



RÉPUBLIQUE D'HAÏTI

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION



GRANDES REALISATIONS MSPP 2014-2015

6

Au cours des 25 prochaines années, dans un contexte de développement socio-économique articulé et dynamique, le système de santé haïtien évolue et la morbi-mortalité diminue significativement. Les haïtiens et les haïtiennes ont un accès équitable aux services et soins de qualité définis dans le Paquet Essentiel de Services, ajusté au besoin, tenant compte des changements dans le profil épidémiologique et démographique.

7

Tome 1



RÉPUBLIQUE D'HAÏTI

Ministère de la Santé Publique
et de la Population (MSPP)

GRANDES RÉALISATIONS

MSPP

2014-2015

DÉCEMBRE 2015

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES	VI
Introduction	1
Rappel des attributions du MSPP	2
LES GRANDS DEFIS	5
1.- ACCÈS AUX SERVICES.....	5
2.- SYSTÈMES DE GESTION	6
3.- FINANCEMENT DE LA SANTÉ.....	6
LES GRANDS OBJECTIFS POURSUIVIS	9
I. PRESTATION DE SERVICES EN REGARD DES OBJECTIFS POURSUIVIS	12
A. PROTECTION DE LA SANTE : REDUIRE LE RISQUE D'AFFECTION DE LA POPULATION PAR UNE MALADIE	15
1.1. LUTTE CONTRE LES MALADIES HYDRIQUES PARTICULIEREMENT LE CHOLERA	15
1.2. LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES.....	16
1.2.1 Lutte contre les MST-VIH/SIDA.....	16
1.2.2 Lutte contre la Tuberculose.....	18
1.2.3 Lutte contre la Malaria.....	18
1.2.4 Lutte contre la Filariose.....	19
1.2.5 Lutte contre la Rage.....	20
B. MAINTENIR LA SANTE DE LA POPULATION	21
2.1. Santé de la femme et de la mère.....	21
2.1.1 Planification familiale	22
2.2. Santé de l'enfant	23
2.3. Santé de l'adolescent.....	25
C. RETABLIR LA SANTE DES PERSONNES MALADES	25
3.1 PRISE EN CHARGE DU DIABETE ET DES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES.....	25
3.2 SOINS OPHTALMIQUES ET BUCCO-DENTAIRES.....	26
3.3 PRISE EN CHARGE DES URGENCES PAR LE CENTRE AMBULANCIER NATIONAL (CAN)....	27
3.4 SECURITE TRANSFUSIONNELLE.....	29
3.5 LUTTE CONTRE LES PRINCIPAUX CANCERS.....	30
3.6 LUTTE CONTRE LES MALADIES MENTALES	30
3.7 LUTTE CONTRE LES VIOLENCES	32
II. RENFORCER LE LEADERSHIP DU MINISTRE A TRAVERS SES FONCTIONS EXECUTIVES	34
A. GOUVERNANCE	34
1.1 Coordination nationale du système de santé et programmation unique.....	34



1.2	Financement basé sur les résultats.....	37
1.3	Etablissement des Normes techniques et administratives	38
1.4	Renforcement de la Gestion des Services et de certains centres hospitaliers	40
1.5	Organisation du réseau communautaire de services	41
1.6	Supervision et Contrôle.....	42
B.	RESSOURCES HUMAINES	44
2.1	Développement des ressources humaines	46
C.	SYSTEME D'INFORMATION POUR LA GESTION.....	50
3.1	Renforcement et unification du système d'information pour la santé	50
D.	PROMOTION DE LA SANTE.....	54
4.1	Appui au Réseau Haïtien de Journalistes en Santé.....	54
4.2	Partenariat avec le réseau de 20 radio communautaires	55
4.3	Hygiène publique, protection du citoyen et de l'environnement.....	56
E.	GESTION DES INTRANTS ESSENTIELS.....	57
5.1	Logistique et Chaîne du froid /Vaccins et intrants.....	58
5.2	Médecine traditionnelle.....	59
F.	FINANCEMENT DE LA SANTE.....	59
NOS PARTENAIRES	63
BILAN FINANCIER DU MSPP POUR L'EXERCICE 2014-2015	73
1-	BUDGET DE FONCTIONNEMENT.....	73
2-	DEPENSES D'INVESTISSEMENT ET AUTRES DEPENSES PUBLIQUES.....	76
3-	EXECUTION DU PIP 2014-2015	82
GRANDS DEFIS ET CHANTIERS A VENIR DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ	87
ANNEXE 1 :		
ANNEXE I :	QUELQUES PHOTOS DU PERSONNEL ET INSTITUTIONS HONORÉES	
	AU COURS DE L'ANNÉE 2014-2015	93
ANNEXE II :	QUELQUES PHOTOS D'ATELIERS ET RENCONTRES REALISÉS	
	AU COURS DE LA PÉRIODE 2014-2015.....	99
ANNEXE III :	FORMATIONS RÉALISÉES AUX NIVEAUX DEPARTEMENTAL	
	ET CENTRAL PAR DOMAINE AU COURS DE LA PÉRIODE 2014-2015.....	107
ANNEXE IV :	QUELQUES PHOTOS DES TRAVAUX D'INFRASTRUCTURES SANITAIRES	
	RÉALISÉS EN COURS EN 2014-2015.....	115



LISTE DES ACRONYMES

AFD	Agence Française de Développement
AMC	Affaires Mondiales Canada
ARV	Anti-rétroviraux
ASCP	Agent de Santé Communautaire Polyvalent
BM	Banque Mondiale
BMPAD	Bureau de Monétisation des Programmes d'Aide au Développement
BID	Banque Inter Américaine de Développement
CADME	Comité d'Appui au Développement de Matériels Educatifs
CAL	Centre de Santé avec Lits
CAN	Centre Ambulancier National
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDT	Centre de Diagnostic de la Tuberculose
CARPHA	Caribbean Public Health Association
CDAI	Centre Départemental d'Approvisionnement en Intrants
CIPC	Communication Inter-Personnelle et Counseling
CIFAS	Centre d'Information et de Formation en Administration de Santé
CNPC	Comité National de Prévention de la Cécité
CNS	Comptes Nationaux de Santé
CMS	Clinique Mobile Scolaire
CSL	Centre de Santé sans Lit
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
CTC	Centre de Traitement du Choléra
CUT	Compte Unique du Trésor
DAB	Direction de l'Administration et du Budget
DELR	Direction d'Epidémiologie, de Laboratoire et de Recherche
DFPSS	Direction de Formation et de Perfectionnement en Sciences de la Santé
DHIS2	District Health Information System 2
DINEPA	Direction Nationale pour l'Eau Potable et l'Assainissement
DPEV	Direction du Programme Elargi de Vaccination
DSF	Direction de la Santé de la Famille
DOSS	Direction d'Organisation des Services de Santé
DPM-MT	Direction de Pharmacie, du Médicament et de la Médecine Traditionnelle



DPSPE	Direction de Promotion de la Santé et de la Protection de l'Environnement
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSA	Direction Sanitaire de l'Artibonite
DSC	Direction Sanitaire du Centre
DSGA	Direction Sanitaire de la Grande-Anse
DSI	Direction des Soins Infirmiers
DSN	Direction Sanitaire du Nord
DSNI	Direction Sanitaire des Nippes
DSNE	Direction Sanitaire du Nord-Est
DSNO	Direction Sanitaire du Nord-Ouest
DSO	Direction Sanitaire de l'Ouest
DSS	Direction Sanitaire du Sud
DSSE	Direction Sanitaire du Sud-Est
EMIRA	Equipe Mobile d'Intervention Rapide
EMMUS	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
ERHIS	Évaluation des Ressources Humaines des Institutions Sanitaires
FHADIMAC	Fondation Haïtienne de Diabète et de Maladies Cardio Vasculaires
FIOP	Fiche d'Identification et d'Opération de Projet
FBR	Financement Basé sur les Résultats
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GHESKIO	Groupe Haïtien d'Étude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes
HBV et HCV	Hépatite B et Hépatite C
HTLV 1 et 2	Virus Lymphotropique Humain
HCR	Hôpital Communautaire de Référence
HFG	Health Financing and Governance
HIVQUAL	Quality of HIV Health Care
HSIS	Haïti Système d'Information Sanitaire
HUEH	Hôpital de l'Université d'État d'Haïti
HUJ	Hôpital Universitaire Justinien (Cap Haïtien)
HUM	Hôpital Universitaire de Mirebalais
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
ISTMECH	Institut Supérieur de Technologie Médicale du Cap Haïtien



LMG	Leadership, Management and Governance
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
MARNDR	Ministère de l'Agriculture, des Ressources Naturelles et du Développement Rural
MCC	Millenium Challenge Corporation
MDR	Multi Drug Resistant TB
MEF	Ministère de l'Économie et des Finances
MGI	Médecine Générale Intégrale
MIJ	Maternité Isaïe Jeanty
MINUSTAH	Mission des Nations Unies pour la Stabilisation d'Haïti
MPCE	Ministère de la Planification et de la Coopération Externe
MSH	Management Sciences for Health
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
NASTAD	National Alliance of State and Territorial AIDS Directors
NOAH	National Organization for the Advancement of Haitians
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
OFATMA	Office d'Assurance du Travail, Accident, Maladie et Maternité
OMRH	Office de Management des Ressources Humaines
OAVCT	Office d'Assurance Véhicule Contre-Tiers
ODD	Objectifs de Développement Durable
OEA	Organisation des Etats Américains
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OPS/OMS	Organisation Panaméricaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé
OSE	Officier de Surveillance Epidémiologique
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PES	Paquet Essentiel de Services
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PIGD	Prévention des Infections et Gestion des Déchets
PIP	Programme d'Investissement Public
PNCM	Programme National de Contrôle de la Malaria
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNST	Programme National de Transfusion Sanguine
PNS	Politique Nationale de Santé
PNSJA	Plan Stratégique National Santé Jeunes et Adolescents
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement



PPN	Politique Pharmaceutique Nationale
PSDH	Plan Stratégique pour le Développement d’Haïti
PSI	Population Service International
PSNEM	Plan Stratégique National d’Elimination de la Malaria
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personnel Vivant avec le VIH
RAMOS	Reproductive Age Mortality Studies
RED	Reaching Every District
REFIPS	Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé
RHS	Ressources Humaines en Santé
SEBAC	Surveillance à Base Communautaire
SIS	Système d’Information Sanitaire
SISNU	Système d’Information Sanitaire National Unique
SNADI	Système National d’Approvisionnement et de Distribution des Intrants
SIGRH	Système Interministériel de Gestion des Ressources Humaines
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d’Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d’Urgence Complets
SSC	Services de Santé Communautaire
SSQH	Services de Santé de Qualité pour Haïti
SYSEP	Système d’Evaluation de la Performance
TDR	Test de Dépistage Rapide
TED	Traitement d’Eau à Domicile
TEPHINET	Training Programs in Epidemiology and Public Health Interventions Network
UADS	Unité d’Appui à la Décentralisation Sanitaire
UAS	Unité d’Arrondissement de Santé
UCPNaNu	Unité de Coordination des Programmes Nationaux de Nutrition
UEP	Unité d’Études et de Programmation
UGP	Unité de Gestion des Projets
UNFPA	Organisation des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l’Enfance
UNOPS	United Nations Office for Project Services
USM	Unité de Santé Mentale
USAID	Agence Américaine pour l’Aide et le Développement
VPI	Vaccin Anti Poliomyélite Inactivé
ZL	Zanmi la Santé (Partners in Health)





**Le Ministre de la Santé Publique
et de la Population (MSPP)**

*Dr. Florence Duperval
GUILLAUME*

GRANDES RÉALISATIONS

Introduction

Le **Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP)**, sous le leadership de la Ministre Dr. Florence Duperval GUILLAUME, dans le souci de rester dans la même lignée tracée depuis son investiture le 16 Octobre 2011 en mettant l'emphase sur « **Une gestion axée sur les résultats et un devoir de reddition de comptes** », s'estime heureux de pouvoir mettre à la disposition de toute la population particulièrement les intéressés aux questions de santé, le Parlement haïtien, les grands commis de l'Etat, les professionnels œuvrant dans le domaine, les partenaires techniques et financiers, les membres de la société civile et de la presse, le rapport sur les principales réalisations du MSPP pour la période 2014-2015.

Ce document intitulé « **Grandes Réalisations du MSPP 2014-2015** » fait le point sur les avancées obtenues pour la période en référence aussi bien en Gouvernance, en soins et services qu'en utilisation des ressources financières allouées au Ministère de la Santé Publique et de la Population. Il jette aussi les bases pour une meilleure actualisation du plan de l'exercice 2015-2016 qui devra continuer à s'inscrire dans les orientations de la **Politique Nationale de Santé (2012-2037) et du Plan Directeur (2012-2022)**.

D'importants efforts ont été consentis pour la mise en place du **système d'information sanitaire national unique** dans la perspective de l'établissement d'un système de suivi et d'évaluation fiable et pertinent devant orienter efficacement la prise de décision pour une plus grande efficience du système de santé.

L'utilisation rationnelle et maximale des ressources financières mises à la disposition du système est privilégiée pour constituer un réseau d'infrastructures opérationnelles devant progressivement améliorer l'accessibilité et la qualité des services au bénéfice de la population haïtienne en regard d'une carte sanitaire équilibrée, équitable et à portée universelle.

Les actions conjuguées du personnel de santé et des partenaires ont débouché sur des résultats tangibles. Néanmoins, les défis en santé sont encore très importants et requièrent la collaboration et l'implication effectives d'acteurs de tous les secteurs pour une amélioration significative des conditions de vie et de santé en Haïti.

NS DU MSPP 2014-2015



Rappel des attributions du MSPP

- Formuler et mettre en œuvre la politique sectorielle dans les domaines de la santé publique et de la population, dans le cadre de la politique générale définie par le chef du gouvernement ;
- Assurer la régulation et le contrôle de toute action publique ou privée relevant de ses domaines de compétence ;
- Veiller à la mise en œuvre des politiques publiques en collaboration avec les autres ministères et, le cas échéant, avec les collectivités territoriales ;
- Appliquer et faire respecter la politique du gouvernement dans les domaines de la santé et de la population ;
- Participer avec les institutions concernées à la révision de la législation réglementant les domaines de la santé et de la population ;
- Réglementer et superviser les activités des institutions publiques et privées œuvrant dans le domaine de la santé publique ;
- Établir les normes de construction, de restauration ou d'agrandissement des édifices destinés à fournir des services de santé ;
- Etablir les normes techniques sanitaires destinées à protéger la santé des citoyens contre les risques associés au développement des secteurs agricoles, industriels et urbains ;
- Etablir des normes techniques sanitaires relatives aux aliments, à l'eau potable, aux produits pharmaceutiques et cosmétiques destinés à l'usage humain et à l'hygiène publique et veiller à l'application des normes en questions;



- Promouvoir la santé individuelle et collective en vue du plein épanouissement de la personne humaine ;
- Mettre en place un système de soins médico-sanitaires, intégrant les institutions publiques et privées, de façon à garantir la prestation des soins à tous les citoyens ;
- Enregistrer et contrôler les titres des professions médicales et paramédicales et s'assurer de l'adéquation de l'exercice de toute profession ou activité en relation avec la santé ;
- S'assurer de la disponibilité et de la qualité des ressources humaines requises pour l'application des politiques et plans de santé ;
- Contrôler les maladies d'intérêt collectif ;
- Participer, en coordination avec les autres organismes concernés, aux activités de pré désastre et de secours ;
- Veiller à l'application des accords et conventions internationaux relatifs à la santé publique et à la population ;
- Entretenir des relations avec les organismes nationaux et internationaux œuvrant dans les domaines de la santé et de la population ;
- Participer aux décisions et activités liées aux traités, conventions, protocoles, déclarations, actes, pactes, accords et autres instruments internationaux intéressant la santé publique ;
- Coordonner les interventions des organismes nationaux et étrangers dans le domaine de la santé sur toute l'étendue du territoire national.



LES GRANDS DEFIS

1.- ACCÈS AUX SERVICES

ACCÈS GÉOGRAPHIQUE ET DÉMOGRAPHIQUE

Les principales caractéristiques démographiques nationales peuvent se résumer comme suit:

- i. Un taux de croissance encore élevé; une urbanisation rapide ; une population essentiellement jeune (36.5 % moins de 15 ans), une croissance accélérée surtout au niveau des couches les plus pauvres, un fort pourcentage (76%) de la population en dessous du seuil de pauvreté (moins de 2 dollars américains par jour)
- i. Population totale : 10, 400,000
- ii. Nombre moyen d'enfants par femme : 3.5
- iii. Couverture nationale : 40% de la population sont dépourvus ou n'ont pas accès aux services de base
- iv. Mortalité infantile < 1an: 59 décès pour 1000 naissances vivantes (selon EMMUS V contre 57 EMMUS IV)
- v. Mortalité maternelle : ratio de 157 pour 100,000 naissances vivantes (statistiques de services 2013) comparé aux données précédentes qui étaient de 350 en 2010 selon une estimation de l'OMS et de 630 selon l'enquête EMMUS de 2005
- vi. Espérance de vie : 56 ans pour les hommes et 60 pour les femmes (recensement 2003)
- vii. Prévalence du VIH/SIDA: 2.2 pour 100 personnes (inchangé depuis 2005). Elle est plus élevée chez les femmes (2.7%) que chez les hommes (1,7%)

ACCÈS AUX SOINS PRIMAIRES NON UNIVERSEL

- i. $\frac{3}{4}$ de la base de la pyramide constituée de dispensaires
- ii. Nouvelle approche communautaire reposant sur les agents de santé communautaire polyvalents commence à être mise en application

ACCÈS AUX QUATRE SERVICES DE BASE : OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE (OBGYN), MÉDECINE INTERNE, PÉDIATRIE ET CHIRURGIE

- i. Services du second échelon à travers les HCR insuffisants ou inappropriés
- ii. Réseautage en balbutiement (système référence/contre-référence)
- iii. Accessibilité géographique, planification réalisée, application en cours



RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ INFANTILE : vaccination universelle, lutte contre les maladies hydriques, prise en charge des Infections Respiratoires Aigues, surveillance de la croissance et de l'état nutritionnel, éducation pour les bonnes pratiques d'hygiène

RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE: soins prénataux, grossesses à risques, soins postnataux, prise en charge des urgences obstétricales, contrôle des naissances (PF)....

SYSTÈME DE RÉFÉRENCE: avec un réseau ambulancier et une pyramide sanitaire « logique et efficace » à partir d'une cartographie

CONTRÔLE DES GRANDES ENDÉMIES:VIH/SIDA, TB, Malaria, choléra et autres maladies hydro-fécales

RÉSEAU POUR SOINS D'URGENCES ET DE SERVICES SPÉCIALISÉS incluant la transfusion sanguine

RÉSEAU DE LABORATOIRES POUR LA DÉTECTION ET LE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

2.- SYSTÈMES DE GESTION

- A. **LEADERSHIP DU SYSTÈME :** Planification intégrée, suivi, évaluation, gestion axée sur les résultats, performance (accountability)
- B. **PARTENARIAT ET MULTISECTORIALITÉ**
- C. **RESSOURCES HUMAINES :** Rationalisation-Adéquation quantité et qualité – Politique de rétention – Grille salariale – Plan de carrière - Création de cadres intermédiaires- Décentralisation de la formation – Expérience pilote de contractualisation.....
- D. **SYSTÈME D'INFORMATION SANITAIRE POUR LA GESTION :** Processus de rapportage avec goulots d'étranglement, recherche d'un système unique et intégré pour une prise de décisions éclairée
- E. **GOVERNANCE ET SYSTÈME DE GESTION FINANCIÈRE :** Transparence- Rationalisation des investissements en santé pour un meilleur impact- Système d'information financière et production de rapports fiables, etc...
- F. **FAIBLESSE DANS LA GESTION DES HÔPITAUX :** Qualité de l'offre des soins inappropriée et politisation des institutions
- G. **SYSTÈME UNIQUE D'APPROVISIONNEMENT ET DE DISTRIBUTION EN INTRANTS** incluant contrôle de qualité et protection des bénéficiaires
- H. **GESTION DES DÉCHETS – HYGIÈNE ET ASSAINISSEMENT**

3.- FINANCEMENT DE LA SANTÉ

- A. **SUBVENTIONS** pour les soins maternels et infantiles ainsi que les grandes endémies
- B. **RECOUVREMENT DE COÛTS /PÉRENNITÉ,** participation du secteur privé lucratif, investissement public, stratégie de financement en phase d'élaboration
- C. **SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE...** un modèle à rechercher.....





Supervision du chantier des travaux de Construction de l'Hôpital Communautaire de Référence Simbi Continental par la Ministre Dr Florence D. Guillaume ; M. Wilson Laleau, Ministre de l'Économie et des Finances ; le Ministre de la Planification et de la Coopération Externe, M. Yves Germain Joseph ; Dr Jean Patrick Alfred, Directeur de l'UEP du MSPP et les représentants de la firme responsable du chantier (juillet 2015)





LES GRANDS OBJECTIFS POURSUIVIS

En référence aux objectifs constitutionnels de protection, de maintien et de rétablissement de la santé de ses citoyens, l'Etat redynamisera le Ministère de la Santé Publique en mettant en place deux axes stratégiques :

- l'un pour la santé préventive et le contrôle des maladies susceptibles d'avoir un impact négatif sur la santé publique,
- l'autre pour les soins curatifs reflétant les six piliers du système de santé:
 - les services de santé
 - l'information stratégique
 - la gestion des intrants
 - le financement
 - les ressources humaines
 - la gouvernance

tout ceci, à l'intérieur d'un régime de sécurité sociale intégré.

Objectif 1:

- **Réduire le risque d'affectation de la population par une maladie** (protection de la santé).

Les résultats à atteindre en 5 ans pour les maladies transmissibles sont entre autres :

- la réduction de moitié de l'incidence des maladies liées à l'eau
- la réduction de la prévalence du VIH à 1% de la population adulte
- la guérison de 85% des cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive
- la distribution de 3 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide et
- la réduction du nombre de cas de malaria à moins de 50,000 par an.

Objectif 2:

- **Maintenir la santé de la population.**

Les résultats à atteindre en 5 ans sont, par exemple, que :

- 40% des femmes en union utilisent une méthode moderne de contraception



- toutes les femmes enceintes bénéficient d'au moins trois visites prénatales
- 75% au moins accouchent dans un centre médical
- 90% des enfants soient complètement vaccinés avant l'âge de 1 an (y compris l'introduction d'autres vaccins non encore disponibles en Haïti: H influenza, Pneumocoque...) et
- 80% des jeunes sachent comment se protéger contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles
- le cancer du col, première cause de décès associé au cancer chez les femmes, puisse être au moins dépisté précocement dans les hôpitaux.

Objectif 3 :

- **Rétablir la santé des personnes malades.**

Les résultats à atteindre en 5 ans sont : une couverture sanitaire à 100% à travers 1,000 centres de premier échelon, 50 hôpitaux communautaires de référence, 10 hôpitaux tertiaires avec centres d'urgence avancés et un réseau de prise en charge des maladies mentales.

Objectif 4:

- **Renforcer le Leadership du Ministère à travers ses fonctions exécutives**

A. Gouvernance

L'Etat assurera son leadership pour la conceptualisation et la mise en place d'un Système National de Santé en organisant les États Généraux de la Santé. L'objectif premier sera de dégager de manière participative une vision commune du système et des stratégies efficaces pour une meilleure réponse aux besoins des populations tout en répondant aux engagements pris par le gouvernement. Il devra en résulter une **Politique Nationale de Santé avec une vision sur 25 ans et un Plan directeur multisectoriel 2012- 2022**. Le Ministère devra aussi disposer d'une loi organique répondant à la nouvelle vision. Un cadre légal sera aussi constitué pour la création de l'Ordre des Médecins, des conseils d'administration des Hôpitaux départementaux et de l'HUEH et concernera également leur autonomie.

Il est extrêmement important, dans l'esprit de transparence et de rationalisation de l'utilisation des ressources pour un meilleur rapport cout/efficacité, que les procédures soient strictement appliquées et que les rapports financiers puissent être produits et connus du public. Parallèlement, il sera introduit au Ministère une structure de Gestion des contrats capable de soutenir la gestion axée sur les résultats où le Ministère approchera les contrats sur une base de résultats à atteindre avec tous ses partenaires dans le sens de la modernisation.

Les **comptes nationaux de santé** seront finalisés et un accord fait avec les bailleurs pour les informations sur les indicateurs du Système d'Informations Financières à des fins d'analyse et de prise de décisions. Ces rapports seront discutés aux réunions des bailleurs et les résultats auxquels ils auront abouti seront publiés. Les interventions d'ONG locales et internationales seront rationalisées sur la base de la carte sanitaire. Une attention particulière sera apportée à l'alignement et à l'intégration des innovations des Haïtiens vivant à l'étranger désireux de contribuer à l'amélioration du système de santé de leur pays.



B. Ressources Humaines

La redéfinition et la redistribution des ressources humaines pour répondre aux besoins de la population seront des objectifs de premier rang. La politique de ressources humaines à appliquer pour faire place aux besoins du système comportera la formation de cadres intermédiaires et d'infirmières spécialisées à même de suppléer à la carence en nombre des médecins.

C. Système d'Information pour la Gestion

Il sera mis en place un Système Unique d'Information Sanitaire et de Surveillance Epidémiologique (SISNU) avec une base de données centrale et une réplique départementale pour la gestion de l'information liée aux services, aux ressources et à la Surveillance Epidémiologique à des fins de décisions.

D. Gestion des intrants essentiels à la santé.

Un réseau national unique d'approvisionnement, de distribution et de contrôle des intrants devra être mis en place pour un meilleur rapport coût/efficacité. Le renforcement des Centres d'Approvisionnement en Intrants (CAI) en matière de Gestion sera aussi effectué dans le sens d'une décentralisation. Un mécanisme pour un contrôle de qualité sera aussi mis en place (Laboratoire National et périphérique) afin de garantir la sécurité des bénéficiaires.

E. Financement de la Santé

La stratégie de financement du système a comme philosophie de mettre l'utilisateur au centre du système non seulement comme bénéficiaire mais aussi comme financeur quand il en a les moyens, l'État se réservant la prise en charge des maillons les plus faibles de la chaîne sociale. Cette stratégie passe par la création d'une Commission pour l'élaboration d'un modèle de protection sociale en santé.

Par rapport à ces objectifs fixés depuis 2012, ces « **Grandes Réalisations 2014-2015** » viennent s'ajouter à celles déjà présentées au cours des trois années antérieures (2011-2012, 2012-2013, 2013-2014).



Bateau USNS Comfort - marine Haïtienne sept 2015 (Première Dame de la République, Ambassadeur des États Unis, Ministre de la Santé Publique)



I. PRESTATION DE SERVICES EN REGARD DES OBJECTIFS POURSUIVIS

Tenant compte des grands défis que nous impose le système de santé haïtien et en regard des objectifs poursuivis, le Ministère de la Santé Publique et de la Population a dû agir simultanément sur le renforcement des soins primaires de santé aussi bien que sur l'offre des services au niveau institutionnel plus spécialisés. Si nous voulons aboutir à la couverture et à l'accès universels en santé, il faut obligatoirement renforcer ou réorganiser les institutions existantes tout en créant de nouvelles beaucoup plus aptes à répondre aux besoins actuels de la population ; tout cet ensemble supporté par de nouveaux systèmes de gestion et une bonne gouvernance. Cette réforme initiée commence à porter fruits quoique encore très, très loin de l'objectif visé dans notre Politique de Santé d'ici 2037.

Aussi, dans le but d'améliorer la couverture et l'accès aux services, et, tenant compte des priorités établies par les Autorités Sanitaires Centrales et Départementales, plus de **62 projets de réhabilitation et de construction** ont été réalisés **au cours de l'année 2014-2015**. Ils sont distribués comme suit :

Construits et achevés (22):

- **1 hôpital** : St François Salle (hôpital privé de l'Église Catholique)
- **15 centres de santé** : 4/Grande-Anse (Carcasse, Golbotine, Bas Liverne, Bariadelle), 1/Nippes (Barradère), 3/Nord-Est (Caracol, Vallières, Savanne Longue), 3/Sud (Côteaux, Derrière Fort, mur de soutènement au CAL de Port Salut), 4/Sud-Est (Grandou, Arreguy, Jericho, Bremand)
- **2 CDAI** (Jacmel, Miragoâne)
- **1 SONUB (Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base)** : Centre (Cerca la Source)
- **3 institutions spécialisées et autres**: Résidence Nord-Est (Fort Liberté), ISTMECH (Institut Supérieur de Technologie Médicale du Cap-Haitien), Centre Médical d'urgence de Quatre chemins (Cayes)

En construction (25):

- **4 hôpitaux** (Jacmel, Simbi, Sans-Fil, , HUEH)
- **18 centres de santé** : 2/Artibonite (Petite Rivière Bayonnais, Gros Morne), 1/Centre (Montagne Terrible) 3/Grande-Anse (St Victor/Abricot, Tozia/Pestel, Anse à Masson/Cayemittes), 3/Nippes (Saut du Baril, Tiby, Plaisance du Sud), 1/Nord (Caracol/ Grande Rivière du Nord), 1/Nord-Ouest (La Corne), 1/Ouest (Croix des Bouquets), 3/Sud (La Cahouane/Tiburon, Roche à Bateau, Tiburon), 3/Sud-Est (Montagne Lavoute, Corail Sout, Bras de Gauche)
- **1 SONUB** : 1 Centre (SONUB de Savanette)
- **2 Autres** : Sanatorium des Cayes, Bloc Opératoire de Port à Piment



Réhabilités (15) :

- **5 hôpitaux** : Bon Repos/Notre Dame du Perpétuel Secours, Jérémie, Justinien, Beudet, les Anglais
- **8 centres de santé et dispensaires** : 1 Centre (Bok Banik), 2 Ouest (CAL Petit Goâve, Cornillon), 1/Grande-Anse (Dame Marie), 3/Nord (Labadie, Morne Rouge, Caduch), 1 Nord-Est (Saint Suzanne)
- **2 Autres** : Résidence de Plaisance, Aménagement du local du MSPP Central

Tenant compte de l'émergence de certaines maladies au niveau mondial, un centre de Traitement des Maladies Infectieuses est aussi en voie d'être établi au pied du Morne à Cabri permettant au



Centre de Traitement des Maladies Infectieuses (Morne à Cabrit)

besoin d'assurer l'isolation et la prise en charge des patients.

Quelques photos illustrant certaines de ces réalisations sont présentées dans l'Annexe 4 de ce rapport. Une grande partie des projets a été financée par les fonds du trésor public, soit à partir des fonds d'investissement public ou des fonds communaux. Au cours de l'année 2014-2015, les partenaires et le secteur privé ont aussi largement contribué à la réhabilitation et construction de nouvelles infrastructures sanitaires.

Dans le cadre des projets de construction et de réhabilitation d'infrastructures de santé, la DOSS a supervisé près de 50 chantiers au cours de l'année 2014-2015 et contribué à la révision des décomptes de travaux de la majorité des chantiers en cours. Ces derniers sont aussi supervisés par les autorités centrales du MSPP ainsi que par les directions départementales.





Visite du chantier des travaux d'extension de l'Hôpital Notre Dame du Perpétuel Secours de Bon Repos par la Ministre Dr Florence D. Guillaume ; M. Wilson Laleau, Ministre de l'Économie et des Finances ; le Ministre de la Planification et de la Coopération Externe, M. Yves Germain Joseph et les représentants de la firme responsable du chantier (juillet 2015)

Le rapport des statistiques des services 2014-2015 montre que 90% des rapports mensuels attendus ont été reçus (comparé à 87% en 2013 et 65% en 2012). Au moins un tiers de la population du pays (10,745,665), soit environ 31%, ont sollicité les services de santé disponibles aux niveaux communautaire et institutionnel.

D'autres informations tirées des statistiques de services sont présentées dans la section "Prestation de services" de ce rapport.

RAPPORTS ET VISITES (RAPPORT STATISTIQUE MSPP 2014)	
# institutions enregistrées dans le système HSIS	791
# rapports mensuels attendus	9 492
# rapports mensuels reçus et %	8 543
% rapports mensuels reçus	90%
# premières visites (31.4%)	3 376 468
# total de visites	6 276 937
# moyen de visites par habitant	0,58



A. PROTECTION DE LA SANTE : REDUIRE LE RISQUE D'AFFECTION DE LA POPULATION PAR UNE MALADIE

Les résultats attendus, en regard de cet objectif, considèrent l'incidence et la prise en charge des maladies hydriques, du VIH, de la Tuberculose et de la Malaria. Toutefois, le Ministère de la Santé a aussi agi sur d'autres aspects devant aussi contribuer à protéger au mieux la santé des populations.

1.1. LUTTE CONTRE LES MALADIES HYDRIQUES PARTICULIEREMENT LE CHOLERA

Pendant l'année 2014-2015, des interventions majeures ont été réalisées pour lutter contre les diarrhées aiguës dont le choléra, à savoir:

- La construction de sept Centres de Traitement de Diarrhées Aigues. Par rapport au problème épineux des rapatriés du Sud-Est, il n'est pas superflu de spécifier ceux de Banane et d'Anse-à-Pitre ainsi que l'affectation de ressources humaines additionnelles à ces deux sites pour la prise en charge (cinq infirmières, sept auxiliaires infirmières et sept personnels de soutien).
- La formation de plus de 1,200 prestataires sur les dix départements sanitaires pour une prise en charge de meilleure qualité.
- La mise en place d'une onzième équipe mobile d'intervention rapide (EMIRA) dans le Bas Artibonite pour bloquer la recrudescence des cas de choléra enregistrés au cours des mois de janvier et février 2015.
- La mise en place, en collaboration avec la DINEPA, de deux kiosques hygiéniques de stockage d'eau à Martissant (lors de la flambée de choléra en février 2015) et à Dondon en mars 2015.
- L'organisation d'une campagne d'assainissement dans sept départements pour renforcer le changement de comportement de la population contribuant ainsi à la réduction de l'incidence du choléra et de la létalité à 0,99 % en septembre 2015.

Le tableau suivant présente l'évolution des indicateurs du programme de prévention et de prise en charge du choléra depuis son apparition en 2010.

EVOLUTION DES INDICATEURS DU CHOLÉRA (2010-2015)						
Indicateurs	2010 (oct. à déc.)	2011	2012	2013	2014	2015 (octobre)
# cas vus	185 351	352 033	101 503	58 505	16 185	21972
# cas hospitalisés	103 728	186 673	61 877	37 648	11 969	18215
# total décès	4 101	2 927	908	610	164	118
Taux létalité globale	2,21%	0,83%	0,89%	1,04%	1.9 %	1.4 %



1.2. LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES

1.2.1 Lutte contre les MST-VIH/SIDA

La Riposte nationale face au VIH s'est intensifiée au cours de ces dernières années, particulièrement en 2014-2015 pour maintenir stable le niveau de prévalence nationale de 2.2% tout en espérant une inversion de la tendance à l'horizon de 2017-2018. Un défi de taille, avec la récente étude de PSI sur les groupes clés dont les résultats ont été publiés en 2015, est la prévalence chez les «Hommes Ayant des Rapports Sexuels avec d'Autres Hommes» de 12.9% et chez les «Professionnelles du Sexe» de 8.7%. A la fin de 2014, le nombre de PVVIH était estimé à 150,000 [130,000 ; 170,000]. Le nombre de personnes contaminées par le VIH en 2014 est estimé à 8,200 et le nombre de décès à 5,000. Toutes ces estimations ont été effectuées avec l'aide de l'outil SPECTRUM ONUSIDA.



Journée Mondiale Sida (décembre 2014)

Toutefois, l'incidence du VIH continue à baisser en Haïti. Selon les estimations révisées en 2015, un total de 8,200 personnes ont été contaminées en 2014, alors qu'elles étaient de 11,300 en 2004; soit un recul de 27% au cours de la période étudiée. Cependant, si on considère 1996, l'année où le nombre des nouvelles infections a atteint son maximum, soit plus de 15,000 cas, la réduction avoisine les 50%.

Les personnes qui décèdent de causes liées au sida diminuent également en Haïti. Les estimations effectuées par la Coordination Technique du Programme National de Lutte contre les IST/VIH/Sida (CT/PNLS) de 2015 démontrent que le nombre de décès dus au sida en 2014 est



de 3,800 [2,300 ; 5,600] contre 7,800 [6,300 ; 14,000] en 2008; soit une baisse de plus de 50% au cours de la période.

En 2015, le Programme National a connu aussi une réorganisation / regroupement de structures qui offrent les services de prévention, diagnostic, soins et traitement en fonction des données épidémiologiques et des résultats programmatiques. Ainsi, le nombre de Points de Prestation de Services qui fournissent le traitement anti rétroviral en Haïti au 30 septembre 2015 est de 129 et le nombre de PVVIH qui reçoivent leur traitement anti rétroviral est de 67,000. Il faut souligner l'apport important des centres GHESKIO dans la lutte contre les IST/VIH/SIDA avec le suivi de 33% des PVVIH.

La survie des PVVIH a été considérablement améliorée. Grâce à l'utilisation des services de soins et traitement, on estime entre 6,200 et 6,600 le nombre de décès évités par année. En combinant l'espérance de vie et le nombre de décès épargnés, on estime qu'en 2015 plus de 56,000 années de vie en bonne santé ont été gagnées grâce à la vulgarisation du traitement anti rétroviral. Cependant, la couverture en ARV a diminué parce que les besoins ont augmenté avec l'initiation au traitement sur un taux de CD4 \leq 500; elle était de 45% au 30 septembre 2015. Haïti devra donc continuer son plaidoyer aussi bien auprès du Trésor Public que de partenaires non traditionnels pour trouver beaucoup plus de ressources financières et de médicaments pour arriver véritablement à placer tous les patients sous ARV. Selon la récente étude de la Coordination Technique du PNLS de 2015 sur la rétention, le taux de rétention à 6 mois est de 84% et celui de 12 mois est de 73.1%

Les femmes enceintes ont aussi bénéficié d'une meilleure prise en charge pour leur santé et pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH. Le nombre de femmes enceintes ayant bénéficié du traitement au cours d'une seule année a plus que doublé entre 2008 et 2013 passant de 2,500 à 5,226. Le nombre d'enfants actifs sous traitement anti rétroviral au 30 septembre 2015 était de 2,800.

Malgré tous ces efforts considérables et appréciables, face aux défis précités à relever, la vigilance est de rigueur. Les contraintes financières sont de taille et la baisse du financement pour les activités de prévention ciblant la population générale a considérablement diminué alors que le Plan Stratégique National Multisectoriel 2012-2015 révisé avec extension à 2018 vise 85% de taux de couverture sous ARV.

L'année 2016 doit être considérée au sein du Programme National de Lutte contre les IST/VIH/Sida comme une date butoir et une date charnière : changement des OMD vers les ODD, changement de cibles de la population générale vers les zones à forte concentration de morbidité se basant sur les données épidémiologiques et programmatiques, plaidoyer contre la stigmatisation et la discrimination et attention soutenue sur les populations clés et autres groupes vulnérables. Des études d'envergure seront réalisées en 2016 sur la discrimination, la rétention et l'adhérence aux soins afin de mieux cerner leur déterminants dans le but d'adapter, de modifier et de renforcer les stratégies de lutte en cours contre le VIH/Sida en Haïti.



1.2.2 Lutte contre la tuberculose

Au cours de l'année 2014-2015, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) a continué le dépistage et la prise en charge des patients TB à travers des services fournis dans 256 sites de prestation.

Avec l'objectif de réduire l'incidence de la tuberculose dans les communautés de 50 % de sa valeur de 2015 d'ici 2025, le PNLT a revu les normes de prise en charge de la Tuberculose sensible et résistante, le manuel de procédures de suivi et d'évaluation ainsi que le manuel de prise en charge de coïnfection TB/VIH.

L'extension du réseau de Gene XPERT pour améliorer le dépistage de la TB sensible et résistante, la réhabilitation de 4 Centres de Diagnostic et de Traitement, l'ouverture de 5 nouveaux et la reconstruction d'un autre ont permis d'améliorer l'accès à ce service. Afin d'augmenter l'implication de la communauté dans le dépistage des contacts et la recherche des perdus de vue et ainsi contribuer à l'augmentation de la détection des cas, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose a formé 50 Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCP) sur la prise en charge communautaire et le contrôle de l'infection TB; un nombre très au-dessous de la quantité nécessaire à l'efficacité de la riposte. **GHESKIO, l'un des plus grands centres de diagnostic et de traitement de la tuberculose des Amériques et partenaire privilégié du MSPP dans cette lutte, a diagnostiqué et traité au 30 novembre 2015 2,561 patients tuberculeux grâce aux Agents de santé communautaire polyvalents formés.** Là aussi, le MSPP devra continuer son plaidoyer à la recherche de ressources pour former et insérer beaucoup plus d'ASCP.

1.2.3 Lutte contre la malaria

L'objectif du premier des neuf axes stratégiques du Plan Stratégique National de Contrôle de la Malaria 2009-2013 avec extension en 2015 était de **«Renforcer et intensifier la prise en charge des cas de paludisme en diagnostiquant et traitant systématiquement tous les cas conformé-**



Administration du Test Rapide pour la Malaria (TDR) lors de la Campagne de lutte contre la Malaria dans la Grande Anse (avril 2015)



ment aux directives nationales». En 2014-2015, la Coordination du Programme de Malaria a réalisé 36 journées d'orientation pour 956 prestataires de soins toutes catégories confondues au niveau des 10 départements sur l'utilisation des Tests de Diagnostic Rapides (TDR) et sur les nouvelles normes de prise en charge.

Dans le but de garantir une prise en charge adéquate des patients fréquentant les institutions de santé, le PNCM, avec l'appui de ses partenaires, a assuré l'approvisionnement des 850 institutions en médicaments pour la prise en charge et en test rapides pour les institutions dépourvues de laboratoire. A ce jour, 760 institutions disposent de tests rapides pour le diagnostic. Pour l'année fiscale, 159,067 Tests de Dépistage Rapide ont été réalisés par rapport à une cible de 360,000 montrant ainsi une baisse très significative du nombre de cas présumés de paludisme traités soit 8,551 pour toute l'année. Cette non performance dans le dépistage et par conséquent dans la prise en charge mérite une investigation sérieuse si nous voulons effectivement respecter nos engagements en matière de lutte contre la malaria.

Dans le souci de «**Garantir une prévention anti paludique efficace pour les populations à risque**», le PNCM a mis l'emphasis sur la prévention individuelle et collective à travers les actions suivantes :

- *Le traitement de 15,347 gîtes larvaires (8,997 gîtes temporaires et 6,350 gîtes permanents) pour l'année.*
- *La réalisation de 545 séances de fumigation dans les localités à haut risque avec 60 brigadiers formés et des véhicules munis d'appareils de fumigation mis à la disposition de tous les départements sanitaires.*



Séance de fumigation dans les localités à haut risque
(Grande Anse, avril 2015)

1.2.4 Lutte contre la Filariose

Pour arriver à l'élimination de la Filariose Lymphatique à l'horizon 2020, le MSPP, en collaboration avec ses partenaires, a identifié deux grands axes d'intervention : 1) Interruption de la transmission et 2) Prise en charge de la morbidité et la prévention des incapacités.

Dans le but d'interrompre la transmission de la maladie, des campagnes de distribution massive de médicaments au niveau de *six départements sanitaires du pays* ont été réalisées en 2015. Ces



campagnes ont été précédées d'une grande mobilisation sociale à travers les spots publicitaires dans les stations de radio et de télévision et du travail de conscientisation réalisé par les leaders communautaires, les promoteurs et les distributeurs. Pour mieux apprécier les résultats, le Ministère a choisi de comparer la première année de la lutte en 2013 à celle de 2015.

- La campagne 2013 montre que sur **8,821,905** personnes ciblées, près de **7,047,600** ont reçu les médicaments antifilarémiques soit un pourcentage de **80%**.
- La campagne 2014 montre que sur **7,699,576** personnes ciblées, près de **5,488,787** ont reçu les médicaments antifilarémiques soit un pourcentage de **71 %**.
- La campagne 2015 montre que sur **6,374,824** personnes ciblées, près de **4,990,810** ont reçu les médicaments antifilarémiques soit un pourcentage de **78%**.

1.2.5 Lutte contre la Rage

En coordination avec le Ministère de l'Agriculture, des Ressources Naturelles et du Développement Rural (MARNDR) et la Direction d'Épidémiologie, de Laboratoire et de Recherches au MSPP (DELR) qui assure la surveillance, la Direction de Promotion de la Santé et de Protection de l'Environnement (DPSPE) a entamé un processus de **restructuration du programme de lutte contre la rage** avec l'appui de l'OPS/OMS et de CDC. Le MSPP a maintenant un cadre responsable des activités de conscientisation des responsables d'institutions et des prestataires sur la problématique de la rage, du suivi et de l'encadrement des prestataires ainsi que le renforcement de la prise en charge. **Au cours de cet exercice, au moins une institution publique par commune assure la prise en charge et dispose de vaccins et de personnel formé.** Un cahier d'enregistrement des cas de morsure par animal suspect de rage est également disponible au niveau de l'ensemble des institutions des dix départements.



Journée Mondiale de Lutte contre la Rage (septembre 2015)



La DPSPE réalise actuellement une évaluation de la prise en charge au niveau des institutions dans le but d'améliorer les services. Quatre supports éducatifs pour la sensibilisation sont en cours d'élaboration pour la population et les prestataires.

B. MAINTENIR LA SANTE DE LA POPULATION

Cet objectif fait référence à tout ce qui concerne la santé maternelle et infantile, véritable porte d'entrée du système.

2.1. SANTE DE LA FEMME ET DE LA MERE

Durant l'exercice 2014-2015, la Direction de la Santé de la Famille du MSPP chargée de la définition et de la mise en application des politiques relatives à la santé de la reproduction a poursuivi l'exécution du Plan Stratégique Santé de la Reproduction 2013–2016 dans ses différents volets :



Participants à l'atelier de consultation nationale sur la PTME
(Programme de Transmission Mère-Enfant) (mars 2015)

a) Renforcement structurel.

- Mise en service du pôle mère enfant de l'hôpital Ste Thérèse de Miragoâne.
- Mise en service du centre de soins obstétricaux et néonataux (SONUC) de Trou du Nord.
- Mise en service de deux postes de planification familiale à Maïssade et à Fond des Nègres.

b) Formation des prestataires (voir Tableau 3.2 de l'Annexe 3).

c) Dotation en équipements

- Dotation d'ambulances aux départements du Centre et des Nippes et du Sud-Est.
- Dotation d'équipements médicaux à la Maternité Isaïe Jeanty (Chancerelles), à la Maternité de l'HCR de Trou du Nord
- Achat d'équipements pour le futur Hôpital Simbi à Fontamarra.



2.1.1 Planification familiale

En suivi à la campagne nationale lancée en 2014, des équipes mobiles de PF ont été montées au niveau de huit départements sanitaires. Les prestataires formés à l'offre des méthodes de longue durée ou permanentes font partie du personnel des hôpitaux départementaux et sont appelés à se déployer pour des interventions dans les communes de leur aire de desserte. Plus de 40 prestataires ont été formés à cet effet. Une enquête nationale conduite sur l'année 2015 visant à mesurer l'offre de services au niveau institutionnel, notamment la disponibilité des intrants et des services de Santé de la Reproduction (**Santé Maternelle et Planification Familiale**) ainsi que la satisfaction des clients et clientes de la PF a montré que l'offre des méthodes de contraceptifs modernes est disponible dans la quasi-totalité des 132 points de prestations de services répartis sur l'ensemble du territoire national et à plusieurs niveaux de la pyramide sanitaire; 97.0% de ces points offrant au moins trois méthodes contraceptives modernes. Il résulte également de cette enquête que près de deux tiers (61%) des points de prestation sanitaire offrent au moins 7 médicaments traceurs pour la santé maternelle et reproductive dont les deux médicaments obligatoires : le sulfate de magnésium (66.7%) et l'Ocytocine (80.4%) ; ces proportions étaient respectivement 57.9% et 84.1% en 2014.

Au cours de l'exercice 2014-2015, près de 94% des grossesses attendues ont bénéficié d'une première visite prénatale. Dans les 690 institutions enregistrées dans le système HSIS pour la période, près de 10% des consultations concernent les femmes enceintes et plus d'un quart des patients ont sollicité les services de planification familiale. La couverture pour les premières visites prénatales est de 40% et celle des 3e visites de 17%. Des 138,300 accouchements enregistrés, 57% ont été réalisés au niveau institutionnel (**une augmentation par rapport à 50% en 2013-2014**).

Six Assistantes Techniques en Santé Maternelle et Infantile ont été recrutées pour assurer le renforcement du programme et assurer la supervision régulière des activités liées à la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant.

La campagne de vaccination contre le tétanos maternel et néonatal a été finalisée dans le Sud- Est et une auto-évaluation de l'Élimination du Tétanos Maternel et Néonatal a démarré.

STATISTIQUES DE SERVICES – 2014		
Rapports et visites		
# total visites	6 276 937	%
Types de consultation	femmes enceintes	9.4%
	planification familiale	26.3%
Planification familiale (nouveaux clients)	Hommes	192,325
	Femmes	342 909
Femmes enceintes : visites prénatales = 630,555	couverture 1ière visite	40.0%
	couverture 3e visite	17,0%
Femmes enceintes : accouchements = 138,300	Institutionnels	57,0%
	non-institutionnels	43,0%



2.2. SANTÉ DE L'ENFANT

Les activités conduites cette année ont visé à renforcer les interventions pour l'amélioration de la survie de l'enfant et de la mise en place de filets de sécurité sociale. En ce sens, un appui technique a été donné à la formation de 25 infirmières et auxiliaires/infirmières sur la PCIME dans le département de l'Ouest.



Une Enquête nationale sur la prévalence des helminthiases, dont les résultats ont été diffusés au cours de cet exercice, fut réalisée auprès de 6,000 élèves de 6 à 15 ans dans 253 écoles. En réponse et pour lutter contre les parasitoses intestinales, une distribution de masse d'albendazole a été réalisée dans 9 départements sanitaires du pays.

Dans un souci d'amélioration des performances en **vaccination**, des communes à faible couverture vaccinale hautement prioritaires ont été identifiées et des fonds alloués aux départements sanitaires concernés pour la mise en œuvre de la stratégie avancée afin d'atteindre les non vaccinés et de rattraper les abandons. Les communes ciblées sont les suivantes :

- 6 dans l'Artibonite (Saint Marc, Gonaïves, Gros Morne, Dessalines, Petite Rivière de l'Artibonite, Verrettes)
- 5 dans l'Ouest (Petit Goâve, Grand Goâve, Léogane, Ganthier, Anse à Galets)
- 4 dans l'Aire Métropolitaine (Port-au-Prince, Cité Soleil, Carrefour, Tabarre)
- 1 dans le Nord (Cap Haïtien)
- 2 dans le Sud-Est (Belle Anse et Jacmel)
- 2 dans le Nord-Ouest (Saint Louis du Nord et Jean Rabel)

Après l'introduction du Pentavalent protégeant les enfants contre 5 maladies, le Ministère de la Santé se prépare à s'aligner sur les directives de l'Organisation Mondiale de la Santé, dans la pers-



pective de l'éradication de la Poliomyélite, en introduisant en 2016 le **vaccin anti poliomyélite inactivé (VPI)** en injection. Les matériels de communication et de formation sont déjà disponibles pour la sensibilisation de la population et la mise à jour des prestataires institutionnels. Le Ministère insiste pour que cette introduction soit très bien préparée en accordant à cette dernière tout le temps nécessaire en regard des leçons apprises lors de l'introduction du Pentavalent.

STATISTIQUES DE SERVICES 2014		
# total visites		6 276 937 %
Types de Consultations	pédiatriques	27,7
PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT		
naissances vivantes dans institutions sanitaires- poids à la naissance (n=111,870)	< 2.5kg	11,2 %
	> 2.5kg	58,3%
	Inconnu	30.7%
vaccination < 1 an - taux de couverture (n estimé= 263,827)	BCG	79.6
	Polio 3	86.4
	Rubéole-rougeole	73.4
	Pentavalent	69.4

Le **Programme de cliniques mobiles dans les écoles** lancé en septembre 2014 sous le haut patronage de la Première Dame de la République est un véritable succès. Trois unités mobiles/ autobus (don de la BID) incluant les chaises dentaires sont équipées pour offrir des services de proximité dans les écoles nationales de la zone de Port-au-Prince et du département de l'Ouest. Le paquet de services inclut la prévention et dépistage des troubles nutritionnels et de croissance, la fourniture de verres correcteurs, le traitement d'infections oculaires, les soins dentaires, le traitement de dermatoses, de diarrhée, la distribution de vitamine A, le déparasitage, les soins de petite chirurgie et la prévention des maladies contrôlables par la vaccination.



A ce niveau, les résultats suivants ont été atteints au cours de l'année 2014-2015 grâce à l'appui de la Banque Interaméricaine de Développement (BID) :

- 994,668 enfants de 2 à 14 ans ont été déparasités en avril 2015 au cours de la première campagne de déparasitage (sur un objectif de 315,000 enfants de 2 à 14 ans)
- 12,000 enfants ont bénéficié des services de cliniques mobiles scolaires dans le département de l'Ouest
- Acquisition et aménagement de 2 nouveaux autobus pour l'extension de cette initiative.
- Elaboration et diffusion d'un documentaire vidéo sur les cliniques mobiles pour mieux faire comprendre l'importance d'un tel programme et faire un plaidoyer pour sa pérennité.

2.3 SANTÉ DE L'ADOLESCENT



Lancement de l'initiative «All in» (nou tout konsène) sous le haut patronage de la Première Dame de la République, Mme Sophia Martelly conjointement avec le gouvernement haïtien et les autres acteurs de la lutte contre le Sida (septembre 2015)

Cet aspect est principalement fait par des partenaires non gouvernementaux sensibilisant les jeunes à l'adoption de comportements sécuritaires (sexualité responsable, prévention du VIH, lutte contre le tabac, l'alcool et la drogue etc...). Le Ministère élabore les matériels de sensibilisation et d'éducation destiné à ce groupe cible réputé sensible.

C. RETABLIR LA SANTE DES PERSONNES MALADES

3.1 PRISE EN CHARGE DU DIABETE ET DES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

Quoique les données soient sous-rapportées, les statistiques qui proviennent des institutions sanitaires pour l'exercice 2014-2015 montrent que l'hypertension artérielle est la maladie la plus



fréquente avec 184,570 cas de consultation. L'hypertension artérielle et le diabète font partie des maladies chroniques qui constituent tant au niveau mondial qu'en Haïti un problème majeur de santé publique au point d'être prises en compte dans les **Objectifs de Développement Durable (Objectif 3.4 des ODD)** par l'**Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**.

Pour faire face à cette situation, les hautes autorités du pays font de l'hypertension artérielle, entre autres facteurs de maladies cardio-vasculaires, l'une des priorités gouvernementales et le MSPP met tout en œuvre pour renforcer les programmes de prévention, de dépistage et de prise en charge de ces deux maladies en vue de réduire le taux de mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles.

Parmi les activités récemment lancées par le MSPP, on note un atelier de rétrospection sur l'hypertension artérielle avec la participation du rectorat de l'Université, des hôpitaux universitaires, du secteur privé avec l'appui de l'OPS/OMS. Cet atelier avait pour objectif de sortir des recommandations sur la nouvelle formule d'exprimer la TA en mm de mercure au lieu de cm de mercure et de promouvoir l'application dans toutes les institutions de santé et dans les écoles de formation.

3.2 SOINS OPHTALMIQUES ET BUCCO-DENTAIRES

Dans le but d'améliorer les interventions dans le *secteur de l'ophtalmologie*, le **Comité National de Prévention de la Cécité (CNPC)** a collaboré avec différentes directions centrales du MSPP dont la **Direction de Formation et de Perfectionnement en Sciences de la Santé (DFPSS)** pour 1) la formation des formateurs des **agents de santé communautaire polyvalents (ASCP)** sur la prévention de la cécité et 2) des séances de rappel sur les soins oculaires primaires et la prévention de la cécité pour les résidents médecins en partance pour le



Soins bucco dentaires offerts dans le programme des cliniques mobiles scolaires



Consultation ophtalmologique en milieu scolaire dans le cadre d'une campagne de dépistage aux Abricots (Grande-Anse) avec Dr Brigitte Hudicourt du CNPC



service social. Le CNPC a aussi collaboré avec la **Direction de l'Organisation des Services de Santé (DOSS)** à l'élaboration du volet des soins ophtalmologiques à différents niveaux de soins du document de Paquet Essentiel de Services. Le CNPC participe aussi de manière active à la fourniture de soins visuels aux enfants scolarisés de 3 à 15 ans dans le programme de Cliniques Mobiles Scolaires.

Une semaine de dépistage dans les écoles a été réalisée aux Abricots dans le département de la Grande-Anse, où près de 2,000 enfants ont bénéficié d'une consultation visuelle par une équipe de 3 médecins, 5 infirmières et 1 assistant. Une journée de dépistage pour le Glaucome a aussi été réalisée à Port- au- Prince, où plus de 800 personnes ont reçu des informations sur leur statut.

Dans ce même ordre d'idées, grâce à la générosité du **Comité National de Prévention de la Cécité (CNPC)**, une Clinique des yeux munie d'une salle d'opération a été installée à l'hôpital Sainte Thérèse de Miragoâne.

Les statistiques ophtalmologiques publiées dans l'Annuaire Statistique du Ministère en 2014 montrent que les services d'ophtalmologie sont offerts dans 19 établissements de santé et que 2,176 patients ont été opérés pour cataractes pour un total de 163,323 consultations.

Après le lancement du **Plan National Stratégique de Santé Bucco Dentaire en 2013**, de nouveaux outils ont été préparés permettant de fixer les Standards sur l'Asepsie et la Stérilisation au cabinet dentaire et la Fiche de rapport d'activités des cliniques dentaires au sein des institutions de santé. En 2014-2015, la DOSS a fourni un appui technique à huit cliniques dentaires dans l'objectif d'améliorer la qualité des services offerts et augmenter la gamme de soins. Des matériels et équipements ont été distribués à certaines cliniques dont l'hôpital de Carrefour. Le service des soins dentaires de la DOSS et la Faculté d'Odontologie participe également à l'offre de ce service lors des cliniques mobiles de santé scolaire.

Les statistiques sanitaires font état de 103,178 consultations bucco-dentaires offertes à travers les cliniques.

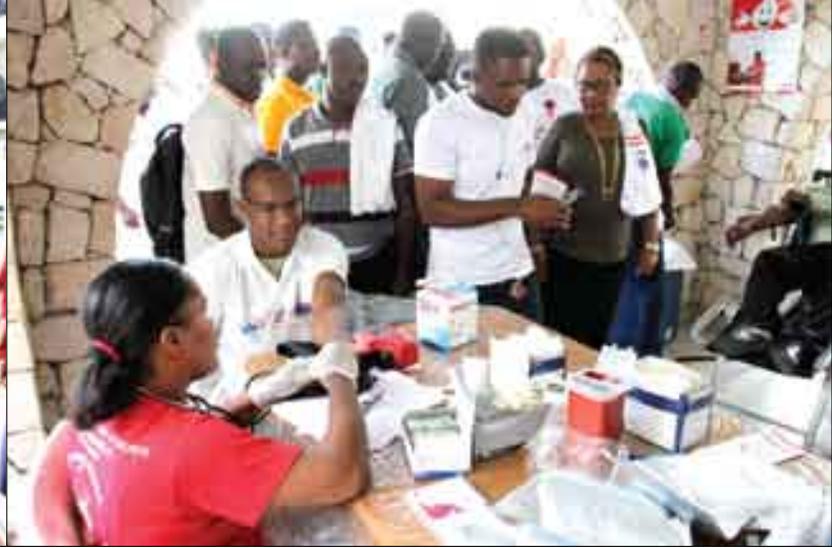
STATISTIQUES SANITAIRES 2014		
Soins bucco dentaires = 103,178	Extractions	47 372
	Prophylaxie	15 420
	Amalgame	17 600

3.3 PRISE EN CHARGE DES URGENCES PAR LE CENTRE AMBULANCIER NATIONAL (CAN)

Le Centre Ambulancier National possède une flotte de 73 ambulances réparties à travers des centres/réseaux régionaux (**Ouest, Nord et Nord-Est, Artibonite, Centre et Sud-Est**) et des institutions de santé (**Les Irois, Jérémie, Coteaux, Port-Salut, Aquin, Anse-a-Veau, Miragoâne, la Gonave**).

Après la construction en juillet 2014 du Centre de régulation du réseau ambulancier du Nord et Nord-Est situé à Limonade, le Réseau Ambulancier du Grand Sud vient d'être mis en place





Dr Florence D. Guillaume, Ministre de la Santé Publique et Dr Garnel Michel, Directeur adjoint du Centre Ambulancier National à l'occasion de la Journée Internationale de Prévention des Accidents de la Route (novembre 2015)

avec 14 nouvelles ambulances pour desservir les départements du Sud et de la Grande-Anse. Le prochain Réseau à être mis en place sera celui du Nord-Ouest

La lutte pour la diminution des appels nuisibles qui arrivent au 116 (numéro d'appel pour urgences) continue avec un taux qui est passé de 93% à 78%. La deuxième phase de la formation du personnel de la flotte ambulancière du CAN a débuté avec le support de l'Académie de Berlin à travers l'ONG « **The Johanniter** ».

Pour l'année 2015, le CAN a déjà répondu à plus de 27,812 appels. Depuis le début de l'année jusqu'au 30 septembre 2015, 31,418 cas ont été transportés dans le cadre des services fournis par le CAN dont plus de 10% sont des accidentés de la route.

Sous le leadership du CAN, la Journée Mondiale du Souvenir des Victimes des Accidents de la Voie Publique vient d'être commémorée pour la première fois en Haïti. Pour la prochaine année fiscale, le CAN souhaite augmenter sa flotte d'ambulances, surtout à l'extérieur de Port-au-Prince, en dotant tous les autres départements d'un réseau ambulancier s'assurant ainsi que les soins d'urgences pré-hospitaliers soient disponibles dans toutes les régions du pays.

Au niveau des statistiques sanitaires 290,136 urgences ont été rapportées au cours de l'année 2014. Les cas se distribuent comme suit :

STATISTIQUES SANITAIRES 2014		
Urgences = 290,136	de la route	14,0%
	du travail	3,8%
	Domestique	7,0%
	Autres	75.2%

Le MSPP travaille en étroite collaboration avec Ayiti Air Ambulans qui participe à la prise en charge des patients très critiques venant des endroits les plus reculés du pays : **142 patients ont déjà bénéficié de ce service et ont été évacués vers des institutions spécialisées.** Une toute première en Haïti est la certification de trois compatriotes formés pour la prise en charge des urgences par voie aérienne





Formation de trois techniciens en prise en charge des urgences par voie aérienne (Ayiti Air Anbulans et MSPP) (septembre 2015)

La haute direction du Ministère de la Santé, en collaboration avec la Direction générale de la Police Nationale et le Ministère de la Justice, étudie une stratégie devant régir les ambulances qui prolifèrent de façon anarchique sans aucun respect des normes et standards requis en la matière.

3.4 SECURITE TRANSFUSIONNELLE

Afin de pouvoir disposer de 75% de l'objectif de 40,000 pochettes prévues pour l'année qui devraient venir des volontaires, le PNST a organisé des campagnes de sensibilisation à travers les écoles, les églises, les universités et les associations. Onze réseaux de promoteurs de don de sang volontaire véhiculent le message dans les différents départements. 41,015 personnes se sont présentées pour un don dont 21,946 bénévoles au cours de l'année 2014-2015. Le taux d'infections transmissibles par la transfusion évitées par le dépistage des marqueurs infectieux est de l'ordre de 8.98% avec une séroprévalence du VIH de l'ordre de 0.78% chez les donneurs.

Afin d'augmenter l'accès aux produits sanguins, le MSPP à travers le PNST a établi 39 sites d'accès au sang avec l'ouverture de 25 dépôts de sang dont 3 ont été réactivés en 2014-2015. La couverture des demandes de sang au niveau national est de 54.74%.



Un donneur volontaire



Pour atteindre l'**objectif de 70%** de couverture des besoins de sang exprimés et améliorer la qualité des transfusions, 28,720 pochettes ont été collectées en 2014-2015 à partir de 814 collectes mobiles sur un objectif de 40,000 soit une performance de 71.8%.

L'établissement, la promotion et le suivi de l'application des **normes transfusionnelles** visent à garantir la disponibilité et la qualité du sang et de ses dérivés. Dans le but d'éviter la transmission d'agents infectieux lors des transfusions, 100% des poches collectées sont dépistées pour le **VIIH, HBV, HCV, HTLV 1 et 2, Syphilis** et un système de contrôle de la qualité a été mis en place au niveau des laboratoires. Dans le but de réduire le temps de disponibilité des produits, les machines Architect et Neo Gallileo ont été mises en fonctionnement.

3.5 LUTTE CONTRE LES PRINCIPAUX CANCERS

De par le monde, le Cancer constitue un problème majeur de santé publique. Le Ministère de la Santé par l'entremise de la Direction de Cancérologie et du registre national des cancers continue de renforcer les programmes de dépistage et de lutte. Au cours de cette année, le registre des cancers pour la notification des cas dépistés a été installé dans les dix départements et le personnel formé à cette fin.

Un accent particulier est donné aux activités de prévention et de prise en charge des lésions dysplasiques du col utérin au niveau de six des hôpitaux départementaux dotés d'appareils de cryothérapie. En plus de ces six institutions, l'ONG MEDICORPS qui intervient dans le Nord-Est (5 communes), transmet régulièrement ses rapports aux bureaux départementaux qui les transmettent à la direction de cancérologie. **A date, 112 cas sur 779 (soit 13%) ont été dépistés positivement dans le Nord-Est. La prise en charge des cas du Nord-Est est aussi assurée par MEDICORPS. De février 2014 à juillet 2015, 128 cas de cancer ont été diagnostiqués dans quatre des institutions ciblées du département du Nord (Justinien, Trou du Nord, Milot, Borgne).**

Les cas les plus courants sont les cancers du col et du sein, de la prostate et du testicule et du foie. Au niveau du département du centre (Hôpital Universitaire de Mirebalais) des données provisoires indiquent 40 cas de cancer dépistés (cas provenant de l'ensemble du pays).

3.6 LUTTE CONTRE LES MALADIES MENTALES

A l'occasion de la **Journée Mondiale de la Santé Mentale le 10 octobre 2014**, la Coordination de l'**Unité de Santé Mentale (USM)** a présenté au public intéressé, en présence d'un grand nombre de partenaires nationaux et internationaux, dont des représentants de l'**OEA, de la Tripartite Brésil-Cuba-Haïti et de l'OPS/OMS**, le document Composante Santé Mentale de la Politique Nationale de Santé.

Pour avancer dans le processus d'intégration de la santé mentale au niveau du système de santé, il est impératif que les professionnels de santé soient en mesure de diagnostiquer et de prendre en charge au moins la dépression, l'anxiété, les troubles bipolaires et l'épilepsie, qui représentent les pathologies les plus courantes dans ce domaine. Aussi, pour améliorer l'accès aux soins de santé mentale dans toutes les régions du pays, des services de santé mentale sont à établir au niveau des





Formation des prestataires de santé du Nord sur la détection des troubles de développement de l'enfant

principaux hôpitaux (départementaux et HCR) situés sur tout le territoire. Le Ministère est au tout début de l'initiative en commençant par les HCR construits dans le cadre de la Tripartite à savoir l'Hôpital Raoul Pierre-Louis d'Arcachon 32 et de Bon Repos.

Les résultats de l'étude de la Prévalence des Troubles de Développement de l'Enfant Haïtien entreprise en 2014 dans le département du Nord en collaboration avec l'Ecole de Médecine Albert Einstein ont été présentés au **Congrès de l'International Developmental Pediatrics Association (IDPA) en décembre 2015** (www.idpcongress.org/Poster.html).

Différentes formations ont été réalisées par l'Unité de Santé Mentale au cours de l'année 2014-2015 :

- 155 médecins et infirmières au niveau des dix départements, dont une trentaine affectés à la Direction d'Administration Pénitentiaire pour le milieu carcéral, sur les pathologies les plus courantes ainsi que l'épilepsie.
- 30 formateurs de facilitateurs en santé mentale.
- 30 prestataires du département du Nord sur la détection des troubles de développement de l'enfant.
- 20 médecins, psychologues et travailleurs sociaux sur la détection et la prise en charge de l'autisme.
- 20 prestataires sur l'introduction de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent (en collaboration avec Zanmi la Santé)
- 20 prestataires sur l'agitation, le delirium et la psychose.
- Plusieurs psychologues, travailleurs sociaux et facilitateurs en santé mentale du Centre de Psychiatrie Mars & Klein ont bénéficié d'un stage dans la prise en charge multidisciplinaire des malades sous la supervision des prestataires titulaires.



Au niveau de la résidence hospitalière en psychiatrie, la révision du curriculum a été initiée avec la collaboration de l'Université de Montréal, de la Haitian American Psychiatry Association, de Rebaté Santé Mentale et de Zanmi Lasante/Partners in Health. Une résidence rotatoire à l'HUM a débuté cette année pour la psychiatrie avec emphase sur la psychiatrie communautaire.

L'installation des lampadaires à panneaux solaires à l'Hôpital Défilée de Beudet (**institution publique internant des patients souffrant de maladies mentales**) commencée avec l'appui de la MINUSTHA et de la Coopération Tripartite Brésil-Cuba-Haïti au cours de l'année précédente, a été achevée. La sécurisation de l'Hôpital Défilée de Beudet s'est poursuivie, avec les fonds du Trésor Public, par le relèvement du mur de clôture sur tout le périmètre et l'installation des barbelés.

L'année 2016 devrait permettre de modifier complètement l'infrastructure de l'Hôpital Défilée de Beudet.

3.7 LUTTE CONTRE LES VIOLENCES

Le dernier EMMUS paru rapporte que près de trois femmes sur dix (28%) ont déclaré avoir subi des violences physiques à un moment quelconque de leur vie depuis l'âge de 15 ans. Une femme sur dix a subi des actes de violence au cours des 12 derniers mois ayant précédé l'enquête. Cette proportion est plus élevée chez les femmes de moins de 25 ans. Au niveau des violences sexuelles, 13% des femmes haïtiennes ont subi des violences à un moment quelconque de leur existence.



Signature du protocole d'accord relatif à la gestion du Bureau National de Lutte contre la Violence faite aux Femmes et aux Filles, mis en place par le Ministère à la Condition Féminine et aux Droits des Femmes (MCFDF)



L'évaluation conduite cette année des services offerts aux femmes victimes de violence a fait état de la non-disponibilité des formulaires de certificat au niveau des institutions. Fort de ce constat, le MSPP a procédé à la revue, à la réimpression et à une large distribution de ces formulaires. Il faut aussi noter au nombre des réalisations de cet exercice la publication et la dissémination du **Plan Stratégique National Santé Jeunes et Adolescents (PNSJA)** qui accorde une place privilégiée à la formation visant à la prévention de la violence basée sur le genre.

D'autre part, dans le souci de mieux préparer le personnel prestataire à mieux accueillir et prendre en charge les femmes victimes de violence, un nouveau module a été inclus cette année dans le curriculum de formation des infirmières sages-femmes. Cette initiative sera bientôt introduite aussi dans le curriculum des facultés de médecine et de sciences infirmières.

Le MSPP a poursuivi son appui technique au comité chargé de la "Résolution des conflits matrimoniaux" et à celui responsable de l'encadrement psychosocial des femmes victimes de violence au Ministère à la Condition Féminine. Fidèle aux engagements internationaux pris par l'État haïtien à travers plusieurs accords et conventions, le MSPP est aussi actif au niveau de la table thématique Genre et participe aux interventions stratégiques des institutions étatiques sur les violences basées sur le genre.

Deux départements sont particulièrement actifs dans le domaine de la Lutte contre la violence faite aux femmes. Il s'agit des **Nippes** où la Journée Internationale de la Femme a été célébrée le 25 novembre sous le thème de la Lutte contre la Violence faite aux femmes et qui dispose aussi de trois comités de lutte contre de tels agissements à Vaillant, Petit Trou et Arnaud. Le département du **Centre** a réalisé aussi différentes activités sur ce sujet dont la formation de deux groupes de prestataires (20 et 45) pour la prise en charge des cas, la prise en charge effective de 24 cas de Violence basée sur le Genre et la réalisation de 41 rencontres de sensibilisation au niveau communautaire.



II. RENFORCER LE LEADERSHIP DU MINISTRE A TRAVERS SES FONCTIONS EXECUTIVES

A. GOUVERNANCE

1.1 *Coordination nationale du système de santé et programmation unique.*

Le Ministère de la Santé dans sa fonction de leadership du système assure à travers ses divers organes l'harmonisation des acteurs et le contrôle du système national de santé. Le développement d'une programmation unique et intégrée couplé à l'alignement de tous les intervenants dans le domaine de la santé est un objectif prioritaire du Plan Directeur 2012-2022. Plus de 18 mois après l'élaboration du plan triennal 2013-2016, l'UEP du MSPP a réalisé une évaluation à mi-parcours de sa mise en œuvre. Les leçons apprises de cette évaluation seront prises en compte pour l'élaboration du prochain plan triennal.

Outre ce plan triennal, le MSPP dispose aussi de **plans stratégiques spécifiques** pour la plupart des domaines. Cette année, les plans complémentaires suivants ont été élaborés :

- Plan Stratégique de Communication du MSPP.
- Plan Stratégique Intersectoriel de la Promotion de l'Hygiène Publique.
- Plan Stratégique National actualisé d'Elimination de la Malaria 2016-2022.
- Plan Stratégique de communication du programme national de contrôle de la Malaria.
- Plan de lutte contre la rougeole.
- Plan global de lutte contre la diphtérie.

Partenaires du MSPP à la Table sectorielle du secteur santé (août 2015)



L'Etat haïtien reconnaît, qu'à côté des efforts de ses propres entités, l'appui des partenaires techniques et financiers, des ONG nationales et internationales et la participation de la communauté sont essentiels à la planification, à l'exécution et la gestion des activités ; en un mot à l'amélioration de la Gouvernance du système de santé.

A des fins de coordination, la haute Direction du Ministère réalise la **table sectorielle centrale** au cours de laquelle les priorités et les grands enjeux sont discutés avec les principaux partenaires. Ces tables contribuent au rapprochement du MSPP et de ses partenaires pour l'adoption et le maintien d'une « Vision Commune » tout en offrant des opportunités de mise en œuvre conjointe, d'une distribution géographique rationnelle de plus en plus alignée sur les priorités et les besoins réels.

En plus des tables sectorielles centrales, à un autre niveau s'organisent des **comités de coordination beaucoup plus techniques** sur certaines thématiques comme la nutrition, le choléra, la santé reproductive, la malaria, la tuberculose, les médicaments et la vaccination.

Au niveau déconcentré s'organisent aussi les **tables sectorielles départementales**. Le département des Nippes en a réalisé trois au cours de l'année 2014-2015 tandis que le département de l'Artibonite en a réalisé deux, et les départements du Nord-Est, du Sud-Est, du Centre et du Nord-Ouest en ont réalisé une. **L'idéal retenu par la haute direction du MSPP est une table sectorielle départementale par trimestre**. Tout en offrant l'opportunité d'une meilleure coordination des actions des partenaires, ces tables sectorielles départementales favorisent le partage d'informations entre les directions départementales et leurs partenaires respectifs sur les programmes, les priorités et normes du MSPP, l'avancement des projets ainsi que des interventions des partenaires entre eux.

La Politique Nationale de Santé définit également les grandes lignes de **gestion de l'intersectorialité** en fixant les rôles et apports attendus des différents secteurs au renforcement du système



Participation de la Primature, du Sénat, du Ministère de la Justice, du Ministère de l'Intérieur et des Collectivités Territoriales et des partenaires à l'occasion du lancement de la Politique Pharmaceutique Nationale (juin 2015)

national de santé. Dans le cadre de la lutte contre les zoonoses (particulièrement la rage), le programme de l'innocuité des aliments, la gestion de la qualité de l'eau, la gestion des produits chimiques et la lutte contre les maladies non transmissibles, le MSPP, à travers la DPSPE, a renforcé ses liens avec le Ministère du Commerce et de l'Industrie, le Ministère de l'Agriculture, des Ressources Naturelles et du Développement Rural, le Ministère de l'Environnement, la DINE-PA, la FHADIMAC, le Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle et la Direction de la Protection Civile du Ministère de l'Intérieur et des Collectivités Territoriales, du MPCE et du MEF. D'autres initiatives ont été mises en place dans le cadre de la lutte contre la tuberculose dans les prisons (PNLT), la vente illicite et la contrefaçon des médicaments (comité inter-institutionnel et DPMMT), la prévention des accidents de la route (CAN) avec la Police Nationale d'Haïti et l'OAVCT pour ne citer que celles-là.

Le Ministère ne saurait passer sous silence, les réalisations ayant marqué le secteur santé au cours de l'année 2014-2015 dans un contexte de renforcement de **partenariat public-privé** :



Don de matériels pour interventions en traumatologie et signature d'un accord entre la République de Taiwan et le MSPP en présence de M. Hwang Tsai-Chiu, Ambassadeur de Taïwan en Haïti et du Dr F. D. Guillaume, Ministre de la Santé Publique

- La **5e conférence Charles Mérieux** sur le thème «*Santé globale : les enjeux haïtiens*» avec l'appui des Centres Gheskio, le centre Jacques Cartier, l'Agence Universitaire de la Francophonie et la Fondation Mérieux (février 2015)
- La Pose de première pierre du **Centre de Soins Intensifs et de Traumatologie**, partenariat public privé entre l'État Haïtien et le projet Medishare (juillet 2015)
- Le Partenariat avec NOAH New York (National Organization for the Advancement of Haitians) pour le fonctionnement du Centre de Santé de Caracol dans le Nord-Est (octobre 2015)



- L' Accord de don de matériels pour interventions en traumatologie paraphé par le Ministère de la Santé, les autorités taiwanaises et le plus grand *centre hospitalier de Taiwan E-DU* (novembre 2015) au bénéfice du futur Hôpital Notre Dame du Perpétuel Secours de Bon Repos.
- La Signature d'autres accords entre le MSPP et six partenaires (USAID, Affaires Mondiales Canada, UNICEF, UNFPA, Projet PASMISSI/Banque Mondiale) pour le financement de l'*EMMUS VI* (novembre 2015)

En vertu des accords et traités internationaux en matière de santé, la **coordination avec la République Dominicaine** se poursuit en vue de résoudre les problèmes de santé transfrontaliers. La surveillance des maladies transmissibles (choléra, tuberculose, malaria, VIH-SIDA) est renforcée par le Ministère autant que possible au niveau des départements transfrontaliers en considérant les plans conjointement développés spécifiant les responsabilités de chaque pays. La vente illicite et la contrefaçon des médicaments, la mise en place du contrôle de qualité des produits alimentaires importés de la République Dominicaine et une meilleure prise en charge des migrants constituent les points encore irritants du menu des discussions.

1.2 Financement basé sur les résultats

Dans le cadre de la gouvernance et du financement des services de santé, le secteur privilégie la contractualisation. Les **résultats attendus du Financement Basé sur les Résultats (FBR)** sont que : 1) l'amélioration des services de santé et en particulier ceux de la santé materno-infantile en équité et qualité soient améliorés ; 2) la motivation et la rétention du personnel surtout dans les zones rurales; 3) la participation des communautés dans le développement des stratégies, la mise en œuvre, la satisfaction du client/patient et la pérennité des acquis; 4) l'esprit d'innovation, d'initiative, d'entreprenariat et de responsabilité partagée ; 5) la rationalisation et l'efficacité des systèmes de gestion.



Formation des cadres du département sanitaire de la Grande-Anse sur le Financement basé sur les résultats



Cette approche n'est pas nouvelle en Haïti ayant été expérimentée de 1999 à 2010 à l'échelle de projets non étatiques. Transformée en Stratégie Nationale pour le financement des activités en Santé en 2013 sous l'Administration Martelly et lancée effectivement en août 2014 après la préparation de Manuel d'opération et d'outils de gestion, elle est appliquée dans sept institutions du département du **Nord-Est identifié pour la phase pilote** avec un appui technique et financier de la Banque Mondiale. Des protocoles d'entente comportant les objectifs à atteindre pour la période considérée sont signés entre la Direction Départementale du Nord-Est et le Ministre puis secondairement entre la Direction Départementale et les responsables d'institutions les habilitant à recevoir les fonds de démarrage et plus tard les primes basées sur les pourcentages de résultats atteints par objectif fixé après vérification par une Agence externe pour l'année.

Pour suivre et ajuster cette stratégie nationale et étatique en santé, deux revues à mi-parcours ont eu lieu en 2015. Elles ont permis, entre autres, de renforcer la mise en œuvre au moyen de leçons apprises. Elles ont aussi mis en exergue l'effet positif de la stratégie sur les différents piliers du système. Six autres départements sanitaires sont prêts pour intégrer la mise en œuvre avec la formation de 263 personnels (Sud, Centre, Nord-Ouest, Nippes, Nord et Grand-Anse) et l'identification de 196 institutions. Une étude est en cours dans ces départements pour établir **une ligne de base permettant ainsi de mieux apprécier l'impact du FBR** sur l'offre et l'utilisation des services dans le futur. Le département de l'Ouest étant d'une grande diversité et complexité n'a pas encore été préparé à cet exercice.

Parmi les autres partenaires identifiés pour appuyer le FBR, on note l'USAID et le Fond Mondial en attendant la sensibilisation des autres à comprendre que chaque dépense consentie en santé devrait pouvoir être liée à un résultat.

1.3 Etablissement des Normes techniques et administratives

Parmi les importantes réalisations du MSPP au cours de l'année 2014-2015, on note la **révision du Paquet Essentiel de Services (PES)** avec la définition d'un modèle de prestation de services par niveau d'institutions. Le document du PES est présentement en cours d'impression pour sa diffusion et vulgarisation à tous les niveaux.

Des **normes techniques et administratives** relatives à la prestation des services ainsi qu'à la gestion des ressources disponibles pour la santé ont aussi été élaborées, ou révisées pour certaines, et



Participants à l'atelier sur la Finalisation des règlements internes de l'hôpital de campagne des maladies infectieuses (juin 2015)

vulgarisées pour la plupart au cours de l'année 2014-2015. Ces dernières sont consignées dans le tableau suivant :

NORMES TECHNIQUES ET ADMINISTRATIVES ELABOREES/ VULGARISEES - PERIODE 2014-2015	
DOMAINES	NORMES
Système de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Paquet Essentiel de Services (PES) • Normes de référence contre-référence
Pharmacie	<ul style="list-style-type: none"> • Politique Pharmaceutique Nationale (5,000 exemplaires distribués) • Elaboration des Normes et Procédures de la Direction de Pharmacie
Surveillance épidémiologique	<ul style="list-style-type: none"> • Conception de stratégies et d'outils contre l'épidémie d'Ébola • Plan de lutte contre la rougeole • Révision des fiches techniques sur le choléra et élaboration du plan conjoncturel • Outils de surveillance des cas de diphtérie • Révision du manuel opérationnel de surveillance épidémiologique
Santé de la mère	<ul style="list-style-type: none"> • Nouvelles normes de prise en charge des complications obstétricales et néonatales • Révision des outils de surveillance des décès maternels et riposte
Sécurité transfusionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Politique Nationale de Sécurité Transfusionnelle • Guide de formation des utilisateurs du sang • Elaboration des planches de sensibilisation au don de sang volontaire
Malaria	<ul style="list-style-type: none"> • Actualisation du manuel de prise en charge clinique de la malaria • Plan stratégique de communication du PNCM • Actualisation du Plan Stratégique National d'Élimination de la Malaria (PSNEM) 2016-2022
Tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> • Actualisation des normes de contrôle de l'infection TB • Actualisation des normes TB sensibles et MDR
IST	<ul style="list-style-type: none"> • Actualisation du manuel de prise en charge des IST • Actualisation des fiches techniques de traitement des IST
Qualité des soins/ équipements	<ul style="list-style-type: none"> • Document de quantification des intrants • Actualisation des manuels de normes de prise en charge • Cadre légal pour la construction et l'organisation du laboratoire national de contrôle de qualité des médicaments (en cours de finalisation)
Communication	<ul style="list-style-type: none"> • Plan stratégique de communication pour le MSPP (ébauche) • Stratégie Nationale de communication pour la santé
Financement basé sur les résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Manuel de formation du FBR
Formation et perfectionnement en sciences de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Révision et mise à jour des Outils et Procédures pour l'évaluation des Institutions de Formation en Sciences Infirmières • Outils et Procédures pour l'évaluation des Facultés de Médecine • Outils et Procédures pour l'Octroi de la licence professionnelle aux professionnels de la santé formés à l'étranger
Assainissement	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Stratégique Intersectoriel de la Promotion à l'Hygiène



1.4 Renforcement de la Gestion des Services et de certains centres hospitaliers

Le **renforcement** de la gestion des services de santé passe par celui **des Directions départementales** qui doivent garantir la production pérenne des services et soins de qualité, accessibles à toutes les populations, et par celui des Directions Centrales qui doivent s'assurer de la disponibilité et de l'application des normes.



Remise des plaques de reconnaissance aux trois départements les plus performants au cours de l'année 2014 : le département des Nippes, le département du Nord et le département du Nord-Est (mai 2015)

L'amélioration de la **gestion des hôpitaux publics** par la mise en place de système de gestion standard pour une saine Gouvernance est une priorité pour le MSPP. Des outils de gestion ont été revisités et la formation des gestionnaires réalisée dans le cadre de la mise en place des trois nouveaux HCR construits avec l'appui du projet tripartite Brésil-Cuba-Haïti et l'Institut Haïtien de Réhabilitation. De nouveaux outils de gestion pour hôpitaux départementaux ont aussi été élaborés dans le cadre de l'appui du gouvernement canadien à la construction du nouvel hôpital des Gonaïves. Avec l'objectif de renforcer sa bonne marche et de remplir sa mission envers la population, le MSPP a mis en place, en mars 2015 un *Conseil d'Administration de 13 membres* nommé par arrêté présidentiel et installé par le Premier Ministre Paul au sein de cet hôpital qui tardait à remplir sa véritable mission pour de multiples raisons dont la politisation et des ressources humaines non qualifiées à des fonctions clés. La coopération canadienne a consenti une assistance technique rapprochée avec un Directeur Exécutif intérimaire qui a assuré le redressement de la situation, l'assainissement du milieu et la mise en place d'autres systèmes de gestion. Il est important de maintenir cet effort de Bonne Gouvernance si le pays ne veut pas perdre l'investissement consenti par le Canada, le Mexique et la France.





Installation du Conseil d'Administration de l'Hôpital la Providence des Gonaïves (mars 2015)

Pour les mêmes raisons évoquées antérieurement, depuis leur inauguration il y a plus d'un an, les trois HCR (**Hôpital Raoul Pierre-Louis d'Arcachon 32, Hôpital Ary Bordes de Beudet et l'Hôpital de Bon Repos**) **construits dans le cadre de la coopération tripartite (Brésil, Cuba, Haïti) n'avaient pas pu atteindre dans un délai raisonnable leur niveau de fonctionnement optimal (24/24h, 7/7jr)**. En vue d'apporter une solution à cette situation, le Ministère a organisé trois ateliers et des visites de supervision avec les responsables de ces institutions en vue d'identifier les principales contraintes et leur trouver des solutions. Le troisième atelier tenu au début de décembre 2015 a été l'occasion de faire le suivi des recommandations prises au cours des deux premiers en souhaitant que celles-ci puissent contribuer à atteindre les résultats escomptés le plus rapidement possible.

1.5 Organisation du réseau communautaire de services

Au cours de l'année 2014-2015, le MSPP a documenté et évalué la mise en place d'un modèle d'organisation de soins de santé communautaire autour de l'HCR de Carrefour avec la perspective d'une extension nationale. Les premiers résultats sont palpables et encourageants et confirment la faisabilité du modèle. A partir de cette expérience et avec l'appui de l'OPS/OMS, le MSPP a présenté, en novembre 2015, le modèle retenu pour l'organisation des soins de santé communautaire. La présentation a exposé les résultats obtenus à l'hôpital de Carrefour avec les forces, faiblesses, défis et les leçons apprises.

Face à ce succès obtenu avec l'assistance de la coopération canadienne, le MSPP se prépare avec le support d'autres partenaires à l'étendre à d'autres communes dans d'autres départements. Cette extension sera progressive tenant compte des difficultés financières auxquelles fait face le secteur alors que les services communautaires constituent un incontournable pilier pour un système de



santé performant dans les Pays moins avancés. Il faut également souligner les grands défis auxquels fait face le MSPP et qui risquent de compromettre le succès du programme en cours. En effet, le problème majeur demeure l'insertion dans le système, la prise en charge et la supervision permanente et intégrale des ASCP, Auxiliaires-Infirmières et Inspecteurs Sanitaires déjà formés. Ces catégories de personnel représentent le nerf du programme de santé communautaire et se sentent fières de pouvoir contribuer à l'amélioration des conditions de vie de leur communauté. Le plaidoyer pour la prise en charge des ASCP dans le budget du Trésor Public et l'augmentation de l'allocation du budget de l'Etat au secteur de la santé doit être prise au sérieux par les instances financières si on veut réduire certaines frustrations de la population alimentant aussi d'une certaine manière l'instabilité politique.

Entre temps, le Service de Santé Communautaire (SSC) a été introduit au niveau de la DPSPE afin de mieux structurer la gestion de ce programme au sein du Ministère.

1.6 Supervision et Contrôle

La Politique Nationale de Santé et le Plan Directeur en Santé accordent une place importante à la supervision dans le cadre du renforcement de la gouvernance du système de santé et de l'assurance de la qualité des soins et services. En plus des nombreuses supervisions normatives réalisées par les directions centrales au niveau des directions départementales et des principales structures de santé (institutions de tous les niveaux, cliniques dentaires, pharmacies, CDAI et autres), le niveau départemental réalise également des supervisions régulières au niveau des institutions. Ces supervisions portent sur la gestion des soins et services, le fonctionnement, l'accessibilité des services, la disponibilité et l'utilisation des procédures et protocoles de soins.



Visite de supervision de la Direction Générale du MSPP autour des partenaires contribuant à la construction de l'Hôpital St Michel de Jacmel (Coopération Japonaise et Croix Rouge Canadienne) (octobre 2015)



Le **renforcement des soins infirmiers** est une composante importante de l'amélioration de la qualité des services et soins de santé. Durant la période 2014-2015, la Direction des Soins Infirmiers a poursuivi son appui aux directions institutionnelles de soins hospitaliers dans la gestion du personnel infirmier et des soins aux patients ainsi que l'inspection, l'encadrement et l'évaluation du personnel. La mise en place d'une coordination des soins infirmiers au niveau départemental est une stratégie qui vise aussi l'amélioration de la qualité des soins infirmiers au sein des institutions.

Pour un meilleur **contrôle des écoles de formation en Sciences Infirmières**, le MSPP a créé un logo pour l'identification des institutions qui ont obtenu le permis de fonctionnement. A date, 55 institutions sont identifiées par ce logo du MSPP. La cérémonie de remise du logo a eu lieu le 11 juin 2015. Le Curriculum standard de Formation en Sciences Infirmières et le Manuel de Normes en Soins infirmiers ont été distribués aux représentants de ces institutions au cours de



Cérémonie de remise de logo comme permis de fonctionnement aux écoles de formation d'infirmières privées (juin 2015)

cette cérémonie. Un spot audio est régulièrement diffusé sur les ondes de plusieurs stations de radio en vue d'aviser la population par rapport à cette liste qui est également postée sur le site web du MSPP. Depuis cette première identification, 28 nouvelles institutions ont été visitées, deux dossiers ont été évalués par le jury et une nouvelle institution a été reconnue par le MSPP. 2,743 infirmières des écoles privées et publiques ont subi les Examens d'Etat le vendredi 28 août 2015 en vue d'obtenir la licence de fonctionnement.

La certification, l'accréditation et l'autorisation de fonctionnement permettent aussi d'effectuer un certain contrôle sur les institutions. Pour cet exercice, la DOSS a analysé 25 dossiers pour octroi de permis de fonctionnement. Cinq institutions ont obtenu leur permis de fonctionnement. Le manque de ressources au niveau de la DOSS retarde la pleine réalisation de cette importante activité.



En attendant l'adoption des lois par la nouvelle législature, le Ministère a dû faire appel aux sociétés savantes pour l'octroi des licences aux professionnels spécialisés revenant de l'étranger. Six accords ont déjà été signés en ce sens.

B. RESSOURCES HUMAINES

La planification de la main d'œuvre et l'identification des besoins en ressources humaines doit reposer sur des données fiables. Au cours de l'année 2014-2015, le MSPP a **réalisé l'Évaluation des Ressources Humaines des Institutions Sanitaires du secteur public (ERHIS)**. Cette évaluation a établi au 30 juin 2014 un effectif total de 13,014 employés en poste dans le secteur public dont 1,068 médecins, 1,470 infirmières et 84 sages-femmes. Avec une population de 10,579,230 habitants, cette situation donne un ratio de 1 médecin pour 9,901 habitants, 1 infirmière pour 7,248 habitants et 1 sage-femme pour 33,333 femmes en âge de procréer. 88% des effectifs du MSPP exercent en zone urbaine contre 12% en zone rurale alors que 49,74% de la population vit en zone rurale. **L'analyse de la pyramide des âges révèle que 1/10ème des effectifs actuels du personnel de santé a atteint l'âge de départ à la retraite (25 ans de service, 55 ans d'âge)**. Au début d'octobre 2015, le MSPP a lancé l'ERHIS 2 qui vise à compléter les informations stratégiques du domaine des ressources humaines en santé en Haïti dans le secteur privé. Cette évaluation se poursuivra jusqu'au début de 2016.

Avec l'objectif de renforcer les mécanismes de suivi de la disponibilité des ressources humaines, la Direction des Ressources Humaines a réalisé des **revues trimestrielles des activités de gestion des ressources humaines**. Ces revues ont aussi permis d'identifier les cas de défection et de prendre les mesures nécessaires pour corriger la situation : l'effectif du personnel non en poste a alors chuté de près de 75% passant de 788 (environ 6%) au 30 juin 2014 à 205 (1.3%) au 30 juin 2015.

EVOLUTION DES EFFECTIFS DU MSPP (2014-2015)								
	Situation des effectifs au 30 juin 2014 (ERHIS 1)		Situation des effectifs au 31 janvier 2015 (Revue 1)		Situation des effectifs au 31 mars 2015 (Revue 2)		Situation des effectifs au 30 juin 2015 (Revue 3)	
Enregistrement SIGRH	13,802	100%	14,358	100%	15,057	100%	15,589	100%
Non en poste	788	5.70%	287	2%	263	1.74%	205	1.30%
En poste	13,014	94.29%	14,071	98%	14,794	98.25%	15,384	98.71%
Médecins	1,068	8.20%	1,364	9.69%	1,514	10.23%	1,544	10.03%
Infirmières	1,470	11.30%	1,612	11.45%	1,821	12.31%	1,900	12.35%
Sages-femmes	84	0.65%	94	0.66%	106	0.72%	120	0.78%

S'agissant du personnel en poste, il apparaît que depuis l'ERHIS 1, les effectifs du MSPP sont passés de 13,014 employés au 30 juin 2014 à 15,384 employés au 30 juin 2015; soit une évolution d'effectif de 2,370 employés (18%). Il faut reconnaître les efforts consentis par l'État pour assurer de nouveaux recrutements.



En ce qui concerne les professionnels de la santé, sur la même période, le nombre de médecins a augmenté de 45% en passant de 1,068 au 30 juin 2014 à 1, 544 au 30 juin 2015 (soit 476 médecins supplémentaires). Quant aux infirmières leur effectif s'est accru de 29% en passant de 1,470 à 1,900 (soit 430 nouvelles infirmières). Enfin, pour ce qui est des sages-femmes, on enregistre une croissance d'effectif de 43% (de 84 à 120, soit 36 nouvelles sages-femmes). Au niveau de ces trois catégories professionnelles clés, les médecins sont donc ceux qui nominativement ont enregistré le plus de recrutement. Ensuite viennent les infirmières puis les sages-femmes.

En mai 2015, un important **forum s'est tenu sur la problématique de la gestion des ressources humaines**. Ce forum a regroupé 84 cadres du MSPP issus des directions centrales et départementales et des principales institutions spécialisées et a été réalisé sous la présidence de la Haute Direction du MSPP. Outre ces participants en interne, le forum a enregistré des intervenants externes issus de l'OMRH et de l'OFATMA pour les aspects touchant le cadre réglementaire et le programme d'auto-assurance. D'importantes résolutions relatives au cadre normatif (gestion des congés d'étude, personnel à gage, gestion des badges, contrats et lettres de nominations, diagnostic organisationnel, etc.) ont été prises au terme de cette réunion.

Les **avantages sociaux** s'inscrivent dans le volet des conditions de travail, d'hygiène et de sécurité de la gestion des ressources humaines. A ce titre, les faits saillants suivants sont à relever : diffusion de la nouvelle structure et des mécanismes de gestion du programme d'auto-assurance des agents de la fonction publique, traitement de dossiers liés au programme d'assurance des agents, suivi administratif des pensions liquidées ou sollicitées et traitement de dossiers liés au programme de Kredi Pam.

Au cours de l'année 2014-2015, le MSPP a poursuivi la mise en place de **l'opérationnalisation du système d'Évaluation de la Performance (SYSEP)** conformément aux dispositions de l'arrêté du 14 septembre 2014. Quatre outils ont été élaborés pour mettre en œuvre ce système : un support de sensibilisation (affiche en français et en créole), un support d'orientation (guide), un support d'auto-apprentissage (spot CD Audio), un support technique (formulaire d'évaluation de l'OMRH adapté avec 10 critères d'évaluation).

EVALUATION DE LA PERFORMANCE DES FONCTIONNAIRES DU MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION



**Une démarche novatrice
pour l'efficacité du service public**

Qui ? Tout agent en activité
Quand ? A chaque exercice fiscal
Quoi ? Exprime le rendement de l'agent dans le service
Comment ?

- ☛ fixer les attentes au début de l'année fiscale
- ☛ suivre et accompagner au cours de l'année fiscale
- ☛ évaluer le rendement à la fin de l'année fiscale à travers:
 - l'auto-évaluation de l'agent
 - l'entretien d'évaluation avec le supérieur hiérarchique

LE CYCLE DE GESTION DE LA PERFORMANCE



1. PLANIFICATION DE L'ÉVALUATION
Durée: 15 jours

- ☑ Définir le cadre de l'évaluation
- ☑ Identifier les critères à évaluer
- ☑ Définir les objectifs à atteindre
- ☑ Déterminer le calendrier

2. ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE
Durée: 15 jours

- ☑ Définir les attentes
- ☑ Suivre et accompagner
- ☑ Évaluer le rendement
- ☑ Établir le bilan

**AN NOU KOLABORE POU BAY
POPILASYON AN BON JAN SEVIS**








Une **phase pilote du SYSEP a été initiée dans deux unités administratives du MSPP** (DRH et DPSPE) avec 1) l'élaboration d'un recueil de 24 descriptions de poste et d'objectifs de travail pour la DRH, 2) l'élaboration d'un recueil de 49 descriptions de poste et d'objectifs de travail pour la DPSPE et 3) la conduite effective de l'entretien d'évaluation sur la base de ces outils dans ces deux unités.

2.1 Développement des ressources humaines

Le développement des ressources humaines passe inévitablement par un **renforcement des capacités**. Tout en contribuant au renforcement des conditions de travail, les formations continues font partie intégrante du plan de performance de chaque personnel du secteur santé. Un plan de formation dont le but est de renforcer les capacités des employés du MSPP à leur poste de travail a été développé et validé.

Dans le cadre de **l'orientation sur la culture organisationnelle du MSPP**, trois groupes de professionnels du niveau central ont participé à ces sessions au cours de l'année 2014-2015, plus spécifiquement:

- 68 secrétaires et réceptionnistes ont reçu une formation et de la documentation sur le savoir-faire du monde professionnel
- 84 chauffeurs ont été formés en secourisme et reçu de la documentation sur les nouvelles technologies dans la conduite–auto



Formation d'un groupe de chauffeurs du niveau central du MSPP (décembre 2014)



- 28 administrateurs ont été formés à la gestion des ressources humaines, matérielles et financières ainsi qu'à la conduite de l'évaluation de la performance (SYSEP)

Avec l'objectif d'améliorer la qualité de la *prestation des services et soins* de santé plusieurs programmes ont réalisé, au cours de l'année 2014-2015, des **formations continues** pour les différentes catégories de personnel. Les tableaux de **l'Annexe 3** présentent les principales activités de formations réalisées par les départements et le niveau central :

- *Tableau 2* : Formations dans les domaines les domaines de l'épidémiologie /laboratoires/ sécurité transfusionnelle, promotion de la santé et l'hygiène
- *Tableau 3* : Formations dans le domaine de la santé de la femme et de la mère
- *Tableau 4* : Formations dans les domaines de la santé de l'enfant, la nutrition et la prise en charge de la malnutrition
- *Tableau 5* : Formations portant sur les principales maladies transmissibles, plus particulièrement le VIH-SIDA, la tuberculose et la malaria

Plusieurs cadres du MSPP ont aussi participé à des **formations et des rencontres d'échange à l'extérieur du pays**. Parmi celles rapportées pour 2014-2015, on note les suivantes :

- Rencontres relatives à la gestion des approvisionnements pharmaceutiques,
- formations du réseau TEPHINET (Training Programs in Epidemiology and Public Health Interventions Network) à Mexico City,
- Formations sur les maladies et phénomènes non transmissibles (accidents, cancers, tabagisme)
- Partage d'expériences avec d'autres pays sur la surveillance des décès maternels et riposte (en Indonésie)
- Formation sur l'Économie et le financement de la santé pour l'Amérique Latine et la Caraïbe
- Atelier sur le renforcement des systèmes d'information sur la mortalité (Barbades)
- Formation sur le District Health Information System 2 (DHIS2) niveaux 2 et 3 (Bénin)
- Atelier sur le renforcement du système d'information sanitaire dans les pays de la Caraïbes et d'Amérique Latine (Costa Rica)
- Formation sur Partenariat Public-Privé – cadres de l'Unité de Contractualisation (Montréal)
- Formation en Suivi/Évaluation de programme FBR (Boston)
- Atelier sur la couverture sanitaire universelle au Sénégal en avril 2015 par six cadres (UEP, UC, Hôpital OFATMA, MPCE) ont participé à un
- Formation au Bénin de cinq Techniciens de la chaîne de froid sur l'installation et la maintenance du système de réfrigération solaire (dans la perspective du passage des réfrigérateurs à gaz aux réfrigérateurs solaires)
- Formation sur les Règlements et Droits Pharmaceutiques à Strasbourg



- Formation sur la pharmacovigilance au Uppala Monitoring Center en Suède
- Participation du Coordonnateur de l'Unité de Santé Mentale au Grand Rounds à Suny Downstate Medical Center (Brooklyn, NY) pour renforcer la coopération dans le cadre de l'étude de la prévalence et la détection des troubles de développement de l'enfant haïtien.

Parmi les stratégies envisagées pour le développement des ressources humaines, on retrouve *l'identification et la formation de nouvelles catégories de professionnels* et de spécialistes telles que celles d'officiers sanitaires et d'agents de santé communautaire polyvalents.

Dans le cadre de sa nouvelle politique de santé communautaire, le MSPP vise la formation d'un réseau unique de travailleurs de la santé, les **Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCP)**. Ces agents sont formés suivant le curriculum standard élaboré par le MSPP et fournissent un paquet de services standard à la population. Ce programme prévoit la formation de plus de 10,000 ASCP pour les dix départements à raison d'un agent pour mille habitants ou 200 à 250 familles. Plus de 3,000 ASCP ont été formés en 2013-2014.



Graduation des Agents de Santé Communautaire (ASCP) de Plaisance du Sud (juillet 2015)

Avec l'appui de ses partenaires, le MSPP a formé 1,905 autres ASCP au cours de l'année 2014-2015. Ce qui porte à **4,000 le nombre d'ASCP formés** depuis la mise en place du programme de formation. De ces 4,000, 2,774 sont pris en charge de façon permanente par les partenaires dans les dix départements sanitaires et 1,226 sont intégrés d'une manière temporaire selon la disponibilité de fonds. Les 2,774 ASCP formés sont régulièrement exposés à des formations continues sur les différentes thématiques de santé selon les besoins identifiés au cours des visites de supervision.





Graduation des Agents de Santé Communautaire Polyvalents aux Gonaives (juillet 2015)

Au cours de l'année 2015, trois partenaires (Handicap International, Université Adventiste/ Université Loma Linda et l'hôpital Albert Schweitzer) impliqués dans les programmes de formation de **Techniciens en Réadaptation** se sont mis ensemble pour développer un programme standard de formation qui est en cours de validation au MSPP.

La **mise à niveau des universités et des écoles de formation des professions médicales** vise à renforcer le nombre et la qualité du personnel technique et administratif du MSPP et ce, dès le niveau de la formation initiale. Dans le but de standardiser la formation des infirmières tant dans les institutions publiques que privées reconnues, la Direction de Formation (DFPSS) a réalisé des séminaires de formation pour les directeurs et enseignants de ces institutions. Ces formations ont touché la pédagogie universitaire, la mesure/évaluation (docimologie) et les soins infirmiers aux personnes handicapées.

On peut noter l'ouverture de deux nouvelles écoles d'infirmières privées dans les **Nippes**, ce qui pourra contribuer à une plus grande disponibilité de ressources humaines qualifiées dans ce département.

Au niveau des programmes **spécialisations pour les infirmières, on peut citer les formations suivantes** :

- poursuite de la formation des infirmières sages-femmes (n = 160)
- troisième et dernière cohorte d'infirmières pour la maîtrise en éducation-infirmière et leadership (partenariat Régis College/MSPP/Université d'Etat d'Haïti)
- infirmières praticiennes (partenariat Hunter College/MSPP/UEH)



- première cohorte d'infirmières spécialisées en soins pédiatriques (partenariat Institut Necker Pédiatrie Haïti) (n= 29)
- infirmières anesthésistes : 19 à l'hôpital Universitaire de Mirebalais et à l'hôpital Universitaire Justinien

Dans le cadre de la réglementation des écoles de formation, le MSPP supervise, sur une base annuelle les sessions des examens d'admission et d'Etat pour les infirmières, La Direction de Formation a aussi révisé les règlements pour le Service Social.

En septembre 2015, le MSPP a réalisé la deuxième **Université de Santé Publique en Haïti** avec l'appui de REFIPS (Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé) au cours de laquelle cinq modules ont été couverts : promotion de la santé, santé et environnement, politiques publiques favorables à la santé, santé scolaire, développement de ville/communautés en santé. En plus des experts du REFIPS, du MSPP et du Ministère de l'Education Nationale, plus de 90 participants (professionnels de la santé, médecins, infirmières, communicateurs, acteurs de terrain, moniteurs) ont bénéficié de cette initiative.

C. SYSTEME D'INFORMATION POUR LA GESTION

3.1 Renforcement et unification du système d'information pour la santé

Le MSPP a décidé de mettre en place un **Système d'Information Sanitaire Unique (SISNU)** afin de disposer à temps d'information stratégique sanitaire, ce qui permettra à tout moment de disposer des informations sur les problèmes de santé (en termes de morbidité, mortalité), sur les facteurs associés, sur l'utilisation des services de santé par la population et sur l'impact de la politique sanitaire à partir des stratégies mises en œuvre. Les différents piliers du système d'information sanitaire (surveillance épidémiologique et statistiques des ressources) seront adressés par cette initiative. Toutefois, dans un premier temps, l'emphase a été mise sur les statistiques de services.

La mise en place du SISNU se réalise dans le cadre d'un processus participatif incluant à la fois le MSPP et les partenaires haïtiens et étrangers. Durant l'exercice 2014-2015, les activités suivantes ont été réalisées:

- Identification d'une liste d'indicateurs qui prend en compte les besoins essentiels d'information; une version préliminaire d'un lexique des indicateurs a été préparée afin de permettre à tous les utilisateurs d'en effectuer une interprétation commune et de contribuer à l'amélioration de la fiabilité de l'information générée
- **Diagnostic du Système d'Information Sanitaire en application** : ce diagnostic permettra d'identifier les forces et faiblesses du SIS et d'établir les besoins d'assistance technique
- Révision des outils de collecte et de rapportage (registres, rapport de statistique mensuel) et validation de ces derniers par les opérateurs départementaux
- Formation d'environ 1,500 prestataires des institutions publiques, privées et mixtes dans les 10 départements sur les nouveaux outils du SISNU (Volet statistique de service)





Ministère de la Santé Publique
et de la Population (MSPP)

**1, angle avenue Maïs Gâté
et rue Jacques Roumain, 2015
www.mspp.gouv.ht**

Suite au Tome 2