

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

« 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 »



Haïti pap peri !

Document officiel
Juillet 2012

Table des matières

Liste des sigles et acronymes ..... **ii**

Préambule **1**

Chapitre 1. Niveau de Santé de la Population.- **2**

1.1 Tendances de la morbidité.- 2
1.2 Tendances de la Mortalité.- 3
1.3 Caractéristiques de l'état de santé de la population.- 4

Chapitre 2. Analyse des déterminants du niveau de santé de la population haïtienne **5**

2.1. Déterminants démographiques.- 5
2.2 Déterminants biologiques.- 6
2.3 Déterminants environnementaux.- 6
2.4. Déterminants sociaux.- 6
2.5. Déterminants économiques et financement du secteur.- 7
2.6. Déterminants Anthropologiques/culturels.- 8
2.7. Déterminants institutionnels : le système de soins et son organisation.- 9
2.8. Défi de gouvernance et de coordination.- 10
2.9. Défi de gestion des ressources humaines (RH).- 10

Chapitre 3. Politique de Santé.- **12**

3.1. Principes directeurs et valeurs.- 12
3.2. Mission de l'Autorité Sanitaire Nationale.- 12
3.3. Vision du gouvernement du système de santé haïtien.- 13
3.4. Objectifs de la Politique.- 13

3.4.1. Objectif général.- 13
3.4.2. Objectifs Spécifiques.- 13

3.5. Les Axes d'interventions de la Politique.- 14

3.5.1. Les axes spécifiques.- 14
3.5.2. Les axes globaux.- 16
3.5.3 Les axes transversaux.- 17

Chapitre 4. Mise en œuvre, suivi et évaluation de la politique **20**

4.1 Les conditions de mise en œuvre : Opportunités et risques.- 20
4.2 Implication des autres ministères, autres entités de l'État et de la société civile dans le relèvement de l'état de santé de la population.- 20
4.3 Les instruments de la Politique 24
4.4. Suivi-Évaluation de la politique 25

Chapitre 5. Procédures d'amendement de la politique.- **26**

Liste des sigles et acronymes

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

Définition

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

Préambule

La Politique de santé, telle qu'énoncée ci-après, est le fruit d'un processus participatif de la population haïtienne à travers des consultations en Assises Départementales sur la santé ayant culminé en États Généraux de la Santé. Par ailleurs, des référents constitutionnels et légaux, conventions, accords et traités internationaux en la matière sont également pris en compte. On peut retenir : la Constitution de 1987 amendée, la Déclaration de Politique Générale du Gouvernement, les ODM, l'Accord de Paris,…

La présente Politique Nationale de Santé définit l'ensemble des options retenues par l'État Haïtien dans la plénitude de sa souveraineté pour améliorer la situation sanitaire de la population et l'adapter aux exigences de développement du Pays. Les dispositions qu'elle véhicule sont prises en fonction du niveau actuel de santé de la population résidente, de ses déterminants et du degré de développement du système national de santé.

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

Toutes les solutions retenues dans la présente politique de santé publique convergent vers les corrections des problèmes structurels du secteur et placent la santé au cœur du développement national en tant que réponse sociale et comme investissement. Les actions régulatrices visent, non à pénaliser des acteurs ou des sous-secteurs mais à offrir à tous un cadre qui garantit la sécurité des utilisateurs et des pourvoyeurs de service.

Cette politique de santé constitue un cadre stratégique général conçu pour orienter la réponse du Pays à la problématique sanitaire à travers les composantes de l'état, de la société civile, de la coopération internationale. Elle représente une référence à laquelle tous les acteurs sont astreints de se conformer pour toute initiative en matière de santé ou liée à la santé.

La présente politique, sous le leadership du Ministère de la santé publique, en tant qu'ordonnateur principal du secteur, est complétée par des lois cadres de règlementation, des lois organiques, des mécanismes de coordination et d'articulation intra et inter sectoriels, des politiques spécifiques. Elle est mise en œuvre à travers l'élaboration et l'exécution d'un plan directeur et de plans spécifiques par domaine d'interventions.

Chapitre 1. Niveau de Santé de la Population.-

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

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

1.1 Tendances de la morbidité.-

En Haïti, le tableau de morbidité est encore occupé par les maladies infectieuses transmissibles (tuberculose et autres infections respiratoires aigues et chroniques – SIDA et autres maladies sexuellement transmissibles : filariose, malaria, dengue); les maladies d'origine hydrique; les zoonoses (comme le charbon particulièrement prévalent dans certaines régions du pays: Plaine du Cul de Sac, Bainet) et la rage humaine caractérisée par une létalité très élevée et pour laquelle on assiste régulièrement à une poussée à certaines périodes de l'année. Certaines conditions (maladies cardiovasculaires – diabète – néoplasies – traumatismes) de par leur incidence et prévalence croissantes sont devenues un objet de préoccupation de santé publique, ce qui fait penser que Haïti est actuellement en pleine transition épidémiologique. Depuis le Tremblement de Terre de 2010, on a commencé de façon sérieuse à mesurer la dimension alarmante en Haïti des handicaps physiques et des affections mentales.

Voici quelques indicateurs de morbidité qui éclairent sur la situation :

- Prévalence du SIDA : 2.2% (EMMUS IV 2005 – 2006).
- Incidence de la tuberculose : 132/100.000 nouveaux cas de frottis (PNLT/Plan Stratégique 2009 – 2015).
- Prévalence de la tuberculose : 306/100.000 hab. (PNLT/Plan Stratégique 2009 – 2015, MSPP).

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

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

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

1.2 Tendances de la Mortalité.-

Le taux brut de mortalité estimé à 27.5/1000 en 1959 s'est maintenu au-delà de 20/1000 jusqu'en 1970. Ce taux est descendu à 15.7/1000 au début des années 80 et à 10/1000 au début des années 2000. Par rapport aux causes spécifiques de mortalité selon les catégories démographiques :

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

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

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

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

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

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

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

2.1. Déterminants démographiques.-

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

L'urbanisation s'est accélérée au cours des vingt dernières années avec un taux de croissance urbaine qui est passé de 3.5% entre 1971 et 1982 à 4.7% entre 1983 et 2003. Actuellement, la population rurale est estimée à 60% contre 40% pour le milieu urbain. Plus de 50% des populations urbaines du pays vivent dans des zones dites marginales selon une densité de 1000 – 1300 personnes à l'hectare, pour une dotation moyenne de 1,5 m^2 par personne.

2.2 Déterminants biologiques.-

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

2.3 Déterminants environnementaux.-

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

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

2.4. Déterminants sociaux.-

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

2.4.1. Accessibilité aux Services de Santé de base.-

Différentes sources de données (EMMUS IV; Enquête Budget Consommation Ménage; Carte de la Pauvreté d'Haïti, version 2004) s'accordent pour faire un diagnostic alarmant du

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

2.4.2. Accès à l'eau potable.-

Haïti dispose d'une quantité suffisante de ressources en eau. Le pays reçoit environ 40 milliards de m^3 d'eau chaque année dont 10% seulement s'infiltrent dans le sol. On estime que moins de 10% du potentiel hydrique d'Haïti est exploité. Les résultats du calcul de l'indice d'accès à l'eau courante (Carte de la Pauvreté d'Haïti, 2004) montrent que 26 communes sur 133 (19.59%) ont une accessibilité acceptable à l'eau courante. Trois départements géographiques sont dans une situation critique, vu que la totalité de leurs communes est classée faible et très faible.

2.4.3. Situation par rapport à l'assainissement.-

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

2.4.4. Accès aux différents niveaux d'enseignement.-

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

2.5. Déterminants économiques et financement du secteur.-

La République d'Haïti est en proie à une pauvreté massive caractérisée par des inégalités importantes. 72% de la population sont en dessous de la ligne de la pauvreté, vivant avec moins de deux dollars américains (2 USD) par jour (UNESCO – 2009). Les dépenses de santé représentent 3.3% du revenu des ménages (Enquête sur les Conditions de Vie en Haïti - ECVH,

2001). Seulement 9% des ménages en milieu rural contre 28% dans l'aire métropolitaine estiment pouvoir faire face à leurs dépenses de santé. Dans l'ensemble du pays, 4 ménages sur 5 affirment n'être pas en mesure de satisfaire leurs besoins alimentaires.

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

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

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

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

2.6. Déterminants Anthropologiques/culturels.-

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

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

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

Le système de soins est structuré en trois niveaux :

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

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

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

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

2.8. Défi de gouvernance et de coordination.-

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

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

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

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

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

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

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

- L'absence de planification stratégique des besoins du secteur.
- La faiblesse du système d'accréditation des écoles privées de formation de professionnels de la santé.
- L'application de curricula peu adaptés aux besoins du système de santé et la production de professionnels ne répondant pas aux profils requis pour la provision des services et soins de santé.

- La politisation du recrutement et de la dotation en ressources humaines au niveau du secteur public couplée à l'absence de mécanisme de suivi de la performance.
- L'absence de politique de développement des ressources humaines et de rétention du personnel du secteur public dans une conjoncture fortement marquée par l'attraction exercée par le secteur privé et les ONG qui offrent des conditions de travail, incluant des opportunités salariales, plus alléchantes.
- L'absence d'un système d'enregistrement des professionnels médicaux et paramédicaux. Le nombre exact de médecins et d'infirmiers exerçant à titre privé n'est pas suffisamment connu et n'est soumis à aucun contrôle.
- L'inexistence d'ordres pour les professions de la santé.

Chapitre 3. Politique de Santé.-

La Politique de Santé représente l'ensemble des choix stratégiques du Gouvernement pour améliorer l'état de santé de la population vivant sur le territoire national dont il a la responsabilité. Il s'agit ici de:

- Déterminer les aires et champs d'intervention
- Établir les priorités
- Préciser les objectifs à atteindre
- Identifier les sources et mécanismes de financement
- Mesurer les résultats obtenus

L'ASN fait reposer son orientation sur des principes et des valeurs susceptibles d'aboutir aux résultats recherchés.

3.1. Principes directeurs et valeurs.-

Les principes directeurs, normes et règles de conduite sur lesquelles est construite cette politique sont : Universalité**,** Globalité, Équité et Qualité**.**

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

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

3.2. Mission de l'Autorité Sanitaire Nationale.-

Garantir à tous les citoyens sans distinction le droit à la vie, à la santé et leur assurer, dans toutes les collectivités territoriales, les moyens appropriés pour la protection, le maintien et le rétablissement de leur santé.

Le Ministère de la Santé est le premier responsable de la mise en œuvre de la Politique Sanitaire Nationale sous l'autorité du Gouvernement. Compte tenu de la nature multisectorielle des

problèmes de santé, le peuple haïtien et tous les secteurs de développement sont interpellés pour l'application de cette politique de santé et du Plan Directeur en Santé 2012-2022 qui en découle. Ces derniers servent de cadre de référence à l'ensemble des intervenants du secteur de la santé et des secteurs connexes dans leurs attributions relatives à l'état de santé de la population.

3.3. Vision du gouvernement du système de santé haïtien.-

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

Les orientations suivantes sont priorisées pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé :

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

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

3.4. Objectifs de la Politique.-

La PNS vise les objectifs suivants :

3.4.1. Objectif général.-

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

3.4.2. Objectifs Spécifiques.-

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

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

3.5. Les Axes d'interventions de la Politique.-

Les axes d'intervention de la politique se regroupent en axes spécifiques, globaux et transversaux.

3.5.1. Les axes spécifiques.-

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

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

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

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

La réorganisation du modèle de prestation des services, en accord avec le découpage territorial et les principes d'équité et d'universalité, est un élément clé pour le renforcement et l'extension de l'offre de soins et de services. Le modèle qui supporte la réforme est organisé selon les trois niveaux de complexité du Système de Soins : primaire, secondaire et tertiaire.

- Le niveau primaire de soins comprend 3 échelons : l'échelon 1 comporte le Centre Communautaire de Santé qui siège au niveau du quartier ou de la section communale;

l'échelon 2 se réfère au Centre de Santé qui siège au niveau de la commune; l'échelon 3 intéresse l'Hôpital Communautaire de Référence qui siège au niveau du chef-lieu de l'Arrondissement.

- Le niveau secondaire réfère à Hôpital Départemental qui est l'institution de référence pour le département.
- Le niveau tertiaire se rapporte aux Institutions universitaires et spécialisées de référence nationale.

Structure Administrative.- Trois niveaux sont retenus :

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

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

3.5.1.2. Infrastructures.-

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

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

3.5.1.3. Ressources Humaines.-

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

- Planifier la main d'œuvre en santé.
- Élaborer le cadre légal régulant les professions de santé.
- Établir les normes et procédures d'accréditation des institutions de formation des professionnels de la santé.
- Standardiser la formation des différentes catégories de professionnels de la santé et de paramédicaux.
- Rationaliser la rétribution des ressources humaines sur le territoire.
- Créer des conditions et un cadre de travail propices à une productivité des ressources humaines.
- Veiller à la formation continue des ressources humaines.

- Rationnaliser la gestion des contractuels sur longue durée.
- Renforcer les capacités institutionnelles en matière d'évaluation de la performance des ressources humaines
- Réviser le système d'octroi et de renouvellement de Licence aux professionnels de la santé

3.5.1.4. Approvisionnement en Intrants / Médicaments.-

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

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

3.5.2. Les axes globaux.-

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

3.5.2.1. Financement du secteur santé.-

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

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

3.5.2.2. Régulation et Contrôle des dépenses.-

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

- Mettre en place un système national décentralisé de contrôle des dépenses publiques en santé.

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

3.5.3 Les axes transversaux.-

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

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

3.5.3.1. Gouvernance.-

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

- Réguler la pratique sanitaire sur le territoire
- Établir l'adéquation de la structure du MSPP avec sa mission et ses attributions pour la mise en œuvre de la politique.
- Établir le cadre et les mécanismes de contrôle pour la pleine articulation des secteurs public et privé incluant le traditionnel.
- Formuler, vulgariser et veiller à l'application des politiques, normes, standards et procédures en matière de santé.
- Créer / mettre à jour le cadre réglementaire sur le partenariat.
- Concevoir et faire appliquer le cadre réglementaire qui protège et assure la promotion de la santé.

- Coordonner les divers prestataires et groupes d'usagers pour étendre la couverture des soins de santé de manière équitable et efficiente.
- Assurer la participation sociale en santé.
- Développer un système d'information sanitaire national unique.
- Réorganiser le modèle de prestation des services en accord avec le découpage territorial et les principes d'équité et d'universalité.

3.5.3.2. Intégration.-

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

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

3.5.3.3. Information / Surveillance.-

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

- Systématiser la surveillance, la recherche et le contrôle des risques et des menaces pour la santé de la population.
- Rationnaliser, développer et coordonner la promotion de la santé incluant l'hygiène publique.
- Automatiser la surveillance de la capacité institutionnelle des infrastructures sanitaires et de leur conformité réglementaire.
- Développer des services d'inspection sanitaire.
- Élaborer des normes de santé environnementale.

3.5.3.4. Protection Sociale en Santé.-

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

- Réduire les inégalités dans l'accès aux services et soins de santé.
- Protéger les individus et les familles des conséquences économiques liées à la prévention de la maladie, de la grossesse et à la récupération de la santé.
- Garantir l'accès universel et gratuit aux services et soins spécifiques pour les groupes vulnérables.
- Créer des mécanismes innovants de financement de la protection sociale.
- Développer des modèles d'assurances sociales et communautaires pour éliminer progressivement les paiements directs de la poche des patients.

- Protéger le citoyen contre les abus, les négligences de toutes sortes dans la fourniture de soins, l'acharnement thérapeutique, l'enrôlement dans des projets de recherche sans un consentement informé et l'euthanasie.

3.5.3.5. Inter sectorialité.-

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

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

Chapitre 4. Mise en œuvre, suivi et évaluation de la politique

4.1 Les conditions de mise en œuvre : Opportunités et risques.-

La présente politique nationale est élaborée dans un contexte qui présente certaines opportunités. Le pouvoir en place manifeste la volonté de changement, ouvrant ainsi la voie à une restructuration du système de santé pour un meilleur retour sur les investissements en termes d'amélioration de la couverture en soins de la population et de la performance des acteurs. Les partenaires techniques et financiers en santé sont quasi unanimes à reconnaitre et à accepter un leadership fort de l'ASN.

Nonobstant ces opportunités, certains risques demeurent, comme le manque de continuité des initiatives et interventions porteuses à cause des aléas politiques. La survenue de catastrophes naturelles ou environnementales peut ralentir les efforts de réforme.

4.2 Implication des autres ministères, autres entités de l'État et de la société civile dans le relèvement de l'état de santé de la population.-

La mise en œuvre de la politique nationale de santé est de la responsabilité du Ministère de la Santé Publique et de la Population. L'impact de cette politique est renforcé, voire conditionné par le respect de leur mandat et attributions par les autres ministères, autres entités de l'État et la société civile en ce qui a trait à leurs interventions respectives sur les déterminants de la santé. Ainsi donc, les contributions suivantes sont attendues.

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

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

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

- Le renforcement de la gouvernance générale du Système National de Santé par le respect du modèle de prestation de services retenu et de la carte sanitaire.
- Le renforcement de la protection de la santé du citoyen et de la protection de l'environnement pour tout ce qui a trait aux mesures d'hygiène dans les lieux de travail et de loisirs, les orphelinats, les crèches, etc.

- L'appui de la promotion de la santé, des initiatives de lutte contre l'addiction à l'alcool, au tabac et à la drogue auprès des groupes spécifiques qui les compètent, conjointement avec les Ministères de la Culture; de la Communication, de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle; de la Jeunesse, des Sports et de l'Action Civique; de la Condition Féminine.
- Le respect de l'octroi de la couverture d'assurance maladie à tous les travailleurs.

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

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

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

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

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

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

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

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

Le **Ministère de l'environnement** contribue par **:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Le respect du modèle de prestation de services retenu et de la carte sanitaire.
- L'application du Plan d'Assainissement de base.
- L'amélioration de l'hygiène des lieux publics, l'hygiène de l'habitat, la protection générale de l'environnement.
- La participation dans la surveillance de la morbidité et des causes locales de mortalité.
- La promotion de la participation communautaire dans la santé.

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

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

La société civile participera à la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé par :

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

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

Les Partenaires Techniques et Financiers contribuent à la performance du secteur santé en alignant leurs interventions sur les priorités nationales et en respectant leurs engagements financier et technique.

Les communautés.- Les populations ont un rôle privilégié dans la mise en œuvre de la politique nationale de santé. Raison d'être du système, elles sont à la fois acteur, utilisateur et constituant. Elles y contribuent effectivement par :

- La participation à la promotion de la santé, l'utilisation éclairée et rationnelle des services et des soins, l'adhérence à un système d'assurance maladie qui restent déterminants pour le fonctionnement et l'impact du système de soins. La solidarité communautaire, individuelle et collective, est à valoriser et à renforcer.
- L'application des normes d'hygiène, d'assainissement et de protection de l'environnement par les individus et les collectivités.
- La participation à l'évaluation de la qualité des services et de la satisfaction de la clientèle

4.3 Les instruments de la Politique

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

- La présente politique est publiée sous la forme d'un arrêté présidentiel qui engage les différents secteurs gouvernementaux et est imposable à tous les acteurs du système de santé.
- Elle est explicitée par des Plans Directeurs Décennaux, des Plans Opérationnels Triennaux et des Plans d'actions annuels.
- Le suivi de la Politique et du Plan Directeur est annuel et fait l'objet d'un rapport sur l'état de Santé de la Population soumis par le MSPP au Chef de Gouvernement et au Parlement. Ce rapport bilan est également présenté aux agences bi et multilatérales partenaires, aux partis politiques et à la Société Civile. Ce rapport est aussi posté sur le site web du MSPP et accessible à la presse et à la population générale.

- Un pacte est signé avec les partis politiques pour le maintien du Plan Directeur en Santé sur une période de 10 ans à moins d'évènements morbides majeurs modifiant le profil épidémiologique national ou de modifications significatives du financement supportant la restructuration du système.

- Mise en place de la Conférence Nationale de Santé pour permettre la concertation sur les questions de santé. La Conférence Nationale de Santé est consultée par le Gouvernement dans la détermination des objectifs de la politique de santé publique. Elle peut être également consultée par les présidents des commissions compétentes du Parlement sur toute question relative à la prévention, à la sécurité sanitaire ou à la performance du système de santé.

4.4. Suivi-Évaluation de la politique.

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

- Un Plan de suivi de la Politique de Santé incluant les indicateurs est élaboré et mis en place.
- Un Plan de suivi du Plan Directeur en Santé incluant les indicateurs est élaboré et mis en place.

4.5. Sources et mécanismes de financement.

La mise en œuvre de la politique nationale de santé est le plus efficient que possible tenant compte de la qualité de la gouvernance qui est mise en place et de l'approche contractuelle retenue pour la gestion des programmes et l'allocation des ressources dans tout le secteur.

La présente politique est financée à partir du trésor public. Un fonds National de Santé, alimenté essentiellement par les taxes sur les produits dommageables pour la santé, complète les fonds publics. Le FNS peut également être alimenté par des dons nationaux ou internationaux.

La contribution de la Coopération Externe au financement du secteur santé s'aligne sur les priorités nationales, sous le leadership et la coordination du MSPP et dans le cadre de la politique de coopération externe du gouvernement. Des accords de partenariat sont signés avec chacun des partenaires et précisent les apports de ces derniers, en relation avec la politique et le Plan Directeur de Santé.

Les assurances privées et publiques, les mutuelles de santé, les coopératives, contribuent également au financement du secteur santé en partageant les risques et en intégrant la protection sociale en santé.

Chapitre 5. Procédures d'amendement de la politique.-

La décision d'amendement émane du MSPP, après consultation de la Conférence Nationale de Santé, avec spécification documentée des motifs. Le processus de révision est conduit et prend en compte la consultation de la population à travers des Assistes départementales, culminant en États Généraux de la Santé. La nouvelle politique fait l'objet d'un nouvel Arrêté Présidentiel portant amendement de la Politique Nationale de Santé de 2012.