôle de la DRH en matière de développement des RH propres du MSPP mérite aussi d'être signalé. De même, toutes les entités relevant du MSPP (directions centrales et départementales, coordinations, unités et institutions sanitaires) assument aussi des responsabilités dans la gestion routinière de leurs effectifs.

- Plusieurs **organismes étatiques** sont concernés par la gestion des RHS :
 - Le Conseil supérieur de l'administration et de la fonction publique qui formule et évalue les politiques générales du gouvernement en matière de ressources humaines. Il est appuyé par l'Office de management et des ressources humaines (OMRH), placée directement sous son autorité, et responsable de la gestion opérationnelle des effectifs de la fonction publique et de la carrière des fonctionnaires.
 - Le Ministère de l'Économie et des Finances (MEF), qui assure la paie des employés et participe à l'élaboration du système de rémunération (grille indiciaire, primes et autres avantages) dispose ainsi d'un puissant levier pour influencer la gestion des ressources humaines.
 - Le Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation professionnelle (MENFP), qui formule et évalue les politiques en matière d'éducation et coordonne l'enseignement supérieur.
 - La Cour Supérieure des Comptes et du Contentieux Administratif (CSCCA), qui est l'organe juridictionnel pour toutes contestations des fonctionnaires et des Agents contractuels de l'Administration donnant lieu à un recours contentieux²².
 - La Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université d'État d'Haïti (FMP-UEH), qui assure l'homologation des titres des médecins diplômés d'universités étrangères.
- **Les regroupements de professionnels**, dont la plupart sont des associations à caractère corporatiste, plutôt engagées dans la promotion de leur discipline spécifique et dans des activités de développement professionnel de leurs membres.
- **L'État** est le principal employeur du secteur santé et concentre plus de 60% des effectifs du secteur, dont la plupart relèvent du MSPP. Il est astreint au respect des principes de gestion de la Fonction Publique haïtienne. La crédibilité de l'État comme employeur de prédilection a considérablement diminué au cours des dernières années. Cependant, les emplois dans le secteur public de la santé, et au sein du MSPP en particulier, gardent un certain attrait lié à la sécurité d'emploi relativement garantie dans ce secteur. Vu la taille de cet acteur, il détient aussi un potentiel d'influence significatif sur l'ensemble du marché du travail, à travers les politiques de traitement du personnel pratiquées.
- **Les organisations de santé privées** (ONG, églises, missions religieuses, cabinets médicaux, polycliniques, hôpitaux, ...), nationales ou étrangères, gèrent leur personnel suivant des standards et procédures propres, dans le cadre défini par le Code du travail.
- **Les établissements de formation**, de niveau universitaire et technique, ont la mission de produire les ressources humaines qu'utilisera le secteur, en fonction des besoins. Les acteurs intervenant dans ce domaine incluent quelques établissements publics et un nombre croissant d'entités privées, ayant plupart un caractère commercial. La diversification des intervenants dans ce domaine pose des enjeux importants de régulation et de coordination.

²² Décret portant révision du statut général de la Fonction publique. Le Moniteur, Numéro spécial, no. 7, articles 46 et 46.1, 22 juillet 2005.

- **Les partenaires techniques et financiers (PTF)** exercent une influence sur les ressources humaines du secteur de la santé : soit indirectement par le rôle qu'elles jouent dans le contexte plus vaste des politiques, soit directement en raison du financement qu'elles apportent à des aspects précis de gestion et de développement des ressources humaines.
- **La communauté** joue un rôle marginal dans la gestion des ressources humaines pour la santé et la gestion des services de santé en général. Des membres de la population et des organisations de base sont parfois sollicités pour fournir une main d'œuvre bénévole appuyant les activités à base communautaire.

4.4. RÉSULTATS DU SYSTÈME POUR LE PILIER RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ

Les résultats du système demeurent insuffisants pour ce pilier, tant en ce qui concerne la disponibilité, la répartition, la qualité, la performance et la fidélisation des ressources humaines pour la santé.

Au plan quantitatif, le système souffre d'un déficit de RHS persistant, malgré une augmentation globale des effectifs au cours des dernières années. Les besoins en main d'œuvre n'ont pas encore été identifiés de manière précise et les écarts sont très variables selon la catégorie de personnel considérée. Les estimations fournies dans le PSDRHS donnent une certaine idée de l'ampleur de ce déficit, tant pour l'ensemble de la force de travail que pour les catégories essentielles, notamment les prestataires-clés. Le poids des écarts observés est accentué par la répartition inégale des RHS sur le territoire et, surtout, la concentration du personnel de santé dans la région métropolitaine de P-au-P.

La qualité des RHS laisse aussi à désirer, en ce sens que le système ne parvient pas à assurer l'adéquation entre les profils de personnels (types et compétences) produits et disponibles et les besoins du système de santé. Les données disponibles soulignent le déséquilibre en faveur du personnel administratif et de soutien, par rapport aux catégories de prestataires de services. Les écarts liés aux compétences spécifiques du personnel ne sont pas bien identifiés.

Si la performance du personnel de santé n'est pas évaluée de manière régulière et systématique, on sait cependant que les conditions de travail sont largement défavorables tant en ce qui concerne les salaires que les avantages sociaux et la carrière. Les disparités sont très importantes dans ce domaine : entre les catégories de travailleurs de santé, entre le secteur privé et le secteur public, et au sein même du secteur privé. Une attention particulière doit être accordée aux conditions de travail offertes dans le secteur public, qui concentre 60% de la main d'œuvre en santé, en termes de rémunération, d'avantages sociaux, de systèmes d'incitation et d'opportunités de développement professionnel et de carrière.

La déperdition des RHS vient accentuer les déficits quantitatifs et qualitatifs déjà relatés. La tendance à l'émigration, observée à tous les niveaux de la société haïtienne, affecte aussi les travailleurs de santé. Le phénomène n'est pas bien quantifié, mais l'évidence indique une grande mobilité de certaines catégories professionnelles, notamment les médecins et les infirmières.

4.5. DÉFIS ET ENJEUX POUR LE PILIER RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ

On mentionnera, parmi les grands Défis confrontés pour ce pilier des RHS :

- Insuffisance de financement destiné au développement des ressources humaines.
- Faiblesse des **mécanismes de collaboration/partenariat durables entre le MSPP et les acteurs du secteur privé et de la Médecine traditionnelle.**
- Déficit de coordination entre les acteurs.
- Absence de reddition de compte sur les résultats attendus.
- Faiblesse des processus décisionnel en matière de RHS.
- Inadéquation des conditions de travail.

Trois principaux enjeux apparaissent déterminants :

a) L'intégration et la collaboration entre secteurs et entre les différents acteurs.

La volonté politique affichée par l'État haïtien dans ses engagements internationaux en matière de développement des ressources humaines en santé doit pouvoir se matérialiser à **travers un appui budgétaire conséquent** à la mise en œuvre du PSDRHS et par la mobilisation d'une large coalition d'acteurs (nationaux et internationaux) autour de la réalisation des objectifs fixés par le plan stratégique de développement des ressources humaines de la santé.

b) La gouvernance efficace des RHS.

Des interventions appropriées doivent renforcer la cohérence, la coordination et l'imputabilité, tout en permettant aux acteurs concernés d'assumer plus efficacement leurs responsabilités. Les mesures envisagées correspondent à une restructuration en profondeur de la gestion des RHS, en quête d'alignement entre les différents paliers de gestion. Au sein du MSPP, l'agenda sera orienté vers la déconcentration avec transfert de certaines attributions de gestion aux directions départementales (affectation, mouvements internes, sanctions/récompenses), tout en maintenant les mécanismes de reddition de compte au niveau central. La mise en place des ordres professionnels, dans une optique de décentralisation, contribuera à **établir** un cadre adéquat de régulation de la pratique des professions de la santé.

c) Une culture axée sur les résultats et la performance des ressources humaines en santé.

L'amélioration de la performance repose sur la formulation de plans réalistes et l'adoption de systèmes d'évaluation transparents. De plus, parvenir à un meilleur niveau de mobilisation et d'engagement des ressources humaines en santé exige un relèvement des conditions salariales et de travail et l'instauration de pratiques de valorisation du personnel de santé.

5. SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE

5.1. POLITIQUES ET STRATÉGIES RELATIVES AU SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE

Le Plan Directeur Santé 2012-2022 a tracé des orientations relatives au système d'information sanitaire, avec comme option centrale l'unification du SIS, dans une perspective de renforcement et de développement du système de santé. Cependant, les directives définies dans le PDS demeurent limitées et le MSPP ne dispose pas d'autre document proposant des politiques et stratégies pour le développement d'ensemble du SIS. Par contre, le MSPP a adopté des textes de politique pour la surveillance épidémiologique et la recherche en santé, tandis que certains programmes ou projets, tels la lutte contre le VIH-SIDA, la lutte contre la tuberculose, le contrôle de la filariose, développent leurs propres orientations en matière de gestion de l'information. Des éléments de politique et stratégies sont aussi lisibles à travers les interventions réalisées depuis 2012.

Les documents disponibles et les actions entreprises indiquent la ferme volonté de :

- i. Accroître la disponibilité de données routinières.
- ii. Améliorer le suivi des indicateurs essentiels, via les Salles de situation.
- iii. Intégrer progressivement les multiples sources de données et/ou systèmes d'information existants.
- iv. Étendre la couverture du dispositif de surveillance des maladies et réponses.

Les avancées significatives réalisées sur ces différents créneaux ne masquent pas les déficits persistant sur d'autres points d'importance :

- Absence de cadre de référence formel pour le développement du SISNU.
- Déficit d'orientations et stratégies pour la mobilisation de ressources humaines, matérielles et financières au profit du SISNU.
- Faiblesse de l'engagement financier de l'État haïtien.
- Manque d'articulation entre le SIS et les orientations du PDS.
- Définition insuffisante de la structure de gestion du SIS.
- Absence d'une culture d'utilisation de l'information.

5.2. NORMES, PROCÉDURES ET OUTILS DE GESTION DU SIS

Des normes, procédures et outils de gestion du SIS sont actuellement en usage, à tous les niveaux du système de soins. Cependant, elles ne couvrent pas l'ensemble des dimensions et composantes du SIS. Elles concernent principalement la gestion des données agrégées, via les supports intermédiaire et secondaire (registres et rapport mensuel).

Les normes et procédures actuelles ne permettent pas de garantir une coordination efficace des opérations et une délimitation claire des champs de compétences entre les différentes instances impliquées, aux niveaux national et départemental. Les efforts de développement du système d'information de support à la carte sanitaire sont limités par le déficit d'implantation au niveau départemental, ce qui empêche la mise à jour systématique.

Le processus d'intégration des différents systèmes d'information en usage a déjà été initié, mais la formalisation des modalités d'intégration est toujours en cours. Les carences du cadre normatif entraînent aussi des difficultés dans la mise en place du dispositif de contrôle de la qualité de l'information, malgré l'emphase portée sur ce point par le SISNU. D'un autre côté, en l'absence de directives formelles pour le développement de l'infrastructure informatique du système, cette gestion est fortement déterminée par les projets de coopération externe.

En matière de ressources humaines, la fragmentation du financement permet aux programmes de créer leur propre nomenclature de postes, sans s'aligner sur la structure organisationnelle de base. Les duplications et l'incohérence dans les profils de postes²³ fragilisent le fonctionnement des Services départementaux de Statistique et Épidémiologie.

5.3. ACTEURS MAJEURS DE LA GESTION DU SIS

Cinq groupes d'acteurs retiennent l'attention :

- Le MSPP, dont les capacités à exercer son rôle de gérant du système d'information sanitaire national restent limitées. Deux entités ont des responsabilités à cet égard :
 - L'UEP, responsable de la programmation du secteur Santé, a acquis une grande expérience dans la mise en œuvre du SISNU, de 2014 à nos jours. Ses capacités d'intervention demeurent malgré tout insuffisantes, au regard de l'étendue de la tâche.
 - La DELR a aussi acquis une grande expérience dans la mise en place du système de surveillance au niveau national et progresse vers un système national de surveillance au niveau de toutes les institutions du pays. Elle a élaboré en 2013 sa stratégie de surveillance épidémiologique à base communautaire (SEBAC) qui, malheureusement, n'est toujours pas opérationnelle.

Toutes les autres entités du MSPP génèrent et utilisent de l'information, en fonction de leur domaines d'intervention, mandat et attributions. Au niveau des instances décisionnelles, politiques et managériales du MSPP, la demande d'informations pour la prise de décision tactique et stratégique demeure faible.

- Au regard du PSDH et de l'expérience récente de gestion d'urgences sanitaires, les attentes du Gouvernement en matière d'information sanitaire demeurent minimales.
 - L'IHSI, de par son mandat, est appelée à travailler en vue de l'opérationnalisation de la stratégie nationale de la statistique et renforcer la coordination en matière de système d'information et production de statistiques sanitaires.
- La question de l'information sanitaire revêt une grande importance pour les Partenaires techniques et financiers, soucieux de justifier l'allocation et l'utilisation des fonds de la coopération. Ils tendent souvent à développer des SI parallèles ou à orienter le SIS en fonction de leurs besoins.

Leur logique s'inscrit aussi parfois dans une approche « projet » difficile à concilier avec les exigences du développement à long terme du SIS. Toutefois, les efforts de concertation menés au cours des dernières années ont toutefois permis de rapprocher certaines positions.

²³ Divers agents M&E recrutés dans le cadre des programmes VIH, TB et Malaria sont en fait des opérateurs de saisie.

- La culture de l'information n'est pas bien implantée au sein des organisations de santé publiques et privées, où gestionnaires et prestataires de soins et services se préoccupent surtout de satisfaire aux exigences de rapportage du MSPP et surtout des bailleurs.
- D'autres groupes d'acteurs, tels le Parlement, les Collectivités territoriales, les organisations de la Société civile, gagneraient à disposer d'informations de qualité afin de mieux défendre les intérêts des communautés qu'ils représentent. Cet intérêt est peu manifeste jusqu'ici.

5.4. RÉSULTATS DU SYSTÈME POUR LE PILIER SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE

Des avancées importantes ont été enregistrées dans la mise en place du Système d'Information Sanitaire National Unique (SISNU) et du Système de surveillance de maladies et réponses. D'importants efforts restent à faire dans tous les sous-domaines définis par le PDS, notamment en ce qui concerne l'utilisation de l'information pour la prise de décision.

Les observations suivantes retiennent l'attention :

- Le niveau de couverture des indicateurs figurant sur la liste officielle du SISNU atteint environ 75 %. Les informations générées par le SIS couvrent les grands domaines de la prestation de services et permettent d'apprécier la mise en œuvre des interventions de réponse aux problèmes de santé ciblés.
- Le réseau de surveillance épidémiologique a considérablement grandi : de 113 sites en 2013 à 693 en 2021. L'éventail de pathologies sous surveillance est régulièrement adapté aux besoins. La couverture du rapportage des données de surveillance est autour de 95%. Les Salles de situations sanitaires sont en place dans la plupart des directions départementales (8 sur 10) et le taux de soumission des rapports hebdomadaires de notification atteint 80%.
- Le SIS ne parvient pas à assurer un niveau adéquat de fiabilité, exhaustivité et ponctualité dans la production de données. Les variations sont importantes selon la thématique considérée, selon le département et les établissements.
- Le volet Ressources financières du système d'information de routine n'est pas opérationnel. La disponibilité d'informations sur le financement de la santé est insuffisante, bien que le MSPP publie périodiquement les comptes nationaux de santé (CNS).
- La composante Statistiques de Ressources du SIS actuel est inégalement développée. Seul le volet Ressources Humaines produit actuellement des informations répondant à certains besoins du système.
- La stratégie de surveillance épidémiologique à base communautaire (SEBAC) n'est pas opérationnelle.
- La liste d'indicateurs n'est pas formatée de manière à renseigner sur l'atteinte des objectifs du système et ne prend pas suffisamment en compte les préoccupations liées à l'accès aux services à la qualité des services et au renforcement du système. Les indicateurs ne renseignent pas non plus sur la situation des populations vulnérables, en dehors des programmes de prise en charge des maladies prioritaires.
- Les initiatives relevant du pôle Recherche demeurent peu développées.

5.5. DÉFIS ET ENJEUX POUR LE PILIER SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE

Retenons, parmi les principaux défis auxquels il faut faire face pour ce pilier :

- Manque de définition des orientations et priorités pour le développement du SIS.
- Fragmentation/Déficit d'intégration des interventions.
- Déficit de concertation et de coordination entre les différents acteurs du secteur.
- Manque de clarté de la structure interne du MSPP (flou dans les mandats, rôles et responsabilités en matière de gestion de l'information).
- Non inclusion du secteur privé libéral.
- Culture de gestion contraignante / Peu d'emphase sur l'information dans les processus décisionnels.
- Financement insuffisant et dépendance vis-à-vis de l'aide externe.
- Carences de personnel qualifié et compétent à divers niveaux (production, synthèse et utilisation de l'information).
- Incomplétude, manque de fiabilité et retard dans la production des données.
- Absence de stratégies et mécanismes de mobilisation et de sensibilisation des acteurs sur la gestion de l'information.

On retiendra aussi, comme grands enjeux à considérer :

a) *Optimisation des processus de gestion de l'information*

Les efforts d'harmonisation des systèmes d'information existants ont produit des résultats, mais il reste encore du chemin à parcourir pour plus d'efficacité, d'efficience et d'intégration. Les processus de gestion de l'information devraient être analysés dans l'optique d'une rationalisation accrue. Les manuels de procédures, de même que la définition des postes et compétences et les outils en vigueur, devront être révisés dans cette démarche.

b) *Alignement des partenaires sur la vision et les principes directeurs du SISNU*

Les fonds de la coopération externe sont souvent incriminés comme cause de fragmentation des systèmes d'information. Les programmes et projets de coopération s'accompagnent généralement d'exigences de rapportage. Les échanges du MSPP avec les partenaires, pour la coordination et le suivi des interventions entreprise au titre de l'aide bi et multilatérale ou internationale, doivent permettre d'harmoniser les approches.

c) *Meilleure couverture des besoins en information aux niveaux opérationnel, tactique, stratégique*

L'identification des besoins constitue une étape importante pour s'assurer de la pertinence des informations générées par le SIS. Une démarche participative a été menée au démarrage du SISNU et a permis de cerner les attentes des différents acteurs. Cependant, la liste d'indicateurs actuellement en usage mérite d'être examinée au regard des besoins liés à la prise de décision aux différents niveaux du système.

d) Amélioration continue de la qualité des données

Les procédures en vigueur incluent des mesures visant à s'assurer de la qualité des données recueillies dans le cadre du SISNU. Ces dispositifs méritent d'être renforcés afin de couvrir les différentes étapes de production de l'information, à partir de l'établissement de soins et du niveau communautaire, jusqu'au niveau national.

e) Renforcement des processus décisionnels

La production d'une information de qualité est destinée à alimenter les processus de prise de décision. Il est donc crucial que les décideurs et gestionnaires placent l'information au cœur de leurs processus décisionnels. Outre l'identification des besoins, il convient d'apprécier l'adéquation des supports d'information mis à la disposition de cette catégorie d'utilisateurs.

6. PRODUITS ET TECHNOLOGIES MÉDICAUX ESSENTIELS

6.1. POLITIQUES ET STRATÉGIES RELATIVES AUX PRODUITS ET TECHNOLOGIES MÉDICAUX ESSENTIELS

Les politiques et stratégies relatives aux produits et technologies médicaux essentiels (médicaments essentiels, vaccins, intrants, outils de diagnostic, ...) sont inégalement développées et présentent des lacunes importantes. En effet, les directives sont assez bien formulées pour les médicaments et aussi, à un degré moindre, pour les intrants du laboratoire. Cependant, aucune initiative visant à construire une réglementation spécifique dans d'autres domaines liés aux produits et technologies médicaux essentiels n'a été documentée. À date, aucune entité du MSPP n'a la charge du domaine des dispositifs médicaux²⁴. La volonté du MSPP de revaloriser et promouvoir la médecine traditionnelle n'est pas traduite en choix et stratégies clairs.

Les politiques et stratégies existantes sont souvent dominées par la recherche de performance des programmes prioritaires ou par le renforcement/développement du sous-secteur spécifiquement concerné (médicament ou laboratoire). Les approches envisageant de manière cohérente l'ensemble du système de santé sont plus rares.

Concernant le système de réglementation de produits pharmaceutiques, outre la désuétude du texte légal de référence, les principales carences consistent en :

- Absence de stratégie nationale de contrôle de l'importation et de fabrication des produits pharmaceutiques.
- Déficit d'orientations et stratégies nationales de lutte contre la vente illicite des médicaments.
- Déficit d'orientations et stratégies visant la protection/sécurité des patients/consommateurs en ce qui a trait aux produits pharmaceutiques.
- Faiblesse du cadre réglementaire sur les CDAI.

6.2. NORMES, PROCÉDURES ET OUTILS DE GESTION DES PRODUITS ET TECHNOLOGIES MÉDICAUX ESSENTIELS

Les normes et procédures d'enregistrement et d'inspection pharmaceutique établissent de manière formelle et détaillée les exigences faites au secteur privé pour la fabrication, l'importation et la commercialisation de médicaments. Les normes et procédures sont nettement moins élaborées pour les autres produits et technologies médicaux.

Les responsabilités en matière de contrôle de médicaments sont clairement assignées à la DPM-MT et au MCI, et les modalités d'intervention sont bien établies, du moins en ce qui concerne le secteur privé. Les mécanismes définis visent au développement de bonnes pratiques de gestion et d'utilisation, cependant les capacités de mise en œuvre demeurent limitées. On notera particulièrement, les carences opérationnelles de la DPM-MT en matière d'inspection pharmaceutique, qui reste irrégulière et inefficace. L'absence d'un laboratoire de contrôle de la qualité des médicaments est aussi une carence majeure.

²⁴ L'avant-projet de loi préparé par le MSPP en 2012 avait prévu de créer la Direction de Pharmacie et du Dispositif médical.

Les normes, procédures et outils de gestion des produits et technologies médicaux dans le secteur public, ainsi que les mécanismes d'appui et contrôle ne sont pas très développées. Alors que les opérations de ce secteur sont marquées par une grande fragmentation. De plus, la conception du système pharmaceutique national ne clarifie pas les responsabilités des niveaux départemental et institutionnel.

Il n'y a pas d'analyse systématique des besoins liés à la prise en charge/contrôle des principaux problèmes de santé/maladies, aux différents échelons du système. La fragmentation du secteur public complique aussi l'identification et la quantification des besoins. Les normes en vigueur à PROMESS, tenant compte de son statut de « projet » de l'OPS/OMS en Haïti, ne permettent pas à certaines institutions étatiques d'acheter des médicaments à travers le trésor public.

Le Moteur de Recherche des Médicaments, disponible sur le site web du MSPP permet aux intéressés d'accéder à des informations diversifiées sur le système de gestion des produits pharmaceutiques et les médicaments. Les outils d'aide au diagnostic/prise en charge existants portent peu d'emphase sur la promotion de l'utilisation (prescription) rationnelle des médicaments. Les supports disponibles accordent aussi peu de place à l'information pharmaceutique.

6.3. ACTEURS MAJEURS DE LA GESTION DES PRODUITS ET TECHNOLOGIES MÉDICAUX ESSENTIELS

Outre le MSPP, on identifie sept groupes d'acteurs qui jouent un rôle important dans ce domaine ou qui pourraient avoir une influence déterminante, avec des intérêts et positionnements parfois contradictoires.

- i. Le MSPP est à la fois régulateur, financeur et prestataire. Cependant, ses capacités à prendre en charge les sous-secteurs liés aux médicaments et autres produits de santé, pour coordonner et réguler l'offre de services sont très limitées, tant face aux exigences de la régulation du secteur privé commercial qu'en ce qui a trait au développement de l'offre publique de services. En ce sens, le MSPP doit s'assurer de résultats satisfaisants en termes d'efficacité, d'efficience, de disponibilité, d'accessibilité et de qualité, tout en garantissant l'articulation avec le développement du système de santé. Même dans le secteur du médicament, malgré certains progrès, la DPM-MT peine à accomplir ses attributions routinières de contrôle et est peu armée pour l'élaboration de politiques et l'appui normatif aux entités de prestation de soins et services.
- ii. Diverses entités au sein du Gouvernement et de l'appareil étatique sont très intéressées aux produits et technologies médicaux essentiels, principalement en raison des activités commerciales les entourant. Vu leurs responsabilités en matière de régulation, elles peuvent aussi contribuer à protéger la santé publique. Cependant, l'alignement entre préoccupations économiques et financières et les perspectives de politique sanitaire n'est pas toujours aisé à obtenir.
 - Le MEF est en charge de la politique économique et financière de l'État et, à ce titre, influence de manière déterminante les choix de mobilisation et allocation des ressources de l'État (recettes et dépenses).

- Deux organes déconcentrés du MEF, l'Administration Générale des Douanes (AGD) et la Direction générale des Impôts (DGI), exercent un mandat de collecte de revenus mais aussi un mandat de contrôle.
 - Le MCI, qui formule et applique la politique commerciale et industrielle de l'État assume aussi une part de la fonction de contrôle/régulation, avec parmi ses principales préoccupations la promotion du développement industriel et la conformité des produits distribués sur le marché, mais aussi la protection des consommateurs. On notera le fonctionnement, sous sa supervision, du Bureau Haïtien de Normalisation (BHN)²⁵.
 - Le MJSP, avec la PNH comme auxiliaire, détient les leviers de coercition en support à l'application des normes.
- iii. Les Partenaires techniques et financiers partagent avec le MSPP les préoccupations d'ordre sanitaire et l'intérêt pour la disponibilité et l'accessibilité à des produits et technologies médicaux essentiels de qualité. Cependant, ils se concentrent souvent sur les aspects particuliers liés aux projets/programmes qu'ils supportent. Des difficultés d'alignement se posent en termes d'intégration, de coordination et de renforcement de l'ensemble du système.
 - iv. Le Parlement, dans ses fonctions de législation et de contrôle, oriente l'action étatique via l'allocation de ressources et la formulation de politiques. L'expérience récente indique que la santé n'occupe pas une place de choix dans l'agenda parlementaire.
 - v. Les importateurs, fabricants et distributeurs privés sont engagés dans une activité commerciale, axée sur le profit, mais sont soumis à des normes sanitaires et commerciales tant nationales qu'internationales. Leurs intérêts et préoccupations incluent la définition d'un cadre de régulation favorable au développement de leurs opérations, dans le respect des exigences réglementaires.
 - vi. Les prestataires de soins et services (du public et du privé) sont hautement intéressés à la disponibilité de produits et technologies médicaux de qualité, en tant qu'utilisateurs de ces produits et technologies²⁶. Cependant, leurs préoccupations portent surtout sur la disponibilité et secondairement sur l'accessibilité et/ou la qualité. Dans bien des cas, ils ne disposent pas de l'information technique pertinente pour apprécier la qualité des produits qu'ils utilisent.
 - vii. Les institutions de formation de personnel de santé auraient aussi un rôle à jouer dans la production de ressources humaines qualifiées.

²⁵ Cet organisme public, créé en décembre 2012, a pour mission « d'organiser et de gérer les activités de normalisation, de certification, de métrologie industrielle et de promotion de la qualité et de fournir un soutien technique à toutes les initiatives visant la réalisation de ces objectifs. (...) Le BHN est membre des organisations suivantes : Organisation régionale de CARICOM pour les normes et la qualité (CROSQ), Commission panaméricaine de normalisation (COPANT), Réseau Normalisation et Francophonie (RNF). Il est également membre de la Commission du Codex Alimentarius et du Système interaméricain de métrologie (SIM). Le pays a adhéré au Programme des pays affiliés à l'IEC et signé des accords avec l'American Society for Testing and Materials (ASTM) et l'Institut Dominicain pour la Qualité (INDOCAL)”. <https://www.iso.org/fr/member/5304435.html>

²⁶ Certaines associations de prestataires, notamment l'Association des Pharmaciens d'Haïti (APH) et l'Association des Technologues médicaux, entretiennent des relations avec le MSPP et les partenaires techniques intéressés.

viii. Les « chiens de garde », entités ayant pour mandat ou fonction la surveillance du système, sont peu nombreux et ne montrent pas beaucoup d'intérêt pour les produits et technologies médicaux²⁷. Au regard de leur mission, ces entités pourraient s'engager en faveur de l'accessibilité des usagers aux médicaments et de la protection des citoyens face aux risques liés à l'usage des produits et technologies médicaux.

6.4. RÉSULTATS DU SYSTÈME POUR LE PILIER PRODUITS ET TECHNOLOGIES MÉDICAUX ESSENTIELS

Beaucoup d'efforts doivent encore être consentis afin d'assurer des niveaux satisfaisants de qualité, efficacité et sécurité et d'accès équitable aux produits et technologies médicaux essentiels. La performance du système est grevée par la fragmentation, une implication limitée de l'État, la substitution de partenaires au détriment des entités nationales et un degré élevé d'inefficience.

On retiendra les points suivants :

- Il existe un déficit marqué d'évaluation de la qualité, de l'efficacité et de la sécurité des médicaments et intrants, bien que les mécanismes de contrôle de conformité soient formellement définis.
- La configuration actuelle du réseau de distribution reflète une recherche d'efficacité à court terme, au détriment de l'efficacité. De fait, elle représente un frein au développement du système d'approvisionnement unique, intégré préconisé par le MSPP.
- Malgré la multiplicité des circuits d'approvisionnement et de distribution, dans le public comme dans le privé, le système ne parvient pas à garantir une disponibilité et une accessibilité satisfaisantes de médicaments et intrants. Des ruptures de stocks prolongées sont souvent enregistrées à l'échelle nationale, dans les CDAI et dans les institutions sanitaires.
- L'offre de services pharmaceutiques se limite le plus souvent à la vente au comptoir et n'inclut pas l'information/conseil/support qui favoriseraient une utilisation et une compliance appropriées.
- Les pratiques de prescription rationnelle ne sont pas suivies et évaluées. De même que la disponibilité et l'utilisation effectives, aux différents niveaux du système, de protocoles de soins, listes de médicaments et matériels essentiels formellement.
- Le système ne suit pas l'évolution des pertes de médicaments et produits de santé et n'a pas de stratégie pour les maîtriser.

²⁷ On rappellera, au passage, le combat mené il y a quelques années par les associations de PVVIH pour l'accès aux antirétroviraux.

6.5. DÉFIS ET ENJEUX POUR LE PILIER PRODUITS ET TECHNOLOGIES MÉDICAUX ESSENTIELS

Parmi les grands Défis à adresser pour ce pilier on peut lister :

- La désuétude du cadre légal.
- Le déficit de Pilotage et de Coordination.
- Le déficit de consensus et concertation entre les acteurs.
- La fragmentation des circuits d’approvisionnement.
- L’insuffisance de ressources financières par rapport aux besoins/orientations.
- Le déficit d’expertise technique nationale.
- La dépendance vis-à-vis du financement externe.
- La forte prévalence des comportements et pratiques d’utilisation irrationnelle.

À ces défis sont associés, comme principaux enjeux :

a) Le développement coordonné du système dans ce domaine

La mise en œuvre des orientations dépend d’une planification initiale rigoureuse, incluant la définition claire des besoins et priorités, supportée par une mobilisation soutenue de ressources humaines, matérielles et financières.

b) La concordance entre l’offre de produits et technologies médicaux et les besoins

La pertinence des choix peut être compromise, du fait de l’absence de mécanismes de sélection bien coordonnés, avec un risque accru d’inadéquation de l’offre par rapport aux besoins.

c) La gestion et l’exploitation optimales des produits et technologies médicaux

La qualité et l’efficacité des produits est sujette à caution, en raison de la multiplicité des circuits d’acquisition et de distribution qui handicape la mise en place de processus solides de vérification des normes et d’assurance qualité. L’efficacité dans l’exploitation des produits et technologies médicaux n’est pas garantie, vu le peu d’emphase portée sur l’utilisation rationnelle.

d) La maîtrise/mitigation des risques pour les usagers

La sécurité des patients en matière d’utilisation des produits et technologies médicaux n’est pas assurée, vu les faiblesses du système de régulation/contrôle, l’absence de service d’assistance et les pratiques d’automédication et l’expansion du marché illicite.

7. FINANCEMENT DE LA SANTÉ

7.1. POLITIQUES ET STRATÉGIES RELATIVES AU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Les politiques et stratégies relatives au financement de la santé ne sont pas formellement définies, bien que des orientations aient été tracées dans la PNS 2012 et le PDS 2012-2022. Diverses réflexions, menées à différents niveaux, n'ont pas permis de mettre la question du financement « à l'agenda » pour une prise de décision effective. Peu d'interventions concrètes semblent avoir été menées dans ce domaine et les résultats prédéfinis n'ont pas été atteints.

Le PDS 2012-2022 envisage le financement, comme axe stratégique global, dans la perspective d'une disponibilité accrue de ressources en support à la production de services. Peu d'emphase est portée sur son apport comme levier de régulation du secteur et instrument de politique pour le renforcement/développement cohérent du système de santé, notamment la réduction des inégalités via la CSU. Le PSDH ne propose pas d'orientations en rapport avec le financement du secteur Santé. Le pays n'a pas souscrit d'engagement international en matière de financement du secteur Santé.

7.2. NORMES, PROCÉDURES ET OUTILS DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

En dehors des procédures ordinaires de chaque financeur : État, agences de coopération externe ou autre, il n'existe pas, à date, de documents officiels établissant clairement les modalités de collecte de fonds pour la santé. Certaines options de diversification des sources de financement pour la santé sont évoquées dans divers documents (PDS 2012-2022, rapports techniques, ...), mais cette perspective n'a fait l'objet d'aucune directive formelle du MSPP.

On soulignera les points suivants :

- En l'absence d'une véritable mise en commun de fonds, il n'existe pas de dispositifs de partage de risques et de mitigation des dépenses appauvrissantes/catastrophiques, notamment pour les plus pauvres/vulnérables.
- Les mécanismes actuels reflètent le fort degré de cloisonnement caractérisant le secteur. En ce sens, ils ne favorisent pas une exploitation transparente et efficace des ressources.
- Aucun mécanisme existant ne supporte la réduction/élimination des barrières financières à l'accès aux soins et services essentiels dans les établissements publics et privés, aux différents niveaux du système.
- Aucun mécanisme actuel ne favorise le développement de paquets de services intégrés. La stratégie FBR s'intéresse à un mix de prestations préventives et curatives, mais on ne peut parler d'un « paquet de services intégré ».
- Aucun dispositif existant n'inclut la mise en place d'entités et processus de pilotage/gestion conjoints du financement du secteur.
- Le MSPP est engagé, en tant que « pilote », dans l'initiative de développement des budgets-programmes, lancée en 2016.
-

7.3. ACTEURS MAJEURS DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

- Les capacités du MSPP à formuler et faire avancer un agenda de réforme du financement de la santé sont limitées. Malgré les éléments d'orientation inscrits dans le PDS 2012-2022, peu d'avancées ont été enregistrées en ce sens.
- Ceci serait lié à :
 - La vision des dirigeants et cadres supérieurs, surtout orientée vers l'augmentation des fonds disponibles.
 - Le manque de définition des priorités.
 - Le manque d'expertise, notamment au sein de l'UEP²⁸.
 - Un contexte général difficile.
- Le financement du secteur Santé ne figure pas en bonne position sur la liste des priorités des principaux acteurs, d'où une attitude passive/réactive. Divers intérêts peuvent être identifiés, mais les positionnements ne sont pas toujours lisibles.
 - Le financement de la santé n'est pas vraiment à l'agenda des gouvernements récents ;
 - Le MEF est un acteur majeur en ce qui a trait à la répartition des ressources du Trésor Public (élaboration du budget national) et l'allocation de fonds (décaissements) et au contrôle de l'utilisation desdites ressources. Des passerelles de communication et de collaboration existent, notamment en rapport avec l'élaboration annoncée du Budget-programme ;
 - Le MPCE est un acteur important en ce qui concerne l'élaboration et la gestion du budget d'investissement et la gestion de la coopération externe. Il semble toutefois avoir peu d'emprise sur l'évolution de la coopération en santé ;
 - Le MAST est appelé à jouer un rôle clé dans le développement de la Protection Sociale en Santé. Le MAST n'est pas réellement considéré comme un ministère fort. Traditionnellement, les relations entre le MSPP et le MAST sont assez limitées.
 - L'OFATMA est actuellement un acteur majeur dans ce domaine. L'agence occupe une position particulière, en tant qu'assureur, gestionnaire de programme et prestataire. Le renforcement des pôles de prestation semble être un élément important du positionnement de l'OFATMA ces dernières années.
 - Le groupe des Partenaires techniques et financiers constitue un acteur majeur dans ce domaine.
 - D'une part, la contribution des bailleurs aux dépenses de santé est déterminante et, d'autre part, ils jouissent d'une marge de manœuvre importante dans l'allocation des fonds.
 - Les partenaires techniques ont aussi une grande influence sur l'agenda de la santé, par les choix d'allocation de fonds et par l'expertise technique mobilisée.

²⁸ L'UEP est également sous-staffée dans ce domaine.

- Parmi les partenaires affichant un intérêt pour le développement d'une stratégie nationale de financement, on mentionnera l'OPS-OMS, promotrice principale de la CUS, l'USAID et la Banque Mondiale.
- Les approches et priorités de ces acteurs sont divers, mais des canaux de communication ont été établis entre eux et demeurent ouverts.
- Les prestataires de soins et services (du public et du privé) montrent peu d'intérêt pour la question du financement du secteur. On mentionnera, cependant, l'engagement du DASH dans une stratégie d'offre de services prépayés, à travers son réseau d'établissements dans l'aire métropolitaine de P-au-P et aussi au Cap-Haïtien. Il faut aussi noter la réponse des prestataires privés au PAAAFP, de même que le déficit d'implication des prestataires publics audit programme.
- D'autres groupes d'acteurs, tels le Parlement, les Collectivités territoriales, les organisations de la Société civile, ... pourraient, potentiellement, s'intéresser à la question du financement de la santé. De fait, il existe une certaine demande publique en faveur d'une meilleure accessibilité financières aux services.
- La population haïtienne représente aussi un acteur de poids, vu les contributions des ménages et leurs conséquences sur l'accès aux soins de santé.

7.4. RÉSULTATS DU SYSTÈME POUR LE PILIER FINANCEMENT DE LA SANTÉ

- Les ressources mobilisées sont insuffisantes pour couvrir les dépenses du secteur de la santé. Cependant, certaines sources soulignent l'inefficience du système : on pourrait faire plus avec les disponibilités actuelles.
- Les ménages assument directement (out-of-pocket) une importante part de leurs dépenses de santé.
- Les bénéficiaires de programme d'assurance, soit environ 5-7% de la population, sont couverts par des dispositifs de prépaiement et de partage de risques. Le niveau effectif de partage de risques varie d'un programme à l'autre. Pour certains programmes, il est très limité, en raison du mode de catégorisation des bénéficiaires.
- Les informations recueillies ne permettent pas de juger quels soins et services essentiels sont adéquatement financés. Ce genre d'évaluation ne semble pas avoir été menée.

7.5. DÉFIS ET ENJEUX POUR LE PILIER FINANCEMENT DE LA SANTÉ

On recense, comme principaux défis en matière de financement de la santé :

- Le déficit de formulation et coordination d'une stratégie nationale de financement.
- Le déficit de consensus et concertation entre les acteurs.
- L'insuffisance des dépenses publiques de santé.
- L'impact négatif des dépenses directes de santé sur les ménages.

- L'absence de protection contre les dépenses appauvrissantes et/ou catastrophiques de santé.
- Le déficit d'alignement de l'aide externe.
- La fragmentation de l'offre de services et des interventions en santé.
- Le déficit d'expertise technique nationale.
- La disponibilité insuffisante d'informations (malgré la production périodique des CNS).

Parmi les grands enjeux à adresser :

*a) Développement d'un **stewardship** avisé*

Le déficit d'alignement entre les différents agendas au sein du gouvernement et entre l'État haïtien et les partenaires en santé est un des freins à la formulation de politiques et stratégies viables de financement de la santé. Cette recherche d'articulation exige un effort de plaidoyer et négociation majeur. Pour le MSPP, ceci implique une coordination efficace entre ses propres entités, la mobilisation de la société civile et la construction de coalitions d'acteurs intéressés à la CSU et la PSS.

b) Mobilisation de ressources additionnelles au profit du secteur Santé

L'engagement financier de l'État haïtien en faveur de la santé est une condition essentielle au développement coordonné du secteur de la santé. En plus d'une meilleure réponse aux besoins, les efforts à consentir peuvent permettre de libérer les ménages du poids qu'elles supportent actuellement et de limiter la dépendance envers l'aide externe.

c) Emphase accrue sur la solidarité et la suppression des barrières financières

Le principe d'équité est totalement ignoré du fait que les ménages assument de leur poche la plus forte part des dépenses de santé. Les ménages les plus pauvres sont généralement exclus des mécanismes de partage de coûts existants, qui atteignent le plus souvent les travailleurs du secteur formel.

d) Optimisation de l'allocation/exploitation des ressources disponibles

L'exploitation des ressources n'est pas guidée par une identification soigneuse des besoins prioritaires du secteur, ce qui affecte la pertinence et l'efficacité du financement. Les choix d'allocation de ressources et les modalités d'acquisition des services, incluant la rémunération des prestataires, sont susceptibles d'influencer de manière significative le développement d'une offre de soins et services de qualité.

Deuxième partie

**PRINCIPES ET VALEURS, VISION,
BUT ET OBJECTIFS,
CHOIX STRATÉGIQUES
ET PRIORITÉS**

8. PRINCIPES ET VALEURS

Le Plan Directeur de Santé adhère aux principes directeurs affirmés dans la politique nationale de santé de 2012, à savoir : 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 des soins de qualité égale, quelque soient leur lieu de résidence et leur statut socio-économique.
- 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 cardinales qui guident les choix sont : le droit à la vie et à la santé, la solidarité, la participation citoyenne et l'efficacité.

9. VISION

Au cours des dix prochaines années, le système de santé haïtien se renforce et la morbi-mortalité diminue significativement, contribuant ainsi au développement socio-économique du pays. Les haïtiens et les haïtiennes ont un accès équitable aux services et soins de qualité définis dans le Paquet Essentiel de Services, en fonction de leurs besoins et des priorités établies.

10. BUTS ET OBJECTIFS

BUT

Le PDS 2021-2031 vise à : *Contribuer à l'amélioration continue de l'état de santé de la population haïtienne.*

OBJECTIF GÉNÉRAL

L'objectif général du PDS 2021-2031 est de *Garantir un accès universel à des soins et services de santé de qualité, à travers un système de santé performant.*

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

De manière spécifique, le PDS 2021-2031 envisage de :

1. Assurer une gestion et un pilotage efficaces et cohérents des interventions développées dans l'ensemble du système de santé.

2. Offrir à l'ensemble de la population, et notamment les groupes les plus vulnérables, des soins et services de santé de qualité, répondant à leurs besoins.
3. Favoriser une mobilisation et une exploitation optimales des ressources financières en support au secteur de la santé.
4. Renforcer la production, l'analyse et l'utilisation adéquate de l'information en vue d'une prise de décision éclairée au sein du système de santé.
5. Garantir la disponibilité d'un pool de travailleurs de santé motivés, compétents et performants, à l'échelle du système de santé.
6. Assurer la disponibilité et l'utilisation adéquates de produits et technologies médicaux sûrs et de qualité, en support à la prestation de soins et services de santé.

Tableau 5
Indicateurs et cibles retenues en rapport aux objectifs du PDS

No	Indicateurs	Statut actuel	Cibles à 10 ans
i	Taux de mortalité néonatale	25.3 pour 1000	12 pour 1000
ii	Taux de mortalité infanto-juvénile	65 pour 1000	25 pour 1000
iii	Ratio de mortalité maternelle	529 pour 100,000	350 pour 100,000
iv	Nombre de décès liés au VIH	2200	< à 1000...
v	Taux d'incidence du VIH	0.06 pour 1000	0.01 pour 1000
vi	Taux d'incidence de la Tuberculose	170 pour 100,000	90 pour 100,000
vii	Survie à 12 mois des patients sous ARV (taux de rétention à 12 mois)	82 pour 100	95 pour 100
viii	Prévalence de la Malnutrition aiguë (6-59 mois)	6 pour 100	3 pour 100
ix	Proportion d'institutions de santé offrant des SONU	35 pour 100	60 pour 100
x	Pourcentage d'accouchements assistés	42 pour 100	60 pour 100
xi	Taux d'utilisation de méthodes PF	34 pour 100	40 pour 100
xii	Besoins satisfaits PF	45 pour 100	30 pour 100
xiii	Taux de couverture vaccinale chez les moins d'un an	36 pour 100	95 pour 100
xiv	Proportion de PVVIH bénéficiant de TARV (couverture sous TARV)	83 pour 100	95 pour 100
xv	Densité de personnel-clé	0.7 pour 1000	1.5 pour 1000
xvi	Proportion de PVVIH avec charge virale indétectable à 12 mois	68 pour 100	95 pour 100

11. CHOIX STRATÉGIQUES ET PRIORITÉS DÉCENNALES

Le Plan Directeur de Santé 2021-2031 repose sur des choix et priorités explicites, qui traversent l'ensemble des interventions envisagées.

CHOIX STRATÉGIQUES

Au plan de la stratégie, le PDS affirme quatre choix :

- **L'option pour les soins de santé primaires**, i.e. une approche globale de la santé, une offre de soins et services complets basée sur les normes du Paquet Essentiel de Services (PES), axée sur la proximité avec les communautés et qui articule la promotion, la prévention et le traitement ;
- **L'option pour une approche systémique**, d'où un recentrage des interventions sur les piliers du fonctionnement des systèmes de santé, considérés seuls et aussi dans leurs interactions ;
- **L'importance accordée aux stratégies transversales** : Intersectorialité, Participation, Dialogue politique, dans leurs interrelations avec les piliers du système ;
- **L'emphase sur le développement du niveau primaire du système de soins**, avec le support du réseau hospitalier, dans une logique de complémentarité et d'intégration.

PRIORITÉS

Le PDS poursuit neuf priorités principales :

- i. La réorganisation et le renforcement de capacités du MSPP, à tous les niveaux et dans divers domaines.
- ii. La coordination et l'alignement des grands bailleurs et partenaires techniques.
- iii. La déconcentration de la gestion du système de soins.
- iv. Le renforcement de l'offre de soins et services essentiels, en santé maternelle et infantile, nutrition, prise en charge des maladies transmissibles, prise en charge des maladies chroniques et non-transmissibles et prise en charge des urgences médico-chirurgicales.
- v. L'intégration des circuits d'approvisionnements en médicaments et produits de santé.
- vi. La gestion stratégique des RHS.
- vii. La mobilisation/allocation de personnel-clé, particulièrement au niveau primaire : Médecin de famille, Sage-femme, Agent de Santé Communautaire Polyvalent.
- viii. La consolidation et utilisation de l'information stratégique.
- ix. Le financement solidaire des soins et services de santé.

Ces choix stratégiques et priorités se traduisent à travers **32 orientations** définies pour les six piliers du système de santé.

Troisième partie

**GRANDES ORIENTATIONS
ET INTERVENTIONS DU PDS**

2021-2031

12. ORIENTATIONS ET GRANDES INTERVENTIONS

12.1. LEADERSHIP ET GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les options définies pour ce pilier consistent en : *i)* la réorganisation et le renforcement de capacités du MSPP, à tous les niveaux et dans divers domaines, *ii)* la coordination et l'alignement des grands bailleurs et partenaires techniques, et *iii)* la déconcentration de la gestion du système de soins.

GRANDES ORIENTATIONS

Orientation 1 : Stimuler le développement et la mise en œuvre de politiques publiques de santé adaptées.

Il s'agira de créer et maintenir un cadre institutionnel solide, en support à la formulation des choix relatifs à la santé. Le MSPP jouera un rôle prépondérant en la matière, en interaction avec les principaux acteurs du système de santé.

- Un programme de renforcement des capacités de conception et suivi des politiques publiques du MSPP est mis en œuvre.
- Les mécanismes de dialogue et de concertation entre les principaux détenteurs d'enjeux sont renforcés.
- Des plates-formes de partage d'informations, d'échanges avec les acteurs du système sur des thématiques d'intérêt sont créées et animées.
- Les mécanismes de validation des programmes, plans et projets de santé sont révisés pour une meilleure adéquation avec les orientations du PDS.
- La politique nationale de prévention, de préparation et de gestion des Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE) et de crises est mise en application.
- Des rapports d'analyse et d'évaluation des politiques publiques de santé sont produits régulièrement.

Orientation 2 : Renforcer les processus de prise de décision stratégique en santé.

La capacité à scruter, identifier et analyser les grandes tendances, ainsi que la survenue d'événements particuliers, est déterminante pour la performance du système. De même, elle permet aussi aux dirigeants et décideurs d'apprécier les effets des interventions et, plus généralement, la pertinence de la réponse sanitaire.

- Des analyses périodiques des besoins en information stratégique sont conduites et le système est actualisé en conséquence (*cf. Pilier SIS, orientation 4*).
- Des outils appropriés d'aide à la décision stratégique sont développés (*cf. Pilier SIS, orientation 4*).
- Des analyses de la situation sanitaire sont réalisées de manière cyclique.

- Un cadre d'évaluation de la performance du système de santé est développé et mis en application.
- Un Comité de Suivi stratégique est créé et produit périodiquement des recommandations en appui aux processus de décision et de planification.

Orientation 3 : Développer des Partenariats efficaces et encourager la participation citoyenne dans les actions sanitaires.

Dans un contexte de multiplicité d'acteurs, la collaboration avec les différentes parties prenantes du système national de santé à partir d'interactions et relations structurées revêt une importance majeure. Les initiatives de partenariat lancées par le MSPP cibleront autant le secteur public que le secteur privé, philanthropique ou à but lucratif, pour une meilleure cohérence dans l'action gouvernementale et une meilleure cohésion au sein du secteur. L'implication de la population sera aussi recherchée.

- Des directives actualisées sur le Partenariat en Santé sont adoptées et mises en application.
- Des Programmes d'action interministérielle sont conçus et mis en œuvre, notamment pour l'accès aux produits et technologies médicaux essentiels, le développement des ressources humaines en santé, la protection du patient et le contrôle des zoonoses.
- Des Programmes d'action conjointe avec les collectivités territoriales sont élaborés et mis en œuvre, notamment pour une accessibilité accrue aux soins et services de santé.
- Un Agenda d'action pour la Protection sociale en Santé²⁹, avec emphase sur le volet « Maladie, risques et invalidités associés à la maternité », sera élaboré et mis en œuvre en collaboration avec le MAST.
- Des partenariats sont développés avec des organisations privées en appui aux stratégies d'amélioration de la performance du système, particulièrement pour la préparation et la gestion des SSE et des crises, la mobilisation de ressources pour la santé, l'accès aux produits et technologies médicaux essentiels et l'extension de l'offre de services.
- Des partenariats pour la recherche en Santé sont établis avec des universités haïtiennes et des organismes de recherche.
- Les dispositifs de suivi et évaluation des conventions de partenariat sont renforcés.
- Des directives actualisées sur la Participation citoyenne en Santé, notamment pour la gestion participative des établissements sanitaires, sont adoptées et mises en application.
- Des espaces de participation à la définition des orientations en matière de santé sont mis en place (*cf. Orientation 1*).

²⁹ En référence à l'Axe III de la Politique nationale de protection et de promotion sociales.

Orientation 4 : Renforcer la déconcentration du système de santé.

Les efforts de déconcentration de la gestion accompagneront l'engagement réaffirmé en faveur des soins de santé primaires et la recherche de proximité avec les communautés locales. Les interventions envisagées affectent à la fois le niveau national, le niveau départemental et le niveau local de la pyramide gestionnaire.

- Un programme de Réorganisation des entités centrales et départementales du MSPP est mis en œuvre.
- Les capacités de coordination et suivi des interventions des directions départementales du MSPP sont renforcées.
- Des directives actualisées sur l'organisation des Bureaux d'UAS sont adoptées et mises en application.
- Des directives actualisées sur l'autonomie de gestion des hôpitaux sont adoptées et mises en application.

Orientation 5: Instaurer des mécanismes réguliers de redevabilité en matière de santé.

Le MSPP s'engagera résolument dans la promotion d'une culture de responsabilité. Des mécanismes appropriés de transparence et de la reddition de compte seront mis en place aux niveaux national, départemental et local.

- Des espaces d'échanges périodiques sont aménagés avec des organisations de la société civile, notamment les regroupements de travailleurs de santé, les organisations de femmes, les organismes de promotion/défense des droits humains, ...
- Une plate-forme de collaboration avec l'Office Protecteur du Citoyen (OPC) est développée.
- Un programme de sensibilisation, information et formation des cadres aux approches de gestion participative est mis en œuvre (cf. pilier RHS, orientation 4 : PAFP, e-learning).
- Les stratégies et programmes d'amélioration de la qualité et/ou de la performance incluent des orientations en faveur de la gestion axée sur les résultats, de la transparence et de la reddition de compte.
- Un programme de renforcement des activités de redevabilité des partenaires est mis en œuvre³⁰.
- Une interface de suivi des grandes interventions du secteur de la Santé est animée sur le site web du MSPP.

³⁰ On prendra en compte notamment les avancées du mouvement en faveur de la Norme humanitaire fondamentale (CHS), à laquelle souscrivent diverses organisations humanitaires. Voir <https://corehumanitarianstandard.org> ; <https://www.urd.org/fr/projet/le-compas-qualite-redevabilite/>

Orientation 6 : Renforcer le dispositif de régulation du système

La fonction de régulation du système de santé incombe dans une large mesure au MSPP, cependant diverses instances de l'État contribuent à l'exercice de ladite fonction. Le MSPP travaillera au développement d'un agenda législatif en support au Plan Directeur de Santé 2021-2031, pour une meilleure synergie entre les différentes entités impliquées.

- Le statut particulier des travailleurs de santé au sein de la fonction publique est inscrit dans le cadre normatif et réglementaire.
- Une stratégie de renforcement des mécanismes de gestion de la coopération en santé est mise en place, en collaboration avec le MPCE, en se référant aux orientations du Cadre de coordination de l'aide externe au développement (CAED).
- Les règlements et normes techniques relatifs à la Gouvernance du système de santé, notamment les directives portant sur l'autonomie de gestion des hôpitaux, le Partenariat en Santé, la mise en place effective des ordres professionnels de santé, l'organisation et le fonctionnement des organes participatifs de gestion de la santé, sont actualisés et mis en application ;
- Les règlements et normes techniques relatifs aux Ressources Humaines en Santé, notamment les directives portant sur l'accréditation des établissements de formation en santé, les bonnes pratiques de GRH, sont actualisés et mis en application ;
- Les règlements et normes techniques relatifs à la Prestation de soins et services de santé, notamment les directives portant sur la gestion de la carte sanitaire, la réponse aux situations d'urgence sanitaire, la gestion de la qualité, la promotion de la médecine traditionnelle, sont actualisés et mis en application ;
- Les règlements et normes techniques relatifs au Financement de la Santé, notamment les directives portant sur la contractualisation et l'achat stratégique, sont actualisés et mis en application ;
- Les règlements et normes techniques relatifs aux Produits et Technologies médicaux essentiels de Santé, notamment les directives portant sur les bonnes pratiques d'utilisation et la protection des patients, sont actualisés et mis en application ;
- Les règlements et normes techniques relatifs au Système d'Information Sanitaire, notamment les directives portant sur l'obligation de rapportage et la responsabilité des prestataires, sont actualisés et mis en application ;
- Les projets de loi pertinents sont élaborés et inscrits à l'agenda législatif établi entre le gouvernement et le parlement.

Tableau 6

Indicateurs et cibles pour le pilier Leadership et Gouvernance

Objectif : Assurer une gestion et un pilotage efficaces et cohérents des interventions développées dans l'ensemble du système de santé.

Orientation	Indicateurs	Cible à 5 ans	Cible à 10 ans
1. Stimuler le développement et la mise en œuvre de politiques publiques de santé adaptées.	Proportion de cadres centraux ciblés formés à l'élaboration et au suivi des politiques publiques	100%	--
	Proportion de cadres départementaux ciblés formés à l'élaboration et au suivi des politiques publiques	20%	100%
	Cellule d'appui à la mise en œuvre des politiques publiques de l'UEP fonctionnelle	100%	--
	Activités trimestrielles d'échanges avec les bailleurs réalisées	100%	100%
	Document de normes sur la validation des programmes, plans et projets élaboré et validé	100%	--
	Feuilles de route pluriannuelles de mise en œuvre du PNRSSSE produites régulièrement	100%	100%
	Rapports biennaux d'analyse et évaluation des politiques publiques de santé diffusés	100%	100%
2. Renforcer les processus de prise de décision stratégique en santé.	Rapports triennaux sur les besoins en information stratégique produits	33%	100%
	Tableaux de bord de gestion élaborés et mis en usage au sein de toutes les directions centrales du MSPP	100%	--
	Analyse de situation sanitaire réalisée et rapport publié	--	100%
	Rapports triennaux d'évaluation de la stratégie nationale de préparation et gestion des SSE et crises	100%	100%
	Comité de suivi stratégique rattaché à la Direction générale fonctionnel	100%	--
	Rapports triennaux d'évaluation de la performance du système publiés	100%	100%
3. Développer des Partenariats efficaces et encourager la participation citoyenne dans les actions sanitaires.	Document de normes sur le Partenariat en santé adopté et diffusé	100%	--
	Documents de programme adoptés et activités lancées pour les 4 thématiques clés	50%	100%
	Programmes conjoints adoptés et lancés dans 20 communes ciblées	30%	100%
	Agenda d'action pour la PSS exécuté	50%	100%
	Rapports annuels de suivi et évaluation des conventions de partenariat publiés	50%	100%
	Document de normes sur la Participation citoyenne à la gestion participative des institutions de santé adopté et diffusé	100%	--
	Entités de gestion participative mises en place dans les hôpitaux de niveaux secondaire et tertiaire	20%	100%
	Proportion d'assises départementales et communales réalisées en prélude à l'élaboration des plans triennaux	100%	100%

Orientation	Indicateurs	Cible à 5 ans	Cible à 10 ans
4. Renforcer la déconcentration du système de santé	Nouvelle structure organisationnelle du MSPP adoptée	100%	--
	Programme de renforcement de compétences des entités centrales et départementales élaboré et adopté	100%	--
	Augmentation du budget Santé alloué au niveau départemental (par rapport à la ligne de base ; ligne de base à établir)	20%	50%
	Proportion de cadres départementaux formés à la coordination et suivi des interventions	20%	100%
	Système départemental de réponse aux SSE et aux crises sanitaires fonctionnel	60%	100%
	Manuel d'organisation des Bureaux d'UAS adopté et diffusé	100%	--
	Manuel de gestion des hôpitaux nationaux et départementaux adopté et diffusé	100%	--
	Nouvelle structure de gestion en place dans les hôpitaux de niveaux secondaire et tertiaire	20%	100%
5. Instaurer des mécanismes réguliers de redevabilité en matière de santé.	Programme de rencontres avec organisations de la société civile adopté et exécuté	100%	100%
	Plan de travail conjoint avec l'OPC adopté et lancé	100%	--
	Proportion de cadres ciblés formés aux approches de gestion participative	30%	100%
	Outils d'évaluation de la qualité et/ou de la performance révisés (pour couvrir transparence et reddition de compte) et adoptés	100%	--
	Activités de redevabilité inscrites à l'agenda des tables sectorielles Santé (nationale et départementales) et dans les conventions de partenariat	100%	100%
	Niveau de satisfaction des usagers de la page web du MSPP (ligne de base à établir)	60%	85%
6. Renforcer le dispositif de régulation du système.	Document réglementaire consacrant le statut particulier des travailleurs de santé adopté et diffusé	100%	--
	Rapports triennaux d'analyse/évaluation de l'efficacité de l'aide produits et diffusés	100%	100%
	Arrêté ministériel sur l'autonomie de gestion des hôpitaux validé et publié	100%	--
	Document de politique de partenariat en santé validé et publié	100%	--
	Manuel de normes sur l'organisation et le fonctionnement des organes de participation communautaire/citoyenne en santé validé et publié	100%	--
	Manuel de normes et procédures d'accréditation des établissements de formation en santé validé et publié	--	100%
	Outils d'évaluation de la qualité et/ou de la performance révisés (pour couvrir les BP GRH) et adoptés	100%	--

Orientation	Indicateurs	Cible à 5 ans	Cible à 10 ans
6. Renforcer le dispositif de régulation du système. (suite)	Manuel de normes et procédures de gestion de la carte sanitaire validé et publié	100%	--
	Manuel de normes et procédures de gestion de la qualité des soins et services validé et publié	100%	--
	Document de politique de promotion de la médecine traditionnelle validé et publié	100%	--
	Document cadre pour la contractualisation en santé et la gestion des achats stratégiques validé et publié	100%	--
	Manuel de normes et procédures de gestion des médicaments et produits de santé validé et publié	100%	--
	Outils d'évaluation de la qualité et/ou de la performance révisés (pour couvrir les BP de gestion des produits de santé et la gestion du risque/protection des patients) et adoptés	100%	--
	Arrêté ministériel portant sur l'obligation de rapportage et la responsabilité des prestataires validé et publié	100%	--
	Manuel de normes et procédures du SISNU validé et publié	100%	--
	Niveau d'exécution de l'agenda législatif (soumission au parlement, plaidoyer)	30%	100%

12.2. PRESTATION DE SOINS ET SERVICES DE SANTÉ

Les orientations et interventions retenues pour ce pilier reflètent l'option du MSPP en faveur des soins de santé primaires et l'emphase sur le développement du niveau primaire du système de soins.

GRANDES ORIENTATIONS

Orientation 1 : Étendre la couverture des services du niveau primaire.

Le modèle de prestation adopté en 2012 repose sur des services de proximité et une prise en charge fortement intégrée au niveau primaire. La mise en œuvre de ce modèle sera intensifiée.

- Le MSPP adopte des directives actualisées sur le réseau d'établissements de santé (3 échelons) du niveau primaire.
- La carte sanitaire³¹ est révisée en fonction des nouvelles normes et directives, dans l'optique de repérer et d'adresser les trous et les duplications.
- Les nouvelles normes et directives sont appliquées dans les UAS cibles, réparties à travers le territoire national.

Orientation 2 : Développer le réseau de soins d'urgences et de soins intensifs.

Les capacités de réponse du système en matière de soins d'urgence et soins intensifs sont limitées, surtout face à la montée des cas d'accidents de la voie publique et de violence. Le contexte épidémique récent avec la Covid-19 a aussi mis en évidence les carences dans ce domaine.

- Une stratégie nationale de développement du réseau d'urgences et de soins intensifs est élaborée.
- La carte sanitaire est révisée en fonction de la stratégie nationale.
- Trois pôles de prise en charge de niveau national sont implantés.
- Chaque hôpital de niveau secondaire est doté d'une Unité de prise en charge fonctionnelle.
- Le réseau ambulancier national est renforcé.
- Les équipes médicales d'urgence (EMU) sont constituées au niveau national, pour la réponse aux Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE)
- Des réseaux de prise en charge des maladies épidémiques et de réponse aux situations d'urgences sanitaires sont développés.

³¹En tant qu'outil de planification et régulation établissant les prévisions d'évolution de l'offre de soins et services, en vue de répondre aux besoins de la population. Outil basé sur les données géographiques, démographiques et épidémiologiques, ainsi que sur les disponibilités de ressources.

Orientation 3 : Rationaliser l'offre de services en Santé maternelle, néo-natale et infantile, nutrition et prise en charge des maladies transmissibles.

Il s'agira d'engager une révision des stratégies et activités de prestation pour quatre (4) composantes du PES : santé de la femme et de la mère, santé de l'enfant, lutte contre les maladies transmissibles et nutrition, ce en vue d'une intégration accrue, d'une meilleure accessibilité et une réduction de la morbi-mortalité.

- Des manuels d'organisation des services par échelon, incluant des directives harmonisées de prise en charge³² et de gestion de l'offre sont développés ou actualisés.
- Les nouvelles normes et directives sont appliquées dans les UAS cibles, réparties à travers le territoire national.
- La généralisation des nouvelles normes et directives est entamée, après évaluation et adaptation.

Orientation 4 : Développer l'offre de services ciblant les maladies chroniques et non-transmissibles.

Diverses données et/ou observations indiquent une morbidité et une mortalité accrue liée aux maladies chroniques et aux maladies non-transmissibles, notamment l'HTA et les AVC, le diabète, l'insuffisance rénale, les maladies respiratoires, les cancers, ... Cette problématique sera étudiée afin d'identifier les priorités et proposer une réponse adéquate.

- Des enquêtes et études seront réalisées afin de cerner la morbi-mortalité liée à ce type de maladies/problème de santé et appréhender les caractéristiques de la demande.
- Une stratégie nationale de réponse est adoptée et mise en œuvre.

Orientation 5 : Développer une stratégie nationale de promotion de la Qualité des soins et services.

On envisagera d'uniformiser les approches et standards de qualité, les normes, procédures et outils de gestion de la qualité pour tous les domaines de l'offre de soins et services.

- Une Commission nationale de promotion de la Qualité sera créée, sous les auspices de la Direction générale du MSPP.
- Un inventaire de l'existant sera réalisé et supportera l'élaboration d'un Cadre de référence pour la Qualité.
- Des programmes de promotion de la Qualité seront développés au niveau des départements sanitaires et notamment des hôpitaux des niveaux primaire et secondaire.
- Des Rapports annuels de situation de la qualité des soins sont publiés par le MSPP.

³² Paquet de services, compétences-clés des prestataires, médicaments et intrants essentiels, activités de prestation, référence et contre-référence

Orientation 6 : Développer une stratégie de valorisation de Médecine Traditionnelle

Le MSPP devra préciser sa stratégie en ce qui a trait à la médecine traditionnelle, tout en renforçant les initiatives de promotion et protection de la pharmacopée.

- Un Bureau national de promotion de la Médecine traditionnelle haïtienne sera créé, sous les auspices de la Direction générale du MSPP.
- Un agenda d'action pour la valorisation de la médecine traditionnelle sera adopté et mis en œuvre.

Tableau 7
Indicateurs et cibles pour le pilier Prestation de services

Objectif : Offrir à l'ensemble de la population, et notamment les groupes les plus vulnérables, des soins et services de santé de qualité, répondant à leurs besoins.

Orientation	Indicateurs	Cible à 5 ans	Cible à 10 ans
1. Étendre la couverture des services du niveau primaire.	Document de Carte sanitaire adopté et divulgué	100%	--
	Proportion d'UAS répondant aux normes et directives de la carte sanitaire	20%	50%
	Proportion de sections communales couvertes par un ASCP	65%	95%
	Degré de satisfaction des besoins en effectif d'ASCP	60%	80%
	Proportion d'UAS dotées de leur ESF	35%	75%
2. Développer le réseau de soins d'urgences et de soins intensifs.	Document de stratégie nationale Urgences adopté et divulgué	100%	--
	Nombre de pôles de niveau national conformes aux normes et effectivement fonctionnels	1	3
	Proportion d'hôpitaux de niveau secondaire dotés d'une Unité de prise en charge des Urgences fonctionnelle	33%	100%
	Proportion d'ambulances dotées de personnel infirmier formé pour la prise en charge pré hospitalière	30%	100%
	Proportion de communes couvertes par le réseau ambulancier national	60%	100%
	Proportion d'Équipes médicales d'Urgences (EMU) effectivement mises en place au niveau national	40%	100%
	Nombre de réseaux départementaux de prise en charge de maladies épidémiques et de réponse aux situations d'urgence établis	4	10
3. Rationaliser l'offre de services en Santé maternelle, néo-natale et infantile, nutrition et prise en charge des maladies transmissibles.	Pourcentage de femmes ayant bénéficié d'une 4 ^{ème} consultation prénatale ... (statut actuel : SISNU 28%, EMMUS VI 67%)	80%	90%
	Pourcentage de naissances assistées par un personnel qualifié ... (statut actuel : 41.7%)	60%	75%
	Proportion d'UAS appliquant les directives harmonisées de prise en charge en SMI ... (statut actuel : 0%)	20%	50%
	Proportion d'établissements de 1 ^{ère} ligne offrant des prestations-clés en SMI et Nutrition ... <i>Ligne de base à établir</i>	Augmentation de 20%	Augmentation de 60%
	Proportion d'UAS disposant d'équipes de soins entraînées à la réponse aux situations épidémiques	20%	50%
	Proportion d'établissements de 1 ^{ère} ligne offrant des prestations-clés de p.e.c. de la TB et du VIH ... <i>Ligne de base à établir</i>	Augmentation de 35%	Augmentation de 75%

Orientation	Indicateurs	Cible à 5 ans	Cible à 10 ans
4. Développer l'offre de services ciblant les maladies chroniques et maladies non-transmissibles.	Document de stratégie nationale Maladies chroniques et non-transmissibles adopté et divulgué	100%	--
	Proportion d'établissements de 1 ^{ère} ligne offrant des prestations-clés de p.e.c. du Diabète et de l'HTA ... Ligne de base à établir	Augmentation de 35%	Augmentation de 75%
	Proportion d'établissements de niveau secondaire offrant des prestations-clés de p.e.c. des cas compliqués de Diabète, d'HTA et autres maladies cardio-vasculaires ... Ligne de base à établir	Augmentation de 25%	100%
	Proportion d'établissements de niveau secondaire offrant des services de dialyse ... (statut actuel : 0%)	20%	60%
	Proportion d'établissements de niveau secondaire et tertiaire offrant des prestations-clés de p.e.c. des cancers ... Ligne de base à établir	Augmentation de 20%	60%
5. Développer une stratégie nationale de promotion de la Qualité des soins et services.	Cadre de référence pour la Qualité adopté et divulgué	100%	--
	Nombre de directions départementales ayant démarré des programmes départementaux de promotion de la qualité	10	--
	Proportion d'hôpitaux de niveau secondaire ayant démarré des programmes de promotion de la qualité	25%	100%
	Nombre de rapports de Situation de la Qualité des soins	3	8
6. Développer une stratégie de valorisation de Médecine Traditionnelle.	Bureau national de promotion de la Médecine Traditionnelle créé et fonctionnel	100%	--
	Agenda d'action pour la valorisation de la Médecine Traditionnelle adopté et divulgué	100%	--
	Niveau d'exécution des activités planifiées	25%	80%

12.3. RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ

Les interventions retenues pour le pilier ressources humaines pour la santé sont orientées vers la gestion stratégique des RHS et la mobilisation/allocation de personnel-clé, particulièrement au niveau primaire : Médecin de famille, Sage-femme, Agent de Santé Communautaire Polyvalent, ...

GRANDES ORIENTATIONS

Orientation 1 : Renforcer la gouvernance des RHS et la mobilisation d'un partenariat dynamique autour du PSDRHS

Il s'agira de développer les capacités qui vont permettre au MSPP d'exercer, de manière durable, un leadership mobilisateur pour la résolution des défis ressources humaines et une coordination efficace des différents intervenants dans le domaine des RHS. Il s'agira nécessairement de mettre en place un cadre institutionnel solide permettant à chaque intervenant de jouer son rôle, et ce de manière synergique.

- Une politique de gestion et de développement des ressources humaines est élaborée, validée et diffusée.
- Le Plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé en 2030 - Phase 18-22 (PSDRHS) est actualisé pour intégrer les orientations du PDS 2021-2031, avec un budget correspondant.
- Un plan de financement du PSDRHS est élaboré et exécuté.
- Un comité de pilotage multisectoriel est mis sur pied par le MSPP pour assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du PSDRHS.
- La structure de gouvernance des RHS au MSPP est réorganisée et dotée de l'expertise technique pertinente pour pouvoir assumer sa mission auprès de l'ensemble des acteurs du secteur santé.

Orientation 2 : Améliorer les capacités du MSPP en matière de planification de la main d'œuvre

Cette démarche de planification permettra au MSPP d'optimiser le niveau des effectifs sanitaires, leur répartition entre les secteurs de soins et leur distribution géographique afin de garantir l'accès des populations à des services de proximité et de qualité.

- Une unité opérationnelle de planification de main d'œuvre est constituée au niveau de la DRH, avec pour mandat de définir les besoins en ressources humaines du secteur santé, planifier la dotation équitable sur l'ensemble du territoire, assurer la coordination des opérations, ainsi que le monitoring et le reporting de l'information y relative.
- Les besoins en nouvelles catégories de prestataires sont identifiés.
- Les compétences en planification de la main d'œuvre sont renforcées aux niveaux central et départemental.

- Un système intégré d'information sur la main d'œuvre en santé (SIGRH actualisé et développé) est disponible, contribue efficacement au processus de planification et alimente la prise de décision dans le domaine de la gestion et du développement des ressources humaines.
- Des rapports de suivi de l'exécution de la PMO sont produits régulièrement.

Orientation 3 : Apporter une réponse rapide aux besoins en ressources humaines les plus urgents.

En parallèle au processus de planification de la main d'œuvre en santé, le MSPP entreprendra des actions immédiates, à visée stratégique, pour le déploiement de prestataires au niveau primaire; afin de tirer le meilleur parti des ressources déjà disponibles dans le système et renforcer l'accès de la population aux soins de santé primaire. Ces mesures, étalées sur trois ans, permettront de couvrir environ 3,000 postes vacants.

- Un programme court terme de redéploiement du personnel en surnombre dans les établissements publics vers les institutions sanitaires du niveau primaire, en tenant compte de la carte sanitaire, est adopté et mis en œuvre.
- Un programme d'affectation de personnel dans les zones reculées, sur base rotatoire³³, sera élaboré et mis en œuvre.
- Un Fonds spécial d'appui au déploiement stratégique des RHS vers le niveau primaire est institué pour le recrutement et l'affectation de prestataires qualifiés, incluant un système d'incitation approprié.

Orientation 4 : Assurer un développement efficace et durable des RHS

Le MSPP s'attellera à développer les capacités nécessaires afin de lui permettre de constituer un corps professionnel doté des compétences requises pour fournir des services de qualité. Dans ce cadre, des relations de partenariat et des stratégies de collaboration seront établies avec des entités du système éducatif.

- La politique de formation continue, incluant les directives définissant le partage des responsabilités, est élaborée, validée et diffusée.
- Les Plans d'Action de Formation et de Perfectionnement triennaux (PAFP) du MSPP intègrent les orientations du PDS 2021-2031, avec un budget correspondant.
- Un plan de financement du PAFP est élaboré et exécuté.
- Une table de partenaires rassemblant les acteurs nationaux et internationaux impliqués dans la formation continue des RHS est constituée en support à la mise en œuvre des PAFP.
- Un programme d'e-learning et de développement professionnel continu est accessible aux ressources humaines de tous les secteurs du système de santé.

³³ Pour favoriser la mobilité interne, selon des cycles de 12 à 18 mois.

- Des curricula de formation révisés sont implantés au niveau des établissements de formation pour les sept profils de prestataires (médecins, pharmacien/ne/s, infirmières, dentistes, médecins de famille, technologistes médicaux, sages-femmes).
- La capacité de production des écoles de formation (médecins, pharmacien, infirmières, dentiste, médecins de famille, technologistes médicaux, sages-femmes) est augmentée pour atteindre les cibles de la PMO.
- Un programme d'accréditation des établissements de formation en santé est mis en place afin de promouvoir la qualité des RHS.

Orientation 5 : Créer un environnement favorable à l'attraction et à la rétention des ressources humaines.

L'instauration de bonnes pratiques de gestion des ressources humaines et l'amélioration des conditions de travail sont essentielles pour lutter contre la déperdition des RHS. Les mesures et interventions envisagées visent l'ensemble du secteur de la santé et particulièrement le MSPP, principal employeur de personnel sanitaire. Elles favorisent l'utilisation optimale du personnel sanitaire, le maintien de la motivation et l'amélioration de la performance.

- Une politique de rémunération prenant en compte la pénibilité et les spécificités du travail des prestataires de soins est élaborée, adoptée et mise en œuvre.
- Un cadre de gestion de la performance des RHS est développé et mis en application. Il propose une procédure et des indicateurs permettant l'évaluation de la performance des travailleurs de la santé.
- Des plans de carrière sont développés et mis en application pour toutes les catégories de travailleurs de la santé.
- Les procédures d'autorisation de fonctionnement et d'accréditation des établissements de santé sont révisées de manière à s'aligner sur les orientations du pilier RHS du PDS 2021-2031.
- Un programme de promotion de bonnes pratiques de gestion des RHS est développé à l'intention des gestionnaires du secteur de la santé.

Tableau 8
Indicateurs et cibles pour le pilier Ressources Humaines pour la Santé

Objectif : Garantir la disponibilité d'un pool de travailleurs de santé motivés, compétents et performants, à l'échelle du système de santé.

Orientation	Indicateurs	Cible à 5 ans	Cible à 10 ans
1. Renforcer la gouvernance des RHS et la mobilisation d'un partenariat dynamique autour du PSDRHS.	Document de politique de gestion et développement des RHS adopté et divulgué	100%	--
	Couverture des besoins financiers du PSDRHS	30%	100%
	Proportion d'acteurs-clés impliqués dans la mise en œuvre du PSDRHS	60%	100%
	Document d'entente avec OMRH pour la déconcentration des responsabilités de gestion des RHS adopté et mis en application	100%	--
2. Améliorer les capacités du MSPP en matière de planification de la main d'œuvre.	Pourcentage d'institutions de santé du niveau primaire dotés d'ESF	35%	75%
	Pourcentage d'HCR dotés de médecins de famille et autre personnel essentiel (<i>ligne de base à établir</i>)	20%	70%
	Unité de PMO fonctionnelle au sein de la DRH	100%	--
	Rapport sur les besoins en nouvelles catégories de prestataires disponibles	100%	--
	Pourcentage des équipes centrales et départementales engagées dans la coordination de la PMO formé.	60%	100%
	Pourcentage de rapports de suivi de la PMO produits	100%	100%
3. Apporter une réponse rapide aux besoins en ressources humaines les plus urgents.	Programme de redéploiement du personnel vers le Niveau primaire adopté et mis en œuvre	100%	--
	Programme d'affectation de personnel dans les zones reculées adopté et mis en œuvre	50%	100%
	Allocations budgétaires disponibles dans le cadre du Fonds spécial d'appui	40%	100%
	Proportion de postes vacants couverts	50%	100%
	Proportion de personnel prestataire redéployé vers niveau primaire ... <i>Ligne de base à établir</i>	<i>A déterminer</i>	<i>A déterminer</i>
	Proportion de personnel prestataire affecté dans les zones reculées ... <i>Ligne de base à établir</i>	<i>A déterminer</i>	<i>A déterminer</i>

Orientation	Indicateurs	Cible à 5 ans	Cible à 10 ans
4. Assurer un développement efficace et durable des RHS.	Document de Politique de formation continue adopté et divulgué	100%	--
	Plans d'action de Formation et de Perfectionnement triennaux élaborés	30%	100%
	Allocations budgétaires disponibles en appui au PAFP	45%	100%
	Pourcentage d'acteurs clés impliqués dans la gestion des interventions de formation continue	60%	100%
	Programme d'e-learning et développement professionnel continu lancé et fonctionnel	60%	100%
	Pourcentage de programme des établissements ciblés appliquant les curricula révisés	40%	100%
	Texte de loi sur l'octroi/renouvellement des licences professionnelles révisé et adopté	100%	--
	Examens d'état régulièrement organisés pour toutes les catégories de professionnels en santé	--	100%
5. Créer un environnement favorable à l'attraction et à la conservation des ressources humaines.	Politique de rémunération adoptée et mise en œuvre	100%	--
	Cadre de gestion de la performance adopté et mis en application	100%	--
	Plans de carrière définis et appliqués	100%	--
	Procédures d'autorisation de fonctionnement et d'accréditation des établissements de santé révisées et validées	100%	--
	Programme de promotion de bonnes pratiques de GRH mis en œuvre	100%	--
	Proportion de gestionnaires d'hôpitaux formés aux bonnes pratiques de GRH	50%	100%

12.4. SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE

L'option privilégiée pour ce pilier est la consolidation et l'utilisation de l'information stratégique.

GRANDES ORIENTATIONS

Orientation 1 : Consolider les acquis en termes d'intégration et d'accès aux informations.

Il s'agira d'améliorer les processus de gestion de l'information pour plus d'efficacité, d'efficience et d'intégration. Les procédures et outils seront analysés et révisés périodiquement, et les définitions de postes ajustées en conséquence.

- L'intégration au SIS des volets RHS, Logistique des Intrants et Santé Communautaire sera achevée.
- Une stratégie de d'informatisation du dossier médical hospitalier est adoptée et mise en œuvre.
- Le dispositif de supervision et suivi routinier des activités sera renforcé.
- Des rapports annuels de suivi des processus de gestion de l'information sont produits.

Orientation 2 : Développer les volets Ressources financières et Ressources matérielles du SIS.

On devra identifier les besoins et inventorier les données et/ou produits déjà disponibles. Des choix devront être opérés, en termes de structuration et développement progressif de ces volets.

- Les chapitres Ressources financières et Ressources matérielles seront incorporés au manuel du SIS.
- Des rapports annuels sont produits régulièrement à tous les niveaux.

Orientation 3 : Renforcer le Système de Surveillance Épidémiologique.

L'attention se portera sur la précocité et la célérité dans la détection et la réaction aux événements anormaux ou inhabituels, en plus du suivi régulier de l'évolution des maladies affectant la population haïtienne. La pandémie de Covid-19 a confirmé les avancées récentes, tout en soulignant aussi les carences de préparation face aux maladies émergentes.

- Le cadre normatif et réglementaire du système de surveillance épidémiologique est finalisé et mis en application.
- L'extension de la couverture du système de surveillance épidémiologique, en fonction des besoins, aux niveaux institutionnel et communautaire, sera poursuivie et complétée.
- Un programme d'extension/renforcement du système de laboratoires de santé publique est élaboré et mis en œuvre.
- Les dispositifs d'alerte précoce et riposte aux épidémies et situations de crise sont renforcés.

Orientation 4 : Promouvoir l'utilisation de l'information dans la prise de décision tactique et stratégique.

On cherchera à influencer la culture organisationnelle du MSPP dans ce domaine et à fournir aux décideurs et gestionnaires des instruments appropriés au regard de leurs responsabilités respectives.

- Des analyses périodiques des besoins en information stratégique, tactique et opérationnelle sont conduites et le système est actualisé en conséquence.
- Des outils appropriés d'aide à la décision tactique et stratégique sont développés.
- Des sessions de formation sont organisées à l'intention des cadres supérieurs et des gestionnaires du niveau intermédiaire.
- Un programme de récompenses basé sur l'engagement et la performance des entités du MSPP est mis en place.

Orientation 5 : Renforcer la concertation entre les acteurs du système.

Il s'agit de mettre à niveau les mécanismes de collaboration entre les différents acteurs, en fonction de leurs responsabilités et de leurs domaines d'intérêt.

- Un agenda de collaboration entre le MSPP et les partenaires intéressés à supporter les opérations du SIS est établi.
- Des rencontres périodiques de coordination sont organisées à l'échelle départementale et au niveau national.

Orientation 6 : Améliorer la qualité de l'information générée.

La qualité de l'information générée conditionne le niveau de confiance des acteurs face au SIS. Elle est, dès lors, déterminante en vue de la prise de décision.

- Un dispositif (procédures et outils) de contrôle de qualité est mis en place au niveau départemental.
- Des évaluations triennales du SIS sont réalisées.

Tableau 9
Indicateurs et cibles pour le pilier Système d'information

Objectif : Renforcer la production, l'analyse et l'utilisation adéquate de l'information en vue d'une prise de décision éclairée au sein du système de santé.

Orientation	Indicateurs	Cible à 5 ans	Cible à 10 ans
1. Consolider les acquis en termes d'intégration et d'accès aux informations.	Volet RHS disponible sur la plateforme DHIS2	100%	--
	Volet Santé Communautaire disponible sur la plate-forme DHIS2	100%	--
	SIGL national harmonisé accessible via la plate-forme DHIS2	100%	--
	Proportion de rapports annuels de synthèse sur les processus de gestion de l'information produits	50%	50%
	Taux de couverture des indicateurs	90%	95%
	Proportion d'hôpitaux utilisant le dossier médical hospitalier I-Santé	A déterminer	90%
	Proportion d'établissements enrôlés sur le système produisant régulièrement des rapports	100%	100%
	Proportion d'établissements recensés par le MSPP rapportant sur les plateformes du SIS	95%	98%
2. Développer les volets Ressources financières et Ressources matérielles du SIS.	Volet Ressources financières disponible sur la plateforme DHIS2	100%	--
	Volet Ressources matérielles disponible sur la plateforme DHIS2	100%	--
	Taux de couverture des indicateurs pour les volets Ressources matérielles et Ressources financières	40%	80%
	Proportion de rapports annuels départementaux produits	50%	100%
	Proportion de rapports annuels nationaux produits	50%	100%
3. Renforcer le Système de Surveillance Épidémiologique	Loi sur la Surveillance épidémiologique adoptée	100%	--
	Manuel de normes et procédures de SE mis à jour régulièrement (tous les 3 ans)	100%	100%
	Proportion des établissements de soins autorisés assurant la surveillance épidémiologique	80%	95%
	Proportion de communes couvertes par le SEBAC	30%	80%
	Proportion de départements disposant de laboratoire de santé publique de niveau 2	50%	100%
	Proportions d'équipes d'intervention mises en place (national, départemental)	50%	100%

Orientation	Indicateurs	Cible à 5 ans	Cible à 10 ans
4. Promouvoir l'utilisation de l'information dans la prise de décision tactique et stratégique.	Nombre d'analyse de besoins en information réalisées	1	1
	Proportion de cadres formés à l'utilisation de l'information dans la prise de décision tactique et stratégique ... Ligne de base à établir	45%	95%
	Proportion d'utilisateurs d'outils d'aide à la décision tactique et stratégique satisfaits ... (statut actuel 0%)	60%	80%
	Programme de récompenses « Utilisation optimale de l'information » mis en œuvre	--	100%
5. Renforcer la concertation entre les acteurs du système.	Agenda de partenariat pour le SIS élaboré et adopté	100%	--
	Proportion d'acteurs-clés adhérant à l'Agenda de partenariat pour le SIS	100%	100%
	Proportion d'acteurs-clés ayant pris part aux rencontres de coordination départementales	80%	95%
	Proportion d'acteurs-clés ayant pris part aux rencontres de coordination nationales	100%	100%
6. Améliorer la qualité de l'information générée.	Proportion de départements sanitaires dans lesquels le système de contrôle de qualité est en place	40%	100%
	Nombre d'évaluations triennales du SIS réalisées	1	3
	Taux d'exactitude du SIS	95%	95%
	Taux de complétude	95%	98%

12.5. PRODUITS ET TECHNOLOGIES MÉDICAUX ESSENTIELS

L'intégration des circuits d'approvisionnements en médicaments et produits de santé est l'option centrale adoptée pour ce pilier.

GRANDES ORIENTATIONS

Orientation 1 : Renforcer le cadre légal et normatif relatif aux produits et technologies médicaux.

Les interventions envisagées doivent promouvoir la qualité, l'efficacité et l'innocuité des produits et technologies médicaux.

- Un agenda réglementaire est adopté, sur la base d'un diagnostic approfondi de situation, et mise en œuvre.
- Une stratégie de communication et plaidoyer ciblant les autorités gouvernementales, les agences étatiques, les élus, les opérateurs du secteur privé et le grand public en général est élaborée et exécutée.
- Les rôles et responsabilités en matière de régulation des interventions relatives aux produits et technologies médicaux essentiels sont clairement définis.
- Un programme régulier d'inspection et contrôle est mis en œuvre.
- Les listes de médicaments et produits de santé essentiels sont actualisées régulièrement.

Orientation 2 : Planter et rendre fonctionnel le système national unique d'approvisionnement et de distribution des médicaments et produits de santé.

Les orientations visant la mise en place du SNADI et de ses organes de gestion. Il s'agira de poursuivre le processus de transition du système actuel au nouveau système unique. Le SI de support sera aussi renforcé.

- Un accord de partenariat est établi entre le MSPP et ses partenaires en vue de supporter la mise en œuvre du SNADI.
- Le plan de transition du SNADI est actualisé pour intégrer les orientations du PDS 2021-2031, avec un budget correspondant.
- Un plan de financement du Plan de Transition du SNADI est élaboré et exécuté.
- La structure de gestion du SNADI est fonctionnelle et ses opérations sont officiellement lancées.
- La mise en place du SIGL national harmonisé est complétée.
- La Centrale Nationale d'Achat et de Distribution d'Intrants (CENADI) est fonctionnelle.
- Les organes techniques déconcentrés de la CENADI sont renforcés.

Orientation 3 : Promouvoir l'utilisation rationnelle des médicaments et produits essentiels de santé.

On travaillera au développement de bonnes pratiques à tous les niveaux d'utilisation des produits et technologies médicaux essentiels.

- Un programme de promotion de l'utilisation rationnelle, incluant le développement d'outils d'aide à la prise en charge, la formation des prestataires et la supervision, est développé et mis en œuvre.
- Une stratégie de communication ciblant les usagers et les prestataires est mise en œuvre.
- Des évaluations des pratiques de prescription sont régulièrement effectuées.

Orientation 4 : Développer une stratégie nationale de promotion de la Qualité des soins et services (cf. Prestation).

On envisagera d'uniformiser les approches et standards de qualité, les normes, procédures et outils de gestion de la qualité pour les différentes catégories de produits et technologies médicaux essentiels.

- Une Commission nationale de promotion de la Qualité sera créée, sous les auspices de la Direction générale du MSPP.
- Un inventaire de l'existant sera réalisé et supportera l'élaboration d'un Cadre de référence pour la Qualité.
- Des programmes de promotion de la Qualité seront développés au niveau des départements sanitaires et notamment des hôpitaux des niveaux primaire et secondaire.
- Des Rapports annuels de situation de la qualité des soins sont publiés par le MSPP.

Orientation 5 : Renforcer les capacités de maîtrise/mitigation des risques liés à l'utilisation des produits et technologies médicaux essentiels.

Il s'agira de développer les mesures visant la sécurité des patients en matière d'utilisation des produits et technologies médicaux.

- Un programme régulier d'inspection et contrôle est mis en œuvre (cf. Orientation 1).
- Le dispositif national de pharmacovigilance est renforcé.
- Un système de suivi de l'utilisation des produits et technologies médicaux en milieu hospitalier est mis en place.

Tableau 10

Indicateurs et cibles pour le pilier Produits et Technologies médicaux essentiels

Objectif : Assurer la disponibilité et l'utilisation adéquates de produits et technologies médicaux sûrs et de qualité, en support à la prestation de soins et services de santé.

Orientation	Indicateurs	Cible à 5 ans	Cible à 10 ans
1. Renforcer le cadre légal et normatif relatif aux produits et technologies médicaux.	Agenda réglementaire adopté et mis en œuvre	100%	--
	Pourcentage de personnalités/entités-clés ciblées effectivement atteintes par les activités de communication et plaidoyer	40%	60%
	Proportion de rapports annuels de contrôle produits	50%	100%
	Proportion de textes prévus (normes, règlements, projets de lois) élaborés et déposés au Parlement	60%	100%
2. Implanter et rendre fonctionnel le système national unique d'approvisionnement et de distribution des médicaments et produits de santé.	Accord de partenariat entre MSPP et partenaires en support au SNADI officialisé	100%	--
	Couverture des besoins financiers du SNADI	30%	100%
	Taux d'exécution des activités du plan de transition du SNADI	30%	100%
	SIGL national harmonisé accessible via la plate-forme DHIS2	100%	--
	Taux moyen de disponibilité des médicaments et produits de santé au niveau du CENADI	--	85%
	Taux de conformité des produits et technologies médicaux disponibles au niveau du CENADI	--	100%
3. Promouvoir l'utilisation rationnelle des médicaments et produits essentiels de santé.	Proportion d'outils d'aide ciblés effectivement développés et/ou révisés	100%	--
	Pourcentage de prestataires ciblés ayant participé aux activités de formation	100%	100%
	Taux de conformité des prescriptions évaluées	<i>A déterminer</i>	<i>A déterminer</i>
	Proportion de prestataires ayant développé des attitudes et pratiques favorables à l'utilisation rationnelle	<i>A déterminer</i>	<i>A déterminer</i>
4. Développer une stratégie nationale de promotion de la Qualité des soins et services (cf. Prestation)	Cadre de référence pour la Qualité adopté et divulgué	100%	--
	Nombre de directions départementales ayant démarré des programmes départementaux de promotion de la qualité	10	--
	Proportion d'hôpitaux de niveau secondaire ayant démarré des programmes de promotion de la qualité	25%	100%
	Nombre de rapports de Situation de la Qualité des soins	3	8
5. Renforcer les capacités de maîtrise/mitigation des risques liés à l'utilisation des produits et technologies médicaux essentiels.	Réglementation sur le système national de pharmacovigilance élaborée et adoptée	100%	--
	Pool de compétences en pharmacovigilance constitué	40%	100%
	Augmentation des notifications d'effets indésirables des médicaments (EIM)	20%	30%
	Rapports annuels d'analyse des EIM régulièrement produits	100%	100%

12.6. FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Ce pilier est orienté vers le financement solidaire des soins et services de santé.

GRANDES ORIENTATIONS

Orientation 1 : Favoriser l'adoption de politiques et stratégies de mobilisation de ressources pour la santé.

Il faudra capitaliser sur les diverses réflexions menées antérieurement pour préciser les choix et orientations en matière de financement de la santé.

- Des mécanismes innovants de financement sont conçus et adoptés
- Les documents cadres visant la création et le fonctionnement du Fonds national pour la santé (FNS) sont adoptés.
- Les systèmes de gestion financière du MSPP sont renforcés pour plus d'efficacité et de transparence, notamment en ce qui concerne les recettes collectées par les établissements de santé.
- Une structure de pilotage et de coordination de la stratégie nationale de financement de la santé est mise en place.
- Une stratégie de communication et plaidoyer en faveur de la mobilisation de ressources pour la santé, ciblant les autorités gouvernementales, les agences étatiques, les élus, les organisations de la société civile, les associations de prestataires et le grand public en général est élaborée et exécutée.
- Un agenda commun pour la mobilisation de ressources additionnelles pour la santé est négocié entre l'État haïtien et ses partenaires nationaux et internationaux, incluant le secteur privé.

Orientation 2 : Renforcer les mécanismes de prépaiement, de mutualisation de risques et de Solidarité.

En vue de protéger les familles, en particulier les ménages pauvres et vulnérables, des programmes visant la mise en commun des ressources pour la santé et la réduction des dépenses directes des ménages et la réduction des cas de dépenses catastrophiques et/ou appauvrissantes seront élaborés et mis en œuvre. La collaboration avec le MAST sera renforcée pour renforcer la solidarité nationale avec les plus vulnérables.

- Une stratégie de communication et plaidoyer pour le développement de l'assurance-maladie, ciblant les autorités gouvernementales, les agences étatiques, les élus, les organisations de la société civile, les associations de prestataires et le grand public en général est élaborée et exécutée.
- Un cahier de charges pour la mise en œuvre de programmes de prépaiement, soutenu par des études actuarielles et de faisabilité, est adopté.

- Un système national de protection financière contre le risque maladie, incluant les mécanismes de protection des femmes face à la maladie, aux risques et aux invalidités associés à la maternité³⁴, est instauré.

Orientation 3 : Renforcer les mécanismes d'achat de services.

Les multiples mécanismes en usage seront réorientés en vue d'une meilleure efficacité et d'une allocation plus équitable des ressources. L'accent sera porté sur l'achat stratégique, en fonction des priorités établies, avec l'adoption de mécanismes adaptés et la sélection d'interventions appropriées. Des systèmes d'incitation seront développés en support à une utilisation plus rationnelle des ressources.

- Les priorités de financement du PES sont révisées et actualisées.
- Une politique nationale de tarification de services sera élaborée et mise en application.
- Une politique de contractualisation sera développée pour les acquisitions de ressources au sein du secteur.
- La stratégie de Financement Basé sur les Résultats sera évaluée et, le cas échéant, adaptée et généralisée.

Orientation 4 : Soutenir la production de savoirs adaptés en matière de financement de la santé.

Le système de santé haïtien recueille généralement peu de données aptes à supporter la formulation de politiques et stratégies de financement adaptées aux réalités nationales. Pour obvier à cet état de fait, le MSPP travaillera avec ses partenaires en vue d'accroître la disponibilité d'informations de qualité et leur exploitation pour la prise de décision en matière de financement de la santé. Des méthodes d'intervention diversifiées permettront de recueillir les données de routines pertinentes, mais aussi de capitaliser les expériences menées sur le terrain.

- Les priorités de financement du PES sont révisées et actualisées.
- Un volet Financement de la santé est incorporé au système d'information sanitaire de routine.
- Un agenda d'études et recherches est défini et exécuté.
- Des rapports de suivi du financement de la santé sont produits régulièrement.

³⁴ En référence à l'Axe III de la Politique nationale de protection et de promotion sociales.

Tableau 11
Indicateurs et cibles pour le pilier Financement

Objectif : Favoriser une mobilisation et une exploitation optimales des ressources financières en support au secteur de la santé.

Orientation	Indicateurs	Cible à 5 ans	Cible à 10 ans
1. Favoriser l'adoption de politiques et stratégies de mobilisation de ressources pour la santé.	Fonds national pour la Santé officiellement lancé	100%	--
	Budgets consolidés (recettes/dépenses) du MSPP régulièrement élaborés et publiés	50%	100%
	Augmentation du budget santé à 15% du budget national	10%	15%
	Disponibilité de ressources du Fonds national pour la santé (% du budget total du MSPP)	10%	25%
	Rapports annuels du Groupe de travail « Financement de la santé » du MSPP régulièrement élaborés et publiés	100%	100%
	Stratégie nationale de financement de la santé (SNFS) officiellement adoptée et actualisée périodiquement	100%	100%
	Proportion d'acteurs clés imbus des orientations de la SNFS	100%	100%
	Comité interministériel d'appui à la SNFS constitué	100%	--
	Priorités de financement de la santé intégrées aux priorités générales du gouvernement	100%	100%
2. Renforcer les mécanismes de prépaiement, de mutualisation de risques et de Solidarité.	Système national de protection financière contre le risque-maladie officiellement créé	100%	--
	Proportion de familles enrôlées à l'assurance nationale de santé (ligne de base à établir)	<i>A déterminer</i>	<i>A déterminer</i>
	Proportion de femmes éligibles bénéficiant des mécanismes de PSS (ligne de base à établir)	<i>A déterminer</i>	<i>A déterminer</i>
	Priorités de financement du PES incluses dans la stratégie nationale de financement de la santé (SNFS)	100%	100%
	Proportion des dépenses directes dans les dépenses de santé (réduction par rapport au niveau actuel)	--	50%
3. Renforcer les mécanismes d'achat de services.	Document de Politique nationale de tarification des soins et services validé	100%	--
	Document de stratégie de planification des achats d'intrants et médicaments adopté	100%	--
	Couverture de la stratégie de FBR (% d'IS couvertes)	30%	60%
	Couverture du programme de Contractualisation des acquisitions de ressources (% des achats)	--	50%
	Proportion des dépenses totales de santé reposant sur une approche d'achat stratégique	<i>A déterminer</i>	<i>A déterminer</i>

Orientation	Indicateurs	Cible à 5 ans	Cible à 10 ans
4. Soutenir la production de savoirs adaptés en matière de financement de la santé.	Rapports triennaux sur les besoins en information en matière de financement de la santé produits	100%	100%
	Volet Financement disponible sur la plateforme DHIS2	100%	100%
	Rapports d'études et recherches sur le financement validés et publiés	100%	100%
	Rapports de suivi des politiques et stratégies de financement produits régulièrement	100%	100%

Quatrième partie

**MISE EN ŒUVRE, SUIVI
ET ÉVALUATION**

13. MISE EN ŒUVRE DU PDS

On distingue dans ce chapitre : d'une part, le dispositif de mise en œuvre et, d'autre part, le processus de mise en œuvre.

13.1. DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre du Plan Directeur Santé 2021-2031 repose sur un dispositif complexe à deux volets : l'un, propre au MSPP, faisant intervenir de façon cohésive l'ensemble des entités du ministère, et l'autre, impliquant les partenaires en santé. Ce volet s'appuie sur les mécanismes de coordination de l'aide externe définis dans le Cadre de Coordination de l'Aide Externe au Développement (CAED). Le dispositif distingue, par ailleurs : un organe d'orientation, des organes de coordination, des organes d'exécution et des organes d'appui à la mise en œuvre.

Organe d'orientation

Au sein du MSPP, il revient à la Haute Direction (Ministre, Direction générale) d'assurer le pilotage et l'orientation de la mise en œuvre du PDS. Elle mobilise, à cet effet, les différentes entités du ministère, en fonction des besoins.

La Table de coordination des bailleurs est une entité de haut niveau regroupant la Haute Direction du MSPP et les Représentants pays (ou leur représentant décideur pour le secteur santé) des principaux bailleurs de fonds dans le secteur santé. Elle permet la concertation entre le MSPP et ses partenaires et contribue à l'orientation et au contrôle de l'ensemble du processus de mise en œuvre du PDS. Elle établit annuellement les directives relatives au bon déroulement du processus, apprécie la progression des différentes interventions et adopte les décisions susceptibles de renforcer la performance des opérations³⁵.

Organes de coordination

À l'interne, la coordination du processus de mise en œuvre relève, au niveau national, de la Direction générale du MSPP. Assistée de l'Unité d'Études et de Programmation, elle assure la concertation entre les instances d'exécution, ainsi que l'encadrement et le suivi technique du processus. Les rencontres périodiques avec les directions et unités centrales et avec les directions départementales représentent l'un des principaux leviers à la disposition de la Direction générale.

Au niveau national, l'implication des partenaires dans la coordination du processus de mise en œuvre se réalise à travers la Table sectorielle Santé³⁶. Cet organe regroupe, sous la présidence de la Haute Direction, les cadres du MSPP responsables des entités, programmes et projets de coopération, et les représentants des partenaires techniques ou financiers concernés par ces entités, programmes ou projets de coopération, et des représentants des collectivités territoriales, du secteur privé et de la société civile. La Table sectorielle Santé se réunit tous les six mois en appui au PDS³⁷. L'Unité d'Études et de Programmation en assure le Secrétariat, pour la Direction générale.

³⁵ Selon un document de travail élaboré par le MSPP, la table se réunit tous les quatre (4) mois.

³⁶ Les revues de portefeuille conduites par le ministère avec chaque bailleur, offre un levier de coordination complémentaire.

³⁷ En routine, elle doit siéger tous les deux (2) mois.

Au niveau départemental, il revient à la Direction sanitaire départementale de coordonner les interventions. Le Directeur départemental et les cadres départementaux sont assistés dans cette tâche par la Table départementale Santé, qui se réunit chaque trimestre.

On retrouve au sein de cette dernière : les Responsables d'Arrondissement de Santé, du Directeur de l'Hôpital Départemental, du Représentant du MPCE, des représentants des principales agences bilatérales et multilatérales œuvrant dans le département, des principaux partenaires techniques et les principales agences non gouvernementales nationales ou internationales évoluant dans le secteur santé au département, de représentants des Collectivités Territoriales, de représentants de la société civile.

Organes d'exécution

La responsabilité de l'exécution du PDS incombera :

- D'une part, aux différentes entités du MSPP, nationales et départementales, chacune en ce qui la concerne ; et d'autre part
- Aux partenaires techniques et financiers, en fonction de leur mandat respectif, selon les accords établis avec l'État haïtien et le MSPP.

Leurs plans reflètent les orientations et interventions inscrites dans le Plan Directeur Santé.

Organes d'appui à la mise en œuvre

Il s'agit d'entités à caractère consultatif ayant la vocation d'accompagner les organes de coordination et d'exécution, en produisant des recommandations techniques appropriées. Au sein du MSPP, des groupes thématiques/équipes de travail réunissant des cadres de différentes entités seront constitués afin d'adresser ces dossiers spécifiques ou transversaux.

D'un autre côté, des Tables thématiques³⁸, permanentes ou ad hoc, permettront d'associer différents groupes d'acteurs : organisations de la société civile, organisations non gouvernementales, entreprises privées, entités étatiques et collectivités territoriales, aux réflexions ou interventions à caractère transversal ou intersectoriel.

13.2. PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE

Le processus de mise en œuvre du PDS 2021-2031 inclura diverses activités de planification opérationnelle, impliquant de multiples acteurs des secteurs public et privé, aux niveaux national, départemental et local.

Les plans opérationnels triennaux nationaux

Trois plans triennaux nationaux seront élaborés pour opérationnaliser le PDS : ils couvriront les périodes 2021-2024, 2024-2027 et 2027-2030. Un plan intérimaire sera préparé pour l'année 2031, considérée comme une année-pont dédiée à la planification stratégique suivante.

L'élaboration de ces plans nationaux est orchestrée par l'Unité d'Études et de Programmation, sous les auspices de la Haute Direction du MSPP.

³⁸ Le CAED les présente comme venant « en complément des tables sectorielles afin de couvrir des thématiques transversales. ».

Les plans opérationnels annuels

Les plans opérationnels annuels sont élaborés à tous les niveaux d'exécution, en fonction des cibles triennales fixées.

L'élaboration de ces plans nationaux sera coordonnée par l'Unité d'Études et de Programmation.

14. SUIVI ET ÉVALUATION DU PDS

Le suivi et l'évaluation visent à recueillir de façon continue les données relatives aux interventions réalisées, aux ressources mobilisées et aux résultats obtenus dans le cadre du processus de mise en œuvre du PDS, afin de détecter d'éventuels problèmes ou écarts et faire les ajustements appropriés et aussi de mesurer l'impact des interventions. Le Ministère de la Santé Publique et de la Population a la responsabilité du suivi et de l'évaluation du processus de mise en œuvre du Plan Directeur Santé et, en ce sens, veillera à l'établissement d'un système de suivi et évaluation approprié.

14.1. OBJECTIFS

Objectif général

Appréhender l'évolution des interventions inscrites dans le PDS 2021-2031, mieux orienter leur mise en œuvre et apprécier leurs résultats et leur impact.

Objectifs spécifiques

- i. Produire, de façon régulière, des données fiables et de qualité sur les interventions réalisées, les ressources matérielles, humaines et financières mobilisées ;
- ii. Documenter les progrès réalisés et évaluer la performance du dispositif de mise en œuvre des interventions du PDS ;
- iii. Générer des informations fiables et de qualité pour la prise de décision et une meilleure gestion des interventions.

14.2. STRATÉGIE DE SUIVI ET ÉVALUATION

Pour atteindre les objectifs définis plus haut, il est nécessaire d'établir un système de suivi et évaluation solide, couvrant les interventions de l'ensemble des acteurs du secteur de la Santé. La stratégie de suivi et évaluation du PDS 2021-2031 distinguera deux volets :

- a) L'une, dédiée au renforcement des capacités et
- b) L'autre, consacrée au suivi de la performance.

Les grandes lignes de ces composantes sont décrites ici. Le Plan de suivi et évaluation du PDS 2021-2031 sera développée ultérieurement.

14.3. DISPOSITIF DE SUIVI ET ÉVALUATION

Le dispositif de suivi et évaluation est appréhendé à partir des éléments suivants : les intervenants à impliquer, les activités à mener et les produits à délivrer.

Intervenants du suivi et évaluation

De multiples intervenants sont appelés à contribuer au fonctionnement du système de suivi et évaluation du PDS 2021-2031, placé sous la responsabilité de l'UEP. Les acteurs principaux sont :

- a) La cellule de suivi et évaluation du PDS, constituée au sein de l'UEP. Elle est chargée de la coordination et de l'encadrement des activités et du développement/mise en application des outils nécessaires au fonctionnement du système de suivi et évaluation ;
- b) Les Responsables de suivi et évaluation des entités centrales et les Statisticiens départementaux du MSPP, qui assurent l'exécution des activités routinières de suivi et évaluation ;
- c) Les Responsables de suivi et évaluation des entités partenaires du MSPP, qui appuient les activités de suivi et évaluation mises en œuvre à différents niveaux, dans le cadre de leurs champs d'intervention respectifs ;
- d) Les Directeurs/Responsables d'entités suscitées, qui ont la responsabilité de valider les produits préparés à différents niveaux.

Les différents organes concernés par la mise en œuvre devront jouer leur partition dans la production de données de base et/ou l'utilisation adéquate des informations générées pour la prise de décision, à leur niveau respectif.

Activités de suivi et évaluation

Les principales activités envisagées dans le cadre du système de suivi et évaluation consistent en :

- **Rencontres de suivi** : Elles sont organisées sur base semestrielle par le Directeur Général du MSPP, leur agenda inclut des sessions d'échanges sur la progression des activités, les problèmes et/ou contraintes observés et les mesures correctrices ;
- **Rencontres de coordination des équipes de suivi et évaluation.**
- **Visites de terrain** : Ce sont des missions de vérification et contrôle effectuées par la cellule de suivi et évaluation dans les différents départements, au moins une fois par an ;
- **Revue périodiques** : Convoquées annuellement par la Haute Direction du MSPP, elles s'intéressent à l'avancement de la mise en œuvre du PDS en général, avec une emphase particulière sur l'évolution des indicateurs.
- **Enquêtes** : Le plan de suivi et évaluation déterminera la liste des enquêtes à réaliser dans le cadre du suivi et évaluation du PDS 2021-2031.
- **Évaluations** : On considère ici trois types d'activités :
 - Les évaluations externes : une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale ;
 - Les bilans triennaux, élaborés à l'interne sous la houlette du comité national de coordination et de suivi.

Produits

- i. **La liste d'indicateurs de suivi et évaluation** : Deux cents (200) indicateurs de suivi et évaluation ont été identifiés aux chapitres 2 et 3. La liste d'indicateurs sera affinée après l'élaboration des plans triennaux et du plan de suivi et évaluation du PDS. Des indicateurs clés seront identifiés pour un suivi plus serré.
- ii. **Les Rapports routiniers** : Ces rapports semestriels, préparés par les différents organes de coordination et d'exécution, seront orientés vers le suivi des interventions planifiées indicateurs clés. Ces rapports mettront l'emphase sur la progression des activités, les problèmes et écarts enregistrés dans la mise en œuvre, et les ajustements envisagés face à d'éventuelles contraintes ;
- iii. **Les Rapports semestriels de synthèse**, préparés sur base des rapports routiniers ;
- iv. **Les Rapports de suivi**, qui présentent les résultats de chaque revue, dressent un tableau des tendances caractérisant l'évolution des indicateurs ;
- v. **Les Rapports d'enquêtes et d'évaluation.**



RÉPUBLIQUE D'HAÏTI
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION (MSPP)
1, angle avenue Maïs Gâté et rue Jacques Roumain
Delmas, Haïti, w.i.
www.mspp.gouv.ht

*L'atteinte des objectifs du Ministère de la Santé Publique et de la Population
nécessite l'apport d'un personnel compétent, dévoué et responsable
à qui nous souhaitons exprimer toute notre gratitude.*

Ce document a été élaboré avec l'appui technique et financier de :

