



RÉPUBLIQUE D'HAÏTI

Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP)
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

HAÏTI

Plan Stratégique de
Développement des
Ressources Humaines pour la
Santé 2030

Phase 1: 2018-2022

PSDRHS-H 1

**Mise en place du cadre de développement
durable des RHS en Haïti**

Décembre 2017



Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP)
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

Haïti

Plan Stratégique de
Développement des
Ressources Humaines pour la
Santé 2030

Phase 1 : 2018-2022
PSDRHS-H 1

TABLE DES MATIERES

Résumé exécutif.....	ix
Introduction.....	xi
CHAPITRE I :.....	1
CADRE GENERAL DU PSDRHS-H 2030 PHASE 1	1
1.1 JUSTIFICATION DE LA FORMULATION D'UNE STRATEGIE DES RHS EN HAITI.....	1
1.2 METHODOLOGIE.....	3
1.2.1 Première étape : L'ERHIS 1	3
1.2.2 Deuxième étape : L'ERHIS 2	4
1.2.3 Troisième étape : L'analyse situationnelle.....	4
1.2.4 Quatrième étape : Formulation de la stratégie RH.....	4
1.3 PRESENTATION DU PAYS	5
1.3.1 Profil démographique et socio-économique.....	5
1.3.2 Profil sanitaire.....	6
1.3.2.1 Organisation du système de santé	6
1.3.2.2 Indicateurs de santé.....	7
CHAPITRE 2 :	8
CONTEXTE D'ELABORATION DU PSDRHS-H 2030 PHASE 1	8
2.1 CONTEXTE INTERNATIONAL	8
2.1.1 Une crise mondiale des RHS.....	8
2.1.1 Adoption d'une Stratégie Mondiale des Ressources Humaines 2030.....	8
2.1 CONTEXTE NATIONAL	10
2.1.1 Paquet Essentiel de Service (PES) et Profil RH.....	10
2.1.1.1 Nouvelles typologie d'institutions sanitaires	10
2.1.1.2 Composantes de l'offre de soins et profil RH.....	10
2.2.2 Choix politiques en matière de RHS.....	13
2.2.2.1 La polyvalence des prestataires.....	13
2.2.2.2 Le Modèle de soins de santé communautaire basée sur les ASCP	13
2.2.3 Situation des RHS du pays.....	15
CHAPITRE III.....	17
ANALYSE SITUATIONNELLE DU DOMAINE DES RHS	17
3.1 Le fait de la faible disponibilité en RHS du pays.....	17
3.1.1 Haïti, un pays prioritaire	17

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

3.1.2	Les zones les plus affectées.....	17
3.2	La production des institutions de formation.....	19
3.2.2	Une production fortement libéralisée.....	19
3.2.2	Analyse de la capacité de production en RHS du pays	20
3.3	Le marché du travail des professionnels de santé	21
3.3.1	Recrutement des diplômés en sciences de la santé	21
3.3.1.1	Secteur public.....	21
3.3.1.2	Secteur privé	22
3.3.2	Chômage des professionnels de santé	23
3.4	Analyse de la Distribution des RHS.....	24
3.4.1	Déséquilibre dans la répartition sociodémographique	24
3.4.2	Déséquilibre dans la répartition géographique.....	25
3.4.3	Déséquilibre dans la répartition structurelle (répartition par catégorie professionnelle).....	25
3.5	Détermination des besoins en RHS du pays.....	26
3.5.1	Détermination des besoins selon les normes internationales	26
3.5.2	Détermination des besoins selon les normes nationales d'allocation RH.....	27
3.5.3	Détermination des besoins selon la charge de travail : l'outil WISN	31
3.6	Analyse du Financement des RHS	32
3.6.1	Part de la masse salariale dans le budget du MSPP	32
3.6.2	Pertes financières liées au phénomène d'employés « fantômes ».....	32
3.6.3	Migration internationale des personnels de santé	32
3.6.4	Sécurité de l'emploi et pérennité du financement des RHS	33
3.7	Management des RHS en Haïti	33
3.7.1	Mise en place du SIGRH	33
3.7.2	Professionnalisation de la fonction RH.....	34
3.7.3	Opérationnalisation du Système d'Évaluation de la Performance (SYSEP)	34
3.8	Analyse de la situation des ASCP	35
3.8.1	Cadre de gestion.....	35
3.8.2	Rôle et responsabilité des ASCP	35
3.8.3	Etat des lieux en juin 2017	35
3.1	Résumé des forces et faiblesses/défis et priorités	38
3.10	Contraintes et opportunités	40
3.11	Contraintes/menaces	40
3.12	Opportunités.....	40
CHAPITRE IV		41
CADRE STRATEGIQUE DU PSDRHS-H 2030		41

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

4.1	Politique de gestion des Ressources Humaines pour la santé	41
4.2	Vision	42
4.3	Objectifs	42
4.3.1	Objectif général :	42
4.3.2	Objectifs spécifiques	42
4.4	Axes d'interventions	42
4.1	Plan de mise en œuvre (PMO) de la stratégie de développement des RHS en Haïti dans sa phase 1	46
CHAPITRE V.....		55
SUIVI-EVALUATION DU PLAN		55
5.1	Principes de Mise en œuvre et mécanismes de suivi-évaluation.....	55
5.2	Indicateurs de suivi	55
Conclusion		56
ANNEXES		57
ANNEXE 1 : PLAN PLURIANNUEL DE DOTATION EN RHS POUR L'OPERATIONNALISATION DU PES		57
ANNEXE 2 : PLAN D'ABSORPTION DES RHS PRIORITAIRES PAYES PAR LES BAILLEURS.....		57
BIBLIOGRAPHIE.....		60

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des Tableaux

Tableau 1: Profil type des RHS par institution sanitaire en Haïti	13
Tableau 2: Production en RHS du pays	20
Tableau 3: Evolution des effectifs RHS du secteur public	21
Tableau 4: Evaluation des stocks de professionnels de santé disponibles sur le marché de travail.....	23
Tableau 5: Standard d'allocation en RHS des institutions sanitaires selon le PES.....	27
Tableau 6: Détermination des besoins en RHS pour l'opérationnalisation du PES.....	29
Tableau 7: Détermination des besoins pratiques du pays en Institutions sanitaires selon les standards fixés par le PES pour le bassin de desserte.....	30
Tableau 8: Détermination des besoins en RHS du pays selon les standards fixés par le PES pour le bassin de desserte des institutions sanitaires.....	30
Tableau 9: Synthèse de la situation des ASCP du pays en juin 2017.....	36
Tableau 10: Synthèse des forces et faiblesses / défis et priorités du domaine des RHS	38
Tableau 11 : Synthèse du costing ses interventions par axe	54

Liste des Figures

Figure 1: Jalons de la marche vers le développement durable des RHS en Haïti	2
Figure 2: Processus de formulation de la stratégie RH en Haïti	3
Figure 3: Carte d'Haïti	5
Figure 4: Pyramide sanitaire du secteur public	11
Figure 5: Cartographie de la densité des RHS (médecins, infirmiers, sages-femmes) par millier d'habitants par département sanitaire.	18
Figure 6: Densité des RHS par département sanitaire et normes OMS.	19
Figure 7: Evolution des effectifs du secteur public 2014–2017.....	22
Figure 8: Pyramide d'ancienneté des professionnels de santé dans le secteur privé.....	22
Figure 9: Pyramide des âges des personnels de santé du secteur public.....	24
Figure 10: Disparité dans la distribution géographique des RHS en Haïti	25
Figure 11: Répartition des RHS par catégorie d'agent	25
Figure 12: Structure du personnel de santé par statut juridique.....	33
Figure 13: Aperçu des filières et familles professionnelles du Profil de Carrière des Personnels de Santé.....	34

Préface

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), a le plaisir de vous proposer par la présente le Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines de Santé de Haïti pour la période 2018-2022. Ce plan amorce le processus de cheminement du pays vers les cibles de la stratégie mondiale des ressources humaines 2030 ; échéance fixée pour faire de Haïti un pays émergent. Il traduit la volonté du pays d'apporter une solution durable à ses problèmes de RHS. La marche du pays est structurée en 3 étapes avec deux plans quinquennaux successifs (2018–2022 puis 2022–2027), suivi d'un plan triennal (2027–2030). A terme, il s'agit de changer complètement le visage du domaine des RHS du pays. Le plan actuel porte uniquement sur la première phase du processus, d'où le sigle PSDRHS-H 1. Dans la perspective de la Couverture Universelle en Santé, le pays ayant fait le choix d'un modèle d'organisation de soins de santé basé sur les agents de santé communautaires polyvalents (ASCP), le document accorde une attention particulière à ceux-ci. Le PSDRHS, est le fruit de plusieurs années de travail et l'aboutissement d'un long processus de consultation des principaux acteurs concernés notamment les professionnels du secteur public et privé dont près de 500 ont participé aux ateliers départementaux dans le cadre des travaux de l'ERHIS 1 et 2.

Le PSDRHS-H 1 cible prioritairement la mise en place du cadre pour le développement durable des RHS en Haïti. Aussi met-il l'emphase sur la gouvernance du domaine des ressources humaines. Dans cette optique, il prévoit la mise en place d'un cadre de coordination multisectorielle afin de mobiliser toutes les parties prenantes autour de la problématique des RHS. De plus, il renforce le cadre de la planification stratégique des RHS et de programmation des effectifs au MSPP en vue de la dotation des institutions sanitaires des professionnels dont elles ont besoin pour l'opérationnalisation du PES. Le Plan amorce, en outre, les réflexions pour la mise en place d'un observatoire du domaine des RHS, prévoit la révision des textes régissant le domaine des RHS et surtout la conduite des réflexions pour la dotation du secteur sanitaire d'un statut particulier. Le Renforcement du Système d'Information et de Gestion des Ressources Humaines (SIGRH) et l'Assurance-Qualité de la Formation en Haïti (ASQF-H) sont tout aussi bien des objectifs prioritaires poursuivis. Il y va de même pour la professionnalisation de la GRH par la mise en œuvre du profil de carrière des personnels de santé et l'opérationnalisation du Système d'Evaluation de la Performance (SYSEP) en accord avec l'arrêté du 14 septembre 2014. Enfin, le Plan veut créer des conditions de travail décent et attractif pour accroître la rétention des personnels de santé.

Le Ministère espère de cette manière poser les bases d'une grande mutation dans le domaine des RHS afin de remettre le pays sur de bons rails dans la perspective de la CUS. Pour l'atteinte des objectifs visés par le plan, le Ministère compte sur le soutien de toutes les parties prenantes : partenaires multisectoriels publics et parapublics, Institutions académiques, Institutions multilatérales, bilatérales et ONGs, Partenaires du secteur privé et Associations professionnelles. Aussi, le Ministère invite toutes les parties à une bonne lecture de cette publication et surtout à en faire très bon usage.

Le Ministre
Marie Greta Roy CLEMENT

REMERCIEMENTS

Au Secrétariat Technique de Rédaction (STR) :

Coordonnateur	Dr Laure Adrien	DG/MSPP
Supervision des travaux	Dr Jean Patrick Alfred	Directeur UEP/MSPP
	Dr Michaelle Erika Laforest	Directeur DRH/MSPP
Equipe de Rédaction	Dr Barau Dejean Frédéric	Directeur CIFAS/MSPP
	Dr Leonel Jérôme	Conseiller Technique/DOSS
	Dr Weche Evains	Conseiller Technique /DRH
	Mainsou Natacha	Chef de Service/ DSI
	Marcus Cadet	Chef de Service /UEP
	Konan Kouassi Laurent	HR Management Specialist /Projet HFG-USAID
	Dr Roody Sylrien	Consultant /Projet HFG-USAID
	Rose Nadine Louis	Consultante/ Projet HFG-USAID

Remerciement spécial à :

- ◆ Dr Boko Désiré, Chief Of Party du Projet HFG en Haïti sous le leadership duquel tout le travail s'est déroulé,
- ◆ Kate Greene, Senior specialist, HO Projet HFG pour le contrôle qualité
- ◆ Dr Konan Claude, Consultant international pour son appui à la finalisation du document

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ASCP	: Agent de Santé Communautaire Polyvalent
CCS	: Centre Communautaire de Santé
CHIP	: Portail d'Information Sanitaire des Pays
CIFAS	: Centre d'Information et de Formation en Administration de la Santé
CNS	: Comptes Nationaux de la Santé
CS	: Centre de Santé
CUS	: Couverture Universelle en Santé
DFPSS	: Direction de Formation et de Perfectionnement en Sciences de la Santé
DOSS	: Direction d'Organisation des Services de Santé
DRH	: Direction des Ressources Humaines
DSI	: Direction des Soins Infirmiers
ENI	: Ecole Nationale des Infirmières
ESF	: Equipe de Santé Familiale
ERHIS	: Evaluation des Ressources Humaines des Institutions Sanitaires
FMI	: Fonds Monétaire International
HCR	: Hôpital Communautaire de Référence
HD	: Hôpital Départemental
HFG	: Financement et Gouvernance de la Santé
HU/HS	: Hôpital Universitaire/Hôpital Spécialisé
IHSI	: Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique
INSFSF	: Institut National Supérieur de Formation des Sages-Femmes
JICA	: Agence Japonaise de Coopération Internationale
LNSP	: Laboratoire National de la Santé Publique
MSPP	: Ministère de la Santé Publique et de la Population
ODD	: Objectif de Développement Durable
OMD	: Objectif du Millénaire pour le Développement
OMRH	: Office du Management et des Ressources Humaines
OPS /OMS	: Organisation Panaméricaine de la Santé /Organisation Mondiale de la Santé
PES	: Paquet Essentiel de Services
PIB	: Produit Intérieur Brut
PMO/MEO	: Plan de Mise en Œuvre / Mise en œuvre
PMS	: Paquet Minimum de Service
PDS	: Plan Directeur de Santé
PNS	: Politique National de Santé
PSDRHS-H 1	: Plan Stratégique de Développement des RHS 2030 pour Haïti Phase 1
RH/RHS	; Ressource Humaine/ Ressources Humaines pour la Santé
SIGRH	: Système d'Information et de Gestion des Ressources Humaines
TMM	: Taux de Mortalité Maternelle
SYSEP	: Système d'Evaluation de la Performance
UEP	: Unité d'Etude et de Programmation
USAID	: Agence des États-Unis pour le développement international
WISN	: Indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail

Résumé exécutif

Le présent plan de 5 ans en Haïti couvrant la période 2018-2022 dont un volet est consacré aux Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCP) est la première étape d'un processus de planification stratégique pour tendre vers les cibles de la stratégie mondiale des ressources humaines 2030. Le coût de son contenu programmatique s'élève à 218,455,288 gourdes (environ 3,121,000 millions USD) sans le coût de recrutement des personnels de santé complémentaires pour l'opérationnalisation du Paquet Essentiel de Service (PES).

L'analyse situationnelle montre que le système sanitaire haïtien est marqué par un déficit important au niveau des prestataires clés (médecins, infirmiers, sages-femmes). Le ratio est de 0.64/1,000 habitants là où un minimum de 2.5/1,000 habitants est recommandé par l'OMS. Il en résulte un écart de 20,259¹ professionnels de santé en 2016 pour les deux secteurs public et privé cumulés. Pourtant le système de formation fortement libéralisé produit suffisamment de prestataires pour couvrir annuellement 1/6ème de la population. Mais après leur formation, 24% des médecins, 87% des infirmières et 59% des sages-femmes restent au chômage sur le marché du travail du fait des recrutements insuffisants, créant ainsi des candidats potentiels à la migration internationale. Les personnels disponibles sont démotivés et mal répartis : 88% exercent en zone urbaine contre 12% en zone rurale où vit pourtant 49% de la population. Le pays a adopté un modèle de soins de santé basé sur les Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCP). Mais en juin 2017, quasiment 3/4 de ces ASCP étaient payés par des bailleurs, laissant planer à terme, le spectre d'un dysfonctionnement général lié à la non pérennité du financement. A cela s'ajoute, la question liée au cahier de charge de l'ASCP pour une intégration des programmes prioritaires au niveau communautaire notamment en matière de prévention et de prise en charge du VIH/Sida du fait de la suppression des agents verticaux.

Le tableau de la situation des RHS du pays n'est pas que sombre ; il présente aussi des signes encourageants. Même s'ils sont encore en nombre insuffisant, les effectifs de la santé comprennent une gamme variée de professionnels qualifiés dans les spécialités médicales et paramédicales en vue de l'opérationnalisation du Paquet Essentiel de Service à offrir à la population. Pour garantir le continuum de soins, le MSPP a enclenché le processus d'intégration des ASCP sur le budget de l'Etat et dans une perspective plus large, l'absorption des contractuels payés par le trésor public ou payé par les bailleurs. La DRH s'est doté d'un SIGRH et s'est engagé dans la professionnalisation de la GRH avec l'élaboration d'un profil de carrière et l'opérationnalisation d'un Système d'Evaluation de la Performance (SYSEP). Avec de telles initiatives, le MSPP est constamment cité en exemple dans le pays pour son management innovant.

La formulation de la présente stratégie de développement des ressources humaines de santé vient pour booster les efforts en cours en fournissant un cadre structuré pour les interventions. Elle est l'aboutissement d'un long processus participatif et inclusif qui a démarré avec l'ERHIS 1 (2014)², suivi de l'ERHIS 2 (2016), puis de l'analyse situationnelle du domaine des RHS (2017) et enfin de la formulation d'une stratégie (2018) ; tout ceci, au regard de la stratégie mondiale des RHS qui a fixé des cibles prioritaires pour 2030. Compte tenu du chemin important à parcourir pour parvenir aux standards

¹ Rapport d'analyse situationnelle du domaine des RHS, juin 2017

² Evaluation des Ressources Humaines des Institutions Sanitaires / secteur public (ERHIS 1) ; secteur privé (ERHIS 2)

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

internationaux, trois jalons ont été définis dans la marche progressive du pays vers les cibles de la stratégie mondiale :

- ◆ Etape 1 de 2018 à 2022 : Mise en place du cadre pour le développement durable des RHS en Haïti;
- ◆ Etape 2 de 2022 à 2027 : Accélération de la marche vers le développement durable des RHS en Haïti;
- ◆ Etape 3 de 2027 à 2030 : Ajustement pour tendre vers l'atteinte des cibles de la stratégie mondiale en Haïti.

Dans cette perspective, le présent Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines de Santé 2030 pour Haïti Phase 1, en abrégé PSDRHS-H 1, se rapporte à l'étape 1 du processus. Il propose des actions structurées autour des 6 axes d'interventions prioritaires ci-après :

1. Amélioration de la gouvernance et du leadership du domaine des RHS
2. Promotion de la prise de décision sur des bases factuelles
3. Renforcement de la formation en sciences de la santé de manière à garantir la production de RHS qualifiés et le développement professionnel des travailleurs de santé
4. Modernisation du management des RHS
5. Amélioration de la rétention du personnel par la création de condition de travail décent et attractif
6. Appui à l'Opérationnalisation des Equipes Santé Familiale (ESF) sur tout le territoire national

En accord avec les concepts de redevabilité et de reddition des comptes chers à la stratégie mondiale, le PSDRHS-H 1 est accompagné d'un Plan de suivi-évaluation afin de fournir le cadre pour faciliter le partage d'information et le suivi collectif des efforts pour tendre vers les cibles de la stratégie mondiale.

Introduction

Dans le monde entier, toutes les personnes et les communautés doivent pouvoir bénéficier des services de santé de qualité dont elles ont besoin sans subir de difficultés financières : c'est ce qu'on appelle la couverture sanitaire universelle ou couverture universelle en santé (CUS). Au regard des 6 piliers du système de santé définis par l'OMS, pour qu'une population soit effectivement en bonne santé, les conditions ou questionnements suivants doivent trouver une réponse satisfaisante sur toute l'étendue du territoire national :

- ◆ avoir la possibilité de consulter un professionnel de santé qualifié ;
- ◆ avoir la possibilité d'obtenir un traitement de qualité ;
- ◆ avoir la possibilité de se procurer les médicaments et les autres produits dont on a besoin ;
- ◆ qui doit payer ?
- ◆ existe-t-il des politiques permettant à chacun d'avoir accès à tout moment à des services de qualité ?
- ◆ le gouvernement a-t-il les informations nécessaires pour prendre les bonnes décisions pour l'ensemble du système de santé ?

Quoique l'ensemble de ces éléments soient intimement liés, le présent document en raison de sa spécificité se focalisera sur le premier item touchant le pilier RHS. Dès lors, une question lancinante sollicite notre esprit : quelle est, en Haïti, la contribution du domaine des RHS pour la réalisation de la CUS en prenant en compte non seulement les priorités nationales³ mais aussi l'agenda international ? En d'autres termes, chacun, dans toutes les localités du pays, peut-il compter sur un personnel de santé motivé, qualifié et bien soutenu ? Dans un contexte de développement durable, il est du devoir, en effet, de chaque pays de protéger la santé de sa population et de remplir ses obligations en vue de la sécurité sanitaire mondiale collective.

Le présent Plan Stratégique de Développement des RHS 2030 pour Haïti (PSDRHS-H) dans sa phase 1 couvrant la période 2018-2022 répond à cette préoccupation. Après un bref aperçu du cadre général, le PSDRHS-H 1 se focalise sur son objet et en présente le contexte international et national. Ensuite, il analyse la situation des RHS dans le pays et en dégage les problèmes prioritaires avant de proposer une réponse. Un cadre de suivi-évaluation accompagne le Plan de Mise en Œuvre (PMO) des interventions pour un meilleur suivi de celles-ci.

³ Aux termes de l'article 19 de la Constitution Haïtienne: "L'Etat a l'impérieuse obligation de garantir le droit à la vie, à la santé, au respect de la personne humaine, à tous les citoyens sans distinction, conformément à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme".

CHAPITRE I :
CADRE GENERAL DU PSDRHS-H 2030 PHASE 1

CHAPITRE I :

CADRE GENERAL DU PSDRHS-H 2030 PHASE 1

1.1 JUSTIFICATION DE LA FORMULATION D'UNE STRATEGIE DES RHS EN HAÏTI

Haïti souffre d'une faible disponibilité en RHS. On estime à 20,259⁴ le gap de professionnels de santé (médecins, infirmiers et sages-femmes) nécessaires pour une couverture rationnelle de la population en se référant à la norme de densité de 2.5 professionnels/1,000 habitants recommandée par l'OMS. Concomitamment, le pays doit faire face à une forte attrition des travailleurs qualifiés. En effet, l'on assiste à un vieillissement des effectifs. 1/10ème des effectifs du Ministère de la Santé ont déjà atteint l'âge statutaire de départ à la retraite de 58 ans et dans les 10 prochaines années, le système sanitaire haïtien risque d'être amputé de près de 30% de ses effectifs actuels. Si des mesures urgentes ne sont pas prises maintenant pour assurer la relève, c'est la pérennité même du système sanitaire qui serait compromise.

Pourtant, les institutions de formation produisent par an en moyenne 352 médecins, 4,234 infirmières et 75 sages-femmes. Le nombre de médecins formés annuellement passe même à 500-600 si l'on prend en compte les diplômés formés à l'extérieur dans le cadre de la coopération bilatérale. Mais après leur formation, 24% des médecins, 87% des infirmières et 59% des sages-femmes n'intègrent pas le marché du travail parce que le niveau de recrutement est insuffisant. Le budget alloué à la santé représente à peine 5% du PIB. Dans ces conditions, le pays n'arrive pas à retenir ses professionnels qualifiés.

Les personnels disponibles sont mal répartis : 88% se concentrent en zone urbaine contre seulement 12% en zone rurale où vivent près de la moitié de la population (49%). Pour une meilleure couverture de la population, le pays a adopté un modèle original d'Equipe Santé Familiale (ESF) avec en bout de chaîne les Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCP) reliés à une institution sanitaire du premier échelon. Mais en juin 2017, seulement 46% du pays était couvert et 75% de ces agents étaient payés par des bailleurs, laissant planer à terme, le spectre d'un dysfonctionnement général lié à la non pérennité du financement. Prenant le devant, le MSPP a initié dès l'exercice fiscal 2017-2018, un processus d'absorption progressive des ASCP sur le budget de l'Etat couplé à une révision des ratios de couverture de la population en prenant en compte les particularités des zones géographiques. Une telle initiative pour s'inscrire dans la durée doit s'intégrer dans un plan d'ensemble pour un développement harmonieux du domaine des RHS.

Le tableau préoccupant qui vient d'être décrit n'est pas propre à Haïti. La problématique des RHS est mondiale. La population du globe a franchi la barre des 7 milliards d'habitants et l'on estime, le déficit en professionnels de santé à 40 millions⁵ d'ici à 2030. Or, sans les ressources humaines, aucune initiative majeure en matière de santé ne peut avoir des chances d'aboutir. Pour ne pas compromettre

⁴ Rapport d'analyse situationnelle du domaine des RHS, juin 2017

⁵ 4ème Forum Mondial des RHS à Dublin/Irlande, 13-17 novembre 2017

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

le volet santé des Objectifs de Développement Durable (ODD), une stratégie des ressources humaines de santé 2030 a été adoptée à l'Assemblée Mondiale de la santé en mai 2016. Dans la foulée, la CARICOM a préparé un draft de stratégie pour la région des Caraïbes en juin 2017.

Pour s'aligner sur ce processus et être en harmonie avec la dynamique internationale en cours, tout en adressant ses problèmes spécifiques, Haïti doit se doter de sa propre stratégie. Dans cette perspective, apporter une solution durable aux problèmes de ressources humaines de santé apparaît comme une nécessité, si l'Etat qui a élevé le droit à la santé au rang de droit constitutionnel, veut garantir à chaque citoyen une vie saine et productive, ce qui par ailleurs est le socle de tout développement économique et social.

A cet égard, pour prendre en compte les réalités locales, trois jalons sont définis dans la marche progressive du pays vers les cibles de la stratégie mondiale 2030 :

- ◆ Etape 1 de 2018 à 2022 : Mise en place du cadre pour le développement durable des RHS en Haïti;
- ◆ Etape 2 de 2023 à 2027 : Accélération de la marche vers le développement durable des RHS en Haïti;
- ◆ Etape 3 de 2028 à 2030 : Ajustement pour tendre vers l'atteinte des cibles de la stratégie mondiale 2030 en Haïti

Ces différentes étapes de la marche sont illustrées par la figure 1 ci-après :

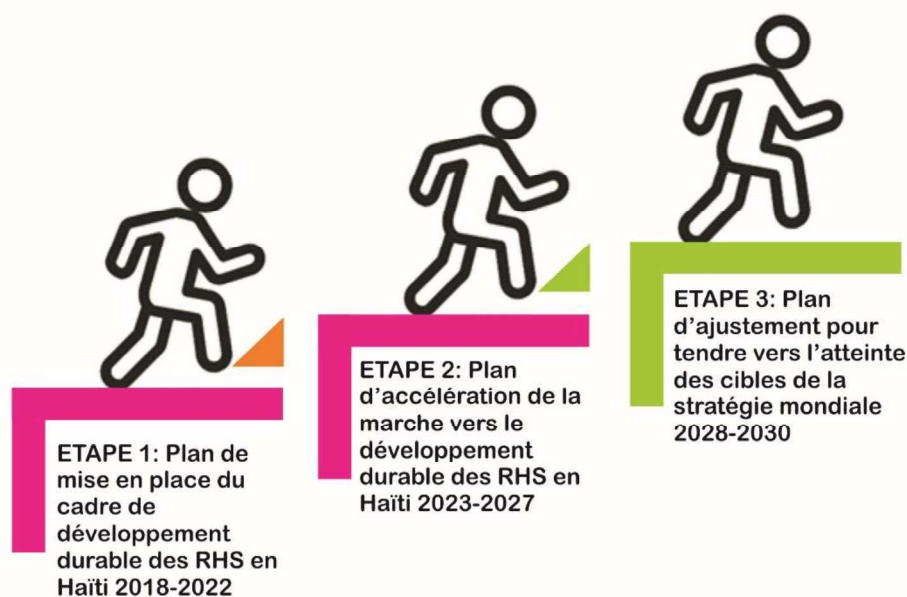


Figure 1: Jalons de la marche vers le développement durable des RHS en Haïti

Dans cette approche, le présent Plan se rapporte à l'étape 1 du processus, d'où le sigle PSDRHS-H 2030 phase 1. Il est le résultat d'un travail minutieux initié depuis 2014 dans le cadre de l'appui du Projet HFG financé par l'USAID.

1.2 METHODOLOGIE

La formulation de la stratégie de développement des ressources Humaines 2030 pour Haïti est l'aboutissement d'un long processus participatif et inclusif sous le leadership de la DRH du MSPP impliquant une équipe de travail pluridisciplinaire composé de l'UEP, la DOSS, la DFPSS, la DSI, la DAB, l'UADS et le CIFAS. L'équipe a parcouru tout le territoire national et a rencontré les acteurs tant du secteur public que du secteur privé.

La démarche suivie a permis d'élaborer successivement l'ERHIS⁶ 1 (2014), l'ERHIS⁷ 2 (2016), l'analyse situationnelle (2017) et enfin la formulation de la stratégie (2018)

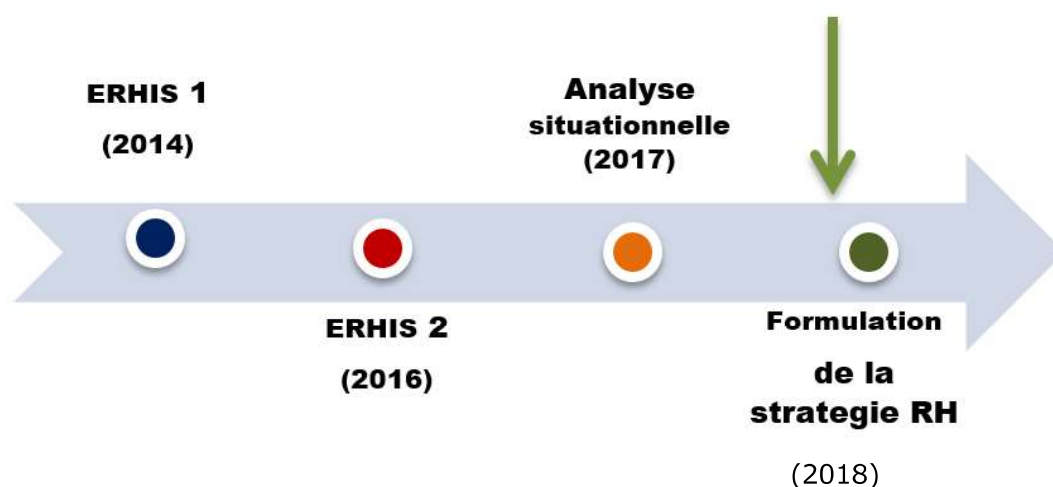


Figure 2: Processus de formulation de la stratégie RH en Haïti

1.2.1 Première étape : L'ERHIS 1

L'Evaluation des Ressources Humaines des Institutions Sanitaires du secteur public est une enquête qui a permis de consolider la base de données du SIGRH⁸ du MSPP et d'appréhender les ressources humaines de santé disponibles dans le secteur public en Haïti en termes d'effectif, profil par catégories professionnelles, répartition sociodémographique et par zone géographique, financement par agent et enfin modalités de gestion.

Le processus de collecte et traitement des données s'est déroulé sur une période de 7 mois, de novembre 2013 à juin 2014, suivant une approche participative faisant intervenir près de 300 acteurs (30 par atelier de validation départementale) incluant les points focaux RH des niveaux central, départemental et opérationnel du MSPP.

⁶ ERHIS 1 : Evaluation des Ressources Humaines des Institutions Sanitaires du secteur public

⁷ ERHIS 2 : Evaluation des Ressources Humaines des Institutions Sanitaires du secteur privé

⁸ Le niveau de complétude de la base de données était de 70% au début du processus

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

1.2.2 Deuxième étape : L'ERHIS 2

L'ERHIS 2 a couvert le secteur privé de la santé et a établi la situation des ressources humaines de santé dans ce secteur sur la base des 5 variables que sont : le lieu de travail des professionnels de santé, leur profil, leur distribution par sexe, par tranche d'âge et sur le territoire, leur mode de financement et leurs conditions de travail (temps plein, temps partiel, double-emploi). L'ERHIS 2 s'est étendue sur 10 mois, de septembre 2015 à juin 2016.

Au total, pour les deux ERHIS, ce sont plus de 500 acteurs des secteurs publics et privés qui ont été impliqués dans le processus de collecte, traitement et validation des données.

1.2.3 Troisième étape : L'analyse situationnelle

Sur la base du cadre d'analyse "Country Health Intelligence Portal (CHIP)" de l'OMS et "House Model" de la JICA, ainsi que des orientations du document de Politique Nationale de Santé, la synthèse des rapports ERHIS 1 et 2 a permis de dresser un état des lieux de la situation des RHS en Haïti y compris celui des Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCP) en rapport avec :

- ◆ la disponibilité en ressources humaines dans le système sanitaire ;
- ◆ la production des ressources humaines de santé ;
- ◆ le marché du travail ;
- ◆ la répartition des personnels de santé ;
- ◆ l'organisation et la gestion des ressources humaines ;
- ◆ le financement du domaine des ressources humaines.

Un résumé des points forts et faibles du domaine termine l'analyse, préparant ainsi la voie à l'identification des problèmes prioritaires à adresser dans le cadre de la formulation de la stratégie. L'analyse situationnelle a fait l'objet d'un atelier de validation le 11 juillet 2017.

1.2.4 Quatrième étape : Formulation de la stratégie RH

La formulation de la stratégie a été l'étape ultime du processus. Le rapport de l'analyse situationnelle a servi de support à la préparation d'un draft de stratégie. Ce draft a été enrichi avec la participation d'une délégation du MSPP conduite par le Directeur Général au 4ème Forum Mondial des Ressources Humaines de Santé tenu à Dublin en Irlande du 13 au 17 novembre 2017. Le draft ainsi amélioré a servi de support à la DRH pour ses consultations nationales.

Cette démarche a abouti d'abord en interne au MSPP à un atelier de consensus autour de la stratégie de développement des RHS le 21 mars 2018. Les observations et commentaires ont été pris en compte par un Secrétariat Technique de Rédaction (STR) et le document consolidé a été soumis à un premier niveau de validation (interne) en atelier du 12 au 14 avril 2018 avec les directions centrales, directions départementales, de programmes de santé et hôpitaux universitaires.

Le document final a été présenté aux autres parties prenantes nationales (externe) à la table ronde des principaux bailleurs du Ministère le 11 mai 2018.

1.3 PRESENTATION DU PAYS

1.3.1 Profil démographique et socio-économique

Haïti est le deuxième pays le plus peuplé des Caraïbes. Sa population est estimée en 2016 à 11,078,033⁹ habitants. La part de cette population vit en zone rurale est de 49% contre 51% en zone urbaine. De par son positionnement géographique (zone cyclonique et sismique), le pays est bien souvent confronté aux aléas naturels. En 2016, le sud de l'île a été ravagé par l'ouragan Matthew, la catastrophe la plus dévastatrice depuis le séisme de 2010. Le pays est subdivisé en 10 départements, 42 arrondissements, 146 communes et 572 sections communales.



Figure 3: Carte d'Haïti

Selon les données du FMI¹⁰, Haïti affiche en 2016 un PIB de 8.26 milliards de dollars US correspondant à une estimation de PIB par habitant de 761 dollars. Le taux d'inflation a atteint les deux chiffres en l'espace de deux ans en passant de 3.9% en 2014 à 13.4% en 2016. Le financement dans les secteurs sociaux de base tels que la santé, l'éducation et la protection sociale est faible et se situe à 5%¹¹ du PIB contre respectivement 22.5% et 15% pour le Costa Rica et le Honduras. La dernière enquête auprès des

⁹ MSPP, Rapport Statistique, 2016

¹⁰ World Economic Outlook Database

¹¹ "L'économie haïtienne en 120 minutes", Kesner Pharel, communication au Massachusetts Institute of Technology (MIT)/Cambridge, juin 2016

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

ménages ¹², indique qu'une proportion assez importante de la population vit dans la pauvreté : 59% sous le seuil de pauvreté absolu avec moins de 2,41 dollars par jour, et 24% sous le seuil de pauvreté extrême avec moins de 1,23 dollar par jour. Selon les résultats des CNS 2014, 31% des dépenses de santé publique sont supportées par les ménages. L'espérance de vie connaît une amélioration (62.8 ¹³ ans actuellement). Cependant, avec un Indice de Développement Humain (IDH) de 0.483, Haïti arrive au 163ème rang mondial sur 186, soit le seul de la Zone Caraïbes à être classé dans la catégorie des pays à "Développement Humain Faible".

1.3.2 Profil sanitaire

1.3.2.1. Organisation du système de santé

L'architecture du système sanitaire haïtien est constituée par un secteur public dominant qui cohabite avec un secteur privé en plein essor et une médecine traditionnelle qui tient encore une place prépondérante.

- ◆ L'offre de soins publics se réalise, à travers un réseau de 390¹⁴ institutions sanitaires parmi lesquelles l'on distingue 206 Dispensaires, 78 Centres de santé sans Lits (CSL), 54 Centres de santé à Lits (CAL), 37 Hôpitaux Communautaires de Référence (HCR), 8 Hôpitaux Départementaux (HD)¹⁵ et 7 Hôpitaux Universitaires (HU) dont trois (3) spécialisés. Le Document de Paquet Essentiel de services (PES) publié en 2016 a consacré de nouvelles nomenclatures présentées au chapitre 2 du présent document.
- ◆ Dans le secteur privé, l'on dénombre au 30 juin 2016 un total de 1,508¹⁶ établissements sanitaires dont 77 Hôpitaux, 374 Centres de santé, 126 Dispensaires, 18 Polycliniques¹⁷, 312 Cliniques, 502 Pharmacies et 99 Laboratoires d'Analyses Médicales. Sur l'ensemble de ces établissements sanitaires seulement 14% ont une autorisation de fonctionner du MSPP. Près de la moitié des hôpitaux (43%) sont à but non lucratif et pratiquent des tarifs sociaux.
- ◆ Consultés le plus souvent en premier recours par la population, les tradipraticiens (bokor, hougan, guérisseurs, etc.) assurent le volet traditionnel de l'offre de soins. Le MSPP a mis en place un service de médecine traditionnelle pour mieux encadrer ce secteur.

Il est à noter que dans tout le pays, il existe encore 125 sections communales sur 570¹⁸ qui ne disposent d'aucune institution sanitaire. Le taux de fréquentation des institutions sanitaires publiques stagne autour de 31%¹⁹ en 2016 (31.5%). Il était de 31% en 2014.

¹² ECVMAS 2012

¹³ PNUD, 2014

¹⁴ MSPP, liste des institutions sanitaires 2015

¹⁵ Il n'y a pas d'Hôpitaux départementaux dans les Départements Sanitaires de l'Ouest et du Nord qui abritent des hôpitaux universitaires

¹⁶ Source ERHIS 2, 2016

¹⁷ Une évaluation du Plateau technique devrait permettre de situer le statut réel de ces établissements qui s'affichent comme tel sur le terrain

¹⁸ MSPP, liste des institutions sanitaires 2015, op. cité

¹⁹ Rapport statistique, 2016.

1.3.2.2 Indicateurs de santé

Quoiqu'encore préoccupant, le niveau des indicateurs de santé clés en Haïti indique une amélioration de la situation sanitaire du pays.

Le taux des accouchements par du personnel qualifié s'élève à 63.8%²⁰ en 2016 contre 57.05%²¹ en 2014 et 38%²² en 2012. Le nombre d'enfants mourant avant l'âge de 5 ans (mortalité infanto-juvénile) a baissé davantage en Haïti qu'à l'échelle mondiale avec une réduction de 44% des décès entre 1990 et 2012. Il est passé de 156 morts pour 1,000 naissances vivantes à 88 pour 1,000. De même la fréquence des décès d'enfants de moins d'un an (mortalité infantile) a baissé de 63% passant de 122% à 59%²³ dans le même temps. Quant au Taux de Mortalité Maternelle (TMM), il se situe à 157 pour 100,000 naissances vivantes. Quoiqu'en baisse significative, il demeure parmi les plus élevés de la région Amérique Latine (72 pour 100,000) et Caraïbes (190 pour 100,000)²⁴

Le faciès épidémiologique du pays est dominé par les maladies infectieuses tropicales. Le taux de mortalité due au Paludisme est de 5.7/100,000²⁵. Il est à noter qu'Haïti est l'un des pays du bassin caribéen où le paludisme n'est pas encore éradiqué²⁶. Il représentait le 6ème cas de maladies les plus répétées dans les institutions de santé en 2012. Mais depuis, des progrès importants ont été enregistrés. La proportion de cas positifs parmi les examens de malaria est de 6.5%²⁷ en 2016 pour les tests rapides contre 18.9% en 2011. La tuberculose (TB) est la première cause de mortalité des patients vivant avec le VIH. Le taux de mortalité due à cette maladie était de 25/100,000 en 2012. Même s'il reste encore élevé, son incidence qui était de 206/100,000²⁸ en 2014, a chuté à 200/100,000²⁹ en 2015 puis à 194/100,000³⁰ en 2016. Le pays se propose d'intensifier ses efforts afin de contribuer à '' mettre fin à cette maladie d'ici à 2030''. La Tuberculose pulmonaire demeure le type le plus courant (89.5% des cas dépistés en 2016) avec 2,8%³¹ des cas positifs résistants à la rifampicine en 2014. Quant à l'infection VIH, son taux de prévalence chez la population de 15-49 ans est de 2.3%³² en 2016. Le pays s'est engagé dans l'atteinte de l'objectif des trois 90³³ prônés par l'ONUSIDA afin d'arriver à inverser la courbe de l'épidémie d'ici à 2020.

²⁰ Rapport Statistique 2016, op cité.

²¹ Rapport Statistique MSPP 2014

²² EMMUS V

²³ Rapport OMD 2013 : Haïti un nouveau regard

²⁴ Nations Unies, 2013

²⁵ OMS, 2010

²⁶ Rapport OMD 2013, op cité.

²⁷ Rapport Statistique 2016, op. cité

²⁸ Rapport Statistique 2016, op. cité

²⁹ Rapport Statistique 2016, op. cité

³⁰ Rapport Statistique 2016, op. cité

³¹ Rapport statistique 2014, op cité

³² Rapport Statistique 2016, op. cité

³³ 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique ; 90% des personnes dépistées reçoivent un traitement antirétroviral durable ; 90% des personnes sous traitement ont une charge virale durablement supprimées.

CHAPITRE II :
CONTEXTE D'ELABORATION DU PSDRHS-H 2030
PHASE 1

CHAPITRE 2 :

CONTEXTE D'ELABORATION DU PSDRHS-H 2030 PHASE 1

2.1 CONTEXTE INTERNATIONAL

2.1.1 Une crise mondiale des RHS

L'Année 2006 a marqué un tournant décisif dans le domaine des RHS avec la publication du Rapport OMS *"Travaillons ensemble pour la santé"*. Ce rapport a suscité une prise de conscience collective sur la crise mondiale des RHS marquée notamment par une forte pénurie de personnels soignants. Pour apporter une réponse globale au problème, un organe spécialisé a été créé dans la foulée, sous l'impulsion de l'OMS : l'Alliance Mondiale des Personnels de Santé (AMPS). Dès lors, une dynamique internationale s'est mise en marche.

Cette dynamique s'est traduite par l'organisation régulière de Forums mondiaux³⁴ et l'adoption de résolutions importantes à l'Assemblée Mondiale de la Santé. Parmi celles-ci, il faut notamment citer la Résolution WHA63.16 de 2010 tendant à réglementer le recrutement international des personnels de santé³⁵ mais surtout la Résolution WHA67.24³⁶ de mai 2014 incluant l'élaboration d'une stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé.

Le dernier Forum Mondial des Ressources Humaines pour la santé a eu lieu à Dublin en Irlande du 13 au 17 novembre 2017 sur le thème : bâtir les Ressources Humaines pour la Santé du futur.

2.1.1 Adoption d'une Stratégie Mondiale des Ressources Humaines 2030

La Stratégie Mondiale des Ressources Humaines pour la santé 2030 a été présentée et adoptée à la Soixante-Neuvième Assemblée Mondiale de la Santé en mai 2016. Les lignes directrices de celle-ci se déclinent comme suit :

Cadre stratégique	Libellé
Vision	Progresser plus vite vers la couverture sanitaire universelle et la réalisation des objectifs de développement durable en garantissant un accès équitable à des personnels de santé qualifiés et motivés dans un système de santé performant.
Objectif général	Garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des personnels de santé grâce à des investissements suffisants et à la mise en œuvre de politiques efficaces aux niveaux national, régional et mondial afin qu'il soit possible d'offrir à tous une vie saine, à tous les âges, et afin de promouvoir un développement socioéconomique équitable grâce à des perspectives d'emploi décent.

³⁴ Kampala/ Ouganda : 2-7 mars 2008 ; Bangkok/Thaïlande : 25-29 janvier 2011 ; Recife/Brésil : 9-13 novembre 2013 ; Dublin/Irlande : 13-17 novembre 2017

³⁵ Résolution WHA63.16 : Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé

³⁶ Résolution WHA67.24 : Suivi de la Déclaration politique de Recife sur les ressources humaines pour la santé : des engagements renouvelés en faveur de la couverture sanitaire universelle en 2014 ; Disponible à l'adresse : http://www.who.int/hrh/documents/synthesis_paper_them2015

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

Cadre stratégique	Libellé
Objectifs spécifiques	1. Appliquer, dans le domaine des ressources humaines pour la santé, des politiques fondées sur des bases factuelles pour optimiser l'impact des personnels de santé actuels, garantir à la population une vie en bonne santé, assurer effectivement la couverture sanitaire universelle et contribuer à la sécurité sanitaire mondiale. 2. Faire correspondre les cadres d'investissement dans les ressources humaines pour la santé, aux niveaux national et mondial, aux besoins futurs des systèmes de santé et aux exigences du marché du travail, en multipliant les possibilités de création d'emplois et de croissance économique. 3. Renforcer les capacités des institutions nationales et internationales pour un leadership et une gouvernance efficaces des mesures prises dans le domaine des ressources humaines pour la santé. 4. Veiller à ce que le suivi et la transparence des efforts déployés en faveur des ressources humaines pour la santé aux niveaux national et mondial s'appuient sur des données fiables, des éléments factuels et des connaissances harmonisés et actualisés.
Cibles	1.1. Tous les pays : d'ici à 2030, 80% des pays auront réduit de moitié les disparités entre zones urbaines et zones rurales en ce qui concerne la répartition des soignants 2.1. Tous les pays : d'ici à 2030, 80% des pays auront alloué au moins [xx] % de leur PIB à la production, au recrutement, au déploiement et à la fidélisation des soignants, en maintenant un équilibre pour tenir compte d'autres priorités sanitaires et de développement social. 2.2. Pays à revenu élevé ou intermédiaire : d'ici à 2030, tous les pays auront satisfait au moins 90% de leurs besoins en personnels de santé avec leurs propres ressources humaines pour la santé, conformément aux dispositions du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. 2.3. Pays à revenu faible ou intermédiaire : d'ici à 2030, les pays auront créé et pourvu durablement au moins 10 millions de postes de travail supplémentaires dans les secteurs de la santé et de la prise en charge sociale afin de répondre aux besoins non satisfaits en termes d'équité et d'efficacité de la couverture des services de santé. 2.4. Pays à revenu élevé : veiller à ce que, d'ici à 2030, tous les pays de l'OCDE aient pu démontrer qu'ils allouent au moins 25% de l'aide au développement destinée à la santé aux ressources humaines pour la santé. 3.1. Tous les pays : d'ici à 2030, 80% des pays disposeront de mécanismes institutionnels pour orienter et coordonner efficacement un programme intersectoriel concernant les personnels de santé. 4.1. Tous les pays : d'ici à 2030, 90% des pays auront mis en place des mécanismes pour partager des données sur les ressources humaines pour la santé, dans des comptes rendus nationaux sur les personnels de santé et en communiquant au Secrétariat de l'OMS et en publiant chaque année des indicateurs de base sur les ressources humaines pour la santé.

A l'analyse, les 4 objectifs spécifiques de la stratégie mondiale visent à :

- ◆ promouvoir la prise de décision sur des bases factuelles;
- ◆ accroître les investissements dans le domaine des RHS;
- ◆ renforcer les capacités institutionnelles pour la gouvernance du domaine des RHS;
- ◆ assurer la reddition des comptes par la mise en place d'un cadre de suivi-évaluation efficace.

2.1 CONTEXTE NATIONAL

En Haïti, la formulation de la stratégie de développement des RHS intervient dans un contexte où le pays vient d'adopter son Document de Paquet Essentiel de Services (PES) dont le lancement officiel a eu lieu le 1^{er} septembre 2016. Ce Document exprime la promesse d'offre de soins de l'Etat à la population en vue de la CUS. Sa traduction en ressources humaines indique le profil des personnels de santé dont le pays aura besoin pour son opérationnalisation.

2.1.1 *Paquet Essentiel de Service (PES) et Profil RH*

2.1.1.1 Nouvelles typologie d'institutions sanitaires

Le PES qui découle de l'ancien Paquet Minimum de Services (PMS) consacre de nouveaux types d'institutions sanitaires de soins notamment au niveau primaire : Ainsi, le Centre Communautaire de Santé (CCS) remplace en première ligne le dispensaire. Les anciens Centres de Santé sans Lits (CSL) et Centres de Santé à Lits (CAL) sont fusionnés pour former la catégorie unique des Centre de Santé (CS). Les autres types d'établissements sanitaires conservent leur appellation. Cette nouvelle donne appelle un travail de normalisation sur le terrain notamment au niveau du plateau technique pour rendre conforme à son statut chaque type d'établissement.

2.1.1.2 Composantes de l'offre de soins et profil RH

Le PES apparait désormais comme l'outil de référence des institutions sanitaires, qu'elles soient publiques, privées ou mixtes. Son objectif majeur est d'étendre la couverture en services de base à toute la population. Le paquet offert couvre dix composantes : (1) la santé de la femme et de la mère ; (2) la santé de l'enfant ; (3) la lutte contre les maladies transmissibles ; (4) la nutrition ; (5) la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles ; (6) les soins oculaires et la lutte contre la cécité évitable ; (7) la santé mentale ; (8) les soins chirurgicaux ; (9) les soins bucco-dentaires ; (10) les urgences et les soins intensifs.

Ce paquet a une incidence directe sur le profil des RH dans chaque type d'institution sanitaire. Dans sa dispensation, le PES s'articule sur la pyramide sanitaire, laquelle dans le secteur public comprend 3 niveaux et 2 versants : l'un gestionnaire (administratif) et l'autre prestataire (soins). Cette configuration est illustrée par la figure 4.

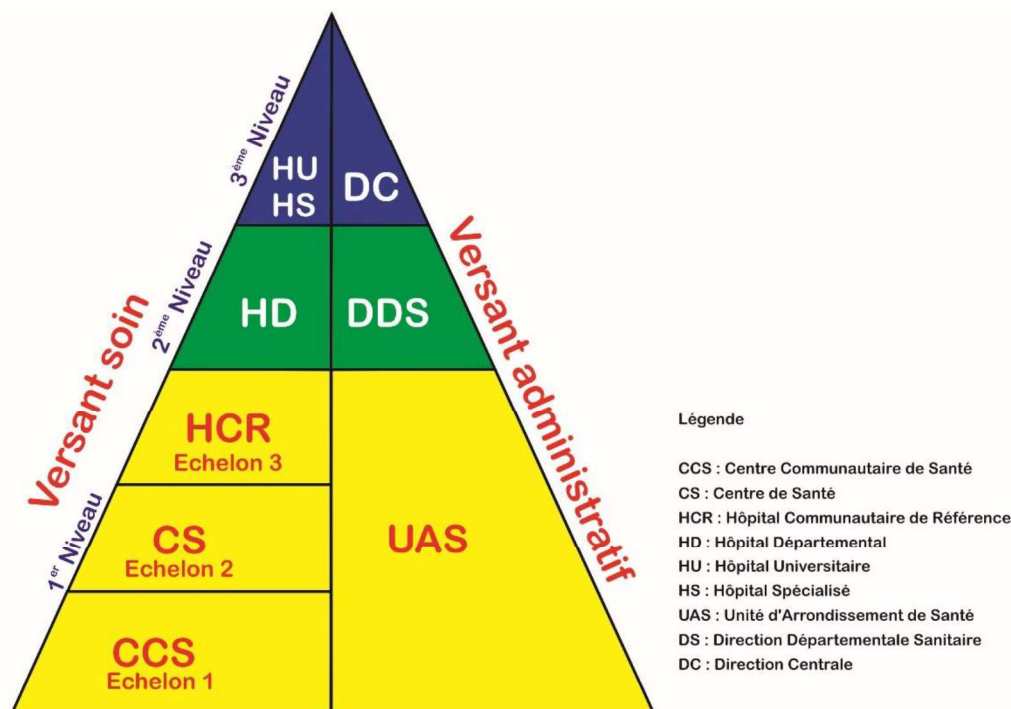


Figure 4: Pyramide sanitaire du secteur public

- ♦ Le versant gestionnaire soutient l'appareil administratif par lequel se réalise la gouvernance du système sanitaire et la proximité de l'Etat vis-à-vis de la population dans un contexte de déconcentration. Ce versant assure la fonction de coordination de l'offre de soins et fait surtout appel à des compétences d'ordre managérial.
- ♦ Le versant prestataire est constitué par toute une gamme d'institutions sanitaires dont le plateau technique se complexifie de la base vers le sommet. Ces institutions sont reliées entre elles par un système de référence et contre-référence. Le versant prestataire assure la fonction de soin et mobilise notamment des compétences d'ordre clinique qui se spécialisent au fur et à mesure que l'on évolue vers le sommet.

Les trois niveaux de la pyramide sanitaire (primaire, secondaire et tertiaire) traduisent les différents niveaux de résolution des problèmes de santé.

- ♦ Le premier niveau ou niveau primaire se compose de 3 échelons.
 - Le premier échelon représente la 1^{ère} ligne de prestation de soins. Il est constitué par le réseau des Centres Communautaires de Santé (CCS) autrefois appelé dispensaires. Le CCS a un bassin de desserte de 5,000 à 6,000 habitants et est subdivisé en 5-6 secteurs spécifiques couvrant chacun environ 1.000 individus. Les RHS requises ici sont les Auxiliaires-Infirmières (AI) et les Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCP). Ces derniers sous la supervision des AI, assurent l'interface avec la communauté. Le PES prévoit la construction d'un CCS par section communale. Toutefois, la population moyenne par section communale étant d'environ 10,000 habitants, il faudrait donc prévoir au moins 2 CCS par section communale.

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

- Le Centre de Santé (CS) représente le 2ème échelon du niveau primaire occupé autrefois par les Centres de santé sans Lits et les Centres de santé à Lits. Son bassin de desserte de 25'000 à 30'000 habitants lui permet de couvrir 5-6 CCS (ce chiffre pourrait même évoluer jusqu'à 8 en prenant en compte une moyenne de 4 sections communales par commune³⁷). L'une des attributions essentielles du CS est d'exécuter les fonctions SONUB³⁸. Il dispose d'un laboratoire de niveau primaire. Doté de 10 à 15 lits, la continuité de soins y est assurée 24h/7j. Ainsi, les RHS spécifiques du CS sont le Médecin Généraliste, l'Infirmière et la Sage-Femme. Il est à noter que le médecin et les infirmières du CS sont connectés aux auxiliaires-infirmières et ASCP des CCS pour former l'Equipe de Santé Familiale (ESF) de la commune, l'une des grandes innovations du PES dans le cadre d'un modèle de soins de santé communautaire. Les détails sur ce modèle avec ses implications en termes d'effectif en ressources humaines sont développés un peu plus loin dans ce chapitre (2.2.2.2). Le PES prévoit la construction d'un CS par commune et il y a en moyenne 3.5 communes par arrondissement³⁹.
- L'Hôpital Communautaire de Référence (HCR) est le 3ème échelon du niveau primaire. Il couvre une population de 250 à 300'000 habitants donc 10 CS. Par son plateau technique, le HCR se distingue par une double particularité : (1) il est doté des 4 services de spécialité de base (Médecine Interne, Pédiatrie, Gynécologie, Chirurgie) ; (2) il est capable d'exécuter les fonctions SONUC⁴⁰. Le HCR dispose d'un laboratoire de niveau secondaire. Sa capacité litière lui permet de recevoir 50 malades en hospitalisation et la permanence y est assurée 24h/7j. La RHS spécifique du HCR est le médecin de famille : à cheval entre le médecin généraliste et le médecin spécialiste, il a été habilité dans un contexte de rareté de ressources, dans les 4 spécialités de base susmentionnées. Vu que le PES prévoit la construction d'un HCR dans chaque Arrondissement, à terme le pays devrait être doté de 42 HCR.
- ◆ Le niveau secondaire de la pyramide sanitaire est occupé par l'Hôpital Départemental (HD). Situé au chef-lieu du Département Sanitaire, son bassin de desserte couvre une population de 450'000 à 550'000 habitants. Outre les 4 spécialités de base, ses prestations spécialisées s'étendent à d'autres domaines tels que la traumatologie, l'orthopédie, l'ophtalmologie, la dermatologie et la cardiologie. La capacité litière de l'HD varie entre 100 à 150 lits. Les prestataires spécifiques de l'HD sont les médecins spécialistes. Avec 10 départements sanitaires dans le pays, l'on devrait dénombrer 10 HD. Dans la situation actuelle, des Hôpitaux Universitaires font office de HD dans les départements sanitaires de l'Ouest et du Nord.
- ◆ L'hôpital Universitaire constitue le dernier niveau de la pyramide sanitaire. Il a une envergure nationale. Sa particularité s'affirme dans la recherche, la formation (médecins résidents⁴¹) et dans l'offre de soins dans les spécialités rares. Dans la situation actuelle l'on dénombre dans le pays 7 hôpitaux de types universitaires dont 3 sont spécialisés.

³⁷ 572 sections communales /146 communes

³⁸ Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base

³⁹ 146 communes/42 arrondissements

⁴⁰ Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet

⁴¹ Etudiants en spécialités

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

Au terme de ce développement, le profil spécifique des RHS par type d'institution et dans la communauté se présente comme suit:

Tableau 1: Profil type des RHS par institution sanitaire en Haïti

HU/HS	Médecins de toutes les spécialités rares
HD	Médecins Spécialistes
HCR	Médecins de famille, Chirurgiens, Gynécologues, Internistes, Pédiatres
CS	Médecins généralistes, Infirmiers, Sages-femmes
CCS	Auxiliaires infirmières, Agents de Santé Communautaires Polyvalents*

* les ASCP opèrent dans la communauté et sont rattachés au centre Communautaire de Santé

2.2.2 Choix politiques en matière de RHS

Le document de PES dont les grandes lignes viennent d'être exposées consacre des choix politiques importants en matière de RHS qu'il convient de mettre en lumière. Ils concernent la polyvalence des prestataires et l'adoption d'un modèle d'organisation de Soins de Santé Communautaire basée sur les Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCP).

2.2.2.1 La polyvalence des prestataires

Dans un contexte de rareté de ressources, le MSPP a opté pour une polyvalence des prestataires de première ligne. Au lieu de miser sur les spécialités, privilégier la polyvalence des professionnels au niveau primaire de la pyramide sanitaire, offre un double avantage technique et économique. Au plan clinique, le travailleur doté d'une double compétence, voire plus, présente une perspective d'attaque plus large en matière de prise en charge des besoins de santé de la population. Sur le plan économique, cette approche permet de réaliser des gains pour les effectifs à pourvoir.

En pratique, le choix politique de la polyvalence des prestataires de première ligne s'est matérialisé au niveau communautaire par la suppression des agents verticaux au profit de la catégorie unique de travailleurs de santé que sont les ASCP. Au niveau institutionnel, on notera la présence d'Auxiliaires Infirmières Polyvalente (AIP), d'Infirmières Polyvalentes, en particulier d'infirmières-sages-femmes et de médecins de famille. Ces derniers sont dotés des compétences essentielles dans les quatre spécialités de base que sont la médecine interne, la pédiatrie, la gynécologie et la chirurgie.

2.2.2.2 Le Modèle de soins de santé communautaire basée sur les ASCP

L'importance de la communauté dans les soins de santé primaire a été établie depuis la Déclaration d'Alma-Ata en 1978. C'est à elle qu'il appartient d'être en avant-garde pour faire barrière à la maladie à travers la prévention en agissant sur les déterminants de la santé. Ceci permet à l'Etat de se pencher sur d'autres priorités telles que les maladies non contagieuses. Dans cette perspective, il est impossible d'avoir des résultats durables si l'on n'investit pas dans les ressources humaines qui œuvrent au sein de la communauté, notamment les agents de santé communautaires.

Conscient de l'importance qu'une telle approche revêt pour l'efficacité du système de santé, le MSPP a développé un modèle d'organisation de Soins de Santé Communautaire basé sur les ASCP. Ces

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

derniers sont déployés dans la communauté et rattachés aux institutions de santé de premier échelon de proximité. Ils sont en bout de chaîne d'une équipe technico-administrative, dénommée Equipe de Santé Familiale (ESF), assurant la coordination, la planification et la supervision des prestations de santé du premier échelon. Outre l'ASCP, l'ESF comprend une Auxiliaire Infirmière Polyvalente (AIP) et une Infirmière superviseuse, le tout placé sous la responsabilité d'un médecin. L'ancrage institutionnel de l'ESF est la base du premier niveau de la pyramide sanitaire. Ainsi l'ESF est liée aux institutions sanitaires de la commune. L'ASCP travaille dans sa communauté d'origine mais est affecté au centre communautaire de santé (CCS) de sa zone de desserte sous la supervision directe de l'AIP du centre. L'Infirmière est basée au niveau de l'Institution de référence de la commune pour coordonner les activités du modèle. Quant au médecin responsable, il est affecté à l'institution de référence de la commune et est garant de la mise en œuvre du modèle d'Organisation des Soins de Santé Communautaire dans sa commune.

Dans la formulation initiale du modèle présenté par le document du PES, un ratio unique de 1 ASCP pour 1000 habitants sur toute l'étendue du territoire national avait été proposé. Toutefois, en prenant en compte la viabilisation financière du modèle et les leçons de l'expérience pilote de Carrefour, un réaménagement a été apporté au modèle initial.

Pour les communes de moins de 100.000 habitants où les sections communales sont très enclavées et les habitats dispersés, le ratio des membres de l'ESF est défini comme suit :

- ◆ 1 ASCP pour 1000 habitants
- ◆ 1 AIP par section communale
- ◆ 1 Infirmière chef de l'équipe santé de famille dans chaque commune

Sur les 146 communes du pays, 117 communes font partie de cette catégorie et comptent environ 400 sections communales. Pour couvrir complètement ces communes en ESF, l'on aura besoin de 4,033 ASCP, 400 AIP et 117 Infirmières.

Pour les zones de plus de 100.000 habitants à forte densité démographique où les habitats sont très proches, les communautés seront réparties en groupe de 75,000 habitants. Le ratio de chaque membre de l'ESF sera de :

- ◆ 1 ASCP pour 2,500
- ◆ 1 AIP pour 15 ASCP / 37,500 habitants
- ◆ 1 Infirmière pour 2 AIP/75,000 habitants

Sur les 146 communes du pays, 29 communes font partie de cette catégorie. De ce fait, pour couvrir complètement ces communes en ESF l'on aura besoin de : 2,517 ASCP ; 167 AIP et 83 Infirmières.

En raison de tout ce qui précède, les besoins en ressources humaines pour une couverture complète du pays en ESF est de :

- ◆ **6,550 ASCP**
- ◆ **567 AIP**
- ◆ **200 Infirmières**

Les ASCP dont l'aire de desserte ne dispose d'aucune infrastructure sanitaire sont rattachés au poste de santé public ou privé le plus proche. Il est à noter que le modèle s'appuie sur les trois (3) axes de viabilité que sont les Equipes Santé de Famille, le réseautage des institutions sanitaires et les comités de santé.

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

Les institutions sanitaires (publiques et privés) sont mises en réseau autour du relais communautaire représenté par l'ESF et le comité de santé établi dans chaque section communale. Le comité de santé est formé des leaders naturels et présidé par le CASEC. Les postes de rassemblement et les rencontres dans les lieux naturels de rassemblement de la population sont privilégiés

Pour les populations de forte densité démographique caractéristique des villes et des zones marginales suburbaines, le comité de santé est formé de notables, de représentants des ONG œuvrant au niveau de la commune. Il est présidé par le Maire assisté du Coordonnateur du Bureau communal (BC).

2.2.3 Situation des RHS du pays

Voici le tableau général des RHS du pays au regard du PES à opérationnaliser.

Au 30 juin 2016, le secteur public de la santé en Haïti mobilise une main d'œuvre de 15,980⁴² travailleurs en santé dont:

- ♦ 1,558 médecins,
- ♦ 1,986 infirmiers,
- ♦ 140 sages-femmes,
- ♦ 78 chirurgiens-dentistes,
- ♦ 74 pharmaciens,
- ♦ 702 technologistes médicaux,
- ♦ 48 Techniciens biomédicaux,
- ♦ 1,856 Auxiliaires infirmières.
- ♦ 59 Travailleurs sociaux et 90 officiers sanitaires.

Dans le secteur privé, l'effectif des RHS disponible s'élève à 7,191⁴³ avec :

- ♦ 1,048 médecins,
- ♦ 2,241 infirmières,
- ♦ 48 sages-femmes,
- ♦ 159 chirurgiens-dentistes,
- ♦ 262 pharmaciens,
- ♦ 1,029 technologistes médicaux
- ♦ 1,281 Auxiliaires infirmières
- ♦ 22 travailleurs sociaux et psychologues.

⁴² SIGRH DRH/MSPP

⁴³ ERHIS 2

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

Ainsi, les deux secteurs cumulent ensemble un effectif de 2,606 médecins, 4,227 infirmières et 188 sages-femmes pour un total de 7,021 professionnels de santé, lequel rapporté à une population estimée à 10,911,819 habitants en 2015 donne une densité de 0.64 professionnels de santé pour 1,000 habitants là où un minimum de 2.5/1,000⁴⁴ habitants est recommandé.

En se référant à la norme de densité RHS/OMS, le système sanitaire haïtien dispose dans la situation actuelle de 4 fois moins de professionnels de santé (médecins, infirmiers et sages-femmes) qu'il ne le faut.

Au niveau des ASCP, en juin 2017, l'on dénombrait au MSPP un effectif de 3,036⁴⁵ ASCP au travail. Le besoin en ASCP pour une couverture totale du pays étant de 6,550, l'on note un écart de 3,514 agents à combler.

Dans la situation actuelle, pour l'implémentation du modèle de soins de santé basé sur les agents de santé communautaires polyvalents (ASCP), à peine la moitié (46,35%) des besoins du pays en ASCP sont couverts.

Une cartographie complète des ASCP devrait permettre d'être situé sur la structure de la couverture du territoire national afin d'opérer les ajustements nécessaires.

Au total, que ce soit au niveau des prestataires de soins qu'au niveau des agents de santé communautaires, Haïti présente des besoins importants en RHS. L'analyse situationnelle éclaire sur les raisons profondes de cette situation.

⁴⁴ OMS, Rapport sur la santé dans le monde, 2006

⁴⁵ Données administratives, Service de Santé Communautaire, DPSPE, MSPP

CHAPITRE III :
ANALYSE SITUATIONNELLE DU DOMAINE
DES RHS

CHAPITRE III

ANALYSE SITUATIONNELLE DU DOMAINE DES RHS

A. ETAT DES LIEUX

3.1 Le fait de la faible disponibilité en RHS du pays

3.1.1 *Haïti, un pays prioritaire*

Haïti a-t-il toujours été caractérisé par une faible disponibilité en ressources humaines ?

Déjà en 2011, les données publiées par l'Alliance Mondiale des Personnels de Santé (AMPS) indiquait une densité de 0.36⁴⁶ professionnel de santé (médecins, infirmières et sages-femmes) pour 1,000 habitants loin derrière la norme internationale de 2.5 professionnels de santé pour 1,000 habitants⁴⁷. Ceci faisait d'Haïti l'un des 57 pays prioritaires au monde et des cinq (5) de la zone Amérique-Caraïbe⁴⁸ présentant une crise aigüe du domaine des RHS. En 2012, le document de Politique Nationale de Santé du pays a présenté une moyenne de 0.65 professionnel de santé pour 1,000 habitants⁴⁹. Ce qui laissait entrevoir un espoir d'amélioration. Mais une demi-décennie plus tard, en juin 2016, les données ont peu évolué et ont même connu une petite régression avec une disponibilité de 0.64/1,000 habitants⁵⁰. Comment cette situation se traduit-elle sur le territoire national ?

3.1.2 *Les zones les plus affectées*

La cartographie de la densité des RHS par département sanitaire (figure 6) montre que les différentes zones géographiques du pays sont touchées à des degrés divers.

⁴⁶ Rapport sur les progrès accomplis dans les pays prioritaires en application de la déclaration de Kampala, AMPS, 2011

⁴⁷ OMS, Rapport sur la santé dans le monde, 2006

⁴⁸ Les autres pays sont : El Salvador, Honduras, Nicaragua, Pérou

⁴⁹ Document de Politique Nationale de la Santé, Haïti, 2012, P. 27

⁵⁰ Analyse situationnelle du domaine des Ressources Humaines de Santé, juin 2017

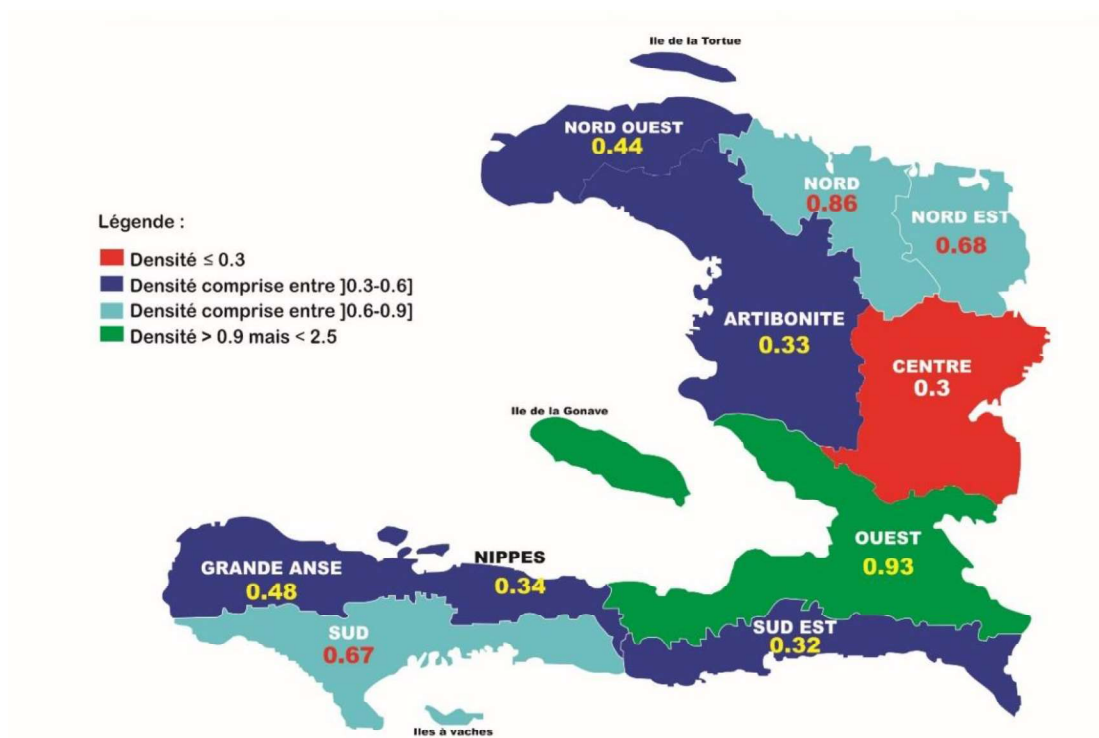


Figure 5: Cartographie de la densité des RHS (médecins, infirmiers, sages-femmes) par millier d'habitants par département sanitaire.

- ◆ Six (6) départements sanitaires, Plateau Central (0.3), Sud-Est (0.32), Artibonite (0.33), Nippes (0.34), Nord-Ouest (0.44), Grande-Anse (0.48) sur les 10 que compte le pays sont en deçà de la moyenne nationale (0.64) qui elle-même est loin de la norme internationale (2.5). La situation est plus critique pour le Plateau Central qui affiche le niveau de densité le plus bas.
- ◆ Les quatre (4) autres départements, Sud (0.67), Nord-Est (0.68), Nord (0.86), Ouest (0.93) sont au-dessus de la moyenne nationale mais n'ont pas encore atteint le niveau requis. La densité la plus élevée est pour le département de l'Ouest (0.93) où se trouve Port-au-Prince, la capitale.

La figure 7 permet de mieux visualiser la disparité de la disponibilité en RHS sur le territoire national.

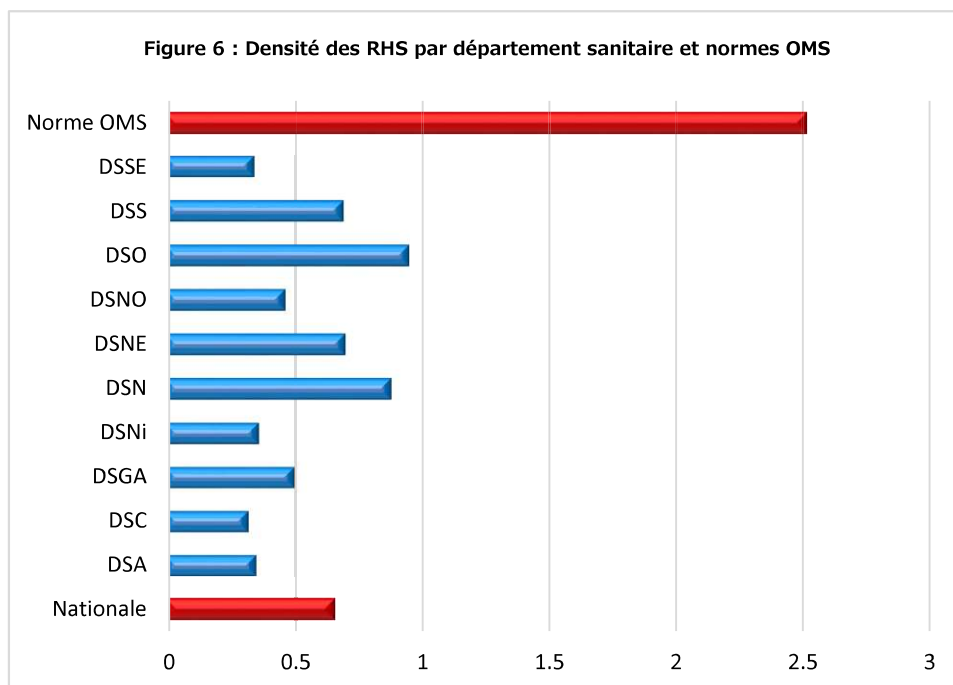


Figure 6 : Densité des RHS par département sanitaire et normes OMS.

La faible disponibilité en RHS du pays ne présente pas un tableau uniforme sur toute l'étendue du territoire. Certaines zones sont plus affectées que d'autres. Il se pose un problème d'équité dans l'accès aux travailleurs de santé qualifiés sur le territoire national.

Comment expliquer la faible disponibilité en RHS dans le système sanitaire haïtien ? Nous interrogerons tour à tour la capacité de production des institutions de formation, le marché du travail et la distribution des personnels de santé.

3.2 La production des institutions de formation

3.2.2 Une production fortement libéralisée

La production en RHS en Haïti est principalement assurée par des structures privées. Pour autant, la fonction de régulation est encore confrontée à des difficultés d'application. La Direction de la Formation et du Perfectionnement en Sciences de la Santé (DFPSS) du MSPP a initié avec l'appui des partenaires une action de reconnaissance au niveau des écoles d'infirmières qui a besoin d'être étendue à l'ensemble des filières de formation du système.

Le tableau 2 offre une vue générale de la situation avec la capacité annuelle de production des institutions de formation dans les catégories professionnelles clés.

Tableau 2: Production en RHS du pays

Catégories professionnelles	Institution de formation/statut	Localisation	Production annuelle
Médecin	5 Facultés* dont 1 publique	PAP	352
Infirmière	5 Ecoles Nationales d'Infirmières (ENI) et plus de 400 écoles privées	Sur tout le territoire	4234**
Sage-femme	1 Institut National Supérieur de Formation des Sages-Femmes (INSFSF)/public	PAP	75

*Une sixième faculté privée de médecine (Université Royale) vient d'être reconnue en 2016

** Ce chiffre concerne uniquement les 5 ENI et 89 Ecoles engagées dans le processus de reconnaissance

Source : Rapport d'analyse situationnelle du domaine des RHS, octobre 2017

Pour plus de précision, les éléments suivants sont à relever :

- ◆ Dans le cadre de la coopération bilatérale, plusieurs médecins haïtiens sont formés à Cuba, à Saint-Domingue, au Brésil, au Venezuela et en Russie. En prenant en compte les diplômés qui rentrent de ces pays, la capacité de production actuelle pourrait être estimée à 500-600 médecins/an.
- ◆ La formation des médecins spécialistes se réalise à travers la résidence hospitalière qui dure 4 ans au plus après la formation de généraliste. Le pays produit en moyenne 12 médecins de famille, 20 pédiatres, 22 gynécologues et 13 chirurgiens par an.
- ◆ A l'ouverture de l'année académique 2016-2017, les ENI ont été élevées au rang de Faculté de Sciences Infirmières. Reste que les nombreuses écoles privées puissent se mettre à niveau en se rattachant à une Université reconnue.
- ◆ La production des auxiliaires-infirmières est entièrement libéralisée : Quoiqu'en première ligne dans le système sanitaire de par leur positionnement dans les CCS, la production des auxiliaires infirmières se fait uniquement dans des écoles privées.
- ◆ La création de l'INSFSF avec l'ouverture de la filière sage-femme en accès direct est récente (2013), et correspond au besoin de prise en charge des fonctions SONUB (CS) et SONUC (HCR) inscrites dans le PES. Il y a lieu de rappeler que l'INSFSF a remplacé l'ancienne Ecole Nationale des Infirmières Sages-Femmes (ENISF) sévèrement endommagée par le séisme de 2010.
- ◆ Pour les autres catégories professionnelles, selon les données administratives de la DFPSS, le pays produit en moyenne par an : 37 chirurgiens-dentistes, 44 pharmaciens et 85 technologistes médicaux.

3.2.2 Analyse de la capacité de production en RHS du pays

Les données du tableau 2, indiquent que globalement le pays produit par an 4,661 professionnels de santé (médecins, infirmiers et sages-femmes confondus), soit 68% de la totalité de l'effectif 2016 des secteurs public et privé réunis. Si tous ces diplômés étaient recrutés, cela serait suffisant pour assurer la prise en charge d'environ 2,000,000 d'habitants en se référant à la norme de densité de l'OMS.

Dans la situation actuelle, le système sanitaire haïtien produit suffisamment de médecins, infirmiers et sages-femmes pour couvrir au moins 1/6eme de la population.

En raison de la forte libéralisation de la production des RHS en Haïti, la régulation du domaine de la formation des professionnels de santé apparait comme une problématique majeure à adresser

3.3 Le marché du travail des professionnels de santé

3.3.1 Recrutement des diplômés en sciences de la santé

3.3.1.1 Secteur public

L'évolution des effectifs dans le secteur public informe sur les vagues de recrutement successives opérées par l'Etat.

Tableau 3: Evolution des effectifs RHS du secteur public

	2014	2015	2016	2017
Médecins	1,068	1,544	1,558	1,597
Infirmiers	1,470	1,900	1,986	1,999
Sages -femmes	84	120	140	145
Effectif Total	13,014	15,384	15,980	15,810

Les variations d'effectifs chaque année montrent que le pays recrute régulièrement des médecins, infirmiers et sages-femmes. Sur la période allant de 2014 à 2017, les efforts consentis par l'Etat ont permis en moyenne un recrutement de 245 médecins, 258 infirmières et 23 sages-femmes par an.

Ces quatres dernières années, l'Etat haïtien a recruté en moyenne par an, 245 médecins, 258 infirmières et 23 sages-femmes. Vu le faible niveau de disponibilité en RHS du système, ce recrutement quoique significatif parait encore insuffisant.

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

La trajectoire de la courbe d'évolution des effectifs (figure 8) dans les trois catégories professionnelles susmentionnées indique cependant une stagnation ces trois dernières années après un bond quantitatif important en 2015. Cette situation correspond à une période de transition politique marquée par des troubles économiques et sociales.

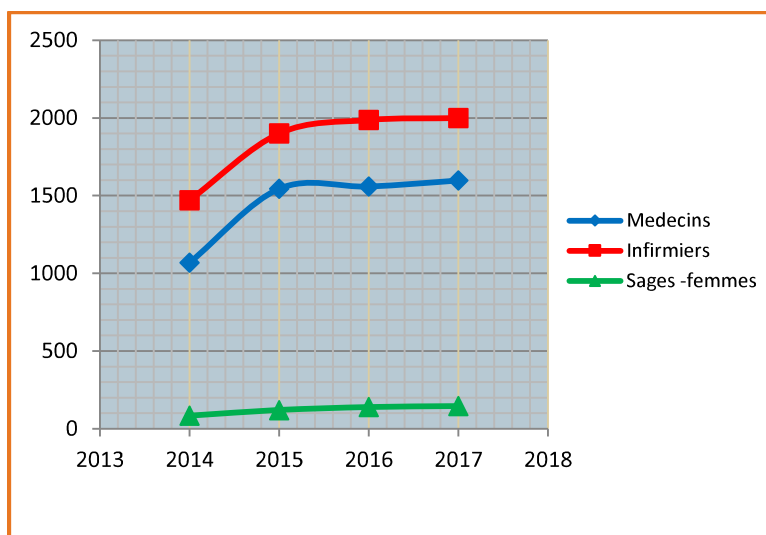


Figure 7 : Evolution des effectifs du secteur public 2014–2017

Selon les tendances actuelles, le rythme de croissance de l'effectif global des professionnels de santé (médecins, infirmières et sages-femmes confondus) dans le secteur public en Haïti est faible et se situe à 11% par an.

3.3.1.2 Secteur privé

Même s'il faut tenir compte des phénomènes de double, voire de triple emploi, dont le niveau réel reste à déterminer à travers une étude, la pyramide d'ancienneté dans le service (figure 9) obtenue à partir des données de l'ERHIS 2 renseigne sur les cohortes successives de professionnels de santé employés dans le secteur privé.

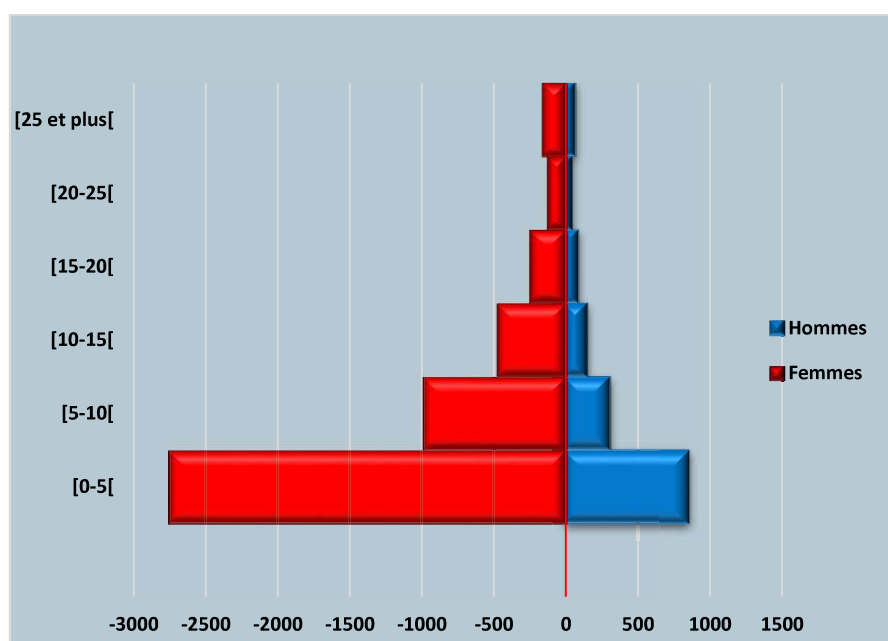


Figure 8: Pyramide d'ancienneté des professionnels de santé dans le secteur privé

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

Dans ses grands traits, cette pyramide montre que le secteur privé est une source de plus en plus croissante d'emploi pour les professionnels de santé, qu'ils soient installés à leur propre compte dans une clinique ou embauchés dans une institution sanitaire. Ensemble, ce sont 3,594 prestataires (847 hommes et 2,747 femmes) qui totalisent moins de 5 ans de service. Parmi eux, on trouve 670 médecins, 1,400 infirmières et 32 sages-femmes ; ceci donne une moyenne annuelle d'emploi de 134 médecins, 280 infirmières et 6 sages-femmes.

Le secteur privé est source d'emploi d'un nombre de plus en plus croissant de professionnels de santé. Ces 5 dernières années, ce secteur a absorbé en moyenne annuellement 134 médecins, 280 infirmières et 6 sages-femmes.

Ensemble les secteurs publics et privés offrent dans leurs tendances actuelles de l'emploi à 379 médecins, 538 infirmières et 31 sages-femmes par an.

3.3.2 Chômage des professionnels de santé

Le Tableau 4 ci-après offre un aperçu du stock de professionnels de santé n'intégrant pas le marché du travail après le recrutement des secteurs public et privé

Tableau 4: Evaluation des stocks de professionnels de santé disponibles sur le marché de travail

Catégories professionnelles	Production moyenne annuelle	Recrutement moyen annuel	Ecart	Pourcentage du stock restant
Médecins	352	379	-27	-
Infirmières	4,234	538	+3,696	87%
Sages-femmes	75	31	+44	59%

- ♦ Au niveau des médecins, l'écart négatif de -27 entre la production moyenne annuelle et le recrutement moyen annuel, indique a priori que le pays serait en mesure d'absorber la totalité des diplômés des institutions de formation locale. Mais si l'on prend en considération les diplômés des universités étrangères du fait de la coopération bilatérale, la production annuelle s'élève à au moins 500 médecins, sans compter ceux qui librement se sont formés à l'extérieur et qui viennent s'ajouter à ce contingent. Dès lors l'écart négatif de -27 passe à + 121 (500-379) pour un stock n'intégrant pas le marché du travail estimée à 24%.
- ♦ Du côté des infirmières et des sages-femmes, ce sont respectivement 87% et 59% des diplômés qui resteraient sans emploi.
- ♦ Globalement, ce nombre important de professionnels de santé au chômage alimente les candidatures potentielles à la migration internationale.

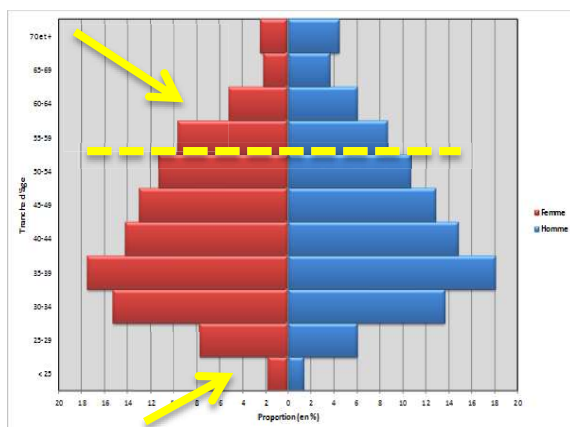
Chaque année, au moins 24% des médecins, 87% des infirmières et 59% des sages-femmes formés restent sans emploi sur le marché du travail

La faible disponibilité en RHS du pays ne tient pas tant dans la capacité de production des institutions de formation, que, et surtout, dans le recrutement insuffisant des professionnels de santé.

3.4 Analyse de la Distribution des RHS

L'analyse de la distribution des RHS dans le système sanitaire haïtien notamment dans le secteur public montre un déséquilibre au triple plan sociodémographique, géographique et structurel.

3.4.1 Déséquilibre dans la répartition sociodémographique



La structure de la pyramide des âges des RHS du secteur public présente une configuration en toupie avec une base nettement effilée qui s'élargit par le milieu pour diminuer progressivement vers le sommet. La base très mince montre qu'une très faible proportion de l'effectif global a moins de 30 ans (à peine 2%). A l'opposé, la forme du sommet révèle que dans les 10 prochaines années le secteur public serait amputé de près de 30% de ses employés expérimentés pour raison de départ à la retraite vu la limite d'âge statutaire fixée à 58 ans.

Figure 5 : Pyramide des âges des personnels de santé du secteur public

Pour assurer la pérennité du système, il paraît urgent d'œuvrer dès à présent, d'une part, au rajeunissement des effectifs à travers les recrutements nouveaux et, d'autre part, à une utilisation rationnelle des anciens pour l'encadrement des plus jeunes.

3.4.2 Déséquilibre dans la répartition géographique

Il existe un contraste frappant entre la répartition de la population selon le milieu de résidence et la distribution des RHS. En effet, malgré l'urbanisation croissante, la proportion de la population vivant en zone rurale reste pour l'heure dans un rapport relativement équilibré avec celle vivant en zone urbaine. Ce rapport dans la situation actuelle est de 49% contre 51%. Cependant, au niveau de l'allocation en ressources humaines l'on note une forte disparité au détriment de la zone rurale (12% contre 88%)

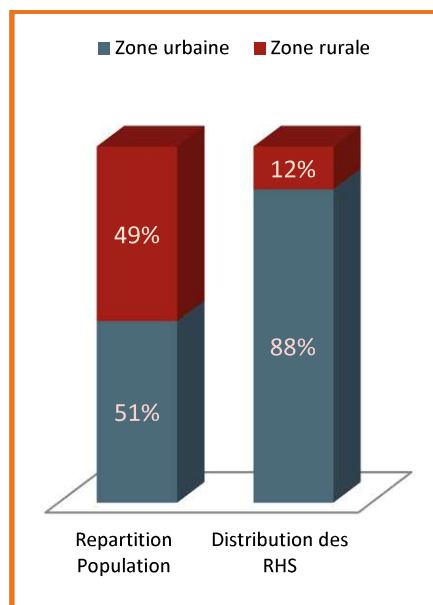


Figure 6: Disparité dans la distribution géographique des RHS en Haïti

Pour réduire les inégalités en matière d'accès aux soins de santé, une redistribution des RHS s'impose en Haïti. Ce qui implique la mise en œuvre de mécanismes pour attirer le personnel qualifié vers les zones rurales.

3.4.3 Déséquilibre dans la répartition structurelle (répartition par catégorie professionnelle)

L'on distingue dans le secteur de la santé deux grandes catégories d'agents : les prestataires (personnels de soins) et les non prestataires (personnels administratifs et de soutien). La mission première du secteur étant de garantir la santé à la population, la répartition des agents dans ces deux grandes catégories devrait refléter cette réalité. Or en Haïti, il y a presque autant de personnels prestataires que de personnels administratifs (53% vs 47%) alors que dans le même temps au niveau même des personnels de soins, il y a à peine 1 infirmière disponible pour 1 médecin. Le ratio est de 1.2 infirmière/médecin.

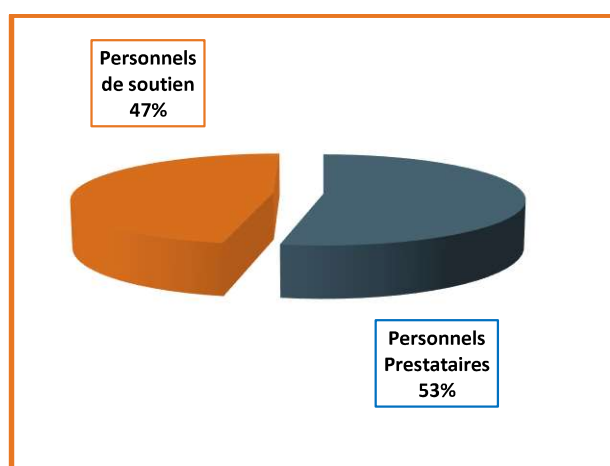


Figure 7: Répartition des RHS par catégorie d'agent

Il existe dans le système sanitaire haïtien, un déséquilibre quantitatif et qualitatif des RHS à corriger à travers des recrutements prioritaires.

3.5 Détermination des besoins en RHS du pays

L'estimation des besoins en RHS peut être établie suivant trois (3) approches :

- ◆ selon la norme internationale OMS de densité RHS par rapport à la population, ce qui permet de déterminer le besoin théorique en RHS du système ;
- ◆ selon les normes nationales d'allocation RHS des institutions sanitaires, ce qui permet d'établir le besoin pratique en RHS du système ;
- ◆ selon la charge de travail des personnels à partir de l'outil WISN (Workload Indicators of Staffing Need) permettant de déterminer le besoin réel.

3.5.1 Détermination des besoins selon les normes internationales

Suivant cette approche, le besoin théorique en RHS du pays sera déterminé à partir de la norme internationale de densité RHS/OMS qui est de 2.5 professionnels de santé pour 1,000 habitants. Sur cette base, il aurait fallu pour une couverture rationnelle de la population haïtienne estimée en 2015 à 10,911,819⁵¹ habitants un effectif de 27,280 professionnels de santé (médecins, infirmiers et sages-femmes confondus) pour les 2 secteurs public et privé cumulés. En 2016, ces deux secteurs affichaient ensemble un effectif de 7,021 professionnels de santé. Il s'ensuit donc un déficit de 20,259 professionnels.

Avec une population estimée à 13, 350,000 habitants en 2030 selon les projections de l'IHSI, il faudrait en regard un effectif de 33,375 professionnels de santé soit un peu moins de 5 fois les effectifs actuels.

Si Haïti veut atteindre le ratio minimum de 2.5 professionnels de santé pour 1,000 habitants à l'échéance 2030, il lui faudrait près de 5 fois plus de professionnels de santé qu'il n'y en a présentement dans le système sanitaire, effectifs des secteurs public et privé cumulés.

Si cette approche a l'avantage d'assurer la comparaison des données des pays⁵², sa limite se trouve dans le fait qu'elle ne permet pas de fixer dans l'effectif global le nombre de médecins, infirmiers et sages-femmes nécessaires. Il faudrait alors recourir aux normes nationales d'où la seconde approche.

⁵¹ Projection IHSI

⁵² Cf. Rapport sur les progrès accomplis dans les pays prioritaires en application de la déclaration de Kampala, AMPS, 2011

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

3.5.2 Détermination des besoins selon les normes nationales d'allocation RH

Le besoin pratique en RHS se fonde sur les normes d'allocation en RHS des institutions sanitaires du pays. Dans cette optique, le PES a développé les standards par type d'institution⁵³ qui permettent d'établir les besoins en ressources humaines étant entendu qu'à terme le nombre d'institutions sanitaires par type serait de 572⁵⁴ Centres Communautaires de Santé (CCS), 146⁵⁵ Centres de Santé (CS), 42⁵⁶ Hôpitaux Communautaires de Référence (HCR) et 10⁵⁷ Hôpitaux Départementaux (HD). L'ensemble de ces données sont synthétisées dans le tableau 5 ci-après.

Tableau 5: Standard d'allocation en RHS des institutions sanitaires selon le PES

Types d'Institutions sanitaires	Effectif normatif	Catégorie de personnel	Standard d'allocation RH	Effectif PES
Centres Communautaires de Santé (CCS)	572	Agent de Santé Com. Polyvalent (ASCP)	1/1000 ou 2500 hbts	6550
		Auxiliaire-Infirmière	1	572
Centres de Santé (CS)	146	Auxiliaire-Infirmière	6	876
		Infirmière	3	438
		Sage-femme	3	438
		Médecin généraliste	3	438
		Technicien de laboratoire	1	146
Hôpitaux Communautaires de Référence (HCR)	42	Infirmière	12	504
		Sage-femme	6	252
		Chirurgien-dentiste	1	42
		Médecin généraliste	6	252
		Médecin de famille	2	84
		Infirmière en anesthésie	2	84
Hôpitaux Départementaux (HD)	10	Infirmière	45	450
		Chirurgien-dentiste	1	10
		Médecin généraliste	10	100
		Médecins de famille	6	60
		Gynéco-obstétricien	2	20
		Chirurgien	2	20
		Pédiatre	2	20
		Anesthésiologiste	2	20
		Interniste avec capacités en maladie infectieuse	1	10
		Interniste avec capacité en cardiologie	1	10
		Interniste avec capacités en néphrologie	1	10
		Orthopédiste	2	20
		Ophtalmologue	1	10
		Dermatologue	1	10
		Urologue	1	10
		Infirmière en anesthésie	2	20

⁵³ Document de PES page 85

⁵⁴ 1 CCS par Section Communale

⁵⁵ 1 CS par Commune

⁵⁶ 1 HCR par Arrondissement

⁵⁷ 1 HD par Département

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

Ce tableau normatif appelle quelques observations :

- ◆ il porte sur les effectifs minimum pour faire fonctionner les institutions sanitaires du niveau primaire et secondaire de la pyramide sanitaire. De ce fait, les effectifs existants seront considérés uniquement par rapport à ces deux niveaux à l'exclusion du niveau tertiaire ;
- ◆ il occulte les technologistes médicaux/techniciens de laboratoire au niveau des HCR et HD ;
- ◆ de même, il ne relève pas les techniciens en imagerie médicale et techniciens biomédicaux dans les hôpitaux ;
- ◆ Enfin, il ne fait pas mention du personnel de gestion du médicament (auxiliaires en pharmacie et pharmaciens), ni du personnel social (travailleurs sociaux notamment, particulièrement important dans l'encadrement et le suivi psycho-social des patients)

Dans les faits, les données du SIGRH et le cadre normatif établi par les Directions du Ministère en charge des domaines d'intervention de ces différents types de personnels invitent à tenir compte des considérations suivantes pour l'évaluation des besoins en RHS :

- ◆ Le LNSP a développé un Réseau National de Laboratoire de Biologie Médicale⁵⁸. En ce qui concerne les aspects touchant le PES, l'opérationnalisation du Réseau exige un minimum de 2 Techniciens de laboratoire pour le Laboratoire primaire (CS) et 10 Technologistes médicaux/Techniciens de laboratoire pour le Laboratoire secondaire (Hôpitaux).
- ◆ Selon la DOSS, il faut prévoir un minimum de 2 Techniciens en imagerie médicale et 1 Technicien biomédical par hôpital. De même le nombre de chirurgiens-dentistes à l'HD devrait être doublé pour être porté à 2 en vue d'une meilleure couverture de la charge de travail et il faut prévoir un Hygiéniste dentaire dans le CS
- ◆ Pour la DPM/MT⁵⁹, la gestion de la chaîne d'approvisionnement du Médicament devrait être assurée au niveau institutionnel par au moins 2 Auxiliaires en pharmacie pour le CS, 1 Pharmacien pour le HCR et 2 Pharmaciens pour le HD.
- ◆ Enfin pour le Programme VIH, au moins un Travailleur social devrait être disponible dans chaque CS, HCR et HD.

Ainsi la synthèse des besoins en RHS pour l'opérationnalisation du PES s'établit de la manière suivante :

⁵⁸ LNSP, Harmonisation et standardisation du Réseau national de Laboratoires de Biologie Médicale Intégrés et Hiérarchisés en Haïti, septembre 2014

⁵⁹ DPM/MT : Direction de la Pharmacie, du Médicament et de la Médecine Traditionnelle

Tableau 6: Détermination des besoins en RHS pour l'opérationnalisation du PES

Catégorie de personnel	Synthèse des Effectifs PES (a)	Effectifs existants (b)	Ecart /Besoins (a)-(b)
Agent de santé communautaire Polyvalent (ASCP)	6550	3036	3514
Auxiliaire-Infirmière	1448	1616	-168
Auxiliaire en pharmacie	292	143	149
Technicien de laboratoire/technologiste médical	812	519	273
Infirmière	1392	1365	27
Sage-femme/Infirmière sage-femme	690	109	581
Infirmière ou technicien en anesthésie	104	26	78
Technicien en imagerie médicale	104	70	34
Technicien biomédical	52	21	31
Médecin généraliste	790	1144	-354
Chirurgien-dentiste	62	71	-9
Pharmacien	62	50	12
Médecin de famille	144	11	133
Médecin Interniste (maladie infectieuse, néphrologie, cardiologie)	30	34	-4
Pédiatre	20	68	-48
Gynéco-obstétricien	20	92	-72
Chirurgien	20	35	-15
Anesthésiologiste	20	19	1
Traumato-orthopédiste	20	21	-1
Radiologue	10	10	0
Dermatologue	10	8	2
Ophtalmologue	10	8	2
Urologue	10	10	0
Travailleur social	198	51	147
Hygiéniste dentaire	146	1	145

♦ Le besoin le plus important au plan institutionnel pour l'opérationnalisation du PES se trouve au niveau des sages-femmes.

- ♦ En se référant strictement aux normes d'allocation minimum en RHS du PES, le pays serait déjà en dépassement d'effectif (écart négatif) ou aurait déjà atteint la norme (écart nul) dans plusieurs catégories
- ♦ Professionnelles :
 - Auxiliaire infirmière (-168)
 - Médecin généraliste (-354),
 - Chirurgien-dentiste (-9)
 - Interniste (-4)
 - Pédiatre (-48),
 - Gynéco-obstétricien (-72),
 - Chirurgien (-15)
 - Traumato-Orthopédiste (-1)
 - Radiologue (0)
 - Urologue (0)
- ♦ Le problème actuel du pays serait donc surtout un problème de redistribution des RHS disponibles dans les institutions sanitaires.

♦ Les besoins se situeraient uniquement au niveau des ASCP (2964), Auxiliaires en pharmacie (149), Technologistes médicaux (273), Infirmières (27), Sages-femmes (581), Infirmières anesthésistes (78), Techniciens en imagerie médicale (34), Techniciens biomédicaux (31), Pharmaciens (12), Médecins de familles (133), Médecins anesthésiologistes (1), Dermatologues (2), Ophtalmologue (2), Travailleurs sociaux (147) et Hygiénistes dentaire (145).

Note importante : En alignant le nombre de ses institutions sanitaires sur le découpage administratif, le pays bloque du coup le volume des institutions sanitaires susceptibles d'accueillir le personnel alors que dans le même temps la population qui permet d'apprécier le ratio de prise en charge s'accroît.

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

Pour cette raison, le PSDRHS-H 1 a prévu, 2 scénarios de plan pluriannuel d'allocation en RHS pour l'opérationnalisation du PES :

- ♦ **Scénario 1** : les standards actuels restent en l'état. Les besoins en RHS correspondent à ce qui a été défini ci-dessus (Tableau 6).
- ♦ **Scénario 2** : les standards sont révisés pour aligner le nombre d'institutions sanitaires à prévoir sur les ratios de population à couvrir par bassin de desserte. Ainsi les besoins en institutions sanitaires qui partant déterminent les besoins en RHS du secteur public, correspondraient à ce qui suit (Tableau 7) :

Tableau 7: Détermination des besoins pratiques du pays en Institutions sanitaires selon les standards fixés par le PES pour le bassin de desserte

Types d'institution	Bassin de desserte PES	Population totale	Nombre à prévoir
CCS	6,000 habitants	12,000 000	2,000
CS	30,000 habitants	12,000 000	400
HCR	300,000	12,000 000	40
HD	550,000 habitants	12,000 000	22

De ce fait, l'estimation des besoins en RHS selon le scénario 2 se présente ainsi (Tableau 8)

Tableau 8: Détermination des besoins en RHS du pays selon les standards fixés par le PES pour le bassin de desserte des institutions sanitaires

Catégorie professionnelle	Effectifs PES (a)	Effectifs existants (b)	Ecart/Besoins (a)-(b)
ASCP	6550	3036	3514
Auxiliaire-Infirmière	4400	1616	2784
Auxiliaire en pharmacie	800	143	657
Technicien de laboratoire/technologiste médical	1420	519	901
Infirmière	2670	1365	1305
Sage-femme	1440	109	1331
Infirmière ou technicien en anesthésie	124	26	98
Technicien en imagerie médicale	124	70	54
Technicien biomédical	62	21	41
Médecin généraliste	1660	1144	516
Chirurgien-dentiste	84	71	13
Pharmacien	84	50	34
Médecin de famille	212	11	201
Médecin Interniste	66	34	32
Pédiatre	44	68	-24
Gynéco-obstétricien	44	92	-48
Chirurgien	44	35	9
Anesthésiologiste	44	19	25
Traumato-orthopédiste	44	21	23
Radiologue	22	10	12
Dermatologue	22	8	14

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

Catégorie professionnelle	Effectifs PES (a)	Effectifs existants (b)	Ecart/Besoins (a)-(b)
Ophtalmologue	22	8	14
Urologue	22	10	12
Travailleur social	462	51	411
Hygiéniste Dentaire	400	1	399

Le plan pluriannuel de dotation en RHS correspondant aux 2 scénarios figure en annexes 1 et 2.

Toutes les estimations qui viennent d'être faites supposent un préalable : la mise aux normes des infrastructures sanitaires. Seule une extension de l'offre de services à partir des infrastructures sanitaires en accord avec la carte sanitaire, pourrait rapprocher davantage les professionnels qualifiés de la population et élever le besoin pratique en RHS vers le besoin théorique susmentionné en vue de la couverture universelle en santé. Dans cette même optique, l'Etat gagnerait aussi à encourager l'initiative privée et développer le partenariat public-privé.

La catégorie professionnelle qui présente le défi le plus important au niveau des besoins est celle des sages-femmes dont la moyenne de production annuelle du moment s'élève à 75 : Dans ces conditions, il faudrait 8 ans pour combler les gaps en vue de l'opérationnalisation des SONUB et SONUC prévus par le PES (cf : cas du scénario 1) et 18 ans si l'on veut s'aligner sur les standards fixés par le PES pour le bassin de desserte des institutions sanitaires (Cf. cas du scénario 2).

A l'instar des infirmières, il conviendrait de s'orienter vers une décentralisation de la formation des sages-femmes.

Dans la situation actuelle, les disparités entre institutions sanitaires de même type sont si importantes qu'il faudrait procéder au cas par cas pour déterminer les besoins réels en RHS, d'où la 3ème approche d'évaluation des besoins à partir de l'outil WISN.

3.5.3 Détermination des besoins selon la charge de travail : l'outil WISN

L'outil WISN, développé par l'OMS et disponible en ligne, permet de définir les besoins réels en RHS quelle que soit la catégorie professionnelle (prestataire ou non) à partir de l'analyse de la charge de travail. Son implémentation appelle la mise en place d'un comité de pilotage, d'un groupe technique de travail et surtout de groupes d'experts par catégorie professionnelle afin de définir les normes d'activités incluant le temps moyen pour la réalisation de celles-ci.

L'utilisation de l'outil suppose aussi une standardisation des interventions sur le territoire national. Avec le PES, Haïti dispose d'un arrière-plan idéal d'implémentation. La détermination des besoins réels du système à partir de l'outil WISN est inscrite comme une intervention dans le cadre de l'opérationnalisation du présent document de stratégie.

3.6 Analyse du Financement des RHS

3.6.1 Part de la masse salariale dans le budget du MSPP

Pour l'exercice fiscal 2017-2018, le budget du MSPP est de 6,139,945,724 HTG (soit plus de 96,000,000 US \$), ce qui représente 4.26% du budget national, là où selon les recommandations internationales, il devrait être de 15%⁶⁰. Depuis les 5 dernières années, la proportion du budget alloué au MSPP, n'a jamais dépassé les 6% du budget national. La dépense de personnel (masse salariale : fonctionnaire + contractuel du MSPP) occupe 88.3% de la part du budget dédié au fonctionnement. La dépense du personnel avait atteint son niveau le plus élevé sur l'exercice 2009-2010 avec 92,6% du budget de fonctionnement. Le niveau le plus bas a été atteint en 2015-2016 avec 84,8% du budget de fonctionnement. Ces dernières années, le MSPP fait de plus en plus face à des grèves à répétition pour des revendications d'ordre salarial. L'on note une démotivation générale pour les salaires jugés insuffisants face au coût de la vie⁶¹. Le MSPP devrait saisir l'occasion de la classification des emplois en cours à l'OMRH pour repositionner les emplois de santé sur l'échelle de la grille salariale selon leur niveau. De même les réflexions en cours pour doter le secteur de la santé d'un statut particulier sont une opportunité à saisir pour procéder à une révision générale de la grille salariale des personnels de santé.

3.6.2 Pertes financières liées au phénomène d'employés « fantômes »

L'ERHIS 1 a établi que 6% des employés du MSPP (numériquement 788 agents) étaient non en poste pour diverses raisons notamment : abandons de poste (15% des cas), congés d'études⁶² (9% des cas), décès (8% des cas) ou incapacités de travail (8% des cas). Cette défection des employés à leur poste de travail représentait pour l'Etat une perte financière annuelle estimée à plus de 130 millions de gourdes (près de \$ US 3 millions). Depuis, le MSPP a entrepris des efforts importants, notamment l'opération spéciale de paiement par chèque et l'instauration de feuille de présence, pour assainir ses effectifs.

3.6.3 Migration internationale des personnels de santé

Haïti souffre d'une forte attrition des travailleurs de santé qualifiés alors que le besoin en RHS du pays est réel. Une déclaration du Directeur Général (DG) du MSPP du pays au 4ème Forum Mondial des RHS tenu à Dublin en Irlande du 13 au 17 novembre 2017 illustre bien la tragédie. "Je suis de la génération des professionnels de santé formés en 1990. Sur 98 diplômés que nous étions dans notre promotion, actuellement il n'en reste plus que 30 encore en activité dans le pays". Rien que pour cette cohorte de travailleurs qualifiés, il faut noter une déperdition de près de 70% en l'espace d'une génération. Des données secondaires collectées seulement aux Etats-Unis et au Canada auprès des associations professionnelles dans le cadre d'une étude⁶³ en septembre 2017 semblent corroborer cet état de fait. Elles révèlent que 25.38% des médecins et infirmières ayant émigré dans ces deux pays sont d'origine haïtienne. "Haïti exporte beaucoup de ressources humaines non pas parce que le pays en a trop, mais parce que le pays n'arrive pas à les retenir".⁶⁴

⁶⁰ Déclaration d'Abuja sur le financement de la santé

⁶¹ Le taux d'inflation a atteint les deux chiffres en l'espace de deux ans en passant de 3.9% en 2014 à 13.4% en 2016.

⁶² Il s'agit d'études non autorisées

⁶³ Etude sur la migration internationale et urbaine des travailleurs de santé en Haïti

⁶⁴ DG/MSPP Forum Mondial, Dublin, novembre 2017.

3.6.4 Sécurité de l'emploi et pérennité du financement des RHS

64% des effectifs qui constituent la main d'œuvre du secteur public de la santé sont des fonctionnaires. Ces derniers, de par le statut de la fonction publique qui les régit ont vocation à faire carrière dans l'administration publique. Toutefois, pour plus du 1/3 de ses effectifs, le système public repose sur des personnels contractuels ; et même 21% desdits effectifs sont payés par des bailleurs à travers des programmes et projets divers. Compte tenu du statut non permanent de ces employés, et du risque que cela représente pour la désorganisation de l'offre de soins en cas de retrait des bailleurs, le MSPP devrait planifier l'absorption progressive de ces types d'agents.

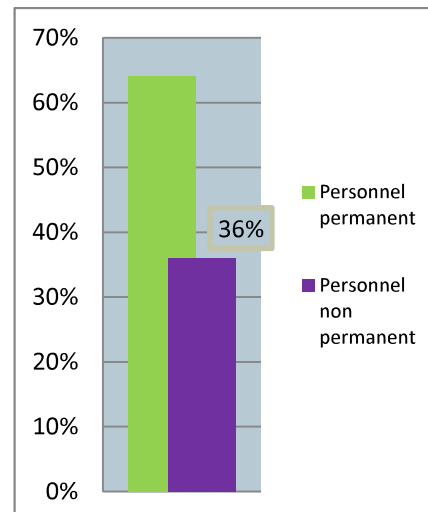


Figure 8: Structure du personnel de santé par statut juridique

Pour garantir le niveau d'offre de soins à la population, l'Etat doit se prémunir en mettant en place un plan d'absorption graduelle des personnels contractuels, notamment au niveau des prestataires.

3.7 Management des RHS en Haïti

Avec l'appui de ses partenaires, la DRH du MSPP s'est orientée ces dernières années vers des approches novatrices de management des RH. Cette démarche s'est traduite par la mise en place d'un Système d'Information et de Gestion des Ressources Humaines (SIGRH), la professionnalisation de la fonction RH et l'opérationnalisation du Système d'Evaluation de la Performance (SYSEP).

3.7.1 Mise en place du SIGRH

Le Système d'Information et de Gestion des Ressources Humaines (SIGRH) est un outil de gestion en ligne du personnel. Installé en 2011, il permet à temps réel d'avoir accès aux données sur les RH et facilite les opérations de gestion administrative en rapport avec la gestion de la mobilité et la carrière.

Dans la situation actuelle, il existe un problème de cohabitation entre le SIGRH/MSPP et le SIGRH/OMRH qui lui a un caractère interministériel. Mais ce dernier ne prend pas en compte les employés du Ministère non payés sur le budget de l'Etat, les contractuels des bailleurs notamment. Un arbitrage est nécessaire pour réaliser l'interopérabilité des deux bases de données ; ce qui permettrait au SIGRH/MSPP de rester à la disposition du système de santé et d'évoluer vers l'intégration des données du secteur privé. Concomitamment, pour gagner en efficacité dans la complétude et le contrôle-qualité des données, il conviendrait de décentraliser davantage la gestion du SIGRH limitée présentement à l'équipe de la DRH et aux chefs de service RH des départements sanitaires.

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

A terme, le SIGRH pourrait être un outil efficace de gestion courante du personnel en réduisant les déplacements vers la DRH afin de permettre à la direction de se focaliser sur d'autres priorités telles que la gestion stratégique.

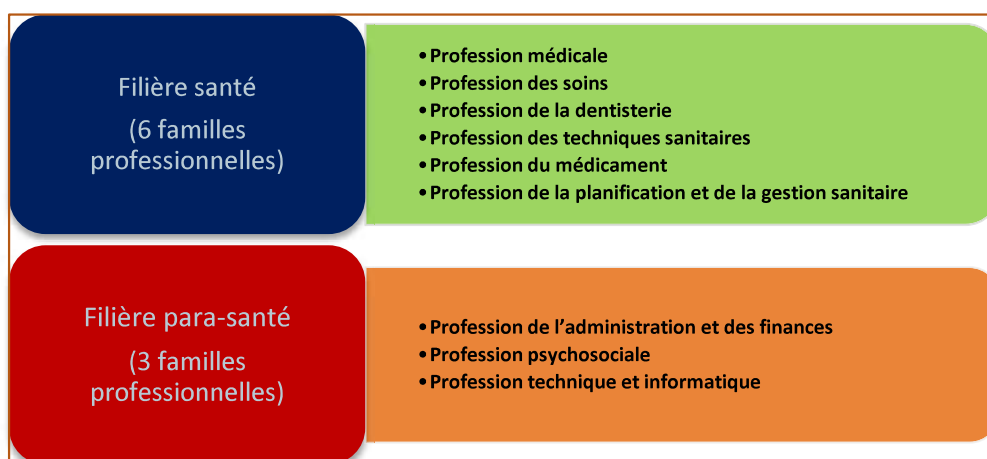
3.7.2 Professionnalisation de la fonction RH

L'absence de visibilité sur la carrière est l'une des problématiques majeures du système sanitaire haïtien contribuant à la démotivation des personnels de santé et aux interférences externes dans la GRH. Pour corriger cet état de fait, la DRH s'est engagée dans la professionnalisation de la fonction RH en Haïti en développant le Profil de Carrière des Emplois de Santé (PCES) de septembre 2016 à août 2017.

Le profil de carrière définit par avance et ce dans un cadre organisé, la trajectoire professionnelle prévisionnelle des emplois au sein du ministère. Son existence améliore le sentiment de sécurité (visibilité sur la carrière dans le long terme), d'équité, de justice sociale et participe ainsi à la rétention du personnel grâce aux perspectives qu'il offre. L'outil a fait naître un réel espoir dans la GRH si l'on se réfère à tout l'intérêt qu'il a suscité auprès des décideurs du MSPP et de l'OMRH lors de sa présentation en juillet 2017. Il a contribué à inspirer un projet beaucoup plus ambitieux d'élaboration d'un Répertoire des Métiers de la Fonction Publique en Haïti.

Le PCES a défini 6 familles professionnelles dans la filière santé et 3 familles professionnelles dans la filière para-santé (figure 14) au sein desquelles les personnels pourront évoluer selon une carte de mobilité

Figure 9: Aperçu des filières et familles professionnelles du Profil de Carrière des Personnels de Santé



3.7.3 Opérationnalisation du Système d'Évaluation de la Performance (SYSEP)

L'évaluation de la performance est l'un des aspects essentiels des réformes initiées par l'OMRH dans le but de rendre compétitif l'appareil administratif de l'Etat. Elle s'inscrit dans un processus de réingénierie institutionnelle incluant la réorganisation des services, la modernisation de la carrière et la reconnaissance du travail des fonctionnaires. Le cadre institutionnel du SYSEP repose sur l'arrêté du 19 septembre 2014 qui en fixe le mécanisme.

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

Dans une vision d'extension progressive, le SYSEP a été initié dans des directions centrales du MSPP (DRH, DPSPE⁶⁵, UEP, DFPSS, DOSS, UCNPV⁶⁶, DSI) et dans le Département Sanitaire du Nord-Est. Spécifiquement, le SYSEP fournit au MSPP les bases pour tendre vers des mécanismes innovants de financement des RHS à travers l'achat de prestations. Déjà un projet de FBR (Financement Basé sur le Résultat) est en cours au Ministère dans des institutions sanitaires de 7 départements sanitaires (Centre, Grand-Anse, Nippes, Nord, Nord-Est, Nord-Ouest, Sud).

3.8 Analyse de la situation des ASCP

3.8.1 Cadre de gestion

L'opérationnalisation du modèle d'organisation de Soins de Santé Communautaire basé sur les ASCP présenté au point 2.2.2.2 (page 27) relève de la compétence du Service de Santé Communautaire (SSC) de la DPSPE du MSPP. Nouvellement créé, ce service a besoin d'un renforcement de capacité pour faire face à sa mission.

3.8.2 Rôle et responsabilité des ASCP

Placé sous la supervision directe d'une Auxiliaire-infirmière polyvalente (AIP), l'ASCP assume les responsabilités suivantes :

- ◆ participer à l'organisation des services communautaires
- ◆ faire la promotion de la santé et de l'hygiène au niveau de la communauté
- ◆ participer aux services relatifs aux différents programmes prioritaires: Santé de la reproduction, Santé infantile, maladies infectieuses, etc.
- ◆ participer à la prise en charge des urgences et des désastres.
- ◆ réaliser certains actes de prévention lorsque les normes des programmes le permettent, tels que la vaccination, le dépistage de la malaria et du VIH/SIDA

En dehors des matrones formées pour apporter une assistance dans le cadre des accouchements non institutionnels⁶⁷, l'avènement des ASCP s'est accompagné d'une suppression des agents verticaux. Cependant, dans un contexte d'intégration des programmes prioritaires au niveau communautaire, ce changement requiert de la part des ASCP un niveau d'efforts considérables compte tenu de l'ensemble des tâches à accomplir dans le respect des normes et standards de qualité, notamment en ce qui a trait au programme VIH.

3.8.3 Etat des lieux en juin 2017

Le tableau 9 résume la situation d'activité des ASCP du pays au 30 juin 2017.

⁶⁵ DPSPE : Direction de Promotion de la Santé et de Protection de l'Environnement

⁶⁶ UCNPV : Unité Nationale de Coordination du Programme Elargi de Vaccination

⁶⁷ Manuel de Normes en Santé Maternelle révisé, DSF, MSPP

Tableau 9 : Synthèse de la situation des ASCP du pays en juin 2017

Variables	Données
Besoins du pays	6,550
Besoins couverts	3,036
Ecart	3,514
Nbre d'ASCP formés non encore intégrés	1,095
Nbre d'ASCP restant à former	2,419

Source: données administratives, SSC, DPSPE

Les problématiques clés au niveau des ASCP se présentent comme suit :

- ◆ Sur le terrain, il se pose un problème de coordination entre le point focal RH et le point focal Santé communautaire départemental pour la gestion des ASCP. Une clarification du rôle de chacun de ces deux acteurs est nécessaire : le point focal RH pour la gestion administrative et le point focal sante communautaire pour la gestion technique.
- ◆ En dehors des derniers recrutements opérés par le Ministère, les ASCP ne pas enregistrés dans le SIGRH alors qu'ils font partie des ressources humaines de santé.
- ◆ Une cartographie complète est nécessaire pour établir la situation des ASCP du pays et répondre clairement aux questions suivantes :
 - Qui sont les ASCP ?
 - Combien sont-ils ?
 - Où sont –ils ?
 - Qui les paie ?
- ◆ A date, aucun département sanitaire n'est couvert à 100% et même dans les départements sanitaires présentant une bonne couverture, il conviendra de mener une analyse plus fine à partir du lieu de provenance de l'ASCP. Il est essentiel que l'ASCP procède de la communauté où il exerce.
- ◆ Dans la situation actuelle, quasiment 75% des ASCP en activité sont payés par les bailleurs, ce qui pose le problème de la pérennité du financement. Sur l'exercice fiscal 2017/2018, l'Etat a dégagé des moyens exceptionnels pour la régularisation (transfert sur le budget de l'Etat) de la situation de 1,164 ASCP.
- ◆ Le coût de la formation d'un ASCP est de 55,000 HTG soit environ 850 \$ US ;
- ◆ Il existe une diversité de statuts qui porte en soi des germes de problèmes :
 - les agents formés non intégrés se retrouvent comme des électrons libres dans la communauté. Dès lors, le risque qu'ils opèrent à leur propre compte en s'érigeant en professionnels de santé n'est pas à écarter ;

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

- cette situation d'attente peut être source de déperdition, alors qu'il y a eu déjà un investissement important pour la formation ;
- ces agents mettent constamment la pression sur l'Etat à travers des manifestations plus ou moins violentes pour réclamer leur intégration ;
- les cessations de contrats à la fin des projets sont à la base d'interruption de services avec pour conséquence une rupture dans la continuité de soins.

L'analyse des statuts d'activités des ASCP indique une instabilité dans l'emploi avec pour conséquence des ruptures dans la continuité du service, justifiant ainsi la nécessité de garantir une source de financement pérenne.

B. SYNTHÈSE DES PROBLÈMES ET PRIORITÉS

3.9 Résumé des forces et faiblesses/défis et priorités

Au terme de l'analyse situationnelle, les principales forces, faiblesses, défis et priorités qui se dégagent dans les différents domaines de gestion des RHS en rapport avec la mise en place d'un cadre de développement durable des RHS sont résumés dans le tableau 9

Tableau 10 : Synthèse des forces et faiblesses / défis et priorités du domaine des RHS

DOMAINES	FORCES	FAIBLESSES	DEFIS/PRIORITES
Gouvernance du domaine des RHS	Existence d'un document de Politique Nationale de Santé et d'un Plan Directeur de santé 2012-2022 qui ont fixé les orientations pour la gestion des RHS	Inexistence d'un document de politique des RHS	Elaboration d'un document de politique des RHS du pays
	Existence d'une instance de haut niveau (OMRH) rattachée à la Primature en charge de la définition des politiques publiques en matière de gestion des ressources humaines de l'Etat	Besoin de restructuration de la DRH selon le cadre général tracé par l'OMRH et le mandat spécifique de la santé	♦ Elaboration d'une nouvelle structure organisationnelle beaucoup plus conforme au mandat de la DRH dans le secteur de la santé ♦ Renforcement des capacités de la DRH restructurée
		Absence de cadre de coordination interne au MSPP	Instauration d'une conférence annuelle de planification/programmation des effectifs
		Absence d'un cadre de coordination étendue aux parties prenantes externes	Mise en place d'un comité multisectoriel de pilotage du domaine des RHS avec l'ensemble des parties prenantes
		Attrition des personnels de santé	Elaboration de Comptes Nationaux des Personnels de Santé pour aider à bâtir les RHS du futur
Système d'information des RHS	SIGRH fonctionnel	décentralisation insuffisante de la gestion	Maintien à jour de la base de données et réalisation du contrôle-qualité
		Non prise en compte des données du secteur privé dans le SIGRH	Mise en place de l'observatoire du domaine des RHS en Haïti
		Problème de cohabitation SIGRH MSPP/ OMRH (interministériel). Ce dernier ne prenant pas en compte certains employés du MSPP non payés sur le budget de l'Etat (Exemple : contractuels bailleurs).	Evolution du SIGRH/MSPP vers une base de données regroupant les secteurs public et privé dans le cadre de l'Observatoire
Management des RHS	Existence de normes d'allocation RH	Difficulté d'application des normes du fait de la disparité des plateaux techniques	Détermination des besoins réels des institutions sanitaires à partir de l'outil WISN
	Développement du profil de carrière des emplois de Santé (PCES)	Non prise en compte des personnels administratifs dans le profil de carrière développé	♦ Utilisation du PCES pour la réforme du statut des personnels de santé ♦ Complètement du PCES en y rajoutant celui des personnels

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

DOMAINES	FORCES	FAIBLESSES	DEFIS/PRIORITES
			administratifs à caractère interministériel en collaboration avec l'OMRH
	Opérationnalisation du Système d'Evaluation de la Performance (SYSEP)	Processus limité à quelques directions centrales et à une Direction départementale de la santé	◆ Généralisation du SYSEP à l'ensemble du Ministère à travers un Plan de mise à échelle ◆ Application : Utilisation du SYSEP pour accroître le financement des RHS à travers l'achat de prestation
Formation et développement professionnel	Existence d'un système de reconnaissance des écoles d'infirmières	◆ Problème de Pérennisation du financement ◆ Processus limité uniquement aux écoles d'infirmières	Mise en place du Système d'Assurance-Qualité de la Formation en Haïti (SAQF-H) étendue à l'ensemble des filières des professionnels de santé
	Existence d'une instance de formation en administration de la santé	Filière d'administration de la santé non encore systématisé pour les professionnels exerçant à des postes gestionnaires	Professionnalisation de la gestion hospitalière
	Existence d'un cadre réglementaire de la formation continue		Elaboration du Plan d'Action de Formation et de Perfectionnement (PAFP) du Ministère
	Existence de bourses d'études	Problème de transparence dans l'allocation des bourses	Mise en place d'une Commission d'Octroi des Bourses (COB)
Financement des RHS	Recrutement régulier de personnels de santé	◆ 1/3 des effectifs du MSPPP repose sur des personnels contractuels et 21% de ses effectifs sont payés par des bailleurs ◆ Problème de pérennisation du financement des personnels de santé payés par les bailleurs	Elaboration d'un plan d'absorption des contractuels sur le budget de l'Etat
		Paradoxe du chômage des RHS tandis que le déficit pour la couverture de la population est énorme	Prise de mesures exceptionnelles pour accroître le recrutement des personnels de santé
	Expérience de PBF	Expérience limitée à 6 départements sanitaires	Développement de mécanismes innovants pour accroître le financement des RHS sans déséquilibrer la grille salariale de l'Etat
Utilisation des RHS/exercice des professions de santé	Existence de norme d'allocation RHS basé sur le PES	◆ Non-respect des normes d'allocation ◆ Mauvaise répartition dans la structure des effectifs par catégorie professionnelle	Révision des standards et priorités pour un recrutement adéquat des RHS
	Existence de professionnels qualifiés pour l'opérationnalisation du PES	Mauvaise répartition géographique des personnels de santé	Développement d'un plan de rétention en zone rurale et ou d'accès difficiles
	Existence d'association professionnelle dynamique,	Cadre légal de régulation des professions de santé non	◆ Régulation de la pratique professionnelle

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

DOMAINES	FORCES	FAIBLESSES	DEFIS/PRIORITES
	reconnues, impliquées dans le dialogue social	encore adopté : inexistance des ordres professionnels	♦ Promotion de l'éthique et la déontologie dans l'exercice des professions de santé
Gestion des ASCP	Existence d'un modèle de soins de santé communautaire basé sur les ASCP	Gap important en ASCP à couvrir	Opérationnalisation du modèle par le déploiement des ESF sur toute l'étendue du territoire
	Forte implication des bailleurs dans le financement des ASCP	Proportion importante des ASCP payée par les bailleurs	Elaboration d'un plan d'absorption des ASCP
	Volonté politique exprimée par la suppression des agents verticaux		Révision du rôle et responsabilités des ASCP pour prendre en charge l'ensemble des interventions des programmes prioritaires (VIH, Malaria, TB.)

3.10 Contraintes et opportunités

Certaines contraintes/menaces ou opportunités pouvant impacter la mise en œuvre du présent plan méritent d'être signalés.

3.10.1 Contraintes/menaces

- ♦ Mise aux normes des infrastructures sanitaires conformément au PES
- ♦ Rotation rapide à la tête des institutions du MSPP

3.10.2 Opportunités

- ♦ Dynamique internationale et régionale avec la stratégie mondiale des RHS 2030 et la stratégie régionale CARICOM
- ♦ Engagements internationaux pour le financement des RHS : dans le cadre de la stratégie mondiale, d'ici à 2030, tous les pays de l'OCDE doivent démontrer qu'ils allouent au moins 25 % de l'aide au développement destinée à la santé aux ressources humaines pour la santé.

CHAPITRE IV :
CADRE STRATEGIQUE DU PSDRHS-H 2030

CHAPITRE IV

CADRE STRATEGIQUE DU PSDRHS-H 2030

4.1 Politique de gestion des Ressources Humaines pour la santé

Haïti ne dispose pas encore d'un document de politique de gestion des ressources humaines pour la santé. Dans la situation actuelle, les RH sont gérés suivant le cadre général tracé par l'OMRH⁶⁸. Cependant relativement au domaine spécifique de la santé, le pays a adopté en juillet 2012 un document de Politique National de Santé (PNS) suivi d'un Plan Directeur de Santé (PDS) 2012-2022. Ces documents donnent des repères sur l'orientation de la gestion des RHS.

La vision de la PNS est énoncée comme suit « 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 ».

La contribution du domaine des ressources humaines à la réalisation de cette vision a été clairement énoncée dans le PDS dans sa composante 1 relative au renforcement de la gestion des services de santé et de ressources disponibles pour la santé. Il s'agira d'assurer "la production et le développement de ressources humaines adaptées au paquet essentiel de services et au niveau de gouvernance requis".

De ce fait, la stratégie de développement des ressources humaines en Haïti devrait prendre en compte les axes d'interventions ci-après relevés dans la PNS et le PDS :

- ◆ planification de la main d'œuvre en santé pour l'opérationnalisation du PES
- ◆ développement du système d'information
- ◆ régulation de l'exercice des professions de santé
- ◆ accréditation des institutions de formation des professionnels de santé
- ◆ standardisation de la formation des professionnels de santé
- ◆ rationalisation de la rétribution sur le territoire national
- ◆ création de conditions et de cadre de travail pour une productivité optimale
- ◆ promotion de la formation continue
- ◆ promotion de l'évaluation de la performance

⁶⁸ Voir Manuel de politiques, normes et procédures de gestion des ressources humaines, OMRH, décembre 2014

4.2 Vision

Au regard de la vision du PNS qui couvre les 25 prochaines années à compter de 2012, la vision de la stratégie de développement des RHS 2030 pour Haïti est formulée comme suit : *" A l'horizon 2030, le système sanitaire haïtien est doté de ressources humaines suffisantes, compétentes et performantes conformément aux standards d'une gestion rationnelle des ressources humaines à l'effet de garantir l'offre de soins et de services de qualité à la population "*. Cette vision est la déclaration de politique de la DRH.

4.3 Objectifs

4.3.1 Objectif général :

En prenant en compte les différents jalons de la marche vers l'atteinte des cibles de la stratégie mondiale 2030 en Haïti, l'objectif général de l'étape 1 relative à la mise en place du cadre pour le développement durable des RHS, consistera à : *développer les mécanismes et outils de rationalisation de la gestion pour améliorer durablement, quantitativement et qualitativement, la disponibilité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, de RHS résilientes, motivées, bien soutenues et bien réparties sur le territoire national.*

4.3.2 Objectifs spécifiques

Ils sont au nombre de six (6) :

- ◆ Renforcer la gouvernance et le leadership du domaine des RHS
- ◆ Promouvoir la prise de décision sur des bases factuelles
- ◆ Renforcer la formation en sciences de la santé de manière à garantir la production de RHS qualifiés et le développement professionnel des travailleurs de santé
- ◆ Moderniser le management des RHS
- ◆ Améliorer la rétention du personnel par la création de conditions de travail décent et attractif
- ◆ Appuyer le déploiement des Equipes Santé Familiale sur tout le territoire national

Ces objectifs spécifiques définissent les axes d'intervention stratégique

4.4 Axes d'interventions

En se référant au Tableau 9 (page 52 à 54) relative à la synthèse des problèmes et priorités, les interventions clés à prendre en compte par axe d'intervention de la stratégie se déclinent de la manière suivante dans ce qui suit.

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

Axe stratégique 1 : Amélioration de la gouvernance et du leadership du domaine des RHS

Interventions clés

- ◆ Mise en place d'un cadre de coordination multisectoriel de la politique de développement des RHS en Haïti avec l'ensemble des parties prenantes
- ◆ Elaboration du document de politique des RHS
- ◆ Elaboration d'un plan pluriannuel d'allocation en ressources humaines de santé pour l'opérationnalisation du PES y compris les ASCP
- ◆ Mise en place de l'Observatoire National des Personnels de Santé de Haïti (ONPS-H)
- ◆ Réalisation des Comptes Nationaux des Personnels de Santé pour bâtir les RHS du futur
- ◆ Renforcement des capacités de la DRH et des services RH déconcentrés
- ◆ Révision des textes régissant le domaine des RHS
- ◆ Conduite des réflexions pour la dotation du secteur sanitaire d'un statut particulier
- ◆ Régulation de la pratique professionnelle dans le secteur de la santé

Axe stratégique 2 : Promotion de la prise de décision sur des bases factuelles

Interventions clés

- ◆ Réalisation du contrôle–qualité du SIGRH
- ◆ Décentralisation de la gestion du SIGRH
- ◆ Extension du SIGRH au secteur privé
- ◆ Production du Rapport Annuel de Gestion des Ressources Humaines de Santé (RAG-RHS)
- ◆ Renforcement de la logistique du SIGRH et la sécurisation de la base de données

Axe stratégique 3 : Renforcement de la formation en sciences de la sante de manière à garantir la production de RHS qualifiés et le développement professionnel des travailleurs de santé

Interventions clés

- ◆ Mise en place du Système d'assurance qualité de la formation des professionnels de santé en Haïti (SAQF-H)
- ◆ Définition du profil des professionnels de santé correspondant aux besoins du système sanitaire
- ◆ Informatisation du mécanisme d'organisation des examens d'État
- ◆ Professionnalisation de la gestion hospitalière

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

- ◆ Elaboration du Plan d'Action de Formation et de Perfectionnement (PAFP) des employés du Ministère
- ◆ Rationalisation de la gestion des bourses
- ◆ Renforcement des capacités institutionnelles des structures impliquées dans la gestion de la formation (DFPSS, CIFAS)

Axe stratégique 4 : Modernisation du management des RHS

Interventions clés

- ◆ Professionnalisation de la fonction RH au MSPP
- ◆ Opérationnalisation du Système d'Evaluation de la Performance (SYSEP)
- ◆ Détermination des besoins réels des institutions sanitaires à partir de l'outil WISN
- ◆ Institutionnalisation du Profil de Carrière des Emplois de Santé (PCES)
- ◆ Elaboration du profil de carrière des emplois administratifs

Axe stratégique 5 : Amélioration de la rétention du personnel par la création de conditions de travail décent et attractif

Interventions clés

- ◆ Amélioration de la protection sociale des travailleurs de santé
- ◆ Identification de mécanismes innovants pour accorder des incitatifs aux personnels de santé
- ◆ Conduite d'une étude sur la migration internationale des personnels de santé
- ◆ Elaboration du plan de rétention des professionnels de santé en zone difficile
- ◆ Elaboration du plan d'absorption des contractuels bailleurs du MSPP

Axe stratégique 6 : Appui au déploiement des Equipes Santé Familiale sur le territoire national

Interventions clés

- ◆ Renforcement des capacités du service de santé communautaire
- ◆ Réalisation de la cartographie des ASCP
- ◆ Elaboration du plan d'absorption des ASCP

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

- ◆ Révision du rôle et des responsabilités des ASCP pour la prise en charge intégrée des activités des programmes prioritaires notamment le programme VIH
- ◆ Opérationnalisation des ESF sur tout le territoire national

L'ensemble de ces interventions sont structurées dans un Plan de Mise en Œuvre (PMO) de la stratégie.

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

4.1 Plan de mise en œuvre (PMO) de la stratégie de développement des RHS en Haïti dans sa phase 1

OBJECTIFS	ACTIONS	INDICATEURS	RESPONSABLES / PARTENAIRES CLÉS	CALENDRIER D'EXECUTION					COUT (en milliers de HTG)
				2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	
AXE STRATEGIQUE 1 : RENFORCEMENT DE LA GOUVERNANCE ET DU LEADERSHIP DU DOMAINE DES RHS									
1.1. Mettre en place un cadre de coordination multisectoriel de la politique de développement des RHS en Haïti sous le leadership de la DRH/MSPP	1.1.1. Réalisation de la cartographie des parties prenantes du domaine des RHS	Cartographie des PP du domaine des RHS	DRH, UEP						30,689
	1.1.2. Opérationnalisation du cadre de la coordination multisectorielle à travers le Comité Multisectoriel de la Politique de Développement des RHS (CMPD/RHS)	Feuille de route du CMPD/RHS	DRH, HI						1,380
	1.1.3. Réalisation d'une enquête de faisabilité sur la mise en place de l'Observatoire National des RHS en Haïti ⁶⁹	Rapport d'enquête	DRH, UEP						4,630.5
	1.1.4. Elaboration d'un document de politique des RHS d'Haïti	Document de Politique RHS	DRH, OMRH						10,085
	1.2.1. Identification des besoins en RHS des institutions sanitaires selon la charge de travail à partir de l'outil WISN	Catalogue des besoins RHS	DRH, UEP DC, DDS, IS						49,080
1.2. Renforcer le cadre de la planification stratégique des RHS et programmer les effectifs au MSPP pour la dotation des institutions sanitaires en RHS dont elles ont besoin pour l'opérationnalisation du PES	1.2.2. Elaboration du plan pluriannuel des besoins en RHS du pays	Plan pluriannuel des RHS	DRH, DAB, UEP						600
	1.2.3. Programmation annuel des effectifs pour la dotation en RHS des institutions sanitaires	Plan annuel de dotation des IS en RHS	DRH, DC, DDS, IS DAB, UEP						PM
	1.2.4. Mobilisation des ressources	Ressources attendues mobilisées	DRH, DAB, UEP, HI, OMRH, MEF, PTF						PM
	1.2.5. Organisation des recrutements	Nombres d'agents recrutés par catégorie	DRH, OMRH						PM
	1.2.6. Réalisation des Comptes Nationaux des Personnels de Santé d'Haïti (CNPS-H)	Document CNPS-H édité	DRH, UEP						6,255
	1.3.1. Constitution du répertoire des textes légaux et réglementaire du domaine des RHS	Index des textes du domaine des RHS	DRH, UJ, OMRH						760

⁶⁹ Selon les résultats de l'enquête, la DRH soumettra un projet de mise en place d'un Observatoire des RHS-Haïti.

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

OBJECTIFS	ACTIONS	INDICATEURS	RESPONSABLES / PARTENAIRES CLÉS	CALENDRIER D'EXECUTION					COUT (en milliers de HTG)
				2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	
1.3. Renforcer le cadre légal et réglementaire régissant le domaine des RHS	1.3.2. Mise à jour des textes légaux et réglementaires du domaine des RHS	Index actualisé	DRH, UJ, OMRH						2,585
	1.3.3. Diffusion des textes légaux et réglementaires du domaine des RHS	Disponibilité des textes pertinents sur le site Web, dans les DC, DD, IS	DRH, UJ, CIFAS						920
1.4. Renforcer la structure organisationnelle de la DRH et ses démembrements du niveau déconcentré en prenant en compte les orientations de l'OMRH et la mission spécifique du secteur de la santé	1.4.1. Evaluation des besoins en Ressources (Humaine, matérielle, financière, logistique et infrastructurelle) nécessaires à la DRH et les services RH déconcentrés pour l'optimisation de la GRH	Rapport d'évaluation	DRH, DD						875
	1.4.2. Allocation de ressources à la DRH et aux services RH déconcentrés selon les besoins identifiés pour l'optimisation de la gestion des RHS	Plan d'allocation de ressources	DRH, DAB, UADS, DDS, PTF						PM
	1.4.3. Développement et mise en œuvre d'un plan de renforcement des capacités de gestion de la DRH et des services RH déconcentrés	Plan de renforcement de capacité de gestion	DRH, DFPSS, CIFAS, DDS, PTF						920
	1.4.4. Élaboration du Manuel de procédures de Gestion des RHS du MSPP	Manuel de procédure disponible	DRH, DDS, DC, IS, OMRH						1,085
1.5. Mener les réflexions pour la dotation du secteur sanitaire d'un statut particulier	1.5.1. Conduite de consultations en vue de la mise en place de statut particulier du secteur de la santé en Haïti	Etude réalisée	DRH, UEP, UJ, HI, OMRH						1,137.5
	1.5.2. Elaboration du projet de texte sur le statut particulier du secteur de la santé	Projet de texte de statut particulier élaboré	DRH, UEP, UJ, HI, OMRH						627.5
	1.5.3. Plaidoyer pour l'adoption du texte de statut particulier	Texte de statut particulier adopté	DRH, HI, OMRH, Parlement						PM
	1.5.4. Mise en œuvre des réformes pour la mise en place du statut particulier pour le secteur de la santé	Plan des Réformes	DRH, UEP, HI						703.5
	1.5.5. Suivi et évaluation des réformes	Plan de S&E des Réformes	DRH, UEP, HI						1,935
1.6. Réguler la pratique professionnelle dans le secteur de la santé	1.6.1. Plaidoyer pour la mise en place effective des ordres professionnels	Textes des Ordres professionnels publiés	DRH, HI, DSI, Associations professionnelles, Parlement						645
	1.6.2. Elaboration du code d'éthique et de déontologie des pratiques professionnelles	Code d'éthique élaboré	Ordres et Associations professionnelles						275

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

OBJECTIFS	ACTIONS	INDICATEURS	RESPONSABLES / PARTENAIRES CLÉS	CALENDRIER D'EXECUTION					COUT (en milliers de HTG)
				2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	
1.7 Renforcer le cadre de suivi-évaluation du Plan Stratégique de développement des RHS	1.6.3. Organisation de la délégation de tâches ou task shifting/task sharing en vue de l'opérationnalisation du PES	Protocole défini selon les tâches déléguées	DRH, Programmes de santé concernés Ordres et Associations professionnelles						1,275
	1.6.4. Production et publication en collaboration avec les associations médicales de l'annuaire des praticiens spécialistes du pays reconnus	Annuaire publié	DRH, DFPSS, Associations professionnelles						950
	1.6.5. Développement du Partenariat-Public-Privé (PPP)	Convention de PPP rédigée	HI, DRH, UEP, UJ						605
	1.7.1. Diffusion du PSDRHS-H	Rapport de diffusion	DRH, UEP						1,390
	1.7.2. Elaboration du plan de Suivi-Evaluation du PSDRHS-H	Plan de S&E disponible	DRH, UEP						570
SOUS TOTAL AXE 1	1.7.3. Elaboration et mise en œuvre des plans opérationnels budgétisés du PSDRHS-H	PO budgétisés élaborés	DRH, UEP, DAB						PM
	1.7.4. Organisation d'une revue-bilan à mi-parcours de la mise en œuvre du PSDRHS-H	Rapport de Revue-bilan de mi-parcours	HI, DRH, UEP, DC et DDS, OMRH, MEF						1,845
	1.7.5. Evaluation finale du PSDRHS-H	Rapport d'évaluation finale du PSDRHS-H disponible	Haute instance DRH/MSPP UEP/MSPP						1,845
123,773,000									
AXE STRATEGIQUE 2 : PROMOTION DE LA PRISE DE DECISION SUR DES BASES FACTUELLES									
2.1. Améliorer la complétude et la qualité de la base de données pour la production d'évidences sur les RHS	2.1.1. Evaluation de la complétude du SIGRH et enregistrement des employés contractuels payés par bailleurs manquants	Rapport d'évaluation de la complétude du SIGRH	DRH, CIFAS, ONG, PTF						1,825
	2.1.2. Réalisation de l'interopérabilité du SIGRH/MSPP au SIGRH/OMRH et aux autres systèmes d'information du MSPP	Systèmes d'information interconnectés	DRH, CIFAS, OMRH, Firme						PM
	2.1.3. Renforcement des capacités de la DRH et des Services RH départementaux à l'utilisation du SIGRH/MSPP	Plan de renforcement des capacités à l'utilisation du SIGRH	DRH, CIFAS, Firme						275
	2.1.4. Organisation du contrôle-qualité du SIGRH à travers les revues périodiques	Rapport de Revue RH	DRH et réseau national RH						2,105

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

OBJECTIFS	ACTIONS	INDICATEURS	RESPONSABLES / PARTENAIRES CLÉS	CALENDRIER D'EXECUTION					COUT (en milliers de HTG)
				2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	
2.2. Renforcer la logistique du SIGRH et la sécurisation de la base de données	2.1.5. Production du Rapport Annuel de Gestion des Ressources Humaines de Santé (RAG-RHS)	Rapport Annuel de GRH (RAG-RHS) disponible	DRH, UEP						750
	2.1.6. Intégration des données sur les RHS du privé dans le SIGRH	SIGRH intégré	DRH, Organisations du Secteur privé						670
	2.2.1. Dotation de la DRH et des Services RH déconcentrés d'un plan d'internet adapté pour la gestion du SIGRH	Plan internet de la DRH et des Services RH/DDS	DRH, DDS						PM
	2.2.2. Révision du circuit informatique de la DRH et renforcement du système de réseautage des appareils	Nouveau Système IT de la DRH avec un Serveur	DRH, CIFAS						PM
2.2. Renforcer la logistique du SIGRH et la sécurisation de la base de données	2.2.3. Renforcement de la décentralisation du SIGRH afin de l'étendre aux institutions sanitaires puis aux employés	SIGRH décentralisé aux IS et aux employés	DRH, CIFAS, Firme						PM
	2.2.4. Installation à la DRH d'un système de Gestion Electronique de Dossier (GED) relié à la Haute Instance	Système GED de la DRH	DRH, CIFAS, HI						PM
Sous Total Axe 2									5,625,000
AXE STRATEGIQUE 3 : RENFORCEMENT DE LA FORMATION EN SCIENCES DE LA SANTE DE MANIERE A GARANTIR LA PRODUCTION DE RHS QUALIFIES ET LE DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL DES TRAVAILLEURS DE SANTE									
3.1. Mettre en place un Système d'assurance qualité de la formation des professionnels de santé en Haïti (SAQF-H)	3.1.1. Elaboration/Actualisation des outils et mécanismes de reconnaissance des institutions de formation en sciences de la Santé (IFSS)	Système de Reconnaissance/IFSS	DFPSS, DSI, DOSS, CIFAS, IFSS						990
	3.1.2. Mise en œuvre du mécanisme de reconnaissance des institutions de formation	Plan de MEO du système de reconnaissance	DFPSS, CIFAS, IFSS						1,607
	3.1.3. Informatisation du système de reconnaissance des institutions de formation et des processus de la DFPSS	Plateforme informatisée DFPSS	DFPSS, DAB, CIFAS						330
	3.1.4. Constitution/Mise à jour d'une base de données des diplômés des institutions de formation reconnues	Base de données des diplômés/IFSS	DFPSS, DG, DSI, IFSS						PM
	3.1.5. Renforcement des capacités matérielles et logistiques de la DFPSS	Plan de renforcement des capacités DFPSS	DFPSS, DAB, PTF						PM
3.2. Renforcer la régulation de la délivrance des licences	3.2.1. Révision du cadre Institutionnel du service social et de la résidence hospitalière	Cadre du service social et de la résidence hospitalière révisé	DFPSS, SJ, DRH, DSI, DDS, HU, IFSS						4,275

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

OBJECTIFS	ACTIONS	INDICATEURS	RESPONSABLES / PARTENAIRES CLÉS	CALENDRIER D'EXECUTION					COUT (en milliers de HTG)
				2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	
professionnelles et des permis d'exercer	3.2.2. Définition du profil des professionnels de santé correspondant aux besoins du système sanitaire	Profil type par catégories professionnelles	DFPSS, DOSS, UEP, DRH, CIFAS, DSI, IFSS						607,5
	3.2.3. Informatisation du mécanisme d'organisation des examens d'Etat	Dispositif informatisé des examens d'Etat	DFPSS, DSI, IFSS, DRH, CIFAS, HI						1,215
	3.2.4. Informatisation du système de certification et d'enregistrement des professionnels de santé	Dispositif informatisé de certification	DFPSS, DSI, IFSS, DRH, CIFAS, HI						810
	3.2.5. Standardisation de la procédure d'homologation des diplômes des professionnels de santé obtenue à l'étranger et de délivrance des permis d'exercer	Procédure standardisée							PM
	3.2.6. Constitution/Actualisation de la base de données des licences professionnelles et permis d'exercer délivrés	Base de données des licences et permis d'exercer	DFPSS, DSI, IFSS						PM
	3.3.1. Evaluation des besoins en spécialités cliniques et paracliniques pour répondre aux besoins du système sanitaire	Rapport d'évaluation des besoins en spécialités cliniques et paracliniques	DRH, UEP, DFPSS, DSI, LNSP, DOSS, HU/HS, IFSS						PM
Objectif 3.3. Comblent les besoins en spécialités médicales, paramédicales et soins infirmiers (spécialités cliniques) pour la couverture universelle en santé	3.3.2. Elaboration et mise en œuvre d'un plan de formation en spécialistes médicaux, paramédicaux et en soins infirmiers afin de combler les besoins du système sanitaire	Plan de Formation	DRH, UEP, DFPSS, DSI, LNSP, DOSS, HU/HS, IFSS						PM
	3.4.1. Evaluation des besoins en compétences d'ordre managérial dans la gestion des hôpitaux	Rapport d'évaluation des besoins en compétences d'ordre managérial	DRH, UEP, DFPSS, DSI, CIFAS, DOSS, HU/HS						PM
	3.4.2. Redynamisation du dispositif de la formation en gestion hospitalière	Filière de formation en gestion hospitalière opérationnelle	DRH, UEP, DFPSS, DSI, CIFAS, DOSS, HU/HS						607,5
	3.4.3. Renforcement des capacités infrastructurelles, matérielles et logistiques du CIFAS	CIFAS réhabilité	CIFAS, DAB						7,084.62
3.4. Professionnaliser la gestion hospitalière	3.4.4. Elaboration et mise en œuvre du plan de formation continue en gestion hospitalière	Plan de formation continue en gestion hospitalière	DFPSS, DRH, CIFAS						PM
	3.5.1. Mise en place du mécanisme d'identification des besoins annuels de formation et de perfectionnement	Mécanisme du PAFP	DRH, DFPSS, DSI, CIFAS						PM
	3.5.2. Elaboration et budgétisation du Plan d'Action de Formation et de Perfectionnement (PAFP)	PAFP élaboré	DRH, DFPSS, DSI, DAB, CIFAS						37,5
	3.5.3. Mise en œuvre du plan	Rapport de mise en œuvre du PAFP	DFPSS, CIFAS						PM

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

OBJECTIFS	ACTIONS	INDICATEURS	RESPONSABLES / PARTENAIRES CLÉS	CALENDRIER D'EXECUTION					COUT (en milliers de HTG)
				2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	
3.6. Rationaliser la gestion des bourses	3.5.4. Suivi et évaluation du plan	Rapport de S&E/PAFP	DRH, UEP, DFPSS, DSI, CIFAS						PM
	3.6.1. Mise en place du cadre de coordination des bourses du secteur santé (Panier Commun des Bourses)	Charte du Panier commun des bourses	HI, DRH, UEP, DFPSS, DSI, CIFAS, IFSS, PTIF						280
	3.6.2. Définition des critères et conditions d'allocation des bourses du secteur santé	Critères et conditions d'octroi des bourses	HI, DRH, UEP, DFPSS, DSI, CIFAS						280
	3.6.3. Mise en place d'une Commission d'Octroi des Bourses (COB)	Feuille de route/COB	HI, DFPSS, DRH, UEP, DSI, CIFAS						PM
	3.6.4. Organisation des sessions d'étude de dossiers de demande de bourses	PV de jury/COB	DFPSS, DRH, UEP, DSI, CIFAS						PM
	3.6.5. Diffusion de la liste des récipiendaires de bourse	Liste publiée	DFPSS, DRH, CIFAS						PM
Objectif 3.7. Mobiliser les ressources pour la pérennisation du financement des filières de formation en sciences de la sante du ministère	3.6.6. Suivi des bénéficiaires de bourses et leur réintégration après formation	Rapport de suivi	DFPSS, DRH, CIFAS						PM
	3.7.1. Evaluation du cout du financement des filières de formation en sciences de la santé du Ministère	Rapport d'évaluation	DAB, UEP, DFPSS, DRH, DSI, CIFAS, IFSS						703.5
	3.7.2. Elaboration et mise en œuvre d'un plan pour garantir le financement des filières de formation en sciences de la santé du Ministère	Plan de financement des filières de formation	DAB, UEP, DFPSS, DRH, DSI, CIFAS, IFSS						PM
Sous total Axe 3									
AXE STRATEGIQUE 4 : MODERNISATION DU MANAGEMENT DES RSH									
4.1. Professionnaliser la fonction RH au MSPP	4.1.1. Élaboration et validation du profil de carrière des Emplois de Santé (PCES)	Profil de carrière des professionnels de santé	DRH, HI, OMRH, DC, DDS, HU/HS						2,821
	4.1.2. Production du REC plus en lien avec le profil de carrière	Manuel du REC plus	DRH, HI, OMRH, DC, DDS, HU/HS						8,404.5
	4.1.3. Révision de la grille salariale en prenant en compte le profil de carrière	Nouvelle grille salariale des professionnels de santé	HI, DRH, DAB, UEP, OMRH, MEF						3,643
	4.1.4. Institutionnalisation du profil de carrière	Texte instituant le Profil de carrière	OMRH, DRH, HI						PM
	4.2.1. Information/sensibilisation des Directeurs et chefs de service sur le SYSEP	Rapport de session d'information/sensibilisation	DRH, HI, OMRH, DC, DDS, HU/HS						PM

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

OBJECTIFS	ACTIONS	INDICATEURS	RESPONSABLES / PARTENAIRES CLÉS	CALENDRIER D'EXECUTION					COUT (en milliers de HTG)
				2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	
Objectif 4.2. Opérationnaliser le Système d'Evaluation de la Performance (SYSEP)	4.2.2. Encadrement des directeurs et chefs de Service à la conduite du SYSEP	% des entités du MSPP engagées dans le SYSEP	DRH, HI, OMRH, DC, DDS, HU/HS						1,600
	4.2.3. Elaboration/Suivi des indicateurs de performance des catégories professionnelles y compris les ASCP	Index des indicateurs de performance	DRH, UEP						PM
	4.2.4. Mise en place de la gestion électronique du SYSEP	SYSEP intégré dans le SIGRH	DRH, OMRH, CIFAS						230
	Sous total Axe 4								21,758,500
AXE STRATEGIQUE 5 : AMELIORATION DE LA RETENTION DU PERSONNEL PAR LA CREATION DE CONDITIONS DE TRAVAIL DECENT ET ATTRACTIF									
5.1. Améliorer la protection sociale des travailleurs de santé	5.1.1. Amélioration de l'accessibilité et de la qualité des prestations du programme d'auto-assurance aux employés	Rapport d'enquête de satisfaction	DRH, Fournisseur du Programme d'Auto-Assurance						5,737
	5.1.2. Amélioration du régime de retraite des personnels de la santé	Nouveau régime de retraite des personnels de santé							1,845
	5.2.1. Réalisation de la cartographie des zones difficiles	Rapport de cartographie	DRH, UEP, DOSS, DDS, IS						PM
5.2. Elaborer le plan de rétention des professionnels de santé en zone difficile	5.2.2. Définition du mécanisme de rétention des professionnels de santé en zone difficile	Mécanisme de rétention défini	HI, DRH, UEP, DOSS, DAB, DDS, IS, ONG, PTF, OMRH, MEF						1,165
	5.2.3. Elaboration et mise en œuvre du plan de rétention	Plan de rétention en zone difficile	HI, DRH, UEP, DOSS, DAB, DDS, IS, ONG, PTF, OMRH, MEF						PM
Objectif 5.3. Identifier des mécanismes innovants pour accorder des incitatifs aux personnels de santé	5.3.1. Plaidoyer pour l'application du régime de primes prévues dans la fonction publique	Régime de prime appliqué aux Personnels de santé	DAB, DRH, UEP, HI, OMRH, MEF						PM
	5.3.2. Définition des modalités d'octroi d'incitatifs aux personnels de santé y compris à travers le mécanisme du FBR	Régime des incitatifs payés aux personnels de santé	DAB, DRH, UEP, HI, OMRH, MEF, PTF						390
	Sous total axe 5								9,347,500
AXE STRATEGIQUE 6 : APPUI AU DEPLOIEMENT DES EQUIPES SANTE FAMILIALE (ESF) SUR TOUT LE TERRITOIRE NATIONAL									
Objectif 6.1. Renforcer le cadre de gestion et de	6.1.1. Renforcement du comité de pilotage et des organes de gestion des ASCP	Organes de gestion des ASCP renforcés	SSC/DPSPE, DRH, UADS						PM

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

OBJECTIFS	ACTIONS	INDICATEURS	RESPONSABLES / PARTENAIRES CLÉS	CALENDRIER D'EXECUTION					COUT (en milliers de HTG)
				2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	
Supervision des agents de santé communautaire polyvalents (ASCP)	6.1.2. Suivi/actualisation des référentiels ASCP	Référentiels actualisés des ASCP	SSC/DPSPE, DRH, UEP, DOSS, DFPSS, DSI, HI						2,500
	6.1.3. Renforcement des capacités des AI pour la supervision des ASCP	Rapport d'actualisation des compétences des AIP	SSC/DPSPE, DSI, DFPSS, DRH						7,410
	6.2.1. Réalisation de la cartographie des ASCP	Rapport de Cartographie ASCP	SSC/DPSPE, DRH, UEP, DOSS, DSI, UADS, DDS						1,280
Objectif 6.2. Appuyer la mise en place progressive des équipes santé familiales dans la perspective de la couverture totale du pays	6.2.2. Evaluation des besoins en RH pour l'opérationnalisation des ESF sur le territoire national	Plans départementaux ESF	SSC/DPSPE, DRH, UEP, DOSS, DSI, UADS, DDS						PM
	6.2.3. Pérennisation du financement des ASCP	% des ASCP payés sur le budget de l'état	SSC/DPSPE, DRH, DAB, UEP, DDS, OMRH, MEF						
	6.2.4. Mobilisation des autres RH (Médecins, Infirmières de santé communautaire, AIP) des plans départementaux ESF	% des autres RH/ESF mobilisés	SSC/DPSPE, DRH, DAB, UEP, DDS, OMRH, MEF						PM
Sous total axe 6									11,190,000
TOTAL GENERAL									218,455,288

Tableau 10: Synthèse du costing ses interventions par axe

AXES	COUT PAR AXE (en milliers de HTG)
AXE 1	123,773,000
AXE 2	5,625,000
AXE 3	18,267,120
AXE 4	21,758,500
AXE 5	9,347,500
AXE 6	11,190,000
COUT TOTAL	189,961,120
Inflation (15%)	28,494,168
COUT TOTAL (avec inflation)	218,455,288

CHAPITRE V :
SUIVI-EVALUATION DU PLAN

CHAPITRE V

SUIVI-EVALUATION DU PLAN

5.1 Principes de Mise en œuvre et mécanismes de suivi-évaluation

La mise en œuvre du Plan Stratégique de développement des RHS 2030 pour Haïti dans sa phase 1 (2018-2022) débutera véritablement après l'élaboration du plan opérationnel budgétisé et du plan de suivi/évaluation. Par la suite, l'organisation d'une table ronde des partenaires pour la mobilisation des ressources sera nécessaire. La phase de mise en œuvre du plan commencera avec la dissémination du plan à tous les acteurs concernés, puis par le renforcement des capacités opérationnelles des directions impliquées dans la gestion des RHS (DRH et les services RH déconcentrés, DFPSS, CIFAS, DPSPE/SSC notamment). Le suivi de la mise en œuvre des interventions se fera de façon périodique à travers des rapports de mise en œuvre des activités. L'évaluation du plan se fera à mi-parcours et à la fin de la période de mise œuvre.

5.2 Indicateurs de suivi

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du plan, deux types d'indicateurs seront utilisés pour mesurer l'efficacité de sa mise en œuvre : Les indicateurs de processus et les indicateurs de résultats. Les indicateurs de processus mesureront l'exécution effective des activités tandis que ceux des résultats mesureront le degré d'atteinte des objectifs.

Ces indicateurs seront clairement identifiés par le plan de suivi-évaluation qui précisera leur mode de calcul et de collecte.

Conclusion

Avec l'élaboration du présent Plan stratégique de développement des ressources humaines, couvrant la période 2018-2022, Haïti initie sa marche vers l'atteinte des cibles de la stratégie mondiale des ressources Humaines 2030. Le pays vient ainsi de se doter d'un outil majeur dans l'opérationnalisation du PES ; ce qui traduit la volonté des autorités de se donner les moyens de répondre aux besoins de santé de la population. Au-delà de ces aspects pratiques, c'est surtout l'alignement du pays sur la dynamique internationale en cours autour de la problématique des ressources humaines qu'il convient de relever.

Au demeurant, tout le processus d'élaboration du document montre un bel exemple de collaboration, à l'échelle d'un pays, pour le développement durable.

ANNEXES

ANNEXE 1 : PLAN PLURIANNUEL DE DOTATION EN RHS POUR L'OPERATIONNALISATION DU PES

SCENARIO 1 : Haïti maintien ses standards actuels. Les institutions sanitaires à prévoir sont alignées sur le découpage administratif PLAN D'ALLOCATION EN RHS 2018-2022

Catégorie professionnelle	Cible en 2022 (a)	Effectifs actuel (b)	Ecart/ Gap (c)	Annua lité	Moy. annuelle de recrut (d)	2018		2019		2020		2021		2022	
						Recrut.	Eff. Cumul	Recrut .	Eff. Cumul	Recrut .	Eff. Cumul	Recrut .	Eff. Cumul	Recrut .	Eff. Cumul
ASCP	6000	3036	2964	5	593	593	3629	593	4222	593	4815	593	5408	592	6000
Auxiliaire-Infirmière	1448	1616	-168	5	0	0	1616	0	1616	0	1616	0	1616	0	1616
Auxiliaire en pharmacie	292	143	149	5	30	30	173	30	203	30	233	30	263	29	292
Technologistes médicaux	812	539	273	5	55	55	594	55	649	55	704	55	759	53	812
Infirmière	1392	1365	27	5	6	6	1371	6	1377	5	1382	5	1387	5	1392
Sage-femme	690	109	581	5	117	117	226	116	342	116	458	116	574	116	690
Infirmière ou Tech. en anesthésie	104	26	78	5	16	16	42	16	58	16	74	15	89	15	104
Technicien en imagerie médicale	104	70	34	5	7	7	77	7	84	7	91	7	98	6	104
Technicien biomédical	52	21	31	5	7	7	28	6	34	6	40	6	46	6	52
Médecin généraliste	790	1144	-354	5	0	0	1144	0	1144	0	1144	0	1144	0	1144
Chirurgien-dentiste	62	71	-9	5	0	0	71	0	71	0	71	0	71	0	71
Pharmacien	62	50	12	5	3	3	53	3	56	2	58	2	60	2	62
Médecin de famille	144	11	133	5	27	27	38	27	65	27	92	26	118	26	144
Médecin Interniste	30	34	-4	5	0	0	34	0	34	0	34	0	34	0	34
Pédiatre	20	68	-48	5	0	0	68	0	68	0	68	0	68	0	68
Gynéco-obstétricien	20	92	-72	5	0	0	92	0	92	0	92	0	92	0	92
Chirurgien	20	35	-15	5	0	0	35	0	35	0	35	0	35	0	35
Anesthésiologiste	20	19	1	5	1	1	20	0	20	0	20	0	20	0	20
Traumatolo-orthopédiste	20	21	-1	5	0	0	21	0	21	0	21	0	21	0	21
Radiologue	10	10	0	5	0	0	10	0	10	0	10	0	10	0	10
Dermatologue	10	8	2	5	1	1	9	1	10	0	10	0	10	0	10
Ophtalmologue	10	8	2	5	1	1	9	1	10	0	10	0	10	0	10
Urologue	10	10	0	5	0	0	10	0	10	0	10	0	10	0	10
Travailleur social	198	51	147	5	30	30	81	30	111	29	140	29	169	29	198
Hygiéniste dentaire	146	1	145	5	29	29	30	29	59	29	88	29	117	29	146
TOTAL	12,466*	8,558	3,908		923	923	9,481	920	10,401	915	11,316	913	12,229	908	13,137*

* Certaines catégories professionnelles sont déjà en dépassement d'effectif (écart négatif) pour le minimum nécessaire à l'opérationnalisation du PES, d'où l'écart entre le total de la cible et le total des effectifs cumulés en 2022

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

SCENARIO 2 : Haïti révisé ses standards actuels. Les institutions sanitaires à prévoir sont alignées sur le ratio de population à couvrir définis par le PES

PLAN D'ALLOCATION EN RHS 2018-2030 (Coût en HTG)

Catégorie professionnelle	Cible en 2030 (a)	Eff. actuels (b)	Ecart/ Gap (c)	An nua lité	Moy. annue lle de recrut. (d)	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Cumul
ASCP	6000	3036	2964	13	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	228	6000
Auxiliaire-Infirmière	4400	1616	2784	13	215	215	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	214	4400
Auxiliaire en pharmacie	800	143	657	13	51	51	51	51	51	51	51	51	51	50	50	50	50	50	800
Tech. médical	1420	539	881	13	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68	67	67	67	1420
Infirmière	2670	1365	1305	13	101	101	101	101	101	101	100	100	100	100	100	100	100	100	2670
Sage-femme	1440	109	1331	13	103	103	103	103	103	103	102	102	102	102	102	102	102	102	1440
Inf. ou Tech. en anesthésie	124	26	98	13	8	8	8	8	8	8	8	8	7	7	7	7	7	7	124
Tech. en imagerie médicale	124	70	54	13	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	124
Technicien biomédical	62	21	41	13	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	62
Médecin généraliste	1660	1144	516	13	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	39	39	39	39	1660
Chirurgien-dentiste	84	71	13	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	84
Pharmacien	84	50	34	13	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	84
Médecin de famille	212	11	201	13	16	16	16	16	16	16	16	15	15	15	15	15	15	15	212
Médecin Interniste	66	34	32	13	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	66
Pédiatre	44	68	-24	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	68
Gynéco-obstétricien	44	92	-48	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	92
Chirurgien	44	35	9	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	44
Anesthésiologiste	44	19	25	13	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	44
Traumatolo-orthopédiste	44	21	23	13	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	44
Radiologue	22	10	12	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	22
Dermatologue	22	8	14	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	22
Ophtalmologue	22	8	14	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	22
Urologue	22	10	12	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	22
Travailleur social	462	51	411	13	32	32	32	32	32	32	32	32	32	31	31	31	31	31	462
Hygiéniste Dentaire	400	1	399	13	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	30	30	30	30	400
TOTAL	20,316*	8,558	11,758		918	918	917	915	915	915	913	911	908	907	904	902	902	901	20,388*

* Certaines catégories professionnelles sont déjà en dépassement d'effectif (écart négatif) pour le minimum nécessaire à l'opérationnalisation du PES, d'où l'écart entre le total de la cible et le total des effectifs cumulés en 2030

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

ANNEXE 2 : PLAN D'ABSORPTION DES RHS PRIORITAIRES PAYES PAR BAILLEURS

Catégories professionnelles	Situation actuelle (a)	Salaire unitaire (b)	Coût mensuel (c) = (a)*(b)	Coût Annuel (12 mois + Boni) (c)*13	Annua- lité (d)	Moy. Annuelle d'absorption (e) =(a)/(d)	Cumul 2018		Cumul 2019		Cumul 2020		Cumul 2021		Cumul 2022	
							Eff.	Cout annuel	Eff.	Cout annuel	Eff.	Cout annuel	Eff.	Cout annuel	Eff.	Cout annuel
Auxiliaire- infirmière	282	19,000	5,358,000	69,654,000	5	57	57	14,079,000	114	28,158,000	171	42,237,000	228	56,316,000	282	69,654,000
Infirmière	413	27,000	11,151,000	144,963,000	5	83	83	29,133,000	166	58,266,000	249	87,399,000	332	116,532,000	413	144,963,000
infirmière spécialiste	49	29,000	1,421,000	18,473,000	5	10	10	3,770,000	20	7,540,000	30	11,310,000	40	15,080,000	49	18,473,000
Infirmière sage-femme	20	27,000	540,000	7,020,000	5	4	4	1,404,000	8	2,808,000	12	4,212,000	16	5,616,000	20	7,020,000
Médecin généraliste	103	31,000	3,193,000	41,509,000	5	21	21	8,463,000	42	16,926,000	63	25,389,000	84	33,852,000	103	41,509,000
Médecin spécialiste	5	38,000	190,000	2,470,000	5	1	1	494,000	2	988,000	3	1,482,000	4	1,976,000	5	2,470,000
Régisseur en pharmacie	34	19,000	646,000	8,398,000	5	7	7	1,729,000	14	3,458,000	21	5,187,000	28	6,916,000	34	8,398,000
Pharmacien	20	31,000	620,000	8,060,000	5	4	4	1,612,000	8	3,224,000	12	4,836,000	16	6,448,000	20	8,060,000
Technicien en radiologie	18	23,500	423,000	5,499,000	5	4	4	1,222,000	8	2,444,000	12	3,666,000	16	4,888,000	18	5,499,000
Technicien biomédical	6	23,500	141,000	1,833,000	5	2	2	611,000	4	1,222,000	6	1,833,000	6	1,833,000	6	1,833,000
Technologiste médical	161	23,500	3,783,500	49,185,500	5	33	33	10,081,500	66	20,163,000	99	30,244,500	132	40,326,000	161	49,185,500
Travailleur social	44	23,500	1,034,000	13,442,000	5	9	9	2,749,500	18	5,499,000	27	8,248,500	36	10,998,000	44	13,442,000
Psychologue	8	31,000	248,000	3,224,000	5	2	2	806,000	4	1,612,000	6	2,418,000	8	3,224,000	8	3,224,000
Officier sanitaire	19	23,500	446,500	5,804,500	5	4	4	1,222,000	8	2,444,000	12	3,666,000	16	4,888,000	19	5,804,500
TOTAL	1182	369,500	29,195,000	379,535,000	5	241	241	77,376,000	482	154,752,000	723	232,128,000	962	308,893,000	1182	379,535,000

BIBLIOGRAPHIE

1. Décret du 17 Mai 2005 portant révision du Statut Général de la Fonction Publique, Haïti
2. Arrêté du 19 septembre 2014 fixant le système d'évaluation de la performance des agents de la fonction publique
3. La Primature, Office de Management et des ressources Humaines (OMRH), Guide de restructuration des Directions de Ressources Humaines de la Fonction Publique, octobre 2014, Port-Au-Prince, Haïti
4. La Primature, Office de Management et des ressources Humaines (OMRH), Guide de Planification Stratégique des Ressources Humaines dans la fonction publique, novembre 2014, Port-Au-Prince, Haïti
5. La Primature, Office de Management et des ressources Humaines (OMRH), Manuel de politique, normes et procédures de Gestion des Ressources Humaines, décembre 2014, Port-Au-Prince, Haïti
6. Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), Document de Politique Nationale de la Santé, 2012, Haïti
7. Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), Plan Directeur de Santé 2012-2022, octobre 2013, Haïti
8. Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), le Paquet Essentiel de Service, octobre 2015, Haïti
9. Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), Unité d'Etudes et de Programmation (UEP), Rapport Statistique 2014, Haïti.
10. Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), Unité d'Etudes et de Programmation (UEP), Liste des institutions sanitaires du pays 2015, Haïti.
11. République d'Haïti, PNUD, Rapport OMD 2013, Haïti un nouveau regard, 2014, Haïti.
12. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines du secteur de la santé en Côte d'Ivoire 2009-2013, septembre 2008, Abidjan, Côte d'Ivoire
13. Ministère de la Santé Publique, Plan de développement des ressources humaines 2011-2020 en santé, novembre 2010, Niger.
14. Alliance mondiale pour les personnels de santé (AMPS), Passer en Revue les Progrès Accomplis, Renouveler les Engagement, 2011, Genève, Suisse.

Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé 2030

15. Organisation Mondiale de la Santé, Travailler ensemble pour la Santé, Rapport sur la santé dans le monde 2006, Genève, Suisse.
16. Organisation Mondiale de la Santé, Ressources Humaines pour la Santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030, 2015, Genève, Suisse.
17. CARICOM, the Caribbean Community (CARICOM), Human Resource Development 2030 strategy, 16 juin 2017

*La reproduction de ce document a été rendue possible
grâce au support financier et technique de l'USAID
à travers le Projet Health Finance & Governance(HFG).*



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Health Finance
& Governance
Expanding Access. Improving Health.