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

PLAN DIRECTEUR DE SANTÉ 2012-2022

« 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 ».

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

(MSPP)

PLAN DIRECTEUR DE SANTE

2012-2022

Octobre 2013

Table des matières

page

Préface ..... *vii*
Mot de la Directrice Générale ..... *ix*
Liste des sigles et acronymes ..... *xi*
Définitions ..... *xii*
Préambule ..... *xiii*

PREMIERE PARTIE. – Analyse Situationnelle du Secteur Santé 1
Chapitre 1. Niveau de Santé de la Population Haïtienne 3
1.1 Tendances de la morbidité 5
1.2 Tendances de la Mortalité 6
1.3 Caractéristiques de l'état de santé de la population 6
Chapitre 2. Analyse des déterminants du niveau de santé de la population haïtienne 9
2.1 Déterminants démographiques 11
2.2 Déterminants biologiques 11
2.3 Déterminants environnementaux 11
2.4 Déterminants sociaux 12
2.5 Déterminants économiques et financement du secteur 13
2.6 Déterminants Anthropologiques/culturels 14
2.7 Déterminants institutionnels : le système de soins et son organisation 14
2.8 Défis de gouvernance et de coordination 16
2.9 Défi de gestion des ressources humaines (RH) 17

DEUXIEME PARTIE.- Les Orientations de la Politique Nationale de Santé de 2012 19
Chapitre 1. Principes Directeurs, Valeurs, Objectifs de la Politique Nationale de Santé . 21
1.1. Principes Directeurs et Valeurs 23
1.2. Objectifs de la Politique Nationale de Santé 24
Chapitre 2. Axes stratégiques de la Politique Nationale de Santé 25
2.1 Les axes spécifiques 27
2.2 Les axes globaux 29
2.3 Les axes transversaux 30

TROISIEME PARTIE

Le Plan Directeur de Santé 2012-2022

SECTION 1

Modèle modifié de soins de santé par niveau de résolution 35

Relations entre les axes de la Politique Nationale de Santé et les Composantes du Plan Directeur de Santé 37

Composante Renforcement organisationnel et opérationnel du Système de Santé 39

Chapitre 1. Renforcement du leadership et de la gouvernance 41

1.1 Coordination Générale du Système National de Santé 43

1.2 Régulation et Normalisation du système 44

1.3 Gestion de l'Intersectorialité et renforcement du partenariat 47

1.4 Modulation du Financement du secteur santé 55

Chapitre 2. Renforcement et unification du système d'information pour la santé; Exploitation systématique des informations produites pour la prise de décision 57

2.1 Production et utilisation de l'information 59

2.2 Surveillance intégrée des maladies et réponses 60

2.3 Recherche 61

Chapitre 3. Renforcement de la gestion des services et soins de santé et des ressources disponibles pour la santé 63

3.1 Renforcement de la gestion des services et soins de santé 65

3.2 Mise en place et renforcement des infrastructures sanitaires prestataires de services et de soins 67

3.3 Renforcement de l'accès aux soins et services de santé 69

3.4 Gestion rationnelle des ressources humaines 71

Tableau de cohérence entre les chapitres et sous chapitres du texte avec les domaines, sous-domaines et interventions du cadre logique du volet renforcement organisationnel 74

Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Renforcement Organisationnel et Opérationnel 74

SECTION 2

Composante Prestation de Services et de Soins de Santé

Chapitre 1. Santé de la femme et de la mère 95
1.1 Santé de la femme 97
1.2 Santé de la mère 97
Chapitre 2. Santé de l'enfant 99
2.1 Santé néonatale 101
2.2 Prise en charge Globale précoce de l'enfant exposé ou infecté au VIH 101
2.3. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) 101
2.4 Prise en charge de la malnutrition 103
2.5 Santé scolaire 103
Chapitre 3. Santé de l'adolescent et du jeune adulte 105
3.1. Santé scolaire 107
3.2 Soutien aux orphelins et adolescents vulnérables infectés et affectés par le VIH/SIDA 107
3.5 Lutte contre l'utilisation de l'alcool, du tabac, et de la drogue 107
Chapitre 4. Lutte contre les maladies transmissibles 111
4.1 Lutte contre les MST- VIH/SIDA 111
4.2 Lutte contre la tuberculose 111
4.3 Lutte contre les maladies à transmission vectorielle 111
4.4 Lutte contre les zoonoses 112
4.5 Sécurité transfusionnelle 112
4.6 Lutte contre le Choléra 113
Chapitre 5. La lutte contre les maladies non transmissibles 115
5.1 Prise en charge globale du diabète et des maladies cardiovasculaires 117
5.2 Soins ophtalmiques et bucco dentaires 117
5.3 Prise en charge des urgences 118
5.4 Lutte contre les principaux cancers 118
5.5 Lutte contre les maladies mentales, les troubles du comportement et la toxicomanie 118
5.6 Santé des personnes âgées-Gériatrie 119
5.7 Santé des handicapés 119
Chapitre 6. Lutte contre les violences et les accidents 121
6.1. Prise en charge des cas de violence et d'accidents 123
6.2 Lutte contre les violences et accidents 123
Chapitre 7. Nutrition 125
7.1 Prévention de la Malnutrition 127
7.2 Prise en Charge des maladies nutritionnelles 127
7.3 Protection Nutritionnelle en Situation d'Urgence 128

Chapitre 8. Promotion de la santé 129
8.1 Participation communautaire 131
8.2 Communication et éducation pour la santé 132
Chapitre 9. Gestion des risques et des désastres 133
9.1 Préparation aux catastrophes 135
9.2 Gestion des mesures exceptionnelles en cas de catastrophes, désastres et événements de santé publique à portée internationale 137
Chapitre 10. Hygiène Publique, Protection de la Santé du Citoyen et Protection de l'environnement *137*
10.1 Contrôle sanitaire 139
10.2 Gestion des mesures d'hygiène dans les structures de santé 139

Tableau de cohérence entre les chapitres et sous chapitres du texte avec les domaines, sous-domaines et interventions du cadre logique du volet prestation de services 141

Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Prestation des Services 143

QUATRIEME PARTIE

Mise en œuvre, Suivi et Evaluation du Plan Directeur en Santé

Chapitre 1. Mise en œuvre du Plan Directeur en Santé 159
Chapitre 2. Suivi et Evaluation du Plan Directeur en Santé 163

Préface

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population est fier de mettre à disposition des intervenants du système de santé en particulier et du grand public, le Plan Directeur en Santé 2012-2022. Ce document, véritable outil de gestion du système, répond à une préoccupation des autorités sanitaires nationales de concentrer les efforts vers une approche intégrée en vue de relever les véritables défis en matière de santé de cette décennie.

Ce plan directeur 2012-2022 est le produit d'un long processus ciblant la population haïtienne, les prestataires de services, la société civile et l'ensemble de nos partenaires en santé qui se sont penchés sur les différents problèmes en vue d'arriver à un consensus sur les stratégies à mettre en œuvre pour les affronter. Ainsi, il est le fruit d'un consensus entre haïtien d'abord, puis avec nos partenaires internationaux. Il s'aligne sur le Plan Stratégique de Développement d'Haïti (PSDH) qui est la ligne directrice à suivre pour qu'Haïti soit un pays émergeant en 2030. L'opportunité qui a été offerte aux partis politiques et à la société civile de l'enrichir lors des Assises départementales et des Etats Généraux de la Santé organisés par le MSPP constitue un gage que ce Plan Directeur ne sera pas remis en question au fil des changements constitutionnels de gouvernements.

La démarche participative qui a conduit à son élaboration ne peut que raffermir notre conviction que le système de santé bénéficie finalement d'un outil dont la pertinence et l'utilité ne font aucun doute. Le résultat de ce processus participatif nous conforte également dans notre détermination à concentrer nos efforts vers une approche intégrée des véritables défis de cette décennie qu'il convient de relever afin d'arriver à un accès universel aux soins de santé de qualité. Il s'agit, entre autres, de renforcer les mesures visant à améliorer la gouvernance globale, mobiliser les ressources financières en faveur de la santé, rendre disponibles les ressources humaines de qualité (compétentes et motivées) et en quantité suffisante dans les départements sanitaires, lever la barrière financière aux soins de santé, rétablir le contact avec la communauté à travers un réseau d'Agents de Santé Communautaires Polyvalents ; en un mot, améliorer la performance du système de santé en termes d'offre et d'utilisation de soins et services.

Le Plan Directeur en Santé (PDS 2012-2022) s'inscrit donc dans la double perspective de relever les défis ci-dessus évoqués tout en accélérant l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) où le concept de couverture sanitaire universelle, en passant par les soins de santé primaires, devra avoir une place de choix si nous voulons arriver au développement durable de l'après 2015.

L'amélioration de quelques indicateurs de santé des femmes et des enfants haïtiens nous encourage et nous interpelle dans cette démarche visant à mettre à profit les facteurs qui contribuent à un bon état de santé à faible coût tels : l'engagement en faveur de l'équité, l'existence de systèmes de gouvernance efficaces et de programmes sur mesure qui permettent d'agir sur les déterminants sociaux et environnementaux au-delà de l'absence de maladie. C'est pourquoi nous mettons l'accent sur la couverture sanitaire universelle qui illustre la nécessité d'obtenir pour tous les meilleurs résultats sanitaires possibles. Chacun, quels que soient ses moyens financiers, devrait avoir accès aux soins de santé de qualité dont il a besoin sans risquer la ruine.

Notre vision est claire, nos priorités sont définies. Nous avons appris nos leçons et nous réussirons si, et seulement si, chaque secteur de la vie nationale prend ses responsabilités par rapport à la santé de la population et si l'assistance externe se donne les moyens d'être plus efficace en allant vraiment vers la population, en bâtissant sur ce qu'ils ont et en faisant avec eux. Ce plan devra servir de fil directeur pour une mise en commun des interventions visant à assurer une meilleure coordination des prestations. Il est le document de référence pour l'ensemble des acteurs du secteur de la santé. Ainsi, au nom de l'Administration Martelly et du Gouvernement Lamothe, j'exhorte tous les acteurs à se l'approprier et à contribuer à sa mise en œuvre effective.

Je profite de l'opportunité de la diffusion de ce Plan Directeur en santé 2012-2022, pour adresser nos sincères remerciements à l'Unité d'Etude et de Programmation (UEP) du MSPP et à tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à la réalisation de cet instrument qui apporte des éléments de réponse pérenne à la situation sanitaire de la population haïtienne et du pays.

Dr Florence D. GUILLAUME
Ministre

Mot de la Directrice Générale

Un an environ après la parution de la nouvelle politique nationale de santé, la Direction Générale du Ministère de la Santé Publique et de la Population accueille avec satisfaction le plan directeur qui retrace les grandes lignes d'intervention du Ministère de la Santé Publique résolument engagé dans un changement organisationnel. Ce changement doit aboutir immanquablement à plus d'efficience dans la prestation des services, dans la gestion du système sanitaire et dans le financement des activités. Le présent document traduit la vision à court et moyen terme du gouvernement haïtien qui veut travailler à un système de santé unique, performant, efficace et équitable propulsant la réforme du secteur vers plus d'imputabilité, plus d'intégration et plus de réactivité.

Le plan directeur est l'outil de référence pour les opérateurs, les partenaires et les responsables du secteur santé, car c'est le fruit d'un processus participatif. Ce plan reprend en essence les réflexions sur les enjeux de taille qui nous interpellent dans notre quotidien d'acteurs et de gestionnaire du système de santé haïtien.

L'engagement de la Haute Direction du Ministère envers ce travail d'équipe se concrétisera dans un accompagnement soutenu auprès de ses collaborateurs immédiats pour faciliter sa mise en œuvre tout en étant réceptive aux conditions critiques qui moduleront son impact. Cet engagement exprimé ici est aussi un appel aux acteurs étatiques en premier lieu, pour améliorer la performance de nos programmes, de nos structures et en bout de ligne de notre organisation.

Au-delà des responsables du **MSPP**, l'appropriation de cet instrument par les partenaires non étatiques et ceux du secteur privé en général constitue un gage de succès de la matérialisation de la vision du gouvernement. Aussi, dans

une démarche de synergie, le **MSPP** appelle tous les opérateurs à aligner leurs interventions sur les grands objectifs qui y sont formulés et à tenir compte des approches proposées pour parvenir aux résultats visés.

Il ne fait aucun doute que beaucoup d'efforts seront déployés au cours de la prochaine décennie pour renforcer les capacités du pays à faire face aux besoins de santé de sa population en pleine transition épidémiologique. Le sens d'abnégation de tous sera nécessaire pour répondre au mieux de nos ressources limitées aux sollicitations quotidiennes d'une *population*.

La Direction Générale tient pour finir à renouveler l'attachement du Ministère de la Santé Publique et de la Population aux valeurs et principes d'universalité, de globalité, d'équité et de qualité édictés dans la politique sanitaire car elle croit que la poursuite de ces idéaux qui ont d'ailleurs guidés l'élaboration du plan directeur rend légitimes tous les espoirs d'une Haïti émergente où le respect du droit à la santé pour tous est un vecteur de développement intégral et un facteur d'émancipation sociale.

Dr Marie Guirlaine RAYMOND CHARITE
Directeur Général

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
ECVH	Enquête sur les conditions de vie en Haïti
EDS	Enquête Démographique et de Santé
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 du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONPES	Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PES	Paquet Essentiel de Services et de Soins de Santé
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
UCPNANu	Unité de Coordination du Programme National d'Alimentation et de Nutrition
UCS	Unité Communale de Santé
UEP	Unité d'Études et de Programmation (Nouvelle dénomination de l'UPE du MSPP)
UNESCO	Fonds des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine /Syndrome d'Immunodéficience Acquise

Définitions

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.

Haute Direction :

Ministre et/ou Directeur Général du MSPP

Préambule

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

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

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

Toutes les solutions retenues dans la Politique Nationale de Santé et précisées dans le Plan Directeur de Santé 2012 - 2022 convergent vers la correction des problèmes structurels du secteur et placent la santé au cœur du développement national en tant que réponse sociale et comme investissement. Les actions régulatrices visent non à pénaliser des acteurs ou des sous-secteurs mais à offrir à tous un cadre qui garantit la sécurité des utilisateurs et l'efficience des pourvoyeurs de services.

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

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

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

PREMIERE PARTIE

Analyse Situationnelle du Secteur Santé

L'analyse situationnelle du secteur santé couvre :

i) le niveau de santé de la population haïtienne avec les tendances de la morbidité et de la mortalité, les caractéristiques de l'état de santé de la population ;

ii) l'analyse des déterminants du niveau de santé de la population : déterminants démographiques, biologiques, environnementaux, sociaux, économiques et prenant en compte le financement du secteur santé, anthropologiques/culturels, institutionnels, faisant ressortir les défis de gouvernance incluant la coordination du secteur, la production et la gestion des ressources humaines.

Chapitre 1

Niveau de Santé de la Population Haïtienne

L'évolution vers une amélioration de l'état de santé de la population est très lente. Les niveaux de mortalité et 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 et 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 aigües 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 quasi certaine et pour laquelle on assiste régulièrement à une poussée à certaines périodes de l'année. Certaines conditions (maladies cardiovasculaires – diabète – néoplasies – traumatismes) de par leur incidence et prévalence croissantes sont devenues un objet de préoccupation de santé publique, ce qui fait penser que Haïti est actuellement en pleine transition épidémiologique. Depuis le tremblement de terre de 2010, on a commencé de façon sérieuse à mesurer la dimension alarmante en Haïti des handicaps physiques et des affections mentales.

Quelques indicateurs de morbidité éclairent sur la situation :

- Prévalence du SIDA : 2.2% (EMMUS V, 2012).
- 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).
- Prévalence des infections respiratoires aigües chez l'enfant ; 20.4 (EMMUS V, 2012) 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 de morbidité sexo-spécifique, en ce qui se rapporte aux 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 aigües, les diarrhées, la malnutrition.

Quelques indicateurs :

- Prévalence des infections respiratoires aigües chez l'enfant : 20.4% (EMMUS V, 2012).
- Prévalence des diarrhées infantiles : 29.5% (EMMUS V, 2012).
- Prévalence de la malnutrition chronique chez l'enfant : -3 écart type 7.8% ; -2 écart type : 21.9% (EMMUS V, 2012)
- Prévalence de l'anémie chez les femmes : 49.3% (EMMUS V, 2012)
- Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6-59 mois : 65% (EMMUS V, 2012)
- Prévalence de l'anémie chez les hommes : 24.5 % (EMMUS V, 2012)

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. Il est estimé à 9 pour 1000 en 2011 (UNICEF). 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). En 2010, une estimation récente du système des Nations-Unies la chiffre à 350 pour 100.000 naissances vivantes.
- 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 V (2012) 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 32/1000 et 30/1000 chez les 20% des plus pauvres contre 27/1000 et 24/1000 chez les 20% des plus riches. Le risque de décéder entre le premier et le cinquième anniversaire est près de quatre (4) fois plus élevé chez les 20% des plus pauvres (44/1000) que chez les 20% des plus riches (12/1000).
- 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 4.4 enfants/femme en milieu rural contre 2.6 en milieu urbain (EMMUS V, 2012).

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 lesquels 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 soit 57% (PSNRSS, 2005-2010) vit dans l'insécurité alimentaire qui se traduit notamment par un déficit de l'ordre de 10% des calories requises. L'état nutritionnel étant un déterminant du niveau de résistance des individus à toute forme d'infection, et l'alimentation un facteur primordial à l'adhérence à certains types de traitement, il est essentiel que cette problématique soit prise en compte dans toute démarche pour améliorer l'état de santé de la population haïtienne.

2.3 Déterminants environnementaux

La dégradation de l'environnement en Haïti est causée, entre autres, par l'instinct de survie, les limites de l'émigration et la faiblesse de l'État. Le déboisement et la dégradation de l'environnement physique est à la base de catastrophes (inondation, éboulement,…) qui alimentent le tableau de morbidité et de

mortalité. L'urbanisation non contrôlée facilite la transmission de certaines maladies (malaria, typhoïde, choléra, IRA, IST) de par les conditions de promiscuité physique et sexuelle, d'insalubrité, d'absence de services publics (eau, assainissement, traitement et élimination des déchets) qu'elle engendre et entretient.

La 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 de la malaria et de la dengue, en particulier des anophèles et des Aedes. L'environnement à l'intérieur des bidonvilles et des camps d'hébergement est caractérisé par la promiscuité physique et sexuelle, l'insalubrité, l'absence des services sociaux de base et se prête à la violence physique et sexuelle, la transmission de maladies infectieuses et parasitaires.

2.4 Déterminants sociaux

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

2.4.1. Accessibilité aux Services de Santé de base

Différentes sources de données (EMMUS V; 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%[1]. 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

[1] EMMUS V n'a pas évalué pas la couverture.

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.

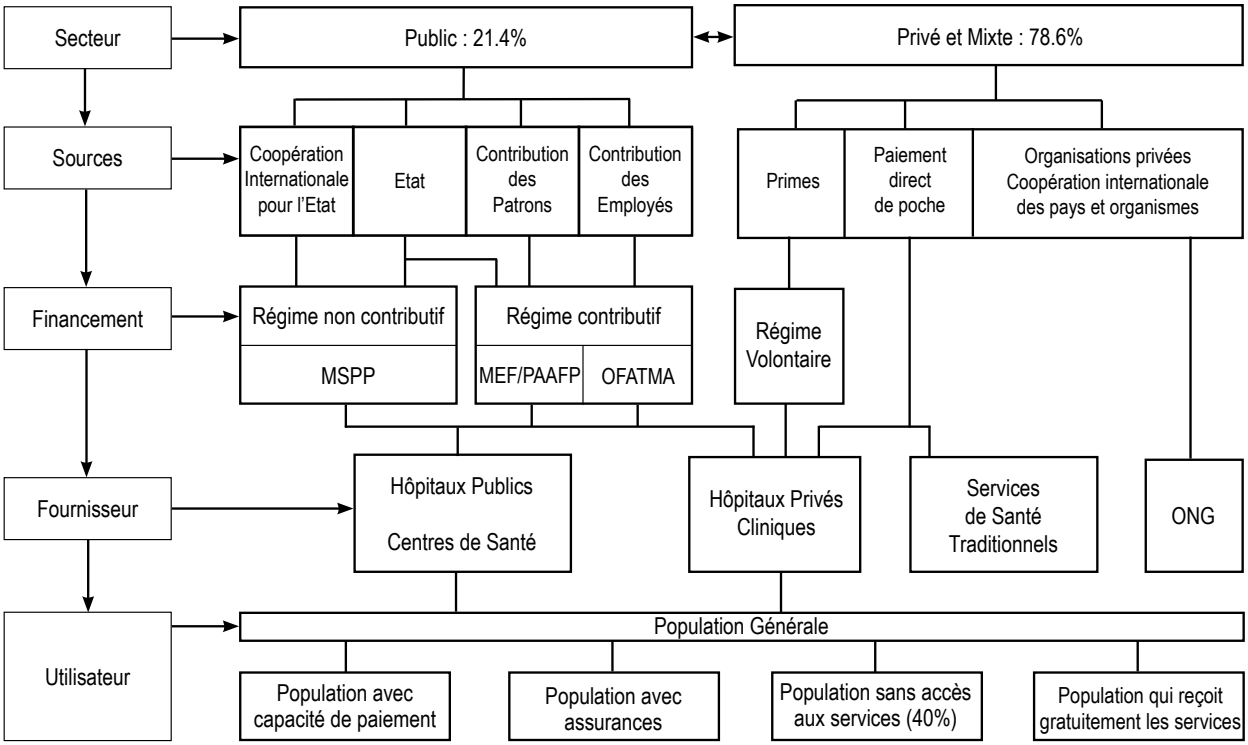
Le cycle de la pauvreté en Haïti entretient des patrons de comportements individuels et collectifs et un mode de vie propices au développement de maladies nutritionnelles de carence, maladies infectieuses transmissibles et maladies parasitaires.

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.

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

Structure actuelle du financement du système de santé haïtien



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

2.6 Déterminants Anthropologiques/culturels

Pour une couche importante de la population, la survenue de certaines maladies, particulièrement à manifestation spectaculaire, est attribuée à des étiologies d'ordre surnaturel, orchestrées par un ennemi connu ou inconnu. Lorsque cette situation survient le retard de recours à la médecine moderne, alors 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 60% de la population (EMMUS IV, 2005-2006). 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. Il est à signaler que 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 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 58 structures de soins qui offrent des services spécialisés ou à un niveau de complexité ne permettant pas de les catégoriser.

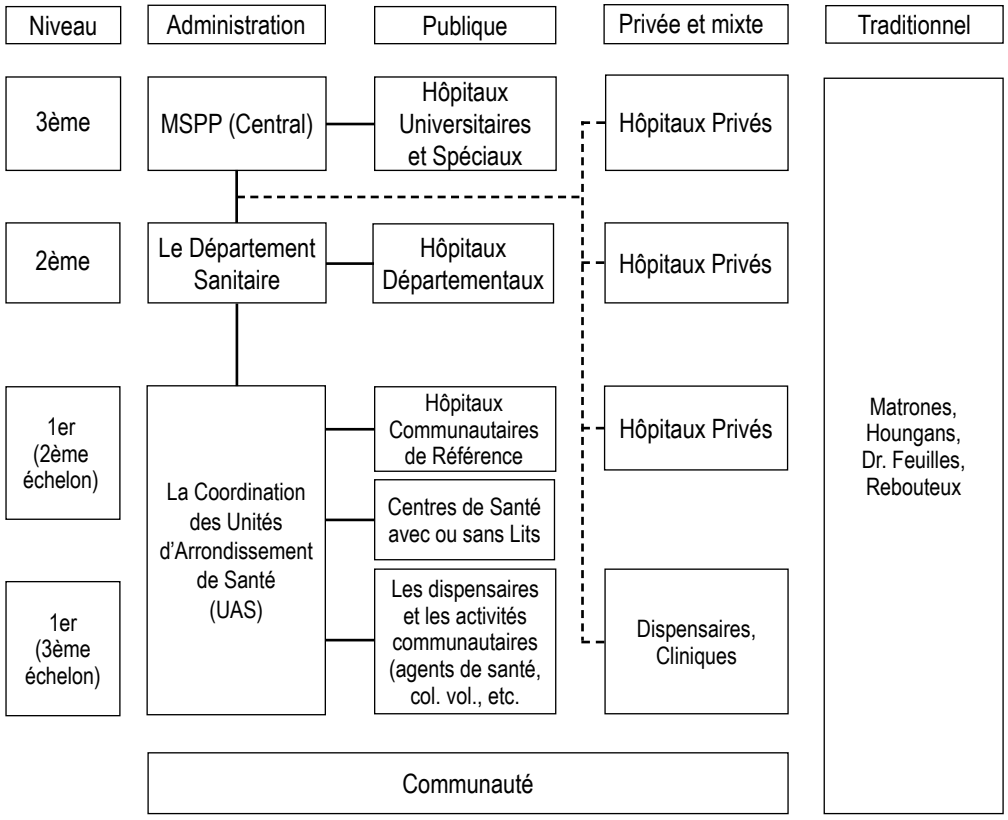
Dans son ensemble le système compte 908 structures de services et de soins réparties comme suit: 278 institutions publiques (30.62 %), 419 institutions privées (46.14%) et 211 institutions mixtes (23.24 %). *Source : Rapport sur les institutions sanitaires, MSPP 2010.*

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

A côté de la médecine moderne, il existe une médecine traditionnelle très active. Encore appelée «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. La « Medsin Ginen » fait appel à une personne possédant un don, par exemple les rebouteux ou les accoucheuses traditionnelles.

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

Modèle de Soins de Santé Actuel par Niveau de Résolution



2.8 Défis 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 qualité. La faible capacité de surveillance de l'Autorité Sanitaire Nationale, la multiplicité des bailleurs de fonds et des programmes verticaux, l'absence de protocoles standardisés pour la prise en charge des problèmes de santé ainsi que les 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, Plan Directeur du secteur, couvrant tous les domaines. L'articulation du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) est une obligation puisque les systèmes parallèles, liés à des projets spécifiques, constituent des entraves à l'établissement d'une vue d'ensemble du secteur qui soit fiable permettant un meilleur pilotage.

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

2.9 Défi de gestion des ressources humaines (RH)

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

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

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

DEUXIEME PARTIE

Orientations de la Politique Nationale de Santé de 2012

Chapitre 1

Principes Directeurs, Valeurs, Objectifs de la Politique Nationale de Santé

1.1. Principes Directeurs et Valeurs

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

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

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

De la Mission de l'Autorité Sanitaire Nationale

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

Le Ministère de la Santé est le premier responsable de la mise en œuvre de la Politique Sanitaire Nationale et du Plan Directeur de Santé sous l'autorité du Gouvernement. Compte tenu de la nature multisectorielle des problèmes de santé, le peuple haïtien et tous les secteurs de développement sont interpellés pour l'application tant de la nouvelle politique de santé que du Plan Directeur en Santé 2012-2022 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.

De la Vision du gouvernement du système de santé haïtien

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

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

- Intersectorialité
- Décentralisation
- Partenariat public – privé – société civile – dirigeants des collectivités territoriales

- Participation citoyenne
- Intégration de toutes les interventions en matière de santé dans une programmation nationale et dans un cycle continu de planification, de suivi et d'évaluation incluant la recherche opérationnelle.

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

1.2. Objectifs de la Politique Nationale de Santé

La PNS vise les objectifs suivants :

1.2.1 Objectif général

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

1.2.2 Objectifs Spécifiques

- Établir un système de santé capable d'assurer la couverture sanitaire totale du pays et de satisfaire les besoins essentiels de la population en matière de santé tout en promouvant l'articulation des médecines moderne et traditionnelle.
- Assurer le leadership du MSPP pour, d'une part la surveillance et la garantie de la qualité de l'état de santé de la population, d'autre part l'application de la régulation sanitaire et l'accréditation des institutions de santé et de formation.
- Assurer un financement adéquat du système de santé à partir de l'augmentation progressive du pourcentage du budget du trésor public alloué à la santé.
- Rationaliser l'utilisation des ressources disponibles en réalisant l'alignement des bailleurs de fonds sur les priorités nationales dans le cadre d'un partenariat basé sur la performance et la reddition de compte.
- Mettre en place un système d'urgences à tous les niveaux capable de donner des réponses structurées aux dommages dus aux évènements naturels ou autres.
- Garantir l'atteinte des buts et objectifs découlant des engagements nationaux et internationaux.

Chapitre 2

Axes stratégiques de la Politique Nationale de Santé

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

2.1 Les axes spécifiques

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

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

2.1.1 Amélioration/Renforcement/Extension de l'offre de soins et de services

Cette composante reste une des étapes essentielles pour:

i) établir un système de santé adéquat, efficient, accessible et universel et

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.2 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.

2.2.3 Ressources Humaines

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

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

2.2.4 Approvisionnement en Intrants / Médicaments

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

- Élaborer une politique pharmaceutique découlant de la politique sanitaire nationale.
- Renforcer la structure de régulation pharmaceutique pour qu'elle puisse assurer pleinement ses fonctions régaliennes.
- 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 disponible et publique les informations réglementaires sur les médicaments en général.
- Assurer le contrôle de qualité des médicaments et produits pharmaceutiques pour la santé.

2.2 Les axes globaux

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

2.2.1 Financement du secteur santé

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

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

2.2.2 Régulation et Contrôle des dépenses

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

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

2.3 Les axes transversaux

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

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

2.3.1 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.

2.3.2 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 (PES) pour l'ensemble de la population.
- Contribuer à garantir un environnement salubre à l'ensemble de la population.

2.3.3 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.

2.3.4 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 en santé.
- Développer des modèles d'assurances sociales et communautaires en santé 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.

2.3.5 Intersectorialité

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

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

Interrelations entre les axes

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

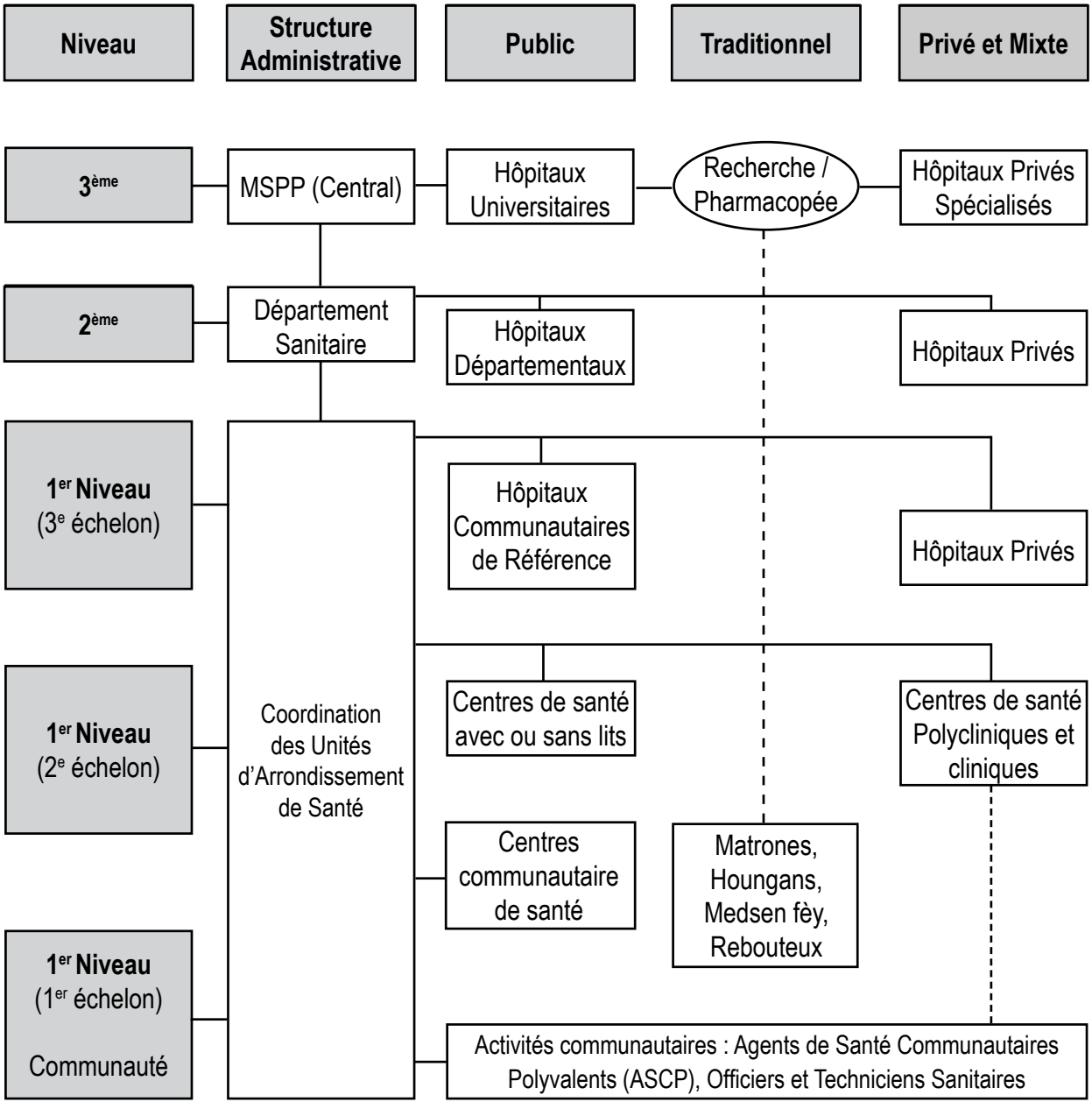
Les axes de la politique sont interreliés. La qualité et la performance des axes spécifiques: infrastructures, ressources humaines, intrants et médicaments sont fonction de la qualité et de la performance des axes globaux et transversaux tels information/surveillance, gouvernance, protection sociale, intégration et intersectorialité. La gestion et la performance dans les axes globaux et transversaux sont fonction de la qualité des axes spécifiques. Le plein effet de l'ensemble de ces axes résulte en un environnement propre à la prestation de services de qualité, coût/efficaces et accessibles à la population.

TROISIEME PARTIE

Le Plan Directeur de Santé 2012-2022

En conformité avec la Politique Nationale de Santé, le Plan Directeur en santé 2012-2022 se propose d'opérationnaliser la Politique Nationale de Santé de 2012 à travers un modèle de santé organisé autour des Directions départementales sanitaires responsables de mettre en œuvre les décisions que charrie la Politique Nationale de Santé et d'organiser les services et soins au niveau de leur aire de desserte respective. La figure suivante schématise le modèle retenu :

Modèle modifié de soins de santé par niveau de résolution



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

Au niveau gestionnaire, prenant en compte les ressources potentielles et dans un souci de rationalité et d'efficience, l'Unité d'Arrondissement de Santé (UAS) remplace l'Unité Communale de Santé (UCS). En effet, le niveau de l'Arrondissement a l'avantage de correspondre au découpage administratif de la République et correspond mieux aux moyens logistiques et financiers du pays que celui des communes retenu jusqu'ici à travers l'approche des UCS. Ainsi donc :

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

La supervision et le contrôle restent deux fonctions prioritaires des niveaux opérationnel et intermédiaire. Par ailleurs, le modèle retenu crée le cadre pour la mise en opération tant des mesures de renforcement du système de santé que de la prestation et de l'accès des services et soins de santé retenues dans le plan Directeur de santé 2012-2022 qui devraient permettre, entre autres, d'atteindre les objectifs fixés en référence aux ODM auxquels Haïti a souscrit. Il faut garder à l'esprit que pour atteindre les ODM, un certain nombre d'interventions de prestation de soins et services de santé de qualité a été retenu par la communauté sanitaire internationale sur base des études scientifiquement menées (LANCET, BMJ, COCHRANE etc...). Il s'agit d'amener toutes les structures sanitaires concernées à prodiguer les soins relatifs à ces types d'intervention.

La synthèse des ODM liés à la santé ainsi que des cibles et indicateurs qui s'y rattachent se retrouve dans le premier annexe.

De manière spécifique, pour la période couverte par ce plan directeur, soit 2012-2022, en accord avec les axes stratégiques de la Politique Nationale de Santé et à la recherche de l'atteinte des ODM, l'accent est-il mis sur deux composantes : renforcement du système de santé et renforcement de la prestation des services et soins de santé. Chacune de ces composantes est subdivisée en domaines, sous domaines et interventions tel que présenté dans les cadres logiques du plan directeur.

Relation entre les axes de la Politique Nationale de Santé et les Composantes du Plan Directeur de Santé

Le tableau présenté ci-après établit clairement cette relation.

Axes de la PNS		**Composantes du PDS**	
		Renforcement organisationnel et institutionnel	***Prestation de services et de soins de santé***
Axes Spécifiques	Amélioration / Renforcement / Extension de l'offre de soins et de services.-	➢ Renforcement de la gestion des Services et Soins de Santé et des ressources disponibles pour la santé ➢ Modèle modifié de soins de santé par niveau de résolution ➢ Renforcement de la qualité des services et soins de santé ➢ Continuum de services –Réseautage -Référence / Contre-Référence	
	Infrastructures	➢Mise en place / renforcement des infrastructures sanitaires prestataires de services et de soins selon le dispositif sanitaire retenu.	
	Ressources Humaines	➢ Gestion rationnelle des ressources humaines ➢Renforcement du dispositif de supervision et de contrôle. ➢Organisation du réseau communautaire de services (ASCP - Officiers et Techniciens sanitaires) ➢Renforcement des aspects éthiques des professions médicales et paramédicales: création des ordres professionnels en santé, contrôle des Assurances Publiques et Privées.	
	Approvisionnement en Intrants	➢Renforcement de la Gestion rationnelle des Médicaments et des intrants stratégiques pour la santé.	
Axes globaux	Financement du secteur santé	➢Modulation du Financement du secteur santé ➢Approche contractuelle et Financement basé sur les résultats (FBR)	
	Régulation et contrôle des dépenses	➢Gestion et contrôle financiers ➢Mise en place d'une unité d'audit interne au sein du MSPP ➢Gestion saine et transparente des ressources.	
Axes Transversaux	Gouvernance	➢Régulation et normalisation du système ➢Développement, vulgarisation et standardisation de la mise en œuvre d'un paquet essentiel de services de santé (PES) à travers le système de soins. ➢Gestion des accords et traités internationaux en matière de santé - Gestion conjointe des problèmes transfrontaliers (Haïti- République Dominicaine).	5 groupes de domaines retenus : 1. Santé de la mère et de l'enfant 2. Santé de l'adolescent et du jeune adulte 3. Contrôle des maladies et des traumatismes 4. Nutrition 5. Promotion de la santé
	Intégration	➢Intégration de toutes les actions à prendre dans le secteur dans une programmation nationale unique. ➢Suivi de la mise en œuvre du modèle de prestation de services retenu.	
	Information / Surveillance	➢Renforcement et unification du système d'information sanitaire ➢Système d'informations sanitaire unifié, à portée nationale et orienté vers la prise de décision. ➢Surveillance de l'état de santé de la population ➢Gestion des risques et désastres ➢Promotion de la recherche	
	Protection Sociale en santé	➢Construction de la Protection sociale en santé	
	Intersectorialité	➢Gestion de l'Intersectorialité et renforcement du partenariat	

SECTION 1

Composante
Renforcement organisationnel
et opérationnel du Système de Santé

Cette composante intéresse la gouvernance du système haïtien de santé et concerne également toutes les mesures et initiatives prises par l'Etat haïtien à travers ses représentants légitimes pour garantir le renforcement du système de santé. Elle couvre trois chapitres, correspondant à trois domaines:

- *Renforcement du leadership et de la gouvernance*
- *Renforcement et unification du système d'information pour la santé; l'exploitation systématique des informations produites pour la prise de décision*
- *Renforcement de la gestion des services et soins de santé et des ressources disponibles pour la santé.*

Chapitre 1

Renforcement du leadership et de la gouvernance

Ce chapitre ou domaine englobe quatre sous-chapitres ou sous-domaines:

1. Coordination générale du système national de santé
2. Régulation et normalisation du système
3. Gestion de l'intersectorialité et renforcement du partenariat
4. Modulation du financement du secteur santé

1.1 Coordination Générale du Système National de Santé

Ce sous-domaine regroupe les interventions suivantes :

1.1.1 Administration et Coordination Générale du Système National de Santé

- Identification des besoins en santé de la population et des iniquités par rapport aux services et soins de santé et autres services essentiels liés à la santé;
- Organisation et institutionnalisation du cycle de gestion dans le secteur santé;
- Allocation de ressources pour la santé;
- Organisation, surveillance du dispositif sanitaire, évaluation des performances institutionnelles et individuelles à tous les niveaux;
- Renforcement du dispositif de supervision et de contrôle;
- Mobilisation du secteur santé en cas de catastrophe et désastre naturels.

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

a) Adapter son organisation et son mode de fonctionnement à travers une nouvelle Loi organique mieux adaptée à l'exercice de ses fonctions et attributions générales. Cette mesure doit l'habiliter à exercer son leadership dans le fonctionnement du sous-système

b) De concert avec les autres entités concernées, mettre en place les mécanismes d'articulation et de coordination, ainsi que les outils nécessaires pour un bon fonctionnement du secteur santé.

Renforcement du dispositif de supervision et de contrôle

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

Le Contrôle fait l'objet des mêmes considérations que pour la supervision. Un accent particulier est mis sur la gestion et le contrôle financiers, l'atteinte des objectifs et résultats visés. Dans ce souci, une unité d'audit interne est mise en place au sein du MSPP en vue de renforcer cette fonction et garantir une gestion saine et transparente des ressources ainsi que la performance du système.

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

Il s'agit d'aligner tous les intervenants en santé autour du Plan Directeur en Santé et de consigner toutes les interventions prévues dans les plans opérationnels triennaux en s'assurant de fixer l'imputabilité de chaque partenaire. L'élaboration de ces plans mobilise l'ensemble des partenaires et est assorti d'un plan de suivi et d'évaluation qui est d'application stricte. Dans ce plan de suivi et d'évaluation sont également consignés les mécanismes de suivi et d'évaluation définis ainsi que les paramètres de suivi du respect des engagements par chacun.

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

1.1.3 Gestion et coordination de l'approche contractuelle

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

Les modes de délégation priorisés sont :

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

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

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

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

1.2 Régulation et Normalisation du système

Ce sous-domaine couvre les interventions suivantes:

- Développement, vulgarisation des politiques publiques, lois et règlements.
- Application et surveillance de l'application des politiques publiques, des lois et règlements.
- Établissement de normes techniques et administratives pour la gestion des services essentiels et des ressources disponibles pour la santé.

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

1.2.1 Développement, vulgarisation des politiques publiques, lois et règlements

Ce sous-domaine vise le renforcement de l'arsenal juridique en matière de santé. Il regroupe l'élaboration / la révision de politiques publiques, de lois et règlements relatifs à : l'hygiène publique; l'hygiène de l'habitat; la protection de l'environnement; l'exercice des professions médicales et paramédicales; le fonctionnement et l'accréditation des institutions de soins; la production, l'importation, la commercialisation, le contrôle des médicaments et autres substances chimiques; le contrôle des produits alimentaires; en un mot à tout ce qui touche à la santé des individus et des collectivités.

Le renforcement du cadre juridique de règlementation du système de santé constitue une priorité en référence à la Politique Nationale de Santé et au Plan Directeur en Santé. Une commission interne au MSPP se charge de la coordination des réflexions pour une législation sanitaire actualisée. Des dispositions sont prises par le Ministère de la Santé, en concertation avec d'autres Ministères concernés, pour la préparation et la présentation au Parlement des Projets de Lois, à des fins de ratification et d'application.

Certaines lois sont d'un intérêt particulier pour la santé :

- Loi définissant l'Organisation et le Fonctionnement du Ministère de la Santé Publique et de la Population.
- Loi établissant le Service Social Obligatoire pour les étudiants des Universités bénéficiant du Financement Public.
- Loi relative au Syndrome d'Immunodéficience Acquise.
- Loi sur le Service Social et la résidence des professionnels et techniciens de la Santé.
- Loi définissant le cadre légal de la surveillance épidémiologique
- Loi réglementant la production, la distribution, les conditions d'importation et d'exportation, le stockage et la consommation des médicaments.
- Loi portant sur la création et l'organisation de l'Ordre National des Médecins.
- Loi portant sur la création et l'organisation de l'Ordre National des Infirmières et Infirmiers.
- Loi régissant l'exercice des professions de la santé.
- Loi portant sur la fortification des aliments en micronutriments.
- Loi sur le fonctionnement des établissements et cliniques du secteur privé-lucratif de soins de santé.
- Loi sur les services publics en matière de santé.
- Code d'Hygiène Publique révisé.
- Loi sur l'exercice des professions médicales et paramédicales et leur pratique illégale
- Loi sur la définition clinique de la mort et le fonctionnement des morgues privées et publiques
- Loi sur la médecine légale
- Loi règlementant le fonctionnement des assurances de santé
- Loi sur l'avortement
- Loi sur l'euthanasie
- Loi sur le transport des malades
- Loi sur le transport et la gestion des cadavres en temps normal et en cas de catastrophe naturelle ou d'épidémies.

1.2.2 Application et surveillance de l'application des politiques publiques, lois et règlements

Cette intervention réfère à l'exercice des fonctions et mécanismes de supervision et de contrôle de la mise en application des lois, normes et procédures administratives et techniques au niveau des entités du système de santé. Elle vise à s'assurer, entre autres, du respect du dispositif sanitaire, de la fonctionnalité du système, de la couverture maximale et de la qualité des services et soins de santé offerts à la population

1.2.3 Établissement de normes techniques et administratives pour la gestion des services essentiels et des ressources disponibles pour la santé

Le Ministère de la Santé Publique se charge de finaliser et de mettre en application le cadre normatif technique et administratif du système de santé. Dans ce contexte, il s'agit de développer, d'ajuster au besoin les normes techniques et administratives relatives à la gestion et à la prestation des services retenus dans le PES ainsi qu'à la gestion des ressources disponibles pour la santé. Le MSPP se charge de vulgariser ces normes dans les différentes formes existantes facilitant leur disponibilité au niveau de toutes les institutions prestataires de services et de soins de santé dans les espaces de prestation de soins et services spécifiques.

Une des priorités dans ce domaine reste le Développement, la vulgarisation et la standardisation de la mise en œuvre d'un paquet essentiel de services de santé (PES) à travers le système de soins.

Il s'agit de définir un Paquet Essentiel de Services et de soins et de développer le paquet technologique qui en découle, en fonction du tableau actuel de morbidité et de mortalité et des différents niveaux de la pyramide sanitaire. Cette intervention vise la construction de l'accès universel à un Paquet Essentiel de Services de Santé (PES) qui est la priorité de la Politique Nationale de Santé et du Plan Directeur en Santé. Le PES se fonde sur des méthodes et des techniques scientifiquement valables et socialement acceptables, accessibles à toutes les familles de la communauté, avec leur pleine participation, dans un esprit d'auto-responsabilité. Le PES doit être apporté le plus près possible des lieux où vivent et évoluent les populations. Le PES est ajusté au besoin suivant l'évolution du profil épidémiologique du pays.

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

L'élaboration du PES tient compte de :

- L'attention ambulatoire aux individus malades, établie sur une base de référence et de contre référence.
- L'hospitalisation de courte et de moyenne durée pour des pathologies courantes.

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

- Réviser, compléter et vulgariser le paquet essentiel de services (PES) par niveau d'institutions;
- Promouvoir la Prise en Charge Globale de l'Individu;
- Organiser et rendre fonctionnel le système de référence et de contre référence;
- Définir le Paquet Technologique des différents niveaux du dispositif sanitaire (centres communautaires de santé, Centres de santé, hôpitaux communautaires de référence, hôpitaux

départementaux, hôpitaux universitaires, hôpitaux et centres spécialisés) et habiliter ces établissements à remplir leur mission de façon complète;

- Habiliter tous les établissements, quelle que soit leur obédience, à fournir, selon leur niveau, le paquet complet de services essentiels moyennant la dotation en personnel qualifié et suffisant, l'approvisionnement en intrants et équipement de base.

1.3 Gestion de l'Intersectorialité et renforcement du partenariat

En référence à la définition de la Santé de l'OMS, l'implication de multiples secteurs est primordiale pour la mise en place de conditions optimales pour le développement, la restauration et le maintien de la santé de la population. Il s'agit de mettre en place d'un cadre de mobilisation et d'intégration des interventions sur les déterminants de la santé des autres ministères et entités de l'État, de la société civile, dans le respect de leur mandat et attributions respectifs. Il s'agit également d'organiser des dialogues politiques et des plaidoyers pour la santé. Vu la constitution du système de santé haïtien qui mobilise une multiplicité d'acteurs, la gestion et le renforcement du partenariat s'avèrent également impérieux.

La Politique Nationale de Santé définit déjà les grandes lignes de gestion de l'intersectorialité en fixant, en accord avec leurs mandat et attributions respectifs, les rôles et apports attendus des différents secteurs au renforcement du système national de santé. Compte tenu du poids des problèmes et carences nutritionnelles ainsi que des conditions insalubres de l'environnement sur l'état de santé de la population haïtienne, deux actions restent de grande importance pour la santé : la construction de la sécurité alimentaire et l'amélioration de l'alimentation humaine; l'amélioration de l'environnement humain.

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

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

Amélioration de l'Environnement

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

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

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

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

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

La mise en œuvre de la politique nationale de santé et du Plan Directeur en santé est de la responsabilité du Ministère de la Santé Publique et de la Population. Il doit mettre en place le cadre de mobilisation et d'intégration des interventions, dans le respect de leur mandat et attributions respectifs, des autres ministères et entités de l'État, de la société civile, sur les déterminants de la santé. Les différents Ministères doivent s'assurer de traduire les aspects de leur mandat en terme de santé dans leurs politiques sectorielles respectives.

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.
- La production d'informations statistiques de base pour le suivi et l'évaluation de la situation sanitaire.

Le Ministère de l'Industrie et du Commerce**, c**onjointement 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 Politique nationale de santé 2012.
- La mise en application de l'article 211 de la Constitution amendée visant la mise en place d'un organisme public chargé de la régulation et du contrôle de qualité de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique sur tout le territoire.
- 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 respect des normes et standards de pratique de la médecine sportive.

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 persuasion 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 et de la pollution de l'air 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.
- L'appui à la médecine légale.

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, dans les maisons d'hébergement, des femmes victimes d'agressions sexuelles et de violences.
- 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.

Le MSPP reste ouvert à toute requête des différents secteurs visant à faire avancer la santé au niveau national et international.

Le sous-domaine gestion de l'intersectorialité et renforcement du partenariat englobe quatre interventions :

- la création d'une plateforme pour une protection sociale;
- le renforcement du partenariat;
- la gestion des accords et traités internationaux;
- la mobilisation du secteur santé en cas de catastrophes et désastres naturels, violences et accidents.

1.3.1 Création d'une plateforme pour une protection sociale

La construction de la protection sociale en Haïti est du ressort du Ministère des Affaires Sociales et du Travail. Dans ce contexte, le Ministère de la Sante Publique et de la Population a la responsabilité de garantir l'offre de services et de soins de santé en qualité et en quantité sur tout le territoire haïtien. Il s'agit donc de :

- Garantir la complémentarité des ressources de différentes sources et éviter le double emploi. Dans ce sens, les soins donnés par les institutions publiques et philanthropiques de santé à des clients disposant d'une couverture en santé seront facturés. Les compagnies d'assurance concernées ont une obligation de remboursement aux institutions en question. Cette mesure implique l'adoption et la mise en place d'un dossier/patient national et unique.
- Promouvoir le renforcement de l'action de l'OFATMA dans le secteur du travail formel en étendant l'assurance santé aux employés de maison et en rendant l'assurance maladie maternité effectivement obligatoire.
- Promouvoir et accompagner la mise en place de système d'assurance santé de type corporatif et promouvoir l'organisation du secteur informel en groupements professionnels, organisations communautaires ou autres, afin de faciliter leur accès à des dispositifs assurantiels.
- Constituer un fonds de solidarité pour le renforcement du système et la couverture en santé de groupes de population particulièrement vulnérables.
- Augmenter progressivement le pourcentage du budget national dédié à la santé pour alimenter le financement du secteur à partir du Trésor Public. Des taxes santé sont instaurées : Écotaxes sur les industries pollueuses (déchets de volailles élevées aux hormones,…), taxes sur les produits nocifs pour la santé (alcool, tabac, boissons artificielles à base de colorant,…), taxes sur certains produits de beauté, taxe d'assainissement sur les propriétés bâties, timbre-poste de soutien à la couverture universelle.

1.3.2 Renforcement du partenariat dans le secteur

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

Intégration des ONGs

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

Coordination des partenaires techniques et financiers (PTF)

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

Un cadre de partenariat assorti d'un plan de mise en œuvre est développé entre le MSPP et chacun des partenaires techniques et financiers, tout en gardant en vue la contribution de l'ensemble des acteurs à la mise en œuvre du Plan Directeur de Santé.

Les Communautés

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

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

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

La société civile

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

- La garantie de la qualité des ressources humaines et la contribution à la construction de l'évidence pour les ajustements éventuels aux stratégies d'organisation, de la prestation de services et de soins de santé à partir des ordres et Associations Professionnels 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

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

1.3.3 Gestion des accords et traités internationaux en matière de santé

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population a pour attribution d'entretenir des relations avec les organismes nationaux et internationaux œuvrant dans les domaines de la santé et de la population et de veiller à l'application des accords, conventions et traités internationaux relatifs à la santé publique. Dans ce contexte, le 2 mars 2005, les ministres de 91 pays donateurs, pays partenaires et les responsables de 26 d'institutions d'aide au développement, de 14 membres de la société civile et du secteur privé ont souscrit aux engagements conjoints de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide. De ce fait, ils ont engagé les pays et institutions à assumer leurs responsabilités afin de contribuer le mieux possible à l'efficacité de l'aide au développement. Les résolutions de la Déclaration sont articulées autour de cinq principes : **l'appropriation de l'aide par les pays**; **l'alignement des donateurs** sur les stratégies, les systèmes et les procédures des pays; **l'harmonisation** des actions des donateurs; **la gestion axée sur les résultats**; et **la responsabilité mutuelle.** Ces engagements sont le fruit d'une série de rencontres et travaux en matière d'efficacité de l'aide et le Ministère de la Santé Publique prend toutes les dispositions pour appliquer ces principes et il prend ses responsabilités en conseillant le gouvernement sur toute question de santé publique. Le MSPP est consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois, règlements, accords et traités qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population.

Une attention particulière est apportée au renforcement de la coordination avec la République Dominicaine en vue de résoudre les problèmes de santé transfrontaliers. Dans ce cadre, le MSPP veille à :

- Renforcer la surveillance en vue du contrôle et de l'élimination des maladies transmissibles (choléra, tuberculose, malaria, filariose lymphatique, VIH/SIDA-PTME, …) et de tout phénomène épidémiologique émergent ;
- Développer des stratégies insulaires de prise en charge des maladies infectieuses et des plans conjoints de mise en œuvre comportant des responsabilités spécifiques à chaque pays.

1.3.4 Mobilisation du secteur santé en cas de catastrophes, désastres naturels, violences et accidents

Il s'agit par cette intervention de développer et de mettre en place les procédures, mécanismes et outils en vue de l'élaboration, du rodage à la mise en place et de la mise en œuvre le cas échéant de plans de contingence adaptés aux risques et désastres naturels ou provoqués par l'homme.

1.4 Modulation du Financement du secteur santé

Il s'agit d'augmenter et de rationaliser la disponibilité et l'utilisation des ressources financières pour l'amélioration de l'offre de service. Ce sous-domaine englobe le financement et le contrôle financier du système à savoir la régulation et le contrôle des dépenses de l'ensemble du secteur. Des dispositions sont prises pour mettre en place un mode de financement équitable qui facilite l'accès universel aux services de santé de base passant par la mobilisation et l'alignement du financement de la santé sur les priorités et résultats escomptés.

La budgétisation du Plan Directeur est une des priorités de la première tranche triennale. Les mécanismes et outils permettant d'estimer le coût du plan directeur sont mis en place au cours de cette période. Il reste entendu que le plan opérationnel 2013-2016 est budgétisé avec des précisions pour la première année fiscale 2013-2014.

Les sources de financement du système national de santé demeurent :

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

Dans la démarche d'atteindre la couverture universelle en santé, un effort particulier est mis sur la promotion et la mise en place de systèmes et de mécanismes de pré paiements, partage de risques et de solidarité incluant les assurances traditionnelles, mutuelles, etc…

Deux grandes interventions sont retenues pour ce sous-domaine modulation du financement du secteur santé :

- Gestion et contrôle financiers
- Suivi du financement du secteur.

1.4.1 Gestion et contrôle financiers

La régulation et le contrôle des dépenses passent par la planification, le développement et le suivi du financement du secteur. Ceci implique pour le MSPP:

- La mise en place d'un système national décentralisé de contrôle des dépenses publiques en santé.
- La vulgarisation et la surveillance du respect des normes et procédures d'exécution budgétaire en référence à la programmation.
- La mise en place du Cadre de Dépenses en Santé à Moyen Terme (CDMT).

- La mise en place d'un système d'audit interne et financier.
- Le développement de la culture de résultats, d'imputabilité et de reddition de comptes.
- La production de rapports financiers annuels et fiables des dépenses consolidées du secteur santé.

1.4.2 Suivi du financement du secteur

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

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

- la surveillance de la bonne utilisation des fonds et ressources;
- l'appropriation par le Trésor Public de l'acquisition des intrants stratégiques nécessaires à la prestation des soins essentiels de santé;
- la répartition proportionnelle de la fraction budgétaire allouée à la santé entre les différents éléments de la Politique Nationale et du Plan Directeur retenus prioritaires pour la période. Dans la fraction budgétaire allouée à la construction de l'accès universel aux soins de santé, les rubriques budgétaires devront être distribuées par niveau de soins et par commune.
- L'affectation préférentielle de ressources pour des groupes vulnérables et zones géographiques défavorisées**.** Dans le processus de prestation de soins, une attention prioritaire est accordée aux groupes vulnérables tels : les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans, les écoliers, les personnes à besoins spéciaux,… Le mode et les conditions d'obtention des soins sont établis par le Ministère de la santé, conjointement avec ceux des Affaires Sociales et du Travail, de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle, de l'Intérieur et des Collectivités Territoriales.

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

Chapitre 2

Renforcement et unification du système d'information pour la santé; Exploitation systématique des informations produites pour la prise de décision

Ce chapitre ou domaine couvre trois sous-chapitres ou sous-domaines :

- *Production et utilisation de l'information*
- *Surveillance intégrée des maladies et réponses.*
- *Recherche.*

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

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

Le SIS s'articule autour de trois piliers : Statistiques de services, Surveillance épidémiologique et Statistiques de ressources. Ce dernier pilier comporte trois volets : ressources financières, humaines et matérielles.

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

2.1 Production et utilisation de l'information

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

Le Ministère de la santé prend toutes les dispositions pour orienter et coordonner les actions de tous les acteurs impliqués en vue de renforcer et d'unifier le SIS. Parmi les acteurs concernés par le système d'informations sanitaires on compte :

- le MSPP et ses structures,
- les Institutions de santé,
- les ONG Partenaires,
- les Opérateurs Privé/Lucratif de santé,
- les opérateurs publics de santé impliqués dans la gestion de données relatives aux déterminants de la santé, l'IHSI.
- les organisations internationales impliquées dans la santé.
- les organisations impliquées dans la gestion des risques, désastres et catastrophes.

Le MSPP prend les dispositions pour, à l'échelle nationale :

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

2.1.1 Mise en place du SISNU

Le renforcement et l'exploitation du système d'information sanitaire vise à s'assurer que, à l'échelle nationale, l'ensemble des données collectées par niveau puisse alimenter le suivi, l'évaluation et la prise de décision au point de prestation et de collecte et au niveau supérieur, chaque niveau de la pyramide alimentant le niveau supérieur.

Le développement de technologie pour la gestion, l'interprétation et la diffusion de l'information sanitaire s'effectue en vue :

- d'harmoniser et d'établir l'interopérabilité des différents sous systèmes d'information sanitaire existants adaptés le cas échéant;
- de s'assurer de la couverture totale des indicateurs sanitaires retenus prioritaires tout en identifiant les sites disposant des données requises pour leur illustration.

2.1.2 Disponibilité et accessibilité de l'information

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

Outre le fait que la base de données supportant le SIS est accessible et peut être consultée sous réserve de niveaux d'accès déterminés, la production automatisée de cartes sanitaires, la publication d'annuaire statistique annuel, l'analyse de l'état de santé de la population (morbidité et mortalité) contribuent, entre autres, à l'utilisation maximale de l'information statistique produite.

2.2 Surveillance intégrée des maladies et réponses

Ce sous domaine recoupe l'établissement d'un système de veille et d'alerte précoce fiable, le contrôle des épidémies (établissement d'un système de riposte performant et évaluation des épidémies).

2.2.1 Etablissement d'un système de veille et d'alerte précoce fiable

Elément essentiel permettant de s'assurer de la surveillance intégrée des maladies et du contrôle des épidémies. Ceci implique :

- Le renforcement des capacités du système de surveillance en conformité avec le règlement sanitaire international - système de veille et d'alerte ;
- Le renforcement des capacités institutionnelles de réponse précoce ;
- Le renforcement du système de gestion de l'information en période de crise.

2.2.2 Contrôle des épidémies

Ceci englobe **:**

- Prise en charge des cas individuels / collectifs
- Prise en charge préventive,
- Renforcement des mesures promotionnelles,
- Renforcement du système de gestion de l'information en période de crise
- Evaluation de l'épidémie.

2.3 Recherche

Le Comité National de Bioéthique joue pleinement son rôle pour s'assurer de préserver l'aspect éthique inhérent à toute recherche. Il est supporté par un cadre légal adapté.

La recherche en santé fait l'objet d'une systématisation en termes d'approche auprès des institutions académiques de recherches suivant les normes, standards et procédures définis à l'échelle nationale et internationale pour le domaine considéré. La promotion de la recherche-action est priorisée dans les aspects suivants en vue d'ajuster les politiques, plans, stratégies et interventions. Sont privilégiés :

- Analyse des interactions de la dynamique démographique avec la santé de la population
- Identification, analyse des déterminants de la santé et de leur évolution
- Identification et analyse des barrières qui interfèrent avec l'accessibilité, la qualité, l'utilisation des services et soins de santé
- Analyse institutionnelle
- Recherches opérationnelles, fondamentales, thérapeutiques
- Recherche en vue de la documentation de la pharmacopée de la médecine traditionnelle Dans ce contexte, il faut établir des mécanismes de liaison avec des entités nationales et internationales en vue de développer la recherche en médecine traditionnelle
- Autres types de recherche.

Les interventions dans le domaine ciblant l'individu seront contrôlées pour le respect du Code d'éthique.

Chapitre 3

Renforcement de la gestion des services et soins de santé et des ressources disponibles pour la santé

La Gestion efficiente et efficace des services et des ressources constitue l'une des priorités de la Politique Nationale de Santé et du Plan Directeur en Santé. Le renforcement de la gestion des ressources concernent non seulement les ressources appartenant en propre à l'État Haïtien mais aussi celles obtenues par les organisations philanthropiques au nom du Peuple Haïtien pour des services à la population haïtienne.

Outre le développement du partenariat et le renforcement des mécanismes de financement du secteur, il s'agit de renforcer les capacités du système national de santé à tous les niveaux, pour qu'il soit en mesure d'améliorer continuellement et de façon pérenne l'offre de soins ainsi que le système d'approvisionnement en médicaments essentiels, réactifs, consommables et dispositifs médicaux. La gestion des ressources comprend : la gestion des ressources humaines; la gestion des immeubles et locaux; des équipements, matériels et fournitures; la gestion des médicaments et autres intrants stratégiques pour la santé. La gestion des finances est prise en compte dans la modulation du financement.

Ce chapitre ou domaine couvre six sous-chapitres ou sous-domaines:

- Renforcement de la gestion des services et soins de santé,
- Mise en place et renforcement des infrastructures sanitaires prestataires de services et de soins
- Renforcement de l'accès aux soins et services de santé
- Gestion rationnelle des ressources humaines.
- Gestion rationnelle des Médicaments et intrants stratégiques pour la santé
- Organisation du réseau communautaire de services

3.1 Renforcement de la gestion des services et soins de santé

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

Le renforcement de la gestion des services et soins de santé passe par le renforcement des Directions départementales de santé ainsi que des Unités d'arrondissement de santé qui doivent garantir la production pérenne des services et soins de qualité, accessibles à toutes les populations qu'elles desservent. Pour y parvenir, l'ensemble du système doit être doté des capacités de maîtrise : i) des processus gestionnaires, de gouvernance, de prestation des soins et services ; ii) des normes, procédures et standards de prestation des soins ; iii) de l'utilisation des outils résultant des différents processus.

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

3.1.1 Renforcement des capacités de gestion des directions et bureaux départementaux

L'objectif de cette intervention est de faciliter le développement institutionnel des DD pour qu'elles remplissent pleinement leurs fonctions essentielles de santé publique. Cette intervention englobe, entre autres :

- élaboration/actualisation et mise en œuvre de plans de renforcement des DD;
- dotation en matériel, équipement et intrants stratégiques nécessaires;

- mise en œuvre des normes et procédures de gestion retenues par le MSPP. La supervision organisée et formative reste une des approches privilégiées du MSPP
- Standardisation des normes et procédures d'établissement des UAS (incluant les dotations minimales requises en ressources et outils de gestion).

3.1.2 Gestion des hôpitaux publics et autres structures hospitalières

Il s'agit d'améliorer la gestion des hôpitaux et autres institutions publiques par le développement et la mise en application d'un système de gestion standard pour les hôpitaux et autres institutions publiques selon leur catégorie.

3.1.3 Actualisation et application du cadre règlementaire d'organisation et de fonctionnement des institutions de santé selon leur catégorie.

Cette intervention vise à :

- s'assurer de la fonctionnalité des structures prestataires de services et de soins de santé en référence aux normes retenues pour leur niveau.
- s'assurer de la qualité des services et soins fournis à la population

Il s'agit de veiller à:

- la mise en application, par le dispositif sanitaire incluant le secteur privé et philanthropique de prestation de services et soins de santé, du cadre règlementaire d'organisation et de fonctionnement des institutions de santé selon leur catégorie respectant le modèle de prestation retenu par le MSPP et suivant le principe de la référence - contre référence.
- La disponibilité des manuels de normes et procédures par domaine, au niveau des institutions, des structures participatives, des bureaux d'UAS, du bureau départemental.
- La mise en application stricte des standards et règlements pour la certification, l'accréditation, l'autorisation de fonctionnement et le contrôle des établissements de santé toute obédience incluse.

3.1.4 Élaboration et mise en application de règlements pour l'organisation et le contrôle de la pratique médicale privée

Cette intervention englobe entre autres :

- L'élaboration et la mise en application de règlements pour l'octroi de la « licence » et la pratique des professions médicales et paramédicales.
- La mise en place et le fonctionnement des ordres de professionnels médicaux et paramédicaux.

3.1.5 Mise en place de procédures de contrôle d'assurance de qualité dans toutes les structures de services et de soins de santé quelle que soit leur obédience

Cette intervention vise à assurer la qualité des services et soins de santé offerts à la population. Elle passe, entre autres, par :

- l'évaluation des institutions sanitaires en vue de leur accréditation et de leur certification,
- la standardisation et le contrôle des dossiers médicaux à l'échelle du secteur.
- l'identification et la lutte contre les pratiques qui mettent en péril l'intégrité physique et mentale des individus.

3.1.6 Intégration de la médecine traditionnelle

En ce qui se réfère à la médecine traditionnelle, la Politique de santé et le Plan Directeur en Santé reconnaissent l'utilité des tenants de la médecine traditionnelle et le vide qu'ils comblent du fait de la faible accessibilité aux services institutionnels de santé.

Dans une approche globale, le Ministère de la Santé, de concert avec d'autres institutions publiques concernées, prend des dispositions pour s'assurer de :

- Documenter et mettre à profit les approches et la pharmacopée utilisée en médecine traditionnelle
  - Mise en place d'un cadre de recherche sur la pharmacopée utilisée en médecine traditionnelle haïtienne au niveau de l'université
  - Documentation et enregistrement de la pharmacopée de la médecine traditionnelle haïtienne
  - Établissement d'une base de données sur la médecine traditionnelle.
- Plaidoyer pour le regroupement et l'organisation des tradipraticiens
- Identification et mise en œuvre d'une stratégie permettant de cerner et d'évaluer les tradipraticiens dans leur pratique liées à la santé.
- L'identification et lutte contre les pratiques qui mettent en péril l'intégrité physique et mentale des individus.
- Établissement progressif de mécanismes de liaison et de contrôle entre les tradipraticiens et les institutions de santé
- L'identification et l'accréditation des tradipraticiens

3.2 Mise en place et renforcement des infrastructures sanitaires prestataires de services et de soins

Ce sous-domaine couvre quatre interventions :

- Mise en place et suivi du maintien du dispositif sanitaire;
- Mise en œuvre du modèle de prestation retenu;
- Renforcement de la gestion des biens meubles, immeubles et équipements;
- Renforcement des soins infirmiers.

3.2.1 Mise en place et suivi du maintien du dispositif sanitaire

Cette intervention vise à améliorer la couverture et l'accès aux services et soins de santé. Dans ce contexte le Ministère de la santé met en place, en accord avec la politique de santé, un dispositif sanitaire comprenant au minimum :

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

Le Budget d'Investissement est utilisé pour la mise en place du dispositif sanitaire.

Le Ministère de la Santé veille à ce que le dispositif sanitaire soit respecté tout au cours du développement du système de santé et dans le cadre de l'extension de la couverture sanitaire. Il s'assure que tous les établissements composant le dispositif sanitaire respectent les normes relatives au staff technique et à l'équipement nécessaires. Il veille à ce que les intrants essentiels soient disponibles au niveau national.

3.2.2 Mise en œuvre du modèle de prestation de services retenu

Cette intervention vise à améliorer la couverture et l'accès aux services et soins de santé. Elle s'articule autour du/de la :

- Prise en compte des indicateurs de mise en œuvre du modèle de prestation de services et de soins retenus dans la construction du système d'informations sanitaires visant à l'actualisation automatique de la carte sanitaire.
- Mise en place et fonctionnement du système de référence et de contre-référence sur une base rationnelle.
- Respect de la carte sanitaire dans l'octroi des permis de fonctionnement et d'accréditation des institutions prestataires.

3.2.3 Renforcement de la gestion des biens meubles, immeubles et équipements

Il s'agit d'améliorer et de rendre efficiente la gestion des biens meubles et immeubles du système de santé. Le MSPP assure le développement et la mise en place des procédures, mécanismes et outils de gestion des biens meubles et immeubles.

3.2.4 Renforcement des soins infirmiers

Cette intervention vise à améliorer la qualité des services et soins de santé fournis à la population. Elle englobe, entre autres:

- Actualisation des normes et standards relatifs à la pratique des soins infirmiers.
- Appui aux directions départementales pour le suivi de la mise en œuvre des normes et standards: supervision, encadrement et évaluation du personnel infirmier dans les institutions de santé du pays.
- Gestion du personnel infirmier et des soins aux patients.
- Validation et accréditation des professionnels en soins infirmiers.
- Appui technique au processus de contrôle de la formation dispensée dans les écoles/facultés de sciences infirmières.

3.3 Renforcement de l'accès aux soins et services de santé

Il s'agit d' :

- améliorer l'accès aux soins de santé en développant l'infrastructure de santé, en priorité dans les zones sous desservies et en référence avec la carte sanitaire ; la qualité et la quantité du personnel ; l'accès aux médicaments et aux services d'appui au diagnostic et au traitement ; le financement du secteur.
- améliorer la salubrité des espaces scolaires et des établissements de santé.
- améliorer la capacité du système de santé par le renforcement de la sécurité transfusionnelle.

Trois interventions sont retenues en priorité:

- Amélioration de la salubrité des espaces scolaires et des établissements de santé.
- Etablissement, promotion et suivi de l'application des normes transfusionnelles afin de garantir la disponibilité et la qualité du sang (sang sur) et de ses dérivés.
- Renforcement des services d'appui au diagnostic et au traitement (laboratoire, imagerie, radiothérapie, etc.)

3.3.1 Amélioration de la salubrité des espaces scolaires et des établissements de santé

Cette intervention consiste à :

- Mettre en place de système d'abduction d'eau potable et de facilites sanitaires dans les structures prestataires de soins de santé d'une part et, en étroite collaboration avec le MENFP, le MTPTC à travers la DINEPA, dans les établissements scolaires.
- Renforcer la gestion des déchets solides et biomédicaux dans les établissements de santé.

3.3.2 Etablissement, promotion et suivi de l'application des normes transfusionnelles

Cette intervention vise à garantir la disponibilité et la qualité du sang (sang sur) et de ses dérivés. Il s'agit de vulgariser et de faire la promotion de la mise en œuvre des normes et procédures de collecte, de gestion et d'utilisation du sang et de ses dérivés.

3.3.3 Renforcement des services d'appui au diagnostic et au traitement (laboratoire, imagerie, radiothérapie, etc.)

Il s'agit de structurer et de systématiser la gestion des services d'appui au diagnostic et au traitement avec pour objectifs de :

- Augmenter la couverture des services d'appui au diagnostic et au traitement
- Garantir l'assurance de la qualité des services d'appui au diagnostic et au traitement

3.4 Gestion rationnelle des ressources humaines

L'efficience et l'efficacité d'un système national de santé dépendent de la qualité des ressources humaines qui l'animent. La gestion des ressources humaines vise la production et le développement de ressources humaines adaptées au paquet essentiel de services et au niveau de gouvernance requis. Les professionnels de santé reçoivent leur formation initiale des écoles de santé étatiques supportées par le Trésor Public et des écoles privées de santé. La formation continue du personnel du secteur public est assurée en cours d'emploi à partir d'ateliers, de séminaires, de conférences et de cours de courte durée, en Haïti ou à l'étranger. La gestion rationnelle des ressources humaines prend donc en compte la capacité de production d'une main d'œuvre de qualité et la modernisation des conditions de travail des employés.

Dans ce domaine, le Plan Directeur en Santé priorise les quatre interventions suivantes :

3.4.1 Mise en place, en coordination avec le système éducatif de professionnels (toutes catégories incluses) dotés des compétences requises

Cette intervention passe par le développement des capacités nécessaires permettant la mise en place, en coordination avec le système éducatif, d'un corps de professionnels (toutes catégories incluses) doté des compétences requises pour fournir des services de santé de haute qualité. Elle englobe les aspects :

- Développement des capacités de la DRH à planifier la main d'œuvre en santé et du MSPP à mettre en place.
- Suivi de la disponibilité des RH dans les différentes catégories de professionnels requises pour la livraison du PES.
- Identification et formation de professionnels et de spécialités prioritaires tenant compte de la livraison du PES et des besoins émergents.

3.4.2 Développement des ressources humaines

Cette intervention couvre les aspects suivants :

- Renforcement des pratiques de gestion du personnel et des conditions de travail pouvant concourir à une utilisation optimale des différentes catégories de ressources humaines.
- Amélioration de la planification en matière de ressources humaines.
- Identification et formation de nouvelles catégories de professionnels et de spécialistes nécessaires tenant compte de la livraison du PES et des besoins émergents, entre autres :
  - Relance de la formation et renforcement du corps des officiers et inspecteurs sanitaires.
  - Standardisation de la formation et renforcement du corps des agents de santé communautaires polyvalents (ASCP)
  - Identification et formation de cadres intermédiaires pour la prestation du PES
  - Accélération du processus de formation de personnels nécessaires à la prestation du PES

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

Renforcement des aspects éthiques des professions médicales et paramédicales

La protection des usagers, tant dans la pratique médicale publique, philanthropique que privé lucratif, constitue l'une des priorités de la politique de santé et du plan directeur en santé. Ainsi, les mesures suivantes sont prises en vue de la création des ordres pour chacune des catégories de professionnels de santé ainsi que du contrôle des assurances privées et publiques.

Des ordres Professionnels de Santé

Les Ordres Professionnels de santé veillent au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice des professions de santé et à l'observance par tous leurs membres des devoirs professionnels et des règles de déontologie. L'organisation et le contrôle des professions de santé par les ordres professionnels constituent un service public.

Il est créé pour chaque catégorie professionnelle de santé un ordre national regroupant obligatoirement tous les professionnels de santé, les habilitant à exercer leur profession en Haïti. En fonction des spécialités, chaque ordre peut être subdivisé en plusieurs chapitres. Les ordres professionnels de santé exercent respectivement leurs attributions par l'intermédiaire d'un Conseil National et de Conseils Départementaux. La définition des attributions spécifiques de chaque ordre, de leurs responsabilités spécifiques, des étapes de leur mise en service, de leur fonctionnement est déterminée et réalisée conjointement par le Ministère de la Santé et les associations de professionnels de la santé actuellement en activité.

Aucun professionnel de santé n'est habilité à professer en Haïti s'il n'est pas inscrit à l'ordre de sa catégorie professionnelle d'appartenance.

Des Assurances Publiques et Privées

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

3.4.3 Mise à niveau des universités et des écoles de formation des professions médicales

Cette intervention vise à renforcer le nombre et la qualité du personnel technique et administratif du MSPP, et cela dès le niveau de la formation initiale, afin de contribuer à l'amélioration de l'accès de la population a des soins et services de santé de qualité. Elle touche à :

- Ajustement des curricula des facultés et écoles de formation en sciences médicales et paramédicales aux priorités du secteur santé
- Production de cadres formes tenant compte des priorités du secteur santé et d'un plan de développement des ressources humaines.

3.4.4 Développement /maintien du SIS pour la gestion des ressources humaines

Cette intervention vise à disposer d'informations fiables relatives aux compétences disponibles dans le secteur santé pour leur gestion optimale. Il s'agit de s'assurer de la mise à jour systématique de la base de données pour les RH du secteur public et de son extension au secteur privé.

3.5 Gestion rationnelle des médicaments et intrants stratégiques pour la santé

En accord avec la Politique Nationale de Santé, le MSPP s'assure de la disponibilité et de l'accessibilité aux médicaments essentiels et intrants stratégiques de qualité pour toute la population haïtienne. Parmi les interventions priorisées on retient:

3.5.1 Actualisation du cadre légal et normatif du secteur pharmaceutique

Cette intervention regroupe les aspects:

- Élaboration d'une politique pharmaceutique.
- Publication/vulgarisation des lois, normes et règlements en vigueur en matière de production, importation, distribution et dispensation des médicaments et intrants stratégiques du secteur en général.

3.5.2 Renforcement de la structure de régulation pharmaceutique

Cette intervention recoupe toutes les actions permettant de renforcer la capacité technique et logistique de la structure de régulation pharmaceutique en vue d'assurer pleinement ses fonctions réglementaires.

3.5.3 Développement d'un système unique d'approvisionnement en intrants stratégiques et médicaments essentiels pour le système de prestation de soins

Cette intervention vise à rendre disponibles les médicaments essentiels toute l'année dans tous les départements sanitaires et établissements de santé. Il s'agit, entre autres, de renforcer/Mettre en place de la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Intrants (CNAI), des Centrales Régionales d'approvisionnement en intrants (CRAI) et des Centres Départementaux d'Approvisionnement en Intrants (CDAI).

3.5.4 Contrôle de la qualité des médicaments

Cette intervention vise à établir le cadre administratif et technique permettant de réaliser le contrôle effectif des médicaments et produits pharmaceutiques ayant cours sur le marché haïtien. Ceci couvre, entre autres :

- Le renforcement des capacités du Laboratoire National à effectuer certains tests de contrôle de qualité des médicaments et produits pharmaceutiques.
- Mise en place d'un laboratoire de contrôle de qualité des médicaments et produits pharmaceutiques pour la santé
- Signature de Protocoles d'accord avec des laboratoires régionaux pour certains tests de contrôle

3.5.5 Stimulation de la production locale de médicaments et d'intrants stratégiques pour le secteur santé

Cette intervention devra être précisée au cours de la première tranche triennale.

3.6 Organisation du réseau communautaire de services

La stratégie retenue par le MSPP pour assurer la couverture en services et soins de santé à l'ensemble de la population passe par l'organisation d'un réseau communautaire de services qui rapproche les soins préventifs de qualité de la population et l'oriente vers les points de services tout en en facilitant l'accès. Ce réseau est strictement formé d'agents de santé communautaires polyvalents rattachés à l'institution prestataire de services et de soins desservant leur zone d'intervention respective. Le réseau comprend également des techniciens et des officiers sanitaires. Fort des expériences antérieures, il est retenu de disposer, en moyenne, d'un agent de santé communautaire polyvalent pour 1,000 habitants. Le MSPP prévoit le déploiement de près de 10,000 agents de santé communautaires Polyvalents (ASCP) sur le territoire national. Aussi fait-il le suivi et l'accompagnement des partenaires pour le respect de cette norme et des profils retenus. Les ASCP sont tous formés ou recyclés suivant un curriculum standard élaboré par le MSPP et sont responsables de fournir un paquet de services standard à la population de leur aire de responsabilité.

Par ailleurs, des mesures d'accompagnement sont mises en place pour assurer la supervision et le suivi de la performance de cette catégorie de prestataires qui sont valorisés et accrédités par les structures compétentes du MSPP. Les ASCP sont rattachés à l'institution couvrant leur aire d'intervention et supervisés par un cadre de cette formation sanitaire. Celui-ci a la responsabilité de les déployer et de les encadrer selon le protocole et les standards développés par le MSPP.

L'établissement de ce cordon communautaire, en lien avec les institutions prestataires, contribue, entre autres, à la mise en place effective d'un système de référence-contre référence entre les communautés et les institutions sanitaires.

Deux interventions sont retenues pour ce sous-domaine:

3.6.1 Elaboration et vulgarisation du document de référence du réseau communautaire de services

3.6.2 Restructuration / réorganisation du niveau communautaire de prestation de services et de soins de santé**.**

Le tableau ci-après présente la relation entre le texte et le cadre logique de la Composante Renforcement Organisationnel et Opérationnel et fait ressortir la cohérence verticale entre eux.

Tableau de cohérence entre les chapitres et sous-chapitres du texte avec les domaines, sous-domaines et interventions du cadre logique du volet renforcement organisationnel

Chapitre / domaine	Sous-chapitre (ex: 1.1) / sous-domaines	Niveau 3 (ex: 1.1.1) / Interventions
Chapitre 1. Renforcement du leadership et de la gouvernance	1.1. Coordination Générale du Système National de Santé	1.1.1. Administration et Coordination Générale du Système National de Santé
		1.1.2 Développement d'une programmation unique, intégrée des interventions du secteur
		1.1.3. Gestion et coordination de l'approche contractuelle
	1.2. Régulation et Normalisation du système	1.2.1 Développement, vulgarisation des politiques publiques, lois et règlements
		1.2.2. Application et surveillance de l'application des politiques publiques, des lois et des règlements
		1.2.4. Établissement de normes techniques et administratives pour la prise en charge de la population et la gestion des services essentiels et des ressources disponibles pour la santé;
	1.3. Gestion de l'intersectorialité et renforcement du partenariat.-	1.3.1 Création d'une plateforme pour une protection sociale
		1.3.2. Renforcement du partenariat
		1.3.3 Gestion des accords et traités internationaux en matière de santé
		1.3.4. Mobilisation du secteur sante en cas de catastrophe et désastres naturels, violences et accidents
	1.4. Modulation du financement du secteur santé	1.4.1. Gestion et contrôle financiers
		1.4.2. Suivi du financement du secteur
Chapitre 2. Renforcement et unification du système d'information pour la santé	2.1. Production et Utilisation de l'Information	2.1.1 Mise en place du SISNU
		2.1.2 Disponibilité de et accessibilité à l'information
	2.2. Surveillance intégrée des maladies et réponses	2.2.1. Etablissement d'un système de veille et d'alerte précoce fiable
		2.2.2 Contrôle des épidémies
	2.3. Recherche	
Chapitre 3. Renforcement de la gestion des services et soins de santé et des ressources disponibles pour la santé	3.1. Renforcement de la gestion des Services et Soins de Santé.-	3.1.1. Renforcement des capacités de gestion des Directions et bureaux départementaux
		3.1.2. Gestion des hôpitaux publics et autres structures hospitalières
		3.1.3. Actualisation et application du cadre règlementaire d'organisation et de fonctionnement des institutions de sante selon leur catégorie
		3.1.4. Elaboration et mise en application des règlements pour l'organisation et le contrôle de la pratique médicale et paramédicale
		3.1.5. Mise en place de procédures de contrôle d'assurance de qualité dans toutes les structures de services et de soins de santé quelle que soit leur obédience
		3.1.6. Intégration de la médecine traditionnelle.

Chapitre / domaine	Sous-chapitre (ex: 1.1) / sous-domaines	Niveau 3 (ex: 1.1.1) / Interventions
Chapitre 3. Renforcement de la gestion des services de santé et des ressources disponibles pour la santé. (suite)	3.2. Mise en place et renforcement des infrastructures sanitaires	3.2.1. Mise en place et suivi du maintien du dispositif sanitaire
		3.2.2. Mise en œuvre du modèle de prestation de services retenu
		3.2.3. Renforcement de la gestion des biens meubles, immeubles et des équipements
		3.2.4. Renforcement des soins infirmiers
	3.3. Renforcement de l'accès aux soins et services de santé	3.3.1. Amélioration de la salubrité des espaces scolaires et des établissements de santé
		3.3.2. Etablissement, promotion et suivi de l'application des normes transfusionnelles afin de garantir la disponibilité et la qualité du sang (sang sûr) et de ses dérivés
		3.3.3. Renforcement des services d'appui au diagnostic et au traitement (laboratoire, imagerie, radiothérapie,..)
	3.4. Gestion rationnelle des ressources humaines.	3.4.1. Mise en place, en coordination avec le système éducatif, de professionnels (toutes catégories incluses) dotes des compétences requises
		3.4.2. Développement des ressources humaines
		3.4.3. Mise à niveau des universités et écoles de formation des professions médicales et paramédicales
		3.4.4. Développement / maintien du SIS pour la gestion des ressources humaines
	3.5. Gestion rationnelle des Médicaments et intrants stratégiques pour la santé	3.5.1. Actualisation du cadre légal et normatif du secteur pharmaceutique.
		3.5.2. Renforcement de la structure de régulation pharmaceutique pour qu'elle puisse assurer pleinement ses fonctions réglementaires.
		3.5.3. Développement d'un système unique d'approvisionnement en intrants et médicaments essentiels pour le système de prestation de soins.
		3.5.4. Contrôle de qualité des médicaments
		3.5.5. Stimulation de la production locale de médicaments et d'intrants stratégiques pour le secteur santé.
	3.6. Organisation du réseau communautaire de services	3.6.1. Elaboration et vulgarisation du document de référence du réseau communautaire de services
		3.6.2. Restructuration / réorganisation du niveau communautaire de prestation de services et de soins de santé

Le Cadre logique d'Interventions du Plan Directeur pour la Composante Renforcement Organisationnel et Opérationnel, présenté ci-après, précise pour chaque domaine, sous-domaine et intervention, les objectifs, indicateurs et résultats attendus à l'horizon 2022 par période triennale 2013-2016, 2016-2019, 2019-2022.

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Renforcement Organisationnel et Opérationnel

Code		Domaines / Sous-domaines / Interventions	Entité responsable	Description Domaine / Sous-domaine / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-2016	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
D	1	Renforcement du leadership et de la gouvernance								
SD	1.1	Coordination Générale du Système National de Santé.-	Haute Direction	- De concert avec les entités concernées, mise en place des mécanismes d'articulation et de coordination, ainsi que des outils nécessaires pour un bon fonctionnement du secteur santé.	- Créer / renforcer le cadre de régulation et de contrôle de la couverture et de la qualité de l'offre de service	- Rapports périodiques du MSPP produits et traduisant la performance du secteur santé	ND	70%	100%	100%
						- % de rapports périodiques d'activités produits conformément aux standards de qualité	ND	50%	80%	100%
						- Pourcentage de mécanismes et procédures mis en place dans le cadre de la coordination de l'aide externe au développement	ND	100%	100%	100%
I	1.1.1	Administration et Coordination Générale du Système National de Santé	Haute Direction	Modernisation de l'administration du MSPP (Réorganisation du MSPP, Aménagement des bureaux administratifs centraux départementaux et des Arrondissements)		La loi portant sur l'organisation du MSPP révisée et appliquée	Soumis au Parlement	Votée et en application	Loi appliquée	Loi appliquée
			UEP DAB DOSS UADS	- Organisation et institutionnalisation du cycle de gestion dans le secteur santé; - Développement et mise en application des cadres et calendriers de gestion	- Disposer et mettre en application une planification globale du secteur permettant d'assurer la synergie et la complémentarité des intervenants en santé -Améliorer l'allocation des ressources pour la santé; - Développer la culture de résultats, d'imputabilité et de reddition de comptes.	- Taux d'exécution des plans et budget au niveau national	ND	60%	80%	100%

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Renforcement Organisationnel et Opérationnel

Code		Domaines / Sous-domaines / Interventions	Entité responsable	Description Domaine / Sous-domaine / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-16	Cible 2016-19	Cible 2019-22
I	1.1.1 (suite)	Coordination Supervision Contrôle	Toutes les entités du MSPP selon leur niveau	- Mise en place des mécanismes de coordination visant l'intégration des interventions des différents acteurs - Exercice des fonctions de supervision et de contrôle de la mise en application des lois, normes et procédures administratives et techniques au niveau des entités du système de santé - Renforcement du dispositif de supervision et de contrôle pour chaque niveau de la pyramide sanitaire. - Réalisation des enquêtes nationales (EMMUS, etc.)	- Améliorer la performance du système de santé - Renforcer la coordination, l'intégration et la complémentarité des interventions menées par le MSPP et l'ensemble des partenaires - S'assurer du respect du dispositif sanitaire tel que décrit dans la politique nationale de santé, de la fonctionnalité du système, de la couverture maximale et de la qualité et de la sécurité des services et soins de santé offerts à la population en référence au PES	La loi portant sur l'organisation du MSPP révisée et appliquée	Soumis au Parlement	Votée et en application	Loi appliquée	Loi appliquée
						Pourcentage d'UAS opérationnelles	6/41	30/41	41/41	41/41
						- Niveau d'implantation du dispositif sanitaire	HD opérationnels: 2/10 HCR opérationnels: 6 /41 Centres de sante: x /144 Centre communautaires de santé: 350/570	HD opérationnels: 5/10 HCR opérationnels: 30 /41 Centres de sante: 70 /144 Centre communautaires de santé: 400/570	HD opérationnels: 7/10 HCR opérationnels: 41 /41 Centres de sante: 100/144 Centre communautaires de santé: 500/570	HD opérationnels: 8/10 HCR opérationnels: 41 /41 Centres de sante: 144 /144 Centre communautaires de santé: 570/570
I	1.1.2	Développement d'une programmation unique, intégrée des interventions du secteur	**UEP**	- Intégration de toutes les actions à prendre dans le secteur dans une programmation nationale unique. - Planification cyclique des programmes; suivi et évaluation des interventions du secteur, de l'atteinte des objectifs et de l'exécution des budgets du secteur santé	Assurer la complémentarité et la synergie des interventions de tous les acteurs, alignés sur une vision et des orientations communes	- % d'instances de la pyramide sanitaire disposant d'une programmation unique intégrée.	ND	100%	100%	100%
I	1.1.3	Gestion et coordination de l'approche contractuelle	UC	Etablissement de mécanismes contractuels pour la livraison des services selon une gestion et une allocation des ressources basées sur la performance	Responsabiliser les partenaires / contractuels vis-à-vis de l'utilisation des ressources et des résultats attendus	% d'établissements de santé sous contrat avec le MSPP	0	20%	60%	100%

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Renforcement Organisationnel et Opérationnel

Code		Domaines / Sous-domaines / Interventions	Entité responsable	Description Domaine / Sous-domaine / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-16	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
SD	1.2	Régulation et normalisation du système.	Direction générale	- Développement et mise en application des politiques publiques, codes, lois et règlements sanitaires - Direction et coordination globale des interventions et programmes du MSPP - Renforcement de la capacité de réponse concertée, unique et célère des différents niveaux de la pyramide gestionnaire du MSPP - Renforcement de l'utilisation de mécanismes de communication et d'interactions - Développement d'une culture de résultats, d'imputabilité et de reddition de comptes.	S'assurer du respect des lois et règlements et de la mise en œuvre des politiques publiques touchant à la santé					
I	1.2.1	Développement, vulgarisation des politiques publiques, lois et règlements	UJ / Entités centrales du MSPP	- Élaboration / Actualisation et mise en œuvre des lois, projets de loi, règlements et politiques retenues prioritaires lors de l'évaluation du cadre légal et juridique du secteur santé	- Disposer de et appliquer un cadre règlementaire actualise en vue de garantir la sante des individus et des collectivités	Nombre de lois élaborées suite à l'évaluation du cadre légal et juridique du secteur santé	ND	50%	70%	85%
I	1.2.2	Application et Surveillance de l'application des politiques publiques, des lois et des règlements.	Toutes les entités du MSPP selon leur niveau	- Exercice des fonctions et mécanismes de supervision et de contrôle de la mise en application des lois, normes et procédures administratives et techniques au niveau des entités du système de santé	S'assurer du respect du dispositif sanitaire, de la fonctionnalité du système, de la couverture maximale et de la qualité des services et soins de santé offerts à la population	Pourcentage de lois, décrets lois, règlements et politiques publiques mises en application en vue de garantir la santé des individus et des collectivités	Ligne de base à déterminer	100% du cadre règlementaire en santé en application	100% du cadre règlementaire en santé en application	100% du cadre règlemen-taire en santé en application
I	1.2.3	Établissement de normes techniques et administratives pour la prise en charge de la population et la gestion des services essentiels et des ressources disponibles pour la santé	DOSS / DAB / DRH / DSI / UADS /	- Développement, vulgarisation et standardisation de la mise en œuvre d'un paquet essentiel de services de santé (PES) à travers le système de soins - Élaboration /Actualisation et mise en œuvre des normes retenues prioritaires lors de l'évaluation du cadre normatif technique et administratif du secteur santé	- Améliorer la qualité de l'offre de services et de soins de santé - Améliorer l'efficience du système de santé	- Disponibilité du PES	NA	- PES disponible	PES mis en œuvre dans 50% des structures selon leur niveau	PES mis en œuvre dans 70% des structures selon leur niveau
						- Cadre normatif technique et administratif finalisé et vulgarisé	ND	- Cadre normatif et règlemen-taire inventorié - Gap comblé à 20%	- Cadre finalisé, vulgarisé et mis en œuvre	Suivi de la mise en œuvre du cadre normatif et règlemen-taire assuré

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Renforcement Organisationnel et Opérationnel

Code		Domaines / Sous-domaines / Interventions	Entité responsable	Description Domaine / Sous-domaine / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-16	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
SD	1.3	Gestion de l'intersectorialité et renforcement du partenariat.	UEP / DPSPE	- Mise en place d'un cadre de mobilisation et d'intégration des interventions sur les déterminants de la santé des autres ministères et entités de l'État, de la société civile, dans le respect de leur mandat et attributions respectifs. - Organisation de dialogues politiques et de plaidoyer pour la santé	Mettre en place des conditions optimales pour le développement, la restauration et le maintien de la santé de la population.	- Pourcentage de secteurs respectant les protocoles d'accord signés en matière d'intervention sur les déterminants de la santé	ND	A définir	A définir	100%
I	1.3.1	Création d'une plateforme pour une Protection sociale	MAST	- Promotion du volet protection sociale en santé - Réalisation, documentation et analyse des expériences pilotes de protection sociale en santé à des fins d'ajustement et d'extension à l'échelle nationale dans le cadre des travaux de la plateforme	Assurer l'accès aux soins primaires de base à toute la population	- couverture nationale en soins de santé primaire	60%	70%	75%	80%
I	1.3.2	Renforcement du partenariat	UEP	Renforcement de la coordination et de la gestion des partenariats pour aligner les fonds et interventions en sante avec les politiques et priorités du MSPP	- Exploiter au maximum les ressources disponibles.	-% des partenaires œuvrant en santé ayant signé un accord-cadre avec le gouvernement haïtien	A déterminer	50% (des partenaires recensés)	75%	100%
					- Affecter préférentiellement des ressources pour des groupes sociodémographiques à haut risque et des zones géographiques défavorisées.	- Pourcentage de partis politiques ayant adhéré au pacte de continuité de l'Etat en matière de santé	NA	80%	90%	90%
I	1.3.3	Gestion des accords et traités internationaux en matière de santé.	UEP	Relevé et suivi du respect des engagements pris en matière de santé dans le cadre des accords et traités internationaux signés par la République d'Haïti	S'assurer du respect des engagements pris	- % des engagements pris en matière de santé dans le cadre des accords / traités respectés dans les délais impartis	A déterminer	≥50%	≥70%	≥80%
						-Nombre et pourcentage d'engagements pris pour lesquels les ressources nécessaires ont été mobilisées	A déterminer	≥ 50%	≥70%	≥80%

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Renforcement Organisationnel et Opérationnel

Code		Domaines / Sous-domaines / Interventions	Entité responsable	Description Domaine / Sous-domaine / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-16	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
I	1.3.3 (suite)	Gestion des accords et traités internationaux en matière de santé (suite)	UEP	Participation aux consultations techniques en prélude à des engagements internationaux touchant au domaine de la santé	S'assurer d'évaluer la capacité du secteur à mobiliser les ressources nécessaires et à répondre aux engagements souscrits	- Nombre et pourcentage de rapports de faisabilité ou avis favorables documentés produits par le secteur dans le cadre de la signature d'accords ou traités touchant le domaine de la santé		100%	100%	100%
			UEP	- Etablissement de la cohérence des objectifs, plans et interventions du secteur avec les engagements pris - Mise en place et utilisation des mécanismes de suivi des engagements pris	Mettre en place le dispositif permettant d'atteindre les objectifs visés et de documenter les résultats	Nombre de rapports périodiques soumis dans le cadre du suivi du respect des engagements	A déterminer	100%	100%	100%
			UEP/UCP	- Suivi des engagements binationaux RD et RH dans le cadre de la surveillance du continuum de services dans la lutte contre les maladies infectieuses	- Développer des stratégies insulaires de prise en charge des maladies infectieuses et des plans conjoints de mise en œuvre comportant des responsabilités spécifiques à chaque pays.	- Nombre de maladies infectieuses disposant d'un plan conjoint de prise en charge au niveau binational	A déterminer	100%	100%	100%
I	1.3.4	Mobilisation du secteur santé en cas de catastrophes et désastres naturels, violences et accidents.	DPSPE / UADS / CAN /	Elaboration et rodage à la mise en place de plans de contingence adapté aux risques et désastres naturels ou provoqués par l'homme	- Réduire la mortalité liée aux catastrophes et désastres naturels, aux violences et accidents - Améliorer la capacité du système de santé à répondre aux urgences et catastrophes	- Nombre et % des départements sanitaires ayant bénéficié d'un renforcement de capacité pour répondre aux urgences et gérer les stocks d'urgence	100%	100%	100%	100%
						- Réseau ambulancier fonctionnel à l'échelle nationale	Ouest Artibonite	Tous les dépar-tements	Tous les dépar-tements	Tous les dépar-tements

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Renforcement Organisationnel et Opérationnel

Code		Domaines / Sous-domaines / Interventions	Entité responsable	Description Domaine / Sous-domaine / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-2016	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
I	1.3.4 (suite)	Mobilisation du secteur santé en cas de catastrophes et désastres naturels, violences et accidents.	DPSPE / UADS / CAN /	Elaboration et rodage à la mise en place de plans de contingence adapté aux risques et désastres naturels ou provoqués par l'homme	- Réduire la mortalité liée aux catastrophes et désastres naturels, aux violences et accidents - Améliorer la capacité du système de santé à répondre aux urgences et catastrophes	- Nombre et % d'institutions ayant la capacité de répondre aux urgences médico-chirurgicales selon leur niveau	2 HD 6 HCR	5 HD 30 HCR	7 HD 41 HCR	10 HD 41 HCR
						- Nombre et % d'institutions sanitaires disposant d'un système de référence-contre référence	ND	Ligne de base a établir Ligne de base Augmentée de 30%	70%	90%
SD	1.4	Modulation du Financement du secteur sante	Haute Direction / MEF / MPCE	Mobilisation et alignement du financement de la santé sur les priorités et aux résultats escomptés - Existence d'un fonds national de solidarité pour le financement de la santé	- Augmenter et rationaliser la disponibilité et l'utilisation des ressources financières pour l'amélioration de l'offre de service - Augmenter progressivement le pourcentage du budget de santé a 15% du budget national	- % du budget national alloué à la santé	9.82%	10%	15%	15%
						- Dépense en santé /habitant	ND	US 60	US 100	US 150
						- Couverture nationale en soins et services de qualité en santé	ND	60%	80%	80%
I	1.4.1	Gestion et contrôle financiers	DAB - UEP	- Vulgarisation et surveillance du respect des normes et procédures d'exécution budgétaire en référence à la programmation.	- Augmenter le financement et la capacité d'absorption du MSPP - Augmenter la capacité des responsables des structures sanitaires à soumettre à temps des rapports mancies fiables - Surveiller la bonne utilisation des fonds et ressources financières	- Existence de l'Unité d'audit et de l'unité de contractualisation opérationnelle au MSPP	N/A	UA et UC fonction-nelles	UA et UC fonction-nelles	UA et UC fonction-nelles
						- Existence d'un système national déconcentré de contrôle des dépenses publiques en santé.	N/A	Système national de contrôle des dépenses opération-nel	Système national de contrôle des dépenses opération-nel	Système national de contrôle des dépenses opération-nel
						- Nombre et pourcentage de rapports d'audits financiers satisfaisants soumis par rapport aux dépenses du secteur santé	N/A	100%	100%	100%

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Renforcement Organisationnel et Opérationnel

Code		Domaines / Sous-domaines / Interventions	Entité responsable	Description Domaine / Sous-domaine / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-2016	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
I	1.4.1 (suite)	Gestion et contrôle financiers	DAB – UEP	- Déconcentration du budget - Répartition proportionnelle de la fraction budgétaire allouée à la santé entre les différents éléments de la Politique Nationale et du Plan Directeur retenus prioritaires pour la période.	- Trouver et mettre en place les mécanismes de déconcentration du budget. - Répartir le budget en fonction des éléments prioritaires de la PNS et du Plan directeur	Répartition des dépenses de santé effectuées par domaines	ND	A fixer	A fixer	A fixer
						- Répartition des dépenses de santé effectuées (niveau central et par département)	ND	A fixer	A fixer	A fixer
I	1.4.2	Suivi du financement du secteur	DAB - UEP	- Elaboration et mise en œuvre d'une stratégie de financement - Suivi du financement du secteur. - Recherche et suivi de la complémentarité des différentes sources de financement	- S'assurer de la disponibilité des ressources financières pour garantir l'offre de service sur le moyen et le long terme - Augmenter progressivement le pourcentage du budget de santé à 15 % du budget national.	- % des fonds dépensés pour l'acquisition des intrants stratégiques nécessaires à la prestation des soins essentiels de santé provenant du Trésor Public	N/A	- Ligne de base à définir - Ligne de base augmentée de 10%	15%	25%
D	2	Renforcement et unification du système d'information pour la santé	DG	- Renforcement du SIS actuel - Etablissement d'un système unique et standard de collecte de données	- Standardiser le système de reportage de données - Rendre disponibles et exploiter systématiquement les informations produites pour la prise de décision	Système d'information sanitaire unique opérationnel		x	x	x
SD	2.1.	Production et Utilisation de l'Information	UEP	- Mise à niveau du système d'informations sanitaires en termes de fiabilité: complétude, promptitude, cohérence, traçabilité et utilité - Modernisation du système d'information sanitaire - Etablissement d'un Système d'informations sanitaires unifié, à portée nationale et exploitation systématique des informations produites pour la prise de décision.	- Améliorer la qualité, la disponibilité et l'accessibilité de 1'information pour la gestion et le développement du système à tous les niveaux - Disposer d'un Système d'information sanitaire fonctionnel et fiable orientant la prise de décision	- Nombre et pourcentage de départements et d'UAS utilisant le système d'information sanitaire standardisé		100%	100%	100%
						- Actualisation automatique de la carte sanitaire à partir du SIS	N/A	Opération-nel	Opération-nel	Opération-nel
						- % de décisions managériales prises en se basant sur les informations générées par le SIS	N/A	50%	80%	90%

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Renforcement Organisationnel et Opérationnel

Code		Domaines / Sous-domaines / Interventions	Entité responsable	Description Domaine / Sous-domaine / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-2016	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
I	2.1.1	Mise en place du Système d'informations national unique (SISNU)	UEP	- Conception du SISNU et des outils de collecte et de gestion - Elaboration d'une documentation de référence - Développement/ finalisation et vulgarisation de l'interface informatique de support - Mise en œuvre du SISNU	Garantir la complétude et la fiabilité des informations sanitaires à l'échelle nationale	SISNU opérationnel	NA	SISNU opérationnel dans les 10 hôpitaux départementaux, dans 50% des HCR et dans 30 % des CS	SISNU opérationnel dans les 10 hôpitaux départementaux, 80% des HCR et 50% des CS	SISNU opérationnel dans les 10 hôpitaux départementaux, 100% des HCR et 90% des CS
I	2.1.2	Disponibilité de et accessibilité à l'information sanitaire opportune et fiable	UEP / CIFAS	- Traitement, contrôle de qualité et gestion des données et informations du SISNU - Renforcement du système d'archivage au niveau des institutions sanitaires, des bureaux d'arrondissement et de département - Production et vulgarisation de rapports et d'analyses - Affichage des rapports et analyses sur le site web du MSPP	Produire et rendre disponibles et accessibles des données et informations sanitaires opportunes et fiables à tous les niveaux du système de santé	Annuaires statistiques produits	Annuaire 2012	3 (2013, 2014, 2015)	3 (2016, 2017, 2018)	3 (2019, 2020, 2021)
						Analyse de l'Etat de santé de la population - Morbidité et Mortalité (annuel)		3 (2013, 2014, 2015)	3 (2016, 2017, 2018)	3 (2019, 2020, 2021)
						Rapport trimestriel du MSPP	4	12	12	12
						Bilan Annuel du MSPP	1	3	3	3
						Bulletins d'information sanitaire (trimestriel)	2	12	12	12
						Comptes Nationaux de Sante	1 (2010-2011)	3 (2012, 2013, 2014)	3 (2015, 2016, 2017)	3 (2018, 2019, 2020)
SD	2.2	Surveillance intégrée des maladies et réponses	DELR	- Surveillance épidémiologique pour les maladies à déclaration obligatoire - Mise en place du système de surveillance à base communautaire - Renforcement des capacités institutionnelles de réponse précoce - Renforcement du système de Gestion de l'information en période de crise.	Renforcer les capacités du système de surveillance en conformité avec le règlement sanitaire international	Nombre et % d'institutions assurant la surveillance épidémiologique par département et UAS		100%	100%	100%

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Renforcement Organisationnel et Opérationnel

Code		Domaines / Sous-domaines / Interventions	Entité responsable	Description Domaine / Sous-domaine / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-16	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
I	2.2.1	Etablissement d'un système de veille et d'alerte précoce fiable	DELR	'- Développement /actualisation de la documentation technique (manuels de normes et procédures, algorithmes, cadre légal,…) - Mise à niveau du personnel implique dans la surveillance épidémiologique à tous les niveaux - Notification des cas et analyse - Investigation - Construction du canal endémique	- Disposer d'informations pertinentes en vue d'orienter la réponse et le contrôle des épidémies - Se doter de capacités en vue de prévenir et d'endiguer d'éventuelles épidémies	- Nombre et pourcentage de sites sentinelles opérationnels pour la surveillance intégrée des maladies		100%	100%	100%
						- Nombre de sites sentinelles soumettant régulièrement des rapports relatifs aux activités de surveillance		100%	100%	100%
						- Nombre et % de cas investigués et pris en charge parmi les cas reportés		100%	100%	100%
I	2.2.2	Contrôle des épidémies	DELR	'- Prise en charge des cas individuelle / collective - Prise en charge préventive, - Renforcement des mesures promotionnelles, - Renforcement du système de gestion de l'information en période de crise - Evaluation de l'épidémie	'- Prévenir la propension des phénomènes - Réduire la morbidité et la mortalité liée aux épidémies	- Nombre et pourcentage de cas identifiés par les sites sentinelles qui ont été pris en charge		100%	100%	100%
						-Nombre et Pourcentage de sites disposant de capacité de prise en charge précoce des maladies à déclaration obligatoire		100%	100%	100%
SD	2.3	Recherche	DELR / UEP	- Définition du type de recherche priorisé - Renforcement du comité National de Bioéthique - Développement d'un cadre règlementaire de la recherche - Réalisation de recherches	Améliorer l'efficience du système de santé.	- Pourcentage de recherche dont les résultats ont été utilisés - Recherche sur la pharmacopée haïtienne	N/A	100%	100%	100%
D	3	Renforcement de la gestion des services de santé et des ressources disponibles pour la santé.	DOSS / UEP / DAB / DRH / UADS	- Rationalisation de la disponibilité des ressources pour l'amélioration de l'offre de services - Renforcement de la coordination, de l'intégration et de la complémentarité des interventions menées par le MSPP et l'ensemble des partenaires - Réhabilitation / construction des institutions de santé	- Mettre en place / renforcer les infrastructures sanitaires prestataires de services et de soins selon le dispositif sanitaire retenu - Renforcement du système de référence-contre référence	- Nombre et % d'infrastructures sanitaires renforcées selon le dispositif sanitaire retenu	A définir	A définir	80%	100%

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Renforcement Organisationnel et Opérationnel

Code		Domaines / Sous-domaines / Interventions	Entité responsable	Description Domaine / Sous-domaine / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-16	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
SD	3.1	Renforcement de la gestion des Services et Soins de Santé.	DOSS	- Renforcement / Mise en place des structures participatives au niveau des départements, des UAS, des communes.	Assurer la performance et l'efficience du système de santé					
I	3.1.1	Renforcement des capacités de gestion des Directions et bureaux départementaux	DOSS - UEP - DAB -UADS	- Elaboration/actualisation et Mise en œuvre de plans de renforcement des DD - Dotation en matériel, équipement et intrants stratégiques nécessaires - Mise en œuvre des normes et procédures de gestion retenues par le MSPP	Faciliter le développement institutionnel des DD pour qu'elles remplissent pleinement leur fonctions essentielles de santé publique	- Nombre et % des DD bénéficiant d'un renforcement de capacité (plan de renforcement disponible et mis en œuvre)	3	10	10	10
					Standardiser les normes et procédures d'établissement des UAS (incluant les dotations minimales en ressources)	- Nombre et % d'UAS fonctionnelles/département et offrant des services de qualité selon les normes définies dans le PES	6	30	41	41
I	3.1.2	Gestion des hôpitaux et autres structures hospitalières publiques	DOSS - UADS	Développement et mise en application d'un système de gestion standard pour les hôpitaux et autres institutions publiques selon leur catégorie	Améliorer le management des hôpitaux et autres institutions publiques	- % d'institutions sanitaires (hôpitaux et autres) disposant d'un système de gestion standard	A déterminer	A déterminer	100%	100%
I	3.1.3	Actualisation et application du cadre règlementaire d'organisation et de fonctionnement des institutions de santé selon leur catégorie	DOSS - DRH - UADS	- Disponibilité des manuels de normes et de procédures par domaine, au niveau des institutions, des structures participatives / bureaux d'UAS, du département - Mise en application stricte des standards et règlements pour la certification, l'accréditation, l'autorisation de fonctionnement et le contrôle des établissements de santé toutes obédiences incluses	- S'assurer de la fonctionnalité des structures prestataires de services et de soins de santé en référence aux normes retenues pour leur niveau. - s'assurer de la qualité des services et soins fournis à la population	- Nombre et Pourcentage d'institutions certifiées par UAS / Département. selon les standards				
						- Nombre et pourcentage de structures du MSPP utilisant les manuels de normes et procédures par domaine				
I	3.1.4	Elaboration et mise en application des règlements pour l'organisation et le contrôle de la pratique médicale et paramédicale	DRH -DFPSS - DSI - DPM/MT - DOSS	- Elaboration et mise en application de règlements pour l'octroi de la "licence" et la pratique des professions médicales et paramédicales - Prise en compte de tous les professionnels médicaux et paramédicaux dans la base RH du MSPP	Assurer la qualité des services et soins de santé offerts à la population	Existence des ordres de professionnels médicaux et paramédicaux	N/A	- ordre des médecins - ordre des infirmières - ordre des pharmaciens - ….	- ordre des tradipraticiens - ordre des technologistes médicaux - ….	Autres ordres àdéterminer
I	3.1.5	Mise en place de procédures de contrôle d'assurance de qualité dans toutes les structures de services et de soins de santé quelle que soit leur obédience	UEP - DOSS	- Standardisation et contrôle des dossiers médicaux à l'échelle du secteur - Accréditation des structures prestataires - Identification et lutte contre les pratiques qui mettent en péril l'intégrité physique et mentale des individus	Assurer la qualité des services et soins de santé offerts à la population	Nombre et pourcentage de structures prestataires accréditées par catégorie et par type	Ligne de base à déterminer	50%	100%	100%

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Renforcement Organisationnel et Opérationnel

Code		Domaines / Sous-domaines / Interventions	Entité responsable	Description Domaine / Sous-domaine / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-16	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
I	3.1.6.	Intégration de la médecine traditionnelle	DPM/MT	- Inventaire et évaluation des pratiques et des acteurs liés aux médecines traditionnelles - Documentation et enregistrement de la pharmacopée de la médecine traditionnelle haïtienne - Mise en place d'un cadre de recherche sur la pharmacopée utilisé en médecine traditionnelle haïtienne au niveau de l'université - Identification et mise en œuvre d'une stratégie permettant de cerner et d'évaluer les tradipraticiens dans leur pratique liées à la santé. - Etablissement d'une base de données sur la médecine traditionnelle	- Documenter et mettre à profit les approches et la pharmacopée utilisées en médecine traditionnelle '- Regrouper et organiser les tradipraticiens - Identifier et accréditer les tradipraticiens - Etablir progressivement des mécanismes de liaison et de contrôle entre les tradipraticiens et les institutions de santé	- % d'acteurs impliqués dans le secteur de la médecine traditionnelle par habitant				
						Existence de l'ordre des tradipraticiens				
						- Nombre et % de recherche sur la pharmacopée utilisée en médecine traditionnelle haïtienne réalisée en conformité avec le cadre de recherche sur la pharmacopée				
SD	3.2	Mise en place et renforcement des infrastructures sanitaires prestataires des services et de soins								
I	3.2.1	Mise en place et suivi du maintien du dispositif sanitaire	UEP - DOSS - DRH	- Organisation, surveillance du dispositif sanitaire - Respect de la carte sanitaire dans l'octroi des permis de fonctionnement et d'accréditation des institutions prestataires	Améliorer la couverture et l'accès aux services et soins de santé	- % d'institutions sanitaires accréditées (voir Carte sanitaire)	HD opérationnels: 2/10 HCR opération-nels: 6 /41 Centres de sante: x /144 Centre communautaires de santé: 350/570	HD opérationnels: 5/10 HCR opération-nels: 30 /41 Centres de sante: 70 /144 Centre communautaires de santé: 400/570	HD opérationnels: 7/10 HCR opérationnels: 41 /41 Centres de sante: 100/144 Centres communautaires de santé: 500/570	HD opérationnels: 8/10 HCR opération-nels: 41 /41 Centres de sante: 144 /144 Centre communautaires de santé: 570/570

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Renforcement Organisationnel et Opérationnel

Code		Domaines / Sous-domaines / Interventions	Entité responsable	Description Domaine / Sous-domaine / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-16	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
I	3.2.2	Mise en œuvre du modèle de prestation de services retenu	DOSS Toutes les entités du MSPP		S'assurer de la performance et de l'efficience du système de santé	- % d'institutions sanitaires qui donnent des services de santé conformément aux normes et standards du MSPP	N/A	Ligne de base a établir +HD opérationnels: 5/10 HCR opérationnels: 30 /41 Centres de santé: 70 /144 Centre communautaires de santé: 400/570	HD opérationnels: 7/10 HCR opérationnels: 41 /41 Centres de santé: 100/144 Centre communautaires de santé: 500/570	HD opérationnels: 8/10 HCR opérationnels: 41 /41 Centres de santé: 144 /144 Centre communautaires de santé: 570/570
						- Nombre et pourcentage d'institutions au niveau de la pyramide sanitaire en mesure de fournir les soins et services relatifs au PES selon leur niveau	ND	Ligne de base à établir ligne de base Augmentée de 20%	70%	90%
I	3.2.3	Renforcement de la gestion des biens meubles, immeubles et des équipements	DAB	- Développement et mise en place des procédures, mécanismes et outils de gestion des biens meubles et immeubles	Améliorer et rendre efficiente la gestion des biens meubles et immeubles du système de santé	- Nombre et % d'entités du MSPP disposant d'un inventaire des biens meubles et immeubles actualisé conformément aux normes en la matière	ND	100%	100%	100%
I	3.2.4	Renforcement des soins infirmiers	DSI / DRH	- Actualisation des normes et standards relatifs à la pratique des soins infirmiers - Appui aux Directions départementales pour le suivi de la mise en œuvre des normes et standards: Supervision, encadrement et évaluation du personnel infirmier dans les institutions de sante du pays - Gestion du personnel infirmier et des soins aux patients - Validation et accréditation des professionnels en soins infirmiers - Appui technique au processus de contrôle de la formation dispensée dans les écoles/facultés de sciences infirmières	Améliorer la qualité des services et soins de santé fournis à la population	- Existence d'une coordination des soins infirmiers au niveau départemental	N/A	Coordination en place et opérationnelle	Coordination opérationnelle	Coordination opérationnelle
						Pourcentage de dossiers de patients correctement constitués	N/A	80%	90%	95%

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Renforcement Organisationnel et Opérationnel

Code		Domaines / Sous-domaines / Interventions	Entité responsable	Description Domaine / Sous-domaine / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-16	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
SD	3.3.	Renforcement de l'accès aux soins et services de santé	DOSS DSF DPM/MT	- Amélioration de l'accès aux soins de santé en développant l'infrastructure de santé, la qualité et la quantité du personnel, l'accès aux médicaments et le financement du secteur. - Amélioration de la capacité du système de santé par le renforcement de la sécurité transfusionnelle	Stimuler l'accès aux soins de santé par le développement des infrastructures sanitaires en priorité dans les zones sous desservies et en référence avec la carte sanitaire	- Nombre de départements dotés d'un système ambulancier fonctionnel - Nombre et % d'UAS par département disposant d'un système de référence-contre référence établi selon les normes - Nombre de départements dotés d'un système de communication fonctionnel				
I	3.3.1	Amélioration de la salubrité des espaces scolaires et des établissements de santé	MENFP- MSPP / DSF MTPTC / DINEPA	Mise en place de système d'abduction d'eau potable et de facilites sanitaires dans les établissements scolaires et les structures prestataires de soins de santé, en collaboration avec le MENFP et la DINEPA	-Assurer la disposition adéquate des déchets bio- médicaux dans les établissements de santé	Nombre et % d'établissements de santé assurant une gestion des déchets médicaux selon les normes				
					Assurer la disponibilité d'eau potable et de facilités sanitaires au niveau des écoles et des institutions sanitaires	- Nombre et % d'écoles disposant d'eau potable et de facilites sanitaires - Nombre et pourcentage d'institutions sanitaires disposant d'eau potable et de facilités sanitaires				
I	3.3.2	Établissement, promotion et suivi de l'application des normes transfusionnelles afin de garantir la disponibilité et la qualité du sang ("Sang Sur") et de ses dérivés	PNST	Établissement, promotion et suivi du respect des normes transfusionnelles	Garantir la disponibilité et la qualité du sang ("Sang Sur")	- % des banques de sang respectant les normes de sécurité transfusionnelle		100%	100%	100%
I	3.3.3	Renforcement des services d'appui au diagnostic et au traitement (laboratoire, imagerie, radiothérapie. …)	Laboratoire national CNCRMN /RNC et Cancérologie	- Renforcement/organisation du Laboratoire National en référence à son mandat - Coordination et régulation des laboratoires	- Augmenter la couverture des services d'appui au diagnostic et au traitement - garantir l'assurance de qualité des services d'appui au diagnostic et au traitement	A définir	N/A	A déterminer	A déterminer	A déterminer
SD	3.4.	Gestion rationnelle des ressources humaines.	DRH/	Constitution et mise a profit d'une masse critique de ressources humaines ayant la capacité de garantir à toute la population des services de santé de qualité.	Garantir la qualité des services et soins offerts à la population	- Nombre de professionnels de santé par catégorie et par habitant				

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Renforcement Organisationnel et Opérationnel

Code		Domaines / Sous-domaines / Interventions	Entité responsable	Description Domaine / Sous-domaine / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-16	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
I	3.4.1	Mise en place, en coordination avec le système éducatif, d'un corps de professionnels (toutes catégories incluses) dotés des compétences requises	DRH /DFPSS	- Développement des capacités de planifi-cation de la DRH en matière de main d'œuvre en santé - Suivi de la disponibilité des RH dans les différentes catégories de professionnels requises pour la livraison du PES - Identification et formation de professionnels et de spécialités prioritaires tenant compte de la livraison du PES et des besoins émergents	Fournir des services de santé de haute qualité à la population haïtienne	- Document de planification de la main-d'œuvre en sante (tous secteurs confondus)	N/A	Document disponible		
						Degré d'application de la planification de la main-d'œuvre	N/A	Appliquée Comme défini dans le plan	Appliquée Comme défini dans le plan	Appliquée Comme défini dans le plan
I	3.4.2	Développement des ressources humaines	DRH / DFPSS / CIFAS / DSI	- Renforcement des pratiques de gestion du personnel et des conditions de travail concourant à une utilisation optimale des différentes catégories de RH - Evaluation de performance et développement de plan de carrière - Renforcement des aspects éthiques des professions médicales et paramédicales	Garantir la disponibilité et la rétention de ressources humaines en santé compétentes, motivées à l'échelle nationale	- Taux de rotation du personnel	ND	Ligne de base à établir		
						Nombre et % de personnel par catégorie disposant d'une évaluation de performance individuelle selon les normes	NA	Expériences pilotes dans 4 unités	100% HD et HCR	100% système de santé
I	3.4.3	Mise à niveau des universités et écoles de formation des professions médicales et paramédicales	MENFP- MSPP / DFPSS / DRH	- Ajustement des curricula des facultés et écoles de formation en sciences médicales et paramédicales aux priorités du secteur santé - Production de cadres formes tenant compte des priorités du secteur santé et d'un plan de développement des ressources humaines	Renforcer le nombre et la qualité du personnel technique et administratif du MSPP, et cela dès le niveau de la formation initiale, afin de contribuer à l'amélioration de l'accès de la population a des soins et services de santé de qualité.	- Nombre et pourcentage d'universités appliquant les curricula ajustés	N/A	A définir	A définir	A définir
						- Nombre et pourcentage d'écoles de formation des professionnels paramédicaux appliquant les curricula ajustés	N/A	A définir	A définir	A définir
						- % d'utilisation d'un plan d'encadrement par catégorie de formation pour la pratique des étudiants	N/A	A définir	A définir	A définir
						- Mise en place d'un système de supervision de la qualité de la formation et du processus d'octroi de licence par catégorie de professionnel médical et paramédical		Système défini et mis en application	Système en application	Système en application

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Renforcement Organisationnel et Opérationnel

Code		Domaines / Sous-domaines / Interventions	Entité responsable	Description Domaine / Sous-domaine / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-16	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
I	3.4.4	Développement / maintien du SIS pour la gestion des RH en santé	DRH - Haute Direction	Mise a jour systématique de la base de données pour les RH du secteur public et extension de la base au secteur privé	Disposer d'informations fiables relatives aux compétences disponibles dans le secteur santé pour leur gestion optimale	Existence d'une banque de données informatisée complète, opérationnelle et à jour pour la gestion des ressources humaines en santé	Partiel, en extension	Nationale	Nationale	Nationale
SD	3.5	Gestion rationnelle des Médicaments et des intrants stratégiques pour la santé.	DPM/MT	Mise en place de dispositifs et d'outils de gestion permettant de garantir une gestion saine et transparente des médicaments et intrants selon les normes	Rendre disponible, en continu, les médicaments essentiels dans tous les départements sanitaires et établissements de santé	- % des départements dotés de centre départemental d'approvision-nement en intrants (CDAI) fonctionnels - Nombre de département ayant expérimenté une rupture de stock d'intrants essentiels au niveau d'une institution prestataire				
I	3.5.1	Actualisation du cadre légal et normatif du secteur pharmaceutique	DPM/MT	Publication / vulgarisation des lois, normes et règlements en vigueur en matière de production, importation, distribution et dispensation des médicaments et intrants stratégiques du secteur en général.		Politique pharmaceutique élaborée	Politique pharmaceutique en élaboration	Politique pharmaceutique vulgarisée et en cours d'application	Politique pharmaceutique appliquée	politique pharmaceutique appliquée
I	3.5.2	Renforcement de la structure de régulation pharmaceutique pour qu'elle puisse assurer pleinement ses fonctions règlementaires	DPM/MT							
I	3.5.3	Développement d'un système unique d'approvisionnement en intrants et médicaments essentiels pour le système de prestation de soins	DPM/MT	- Renforcement / Mise en place de la Centrale Nationale d'Approvisionnement et de Distribution des Intrants (CENADI), des Centrales Régionales d'approvisionnement en intrants (CRAI) et des Centres Départementaux d'Approvision-nement en Intrants (CDAI).	Rendre disponibles les médicaments essentiels toute l'année dans tous les départements sanitaires et établissements de santé	Existence d'un système d'approvisionnement unique en médicaments essentiels et intrants stratégiques géré par le secteur public	Système d'approvi-sionne-ment géré par PROMESS - OPS/PMS	Système d'approvi-sionnement géré par le secteur public et fonctionnel	Système d'approvi-sionnement géré par le secteur public et fonctionnel	Système d'approvi-sionnement géré par le secteur public et fonctionnel

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Renforcement Organisationnel et Opérationnel

Code		Domaines / Sous-domaines / Interventions	Entité responsable	Description Domaine / Sous-domaine / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-16	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
I	3.5.4	Contrôle de qualité des médicaments	DPM/MT	- Mise en place d'un laboratoire de contrôle de qualité des médicaments et produits pharmaceutiques pour la santé - Protocoles d'accord avec des laboratoires régionaux pour certains tests de contrôle	Sécuriser les médicaments en circulation sur le territoire haïtien	- Existence de mécanismes de contrôle de qualité des médicaments et produits pharmaceutiques	N/A	-Mécanismes définis - Etablissement de protocole d'accord avec des laboratoires régionaux	Mécanismes fonctionnels	mécanismes fonctionnels
					Renforcer les capacités du Laboratoire National a effectuer certains test de contrôle de qualité des médicaments et produits pharmaceutiques	- % de contrôle de qualité des médicaments et produits pharmaceutiques pour la santé réalisés par le Laboratoire National par rapport au nombre prévu	N/D	80%	90%	100%
I	3.5.5	Stimulation de la production locale de médicaments et d'intrants stratégiques pour le secteur santé.	DPM/MT							
SD	3.6	Organisation du réseau communautaire de services	DPSPE DOSS	Mise en place / renforcement du Système de santé au niveau communautaire	Extension de la couverture en soins et services de santé au niveau national					
I	3.6.1	Restructuration / réorganisation du niveau communautaire	DPSPE - DRH DOSS DSI	- Elaboration et vulgarisation du document de référence du réseau communautaire de services - Définition du paquet de services a fournir au niveau communautaire - Mise en place du réseau communautaire de services - Recrutement, formation et déploiement des ASCP et des officiers sanitaires selon les critères et standards définis par le MSPP	- Créer une masse critique d'Agents de santé communautaires polyvalents (ASCP) , d'officiers et de techniciens sanitaires - Disposer d'un personnel communautaire formé selon le curriculum du MSPP et accrédité par lui	'- Nombre et pourcentage de communes couvertes par des ASCP selon les standards	N/A	90%	100%	100%
						- Nombre et pourcentage de communes couvertes par des officiers sanitaires selon les standards	N/A	100%	100%	100%
						% de personnel déployé par catégorie tenant compte des objectifs de couverture et des standards fixés.	N/A	100%	100%	100%

SECTION 2

Composante
Prestation de Services et de Soins de Santé

Cette composante vise le renforcement de la prestation des services et des soins devant garantir une amélioration nette de l'état de santé de la population et contribuer à la croissance économique et au développement humain en Haïti. Elle se recoupe en 10 chapitres ou domaines:

- *Santé de la femme et de la mère*
- *Santé de l'enfant*
- *Santé de l'adolescent et du jeune adulte*
- *Lutte contre les maladies transmissibles*
- *Lutte contre les maladies non transmissibles*
- *Lutte contre les violences et les accidents*
- *Nutrition*
- *Promotion de la santé*
- *Gestion des risques et des désastres*
- *Hygiène publique, protection du citoyen et protection de l'environnement.*

Le paquet essentiel de services et soins de santé (PES) est défini tenant compte des domaines, sous-domaines et interventions par catégorie d'institution, selon le modèle de prestation de service.

Chapitre 1

Santé de la femme et de la mère

Le contenu de ce chapitre ou domaine vise à réduire le taux de mortalité maternelle de 50% d'ici à 2022. Il couvre deux sous domaines : La santé de la femme et la santé de la mère.

1.1 Santé de la femme

Le sous domaine « Santé de la femme » couvre les trois interventions suivantes:

1.1.1 Services et soins aux femmes

Cette intervention consiste en l'offre d'un paquet de services et de soins gynécologiques aux femmes en âge de procréer. Elle couvre les aspects suivants:

- Consultations des femmes,
- Soins obstétricaux et gynécologiques,
- Vaccination: Prévention du Tétanos Maternel et Néonatal par la vaccination des FE et des FAP
- Dépistage et correction des anémies,
- Détection précoce et prise en charge du diabète et de l'hypertension.
- Dépistage et prise en charge des IST

1.1.2 Planification familiale

Cette intervention vise à :

- Augmenter l'utilisation des méthodes de contraception.
- Réduire le taux de croissance de la population

Elle couvre les aspects suivants:

- Amélioration de l'offre des méthodes de contraception de longue durée
- Sensibilisation de la communauté sur l'importance de la planification familiale et promotion de l'usage de la contraception

1.1.3 Prévention, dépistage et prise en charge des cancers génésiques (utérus, seins,…)

Cette intervention vise à réduire la morbi-mortalité liée aux principaux cancers génésiques. Elle consiste en le développement et l'application d'un paquet de services, soins et outils pour la prévention, le dépistage et la prise en charge des cancers génésiques pour chacun des niveaux de complexité du système de soins

1.2 Santé de la mère

Ce sous-chapitre ou sous-domaine vise à :

- réduire le taux de mortalité maternelle de 50% d'ici à 2022, soit à 250 pour 100.000 naissances vivantes.
- assurer la santé génésique des jeunes filles et femmes à l'échelle nationale.

Ce sous-chapitre ou sous-domaine couvre trois grandes interventions:

1.2.1 Prise en charge de la grossesse et du post-partum

Cette intervention vise à améliorer les services de prise en charge des femmes enceintes au niveau des institutions sanitaires et consiste à offrir des soins pré et post natals de qualité. Elle couvre également la vaccination complète de toutes les femmes enceintes en clinique prénatale.

1.2.2 Services et soins obstétricaux d'urgence

Cette intervention rentre dans le cadre de la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale. Elle vise à augmenter progressivement les accouchements assistés par du personnel qualifié et consiste en la prise en charge de l'accouchement et de ses complications au niveau des structures de prestation de services

1.2.3 Promotion de la santé maternelle

Cette intervention vise à augmenter progressivement le taux de suivi des grossesses, l'existence d'un plan de naissance et l'augmentation du nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié. Elle consiste en la mise en place d'un plan de promotion de la santé maternelle dans la communauté.

Chapitre 2

Santé de l'enfant

Ce chapitre ou domaine couvre sept sous-domaines qui concourent à réduire le taux de mortalité infantile et infanto juvénile. Les sous-domaines retenus et les interventions qui s'y rattachent sont listés ci-après.

2.1 Santé néonatale

Ce sous-chapitre ou sous-domaine vise à réduire la mortalité néo-natale. Elle couvre les aspects suivants :

- Renforcement de la capacité des institutions à prendre en charge le nouveau-né
- Offre des soins néonatals d'urgence selon les protocoles établis.

2.2 Prise en charge globale précoce de l'enfant exposé ou infecté au VIH

Ce sous-chapitre ou sous-domaine regroupe trois interventions.

2.1.1 Prévention de la transmission mère/enfant (PTME)

Cette intervention vise à réduire la prévalence du SIDA pédiatrique et couvre la prise en charge de toutes les FE séropositives pour le VIH.

2.2.2 Prise en charge thérapeutique de l'enfant infecté au VIH

Cette intervention vise à réduire la mortalité liée au SIDA pédiatrique et couvre le dépistage et le traitement précoce aux ARV (Trithérapie) de tous les nouveau-nés exposés au VIH.

2.2.3 Soutien aux orphelins du VIH

Cette intervention vise à réduire l'impact négatif du VIH/SIDA sur les Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV). Elle couvre les aspects suivants :

- Identification/Recensement des OEV
- Encadrement des familles d'accueil des OEV
- Prise en charge systématique des OEV selon le cas en matière de santé, éducation, autres, etc.)

2.3 Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)

Ce sous-chapitre ou sous-domaine vise à réduire les opportunités manquées dans la prise en charge adéquate des enfants fréquentant les établissements sanitaires. Il couvre les interventions ci-après :

2.3.1 Prise en charge des maladies respiratoires aigües

Cette intervention vise à réduire la morbidité et la mortalité liée aux IRA. Elle couvre la prise en charge des infections respiratoires aiguës (IRA)

2.3.2 Intégration de la prévention du rhumatisme articulaire aigu (RAA) et de ses complications à l'approche PCIME

Cette intervention vise à éliminer les complications cardiaques et articulaires dues au RAA. Elle consiste en la mise en place d'un programme de prévention et de prise en charge du RAA et de ses complications articulé à l'approche PCIME.

2.3.3 Prise en charge des diarrhées aigües et chroniques

Cette intervention vise à réduire la morbidité et la mortalité liée aux diarrhées. Elle englobe :

- Développement et mise en œuvre d'un plan de CCC sur la prise en charge de la diarrhée (prévention et traitement) dans les établissements de santé et les communautés
- Prise en charge des diarrhées aigües et chroniques.

2.3.4 Prise en charge des parasitoses intestinales

Cette intervention vise à :

- Réduire la morbidité liée aux parasitoses intestinales chez les enfants et dans la population générale
- Augmenter progressivement l'accès à l'eau potable, à la disposition convenable des excrétas

Elle couvre :

- La mise en place d'interventions pour le déparasitage des populations non touchées par la santé et à l'école.
- La promotion de la santé relative à l'hygiène et à l'assainissement

2.3.5 Immunisation des enfants (PEV)

Ce sous-chapitre ou sous-domaine vise à réduire la morbidité et la mortalité liée aux maladies immuno-contrôlables (MIC). Il englobe :

- La vaccination complète des enfants de moins d'un an contre la TB, la Polio, la Rougeole, la rubéole, la Diphtérie, le Tétanos, la Coqueluche, l'Hépatite B et les maladies causées par l'Hémophilus Influenza Type B, le Pneumocoque et le Rotavirus.
- Renforcement de la Surveillance Epidémiologique des MIC
- Rattrapage de tous les enfants de 1-5 ans non complètement vaccinés
- Disposition et maintien régulier d'un système de chaine de Froid fonctionnel dans toutes les institutions
- Garantie de la disponibilité constante des intrants de vaccination dans les institutions offrant ce service.

2.3.6 Contrôle de la croissance et du développement psychomoteur

Cette intervention vise à prévenir les conséquences dues aux déficiences nutritionnelles et alimentaires de l'enfance au sein de la population. Il couvre les aspects suivants:

- Promotion de la Nutrition et de l'Alimentation convenable
- Promotion de l'Allaitement Maternel
- Lutte contre les carences en micronutriments
- Etablissement d'un ensemble de services et d'outils pour le contrôle de la croissance et du développement psychomoteur chez les enfants de moins de 5 ans

2.3.6.1 Suivi nutritionnel

Cette intervention vise à réduire la prévalence des différentes formes de malnutrition : aigue (MA), aigue modérée (MAM), aigüe sévère (MAS) et malnutrition chronique (MC). Elle couvre le contrôle et la surveillance de la croissance des moins de 5 ans ; la promotion de l'utilisation des services.

2.3.6.2 Prévention de déficience en Micronutriments

Cette intervention vise à réduire la prévalence des déficiences en micronutriments les plus courantes en Haïti particulièrement chez les moins de 5ans. Elle couvre, entre autres:

- La Prévention et la lutte contre les carences en micronutriments

- La supplémentation de micronutriments en milieux institutionnel et communautaire,
- La fortification alimentaire.

2.4 Prise en charge de la malnutrition

Ce sous-chapitre ou sous-domaine consiste en l'établissement et la mise en application de protocoles et de structures pour la prise en charge des différentes formes de malnutrition (MAG/MC) aux niveaux institutionnel et communautaire.

2.5 Santé scolaire

Ce sous-chapitre ou sous-domaine couvre des interventions menées conjointement avec le Ministère de l'éducation nationale et de la Formation professionnelle (MENFP) qui visent à :

- structurer le programme de sante scolaire.
- promouvoir l'Hygiène et les comportements sains chez les enfants en milieu scolaire et chez leurs parents.
- contribuer à l'opérationnalisation du concept «Ecole Amie de l'Hygiène».

Il couvre cinq interventions.

2.5.1 Hygiène et Promotion de comportements sains

Cette intervention se réfère aux volets suivants :

- Déparasitage
- Promotion du lavage des mains
- Promotion de la pratique du sport
- Campagne de prévention contre l'alcool, le tabac et autres drogues.

2.5.2 Dépistage des anomalies de posture

Cette intervention vise à prévenir les déformations débilitantes dans la population. Elle consiste à développer et vulgariser des guides d'observation de bonne posture.

2.5.3 Contrôle bucco-dentaire et ophtalmique : dépistage et référence

Cette intervention vise à prévenir les problèmes bucco-dentaires et les troubles occulaires dans la population d'âge scolaire. Elle consiste en la provision de services de dépistage, de soins en milieu scolaire et référence au besoin.

2.5.4 Cantine scolaire

Cette intervention, menée conjointement avec le MENFP, vise à améliorer l'état nutritionnel et de santé des enfants d'âge scolaire. Elle consiste à développer des normes d'alimentation en milieu scolaire et à assurer le suivi du respect des normes d'alimentation en milieu scolaire.

2.5.5 Facilités sanitaires au niveau des structures scolaires, en appui au MENFP

Cette intervention, menée conjointement avec le MENFP, vise à promouvoir la mise en application des mesures d'hygiène dans la population d'âge scolaire. Le MSPP supporte le MENFP dans la :

- Promotion du concept «Ecole Amie de l'Hygiène» auprès des directeurs, des enseignants, des écoliers et des parents.
- Définition du paquet d'hygiène à offrir et à respecter dans toutes les écoles.

Chapitre 3

Santé de l'adolescent et du jeune adulte

Ce chapitre ou domaine vise à :

- *Développer dans le système de soins des structures «Amies de l'Adolescent et du Jeune Adulte» dans tous les Départements*
- *Réduire la prévalence de l'infection au VIH chez les jeunes*
- *Réduire le taux de grossesse précoce chez les adolescents*
- *Augmenter la prévalence de la contraception chez les adolescents et les jeunes*

Il couvre trois sous-domaines :

- *Santé scolaire*
- *Soutien aux orphelins et adolescents vulnérables infectés et affectés par le VIH/ SIDA.*
- *Lutte contre l'utilisation de l'alcool, du tabac, et de la drogue.*

3.1 Santé scolaire

Ce sous-chapitre ou sous-domaines couvre des interventions touchant à la Santé et au développement des adolescents et des jeunes menées en milieu scolaire, au niveau des classes humanitaires. Il couvre, entre autres, la sensibilisation des jeunes sur les comportements sexuels sécuritaires.

3.2 Soutien aux orphelins et adolescents vulnérables infectés et affectés par le VIH/SIDA

Ce sous-chapitre ou sous-domaine vise à réduire les risques sociaux chez les orphelins et adolescents vulnérables affectés et infectés par le VIH/SIDA par leur prise en charge psycho-sociale et nutritionnelle.

3.3 Lutte contre l'utilisation de l'alcool, du tabac et de la drogue

Cette intervention vise à réduire la morbidité liée à la toxicomanie par la promotion de comportement sain et la sensibilisation des jeunes sur les méfaits du tabagisme, de l'alcool et d'autres drogues.

Chapitre 4

Lutte contre les maladies transmissibles

Ce chapitre ou domaine vise à réduire la prévalence et la mortalité liées aux maladies transmissibles par la prévention, le dépistage et le traitement. Il couvre six sous-chapitres ou sous-domaines.

4.1 Lutte contre les IST-VIH/SIDA

Ce sous-chapitre ou sous-domaine vise à :

- Réduire l'incidence et la prévalence du VIH-SIDA
- Renforcer la prévention, le dépistage et le traitement des IST-VIH/SIDA
- Eliminer la transmission mère-enfant du VIH/SIDA

Il couvre :

- Promotion du dépistage volontaire au VIH, particulièrement chez les femmes enceintes et l'adoption de comportements sécuritaires, l'utilisation de services CDV, de PTME
- Prise en charge globale du VIH/SIDA et des IST.

4.2 Lutte contre la tuberculose

Ce sous-chapitre ou sous-domaine vise à :

- Réduire la prévalence de la TB de 25 % d'ici à 2022
- Diminuer l'incidence de la tuberculose.
- Renforcer la capacité des institutions à dépister et à prendre en charge les cas de TB
- Réduire sensiblement le taux d'abandon de traitement.

Il couvre la prise en charge globale de la tuberculose par la prévention, le dépistage et le traitement immédiats.

4.3 Lutte contre les maladies à transmission vectorielle

Ce sous-chapitre ou sous domaine vise à réduire / éliminer les maladies à transmission vectorielle. Il couvre trois interventions :

4.3.1 Lutte contre la malaria

4.3.2 Lutte contre la dengue

4.3.3 Lutte contre la filariose.

Chacune de ces trois interventions regroupe des activités de :

- prévention : lutte anti-vectorielle, sensibilisation et éducation de la population
- prise en charge dans l'ensemble des établissements de santé et au niveau communautaire,
- diagnostic et traitement des cas de malaria et de filariose.
- diagnostic et traitement symptomatique des cas de dengue.

4.4 Lutte contre les zoonoses

Ce sous-chapitre ou sous-domaine couvre quatre interventions:

4.4.1 Lutte contre la rage

Cette intervention vise à réduire la morbidité et la mortalité par rage humaine de 100% à 80% en 2022. Elle couvre :

- Le renforcement de la prévention, du diagnostic et du traitement des cas de rage dans l'ensemble des établissements de santé et au niveau communautaire
- La Vaccination des chiens
- L'application de mesures préventives pour les groupes exposes
- La prise en charge des personnes mordues.

4.4.2 Lutte contre le charbon

Cette intervention vise à réduire la morbidité et la mortalité par charbon de 80% en 2022. Elle couvre les aspects:

- Surveillance épidémiologique du charbon
- Prise en charge des cas de charbon

4.4.3 Lutte contre la leptospirose

Cette intervention vise à réduire la morbidité et la mortalité par leptospirose de 80% en 2022. Elle couvre les aspects :

- Surveillance épidémiologique de la leptospirose
- Prise en charge des cas de leptospirose

4.4.4 Lutte contre la Lèpre

Cette intervention vise à réduire la morbidité de la lèpre. Elle couvre les aspects :

- Dépistage, diagnostic et prise charge
- Information et éducation communautaire.

4.5 Sécurité transfusionnelle

Ce sous-chapitre ou sous-domaine vise à :

- Garantir la disponibilité et la qualité du sang («Sang Sûr»)
- Établir, promouvoir et assurer le suivi du respect des normes transfusionnelles

Il couvre les aspects:

- Dépistage des agents transmissibles par transfusion dans toutes les poches de sang collectées
- Maintien de la chaîne de froid.

- Tests d'évaluation externe de la qualité
- Supervision et contrôle du respect des normes et procédures établies
- Promotion du don de sang volontaire.

4.6 Lutte contre le Choléra

Ce sous-chapitre ou sous-domaine vise à éliminer le choléra en Haïti. Il prend en compte l'approche intersectorielle adoptée à l'échelle nationale d'une part, et la démarche d'intégration retenue pour l'organisation et la livraison des services et soins à travers le système de santé.

Ce sous-domaine englobe les interventions garantissant la prévention, la détection et la prise en charge des cas de choléra.

Chapitre 5

La lutte contre les maladies non transmissibles

Ce chapitre ou domaine couvre sept sous-domaines :

- *Prise en charge globale du diabète et des maladies cardiovasculaires*
- *Soins ophtalmiques et bucco-dentaires*
- *Prise en charge des urgences*
- *Lutte contre les principaux cancers*
- *Lutte contre les maladies mentales et les troubles du comportement*
- *Santé des personnes âgées - Gériatrie*
- *Santé des handicapés.*

5.1 Prise en charge globale du diabète et des maladies cardiovasculaires

Ce sous-chapitre ou sous-domaine vise à lutter contre le développement du diabète et de l'HTA au niveau national. Il englobe :

- La sensibilisation de la population sur les facteurs de risque lies au diabète et à l'HTA.
- La prise en compte des maladies non transmissibles dans le développement du PES.
- L'intégration de la prise en charge des MNT selon des protocoles appropriés à tous les niveaux de la pyramide de soins.
- Recherche opérationnelle sur le diabète et l'HTA.
- Capacitation des structures de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire à faire le dépistage de l'HTA et du diabète.

5.2 Soins ophtalmiques et bucco-dentaires

Ce sous-chapitre ou sous-domaine couvre deux interventions.

5.2.1 Soins ophtalmiques

Cette intervention vise à réduire la prévalence des maladies ophtalmiques évitables les plus courantes en Haïti. Elle englobe :

- Prévention et détection précoce des troubles occulaires chez les enfants d'âge scolaire et les adultes
- Prise en charge systématique des atteintes occulaires de la population
- Référence
- Sensibilisation
- Mobilisation de ressources nécessaires.

5.2.2 Soins bucco-dentaires

Cette intervention vise à réduire l'indice COB dans la population principalement chez les moins de 15 ans. Elle couvre :

- Prévention, détection et prise en charge des maladies bucco-dentaires à l'échelle nationale
- Sensibilisation des enfants en milieu scolaire en premier cycle et de la population adulte sur l'hygiène bucco-dentaire.

5.3 Prise en charge des urgences

Ce sous-chapitre ou sous-domaine vise à réduire la morbi-mortalité liée aux urgences. Les interventions priorisées tendent vers l'amélioration de l'offre de services en cas d'urgence.

- Installation de soins intensifs à l'échelle nationale.
- Renforcement des services d'urgences dans les institutions de santé.
- Etablissemnt d'un réseau ambulancier dans les Départements Sanitaires.

5.4 Lutte contre les principaux cancers

Ce sous-chapitre ou sous-domaine vise à réduire la morbi-mortalité liée aux principaux cancers. Il englobe :

- la sensibilisation de la population en général, des publics cibles (hommes et femmes en âge de procréer) en particulier, pour la détection précoce des tumeurs du sein, du col de l'utérus et de la prostate.
- l'amélioration de la capacité des prestataires à dépister les principaux cancers et à référer les cas
- la prise en charge des principaux cancers.

Ce sous-chapitre ou sous-domaine regroupe trois interventions.

5.4.1 Lutte contre le cancer du sein, du col de l'utérus et de l'utérus.

Cette intervention est intégrée dans le domaine 1 : Santé de la femme et de la mère, intervention 1.1.3 Prévention, dépistage et prise en charge des principaux cancers génésiques.

5.4.2 Lutte contre le cancer de la prostate

Cette intervention couvre la promotion du dépistage précoce et la prise en charge thérapeutique des cas de cancer de la prostate.

5.4.3 Lutte contre d'autres types de cancer…

Cette intervention couvre l'identification des cancers les plus fréquents, l'établissement des priorités en vue de la prise en charge des cancers les plus fréquents.

5.5 Lutte contre les maladies mentales, les troubles du comportement et la toxicomanie

Ce sous-chapitre ou sous-domaine vise à réduire la morbi-mortalité liée aux maladies mentales, aux troubles du comportement et à la toxicomanie. Il recoupe deux (2) interventions.

5.5.1 Lutte contre les maladies mentales et les troubles du comportement

Cette intervention vise à :

- Etendre les services et soins d'hygiène mentale à la population
- Offrir des soins psychologiques et psychiatriques aux personnes atteintes de troubles mentaux.
- Offrir des soins psychologiques et psychiatriques en milieu carcéral.

Elle recoupe les aspects suivants :

- Promotion pour la prévention et le dépistage précoce,
- Prévention,
- Diagnostic de comportements à risques,
- Prise en charge institutionnelle des cas et réinsertion des malades,
- Sensibilisation des professionnels de la santé,
- Sensibilisation de la population,
- Prise en charge communautaire.

5.5.2 Lutte contre la toxicomanie/addictions

Cette intervention vise à lutter contre l'usage de la drogue et de l'alcool et à poursuivre la lutte contre le tabagisme dans les lieux publics et institutions de santé.

Elle recoupe les aspects suivants :

- Sensibilisation de la population sur les effets négatifs de la drogue et de l'alcool
- Prise en charge thérapeutique des cas réversibles
- Sensibilisation de la population en général, les patients, professionnels de la santé et autres catégories socioprofessionnelles en particulier sur les effets néfastes de l'usage du tabac.

5.6 Santé des personnes âgées – Gériatrie

Ce sous-domaine vise à :

- améliorer la qualité de vie des personnes âgées
- augmenter la survie des personnes du 3ème âge et des fonctionnaires retraités.

Il couvre :

- la consultation gériatrique,
- la prise en charge préventive,
- la prise en charge curative des cas,
- la réhabilitation et la prise en charge communautaire.

5.7 Santé des handicapés

Ce sous-chapitre ou sous-domaine vise à :

- Contribuer à réduire la morbidité liée aux handicaps
- Augmenter l'accès aux soins de santé pour les handicapés

Chapitre 6

Lutte contre les violences et les accidents

Ce domaine englobe deux sous-domaines :

- *Prise en charge des cas de violence et d'accidents*
- *Lutte contre les violences et accidents.*

6.1 Prise en charge des cas de violence et d'accidents

Ce sous-chapitre ou sous-domaine vise à :

- Réduire la morbi-mortalité liée aux violences et aux accidents.
- Mettre en place/renforcer la police routière et la rendre opérationnelle pris dans le cadre de l'intersectorialité, apport attendu du Ministère de la Justice et de la sécurité publique et de la Police Nationale d'Haïti (PNH).
- Renforcer le recouvrement des primes à verser par les assurances (OAVCT et autres) aux structures hospitalières publiques.

Il s'agit, par ce sous-domaine du/de la :

- Renforcement de la capacité des institutions prestataires à assurer correctement la prise en charge des cas de violence sexuelle, physique et psychologique et des traumatismes causés par les accidents .
- Prise en charge des cas de violences et d'accidents.
- Sensibilisation de la population sur les effets négatifs de la violence et des traumatismes et sur la conduite à tenir pour leur prévention et leur référence.
- Mise en application des lois existantes / Promulgation de nouvelles lois et règlements sur le transport, la circulation d'engins motorisés (véhicules, moto, et autres).
- Mise en place/renforcement de la police routière.
- Partenariat Public-Privé pour l'inspection des véhicules.
- Programme d'Entretien Routier.
- Renforcement du contrôle des armes à feu.
- Campagne de prévention routière.

6.2 Lutte contre les violences et accidents

Ce sous-chapitre ou sous-domaine prend en compte l' /la :

- Amélioration de la compréhension et de la connaissance de la problématique des violences sexuelles liées au genre.
- Sensibilisation de la population sur les effets négatifs de la violence et des traumatismes et sur la conduite à tenir pour leur prévention et leur référence.
- Intégration de la lutte contre la violence basée sur le genre dans la gouvernance en santé.

Chapitre 7

Nutrition

Ce chapitre ou domaine vise à réduire la morbidité et la mortalité liée à la malnutrition. Il comporte trois sous-chapitres ou sous-domaines.

Le renforcement du domaine de la nutrition prend en compte :

- *l'amélioration des systèmes d'information en matière de nutrition conduisant à la disponibilité de données de référence à travers le SIS ;*
- *la coordination des activités de Nutrition aux niveaux Intra et Inter Sectoriels afin de rendre les secteurs publics et privés sensibles à la thématique de la nutrition.*
- *la formation en nutrition et en recherche appliquée dans le but d'améliorer la qualité du processus d'identification et de mise en œuvre des interventions par l'existence de ressources humaines qualifiées et expérimentées.*

La priorité en matière de nutrition sera accordée à :

- La surveillance de l'état nutritionnel des femmes enceintes
- La prise en charge de la malnutrition aigue
- La supplémentation en micronutriments
- La promotion de l'allaitement maternel
- La sensibilisation de la population à la valeur nutritive des aliments et à leur utilisation optimale

7.1 Prévention de la Malnutrition

Ce sous-chapitre ou sous-domaine vise à réduire la prévalence de la malnutrition. Ce sous-domaine regroupe trois interventions :

7.1.1 Promotion d'une alimentation convenable durant le cycle de vie.

7.1.2 Surveillance de la croissance et du développement psycho-moteur des enfants de moins de 5 ans.

7.1.3 Prévention et lutte contre les carences en micronutriments.

7.2 Prise en Charge des maladies nutritionnelles

Ce sous-chapitre ou sous-domaine regroupe trois interventions :

7.2.1 Prise en Charge de la Malnutrition aigüe globale

Cette intervention vise à réduire la prévalence de la malnutrition aigüe globale chez les moins de 5 ans. Elle recoupe l'/la:

- Amélioration de la capacité des institutions à prendre en charge les cas de malnutrition et de carence en micronutriments (fer, acide folique, Vit A, iode,…)
- Prise en charge des enfants avec malnutrition chronique, sévère aigue avec ou sans complications.

7.2.2 Prise en charge nutritionnelle des PVVIH /TB

Cette intervention vise à :

- Augmenter l'adhérence au traitement des patients VIH/SIDA
- Augmenter le pourcentage de patients sous TAR et qui reçoivent un appui nutritionnel de 60% à 95% d'ici à 2022.

Elle consiste en la fourniture de rations alimentaires aux PVVIH en soins ou sous traitement.

7.2.3 Prise en charge nutritionnelle du malade hospitalisé

Cette intervention vise à :

- Améliorer la prise en charge nutritionnelle du malade hospitalisé.
- Mettre en place un service d'Alimentation, Nutrition et Diététique répondant aux normes dans les Centres de santé avec lits, les HCR et les hôpitaux départementaux.

Elle englobe le/la :

- Développement de normes d'alimentation et de protocoles de prise en charge en milieu hospitalier.
- Mise en place dans les Hôpitaux des capacités nécessaires (cuisine, dépôts, chambre froide, etc.) pour assurer l'alimentation et la nutrition du malade hospitalisé selon les ordonnances du médecin et/ou de la diététicienne.

7.3 Protection Nutritionnelle en Situation d'Urgence

Ce sous-chapitre ou sous-domaine vise à réduire les risques nutritionnels liés aux catastrophes. Il recoupe trois interventions.

7.3.1 Préparation aux Situations d'Urgence

7.3.2 Prise en Charge Nutritionnelle pendant l'Urgence

7.3.3 Le développement des Interventions nutritionnelles post-ur**gence**

Chapitre 8

Promotion de la santé

La Promotion de la Santé à travers les différents axes que sont l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé, la création d'environnements favorables à la santé, le renforcement de l'action communautaire, le développement d'aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé offre un cadre de travail pour l'amélioration de la qualité de vie de la population. En prônant l'action sur les déterminants sociaux de la santé, elle agit très en amont du continuum santé-maladie et permet de réduire considérablement le poids des dépenses de santé. Comme finalité, elle vise à conférer aux individus les moyens d'avoir un plus grand contrôle sur leur santé et aussi, à leur donner la possibilité d'opérer les meilleurs choix. La mise en œuvre des interventions de Promotion se fera de manière progressive, tout en s'inscrivant dans une perspective de pérennité.

Le développement sanitaire national ne peut réussir :

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

C'est fort de ces prémices que la promotion de la santé est priorisée comme élément de la Politique Nationale de Santé. Dans ce contexte, les actions visant la promotion de la santé seront portées par trois principaux groupes d'acteurs :

1. Les décideurs (membres de l'exécutif, parlementaires, hauts fonctionnaires, dirigeants des collectivités territoriales,…).
2. Les leaders d'opinion (Presse, leaders religieux, leaders naturels,…).
3. Le ciblage des décideurs et des leaders vise à les sensibiliser aux déterminants de la santé en vue de leur participation et de leur appui dans les interventions.
4. La population en général afin de :
   i) véhiculer des informations spécifiques à des groupes cibles en termes de comportements favorables à la santé et d'une meilleure utilisation des services;
   ii) renforcer sa capacité à se structurer en vue d'une participation communautaire effective.

Dans la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé et du Plan Directeur en Santé, le Ministère de la Santé, conjointement avec ceux de la Culture, de la Communication, de l'Éducation Nationale, des Affaires Sociales, de la Jeunesse et des Sports, de l'Intérieur et des Collectivités Territoriales, des Travaux Publics, Transport et Communication, du Commerce et de l'Industrie, de l'Agriculture et des Ressources Naturelles et du Développement Rural, prend toutes les dispositions nécessaires pour l'élaboration et l'exécution d'un plan de communication pour la santé.

La promotion de la santé couvre deux sous-domaines: participation communautaire et communication et éducation pour la santé.

8.1 Participation communautaire

La participation communautaire s'inscrit dans une vision de développement et de renforcement des capacités des communautés. Elle passe par la réorganisation des interventions auprès des communautés pour leur participation effective à la prise de décision et aux autres étapes de tous les processus et les programmations qui sont définis.

La stratégie est mise en œuvre à partir des Unités d'Arrondissement de Santé (UAS) et implique les acteurs de terrain. De manière générale, elle prône la dynamisation du partenariat entre les travailleurs de santé et les communautés et la contribution de ces dernières à l'élaboration de programmes intégrés de développement local.

Cette stratégie repose sur les axes suivants :

- Le développement d'une Politique Nationale de Participation Communautaire en Santé
- Le développement d'un Réseau Communautaire National de Santé. Ce volet représente un domaine décrit dans la composante renforcement organisationnel
- La recherche du dialogue social à travers les regroupements et organisations communautaires

- Le développement et le renforcement des capacités des organisations dans la perspective du plein exercice par la communauté de son rôle d'acteur.

8.2 Communication et éducation pour la santé

Ce sous-chapitre ou sous-domaine vise à promouvoir l'adoption de comportements individuels et collectifs favorables à la santé. Il passe par la communication et l'éducation pour la santé qui couvre la promotion des comportements favorisant la lutte contre les maladies et la promotion des services de santé pour en augmenter l'utilisation.

Il s'articule autour de l'/la :

- Éducation de la population en matière de santé communautaire
- Élaboration d'une stratégie nationale en communication
- Mise en place d'un programme de promotion de la santé dans le cadre du PES
- Réalisation d'enquêtes CAP dans le cadre du suivi de l'impact des programmes
- Mobilisation sociale et communautaire
- Organisation de dialogues politiques et de plaidoyer pour la santé.

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

Chapitre 9

Gestion des risques et des désastres

Ce chapitre ou domaine vise à :

- *Renforcer la capacité du système de santé à répondre aux urgences et catastrophes*
- *Informer la population sur les comportements et mesures à adopter face aux différents risques.*
- *Réduire l'impact des risques et désastres sur la santé de la population.*
- *Réduire la morbidité et la mortalité liée aux accidents, risques, désastres et catastrophes naturels.*

Ce domaine couvre la gestion des catastrophes et autres événements de santé publique y compris ceux à portée internationale. Il se gère en intersectorialité en coopération avec le MICT/Direction de la Protection civile. Il englobe deux sous-domaines :

- *Préparation aux catastrophes.*
- *Gestion des mesures exceptionnelles en cas de catastrophes, désastres et événements de santé publique à portée internationale.*

9.1 Préparation aux catastrophes

Ce sous-domaine couvre :

- Communication pour la prévention face aux risques.
- Actualisation des plans de contingence,
- Prépositionnement de stock,

9.2 Gestion des mesures exceptionnelles en cas de catastrophes, désastres et événements de santé publique à portée internationale

Ce sous-domaine couvre :

- Diagnostic et coordination de la réponse humanitaire en santé
- Prise en charge des urgences et des victimes de catastrophes
- Évaluation de la réponse à la catastrophe/urgence.

Chapitre 10

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

Il s'agit de la protection générale en santé publique et de la création d'un environnement sain. Ce domaine passe par l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre de mesures sanitaires générales et de mesures particulières d'hygiène dans les établissements de soins et autres établissements liés à la santé. Les dispositions spécifiques relatives aux mesures générales et spécifiques en matière d'hygiène et de protection de la santé du citoyen de même que les modalités de contrôle de l'application de ces mesures sont déterminés par voie règlementaire à la charge des Ministères concernés, chacun en ce qui le concerne. Ceci implique, pour le MSPP, deux sous-domaines: le contrôle sanitaire et la gestion des mesures d'hygiène dans les structures de santé.

10.1 Contrôle sanitaire

Ce sous-domaine englobe :

- Inspection et contrôle sanitaires dans les ports, aéroports et frontières terrestres
- Inspection et contrôle sanitaires dans les lieux publics
- Suivi de l'application des mesures sanitaires générales et de mesures particulières d'hygiène
- Élaboration/actualisation et suivi de la mise en œuvre de politiques publiques en termes de protection de l'environnement.

Elle recoupe deux interventions : Contrôle de l'eau, des boissons, aliments/produits comestibles et Gestion des mesures d'hygiène dans les structures de santé.

10.1.1 Contrôle de l'eau, des boissons, aliments/produits comestibles

Cette intervention vise à réduire la prévalence des maladies transmises par les boissons et aliments. Elle englobe :

- Elaboration / actualisation des normes et protocoles
- Inspection des entreprises de production et/ou d'importation
- Surveillance / Test de qualité
- Certification des entreprises de production et/ou d'importation

10.1.2 Contrôle des produits chimiques et biologiques

Cette intervention vise à réduire les risques d'intoxication et de pollution liés aux produits chimiques et biologiques

- Élaboration / actualisation des normes et protocoles
- Inspection des entreprises de production et/ou d'importation
- Surveillance / Test de qualité
- Certification des entreprises de production et/ou d'importation

10.2. Gestion des mesures d'hygiène dans les structures de santé

Ce sous-domaine vise à améliorer l'environnement sanitaire et réduire les risques d'infections nosocomiales. Il recoupe trois interventions :

10.2.1 Gestion des déchets issus des activités de services et de soins de santé.

Cette intervention vise à maintenir un environnement salubre dans les structures de santé. Elle englobe :

- Actualisation et mise en œuvre des normes,
- Construction d'infrastructures et acquisition d'équipements appropriés aux différents types de déchets biomédicaux.
- Disposition finale des déchets.

10.2.2 Eau et assainissement dans les infrastructures de santé

Cette intervention vise à :

- Diminuer le taux d'infections nosocomiales en milieu hospitalier.
- Contrôler et améliorer l'environnement et l'assainissement de base dans les structures prestataires de services et de soins de santé.
- Augmenter l'accès à l'eau courante et aux installations améliorées de dispositions des excrétas dans les structures prestataires de services et de soins de santé.

Elle englobe la mise en place au niveau des institutions prestataires de services et soins de santé de systèmes d'/de:

- adduction d'eau
- disposition des déchets solides
- disposition des excrétas
- disposition des eaux usées

10.2.3 Gestion des mesures exceptionnelles en cas d'épidémie et de désastre naturel

Cette intervention vise à :

- Assurer la gestion efficace des épidémies et désastres
- Mitiger l'impact des épidémies et désastres naturels

Elle englobe les investigations et la transmission des informations et des consignes.

Le tableau ci-après présente la relation entre le texte et le cadre logique de la Composante Prestation de Services et soins de santé et fait ressortir la cohérence verticale entre eux.

Tableau de cohérence entre les chapitres et sous chapitres du texte avec les domaines, sous-domaines et interventions du cadre logique du volet prestation de services

Chapitre / domaine	Sous chapitre (ex: 1.1) / sous domaines	Niveau 3 (ex: 1.1.1) / Interventions
Chapitre 1. Santé de la femme et de la mère	1.1. Santé de la femme	1.1.1. Services et soins aux femmes
		1.1.2. Planification familiale
		1.1.3. Prévention, dépistage et prise en charge des cancers génésiques
	1.2. Santé de la Mère	1.2.1. Prise en charge de la grossesse et du post-partum
		1.2.2. Services et soins obstétricaux d'urgence de base
		1.2.3. Promotion de la santé maternelle
Chapitre 2. Santé de l'enfant	2.1. Santé néonatale	
	2.2. Prise en charge Globale précoce de l'enfant exposé ou infecté au VIH.	2.2.1 PTME
		2.2.2 Prise en charge thérapeutique de l'enfant infecté au VIH
		2.2.3. Soutien aux orphelins du SIDA
	2.3. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)	2.3.1. Prise en charge des maladies respiratoires aigües
		2.3.2 Intégration de la prévention du RAA et de ses complications à l'approche PCIME
		2.3.3. Prise en charge des diarrhées aigües et chroniques
		2.3.4. Prise en charge des parasitoses intestinales
		2.3.5. Immunisation des enfants (PEV)
		2.3.6. Contrôle de la croissance et du développement psychomoteur.
		2.3.6.1 Suivi nutritionnel
		2.3.6.2 Prévention de déficience en Micronutriments
	2.4. Prise en charge de la malnutrition	
	2.5. Santé scolaire.	2.5.1. Hygiène de vie et promotion de comportements sains
		2.5.2. Dépistage anomalie de posture
		2.5.3. Contrôle bucco-dentaire et ophtalmique
		2.5.4. Cantine scolaire
		2.5.5. Facilités sanitaires au niveau des structures scolaires
Chapitre 3. Santé de l'adolescent et du jeune adulte.	3.1. Santé scolaire (classes humanitaires)	3.1.1. Santé et développement des adolescents et des jeunes
	3.2. Soutien aux orphelins et adolescents vulnérables infectés et affectés par le VIH/SIDA	
	3.3. Lutte contre l'utilisation de l'alcool, du tabac et de la drogue.	
Chapitre 4. Lutte contre les maladies transmissibles	4.1. Lutte contre les MST - VIH/SIDA	
	4.2 Lutte contre la tuberculose	4.2.1. Prise en charge globale de la tuberculose
	4.3. Lutte contre les maladies à transmission vectorielle	4.3.1. Lutte contre la malaria
		4.3.2. Lutte contre la Dengue
		4.3.3. Lutte contre la filariose
	4.4. Lutte contre les zoonoses	4.4.1. Lutte contre la Rage
		4.4.2. Lutte contre le Charbon
		4.4.3. Lutte contre la Leptospirose
		4.4.4. Lutte contre la lèpre
	4.5. Sécurité transfusionnelle	
	4.6. Lutte contre le Choléra	

Chapitre / domaine	Sous chapitre (ex: 1.1) / sous domaines	Niveau 3 (ex: 1.1.1) / Interventions
Chapitre 5. Lutte contre les maladies non transmissibles	5.1. Prise en charge globale du diabète et des maladies cardiovasculaires	5.1.1. Prise en charge globale du diabète
		5.1.2. Prise en charge globale de l'HTA
	5.2. Soins ophtalmiques et bucco dentaires	5.2.1. Soins ophtalmiques
		5.2.2. Soins bucco-dentaires
	5.3. Prise en charge des urgences	
	5.4. Lutte contre les principaux cancers	5.4.1. Lutte contre le cancer du sein et de l'utérus (voir santé de la femme)
		5.4.2. Lutte contre le cancer de la prostate,
		5.4.3. Lutte contre d'autres types de cancer
	5.5. Lutte contre les maladies mentales, les troubles du comportement et la toxicomanie	5.5.1. Lutte contre les maladies mentales et les troubles du comportement
		5.5.2. Lutte contre la toxicomanie / addictions
	5.6. Santé des personnes âgées: Gériatrie	
	5.7. Santé des handicapés	
Chapitre 6 Lutte contre les violences et les accidents	6.1. Prise en charge des cas de violences et d'accidents	
	6.2. Lutte contre les violences et les accidents	
Chapitre 7. Nutrition	7.1. Prévention de la Malnutrition	
	7.2. Prise en Charge des maladies nutritionnelles	7.2.1. Prise en Charge de la Malnutrition aigüe globale
		7.2.2. Prise en charge nutritionnelle des PVVIH /TB
		7.2.3. Prise en charge nutritionnelle du malade hospitalisé
	7.3. Protection Nutritionnelle en Situation d'Urgence	
Chapitre 8 Promotion de la santé	8.1. Participation communautaire	8.1.1. Développement et mise en place d'une stratégie nationale pour la participation communautaire
	8.2. Communication et éducation pour la santé	
Chapitre 9 Gestion des risques et des désastres		
Chapitre 10 Hygiène publique, Protection de la santé du citoyen et Protection de l'environnement;	10.1. Contrôle sanitaire	10.1.1. Contrôle de l'eau, des boissons, aliments /produits comestibles
		10.1.2. Contrôle des produits chimiques et biologiques
	10.2. Gestion des mesures d'hygiène dans les structures de santé	10.2.1. Gestion des déchets issus des activités de services et de soins de santé
		10.2.2. Eau et assainissement dans les infrastructures de santé
		10.2.3. Gestion des mesures exceptionnelles en cas d'épidémie et de désastres naturels

Le Cadre logique d'Interventions du Plan Directeur pour la Composante Prestation de services, présenté ci-après, précise pour chaque domaine, sous-domaine et intervention, les objectifs, indicateurs et résultats attendus à l'horizon 2022 par période triennale 2013-2016, 2016-2019, 2019-2022.

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Prestation des Services

Code		Domaines/ Sous-Domaines / Interventions	Entité responsable	Description des Domaines / Sous-domaines / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-2016	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
D	1	Santé de la femme et de la mère	DSF	- Amélioration de la capacité des institutions sanitaires à offrir des services gynéco-obstétricaux dans le respect des normes du MSPP - Amélioration de la capacité de l'institution à prendre en charge les cas d'urgence obstétricale - Offre, en routine et en urgence, de soins de qualité en gynécologie, soins à l'accouchement et dans le post parfum immédiat au niveau des institutions	Réduire le taux de mortalité maternelle de 50% d'ici à 2022	Taux de mortalité maternelle	650 / 100 000 naissances vivantes	350 / 100 000 naissances vivantes	300 / 100 000 naissances vivantes	250 / 100 000 naissances vivantes
SD	1.1.	Santé de la femme	DSF							
I	1.1.1	Services et soins aux femmes	DSF/DSI	- Offre d'un paquet de services et de soins gynécologiques aux femmes en âge de procréer - Dépistage et prise en charge des IST - Dépistage et correction des anémies - Détection précoce et prise en charge du diabète et de l'hypertension - Vaccination: Prévention du Tétanos Maternel et Néonatal par la vaccination des FE et des FAP	- Assurer la santé génésique des jeunes filles et femmes à l'échelle nationale - Réduire la morbi-mortalité liée à l'HTA, au diabète, à la malnutrition	% d'institutions prestataires offrant des services et soins gynécologiques selon leur niveau	30	50	60	90
I	1.1.2	Planification familiale	DSF/DSI	- Amélioration de l'offre des méthodes de contraception de longue durée	- Augmenter l'utilisation des méthodes de contraception	- Prévalence de la contraception moderne en %	31	40	50	50
				Sensibilisation de la communauté sur l'importance de la planification familiale et promotion de l'usage de la contraception	- Réduire le taux de croissance de la population	- Indice Synthétique de Fécondité	3.5	3.5	3	3
I	1.1.3.	Prévention, dépistage et prise en charge des cancers génésiques (utérus, seins,…)	DSF / CNCRMN/ RNC	Développement et application d'un paquet de services, soins et outils pour la prévention, le dépistage et la prise en charge des cancers génésiques pour chacun des niveaux de complexité du système de soins	Réduire la morbi-mortalité liée aux principaux cancers génésiques.	Poids de la mortalité liée aux cancers génésiques dans la mortalité générale	ND	Ligne de base établie	A définir	A définir

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Prestation des Services

Code		Domaines/ Sous-Domaines / Interventions	Entité responsable	Description des Domaines / Sous-domaines / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-16	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
SD	1.2	Santé de la mère	DSF							
I	1.2.1.	Prise en charge de la grossesse et du post partum	DSF /DSI	Prestation de Soins pré et post natals de qualité	- Améliorer les services de prise en charge des femmes enceintes au niveau des institutions sanitaires - Vacciner complètement toutes les FE en Clinique Prénatale	Nbre et % de femmes enceintes ayant eu un suivi pré natal selon les normes	60%	65%	75%	80%
						Nombre et Pourcentage de femmes vues en post-partum selon les normes	32%	40%	60%	80%
I	1.2.2	Services et soins obstétricaux d'urgence de base	DSF /DSI	Prise en charge de l'accouchement et de ses complications	Augmenter progressivement les accouchements assistés par du personnel qualifié	Nombre et pourcentage de femmes ayant eu un accouchement assisté par du personnel qualifié	37%	45%	60%	70%
I	1.2.3	Promotion de la santé maternelle	DSF/DPSPE/ DSI	Mise en place d'un plan de promotion de la santé maternelle autour de l'institution et de la communauté	- Augmenter progressivement le taux de suivi des grossesses, l'existence d'un plan de naissance et l'augmentation du nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié	- Nombre et pourcentage de femmes suivies disposant d'un plan de naissance.	ND	90	90	100
D	2	Santé de l'enfant	DSF	- Mise en place d'un ensemble de services afin de contribuer à la réduction des taux de mortalité infantile et infanto juvénile - Promotion de la Santé de l'Enfant - Maintien et rétablissement de la santé de l'enfant	- Réduire le taux de mortalité infantile et infanto juvénile	Taux de mortalité infantile et infanto juvénile	- TMI 59/1000 - TM 1-4 ans: 88/1000	- TMI > 50/1000 - TM 1-4 ans: > 80/1000	A définir	20/1000
SD	2.1	Santé néo-natale	DSF/DSI	- Renforcement de la capacité des institutions à prendre en charge le nouveau-né - Offre des soins néonataux d'urgence selon les protocoles établis	Réduire la mortalité néo-natale	- Nombre et pourcentage d'institutions, suivant la catégorie, pouvant assurer la prise en charge du nouveau-né	ND	A Définir	A définir	A définir
SD	2.2	Prise en charge Globale précoce de l'enfant exposé ou infecté au VIH,	DSF/PNLS/ LNSP/DSI	- Prise en charge de toutes les FE séropositives au VIH - Dépistage précoce au PCR de l'infection au VIH chez tous les nouveau-nés exposés au VIH - Traitement précoce aux ARV (Trithérapie) de tous les NN exposés au VIH	- Réduire la prévalence du SIDA pédiatrique	- Nombre et % nouveau-nés exposés au VIH ayant bénéficié de la trithérapie précoce aux ARV	ND	Ligne de base établie	A définir	A définir
					- Réduire la mortalité liée au SIDA pédiatrique	- Taux de mortalité due au SIDA pédiatrique par tranche d'âge	ND	Ligne de base établie	A définir	A définir
I	2.2.1	PTME	MSPP/ DSI	- Prise en charge de toutes les FE séropositives au VIH	- Réduire la prévalence du SIDA pédiatrique	% de femmes enceintes séropositives au VIH mises sous traitement ARV	86.28%	95%	100%	100%

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Prestation des Services

Code		Domaines/ Sous-Domaines / Interventions	Entité responsable	Description des Domaines / Sous-domaines / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-2016	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
I	2.2.2	Prise en charge thérapeutique de l'enfant exposé ou infecté au VIH		- Dépistage et Traitement précoce aux ARV (Trithérapie) de tous les nouveau-né exposés au VIH	- Réduire la mortalité liée au SIDA pédiatrique	- Nombre et % nouveau-nés exposes au VIH ayant bénéficié de la trithérapie précoce aux ARV	90.60%	95%	100%	100%
I	2.2.3	Soutien aux orphelins du SIDA	MSPP/MAS/ MENFP /DSI	- Identification/Recensement des Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV) - Encadrement des familles d'accueil des OEV - Prise en charge systématique des OEV selon le cas (Santé, Education, Autres, etc.)	Réduire l'impact négatif du VIH/SIDA sur les OEV	- # et % enfants vulnérables et orphelins du SIDA pris en charge selon le cas par UAS et Département	ND	Ligne de base établie	50%	90%
SD	2.3	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)	DSF/DSI	- Prise en charge des enfants selon l'approche PCIME dans les UAS - Intégration de la prévention du RAA et de ses complications à l'approche PCIME	- Réduire la morbi- mortalité infanto-juvénile évitable (par cause spécifique: IRA, Diarrhée, Malnutrition, RAA, etc.) - Réduire les opportunités manquées dans la prise en charge adéquate des enfants fréquentant les établissements sanitaires	- Taux de mortalité infanto-juvénile liée aux maladies évitables (par cause spécifique: IRA, Diarrhée, Malnutrition, RAA, Malaria, etc.)	A déterminer	A déterminer	A définir	A définir
						- Pourcentage d'enfants pris en charge selon l'approche PCIME dans les UAS	A déterminer	30%	80%	90%
I	2.3.1	Prise en charge des maladies respiratoires aigues	DSF /DSI	Prise en charge des IRA	Réduire la morbidité et la mortalité liée aux IRA	- Taux de mortalité infanto-juvénile liée aux IRA	ND	Ligne de base établie	A définir	A définir
						- Poids des IRA dans la morbidité et la mortalité infanto-juvénile	ND	Ligne de base établie	A définir	A définir
I	2.3.2	Intégration de la prévention du RAA et de ses complications à l'approche PCIME	DSF/ DSI	- Mise en place d'un programme de prévention et de prise en charge du RAA et de ses complications	- Eliminer les complications cardiaques et articulaires dues au RAA	Tendance du taux de mortalité due au RAA	ND	Ligne de base établie	A définir	A définir
I	2.3.3	Prise en charge des diarrhées aigües et chroniques	DSF / DPSPE / DSI	- Développement et mise en œuvre d'un plan de CCC sur la prise en charge de la diarrhée (prévention et traitement) dans les établissements de santé et les communautés - Prise en charge des diarrhées aigües et chroniques	Réduire la morbidité et la mortalité liée aux diarrhées	Poids de la diarrhée dans la morbidité et la mortalité infanto juvénile	ND	- Ligne de base - Cible à déterminer	A définir	A définir
						Nombre et % d'institutions capables d'assurer la prise en charge institutionnelle et communautaire de la diarrhée	ND	Ligne de base établie	A définir	A définir
I	2.3.4	Prise en charge des parasitoses intestinales	DSF / DPSPE / DINEPA / DSI	- Mise en place d'interventions pour le déparasitage des populations non touchées par la Santé et à l' Ecole - Promotion de la santé relative à l'hygiène et à l'assainissement	- Réduire la morbidité liée aux parasitoses intestinales chez les enfants et dans la population générale - Augmenter progressivement l'accès à l'eau potable, à la disposition convenable des excrétas	- Nombre et % d'institutions capables d'assurer la prise en charge institutionnelle et communautaire des parasitoses intestinales - % ménages touchés par les programmes d'eau potable et d'assainissement en MU et en MR	ND	- Ligne de base - Cible à déterminer	A définir	A définir

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Prestation des Services

Code		Domaines/ Sous-Domaines / Interventions	Entité responsable	Description des Domaines / Sous-domaines / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-2016	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
SD	2.3.5	Immunisation des enfants	DPEV / DSI	- Vaccination - Prévention des Maladies Immuno-contrôlables (MIC) - Renforcement de la Surveillance Epidémiologique des MIC - Rattrapage de tous les enfants de 1-5 ans non complètement vaccinés - Disposition et maintien régulier d'un système de Chaine de Froid fonctionnel dans toutes les institutions - Garantie de la disponibilité constante des intrants de vaccination dans les institutions offrant ce service	- Réduire la morbidité et la mortalité liée aux MIC. - Vacciner complètement les enfants de moins d'un an contre la TB, la Polio, la Rougeole, la rubéole, la Diphtérie, le Tétanos, la Coqueluche, l'Hépatite B et les maladies causées par l'Hémophiles Influenza Type B, le Pneumocoque et le Rota virus	- Taux de couverture vaccinale par antigène, par commune et par département	DTP3: 80.4	DTP3: 95.0	DTP3: 98.0	DTP3: 98.0
						- Taux de prévalence des maladies contrôlables par la vaccination	A définir	A définir	A définir	A définir
SD	2.3.6	Contrôle de croissance et du développement psychomoteur	UCPNANu/ DPSPE/DSF / DSI	- Promotion de la Nutrition et de l'Alimentation convenable - Promotion de l'Allaitement Maternel - Lutte contre les carences en micronutriments - Etablissement d'un ensemble de services et d'outils pour le contrôle de la croissance et du dvlpt psychomoteur chez les enfants de moins de 5 ans	- Prévenir les conséquences dues aux déficiences nutritionnelles et alimentaires de l'enfance au sein de la population	- Nombre et % d'institutions offrant des services de contrôle de croissance, de développement psychomoteur et de promotion de l'Allaitement Maternel Exclusif	Ligne de base	≥ 50%	A Définir (+ 20%)	A Définir (> 80%)
I	2.3.6.1	Suivi nutritionnel	UCPNANu/ DPSPE/DSF/ DSI	- Contrôle et surveillance de la croissance des moins de 5 ans - Promotion de l'utilisation des services	Réduire la prévalence des différentes formes de malnutrition (MA, MAM, MAS et MC)	# et % enfants <5ans ayant un relevé de la courbe Poids/Taille et Taille/Age	Ligne de base	80%	80%	85%
						Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale		14%	A définir	A définir
						Prévalence malnutrition aigüe chez les moins de 5 ans	4.10%	3%	2%	1%
						Prévalence malnutrition chronique chez les moins de 5 ans	23.40%	20%	18%	15%
I	2.3.6.2	Prévention des déficiences en micro nutriments	UCPNANu/ DSF/DSI	- Prévention et lutte contre les carences en micronutriments: - Supplémentation: institutionnelle et communautaire de micronutriments, - Fortification alimentaire.	Réduire la prévalence des déficiences en micronutriments les plus courantes en Haïti particulièrement chez les moins de 5ans	- Couverture en vit A des enfants de moins de 5 ans	44% (EMMUS V)	60%	80%	85%
SD	2.4	Prise en charge de la malnutrition	UCPNANu/DSI	Etablissement et mise en application de protocoles et de structures pour la prise en charge des # formes de malnutrition (MAG/MC) aux niveaux institutionnel et communautaire	Réduire la prévalence des différentes formes de malnutrition (MA, MAS et MC)	- Taux de guérison des enfants souffrant de malnutrition sévère	ND	- Ligne de base à déterminer -Cible à établir	Cible à établir	Cible à établir

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Prestation des Services

Code		Domaines/ Sous-Domaines / Interventions	Entité responsable	Description des Domaines / Sous-domaines / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-2016	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
SD	2.5	Santé scolaire	MSPP - DSF MENFP	- Promotion de la santé en milieu scolaire - Promotion et maintien d'un environnement scolaire salubre i.e. création d'écoles pourvues de toutes les facilites sanitaires et hygiéniques (WC, Eau Potable, Poubelles, Incinérateur, etc.) - Promotion de jardins scolaires - Prévention, dépistage et prise en charge chez l'enfant de problèmes néfastes à un rendement scolaire satisfaisant - Prévention des anomalies de posture - Dépistage de troubles visuels, auditifs et de problèmes bucco-dentaires	- Structurer le programme de sante scolaire conjointement avec le MENFP - Promouvoir l'Hygiène et les comportements sains chez les enfants en milieu scolaire et chez leurs parents - Contribuer à l'opérationnalisation du concept «Ecole Amie de l'Hygiène»	- Document du Programme de santé scolaire actualisé et responsabilités de chaque entité définie		Document finalisé		
						- Nombre et % d'écoles "Amie de l'Hygiène" par UAS et par Département	NA	Cible à déterminer	Cible à établir	Cible à établir
						- # et % d'écoles par UAS et par Département offrant un programme de dépistage de troubles visuels et auditifs	ND	Cible à déterminer	Cible à établir	100%
						- # et % d'écoles par UAS et par Département offrant un programme de soins bucco-dentaires	ND	Cible à déterminer	Cible à définir	100%
						- # et % d'écoles offrant un programme de surveillance de la posture des enfants	ND	Cible à déterminer	Cible à définir	100%
I	2.5.1	Hygiène de vie et promotion de comportements sains	- MSPP/DPSPE - MENFP - MJSAC	- Déparasitage, - Promotion du lavage des mains, - Promotion de la pratique du sport		Nombre et % écoles offrant au moins 2 disciplines sportives aux enfants	ND	Cible à déterminer	Cible à établir	100%
				- Campagne de prévention contre l'alcool, le tabac et autres drogues	Voir intervention 5.5.2: «lutte contre la toxicomanie / addictions»					
I	2.5.2	Dépistage anomalie de posture	MSPP MENFP	- Développement et vulgarisation de guide d'observation de bonne posture	Prévenir les déformations débilitantes dans la population	Nombre et % d'établissements scolaires participant a un programme de surveillance de la posture des enfants par commune et par département	ND	Cible à déterminer	Cible à établir	100%
I	2.5.3	Contrôle bucco-dentaire et ophtalmique	DOSS / DSF	Provision de services de dépistage, de soins en milieu scolaire et référence au besoin	Prévenir les problèmes bucco-dentaires dans la population d'âge scolaire	Nombre et % d'établissements scolaires participant a un programme de soins bucco-dentaires par commune et par département	ND	Ligne de base établie >10%	>30%	>50%
					Prévenir les troubles oculaires dans la population d'âge scolaire	Nombre et % d'établissements scolaires participant à un programme de soins ophtalmiques par commune et par département	ND	Ligne de base établie >10%	>30%	>50%

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Prestation des Services

Code		Domaines/ Sous-Domaines / Interventions	Entité responsable	Description des Domaines / Sous-domaines / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-2016	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
I	2.5.4	Cantine scolaire	MSPP / Nutrition MENFP	-Développement des normes d'alimentation en milieu scolaire - Suivi du respect des normes d'alimentation en milieu scolaire	Améliorer l'état nutritionnel et de sante des enfants d'âge scolaire	- Normes d'alimentation disponibles et appliquées	ND	Disponible appliquées dans 20% des institutions	Normes disponi-bles et ap-pliquées dans 40% des institu-tions	Normes disponi-bles et ap-pliquées dans 40% des institu-tions
I	2.5.5	Facilites sanitaires au niveau des structures scolaires	MSPP / MENFP	- Promotion du concept "Ecole Amie de l'Hygiène" auprès des directeurs, des enseignants, des écoliers et des parents - Définition du paquet d'hygiène à offrir dans toutes les écoles	- Augmenter progressivement le % écoles Amies de l'Hygiène à l'échéance du Plan Directeur	Nombre et % d'écoles disposant d'eau potable, de poubelles et de toilettes	ND	Cible à déterminer	Cible à établir	100%
D	3	Santé de l'adolescent et du jeune adulte.	DPSPE / DSF	- Etablissement d'un ensemble de services et soins pour la promotion, la prévention et la prise en charge de problèmes lies a un meilleur état de santé de l'adolescent et du jeune adulte - Promotion de comportement sexuel responsable. - Prévention de grossesses précoces et non désirées - Augmenter l 'offre des services d'IEC de PF au niveau institutionnel et communautaire	- Développer dans le système de soins des structures "Amies de l'Adolescent et du Jeune Adulte" dans tous les Départements - Réduire la prévalence de l'infection au VIH chez les jeun es - Réduire le taux de grossesse précoce chez les adolescents - Augmenter la prévalence de la contraception chez les adolescents et les jeunes	- # structures "Amies des Ado & Jeunes créées par UAS/ Dépit - Nombre d'Ado et jeunes touches par ces structures - Prévalence du VIH+ chez les ado et jeunes parmi les personnes testées. - # et % grossesses chez les ado et jeunes parmi les FE en clinique prénatale. - Prévalence contraceptive moderne - taux d'utilisation contraceptive par méthode - # Année Protection par méthode moderne de PF chez les Ado et Jeunes	A définir	30%	50%	100%
SD	3.1	Santé scolaire	DSF	Classes humanitaires : - Sensibilisation à la santé sexuelle - Sensibilisation à une alimentation convenable						
I	3.1.1	Santé et développement des adolescents et des jeunes	DSF/DSI	Sensibilisation des jeunes sur les comportements sexuels sécuritaires	Diminuer le taux de IST-VIH/ SIDA et des grossesses chez les adolescents et jeunes	Nombre et % d'institutions fournissant des services spécifiques aux adolescents et aux jeunes par département	ND	Cible à déterminer	Cible à établir	100%
						Prévalence des IST chez les jeunes et les adolescents (15-24 ans)	ND	Cible à déterminer	Cible à établir	100%
						Prévalence du VIH/SIDA chez les jeunes et les adolescents (15-24 ans)	0,6% EMMUS IV	0,4%	0,4%	0,3%

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Prestation des Services

Code		Domaines/ Sous-Domaines / Interventions	Entité responsable	Description des Domaines / Sous-domaines / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-16	Cible 2016-19	Cible 2019-22
SD	3.2.	Soutien aux orphelins et adolescents vulnérables infectés et affectés par le VIH/ SIDA.	DSF / PNLS / DSI	- Prise en charge psycho-sociale et nutritionnelle des orphelins et adolescents infectés et affectés par le VIH/SIDA	Réduire les risques sociaux chez les orphelins et adolescents vulnérables affectés et infectés par le VIH/SIDA	- Proportion d'enfants et jeunes âgés de 6-18 ans qui sont actuellement scolarisés comparé aux enfants non orphelins	A déterminer	A fixer	100%	100%
SD	3.3.	Lutte contre l'utilisation de l'alcool, du tabac, de la drogue	DPSPE	- Promotion de comportement sain. - Sensibilisation des jeunes sur les méfaits du tabagisme, l'alcool et autres drogues	Réduire la morbidité liée à la toxicomanie	- Nombre et % d'institutions fournissant des services spécifiques aux adolescents et aux jeunes intégrant des interventions de lutte contre la toxicomanie par département	ND	Cible à déterminer	Cible à établir	100%
						- Nombre et pourcentage de jeunes et adolescents bénéficiaires des interventions de lutte contre la toxicomanie	ND	Cible à déterminer	Cible à établir	100%
D	4	La lutte contre les maladies transmissibles		Prise en charge des MST-VIH/SIDA, tuberculose, des maladies à transmission vectorielle	Réduire la prévalence et mortalité liée aux maladies transmissibles par la prévention, le dépistage et le traitement	- Taux de prévalence des maladies transmissibles - Taux de mortalité liée aux maladies transmissibles				
SD	4.1.	Lutte contre les MST - VIH/SIDA	UCMIT / PNLS/ DSI	- Promotion du dépistage volontaire au VIH, particulièrement chez les femmes enceintes et l'adoption de comportements sécuritaires, l'utilisation de services CDV, de PTME - Prise en charge globale du VIH/SIDA et des IST.	- Réduire l'incidence et la prévalence du VIH-SIDA - Renforcer la prévention, le dépistage et le traitement des IST-VIH/SIDA - Eliminer la transmission mère-enfant du VIH/SIDA	Nombre et pourcentage de patients VIH+ actuellement sous ARV	34927 (58.5%) MESI 2011	61400 (85%) PSNM 2008-2012, Ext. 2015	90%	95%
						% de la transmission de l 'infection VIH de la mère à l'enfant	14% (2011-UNGASS 2012)	2%	0%	0%
						Prévalence du VIH	2.2% EMMUS V	1,8%	1,8%	1,8%
						Prévalence des IST	H : 2,5% F: 9,3% EMMUS IV	H: 1,5% F: 5%	H: 1,4 % F: 4,5 %	H: 1,4% F: 4%
SD	4.2	Lutte contre la tuberculose	PNLT / DSI	Prise en charge globale de la tuberculose par la prévention, le dépistage et le traitement immédiats	- Réduire la prévalence de la TB de 25 % d'ici a 2022 - Diminuer l'incidence de la tuberculose. - Renforcer la capacité des institutions à dépister et à prendre en charge les cas de TB - Réduire sensiblement le taux d'abandon	- Taux de détection de nouveaux cas de TB (TPM+) en %	57	67	70	72
						Taux de prévalence de la TB	306 / 100 000	210 / 100 000	A définir	A définir
						Taux de guérison des cas pris en charge	82	85	88	90

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Prestation des Services

Code		Domaines/ Sous-Domaines / Interventions	Entité responsable	Description des Domaines / Sous-domaines / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-2016	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
SD	4.3	Lutte contre les maladies à transmission vectorielle : Malaria, dengue, filariose	Programme National de Contrôle de la Malaria et de la Filariose lymphatique CPNCM/FL	Prévention: - lutte anti-vectorielle, - sensibilisation et éducation Prise en charge dans l'ensemble des établissements de santé et au niveau communautaire: - diagnostic et traitement des cas de malaria et de filariose, - diagnostic et traitement symptomatique des cas de dengue	- Eliminer la filariose lymphatique et la malaria d'ici 2020 '- Réduire le taux de mortalité due à la malaria	Prévalence de la malaria (en %) Prévalence de la filariose (en %) Mortalité due à la malaria (en %)	15.7 ND 0.157	3.93 0	0.98 0	0 0 0
SD	4.4	Lutte contre les zoonoses (rage, charbon, leptospirose, lèpre..)	DPSPE	Renforcement de la prévention, du diagnostic et du traitement des cas de zoonose dans l'ensemble des établissements de santé et au niveau communautaire	Lutter contre les zoonoses (rage, charbon, leptospirose) Réduire la morbi-mortalité liée à la lèpre	- % de cas de morsure de chien, chat, mangouste, etc. pris en charge correctement - Nombre de décès par rage humaine enregistres par département - Nombre et % de cas pris en charge par rapport au nombre de cas diagnostiques				
I	4.4.1	Lutte contre la rage	DPSPE - MARNDR	- Renforcement de la prévention, du diagnostic et du traitement des cas de rage dans l'ensemble des établissements de santé et au niveau communautaire - Vaccination des chiens - Mesures préventives pour les groupes exposes - Prise en charge des personnes mordues	Réduire la morbidité et la mortalité par rage humaine de 100% à 80% en 2022	Nombre et % de cas de décès par rage humaine par rapport aux nombre de cas diagnostiques	100%	100%	95%	80%
I	4.4.2	Lutte contre le Charbon	DPSPE / MARNDR	- Surveillance épidémiologique du charbon - Prise en charge des cas de charbon	Réduire la morbidité et la mortalité par charbon de 80% en 2022	Nombre et % de cas de décès par charbon par rapport aux nombre de cas diagnostiqués	ligne de base à définir	100%	95%	80%
I	4.4.3	Lutte contre la leptospirose	DPSPE	- Surveillance épidémiologique de la leptospirose - Prise en charge des cas de leptospirose	Réduire la morbidité et la mortalité par leptospirose de 80% en 2022	Nombre et % de cas de décès par leptospirose par rapport aux nombre de cas diagnostiqués	ligne de base à définir	100%	95%	80%
I	4.4.4	Lutte contre la lèpre	PLL / DPSPE	- Dépistage, diagnostic et prise charge - Information et éducation communautaire	Réduire la morbidité de la lèpre	Nombre de patients multi bacillaires diagnostiqués et pris en charge	ligne de base à définir	> de 25%	A définir	A définir
SD	4.5	Sécurité transfusionnelle	PNST	- Dépistage des agents transmissibles par transfusion dans les poches de sang collectées - Maintien de la chaine de froid - Tests d'évaluation externe de la qualité - Supervision et contrôle du respect des normes et procédures établies - Promotion du don de sang volontaire	- Garantir la disponibilité et la qualité du sang ("Sang Sur") '- Établir, promouvoir et assurer le suivi du respect des normes transfusionnelles	Pourcentage de poches collectées testées pour les agents transmissibles par le sang selon le protocole	100%	100%	100%	100%
						Pourcentage de poches collectées en référence au nombre programme	85%	85%	90%	90%
SD	4.6	Lutte contre le Choléra	UADS	- Surveillance épidémiologique - Sensibilisation de la population sur la prévention, la détection et le traitement des cas de choléra - Prise en charge des cas de cholera	- Assurer la prévention, la détection et la prise en charge des cas de choléra - Eliminer le cholera	Taux d'incidence annuelle du cholera	1.4%	< 0.5	< 0.1	< 0.1
						- Taux de létalité du cholera	1.4	0.1	< 0.1	< 0.1

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Prestation des Services

Code		Domaines/ Sous-Domaines / Interventions	Entité responsable	Description des Domaines / Sous-domaines / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-2016	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
D	5	Lutte contre les maladies non transmissibles (MNT)	DOSS / DPSE / DSF / DERL	- Mise en place de capacités, services et outils nécessaires pour atténuer la charge de morbidité et de mortalité due aux MNT et à leurs complications. - Développement d'un paquet de services et soins pour la prise en charge des MNT à chacun des niveaux du système de soins - Développement d'un paquet IEC pour la promotion. la prévention et la prise en charge des MNT	- Réduire la morbi-mortalité liée à l'HTA, au diabète, cancer - Contrôler le développement des maladies non transmissibles (diabète, HTA, cancer) par la prévention, la détection et la prise en charge	- Taux de morbi-mortalité liée à l'HTA	ND	- Ligne de base établie - Cible à déterminer	A établir	A établir
						- Taux de prévalence du diabète	ND	- Ligne de base établie - Cible à déterminer	A établir	A établir
						- Taux de morbi-mortalité liée au cancer	ND	- Ligne de base établie - Cible à déterminer	A établir	A établir
SD	5.1	Prise en charge globale du diabète et des maladies cardio-vasculaires	DOSS / DPSE / DSF	- Sensibilisation de la population sur les facteurs de risque lies au diabète et a l'HTA - Prise en compte des MNT dans le développement du PES - Intégration de la prise en charge des MNT selon des protocoles appropries a tous les niveaux de la pyramide de soins - Recherche opérationnelle sur le diabète et l'HTA - Capacitation des structures de sante de tous les niveaux de la pyramide sanitaire à faire le dépistage de l'HTA et du diabète	- Lutter contre le développement du diabète et de l'HTA au niveau national	- HTA et diabète inclus dans la liste des maladies sous surveillance épidémiologique	NA	X	x	x
						# et pourcentage d'institutions sanitaires assurant le dépistage de l'HTA et du diabète	NA	Ligne de base +20%	70%	90%
I	5.1.1.	Prise en charge globale du diabète	DOSS	Dépistage et prise en charge du diabète à l'échelle nationale	Réduire la morbidité du diabète	Poids du diabète dans le profil épidémiologique national	N/A	- Ligne de base à définir - Tendance à la baisse	tendance à la baisse	Tendance à la baisse
I	5.1.2	Prise en charge globale de l'HTA	DOSS	Dépistage et prise en charge de l'HTA à l'échelle nationale	Réduire la morbi-mortalité liée à l'HTA	Poids de la mortalité liée à l'HTA dans la mortalité générale	N/D	Ligne de base à définir	tendance à la baisse	Tendance à la baisse
SD	5.2.	Soins ophtalmiques et bucco-dentaires	DOSS	Prévention, Dépistage et Prise en charge globale des maladies ophtalmiques et bucco dentaires	- Eliminer la cécité évitable d'ici 2020 - Augmenter et améliorer l'offre de soins bucco-dentaires et ophtalmiques à la population	Nombre et % d'établissements sanitaires offrant des soins bucco-dentaires et ophtalmiques par département.				
I	5.2.1	Soins ophtalmiques	DOSS / DPSPE / CNPC	- Prévention et détection précoce des troubles occulaires chez les enfants d'âge scolaire et les adultes - Prise en charge systématique des atteintes occulaires de la population - Reference - Sensibilisation - Mobilisation de ressources nécessaires	- Réduire la prévalence des maladies ophtalmiques évitables les plus courantes en Haïti	Nombre d'établissements sanitaires offrant des soins ophtalmiques de base par département.	17 au total	A établir	A établir	A établir
						Nombre de chirurgie de cataracte / par an	3000	3000	4000	4000
						- Nombre de centres spécialisés en ophtalmologie par département	1 au total	2 au total	A établir	A établir

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Prestation des Services

Code		Domaines/ Sous-Domaines / Interventions	Entité responsable	Description des Domaines / Sous-domaines / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-2016	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
I	5.2.2	Soins bucco-dentaires	DOSS	- Prévention, Détection et prise en charge des maladies bucco-dentaires à l'échelle nationale - Sensibilisation des enfants en milieu scolaire en premier cycle et de la population adulte sur l'hygiène bucco-dentaire	Réduire l'indice COB dans la population principalement chez les moins de 15 ans	Nombre et % d'établissements sanitaires offrant des soins bucco-dentaires par département et par UAS.	ND	- Ligne de base à établir - Cible à déterminer	A établir	100%
SD	5.3.	Prise en charge des urgences	UPE / DOSS	Amélioration de l'offre de service en cas d'urgence	Réduire la morbi-mortalité liée aux urgences	Nombre et % d'institutions par département et UAS réalisant la prise en charge des urgences selon le PES et le plan de mobilisation en cas d'urgence	NA	- Ligne de base à établir - Cible à déterminer	Cible à établir	Cible à établir
SD	5.4.	Lutte contre les principaux cancers (sein, col utérus, prostate,…	DOSS / DSF / DPSPE / Radiothérapie	- Sensibilisation de la population en général, des public cible (hommes et femmes en âge de procréer) en particulier, pour la détection précoce des tumeurs du sein, du col de l'utérus et de la prostate - Amélioration de la capacité des prestataires à dépister les principaux cancers et référer les cas - Prise en charge des principaux cancer	Réduire la morbi-mortalité liée aux principaux cancers	- Nombre d'établissements par département offrant des services de dépistage des cancers courants	ND	Ligne de base	30% CSL et CAL par UAS	50% CSL et CAL par UAS - HCR et Hop Dpt.
						- Nombre et pourcentage de centres de radiothérapie fonctionnels par département	Ligne de base à déterminer	A déterminer	A définir	A définir
I	5.4.1.	Lutte contre les cancers du sein, du col et de l'utérus	DSF / DPPE / DOSS	Voir Santé de la femme						
I	5.4.2.	Lutte contre le cancer de la prostate	DSF	- Promotion du dépistage précoce - Prise en charge thérapeutique	A définir	A définir	N/A	A déterminer	A définir	A définir
I	5.4.3	Lutte contre d'autres types de cancer	DOSS / UPE Radiothérapie	Identification des cancers les plus fréquents et établir les priorités	A Définir (Plan de travail à développer)	A définir	N/A	A déterminer	A définir	A définir
SD	5.5	Lutte contre les maladies mentales, les troubles du comportement et la toxicomanie	USM / DPSPE	- Sensibilisation/éducation de la population - Prise en charge institutionnelle et communautaire des cas	Réduire la morbi-mortalité liée aux maladies mentales et troubles du comportement	Prévalence des maladies mentales	ND	Ligne de base	A définir	A définir
I	5.5.1	Lutte contre les maladies mentales et les troubles du comportement	USM / DPSPE	- Promotion pour la prévention et le dépistage précoce, - Prévention, - Diagnostic de comportements à risques, - Prise en charge institutionnelle des cas et réinsertion des malades, - Sensibilisation des professionnels de la sante - Sensibilisation de la population - Prise en charge communautaire	- Etendre les services et soins d'hygiène mentale à la population - Offrir des soins psychologiques et psychiatriques aux personnes atteintes de troubles mentaux. - Offrir des soins psychologiques et psychiatriques en milieu carcéral	- Existence d'un plan de communication pour la prévention et le dépistage précoce des troubles mentaux	Non	Oui	Oui	Oui
						- Pourcentage de départements disposant de cliniques spécialisées de psychiatrie opérationnel dans les hôpitaux départementaux	0	20%	50%	100%
						- Nombre et pourcentage de patients traités réintégrés dans la vie sociale	ND	30%	50%	90%

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Prestation des Services

Code		Domaines/ Sous-Domaines / Interventions	Entité responsable	Description des Domaines / Sous-domaines / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-2016	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
I	5.5.2	Lutte contre la toxicomanie / addictions	USM / DPSPE	- Sensibilisation de la population sur les effets négatifs de la drogue et de l'alcool - Prise en charge thérapeutique des cas réversibles	Lutter contre l'usage de la drogue et de l'alcool	- Pourcentage de départements disposant de structure spécialisées de lutte et de prise en charge de la toxicomanie opérationnel	10%	30%	50%	90%
				Sensibilisation de la population en général, les patients, professionnels de la santé et autres catégories socioprofessionnelles en particulier sur les effets néfastes de l'usage du tabac	Poursuivre la lutte contre le tabagisme dans les lieux publics et institutions de santé	- Existence d'une loi portant sur la déclaration des "espaces publics sans fumée"	Non	oui	oui	oui
						- Degré d'application de la loi portant sur l'interdiction de fumer dans les espaces publics	N/A	20%	50%	80%
SD	5.6	Santé des personnes âgées - Gériatrie	DOSS / UPE/ DERL	- Etablissement d'un ensemble de services et d'outils pour la prise en charge des problèmes de sante des personnes âgées - Consultation gériatrique, - Prise en charge préventive, - Prise en charge curative des cas, - Réhabilitation, - Prise en charge communautaire	- Améliorer la qualité de vie des personnes âgées - Augmenter la survie des personnes du 3eme âge et des fonctionnaires retraités	'- # institutions de sante/UAS/dépit disposant de structures pour la prise en charge des individus du 3eme âge - Déterminer la survie des fonctionnaires retraites	ND	Ligne de base établie	50%	70%
SD	5.7	Santé des handicapés	MAST - MSPP	- Elaboration de Normes et guides pour les soins et soutien aux handicapés - Suivi de la mise en application des normes	- Contribuer à réduire la morbidité liée aux Handicaps - Augmenter l'accès aux soins de sante pour les handicapés	Existence des normes et guides de prise en charge des handicapés	ND	Normes et guides élaborés	- Normes et guides implantés - Surveil-lance applica-tion normes et guides établie	- Normes et guides implantés - Surveil-lance applica-tion normes et guides établie
D	6	Lutte contre les violences et accidents								
SD	6.1.	Prise en charge des cas de violence et d'accident	DOSS/ UAJ / CAN/ DERL / DPSPE OAVCT / MJSP (PNH) MTPTC	- Renforcement de la capacité des institutions prestataires à assurer correctement la prise en charge des cas de violence sexuelle, physique et psychologique et des traumatismes causés par les accidents - Prise en charge des cas de violences et d'accidents - Mise en application des lois existantes / Promulgation de nouvelles lois et règlements sur le transport, la circulation d'engins motorises (véhicules, moto, et autres) - Mise en place/renforcement de la Police Routière - Partenariat Public-Privé pour l'inspection des véhicules. - Programme d'Entretien Routier. - Renforcement du Contrôle des armes à feu - Campagne de prévention routière	- Réduire la morbi-mortalité liée aux violences et aux accidents - Renforcer le recouvrement des primes à verser par les assurances (OAVCT et autres) aux structures hospitalières publiques. - Mettre en place/renforcer la Police Routière et la rendre opérationnelle	- Nombre d'institutions capacités pour la prise en charge correcte des victimes de violence par département	ND	Ligne de base établie +10	A définir	100%
						- Nombre d'institutions capacités pour la prise en charge correcte des accidents par département	ND	Ligne de base établie +10	0.20	50%
						- Nombre d'HCR sur les axes routiers et Hop Dotaux disposant d'une unité de traumatologie avec des ressources appropriées	ND	10%	20%	50%

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Prestation des Services

Code		Domaines/ Sous-Domaines / Interventions	Entité responsable	Description des Domaines / Sous-domaines / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-2016	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
SD	6.2	Lutte contre les violences et accidents	DOSS / DSF / DPSPE	- Sensibilisation de la population sur les effets négatifs de la violence et des traumatismes et sur la conduite à tenir pour leur prévention et leur référence - Intégration de la lutte contre la violence basée sur le genre dans la gouvernance en sante	Améliorer la compréhension et la connaissance de la problématique des violences et accidents dans la population générale et lies au genre	Statistiques sur les violences et les accidents désagrégés en genre	ND	Statistiques désagrégés disponibles	Statisti-ques désa-grégés dispo-nibles	Statisti-ques désa-grégés dispo-nibles
D	7	Nutrition	UCPNANu / DSF	- Surveillance de l'état nutritionnel des femmes enceintes et allaitantes - Surveillance de la croissance des enfants de moins de 5 ans - Promotion de l'allaitement maternel - Prise en charge de la malnutrition aigüe - Supplémentation en micronutriments aux enfants et femmes enceintes - Fortification des aliments et promotion de leur consommation	- Réduire la morbi-mortalité liée à la malnutrition					
SD	7.1	Prévention de la malnutrition	UCPNANu	- Promotion d'une alimentation convenable durant le cycle de vie - Surveillance de la croissance des enfants de moins de 5 ans (voir santé de l'enfant) - Prévention et lutte contre les carences en micronutriments chez les enfants et les femmes en âge de procréer (voir santé de la femme et de l'enfant)	Réduire la prévalence de la malnutrition	- Nombre et pourcentage d'établissements de santé réalisant la surveillance nutritionnelle des enfants par commune	ND	- Ligne de base - Cible à déterminer	70%	85%
						- Couverture de la supplémentation en micronutriments pour les déficiences les plus courantes (Fer, Vit A, Iode, Zinc)	ND	- Ligne de base - Cible à déterminer	70%	85%
SD	7.2	Prise en charge des maladies nutritionnelles	UCPNANu							
I	7.2.1	Prise en charge de la malnutrition aigüe globale		- Amélioration de la capacité des institutions à prendre en charge les cas de malnutrition et de carence en micronutriments (fer, acide folique, Vit A, iode,...) - Prise en charge des enfants avec malnutrition chronique, sévère aigue avec ou sans complications	Réduire la prévalence de la malnutrition aigüe globale chez les moins de 5 ans	Nombre et pourcentage d'établissements de santé ayant la capacité d'assurer la prise en charge de la malnutrition par commune	ND	Ligne de base	70%	100%
I	7.2.2	Prise en charge nutritionnelle des PVVIH	UCMIT PNLS	Fourniture de rations alimentaires aux PVVIH en soins ou sous traitement	- Augmenter l'adhérence au traitement des patients VIH/SIDA - Augmenter le pourcentage de patients sous TAR et qui reçoivent un appui nutritionnel de 60% à 95% d'ici à 2022	Nombre et Pourcentage de patients en soins et sous TAR * (ligne de base: 2011; source MESI) projections PSNM 2008-2012, ext. 2015	34927* (58.5% patients éligibles)	61400* (85% des patients éligibles)	90%	95%

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Prestation des Services

Code		Domaines/ Sous-Domaines / Interventions	Entité responsable	Description des Domaines / Sous-domaines / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-2016	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
I	7.2.3.	Prise en charge nutritionnelle du malade hospitalisé	DG/DOSS/ UCPNANu	- Développement de normes d'alimentation et de protocoles de prise en charge en milieu hospitalier - Mise en place dans les structures hospitalières des capacités nécessaires (cuisine, dépôts, chambre froide, etc.) pour assurer l'alimentation et la nutrition du malade hospitalise selon les ordonnances du MD et/ ou de la diététicienne	- Améliorer la prise en charge nutritionnelle du malade hospitalisé - Mettre en place un service d'Alimentation, Nutrition et Diététique répondant aux normes dans les Centres de santé avec lits, les HCR et les hôpitaux départementaux	- % de structures hospitalières (toute obédience considérée) appliquant les normes d'alimentation en milieu hospitalier - Nombre et % d' HCR et d'hôpitaux départementaux équipes et fonctionnels	ND	Ligne de base à établir 50% des HD	100% des HD et 25% HCR et 50% des structures non publiques	100% HD et 50% HCR et 100% des structures non publiques
SD	7.3.	Protection nutritionnelle en situation d'urgence	UCPNANu	- Préparation de stock nutritionnel de contingence - Prise en charge nutritionnelle pendant l'urgence - Développement des interventions nutritionnelles post urgence	- Réduire les risques nutritionnels lies aux catastrophes	- Plan d'urgence à jour, disponible et mis en œuvre au besoin	Disponible	A ajuster au besoin	A ajuster au besoin	A ajuster au besoin
						- Stock d'urgence pré positionne aux niveaux décentralises	Disponible	A ajuster au besoin	A ajuster au besoin	A ajuster au besoin
						- Proportion de réponse par rapport aux besoins	ND	75%	75%	75%
D	8	Promotion de la santé	DPSPE	- Élaboration et mise en œuvre d'un cadre de régulation et de dissémination de l'information sanitaire - Elaboration et mise en place d'un ensemble de stratégies, d'interventions d'IEC permettant de vulgariser, au niveau de la population, les informations et actions recommandées quant aux différents thèmes retenus lies a la prévention, la protection, le maintien et le recouvrement de la sante.	- Créer / renforcer le cadre de dissémination de l'information pour le changement de comportement au sein de la population - Développer et accroître la capacité de réflexion de la population en faveur de la santé	Cadre de dissémination des messages informatifs et éducatifs en matière de santé défini mis en application.	NA	x	x	x
SD	8.1	Participation communautaire	DOSS/ DPSPE	- Développement et mise en application d'une stratégie nationale pour la participation communautaire. - Développement des normes d'établissement et de fonctionnement des structures de participation communautaire - Mise en place / Renforcement des structures de participation communautaire - Mobilisation sociale et communautaire - Implantation dans les UAS des conseils et comités suivant les normes	- Créer un environnement favorable pour la participation effective des communautés à la résolution des problèmes de santé - Impliquer la communauté dans la prise en charge de sa santé - Impliquer la communauté dans le développement et la gestion des services locaux de santé pour en garantir la pertinence et la pérennité et aboutir a la résolution des problèmes de santé - Renforcer la capacité des organisations à base communautaire	Nombre et % d'UAS mettant à profit les structures de participation suivant les normes	N/A	10/41	30/41	41/41

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Prestation des Services

Code		Domaines/ Sous-Domaines / Interventions	Entité responsable	Description des Domaines / Sous-domaines / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-2016	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
SD	8.2	Communication et éducation pour la santé	DPSPE/ UADS	- Education de la population en matière de santé communautaire - Elaboration d'une stratégie nationale en communication - Mise en place d'un programme de promotion de la santé dans le cadre du PES - Réalisation d'enquêtes CAP dans le cadre du suivi de l'impact des programmes	- Promouvoir l'adoption de comportements individuels et collectifs favorables à la santé	Tendance indicateurs retenus pour les enquêtes CP	N/D	ligne de base établie		évaluation tendance
D	9	Gestion des risques et des désastres	MICT/ Protection Civile DOSS -DPSPE - DELR - UPE - DP	Préparation aux catastrophes: - Actualisation des plans de contingence, - Repositionnement de stock, - Communication pour la prévention face aux risques	Renforcer la capacité du système de santé à répondre aux urgences et catastrophes Informer la population sur les comportements et mesures à adopter face aux différents risques.	Départements disposant de plans de contingence santé à jour	A déterminer	100%	100%	100%
						Nombre et pourcentage de départements disposant de stocks de matériel d'urgence en repositionnement	A déterminer	100%	100%	100%
				Gestion des mesures exceptionnelles en cas de catastrophes, désastres et événements de santé publique à portée internationale: - Diagnostic et coordination de la réponse humanitaire en santé - Prise en charge des urgences et des victimes de catastrophes - Evaluation de la réponse à la catastrophe/urgence	Réduire l'impact des risques et désastres sur la santé de la population. Réduire la morbi-mortalité liée aux accidents, risques, désastres et catastrophes naturels	Tendance Morbidité et mortalité liées aux risques inhérents aux désastres et catastrophes	ND	Tendance Disponible à la baisse	Tendance Dispo-nible à la baisse	Tendance Dispon-ible à la baisse
D	10	Hygiène Publique, Protection de la Santé du Citoyen et Protection de l'environnement.	DPSPE	- Elaboration et suivi de la mise en œuvre de politiques et de mesures sanitaires relatives au contrôle sanitaire et à la gestion de l'environnement	Assurer la protection générale de la Santé de la population					
SD	10.1.	Contrôle sanitaire	DPSPE / AAN / APN / MEF-Douane / ME	- Inspection et contrôle sanitaires dans les ports, aéroports et frontières terrestres - Inspection et contrôle sanitaires dans les lieux publics - suivi de l'application des mesures sanitaires générales et de mesures particulières d'hygiène - Elaboration/actualisation et suivi de la mise en œuvre de politiques publiques en termes de protection de l'environnement	Assurer la protection générale de la Santé de la population	- Existence d'un système de contrôle sanitaire des lieux publics établi et opérationnel	N/D	- Système défini - Opérationnalisation initiée	en opération partielle (nombre et pourcentage à définir)	en opération (nombre et pourcentage à définir)
						Système de contrôle sanitaire des ports , aéroports et frontières terrestres opérationnel	Ligne de base à compléter	- Système redéfini - Opérationnalisation initiée	en opération (nombre et pourcentage à définir)	en opération (nombre et pourcentage à définir)

Plan Directeur de Santé 2012-2022
Cadre Logique d'Interventions du Plan Directeur en Santé - Volet Prestation des Services

Code		Domaines/ Sous-Domaines / Interventions	Entité responsable	Description des Domaines / Sous-domaines / Interventions	Objectifs globaux / spécifiques / opérationnels	Indicateurs	Etat 2012	Cible 2013-2016	Cible 2016-2019	Cible 2019-2022
I	10.1.1	Contrôle de l'eau, boissons, aliments / produits comestibles	DPSPE LNSP DELR DINEPA MARNDR MCI MEF-AGD	- Elaboration / actualisation des normes et protocoles - Inspection des entreprises de production et/ou d'importation - Surveillance / Test de qualité - Certification des entreprises de production et/ou d'importation	Réduire la prévalence des maladies transmises par les boissons et aliments	Nombre et pourcentage d'entreprises de production et/ou d'importation certifiées	N/D	- Ligne de base à établir - Nombre et % à couvrir à déterminer	A définir	A définir
I	10.1.2	Contrôle des produits chimiques et biologiques	DPSPE LNSP DPMMT MARNDR MCI ME MEF AGD	- Elaboration / actualisation des normes et protocoles - Inspection des entreprises de production et/ou d'importation - Surveillance / Test de qualité - Certification des entreprises de production et/ou d'importation	Réduire les risques d'intoxication et de pollution lies aux produits chimiques et biologiques	Nombre et pourcentage d'entreprises de production et/ou d'importation certifiées	N/D	- Ligne de base à établir - Nombre et % à couvrir à déterminer	A définir	A définir
SD	10.2	Gestion des mesures d'hygiène dans les structures de santé			Améliorer l'environnement sanitaire et réduire les risques d'infections nosocomiales					
I	10.2.1	Gestion des déchets issus des activités de services et de soins de santé	DOSS / DPSPE / DPMMT	- Actualisation et mise en œuvre des normes, - Construction d'infrastructures et acquisition d'équipements appropries aux différents types de déchets biomédicaux. - Disposition finale des déchets	Maintenir un environnement salubre dans les structures de santé	Nombre et pourcentage de points de prestation de services et de soins de santé disposant d'un système de gestion des déchets biomédicaux opérationnel	Ligne de base à finaliser	HD : 40% HCR: 30% CDS: 60%	80%	100%
I	10.2.2	Eau et Assainissement dans les infrastructures de santé	DPSPE UADS DOSS	Mise en place au niveau des institutions prestataires de services et soins de santé de systèmes de: '- Adduction d'eau - disposition des déchets solides - disposition des excrétas - disposition des eaux usées	- Diminuer le taux d'infections nosocomiales en milieu hospitaliers - Contrôler et Améliorer l'environnement et l'assainissement de base dans les structures prestataires de services et de soins de santé - Augmenter l'accès à l'eau courante et aux installations améliorées de dispositions des excrétas dans les structures prestataires de services et de soins de santé.	Pourcentage d'institutions sanitaires ayant accès à l'eau courante	ND	Ligne de base à établir HD : 60% HCR: 70% CDS: 60%	80%	95%
						Pourcentage d'institutions ayant accès aux installations améliorées de dispositions des excrétas et des déchets solides	ND	Ligne de base à compléter HD : 60% HCR: 70% CDS: 60%	80%	95%
I	10.2.3	Gestion des mesures exceptionnelles en cas d'épidémie et de désastre naturel	DELR LNSPS DPSPE	- Investigations - Transmission des informations et consignes	- Assurer la gestion efficace des épidémies et désastres - Mitiger l'impact des épidémies et désastres naturels	A déterminer	N/A	A déterminer	A définir	A définir

QUATRIEME PARTIE

Mise en œuvre, Suivi et Evaluation du Plan Directeur en Santé

Chapitre 1

Mise en Œuvre du Plan Directeur en Santé

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

- Le Plan Directeur en santé est préparé avec l'appui des différents niveaux de la pyramide gestionnaire et validé par eux et par l'ensemble des partenaires techniques et financiers. Il est présenté aux Directoires de partis politiques pour leur adhésion dans le cadre de la recherche d'une continuité de l'action en santé. Il est vulgarisé.
- Le Forum des Directeurs Généraux des Ministères reste une plate-forme importante pour la négociation et la mobilisation intersectorielle.
- Le Plan Directeur en Santé, décennal, se décline en Plans Opérationnels Triennaux et Plans d'actions annuels. Ces deux derniers sont élaborés selon une approche combinée « descendante » et « ascendante » dans un processus décentralisé, participatif et inclusif. La Politique Nationale et le Plan Directeur fournissent les orientations stratégiques ainsi que les objectifs à atteindre à l'échelle nationale.
- Signature d'un pacte avec les partis politiques pour le maintien du Plan Directeur en Santé sur une période de 10 ans à moins d'évènements morbides majeurs modifiant le profil épidémiologique national ou de modifications significatives du financement supportant la restructuration du système.
- Mise en place de la Conférence Nationale de Santé pour permettre la concertation sur les questions de santé. La Conférence Nationale de Santé est consultée par le Gouvernement dans la détermination des objectifs de la politique de santé publique. Elle peut être également consultée par les présidents des commissions compétentes du Parlement sur toute question relative à la prévention, à la sécurité sanitaire ou à la performance du système de santé. De plus, la Conférence Nationale de Santé formule des avis et propositions en vue d'améliorer le système de santé publique.

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

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population est pleinement conscient des hypothèses de risques qui traversent le plan directeur et peuvent entraver l'atteinte des résultats. Ceci explique que les mesures de mitigation sont prises en compte dans le plan directeur à travers certaines interventions spécifiques qui visent à mobiliser les entités et partenaires influant ces hypothèses de risque.

Le MSPP est également conscient du niveau élevé d'ambition de ce Plan Directeur mais également de la situation de fait qui rend toutes les interventions consignées prioritaires. La disponibilité limitée des ressources a forcé un certain niveau de priorisation des interventions du Plan directeur qui se retrouve explicitée dans les cadres logiques par la programmation temporelle sur les trois (3) tranches triennales, les plus urgentes se retrouvant programmée pour la première période et ainsi de suite. Ceci donne également des indications claires quant au Calendrier de mise en œuvre du Plan Directeur.

Chapitre 2

Suivi et Evaluation du Plan Directeur en Santé

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

Il s'agit globalement de mesurer de façon régulière et continue, les progrès réalisés, de détecter les insuffisances et d'identifier les solutions d'amélioration. Dans cet esprit, le dispositif de suivi/ évaluation contribue à stimuler l'esprit de créativité et d'innovation par l'analyse de l'information sur le site de collecte, la prise de décision et leur mise en œuvre en temps réel à tous les niveaux. Le plan de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre et des résultats du Plan directeur est élaboré par l'UEP du MSPP au début de la première période triennale.

Par ailleurs, les évaluations périodiques aident à apprécier le niveau de mobilisation des ressources, la maîtrise des processus de la mise en œuvre du Plan Directeur en Santé et ses résultats tenant compte du genre et du principe du droit de toutes les populations, sans exclusivité, à avoir accès aux soins de santé de qualité. Elles permettent, avec les activités de recherche opérationnelle, de dégager des leçons et de faire ressortir les bonnes pratiques dont la documentation continue contribue à la production des connaissances en vue de prendre des décisions.

Le Système de Suivi-Evaluation de la Politique Nationale et du Plan Directeur en Santé couvre tous les niveaux du système national de santé. Il s'articule autour de l'approche de renforcement de la qualité et de la performance du système. Le plan de Suivi-Evaluation prend en compte le cadre logique d'interventions du Plan Directeur assorti des indicateurs de performance par période, base de toute planification opérationnelle. Il décline également les indicateurs par sexe en vue de réaliser les analyses sexo-spécifiques au besoin. Le Cadre conceptuel du Plan Intégré de suivi - évaluation fait partie intégrante du plan de suivi et d'évaluation de la Politique Nationale de Santé et du Plan Directeur en Santé.

Le suivi du Plan Directeur est annuel et fait l'objet d'un rapport sur l'état de Santé de la Population soumis par le MSPP au Chef de Gouvernement et au Parlement. Ce rapport bilan est également présenté aux agences bi et multilatérales partenaires, aux partis politiques et à la Société Civile. Ce rapport est aussi posté sur le site web du MSPP et accessible à la presse et à la population générale.

Le suivi du plan d'actions annuel est trimestriel et fait l'objet d'un rapport sur la mise en application du plan d'actions et alimente les rencontres trimestrielles de la table sectorielle en santé.

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

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

En accord avec le Décret du 17 mai 2005 portant sur la régulation de l'Administration Centrale de l'Etat en ses articles 63, 64 et 65 traitant des UEP, l'actuelle UPE est transformée en UEP et s'assure de réaliser le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du Plan Directeur de santé. Par ailleurs, toutes les entités centrales et départementales du MSPP sont solidairement responsables de l'exécution du Plan Directeur, chacun en ce qui concerne son domaine spécifique.

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

Ministère de la Santé Publique et de la Population

1, Angle Avenue Maïs Gâté et Rue Jacques Roumain

www.mspp.gouv.ht

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

Octobre 2013