



Ministère de la Santé Publique et de la Population

PLAN INTERIMAIRE DU SECTEUR SANTÉ

Avril 2010 – Septembre 2011

Mars 2010

**La santé du peuple est la fondation sur laquelle
repose tout le bonheur et toute la
puissance de l'État.**

– Benjamin Disraeli

LISTE DES ABREVIATIONS	iv
1. État des lieux	1
1.1 Avant le tremblement de terre du 12 janvier 2010	1
1.2 Impact du tremblement de terre du 12 janvier 2010	4
2. Analyse et priorisation des besoins	5
3. But	11
4. Objectifs	11
5. Populations cibles	11
6. Stratégies	12
6.1 Stratégies de prestation des services	12
6.2 Stratégies de renforcement institutionnel	13
7. Financement	16
8. Modalités de mise en œuvre	18
9. Suivi et évaluation, échéancier et budget	19
ANNEXES	22
Annexe 1. Provision des services dans les camps / zones de regroupement de la population	23
Annexe 2. Provision des services dans les institutions de santé (postes fixes)	25
Annexe 3. Paquet Minimum de Services au niveau secondaire	26
Annexe 4. Schéma d'organisation de services	27

LISTE DES ABREVIATIONS

EMMUS IV	IVème Enquête sur la Morbidité, la Mortalité et l'Utilisation des Services
CDI	Centre de Diagnostic Intégré
Col vol	Collaborateurs volontaires
DOTS	Directly Observed Treatment Scheme
DPC	Direction Protection Civile
HCR	Hôpital Communautaire de Référence
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
OFATMA	Office Assurance du Travail, Maladie et Maternité
ONA	Office National d'Assurance
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PMS	Paquet Minimum de Services
PNST	Programme National de Sécurité Transfusionnelle
PSS	Protection Sociale en Santé
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Projet de Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH/Sida
PTS	Postes de Transfusion Sanguine
RH	Ressources Humaines
SNLI	Système National Unique de Logistique des Intrants
SIS	Système d'Information Sanitaire
SSPE	Services de Santé de Premier Echelon
SWAP	Sector Wide Approach (mise en commun des fonds pour la santé)
TB	Tuberculose
TIC	Technologie de l'information et de la Communication
UCS	Unités Communales de Santé
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

L'intérêt accordé à la maladie et à la mort n'est qu'une autre expression de l'intérêt accordé à la vie.

– Thomas Mann

1. État des lieux

1.1 Avant le tremblement de terre du 12 janvier 2010

La situation sanitaire d'Haïti était préoccupante avant le séisme. La *mortalité infantile* en Haïti est la plus élevée de la région des Amériques avec 57/1 000 naissances vivantes, les causes principales incluent : la mortalité néo-natale, les infections aiguës des voies respiratoires, les maladies diarrhéiques, l'anémie, et la malnutrition chronique. La *mortalité maternelle* demeure parmi les plus élevées du monde avec 630/100 000 naissances vivantes et l'une des principales causes passe par le fait qu'il n'y a que 25 % des naissances qui ont lieu dans un établissement de santé. De plus seulement 18 % des femmes en âge de procréer ont accès à des méthodes contraceptives modernes. Le VIH/SIDA avec une prévalence de 2,2% et la Tuberculose avec un taux de détection 70 % représentent de sérieux problèmes de santé publique en Haïti.

Le système de santé haïtien offre des soins formels à près de 47 % de la population. Cet accès réduit est compensé en partie par l'utilisation de la médecine traditionnelle comme premier recours face à la maladie. Le secteur privé est extrêmement important, particulièrement celui à but non lucratif bien que son articulation avec le secteur public mérite d'être améliorée. Ce système est structuré en trois niveaux :

- a. Premier niveau composé d'un 1^{er} échelon avec un peu plus de 600 services de santé de premier échelon (SSPE) avec et sans lits et un 2^e échelon avec 45 hôpitaux communautaires de référence (HCR) ;
- b. Deuxième niveau avec dix hôpitaux départementaux ;
- c. Troisième niveau avec six (6) hôpitaux universitaires dont cinq (5) à Port-au-Prince.

Il faut noter que beaucoup de ces établissements de santé sont gérés par des ONG et le secteur religieux. Ce réseau formel est théoriquement organisé en 54 Unités communales de santé (UCS) desservant chacune une population de 80 000-140 000 habitants.

Les UCS ont le mandat d'assurer la dispensation d'un Paquet Minimum de Services (PMS) et de coordonner le réseau sanitaire du premier niveau.

En pratique, le système de santé haïtien présente d'importants problèmes de fonctionnalité, d'organisation et de gestion -autant au niveau micro que macro-, résultant en une offre de soins fragmentée, peu accessible et avec un faible contrôle de qualité.

Depuis 2009, le système de santé dispose de cinq (5) Centres de Diagnostic Intégré (CDI) avec haute technologie. Toutefois, en dépit de leur vocation de pont entre le 1^{er} et le 2^e niveau, ces structures demeurent faiblement intégrées avec le reste du système.

Enfin, il faut noter l'existence d'un réseau privé à but lucratif ne couvrant qu'une très faible proportion de la population et qui échappe pratiquement au contrôle du secteur public. En Haïti nous trouvons trois (3) laboratoires privés produisant des médicaments mais ne couvrant qu'une faible part du marché.

Avant le tremblement du 12 janvier, le système de santé en Haïti était caractérisé par des déficits majeurs, dont les 6 les plus importants étaient :

1. La faible couverture et d'importantes iniquités.

- Bien qu'un Paquet Minimum de Services (PMS) ait été redéfini en 2006, il reste très peu accessible : 47 % de la population n'a pas accès aux soins de santé en raison principalement des barrières financière et géographique : 50 % des ménages déclarent n'avoir pas eu accès aux services de santé en cas de besoin à cause du coût élevé des services.
- Les disparités sont criantes : 25 % des femmes accouchent en institution, 78,2 % pour le 5e quintile (les plus riches) de la population contre 5,9 % pour le 1er quintile (les plus pauvres). Par ailleurs, alors qu'en zones urbaines près de 90 % des personnes habitent à moins de 30 minutes d'une institution de santé, dans les zones rurales près de la moitié des habitants se trouvent à plus de 30 minutes d'un service de santé. De plus en milieu rural le transport motorisé est plutôt réduit.
- Les services de santé communautaire sont très faibles et la participation de la population dans leur fonctionnement est limitée.

2. Le faible niveau de financement et les inefficiences.

- Avec 5,7% du PIB consacré à la santé en 2005-06 et les 32 US\$ par année dépensés par habitant (MSPP, 2009), Haïti devrait obtenir de meilleurs résultats sanitaires.
- Toutefois, comme le financement repose en bonne partie sur la poche des patients, ces derniers ou leurs proches, au mieux attendent pour avoir recours aux soins que leur état soit déjà trop détérioré, ou, au pire, n'y ont pas du tout recours. Dans les deux cas, les conséquences négatives sont bien connues autant en termes d'équité que d'efficience.
- En effet, dans un contexte où plus de ¼ de la population survit avec moins de 2\$US/jour (PNUD, 2005) et que le recouvrement des coûts est une pratique largement répandue, même un faible tarif peut constituer un obstacle insurmontable.
- Par ailleurs, l'importance des fonds de la coopération internationale dans le financement de la santé pose aussi de sérieuses difficultés en termes de fragmentation du système. Par exemple, les dépenses pour le VIH/Sida représentent le double de tout le budget public consacré à la santé. De plus, plusieurs programmes dans le domaine du VIH/Sida et autres sont conçus de façon totalement verticale dans le souci de montrer des résultats

immédiatement visibles, ce fait entraîne un déséquilibre au niveau des services non ou moins supportés. Cette situation loin d'apporter des solutions pérennes aux problèmes sanitaires de la population, ne fait qu'affaiblir le leadership du MSPP.

- Enfin, l'État assume près d'un tiers des dépenses de santé. Globalement, le budget alloué au secteur atteint 75M \$US pour l'année fiscale 2009-10 dont une large part (environ 80%) va au paiement des salaires du personnel.
- Le déficit de gouvernance et de coordination.

Avec le nombre important d'acteurs en santé, il est très difficile pour l'autorité sanitaire nationale (MSPP) d'exercer un leadership, une coordination, une gestion et une régulation adéquat(e)s du système. Les fonctions essentielles de santé publique ne sont que timidement assumées et le système national d'information demeure peu efficace en raison de l'hétérogénéité des systèmes parallèles liés à des projets spécifiques qui sont mis en place sans aucune articulation avec le SIS du MSPP.

3. La faible décentralisation et le dysfonctionnement organisationnel.

- Il n'y a pas une politique nationale claire en matière de décentralisation, le système de santé demeure très centralisé. Les rôles et responsabilités entre les niveaux sont mal définis et souvent se superposent.

4. Le déficit de ressources humaines (RH) et sa faible productivité.

- Avec en moyenne 5,9 médecins ou infirmières pour 10 000 habitants et 6,5 professionnels de santé pour 10 000 habitants, Haïti est loin de la norme minimale de l'OMS de 25 professionnels pour 10 000. Le développement des ressources humaines est de plus aggravé par une certaine lenteur dans le système d'accréditation des nombreuses écoles privées de formation des professionnels de la santé et une absence de planification stratégique pour les besoins en ressources humaines particulièrement en ce qui concerne une véritable politique de rétention du personnel dans une conjoncture fortement marquée par l'attraction exercée par le secteur privé et les ONG qui offrent des opportunités salariales plus alléchantes.
- La présence de RH n'est pas synonyme de services de santé de qualité. Les raisons de la faible productivité sont multiples : la faible rémunération, absence de plans de carrière, des conditions de travail et vie difficiles et une absence de mécanisme de suivi des performances. Enfin, l'absence d'un système d'accréditation pour les nombreuses écoles privées et l'application de curricula peu adaptés aux besoins du système de santé ont aussi un impact négatif sur la performance des RH.

5. La transfusion sanguine, avec le Programme National de Sécurité Transfusionnelle (PNST)

- Cette activité qui commençait à offrir du sang plus sûr dans l'ensemble des établissements hospitaliers du pays en raison d'un fort support technique et financier du PNST a été aussi affecté par le tremblement de terre puisque le siège de cette institution s'est effondré tandis que deux (2) autres PTS ont subi des dommages plutôt légers.
- Il s'en est suivi un léger ralentissement des activités de sensibilisation de la population, de collecte et de distribution aux structures sanitaires qui sollicitaient des produits sanguins. Si les hôpitaux départementaux qui disposaient de postes de transfusion sur place n'ont pas été touchés physiquement, le flux migratoire qui a suivi le séisme a entraîné une augmentation de la demande à laquelle les responsables n'étaient pas préparés puisque beaucoup de victimes sont arrivés sur le terrain avec des indications opératoires nécessitant des besoins additionnels de sang.

1.2 Impact du tremblement de terre du 12 janvier 2010

- Les effets de la catastrophe sur les structures du secteur santé ont été dramatiques. Dans les trois (3) départements géographiques les plus touchés du pays (Ouest, Sud' Est et les Nippes), 60 % des hôpitaux ont été sévèrement endommagés ou complètement détruits. Les bureaux et moyens de gestion du ministère de la santé ont aussi été très affectés – le bâtiment principal du ministère s'est complètement effondré.
- Le déplacement des populations, environ 1,2 million de personnes, a accru fortement la pression sur le système de soins dans les départements non concernés directement par le séisme, faisant de la catastrophe un phénomène national. Des milliers de personnes ont été blessées. Plus de 4.000 amputations ont été réalisées.
- De nouveaux groupes vulnérables sont apparus du fait de limitations fonctionnelles après amputations, de psycho traumatismes liés au séisme. Dans les mois qui viennent, si rien n'est fait, il y a un risque accru d'une augmentation de la malnutrition, parmi les plus vulnérables, d'une surmortalité chez les enfants de moins de 5 ans et d'une augmentation de la mortalité maternelle liée à la disponibilité réduite en soins obstétricaux.
- L'impact de la crise va donc se faire sentir pendant de nombreuses années du fait, d'une part, des risques d'épidémies attendues liées aux conditions précaires de logement d'une partie de la population, d'autre part, de l'augmentation de la pauvreté liée à la réduction des activités économiques. La désorganisation des services de santé provoquée par la démobilisation du personnel de santé affecté par le séisme contribue aussi aux impacts négatifs en termes de diminution du volume de services. L'efficacité du Ministère de la Santé Publique et de la Population en a été très réduite (coordination, personnel, infrastructure, équipement). Tout en augmentant l'accessibilité des soins, l'arrivée de nombreux nouveaux acteurs a posé des défis supplémentaires à la coordination déjà très faible du secteur

de la santé.

- Le code de construction haïtien, ne prévoit aucun mécanisme de contrôle de l'application des normes. Il était en cours de révision par le gouvernement durant la période précédant le séisme. Les ingénieurs nationaux des secteurs public et privé ne disposent pas de connaissances suffisantes en matière d'ingénierie sismique et éolienne pour incorporer les mesures d'atténuation dans la conception de tous les bâtiments dont l'utilisation est vitale.

2. Analyse et priorisation des besoins

Le processus de reconstruction ira de pair avec la réponse aux urgences qui va inévitablement affecter la population pour une longue période. Il est donc impératif de développer deux stratégies complémentaires, la première assurant la réponse aux besoins de la population affectée par l'urgence actuelle et à venir, la deuxième consistant dans la mise en place d'un processus de relèvement du système de santé. Ces deux stratégies devront être développées de façon parallèle en établissant des passerelles entre les deux. À terme, avec la normalisation de la situation, elles se confondront.

La stratégie de relèvement est formulée avec comme préoccupation « le reconstruire en mieux » et passe par une transformation en profondeur des principes structurants du système de santé haïtien.

On retiendra comme premier pilier de cette transformation en profondeur la construction d'une nouvelle citoyenneté. Dans un souci d'équité, de solidarité et d'efficience, un nouveau contrat social devra émerger où la société garantisse le droit d'accès aux anciens et nouveaux groupes vulnérables et, à terme, à toute la population à un ensemble de prestations sans que les barrières financières et géographiques soient un facteur restrictif de cet accès. La disponibilité de services de santé de qualité (offre de soins) sera le 2e pilier de ce nouveau système de santé. Elle sera basée sur les principes de soins de santé primaires efficaces, tout en incluant l'intégration des différents niveaux et la décentralisation. Ce pilier s'appuie fortement sur le développement et la mise en œuvre des interventions encadrées par des stratégies communautaires de sorte à combler le déficit d'accès de la population aux services de santé.

Dans la stratégie humanitaire, il est essentiel de maintenir l'offre et la continuité des services dans les réseaux public et privé non lucratif, en soutenant la gratuité des médicaments tout en considérant d'appuyer le paiement des salaires du personnel de la santé à ces différents niveaux de prestation. Il faudra en même temps s'assurer que les structures à but non lucratif qui vivent sur la base du recouvrement des coûts trouvent des sources de financement alternatives. Le renforcement du système de surveillance et de réponse aux épidémies devra aussi être maintenu de la même manière que la prévention et la prise en charge de la malnutrition, l'amélioration de l'hygiène et de l'assainissement dans les camps des déplacés (autant à Port-au-Prince que dans les villes de province qui ont subi l'afflux massif des réfugiés).

La stratégie de refondation du système s'articule sur l'accès à des services de sante de base pour les **anciens** et **nouveaux groupes vulnérables**, les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes et les personnes âgées, d'une part, et les amputés et populations affectées psychologiquement d'autre part. À terme, l'accès deviendra universel atteignant la population dans son ensemble. Cette stratégie est basée sur les quatre (4) axes stratégiques suivants : la **définition du modèle de soins** à mettre en œuvre ; le **renforcement du MSPP** afin qu'il assure le leadership du système, le régule et assure aussi les fonctions essentielles de santé publique ; l'**investissement** massif dans les **ressources humaines** ; et, le **renforcement** de la **logistique** en termes de transport, communications, et de la gestion des approvisionnements en intrants (y compris les produits sanguins et dérivés) et médicaments essentiels.

La **définition du modèle de soins** à mettre en œuvre.

- Les prestations à offrir doivent prévoir des interventions de prévention et de promotion de la santé ainsi que des interventions curatives à travers la disponibilité du paquet de soins modifié et adapté à la conjoncture sanitaire actuelle.
- Ces interventions doivent s'accompagner de protocoles permettant de standardiser la dispensation du PMS à travers les institutions publiques, privées, et mixtes afin d'assurer la qualité peu importe qu'il soit offert en institution ou en stratégie avancée.
- Dans le cas des anciens groupes vulnérables, la lutte contre la mortalité maternelle est un exemple à suivre du moment où elle s'appuie sur une stratégie claire des soins obstétricaux gratuits et d'intégration horizontale d'interventions de soins prénatals, assistance lors des accouchements, PF, PTME, nutrition, immunisation, etc. Dans le même sens, la santé de l'enfant avec la PCIME comme stratégie offerte à travers un modèle combinant des actions communautaires et institutionnelles sera mise en place pour répondre aux principales causes de morbidité et mortalité infanto-juvénile : les conditions néonatales, les IRA, et la diarrhée, avec un fort lien avec les stratégies nutritionnelles et les mesures visant l'approvisionnement en eau et l'assainissement du milieu. Les interventions en VIH/Sida, TB et malaria devront être cadrées dans une perspective intégrée avec les autres prestations du système de santé.
- Pour ce qui est des nouveaux groupes vulnérables, la prise en charge de la réhabilitation en communauté et en institution est indispensable pour répondre aux besoins des quelques 10 000 handicapés dont quelques 4 000 amputés parmi lesquels plus 400 tétra et paraplégiques. Les services psychosociaux doivent aussi être considérés dans la perspective de répondre à la population affectée psychologiquement.
- Le corollaire de cette première étape est la définition de l'organisation des services par niveau qui permettra de répondre aux problématiques de santé prioritaires, en y incluant une réponse au niveau communautaire.

- L'extension du réseau de services de santé de premier échelon (SSPE), avec 260 nouvelles institutions sur cinq ans, articulé avec des stratégies de dispensation avancées, incluant l'assignation des aires de population de desserte bien définies à l'intérieur d'une carte sanitaire rationalisée, est la clé pour le développement de ce nouveau système de santé intégré basé sur les soins primaires qui garantisse l'accès aux soins.
- Ce premier niveau serait appuyé par un réseau hospitalier de proximité nécessitant la construction d'une trentaine de nouvelles institutions, pour former le 2^e niveau. À cet égard, il convient de rappeler l'importance de l'hôpital départemental comme moyen d'assurer un accès équitable et de qualité aux populations qui se sont déplacées à travers le pays.
- Ce réseau de proximité serait complété par des institutions de niveau tertiaire renforcées, incluant, au moins, un institut spécialisé de réhabilitation physique.
- Ces trois niveaux seraient intégrés au niveau fonctionnel à travers un système de référence et contre référence efficient, pouvant articuler les soins primaires avec les autres niveaux de complexité de sorte à dispenser des services de santé de qualité de manière opportune.

Le **renforcement du MSPP** afin qu'elle assure le **leadership du système, le régule** et **assure** aussi les **fonctions essentielles de santé publique**. Le MSPP devra par ailleurs être en mesure d'encadrer la couverture et de moduler le financement du système dans le but de bâtir un schéma de protection sociale en santé (PSS) qui inclut les prestataires de tous les secteurs. Cette stratégie doit être capable, d'une part, de garantir l'accès universel à un ensemble de prestations. Enfin, le MSPP devra pouvoir harmoniser aussi les prestations dans un souci de standardisation afin de garantir l'accessibilité des services.

- Le leadership doit se cristalliser par un alignement des partenaires techniques et financiers (PTF) sur les politiques du MSPP. Les plans qui découlent de ces politiques devront être soutenus et financés de façon adéquate par les PTF en attendant que l'État et les autres acteurs de la société haïtienne prennent le relais progressivement. Il en va de même pour l'effort de décentralisation du système de santé qui doit s'accompagner de bien plus qu'une simple déconcentration de la gouvernance.
- La décentralisation des moyens financiers et matériels en articulation avec d'autres secteurs et d'autres structures de l'État dans une perspective intersectorielle. Ce n'est qu'ainsi qu'il sera possible d'assurer l'extension de l'accès aux services de santé dans tous les départements du pays.
- La modulation du système de financement avec la recherche des modalités de prépaiement et de constitution de fonds solidaires doit permettre la durabilité des actions sanitaires, en particulier, au regard du développement progressif du schéma de PSS et l'extension de services. Il s'agit, premièrement, d'assurer la constitution d'un pool adéquat de ressources financières pour accompagner

l'extension des services. Ce fonds commun doit bénéficier des contributions de la coopération internationale par l'entremise autant que possible d'approches SWAP, de l'État central (allègement de la dette externe), et des autres acteurs comme la sécurité sociale (OFATMA/ONA), des assurances privées et des mutuelles qui peuvent être créées autour du nouvel envol d'organisation communautaire.

- Ce n'est qu'en incluant une participation large dans un dispositif de financement solidaire qu'il sera possible d'assurer la cohérence de l'extension de la PSS dans une triade couverture-financement-dispensation de services qui soit cohérente et réaliste. Des modalités de contractualisation basées sur la performance viendront assurer que les ressources du pool « paient » pour des services de qualité pour la population en général et les groupes vulnérables en particulier. Elles permettront par la même occasion de fournir des incitatifs transparents basés sur des résultats obtenus par le personnel et par les institutions, tout en contribuant au renforcement du système d'informations sanitaire (SIS). En effet, un SIS mettant à la disposition des décideurs des informations sur les ressources, les services, les tendances sanitaires et les résultats de santé est d'autant plus facile à développer que les budgets des institutions et une partie de la rémunération du personnel dépendent de la production et l'utilisation des informations produites dans le cadre de ce SIS.

L'**investissement** massif dans les **ressources humaines**. Le séisme a eu pour effet d'accentuer de manière significative le problème de pénurie et de mobilisation de la main d'œuvre.

- L'État haïtien doit donc être rapidement en mesure d'augmenter la productivité de ses structures sanitaires en comblant entre autres les arriérés salariaux, garantissant la rémunération de tout son personnel jusqu'à la fin de la crise et mettant en place un programme d'incitatifs approprié, de concert avec les organisations internationales.
- L'État devra être en mesure de favoriser une reprise rapide des programmes de formation interrompus par le séisme afin d'augmenter la disponibilité de la main d'œuvre. Dans le contexte d'une augmentation de la demande, l'État doit être en mesure de soutenir l'augmentation de la capacité de production de main d'œuvre dans les filières traditionnelles et dans de nouvelles filières pertinentes pour faire face aux impacts du séisme.
- Afin de relever à ces nouveaux défis, le MSPP doit renforcer la capacité de la Direction des Ressources Humaines à concevoir et mettre en œuvre une politique et des plans de développement des RH, en vue de moderniser ses pratiques de gestion des ressources humaines.

Le **renforcement** de la **logistique** en termes de **transport, communications**, et de la **gestion des approvisionnements en intrants et médicaments essentiels**.

- Il s'agit en tout premier lieu de mettre en place un système de communication performant, indépendant des réseaux nationaux pouvant assurer la référence en

situation d'urgence du réseau sanitaire ainsi que le fonctionnement proactif du réseau.

- Deuxièmement, il faut un dispositif de transport permettant de mobiliser le personnel et assurer la référence des patients à travers les différents niveaux du système de santé selon leurs besoins particuliers.
- Quant à la logistique des intrants et médicaments essentiels en appui à l'extension de l'accès aux services de santé, il faut envisager de : 1) mettre en place un système d'approvisionnement et de distribution actif des médicaments essentiels au niveau des institutions sanitaires pour soutenir le paquet défini de prestations par niveau. Ceci en appuyant la construction du Système National Unique de Logistique des Intrants (SNLI) ; 2) définir le type d'intrants disponibles par niveau de soins et par programmes à partir d'une liste nationale établie (cette liste tiendra compte des nouveaux groupes vulnérables) ; 3) renforcer le cadre légal et la surveillance du secteur pharmaceutique public et privé en renforçant le partenariat public-privé ; 4) continuer activement le développement d'une politique des Médicaments Essentiels ; 5) harmoniser la politique de financement des médicaments essentiels avec le nouveau système de financement du secteur santé ; 6) mettre en place un système d'assurance qualité afin de garantir à la population des médicaments sûrs.

L'intégration de la gestion des risques à l'organisation et à la mise en œuvre de la reconstruction doit bénéficier d'une considération particulière en raison du niveau accru de vulnérabilité à laquelle sont exposés le pays et les systèmes de santé depuis les événements du 12 janvier 2010.

Ainsi, on peut constater qu'à ce jour, la Direction de la Protection Civile (DPC) a dirigé les efforts concernant le développement d'une stratégie de réduction des risques et de prévention des catastrophes. Cependant, très peu d'activités mises en œuvre ont eu des résultats concrets en matière d'alerte précoce, de planification de contingence et de riposte organisée. Pour toutes les activités de reconstruction, en particulier les installations essentielles, il est nécessaire de mettre en place un mécanisme garantissant l'application des normes et standards tant pour la réhabilitation que pour les nouvelles constructions des bâtiments essentiels, tels que les hôpitaux, les centres de santé.

Afin d'assurer l'application des normes, il faut employer un conseiller à la vérification, appelé Bureau de contrôle dans plusieurs pays francophones. Le Bureau de contrôle passe en revue et conçoit le fonctionnement des systèmes d'assurance de la qualité. Il est estimé que 1% à 2% de tout investissement en capitaux doit être consacré au paiement des services du Bureau de contrôle. Le renforcement des bâtiments existant peut atteindre jusqu'à 30% de l'investissement en capital. Un hôpital sera considéré comme sûr aussitôt que la vie des occupants, patients et personnels, est protégée et que son fonctionnement après la catastrophe répond aux normes du MSPP. Les besoins pour la mise en œuvre de mesures de réduction des risques aux catastrophes sont estimés à **3 millions US** (y inclus les formations, la création du Bureau de contrôle et l'établissement d'un système d'alerte et de réponse d'urgence).

En résumé, on peut dire qu'**avant le tremblement de terre**, le secteur santé était déjà assez faible et cette situation s'est compliquée davantage immédiatement après. Dans les minutes qui ont suivi cet événement puisqu'aucun secteur de la vie nationale n'était préparé à la gestion d'une telle catastrophe qui a mis à nu les limitations du plan de gestion élaboré pour la gestion des catastrophes naturelles.

Après le tremblement de terre, l'apparition de nouveaux acteurs internationaux associée à une forte mobilisation de tous les acteurs du système national de santé a permis de réduire les impacts humains de cette catastrophe. Il convient également de mentionner la très forte implication du secteur privé à but lucratif dans la fourniture de services qui a été activée de façon spontanée et qui se maintient encore quelques mois après. Face à l'augmentation de l'offre et de l'accessibilité dans les zones affectées et dans les zones ayant eu un afflux de population, le ministère a dû ajuster les stratégies d'intervention pour se rapprocher de la population à travers des cliniques mobiles et des brigades mobiles fréquentant les camps et les abris provisoires. Parallèlement, une campagne de vaccination a été initiée pour éviter justement la survenue d'épidémie par l'apparition de pathologies immuno-contrôlables. Dans le même temps, il a été constaté une réduction de l'offre des services obstétricaux ainsi qu'une augmentation des besoins en santé mentale et en médecine de réhabilitation avec l'apparition de nouveaux groupes vulnérables (orphelins du tremblement de terre) et à besoins spéciaux (les amputés).

Savoir ne suffit pas, il faut exercer.

Vouloir ne suffit pas, il faut agir.

– Goethe

3. But

Garantir l'offre et l'accessibilité des services de santé à la population en prenant en compte les nouveaux besoins créés par le séisme du 12 janvier 2010.

4. Objectifs

1. Assurer la provision des services dans les camps / zones de regroupement de la population
2. Assurer la continuité des services dans toutes les structures du secteur de la santé tout en ajustant pour les besoins émergents
3. Identifier les structures affectées et développer des plans de reconstruction
4. Réhabiliter les structures prioritaires affectées
5. Faciliter l'accès financier des services et rechercher les modalités de financement pour les groupes vulnérables spécifiques (femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans, handicapés et personnes présentant des troubles psychologiques suite au séisme)
6. Maintenir / renforcer la gouvernance et capacité du MSPP à exercer les fonctions essentielles de santé publique à tous les niveaux
7. Renforcer la capacité de réponse du MSPP en cas de désastre
8. Renforcer les mesures d'hygiène publique et d'assainissement
9. Mettre en œuvre les modalités de partenariat entre les secteurs public et privé

5. Populations cibles

La population cible correspond à la population générale, avec une attention particulière aux groupes vulnérables suivants :

- Populations des sites de regroupement spontané
- Femmes en âge de procréer
- Femmes enceintes
- Enfants de 5 ans et moins
- Amputés / personnes à mobilité réduite
- Personnes souffrant de maladies chroniques

- Personnes âgées
- Adolescents et jeunes
- Personnes présentant des troubles psychologiques

6. Stratégies

6.1 Stratégies de prestation des services

Provision des services dans les camps / zones de regroupement de la population

A.- Regroupement de moins de 5 000 personnes :

Services à offrir :

Soins préventifs et promotionnels (Niveau communautaire)
 Eau potable, assainissement, points de lavage des mains et gestion des déchets médicaux
 Soins curatifs minima (pansements, renouvellement de médicaments / contraceptifs, DOTS...)
 Soutien psychologique
 Surveillance épidémiologique
 Référence sur points de services pré identifiés

Stratégie : Brigades mobiles rattachées à des SSPE

B.- Regroupement de plus de 5 000 personnes

Services à offrir : ceux des brigades mobiles +

Soins curatifs de base (Niveau 1 : SSPE)
 Soutien psychologique
 Surveillance épidémiologique
 Référence sur points de services pré identifiés

Stratégie : Point fixe (centre de niveau SSPE, tente / abri temporaire)

Services à offrir :

A.- services existant par niveau avant le séisme (*voir PMS+niveau hospitalier*)

B.- Réponse aux besoins émergents

- Soins post-op
- Réhabilitation / physiothérapie (*voir orientations plan en cours de préparation par groupe thématique*)
- Support psycho-social (*voir plan de santé mentale en cours de préparation*)

C.- Réponse aux besoins accrus à tous les niveaux
Soins préventifs et promotionnels
Soins curatifs

Stratégies :

- Estimation des besoins additionnels
- Augmentation proportionnelle de la capacité en ressources humaines, matérielles et en intrants

6.2 Stratégies de renforcement institutionnel

Renforcement du rôle régulateur du MSPP

- **Faciliter l'accès financier aux services et rechercher les modalités de financement pour les groupes vulnérables spécifiques (femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans, handicapés et personnes présentant des troubles psychologiques)**
 - Mobilisation des fonds
 - Actualisation des standards et critères d'exonération
 - Diffusion de l'information sur la gratuité des soins à la population pendant les 18 mois
- **Identifier les structures affectées et développer des plans de reconstruction**
 - Réalisation des évaluations
 - Établissement des plans de renforcement / reconstruction en tenant compte des normes parasismiques.
- **Réhabiliter les structures prioritaires affectées**
 - Définition des structures prioritaires en tenant compte de la carte sanitaire
 - Réhabilitation les structures prioritaires affectées incluant celles dédiées à la transfusion sanguine
 - Rétablissement le fonctionnement de ces structures
 - Certification et accréditation de ces structures
- **Maintenir/renforcer la gouvernance du MSPP à tous les niveaux**
 - Définition d'un plan stratégique pour le secteur santé
 - Poursuite/renforcement de processus d'accréditation et de certification des structures prestataires de services
 - Renforcement du système d'information sanitaire (surveillance épidémiologique et système d'information relatif aux ressources et aux services)

- Introduction / Utilisation accrue des TIC dans la collecte de l'information, la supervision, la télémédecine...
 - Élaboration du plan stratégique national de santé et renforcement de la planification décentralisée
 - Rationalisation de la carte sanitaire
 - Mise en œuvre du plan de suivi et d'évaluation du plan intérimaire
 - Renforcement de la participation communautaire dans l'organisation et la gestion des services
 - Plaidoyer pour la décentralisation effective de l'Etat
 - Renforcement de la gouvernance au niveau des directions sanitaires départementales : coordination, suivi et évaluation, contrôle ; supervision et appui technique aux institutions prestataires
 - Promotion de la planification intersectorielle à tous les niveaux dans les domaines : éducation sanitaire, eau et assainissement, nutrition, énergie et communication, infrastructures.
 - Révision de la loi organique du MSPP en regard d'une vision actualisée du secteur santé
 - Développement d'un système d'information sanitaire comprenant les ressources, les statistiques de services et les données épidémiologiques
- **Améliorer la performance du système de santé**
 - Renforcement de la gestion des ressources humaines (recrutement, allocation, planification de la main d'œuvre, ajustement des formations aux nouveaux profils de ressources: curriculum et méthodologie, formation accélérée)
 - Programmation de la Formation des ressources humaines
 - Développement de la capacité de réponse aux urgences médico-chirurgicales
 - Initiation de la mise en place d'un réseau ambulancier national
 - Renforcement du système d'acquisition et d'approvisionnement en intrants à tous les niveaux
 - Définition des modalités de contractualisation basées sur les résultats
 - Révision du niveau et des modalités de rémunération
- **Renforcer la capacité de réponse du MSPP en cas de désastre**
 - Plaidoyer pour l'actualisation, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan national de contingence.
 - Elaboration, mise en œuvre, suivi et évaluation d'un plan de contingence santé (y compris la gestion pré hospitalière des victimes, la gestion de cadavres, exercices de simulation...).

- **Renforcer, en partenariat avec les autres acteurs concernés, les mesures d'hygiène publique et d'assainissement**
 - Mise en place et suivi des plans de gestion des déchets médicaux dans les structures de santé
 - Fourniture de matériels appropriés pour la gestion des déchets médicaux (boîtes de sécurité, sacs poubelles, incinérateurs...)
 - Renforcement des dispositifs de lutte anti vectorielle
- **Mettre en œuvre les modalités de partenariat entre les secteurs public et privé**
 - Validation de la charte de partenariat
 - Recapitalisation des institutions de santé fortement affectées par l'offre de soins gratuits durant les deux derniers mois
 - Développement d'un système intégré de la prise en charge des urgences (ex. SAMU)

7. Financement

Le financement de ce plan intérimaire doit être une priorité autant pour l'État que pour la communauté internationale. En effet, l'État pourra faire appel aux recettes fiscales et à des fonds spéciaux comme ceux du programme d'allègement de la dette externe. La coopération internationale devra aussi y mettre du sien à travers les mécanismes d'appel humanitaire, des fonds d'urgence, de reconstruction et de refondation pour le système de santé haïtien.

Le secteur associatif, à travers, par exemple, des mutuelles de santé communautaires, devra aussi contribuer. Même le secteur privé à but lucratif pourra aussi, éventuellement, y participer à travers de mécanismes de partenariat bien ciblés.

Les idées-forces quant à la mise de fonds pour soutenir les actions de ce plan intérimaire sont :

1. La solidarité pour la constitution du fond commun pour financer l'accès aux services de santé dans la période post-séisme.
2. l'alignement des fonds sur les priorités et les politiques du MSPP.

Les idées-forces quant aux modalités de financement dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan intérimaire sont :

1. La contractualisation basée sur la performance pour la dispensation des services de santé.
2. Le paiement basé sur des résultats pour les RH.

Afin d'avoir une meilleure idée des montants nécessaires à prévoir, il convient de se référer aux impacts financiers du séisme. Ceux-ci peuvent se résumer par l'estimation spécifique des dommages, des pertes et des coûts associés ; et les coûts estimés pour le relèvement, la reconstruction et la refondation du système de santé haïtien.

Les effets de la catastrophe sur les structures de santé ont été dramatiques. Dans les trois régions les plus touchées, 30 hôpitaux sur 49 ont été sévèrement endommagés ou détruits, réduisant ainsi la capacité de prise en charge de centaines de milliers de blessés, parmi lesquels on estime plus 4 000 amputés.

En outre, 1,3 million de personnes vivent sous des tentes dans des conditions d'extrême précarité. Prés de 600 000 personnes se sont déplacées vers les départements non concernés par le séisme et ont accru ainsi fortement la pression sur la population hôte et son système de soins.

L'impact de la crise va se faire sentir pendant de nombreuses années du fait, d'une part, des risques d'épidémies liées aux conditions précaires de logement d'une partie de la population, et d'autre part, de l'augmentation de la pauvreté liée à la réduction des activités économiques. Enfin, la capacité de réponse du système de santé a été durablement affectée du fait de la désorganisation des services liée à la démobilisation du personnel de santé affecté lui-même par le séisme (plus de 50% vivent sous les tentes). Si l'arrivée de multiples ONG a augmentée l'accès aux soins, elle a rendu, en

même temps plus difficile le leadership du Ministère, d'autant plus que son bâtiment principal a été complètement détruit.

Tous les trois niveaux du système sanitaire ont été examinés pour estimer les dommages et les besoins de reconstruction. Ainsi, les estimés du PDNA placent les total des besoins de reconstruction à 277 millions de dollars US, dont 132 millions pour le secteur public et 143 millions pour le secteur privé associatif et lucratif.

Quant aux pertes, elles sont estimées à environ 184 millions de dollars US et le total de besoins de relèvement à 270 millions de dollars US.

En résumé, les besoins de reconstruction et de relèvement afin de redémarrer le système de santé à court terme s'élèvent à environ 546M\$US. La refondation d'un système plus accessible et équitable s'élèvera à 195M\$US par an durant les 10 prochaines années, soit 18,4 \$US supplémentaires par hab. et par an. Finalement, une étude de l'OMS précise qu'il faudrait y ajouter 12US\$ supplémentaires pour atteindre les OMD au bout de ces dix ans.

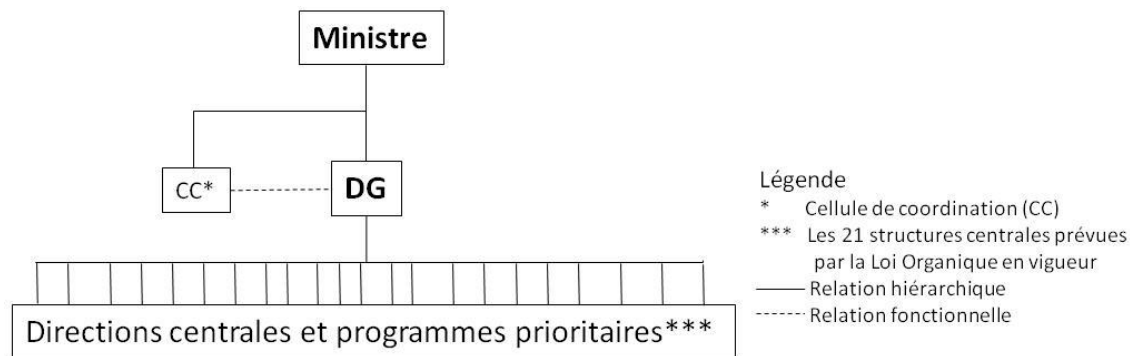
Cela étant dit, ce plan intérimaire, tel que le montre la section suivante, nécessite d'un budget d'autour de 462 millions de dollars US sur une période de 18 mois, soit 34 dollars US par hab. par année.

8. Modalités de mise en œuvre

La mise en œuvre de ce plan intérimaire requiert la création d'une cellule d'appui temporaire au MSPP : une de coordination et l'autre d'information.

Cette cellule ne se superpose pas aux structures existantes au MSP, au contraire, elle comble un vide auprès de la haute direction en dotant cette dernière, d'une part, d'une équipe exécutive souple pour faciliter la coordination dans le cadre de la réponse humanitaire et, d'autre part, produire de l'information sensible pour la prise de décision tactique et stratégique.

Le schéma montre la place des cellules de coordination et d'information dans le MSPP.



La cellule de coordination a le mandat de soutenir les hautes autorités du MSPP durant la période couverte par le Plan Intérimaire dans la coordination de la réponse humanitaire ; la réactivation extension des services dans le cadre de la nouvelle situation post-séisme ; et, de faire le suivi et le monitoring de la réponse sanitaire durant la période du Plan Intérimaire. La cellule doit aussi faire l'analyse stratégique des informations sur les ressources, les statistiques de services et les résultats sanitaires afin d'alimenter la prise de décision au niveau de la haute autorité du MSPP.

Pour ce faire, la cellule s'appuie sur les structures existantes du MSPP en renforçant et mobilisant au mieux les ressources de l'autorité sanitaire, notamment les directions centrales, sans créer des services et/ou dédoubler des fonctions. En particulier, elle ne se substitue aucunement à l'UPE ou la DELR et les autres directions. Concernant la question de l'information stratégique pour la prise de décision, elle vise à jouer un rôle d'articulation dans le cadre du développement du système d'information sanitaire, tel que prévu par le Comité national du système d'information sanitaire (CONASIS).

9. Suivi et évaluation, échéancier et budget

Résultats attendus	Activités	Indicateurs	Échéance pour l'atteinte de résultats	Estimation Budgétaire
1. La provision des services dans les camps / zones de regroupement de la population est assuré (Réf. OBJECTIF 1)	1.1 Dispensation des services de santé de base gratuits pour la population déplacées à travers de la stratégie de brigades mobiles 1.2 Réalisation des campagnes d'information et d'éducation permettant aux familles déplacées d'accéder a des informations de promotion et prévention de la santé 1.3 Définition et mise en œuvre d'une stratégie communautaire et intersectorielle 1.4 Renforcement de la surveillance et riposte épidémiologique 1.5 Renforcement de la prévention et prise en charge des épidémies et urgences nutritionnelles 1.6 Renforcement de la prévention et prise en charge des maladies infectieuses 1.7 Réalisation d'une campagne vaccinale, incluant la distribution de VIT A et de moustiquaires imprégnées 1.8 Réalisation d'une campagne biannuelle de déparasitage pour les enfants dans les écoles	-Disponibilité de service de santé de base dans tous les sites de regroupements -Nombre de brigades mobiles fonctionnelles - Ratio entre le cinquième et le premier quintile en matière d'accès aux soins (surtout : soins prénatals, assistance lors de l'accouchement, PCIME, l'eau et assainissement) -Incidence des maladies, surtout chez les enfants, dans les camps (eg. maladies diarrhéiques et respiratoires, rougeole, malnutrition) -Système d'alerte en place	6 mois	38 000 000\$US 2,81\$US/hab./an
2. La continuité des services dans toutes les structures du secteur de la santé (ajustant pour les besoins émergents) est garantie (Réf. OBJECTIF 2)	2.1 Réactivation des services de base à travers la mise à disposition de médicaments gratuits et le paiement des salaires pour les employés de la fonction publique 2.2 Dispensation gratuite d'un ensemble de prestations (PMS) aux différents niveaux pour les groupes vulnérables par de stratégies communautaires aussi bien que institutionnelles, a travers le pays (y inclus les accouchements assistés par du personnel qualifié, des activités communautaires de prévention et promotion de la santé, prise en charge des IRA, Diarrhées, nutrition, TB, VIH, paludisme) 2.3 Définition et mise en œuvre d'une politique de développement du réseau de communication et transport 2.4 Renforcement de la disponibilité des médicaments essentiels de qualité 2.5 Mise en place du laboratoire national de contrôle de qualité des médicaments 2.6 Remobilisation des ressources humaines du MSPP, incluant la définition et mise en œuvre d'une politique de ressources humaines pour la sante	-Pourcentage d'établissements sanitaires offrant complètement le nouveau paquet de service disponibilité continue pendant les 90 jours précédents de quatre médicaments traceurs dans les dépôts périphériques -Nombre de personnel de santé formé et repartit est conforme avec les normes de couverture internationales - Pourcentage de couverture des soins de sante de base et des soins communautaires a travers le pays (y compris : services disponibles aux centres de sante et aux hôpitaux reconstruits après le séisme)	12 mois	344 000 000\$US 25,48\$US/hab./an

Résultats attendus	Activités	Indicateurs	Échéance pour l'atteinte de résultats	Estimation Budgétaire
2. La continuité des services dans toutes les structures du secteur de la santé (ajustant pour les besoins émergents) est garantie (Réf. OBJECTIF 2)	2.7 Renforcement des actions pour améliorer la rémunération et rétention du personnel ainsi que la gestion, planification et augmentation du nombre des RH au niveau sectoriel 2.8 Renforcement des compétences des RH afin de permettre de répondre adéquatement aux besoins urgents 2.9 Mise en œuvre des programmes de formation de la main d'œuvre en santé en fonction des besoins nationaux prioritaires.	-Pourcentage des institutions sanitaires fournissant les médicaments gratuits, par niveau		
3. Des plans de reconstruction sont définis pour toutes les structures affectées (Réf. OBJECTIF 3)	3.1 Mise en opération et renforcement des institutions : a) réparation et rééquipement de 208 centres de santé et dispensaires ; b) construction des hôpitaux départementaux de Gonaïves et Jacmel ainsi que d'un institut spécialisée en réhabilitation ; c) définition des projets de construction et équipement pour le reste des structures sanitaire à construire	-Plans de reconstruction disponibles	12 mois	1 500 000US\$ 0,11\$US/hab./an
4. Les structures prioritaires affectées sont réhabilités (Réf. OBJECTIF 4)	4.1 Construction et réhabilitation des structures prioritaires	-Pourcentage de structure priorités affectées réhabilités	18 mois	58 500 000\$US 4,33\$US/hab./an
5. L'accès financier à des services est assuré et les modalités de financement pour les groupes vulnérables spécifiques (femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans, handicapés et personnes présentant des troubles psychologiques suite au séisme) sont identifiées (Réf. OBJECTIF 5)	5.1 Définition d'un plan d'action pour financier de manière solidaire et durable l'accès à un ensemble de prestation et services de qualité 5.2 Identification des mécanismes pour assurer la gratuité des médicaments pour les patients en cohérence avec les nouvelles modalités de financement	-Pourcentage d'amputés pris en charge dans de programmes de réhabilitation -Pourcentage d'hôpitaux départementaux offrant de services de prise en charge d'urgences obstétricales gratuits de qualité 24/24.	12 mois	350 000\$US 0,03\$US/hab./an
6. La gouvernance et la capacité du MSPP à exercer les fonctions essentielles de santé publique sont renforcées à tous les niveaux (Réf. OBJECTIF 6)	6.1 Rétablissement de la capacité de fonctionnement du ministère 6.2 Définition de normes pour l'encadrement des équipes sanitaires étrangères 6.3 Définition et contrôle des normes relatives à la dispensation de services, en particulier par rapport au PMS redéfini aux différents niveaux (incluant les normes relatives au type et profil des RH) 6.4 Renforcement des capacités du MSPP au niveau central et décentralisé pour assurer la coordination de la réponse et des collectes, traitement et analyse des informations sur les ressources, les statistiques de services et la surveillance épidémiologique 6.5 Définition de plans de contingence nationaux et départementaux, avec stocks de ressources matérielles pré positionnés. 6.6 Renforcement du MSPP pour aligner les fonds des coopérations bi et multilatérales avec ses politiques et priorité	-Plan Stratégique du Secteur Santé est disponible -Pourcentage de documents de régulation validés et diffusés par rapport aux besoins identifiés -Dépense de santé par trimestre -Pourcentage de fonds prévus/reçus pour la refondation alloués au secteur santé -Pourcentage de bulletins épidémiologiques hebdomadaires diffusé -Nb d'épidémies déclarées	18 mois	18 641 207\$US 1,38\$US/hab./an

Résultats attendus	Activités	Indicateurs	Échéance pour l'atteinte de résultats	Estimation Budgétaire
	6.7 Définition du Plan stratégique du secteur santé, incluant une orientation claire par rapport à la décentralisation 6.8 Évaluation des capacités du MSPP à assurer son rôle de direction et définition des plans de renforcement, a travers les niveaux 6.9 Développement des capacités du MSPP pour que les modèles de contractualisation basés sur la performance lui permettant de mieux contrôler, guider et réguler le secteur santé 6.10 Définition de la politique et plan d'action sur les domaines suivants : ressources humaines, pharmacie et médicaments, déchets des activités de santé, accréditation et homologation des diplômes. 6.11 Définition du code de santé publique 6.12 Conception d'un système national unique d'approvisionnement des intrants pour assurer la disponibilité des médicaments essentiels de qualité 6.13 Définition d'une liste de médicaments et intrants essentiels par niveau 6.14 Mise en application de la politique pharmaceutique, incluant les aspects liés aux médicaments essentiels	-Le % des ressources humaines pour la sante distribue en fonction des besoins de la population et les normes du MSPP -SIS fonctionnelle -% des institutions fournissant les données régulières au système d'information sanitaire et l'utilisation de ce système pour faire des décisions		
7. La capacité de réponse du MSPP en cas de désastre est renforcée (Réf. OBJECTIF 7)	(À définir)	-Pourcentage de prestataires ayant achevé leur formation	12 mois	(À définir)
8. L'hygiène publique et l'assainissement sont améliorés (Réf. OBJECTIF 8)	8.1 Définition et mise en œuvre d'une stratégie anti-vectorielle et la sante environnementale 8.2 Renforcement de la gestion des déchets des activités de soins	-Pourcentage des camps avec points de distribution d'eau de qualité suffisante -Pourcentage des camps avec des latrines suffisantes -Pourcentage des hôpitaux avec des normes de gestion de déchets appliqués	12 mois	(À définir)
9. Les modalités de partenariat entre les secteurs public et privé sont définies et appliquées (Réf. OBJECTIF 9)	(À définir)	-Charte de partenariat validée et diffusée	12 mois	(À définir)
10. La cellule de coordination / inf assure le suivi et la coordination du plan (Réf. OBJECTIF 9)	10.1 Coordination 10.2 Suivi et évaluation	-Pourcentage d'accomplissement des objectifs du plan	18 mois	800 000\$US 0,06\$US/hab./an
GRAND TOTAL (1+2+3+4+5+6+7+8+9+10)			18 mois	461 791 207 \$US 34,2\$US/hab./an

ANNEXES

Annexe 1. Provision des services dans les camps / zones de regroupement de la population

A.- Regroupement de moins de 5,000 personnes - Stratégie : Brigade mobile

Fonction : Assurer le support médico-psycho-social aux populations présentes sur les sites de regroupement spontané

Services à offrir	Composantes de la prise en charge	Ressources humaines	Ressources matérielles
Soins préventifs et promotionnels (Niveau communautaire)	· Éducation sanitaire communautaire	Équipe pluridisciplinaire : - Médecin (optionnel) - Infirmières - Travailleurs sociaux - Agents de santé - Col vol - Étudiants finissants en sciences de la santé	- 1 véhicule pour le transport du staff - Vaccin - Matériels fongibles - Équipements pour chaines de froid - Tente, matériels et intrants de base (à définir) - Matériels de sensibilisation - Intrants PF - Kits d'accouchement - Kits d'hygiène -Condoms -Kits prophylactiques aux ARV -Tests rapides -Sound track : 4 -Mégaphones : 300 -Kits prophylactiques aux -ARV -Tests rapides -Méthodes de PF -Matériels de sensibilisation -Intrants PF -Kits prise en charge viol -Pompe d'aspersion -Formol HTH -Sacs de cadavre -Pelle -Brouettes 300 latrines en pièces détachées Crioline -Vaccins Matériels fongibles -Equipements pour chaines de froid -2 camions frigorifiés
	· Vaccination : - Vaccination au niveau des sites d'hébergement, des enfants de moins de 8 ans au DTPer (6 semaines à 8 mois) au RR de 9 mois à 7 ans		
	· Distribution de vitamines A aux enfants vaccinés		
	· Administration de vaccin Diphtérie Tétanos (DT) aux adolescents et adultes		
	· Promotion de la lutte antivectorielle et de la santé environnementale		
	· Soins prénatals, recensement et encadrement des matrones,		
	· Soins post partum et du nouveau-né		
	· Contraception niveau 1		
	· Surveillance nutritionnelle et prise en charge des cas de malnutrition modérée		
	· Promotion et distribution de préservatifs aux jeunes et adultes sexuellement actifs		
	· Séances de sensibilisation sur les IST et VIH/SIDA et les violences sexuelles		
	· Séances de dépistage volontaire du VIH		
	· Référence des cas dépistés VIH vers les institutions sanitaires de proximité		
	· Participation au système de prise en charge des urgences médico-chirurgicales		
	·Sensibilisation à l'utilisation des méthodes contraceptives		
	·Disponibilité des méthodes contraceptives de courte et moyenne durées dans les sites d'hébergement		
· Promotion des méthodes de longue durée et référence vers les institutions sanitaires spécialisées			
· Promotion de l'accouchement institutionnel			

	· Organisation avec les femmes enceintes de leur plan d'accouchement · Promotion du don de sang · Prévention des violences sexuelles · Promotion des droits des handicapés et leur intégration dans la communauté · Promotion du dépistage du cancer du col · Référence des cas d'avortement - Promotion des gestes qui sauve		
Soins curatifs minima	- Traitement des plaies mineures, nettoyage et pansements - Suivi des plaies et traumatismes - Prise en charge (suivi) des maladies chroniques (exemple: Hypertension artérielle, Diabète, DOTS, appui aux patients sous ARV....) - Traitement syndromique des IST - Traitement des maladies courantes infantiles: Diarrhée et déshydratation, IRA, Syndrome fébrile : tests rapides pour la malaria et traitement - Prise en charge de la malnutrition		Kits pour tests rapides malaria Malathion Pesticides Pompes à aspersion Appareil de fumigation (Dinafog)
Soutien psychologique	Soutien psychologique	· Travailleur social · Psychologue · Animateur social	- Matériel adapté
Référence sur points de services pré identifiés	- Accueil et transfert immédiat des victimes de viol et enregistrement des déclarations de cas de violence sexuelle - référence pour les accouchements et post partum immédiat - Première réponse et référence pour les urgences	- chauffeur - brancardier / paramédical - équipe dans chaque section communale en lien avec le système d'urgence	- formulaires - matériel adaptés - moyens de communication pour interface avec services urgences

Annexe 2. Provision des services dans les institutions de santé (postes fixes)

B.- Regroupement de plus de 5,000 personnes

Services à offrir	Composantes de la prise en charge	Ressources humaines	Ressources matérielles
Soins préventifs et promotionnels	Mêmes services que les brigades plus : Dépistage du cancer du col Disponibilité des services de PTME - Vaccination des enfants de 6 semaines à 5 ans suivant le calendrier du PEV tant au niveau institutionnel qu'au niveau communautaire	Infirmières- Sage-femme Obstétricien gynécologue Médecin généraliste	Kits gynécologiques Colposcope Kits prophylactiques aux ARV Tests rapides
Soins curatifs de base (Niveau 1 : SSPE)	Extension du programme des soins obstétricaux gratuits - Renforcement des structures de prise en charges (SONUB/SONUC) - Encadrement des matrones Prise en charge des cas de violence Sexuelle Prise en charge des cas d'avortement CPR de base	Auxiliaires Infirmières Agents de santé communautaires Sage-femme Obstétricien gynécologue	Intrants SR (Médicaments, matériels médicaux, kits d'accouchement Intrants SR (Médicaments, matériels médicaux, kits d'accouchement) Kits de viol Kits avortement
Soutien psychologique	à définir	à définir	à définir
Référence sur points de services pré identifiés	à définir	à définir	à définir

Annexe 3. Paquet Minimum de Services au niveau secondaire

Basé sur le paquet minimum de services (PMS) défini en 2006, ce PMS vise à :

1. Recevoir en consultation en clinique externe toutes les personnes qui en font la demande pour les pathologies liées aux spécialités suivantes :
Médecine Interne, Pédiatrie, Obstétrique-Gynécologie, Chirurgie, Ophtalmologie, ORL, Odontologie, Réhabilitation, Santé Mentale.
Pour les maladies prioritaires telles que le SIDA, la tuberculose et la malaria les patients seront référés à des centres spécialisés dans le domaine pour les soins appropriés suivant le standard du Ministère de la Santé Publique et de la Population.
Pour les pathologies chroniques telles que le diabète, l'hypertension, les autres maladies cardiovasculaires... un paquet spécial sera établi vu que ces patients requièrent des soins particuliers et échelonnés sur le long terme.
2. Prendre en charge les problèmes psychiatriques et ceux particulièrement liés aux traumatismes post-séisme
3. Effectuer ou faire effectuer des examens de laboratoire médical de base pour les patients. Les examens de laboratoire suivants seront inclus dans ce paquet :
 1. Hémogramme
 2. Urines Routine et Culture
 3. Selles Routine et Culture
 4. Test de confirmation de grossesse
 5. Tests pour la Syphilis (VDRL_RPR)
 6. Glycémie
 7. Chimie Sanguine
 8. Ionogramme
 9. Bilan lipidique
 10. Frottis vaginaux et gouttes pendantes
 11. Groupe sanguin
 12. Transaminases
 13. Vitesse de Sédimentation
 14. Hémoculture
 15. Widal O& H etc....
 16. Sérologie VIH
4. Effectuer ou faire effectuer les examens radiologiques suivants : X-ray du thorax, X-ray des extrémités dans le cas des fractures ou des traumatismes, les sonographies dans le cas des grossesses
5. Mettre des médicaments essentiels à la disposition des patients selon leurs besoins.
6. Prendre en charge les grossesses incluant les visites prénatales, l'accouchement, les sonographies et autres examens, les visites post-natales
7. Offrir un service d'hospitalisation quand ce dernier s'avère nécessaire incluant la literie, les services de laboratoire, la salle d'opération, la salle d'urgence, la salle de réveil, les médicaments etc....
8. Faire le suivi post opératoire des pathologies qui le nécessitent jusqu'à l'exéat du patient
9. Assurer la référence pour tous les cas détectés ne pouvant pas être pris en charge au niveau de l'institution.

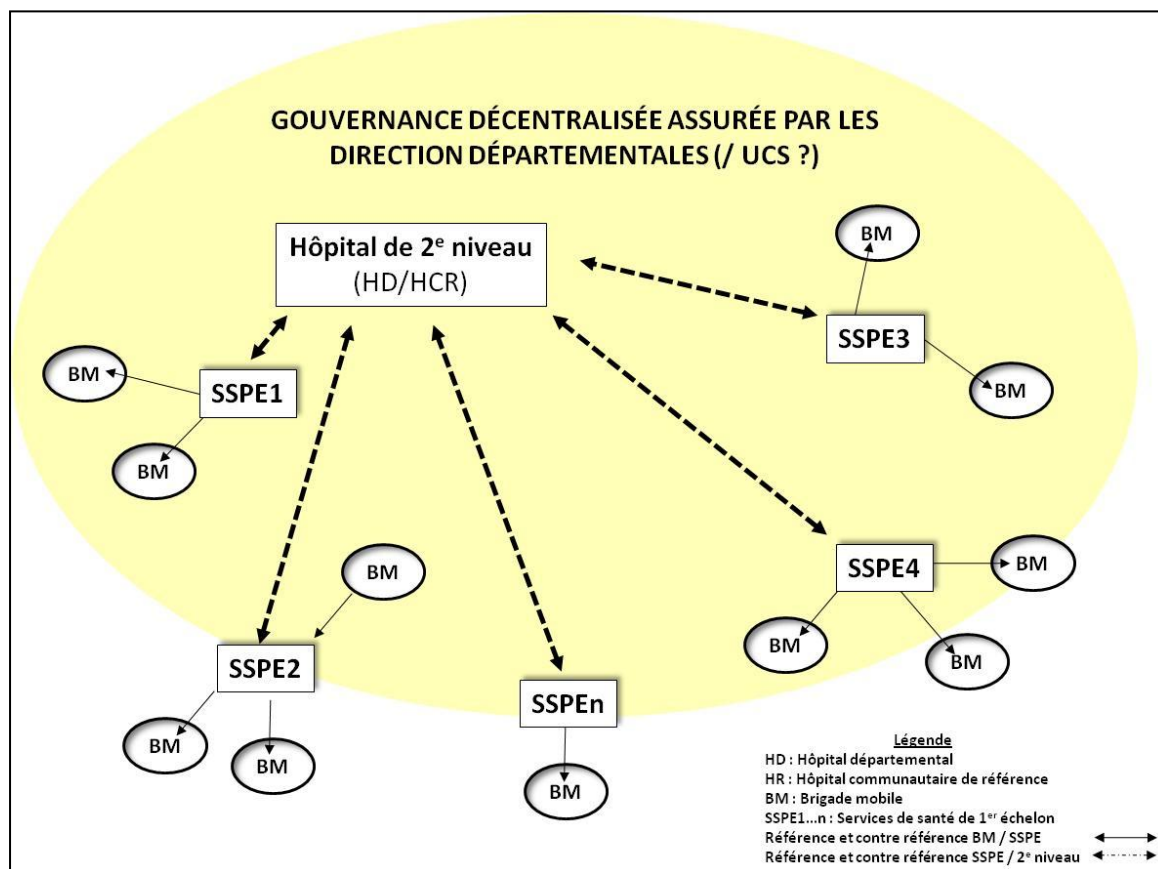
Annexe 4. Schéma d'organisation de services

L'organisation du système pendant la période post-séisme vient compléter le modèle de soins proposé par ce plan intérimaire. Étant donné la crise humanitaire qui risque de s'étendre pendant au moins toute cette période, il est prévu que le MSPP dédie toutes ses efforts à la gouvernance du système en vue d'une augmentation de sa performance avec le but d'assurer la dispensation de services gratuits pour les groupes vulnérables et la population en générale.

Ainsi, il n'est pas prévu durant cette période de créer de structures intermédiaires pour la gestion de l'organisation du système de santé.

En d'autres mots, là où, par exemple, les UCS sont complètement fonctionnelles, elles devront assumer les fonctions de coordination et supervision du réseau sanitaire. Autrement, ce sera à la structure départementale renforcée de veiller à l'application des stratégies prévues par ce plan.

Le schéma offre une représente imagée de cette situation.



Ainsi, l'organisation du système repose sur des brigades/cliniques mobiles (BM) qui agissent comme extension des Services de santé de premier échelon (SSPE) dont ils relèvent. Les BM réfèrent sous leur responsabilité territoriale vers les SSPE et ces derniers font de même vers les hôpitaux de 2^e niveau. La gouvernance du système est assurée soit par la direction départementale ou l'UCS là où elles sont fonctionnelles.