



**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION**

HAÏTI

**EVALUATION DES RESSOURCES HUMAINES
DES INSTITUTIONS SANITAIRES DU
SECTEUR PUBLIC (ERHIS 1)**

Septembre 2014

TABLE DES MATIERES

PREFACE.....	4
REMERCIEMENTS	4
SIGLES ET ABREVIATIONS.....	6
LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES.....	7
Liste des Tableaux.....	7
Liste des figures	7
Liste des annexes	8
RESUME EXECUTIF.....	9
INTRODUCTION	12
CHAPITRE 1. HAÏTI : GENERALITES.....	13
CHAPITRE 2 : PRESENTATION DU SYSTEME SANITAIRE HAITIEN.....	15
2.1. L'organe régulateur du système : le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP)	15
2.2. L'offre de soin	16
2.2.1. L'offre publique de soin	17
2.2.2. L'offre privée de soins.....	17
2.2.3. La médecine traditionnelle	17
CHAPITRE 3 : GESTION DES RESSOURCES HUMAINES DE SANTE EN HAITI	18
3.1. Définition des Ressources humaines de santé.....	18
3.2. Contexte international de la gestion des ressources humaines de santé.....	18
3.3. Gestion des ressources humaines de santé en Haïti	20
3.4. Système d'Information et de Gestion des Ressources Humaines : SIGRH	20
3.4.1. Présentation du SIGRH	20
3.4.2. Typologie des employés du MSPP.....	21
3.4.3. Modalités d'enregistrement des employés dans le SIGRH	21
3.5. OMD et défis liés aux Ressources Humaines de Santé en Haïti.....	22
CHAPITRE 4 : CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ERHIS 1.....	24
4.1. Objectifs de l'étude.....	24
4.2. Méthodologie	24
4.2.1. Exportation initiale de la base de données	24
4.2.2. Examen des données.....	25
4.2.3. Mission de contrôle-qualité des données du SIGRH dans les départements sanitaires	25
4.2.3.1. Stratégie du contrôle-qualité.....	25
4.2.3.2. Support de collecte de données	25
4.2.4. Mise à jour de la base de données	26
4.2.5. Nouvelle exportation de la base de données	26
4.2.6. Analyse et interprétation des données	26
4.2.6.1. Traitement des données	26
4.2.6.2. Grille d'analyse.....	27
4.2.6.3. Synthèse des données du contrôle qualité.....	27
4.2.6.4. Base d'analyse de l'ERHIS 1.....	28
4.2.7. Atelier de validation finale des données	28
4.3. Sûreté des données.....	28
4.4. Difficultés rencontrées.....	29
4.5. Limites de l'ERHIS 1.....	29
CHAPITRE 5 : RESULTATS DE L'ERHIS 1	31
5.1. Situation d'activités des employés du MSPP	31

5.1.1.	Statut de présence des employés (En poste-Non en poste)	31
5.1.2.	Raisons du non présence au poste des employés	31
5.1.3.	Taux de mobilité et taux de déperdition annuelle.....	34
5.2.	Profil des ressources humaines de la santé	35
5.2.1	Volume des RH par type de contrat.....	35
5.2.2	Volume des RH par catégorie professionnelle	37
5.3.	Distribution des ressources humaines de la santé.....	39
5.3.1.	Distribution des RH par milieu de résidence (Zone urbaine Vs Zone rurale)	39
5.3.2.	Répartition des RH par tranche d'âge et par sexe (pyramide des âges des personnels de la santé)	39
5.3.3.	Analyse de la structure des RHS par rapport à la pyramide sanitaire	41
5.3.3.1.	Répartition des RHS par versant de la pyramide sanitaire (versant gestionnaire Vs versant de soins)	41
5.3.3.2.	Répartition des effectifs des RHS au niveau primaire, secondaire et Tertiaire du versant de soins de la pyramide sanitaire	43
5.3.3.	Ratios des RHS par rapport à la population	45
5.3.3.1.	Données générales	45
5.3.3.2.	Ratios des médecins par département	45
5.3.3.3.	Ratios des Infirmiers par département	47
5.3.3.4.	Ratio des sages-femmes par département	48
5.3.4.	Alignement de la dotation des institutions sanitaires (IS) sur les normes nationales RH	49
5.4.	Financement des ressources humaines	51
5.4.1.	Contribution des acteurs du système de santé au financement des RH (en millions de gourdes)	51
5.4.2.	Distribution de la dépense totale RH par source de financement	51
5.5.	Analyse de la fonction RH départementale	52
5.5.1.	Disponibilité de responsable RH pour assurer la gestion des RH	52
5.5.2.	Analyse de la disponibilité des gestionnaires RH	52
CHAPITRE 6 : CADRE DE SUIVI-EVALUATION DE L'ERHIS 1.....		53
6.1.	Organe chargé de la mise à jour régulière des informations de la base de données : le réseau des gestionnaires des ressources humaines de santé de Haïti (RES-GRH).....	53
6.2.	Outils de suivi de la mise à jour : Les rapports périodiques	53
6.3.	Responsabilité des acteurs	53
CHAPITRE 7 : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS		55
7.1.	Recommandations au Gouvernement.....	55
7.2.	Recommandations au Ministère de la Santé et de la Population (MSPP)	56
ANNEXES.....		57
BIBLIOGRAPHIE		64

PREFACE

En élevant le droit à la Santé au rang de droit constitutionnel, le peuple haïtien a donné un signal fort quant à la place qu'il accorde au secteur de la santé dans ses priorités. Dans cette optique, le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), dont la mission est de garantir la santé des populations vivant sur le territoire national, s'est engagé à travers le Plan Directeur 2012-2022 dans un processus de redynamisation du Système National de Santé. L'un des chantiers majeurs de ce vaste programme concerne le domaine des ressources humaines sans lesquelles aucune initiative pertinente au plan sectoriel ne peut avoir des chances d'aboutir. Ce domaine constitue, à juste titre, l'un des six (6) piliers ou "building blocks" du système de santé.

Disposer d'informations stratégiques relatives au domaine des ressources humaines de santé est essentiel pour éclairer et fonder la prise de décision sur des bases factuelles. L'Evaluation des Ressources Humaines des Institutions Sanitaires (ERHIS) répond à ce défi. Cette première édition (ERHIS 1) consacrée au secteur public a été produite suite à un contrôle qualité des données du Système d'Information et de Gestion des Ressources Humaines (SIGRH) dans les 10 départements sanitaires du pays. 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 l'ensemble des points focaux RH des niveaux central, départemental et opérationnel du MSPP.

L'ERHIS 1 fait le point des ressources humaines de santé disponibles en Haïti sur la base des 5 variables clés suivantes:

- la situation d'activité des personnels de santé selon leur statut de présence ;
- le profil des personnels de santé par type de contrat et par catégorie professionnelle ;
- la distribution des personnels de santé au triple plan géographique, socio-démographique et structurel ;
- le financement des personnels de santé par les différents acteurs du système de santé ;
- la gestion des personnels de santé au niveau déconcentré par l'analyse de la fonction RH départementale.

Sur chacune de ces variables, l'ERHIS 1 expose les données, met en évidence les problèmes émergents, en mesure l'ampleur et offre des pistes de solutions. Sa finalité est de contribuer à une meilleure planification, utilisation et gestion des ressources humaines en vue d'assurer l'efficacité du système de santé.

La diffusion de ces importants résultats a été longtemps retardée en raison de la situation socio-politique qui a marqué le pays ces deux dernières années. Les changements institutionnels au niveau du MSPP ont, en effet, énormément perturbé les étapes ultimes du processus visant la validation du Rapport d'ERHIS 1 par les autorités de ce ministère. A présent, le MSPP est heureux de rendre accessibles ces données pertinentes sur les Ressources Humaines et voudrait exprimer sa totale satisfaction pour cette publication qui, assurément, apportera une valeur ajoutée certaine.

Aussi, chacun et chacune de vous, partie prenante du système de santé haïtien, en particulier, gestionnaires du secteur de la santé, professionnels de santé, chercheurs, étudiants, êtes-vous invité (e) à une bonne lecture de cette publication et surtout à en faire très bon usage.

Le Ministre
Marie Greta Roy CLEMENT

REMERCIEMENTS

Le présent rapport d’Evaluation des Ressources Humaines des Institutions Sanitaires du secteur public en Haïti est le fruit du travail acharné d’un certain nombre d’acteurs du système de santé qui ont contribué à son élaboration et édition. Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), reconnaissant des inestimables efforts déployés, voudrait par ces mots exprimer à tous ces acteurs toute sa gratitude. Il tient à remercier tout particulièrement:

- le Réseau des Gestionnaires des Ressources Humaines de Santé (RES-GRH) du pays dont les membres ont pris une part active à la collecte, au traitement et à l’analyse des données ;
- les différents Directeurs des Ressources Humaines qui se sont succédés au MSPP durant la période de réalisation de l’étude pour avoir assuré la coordination des travaux ;
- les Directeurs départementaux de la santé qui ont facilité la collecte des données dans leurs aires de santé respectives ;
- l’équipe managériale, technique et administrative du Projet *Health Finance and Governance* (HFG) de Abt Associates pour l’expertise et l’assistance technique apportées dans l’encadrement des travaux ;
- l’USAID pour son appui financier sans lequel ce rapport n’aurait pas vu le jour ;
- les autres Partenaires Techniques et Financiers du pays, notamment l’OPS/OMS et la Banque Mondiale dont les avis et suggestions des experts ont permis d’améliorer le cadre analytique du Rapport.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) salue ce bel exemple de collaboration qui rend possible aujourd’hui la publication de ce Rapport.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ACDI	: Agence Canadienne pour le Développement International
BID	: Banque Interaméricaine de Développement
CAL	: Centre de santé avec Lits
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
CDS	: Centre de Santé
CIN	: Carte d'Identification Nationale
CSL	: Centre de santé sans Lits
DAB	: Direction de l'Administration et du Budget
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
EMMUS	: Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
ERHIS	: Evaluation des Ressources Humaines des Institutions Sanitaires
HCR	: Hôpital Communautaire de Référence
HD	: Hôpital Départemental
HFG	: Health Finance and Governance
HUJ	: Hôpital Universitaire Justinien
IHSI	: Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique
MSH	: Management Sciences for Health
MSPP	: Ministère de la Santé Publique et de la Population
MTS	: Manman ak Timoun an Sante
NIF	: Numéro d'Immatriculation Fiscale
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OPS	: Organisation Panaméricaine de la Santé
PARC	: Projet d'Appui au Renforcement des Capacités en gestion de la santé en Haïti
PEPFAR	: President Emergency Plan for AIDS Relief
PMS	: Paquet Minimum de Soins
SIGRH	: Système d'Information et de Gestion des Ressources Humaines
UCS	: Unité Communale de la Santé
UNICEF	: United Nations Children's Fund
URC	: University Research Co.
USAID	: United States Agency for International Development

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXES

Liste des Tableaux

Tableau 1: Services du MSPP et leurs démembrements	16
Tableau 2 : Typologie des employés du MSPP.....	21
Tableau 3 : variables du contrôle qualité du SIGRH.....	26
Tableau 4 : Synthèse des enregistrements de la base de données du SIGRH	27
Tableau 5 : Situation d'activités des employés du MSPP par département.....	33
Tableau 6 : Taux de mobilité et Taux de déperdition annuelle des personnels de santé en Haïti	34
Tableau 7 : volume des RH du MSPP par type de contrat	36
Tableau 8 : Effectifs des RHS par catégorie professionnelle.....	37
Tableau 9 : Répartition des RHS par versant de la pyramide sanitaire	41
Tableau 10: Structure des RHS du versant de soins de la pyramide sanitaire.....	42
Tableau 11 : Répartition des RHS par niveau du versant de soins	43
Tableau 12 : Ratios des médecins, infirmiers et sages-femmes dans le secteur public	45

Liste des figures

Figure 1 : Situation géographique d'Haïti	13
Figure 2 : Définition des Ressources Humaines de la Santé	18
Figure 3 : Pays qui connaissent une pénurie aiguë de prestataires de services (Médecins, infirmières et sages-femmes)	19
Figure 4 : modalités d'enregistrement des employés dans le SIGRH	22
Figure 5: Haïti en quelques chiffres	23
Figure 6 : Evolution de la base de données	27
Figure 7: Base d'analyse de l'ERHIS 1.....	28
Figure 8 : Situation d'activités des RH.....	31
Figure 9 : Raisons de la non présence au poste des employés.....	32
Figure 10 : Corrélation entre le volume des RHS et les chances de survie de la mère, de l'enfant et du nouveau-né	35
Figure 11 : Représentation des effectifs des RHS du secteur public d'Haïti par type de contrat.....	36
Figure 12: Répartition du personnel par catégorie professionnelle.....	37
Figure 13 : Représentation de la structure du personnel « en appui »	38
Figure 14 : Répartition géographique des RHS en Haïti.....	39
Figure 15: pyramide des âges des personnels de santé	40
Figure 16 : Représentation de la répartition des RHS par versant de la pyramide sanitaire	41
Figure 17 : Représentation de la structure des RHS du versant de soin de la pyramide sanitaire.....	42
Figure 18 : Représentation de la répartition des RHS par niveau de soins de la pyramide sanitaire.....	43
Figure 19 : Ratios des médecins par département	45
Figure 20 : Cartographies des médecins dans le secteur public	46
Figure 21 : Situation des spécialités médicales.....	46

Figure 22 : Ratios des infirmiers par département.....	47
Figure 23: Cartographies des infirmiers du secteur public	47
Figure 24 : Ratios des sages-femmes par département	48
Figure 25 : Cartographie des sages-femmes du secteur public.....	48
Figure 26 : Représentation du nombre d'institutions sanitaires par département	49
Figure 27 : cartographie des institutions sanitaires.....	49
Figure 28: Alignement de la dotation des institutions sanitaires sur les normes nationales RH	50
Figure 29 : Financement des RH	51
Figure 30 : volume mensuel des financements	51
Figure 31 : Représentation de la disponibilité de chefs de service RH en Haïti	52
Figure 32 : Analyse de la fonction RH au niveau départemental.....	52

Liste des annexes

Annexe 1: Formulaire de collecte des données des employés du MSPP	58
Annexe 2: Grille d'analyse des données de l'ERHIS 1	60
Annexe 3: Liste des participants à l'atelier de validation des données du rapport de l'Evaluation des Ressources Humaines des Institutions Sanitaires du secteur public (ERHIS 1)	61

RESUME EXECUTIF

L'évaluation des Ressources Humaines des Institutions Sanitaires vise à fournir les informations stratégiques sur les ressources humaines de santé pour contribuer à la prise de décision sur des bases factuelles. Cette première phase (ERHIS 1) consacrée au secteur public a été produite suite à un contrôle qualité des données du Système d'Information et de Gestion des Ressources Humaines (SIGRH) dans les 10 départements sanitaires du pays. Plus spécifiquement, il s'agit dans le cadre de cette étude de :

- appréhender les RH de santé disponibles en Haïti en terme de : situation d'activité, profil, distribution géographique, modalités de financement et dispositif de gestion ;
- mettre à disposition une base de données pour l'élaboration de documents techniques et stratégiques s'inscrivant dans le cadre de l'appui au renforcement du système de santé ;
- contribuer à une meilleure planification, utilisation et gestion des ressources humaines en vue d'assurer l'efficacité du système de santé.

Le personnel de santé est défini comme "l'ensemble des personnes dont l'activité a pour objet essentiel d'améliorer la santé". Cet ensemble comprend aussi bien les personnels qui contribuent d'une manière directe (prestataires) ou indirecte (appui) à l'offre de soins à la population. L'ERHIS 1 a couvert tout le personnel des administrations et institutions de santé du secteur public enregistrés dans la base de données du SIGRH, quelque soit la catégorie socio-professionnelle et le type d'emploi auquel il appartient. 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 plus de 300 acteurs du système de santé incluant l'ensemble des points focaux RH du niveau central, départemental et opérationnel.

Avec une moyenne de 0.65 professionnels de santé pour 1,000 habitants (0.59 médecins ou infirmières pour 1,000 habitants) et loin derrière le seuil minimum défini par l'OMS qui est de 2.5 professionnel de santé pour 1,000 habitants, Haïti fait partie des 57 pays prioritaires au monde et les cinq (5) de la zone Amérique-Caraïbe présentant une crise aigüe du domaine des RHS.

La population du pays est estimée à 10,579,230 habitants en 2013 dont presque la moitié (49.74%) vit en zone rurale. Le profil épidémiologique du pays est dominé par les maladies infectieuses tropicales. Malgré des progrès importants ces dernières années, le niveau des indicateurs des OMD reste préoccupant : Seulement 38% des naissances sont assistées par du personnel qualifiée. Le taux de mortalité maternelle s'élève à 157/100,000 et celui de la mortalité infantile se situe autour de 59/1,000. S'agissant du VIH/SIDA, le nombre de PVVIH est estimé à 150,000, celui des nouvelles infections à 8,200 et les décès dus au sida à 6,000. Globalement, la prévalence du VIH stagne autour de 2,2% avec une tendance plus marquée chez les femmes (2,7%). Le pourcentage de la transmission mère-enfant est élevé et se situe 8,6% en 2012. L'histoire récente du pays est marquée par un violent tremblement de

terre qui a fait plus de 300,000 morts. Les séquelles encore visibles aujourd'hui témoignent encore de l'ampleur de son impact sur la vie socio-économique.

Les résultats de l'ERHIS ont montré que :

- ⇒ Relativement à la situation d'activité, l'effectif total des ressources humaines du secteur public de la santé enregistré dans le SIGRH au 30 juin 2014 est de 13,802 employés. Les contrôles relatifs à la présence au lieu de travail montrent que 94.29% de ces employés (13,014) étaient à leur poste au moment de cette évaluation et un nombre non négligeable d'employés (788) correspondant à 6% des effectifs n'étaient pas en poste. Les pertes annuelles en terme de salaires pour ces employés sont estimées à plus de 130 millions de gourdes (près de \$ US 3 millions). En dehors des cas d'employés inconnus c'est-à-dire enregistrés dans la base et non identifiés dans une institution sanitaire, les abandons de poste constituent la première cause de la non présence au poste des employés (117 cas correspondant à 0.85% de l'effectif total). Selon les données disponibles, le Taux de mobilité et le Taux de déperdition annuelle des personnels de santé en Haïti sont faibles et se situent en deçà des 5%.
- ⇒ Par rapport au profil, le modèle de structure des RHS du secteur sanitaire public en Haïti représente un staff avec un effectif mixte composé de 2/3 de fonctionnaires (statut permanent) et 1/3 de contractuels (statut non permanent). Il y a presque autant de personnel d'appui (47%) que de prestataires (53%). Globalement, on dénombre 1,068 médecins (8.21% de l'effectif total) et 1,470 infirmières (11.30%). Ce qui donne pour les prestations de soins un rapport de 1.38 infirmiers pour 1 médecin. Au niveau des sages-femmes, on note une pénurie aiguë : l'effectif sur l'ensemble du pays est de 84 (0.65%) pour un ratio dans le secteur public de 1 sage-femme pour plus de 33,000 femmes en âge de procréer. Relativement aux spécialités, la situation des professionnels médicaux est dominée par une forte présence de généralistes et un déficit au niveau des spécialités de bases que sont la médecine interne, la pédiatrie, la gynécologie et la chirurgie.
- ⇒ S'agissant de la distribution des RH, près de 90% des personnels de santé exercent en zone urbaine contre seulement 10% en zone rurale ; Or presque 50% de la population vit en zone rurale. La pyramide des âges révèle que 1/10ème des effectifs actuels du personnel de santé a atteint l'âge de départ à la retraite. Dans les 10 prochaines années, un autre cinquième du personnel actuellement en poste aura atteint l'âge d'aller à la retraite. De ce fait, le système sanitaire haïtien risque d'être amputé de près de 30% de ses effectifs actuels. Il faut donc œuvrer, dès à présent, à assurer la relève, pour ne pas compromettre la pérennité du système. La structure de la répartition des Institutions sanitaires montre que globalement, 3/4 (75%) des Institutions sanitaires du pays se trouvent dans la catégorie des services de santé de premier échelon (SSPE) avec 37% de Centre de santé (CDS) et 38% de dispensaires. Les Hôpitaux (niveau secondaire et tertiaires de la pyramide sanitaire) font 15% des Institutions sanitaires et les 10% restant sont occupés par les services administratifs. Il existe un contraste frappant entre cette bonne structuration des Institutions Sanitaires du pays et la répartition des RHS aux différents niveaux de soins de la pyramide sanitaire : plus de 2/3 des personnels de santé (68%) se concentrent dans les hôpitaux (niveaux secondaire et tertiaire de la pyramide sanitaire) contre à peine 1/3 (32%) dans les SSPE qui constituent pourtant la

porte d'entrée du système de santé. Et seulement 21% des Institutions Sanitaires sont alignés sur les standards nationaux de dotation en RH.

- ⇒ Pour ce qui est du financement, 3/4 des ressources humaines (74%) sont payés sur les fonds de l'Etat. Les 1/4 restant sont essentiellement supportés par les bailleurs (21%).
- ⇒ Enfin, selon le dispositif de gestion des RH mis en place, les 13,014 employés du secteur public sont encadrés par 45 Chefs de service RH. Cela donne une moyenne de 209 employés par gestionnaire, ce qui est assez élevé dans la perspective d'une plus grande décentralisation de la gestion du SIGRH pour assurer la pérennisation de la mise à jour de la base de données.

La complétude au plan quantitatif et qualitatif des données enregistrées dans le SIGRH est capitale pour permettre la disponibilité en permanence de l'information stratégique sur les ressources humaines de santé en Haïti et favoriser la prise de décision sur une base factuelle. A cet égard, il a été suggéré, entre autres, en recommandation au terme des travaux de l'ERHIS 1, la création et l'opérationnalisation du réseau des gestionnaires des ressources humaines de santé d'Haïti (RES-GRH) appelé aussi Réseau des répondants RH regroupant l'ensemble des points focaux RH des institutions sanitaires du pays. En outre, pour fournir une image complète de l'ensemble des RHS du secteur de santé, il est essentiel de conduire dans les meilleurs délais une évaluation des RH dans le secteur privé (ERHIS 2).

INTRODUCTION

La problématique des ressources humaines occupe une place de choix au sein des politiques nationales de développement. Aujourd'hui, l'indicateur réel pour évaluer la richesse d'une nation n'est plus sa disponibilité financière mais plutôt sa capacité à mobiliser des ressources humaines efficaces, susceptibles d'assumer les responsabilités et tâches qui leurs sont dévolues. Les ressources humaines pour la santé constituent la pierre angulaire et la ressource principale du système de santé. Elles se trouvent au cœur de toutes les interventions sanitaires et optimisent l'utilisation des autres ressources. Aussi, la planification du développement des ressources humaines pour la santé demeure-t-elle le socle pour accroître les performances du système sanitaire.

Cette planification doit reposer avant tout sur des données fiables reflétant la réalité du terrain. Et la capacité du système de santé à produire les informations relatives à ces données et à les analyser pour déterminer où l'on est afin de se fixer les objectifs à atteindre est le point de départ d'une planification efficace. L'Évaluation des Ressources Humaines des Institutions Sanitaires (ERHIS) répond à cette préoccupation. Elle vise à fournir les informations stratégiques de base sur les ressources humaines de santé en Haïti.

De combien de professionnels de la santé le pays dispose-t-il pour faire face à la demande en soins ? Quelle est leur situation d'activité ? Comment sont-ils repartis ? Quelles sont les modalités de leur financement ? Quelle évaluation peut-on faire du dispositif mis en place pour assurer leur gestion ? Ce sont autant de questionnement que l'ERHIS 1 consacré au secteur public se propose de répondre en s'appuyant sur les normes et standards nationaux et internationaux RH. Il a été produit suite à un contrôle qualité des données du SIGRH dans les 10 départements sanitaires du pays.

Dans sa structuration, l'ERHIS 1 s'articule sur les points suivants : (Chapitre 1) Généralités sur le pays, (Chapitre 2) Présentation du système sanitaire haïtien, (Chapitre 3) Gestion des ressources humaines de santé en Haïti, (Chapitre 4) cadre méthodologique de l'évaluation, (Chapitre 5) exposé des résultats, (Chapitre 6) cadre de suivi-évaluation de l'ERHIS 1 et (Chapitre 7) Conclusion et recommandations.

CHAPITRE 1. HAÏTI : GENERALITES

Le nom Haïti, du créole “*Ayiti*” qui signifie pays montagneux, est une appellation héritée des premiers habitants indiens, qui peuplaient l’île à l’arrivée de Christophe Colomb en 1492. Première République indépendante des Grandes Antilles¹, depuis le 1er janvier 1804, une déclaration de l’écrivain français Alexandre Dumas² à Paris en 1843, résume bien l’histoire du pays : “Il y avait une fois une île où les esclaves voulurent être libres. Ils se levèrent tous ensemble et ils le furent. Cette île s’appelait autrefois Saint-Domingue, elle s’appelle à cette heure Haïti”

L’île est située entre les deux Amériques dans la mer des Caraïbes, entre les 18^{ème} et 20^{ème} degré de latitude nord et les 71^{ème} et 74^{ème} degré de longitude ouest. Depuis le 27 février 1844, l’île d’Haïti est divisée en deux Etats indépendants : la République Dominicaine, à l’Est, et la République d’Haïti, à l’Ouest. Le pays est séparé de Cuba par le canal du Môle ou du Vent (Déroit de Windward) et de Porto-Rico par celui de Mona. Elle est baignée au Nord par l’océan Atlantique et au Sud par la mer des Caraïbes.



Figure 1 : Situation géographique d’Haïti

¹ Haïti est aussi la première République noire indépendante

² Illustre auteur dramatique et romancier français (24 juillet 1802-5 décembre 1870) de père mulâtre français et d’une mère esclave de Saint-Domingue

La superficie du pays est de 27,750 km² s'étendant du nord au sud sur 200 Km et de l'est à l'ouest sur environ 300 Km, les principales îles adjacentes étant La Gonâve, La Tortue, et l'île à Vâche. Les températures annuelles varient entre 21° et 33°. Le fuseau horaire du pays est identique à celui de la Côte Est des Etats-Unis. Les principaux aéroports sont à Port-au-Prince et au Cap-Haïtien dans le nord du pays.

La population d'Haïti est estimée à 10,579,230³ habitants en 2013 avec un taux de croissance de 2.5%. Port-au-Prince en est la capitale. Le pays est divisé en dix départements subdivisés en arrondissements et communes. En dehors de la ville de Hinche dans le Plateau Central, tous les chefs-lieux des 10 départements sont des villes côtières. Globalement le pays dispose de 1,700 Km⁴ de littoral. On a souvent comparé la forme d'Haïti à une mâchoire de crocodile ouverte sur l'île de La Gonâve.

Le climat est de type tropical avec deux saisons pluvieuses : avril-juin et octobre-novembre. Située dans la zone de passage des cyclones tropicaux, le pays fait souvent face à de violents ouragans qui provoquent de graves inondations. Mais la catastrophe naturelle qui a le plus marquée l'histoire récente du pays reste le séisme du 12 janvier 2010 de magnitude 7 qui a fait plus de 300,000 morts. Les séquelles encore visibles aujourd'hui témoignent encore de l'ampleur de son impact sur la vie socio-économique.

Environ les deux tiers de la superficie du pays sont montagneux avec des altitudes entre 200 et 3,000 m. Le sous-sol recèle des minerais de cuivre, d'or, d'argent, de fer, d'étain et surtout de bauxite. La terre est fertile et la flore comprend une grande variété de plantes tropicales. Les principaux produits agricoles sont la canne à sucre, le café, le cacao destinés à l'exportation et le riz, la banane, l'orange, la mangue orientés surtout vers la consommation locale. La monnaie nationale est la gourde avec une parité oscillant autour de 45 gourdes pour \$ US 1 en 2014.

Le drapeau est le bicolore bleu-rouge avec au centre l'emblème du pays. Depuis 1987, Haïti possède deux langues officielles : le français et le créole. Le catholicisme, le protestantisme et le vaudou en sont les religions dominantes. Le pays est d'une très grande richesse culturelle notamment du fait de son histoire marquée par une succession de peuples africains, français, hispaniques et américains. L'expression culturelle la plus répandue reste la peinture.

La dernière constitution du pays date de mars 1987. Le régime est de type présidentiel et le chef de l'Etat est élu pour un mandat de cinq ans. Le système parlementaire est bicaméral avec un Sénat de 30 sièges et une Chambre des députés de plus de 70 sièges. Selon la constitution du pays, l'instruction est gratuite et incombe à l'Etat.

³ Projection de l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI), Annuaire Statistique 2013

⁴ Ministère du Tourisme

CHAPITRE 2 : PRESENTATION DU SYSTEME SANITAIRE HAITIEN

2.1. L'organe régulateur du système : le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP)

En Haïti, le droit à la santé a été élevé au rang de droit constitutionnel. La politique du Gouvernement en matière de santé se réalise à travers le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) dont les principales attributions aux termes du décret du 17 novembre 2005 consistent entre autres à :

- mettre en place un système de soins médico-sanitaires intégrant les institutions publiques et privées de façon à garantir la prestation des soins à tous les citoyens ;
- s'assurer de la disponibilité des ressources humaines requises pour l'application des politiques et plans de santé ;
- réglementer et superviser les activités des institutions publiques et privées œuvrant dans le domaine de la santé publique ;
- promouvoir la santé individuelle et collective ;
- contrôler les maladies d'intérêt collectif et toute autre menace à la santé de la population.

Pour l'atteinte de ses objectifs, le MSPP s'appuie sur un cadre organique comprenant un Bureau de Ministre, une Direction Générale, 10 Directions Centrales, 4 Unités de Coordinations de Programmes, 3 unités spécialisées et 10 Directions départementales sanitaires dont les limites territoriales sont calquées sur le découpage administratif du pays. Le tableau 1 représente la structure du MSPP avec les services et leurs démembrements⁵.

⁵ Reference : Décret du 17 mai 2005 portant organisation et fonctionnement du Ministère de la sante publique et de la Population (MSPP)

SERVICES	DEMEMBREMENTS
1 Bureau de Ministre	- Cabinet du Ministre - Secrétariat Particulier
1 Direction Générale avec 3 Unités d'Appui	- Unité d'Appui à la Décentralisation Sanitaire (UADS) - Unité d'Évaluation et de Programmation (UEP) - Unité Juridique (UJ)
10 Directions Centrales dont : - 8 Directions Techniques - 2 Directions Administratives	- Direction de Population et de Développement Humain (DPDH) - Direction d'Organisation des Services de Santé (DOSS) - Direction de Formation et de Perfectionnement en Sciences de la Santé (DFPSS) - Direction de la Santé de la Famille (DSF) - Direction des Soins Infirmiers (DSI) - Direction de Promotion de la Santé et de Protection de l'Environnement (DPSPE) - Direction de la Pharmacie, du Médicament et de la Médecine Traditionnelle (DPM/MT) - Direction d'Epidémiologie, de Laboratoires et de Recherches (DELIR) - Direction de l'Administration et du Budget (DAB) - Direction des Ressources Humaines (DRH)
4 Unités de Coordination de Programmes (UCP)	- Unité de Coordination des Maladies infectieuses et transmissibles (IST/VIH/SIDA, TB, Malaria, Filariose Lymphatique, Lèpre) - Unité de Coordination Nationale du Programme de Vaccination - Unité de Coordination Nationale du Programme de Nutrition - Unité de Coordination de la Sécurité des Hôpitaux
3 Unités Spécialisés	- Centre Ambulancier National (CAN) - Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) - Centre d'Information et Formation en Administration de la Santé (CIFAS)
6 Etablissements Hospitalo-Universitaires	- Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti (HUEH) - Hôpital Psychiatrique Mars & Kline - Hôpital Maternité Isaïe Jeanty & Léon Audain - Hôpital Sanatorium de Port-au-Prince - Hôpital Universitaire La Paix - Hôpital Universitaire Justinien du Cap
10 Départements Sanitaires	- Bureau Départemental - Hôpital Départemental (HD) - Coordination des Unités Communales de Santé - Hôpital Communautaire de Référence (HCR) - Service de Santé de Premiers Echelon (SSPE)

Tableau 1: Services du MSPP et leurs démembrements

A l'analyse, le MSPP dans sa configuration actuelle présente trois niveaux de gestion :

- un niveau stratégique représenté par le Cabinet du Ministre et la Direction Générale qui gèrent le système sur le plan national.
- un niveau technique, où l'on retrouve les Directions Centrales et les Unités de Coordinations chargées d'élaborer les normes et procédures ainsi que de veiller à leur application.
- un niveau opérationnel constitué d'un ensemble d'institutions sanitaires placées sous la supervision des Directions des Départements Sanitaires.

En sa qualité d'entité régulatrice du système de santé, le MSPP assure les fonctions de gouvernance, de financement, de création de ressources et de coordination de la prestation des services.

2.2. L'offre de soin

Trois secteurs se partagent la dispensation des soins dans le système sanitaire haïtien : le secteur public, le secteur privé et le secteur de soin traditionnel.

2.2.1. L'offre publique de soin

L'offre de soins dans le secteur public est assurée par un ensemble d'institutions sanitaires relevant de l'Etat. Son organisation est de type pyramidal avec trois (3) échelons dans une logique de complémentarité dans l'offre de soins.

- le niveau primaire, base de la pyramide, correspond à la porte d'entrée du système. Il permet à la population d'accéder à un ensemble de services appelés Services de Santé de Premier Échelon (SSPE) offerts par les Dispensaires, les Centres de Santé avec Lits (CAL) ou sans Lits (CSL). Selon le Paquet Minimum de Services (PMS), les SSPE comprennent des activités de promotion, de prévention et de soins curatifs délivrés essentiellement en ambulatoire.
- le niveau secondaire, est occupé par les Hôpitaux qui remplissent une fonction de premier recours pour les cas référés du niveau inférieur. A ce titre, l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR), qui est l'institution de référence au sein de l'Unité Communale de la Santé (UCS) dispose des quatre (4) services de base que sont la Médecine, la Chirurgie, la Pédiatrie et la Gynéco-obstétrique. Au chef-lieu du Département Sanitaire, on trouve l'Hôpital Départemental chargé de recevoir les cas référés des HCR ou issus des SSPE. Il dispose de services d'urgences médicochirurgicales et de spécialités (Pédiatrie, Chirurgie, Maternité, Médecine Interne, Orthopédie, Urologie, Ophtalmologie/ORL, Dermatologie, etc.)
- le niveau tertiaire, sommet de la pyramide, est constitué par les hôpitaux universitaires et les hôpitaux spécialisés qui offrent des soins de référence nationaux.

2.2.2. L'offre privée de soins

Le secteur privé se subdivise en deux sous-secteurs :

- le secteur privé non lucratif composé en majeure partie des Organisations Non Gouvernementales et missionnaires.
- Le secteur privé lucratif englobe tout un ensemble d'institutions et de professionnels complétant l'offre de soin dans le secteur public.

2.2.3. La médecine traditionnelle

Le secteur des soins traditionnels est représenté par les tradipraticiens (bokor, hougan, guérisseurs etc....) consultés le plus souvent en premier recours par la population. Ces derniers restent très disponibles et accessibles sur le terrain, en offrant une plus forte accessibilité géographique et culturelle.

CHAPITRE 3 : GESTION DES RESSOURCES HUMAINES DE SANTE EN HAITI

3.1. Définition des Ressources humaines de santé

Le personnel de santé est défini comme "l'ensemble des personnes dont l'activité a pour objet essentiel d'améliorer la santé"⁶. Il comprend d'une part, ceux qui fournissent les services de santé tels que les médecins, les infirmières, et d'autre part, ceux qui occupent des fonctions de soutien tels que les administrateurs des hôpitaux ou encore les conducteurs d'ambulance. Les Ressources Humaines de Santé sont donc l'ensemble des personnels qui contribuent d'une manière directe (prestataires) ou indirect (appui) à l'offre de soins à la population.

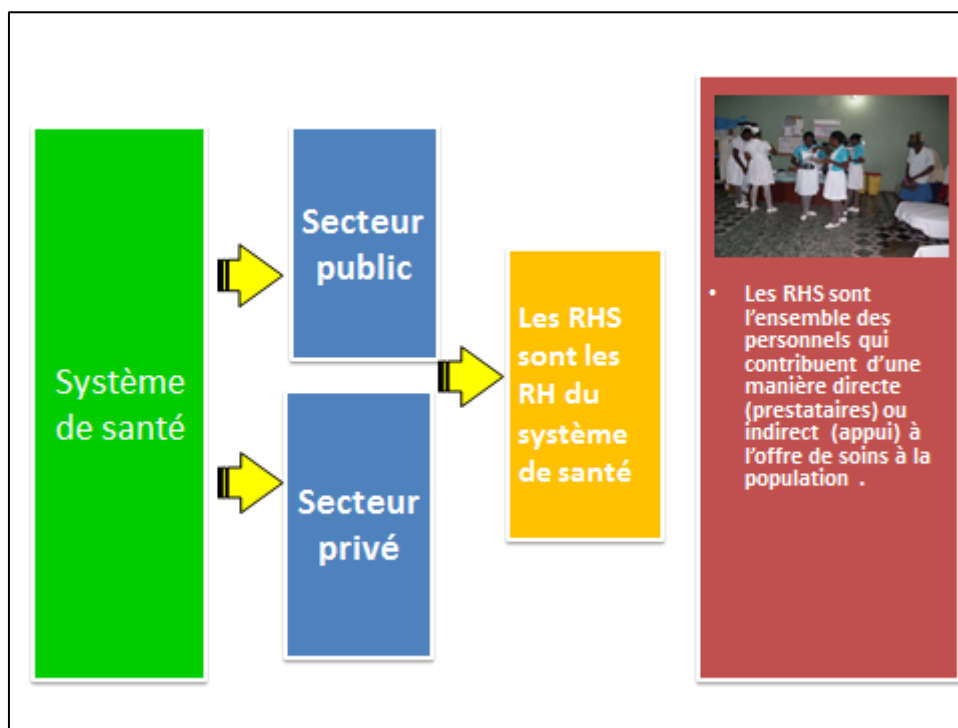


Figure 2 : Définition des Ressources Humaines de la Santé

3.2. Contexte international de la gestion des ressources humaines de santé

Le Rapport sur la santé dans le monde publié en 2006 par l'OMS sur le thème " travaillons ensemble pour la santé" a marqué un tournant décisif dans l'appréhension des ressources humaines de santé et le rôle capital qu'ils sont appelés à jouer dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Le rapport a mis en évidence l'ampleur de la crise des ressources des ressources humaines de santé dans le monde et l'urgence à agir si l'on veut modifier significativement les mauvaises tendances des indicateurs de santé : sans les ressources humaines de santé aucune cible des initiatives majeures telles que les OMD ne sera atteinte. Le personnel est l'élément moteur de tout progrès en matière de santé.

L'OMS a déterminé le seuil de densité des agents de santé (2.5 professionnels de santé pour 1,000 habitants) en dessous duquel il est très improbable que l'on puisse atteindre une couverture importante

⁶ OMS, Rapport sur la santé dans le monde, 2006.

pour les interventions essentielles. Sur cette base, on estime à plus de 4 millions le nombre des professionnels de la santé nécessaires pour répondre aux besoins en RHS. Le déficit mondial en médecins, infirmiers et sages-femmes, en particulier, s'élève à au moins 2,4 millions de personnes.

Avec une moyenne de 0.36 professionnels de santé⁷ pour 1,000 habitants (0.65 dans le Document de politique Nationale de Santé, 2012) et loin derrière le seuil minimum, Haïti fait partie des cinq (5) pays⁸ de la zone Amérique-Caraïbe identifiés parmi les 57 pays prioritaires au monde qui présentent une crise aigüe du domaine des RHS.

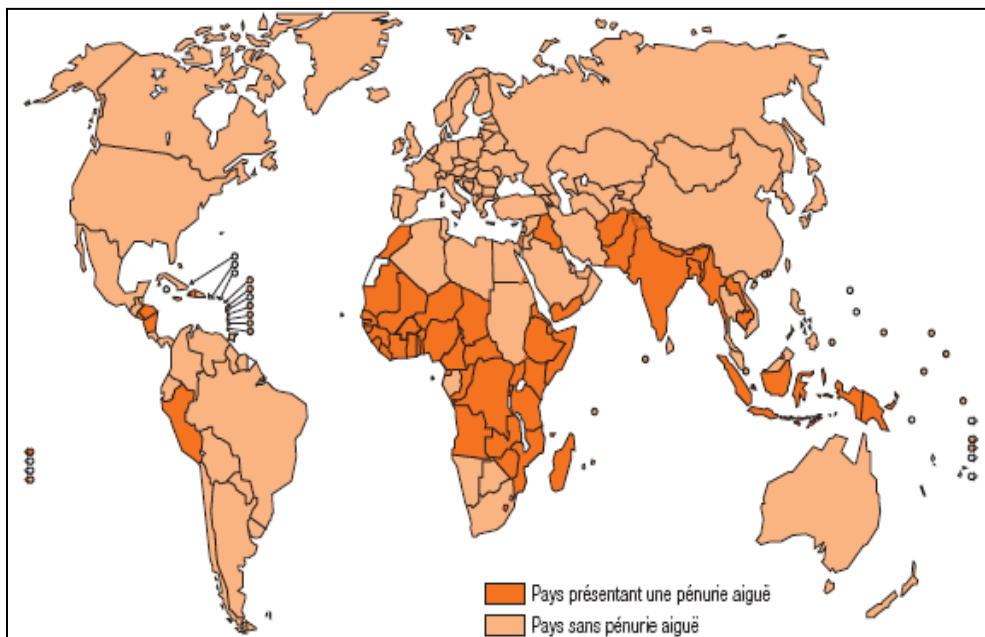


Figure 3 : Pays qui connaissent une pénurie aiguë de prestataires de services (Médecins, infirmières et sages-femmes)

La communauté internationale est mobilisée pour surmonter la crise des personnels de santé. C'est dans cette optique que dès 2006 a été créé l'Alliance Mondiale pour les Personnels de Santé⁹ (AMPS) regroupant les gouvernements nationaux, les représentants de la société civile, des institutions financières, des travailleurs, des organismes internationaux, des établissements universitaires et des associations professionnelles. Des rencontres périodiques sont organisées pour assurer le suivi des interventions.

- Le 1er Forum Mondial sur les RHS a eu lieu du 2-7 mars 2008 à Kampala en Ouganda. Il a abouti à une déclaration dite de Kampala.
- Le 2ème Forum Mondial tenu à Bangkok en Thaïlande du 25 au 29 janvier 2011 a été l'occasion de passer en revue les progrès accomplis.
- Le dernier Forum à se tenir a été organisé du 9-13 novembre 2013 à Recife au Brésil et a été une tribune pour prendre des engagements relativement à l'accélération de l'atteinte des OMD.

Pour tenir sa place de pays prioritaire dans ce cadre de collaboration internationale, Haïti doit accorder une attention particulière à la question des ressources humaines de santé.

⁷ Rapport sur les progrès accomplis dans les pays prioritaires en application de la déclaration de Kampala, AMPS, 2011

⁸ Les autres pays sont : El Salvador, Honduras, Nicaragua et le Pérou

⁹ En anglais GHWA (Global Health Workforce Alliance). Le siège de l'AMPS est à Genève en Suisse.

3.3. Gestion des ressources humaines de santé en Haïti

En Haïti, la gestion des ressources humaines est conjointement assurée par la Direction des ressources humaines (DRH) et la Direction de Formation et de Perfectionnement en Sciences de la Santé (DFPSS).

Aux termes du décret du 17 novembre 2005, la Direction des Ressources Humaines a pour mission la gestion, la valorisation du personnel des différentes catégories du Ministère de la Santé Publique et de la Population, la promotion et le suivi des carrières des fonctionnaires et des agents du MSPP.

Ainsi libellé, le mandat institutionnel de la DRH laisse apparaître deux (2) éléments significatifs :

- la typologie des personnels de santé en Haïti : on distingue de par leur statut d'employabilité, des personnels permanents (fonctionnaires) et des personnels non permanents (contractuels).
- Le contenu de la gestion des ressources humaines de santé en Haïti : il recouvre la planification des besoins, le recrutement, l'affectation à un poste de travail et le suivi de carrière des professionnels en s'appuyant sur la réglementation en vigueur. Les aspects de développement professionnel sont principalement pris en charge par la DFPSS.

Au final, mises ensemble les attributions de la DRH et la DFPSS rejoignent l'objet essentiel de la GRH dans le secteur de la santé à savoir, disposer à temps, en effectifs suffisants, et en permanence, de personnels compétents et motivés pour répondre au besoin de santé des populations. Les données sur les personnels de santé en Haïti sont enregistrées dans un système d'information et de gestion des ressources humaines (SIGRH).

3.4. Système d'Information et de Gestion des Ressources Humaines : SIGRH

3.4.1. Présentation du SIGRH

Développé en 2011 par la DRH du MSPP avec l'appui du PARC¹⁰ suite à un recensement des personnels de santé effectué en 2007-2008, le SIGRH est accessible via Internet et offre au MSPP une source de donnée unique et standardisée sur le personnel tant public que privé¹¹. Il comporte quatre (4) niveaux d'accès pour les utilisateurs :

- un (1) niveau accès non sécurisé ouvert au public permettant de produire des données statistiques non nominalisées ;
- trois (3) niveaux d'accès sécurisés pour les administrateurs destinés aux gestionnaires de la base de données. On distingue :
 - un niveau institutionnel permettant au responsable du service RH de visualiser tous les employés d'une institution sanitaire ;
 - un niveau départemental permettant au Chef du service des RH du Bureau Départemental de la Santé d'avoir un aperçu de tous les employés de son département ;
 - un niveau national accessible aux administrateurs du SIGRH de la DRH et de la Haute Instance du MSPP (Ministre, Directeur Général).

Les codes d'accès sont personnalisés et définissent les autorisations d'accès et de modifications des données. Ils ne peuvent être partagés. Toutes les transactions effectuées sont traçables avec un historique conservé dans le SIGRH.

¹⁰ PARC : Projet d'Appui au Renforcement des Capacités/ Agence Canadienne pour le Développement International (ACDI) 2001-2013

¹¹ Le personnel privé n'a pas encore été enregistré dans le SIGRH

3.4.2. Typologie des employés du MSPP

Indépendamment de leurs catégories socio-professionnelles, les informations sur le personnel du MSPP enregistré dans le SIGRH laissent apparaître cinq (5) types d'employés :

- les budgétisés,
- les contractuels avec MSPP,
- les contractuels avec bailleurs,
- les stagiaires
- et les "à gage".

Le tableau 2 présente chaque type d'employé, sa définition opérationnelle, la source de son financement et son statut d'employabilité.

TYPES D'EMPLOYES	DEFINITION OPERATIONNELLE	SOURCE DE FINANCEMENT	STATUT D'EMPLOYABILITE
Budgétisés	Personnel nommé à titre permanent dans un emploi de l'administration public. Fonctionnaire de l'Etat	Trésor public	Permanent
Contractuel avec MSPP	Personnel lié par un contrat de droit public avec le MSPP pour répondre à un besoin occasionnel. Selon la réglementation en vigueur, le contrat s'aligne sur l'exercice fiscal et est encadré par une durée minimum de six (6) mois et 12 mois maximum, renouvelable.	Trésor public	Non permanent
Contractuel avec Bailleur	Personnel lié par un contrat de droit privé avec un Partenaire pour répondre à un besoin. Généralement, ces types de personnel sont recrutés dans le cadre d'un projet qui a une durée.	Bailleur	Non permanent
En stage	Position dans laquelle se trouve un étudiant en fin de formation. Il se réalise à travers 3 modalités : - L'internat correspond à la dernière année de formation de l'étudiant en Médecine, il conduit à l'obtention du Doctorat - La résidence hospitalière est une spécialisation médicale se déroulant dans les Hôpitaux Universitaires - Le service social : d'une durée de 12 mois, c'est un service obligatoire pour les professionnels de la santé diplômés des Institutions publiques et privées. Il aboutit à la délivrance d'une Licence professionnelle qui autorise à exercer dans le secteur public ou privé	Boursiers de l'Etat	Non permanent
A gage	Pratique résultant d'une entente entre le directeur d'une institution et un travailleur	Recette de l'institution sanitaire	Non permanent

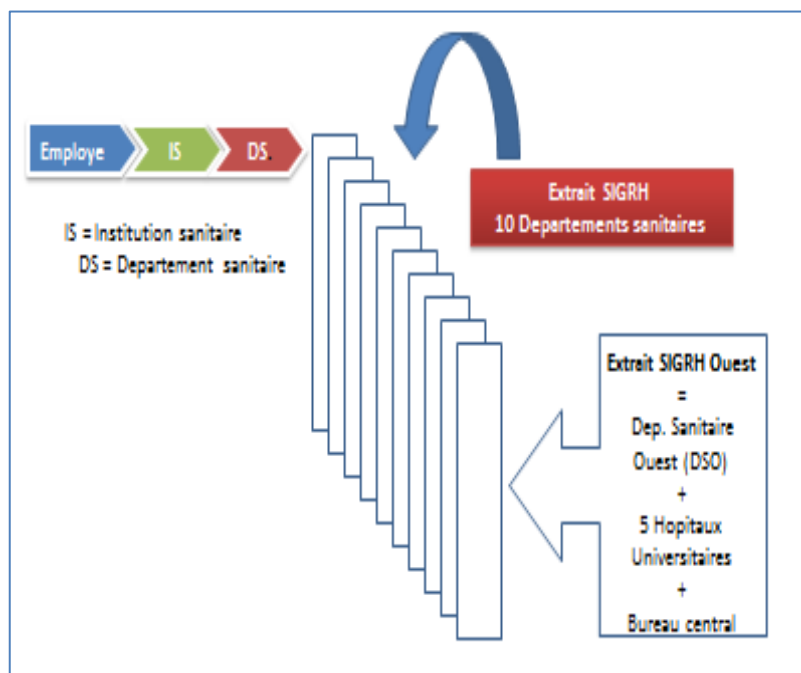
Tableau 2 : Typologie des employés du MSPP

A côté de ces 5 types d'employés, on note le personnel expatrié issue de la coopération bilatérale entre l'Etat haïtien et un pays tiers payés par leur pays d'origine et de statut non permanent (exemple personnels de la coopération cubaine).

3.4.3. Modalités d'enregistrement des employés dans le SIGRH

Le département sanitaire, unité opérationnelle du système de santé a été utilisé comme base pour l'enregistrement des employés dans le SIGRH. De ce fait, chaque employé en poste est rattachable à une

institution sanitaire situé dans un département de sorte qu'il soit possible de tirer un extrait SIGRH de la liste des employés dans un Département. Pour l'ensemble des employés du MSPP, l'on obtiendrait ainsi 10 listes correspondant aux 10 Départements sanitaires du pays comme le montre la figure 5 ci-après.



Il est à noter qu'en raison de leur localisation à Port-Au-Prince, ont été enregistrés dans le Département Ouest, les Services Centraux du MSPP regroupés sous le titre institutionnel "Bureau Central" ainsi que 5 hôpitaux du niveau tertiaire sous le titre "Hôpitaux Universitaires". Le 6eme Hôpital Universitaire, faisant office d'Hôpital Départemental se trouve dans le Nord.

Figure 4 : modalités d'enregistrement des employés dans le SIGRH

3.5. OMD et défis liés aux Ressources Humaines de Santé en Haïti

Le profil épidémiologique en Haïti est marqué par les maladies infectieuses transmissibles. Des progrès significatifs ont été enregistrés ces dernières années notamment en ce qui concerne les OMD mais le niveau de certains indicateurs clés reste préoccupant. La prévalence du Malaria est de 4.9% et celle de la Tuberculose se situe à 306/100,000¹² habitants. Le taux de couverture vaccinale est passé de 41% à 45% pour les enfants de 12-23 mois de 2006 à 2012¹³. La prévalence des IRA a été réduite de 20.2% en 2006 à 14% en 2012. 38 % des naissances ont été assistées par du personnel qualifié. Le risque de mortalité infantile (TMI) est évalué à 59 décès pour 1,000 naissances vivantes en 2012 contre 78 décès pour 1,000 naissances vivantes 10 ans plus tôt. Quant au taux de Mortalité Maternelle (TMM) sur cette même période, il est de 157/100,000 naissances vivantes contre 630 pour 100,000 naissances vivantes.

Qu'en est-il du VIH/ SIDA ? Depuis juin 2011, Haïti s'est engagé sur la voie des trois zéros dans la lutte contre la pandémie à savoir, Zéro nouvelle infection à VIH, Zéro discrimination et Zéro décès lié au sida. Selon le bulletin de surveillance épidémiologique du VIH/SIDA no 5 (octobre 2013), le nombre de PVVIH est estimé à 150,000, celui des nouvelles infections à 8,200 et les décès dus au sida à 6,000. Globalement, la prévalence du VIH est de 2,2%¹⁴. Toutefois cette prévalence est plus élevée chez les

¹² Document de Politique Nationale de la santé

¹³ EMMUS V

¹⁴ EMMUS V, op. cité.

femmes que chez les hommes, elle a même tendance à augmenter car elle est passée de 2,3% en 2006 à 2,7% en 2012. Le pourcentage de transmission mère-enfant est élevé et se situe 8,6% en 2012. Or, le plan national de suivi évaluation 2012 – 2015 a fixé à 1% la cible à atteindre en 2015 compte tenu des enjeux majeurs que cela représente dans la riposte nationale.

Selon le Rapport sur la santé dans le monde 2006¹⁵, les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) consistent, entre autres, à combattre les grandes maladies liées à la pauvreté qui ravagent les populations défavorisées, en faisant porter l'effort sur les soins de santé maternels et juvénos-infantiles ainsi que sur la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Les pays qui connaissent les plus grandes difficultés à atteindre les OMD, sont ceux qui souffrent d'une pénurie de personnel sanitaire. Les principaux problèmes qui se posent sont liés à l'alignement des programmes de lutte contre les maladies prioritaires sur la fourniture de soins de santé primaires, au déploiement équitable des agents de santé en vue d'assurer un accès universel au traitement contre le VIH/SIDA.

Dans un tel contexte, les résultats de l'ERHIS 1 présentent un enjeu stratégique majeur dans la mesure où ils devraient fournir des repères pour mieux organiser la riposte.

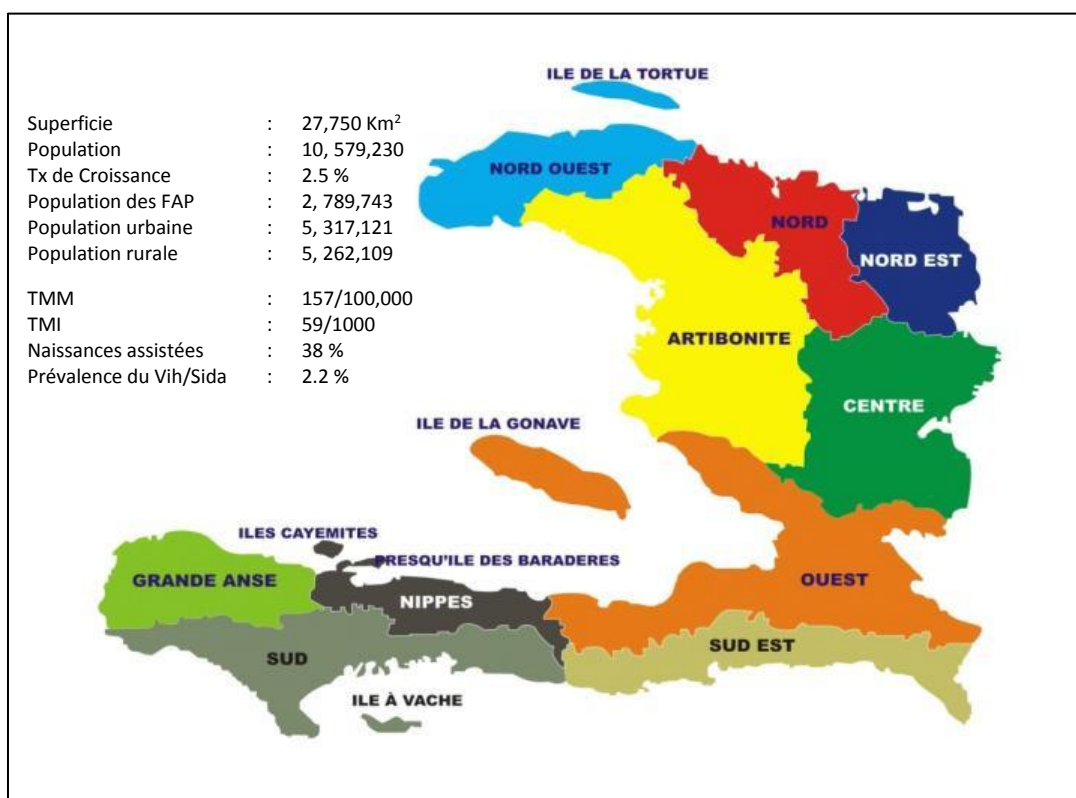


Figure 5: Haïti en quelques chiffres

¹⁵ Op. cité

CHAPITRE 4 : CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ERHIS 1

4.1. Objectifs de l'étude

L'ERHIS 1 vise à fournir les informations stratégiques sur les ressources humaines de santé du secteur public pour contribuer à la prise de décision sur des bases factuelles.

Plus spécifiquement, il s'agit dans le cadre de cette évaluation de :

- appréhender les RH de santé disponibles en Haïti en terme de : profil, distribution géographique, modalités de financement, situation administrative
- mettre à disposition une base de données pour l'élaboration de documents techniques et stratégiques s'inscrivant dans le cadre de l'appui au renforcement du système de santé
- contribuer à une meilleure planification, utilisation et gestion des ressources humaines en vue d'assurer l'efficacité du système de santé.

4.2. Méthodologie

L'ERHIS 1 est basée sur une analyse quantitative et qualitative des données du personnel des institutions sanitaires du secteur public du pays. Celles-ci sont enregistrées dans le Système d'Information et de Gestion des Ressources Humaines (SIGRH) de la Direction des Ressources Humaines (DRH) du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). Ces données ont été vérifiées sur le terrain dans le cadre du nécessaire travail de contrôle de sa qualité. Ainsi, le processus de l'évaluation a fait intervenir plusieurs étapes :

- exportation de base de données sur Excel ;
- examen des données ;
- mission de contrôle qualité sur le terrain pour la vérification des informations sur les employés ;
- mises à jour de la base de données ;
- nouvelle exportation de la base de données (base actualisée et corrigée) ;
- analyse et interprétation des données définitives ;
- rédaction d'un rapport ;
- atelier de validation du rapport final.

4.2.1. Exportation initiale de la base de données

Les travaux de l'ERHIS 1 ont commencé par une exportation de la liste des employés des dix départements sanitaires sur un fichier Excel. Ce fichier a servi de référence pour la conduite du contrôle qualité sur le terrain.

4.2.2. Examen des données

L'objectif de l'examen préliminaire des données était d'identifier dans les listes les informations incomplètes, erronées ou improbable à confirmer ou infirmer sur le terrain.

4.2.3. Mission de contrôle qualité des données du SIGRH dans les départements sanitaires

4.2.3.1. Stratégie du contrôle-qualité

Une mission de contrôle qualité des données du SIGRH a été conduite dans les 10 départements sanitaires du pays durant la période de novembre 2013 à juin 2014 afin de confronter les données de la base à la réalité de terrain. Le support de cette activité a été l'extrait de la liste des employés du SIGRH exporté sur Excel qui a fait l'objet de l'examen préliminaire susmentionné.

Dans chaque département sanitaire, le réseau local des gestionnaires des ressources humaines de santé comprenant l'ensemble des points focaux RH des institutions sanitaires a été réuni. La liste des employés a été passée en revue pour un contrôle quantitatif et qualitatif afin d'établir :

- la situation d'activité des employés (en poste, non en poste)
- les raisons de la non présence au poste des employés (abandon de poste, décès, inconnu, incapacité physique, retraite, etc.)
- la spécialité des prestataires (médecins, infirmiers, sages-femmes¹⁶)
- la zone d'activité des employés (zone urbaine, zone rurale)

Pour les institutions sanitaires présentant un effectif important (Directions centrales, Hôpitaux Universitaires, Hôpitaux Départementaux, Hôpitaux Communautaires de Références notamment), le contrôle qualité a été effectué sur site pour avoir un contact physique avec les employés quand cela était nécessaire.

4.2.3.2. Support de collecte de données

Le contrôle quantitatif a permis d'identifier les employés non encore enregistrés dans la base en comparant les données du SIGRH avec les listings des institutions sanitaires. Ces employés manquants ont été recensés à partir d'un formulaire¹⁷ en vue d'un ajout dans la base (voir copie en annexe 1).

Quant au contrôle qualitatif, il a porté sur 20 variables individuelles présentées dans le tableau 3.

¹⁶ En Haïti, l'emploi de sage-femme est une spécialité infirmière

¹⁷ Il s'agit du formulaire de collecte de données utilisées pour le recensement des employés lors de la mise en place du SIGRH qui a été actualisée

VARIABLES	DESCRIPTION
NIF	Numéro d'Immatriculation Fiscale de l'employé
CIN	Numéro de la Carte d'Identification Nationale de l'employé
NOM	Nom de l'employé
PRENOM	Prénom de l'employé
SEXE	Sexe de l'employé
DATE DE NAISSANCE	Date de naissance de l'employé
DATE DE NOMINATION	Date de nomination de l'employé dans l'emploi
DATE DEBUT EMPLOI	Date de prise de fonction
TYPE EMPLOI	Situation contractuelle de l'employé : budgétisé, contractuel avec MSPP, Contractuel avec bailleur, En stage, A gage
TITRE EMPLOI	Catégorie professionnelle ou fonction occupée par l'employé
SPECIALITE*	Spécialité médicale, infirmière ou sage-femme
INSTITUTION	Institution sanitaire où l'employé est en poste
DEPARTEMENT	Département où est localisée l'institution
COMMUNE	Commune où est localisée l'institution
ZONE*	Urbaine, Rurale ou Aire Métropolitaine de Port-au-Prince
SALAIRE	Salaire mensuel (en gourdes) de l'employé
BAILLEUR	Institution/Bailleur finançant le salaire de l'employé
PROJET	Projet auquel est rattaché l'employé
EXPERTISE	Domaine d'activité de l'employé
POSITION*	Situation d'activité de l'employé : en poste ou non en poste (accompagnée le cas échéant de la raison de la non présence au poste de l'employé)

Tableau 3 : variables du contrôle qualité du SIGRH

* Les variables portant cette mention ont été rajoutées sur le support Excel tiré du SIGRH pour faciliter les analyses de l'ERHIS 1

4.2.4. Mise à jour de la base de données

Les mises à jour des données du SIGRH se sont faites sur la base des résultats du processus de vérification précédent lors du contrôle qualité. Les informations des formulaires de collecte de données individuelles remplis par les employés manquants ont été directement saisies en ajout dans la base. Il en est de même des corrections apportées sur les variables individuelles des fichiers Excel ayant servi de support à la validation des données de sorte à obtenir un SIGRH consolidé.

4.2.5. Nouvelle exportation de la base de données

L'objectif de la nouvelle exportation de la base de données était de fournir un ensemble de données actualisées pouvant être utilisées pour l'analyse et l'interprétation.

4.2.6. Analyse et interprétation des données

4.2.6.1. Traitement des données

Les données consolidées exportées sur fichier Excel ont été traitées sur SPSS. Les cas de doublons ont été détectés. Une grille d'analyse a été élaborée et la synthèse des données a servi de support aux analyses de l'ERHIS 1.

4.2.6.2. Grille d'analyse

Au vu des informations disponibles, une grille d'analyse des données prenant en compte les indicateurs de RHS recherchés en s'appuyant sur les normes et standards nationaux et internationaux ainsi que leur mode de calcul a été confectionnée (annexe 2).

Ces indicateurs couvrent les 5 variables suivantes :

- ⇒ situation d'activité des ressources humaines de santé
- ⇒ profil des ressources humaines de santé
- ⇒ distribution des ressources humaines de santé
- ⇒ financement des ressources humaines
- ⇒ mobilisation de la fonction RH au niveau départemental

4.2.6.3. Synthèse des données du contrôle qualité

Fichiers de référence	Nombre d'enregistrements dans le fichier initial	Nombre de doublons détectés dans le fichier initial et non pris en compte	Nombre d'enregistrements dans le fichier apuré
Base de données du SIGRH à la date du 26 novembre 2013	9,821 (100%)	409 (4.2%)	9,412 (95.8%)
Base de données du SIGRH à la date du 30 juin 2014	15,208 (100%)	434 (2.9%)	14,774 (97.1%)

Tableau 4 : Synthèse des enregistrements de la base de données du SIGRH

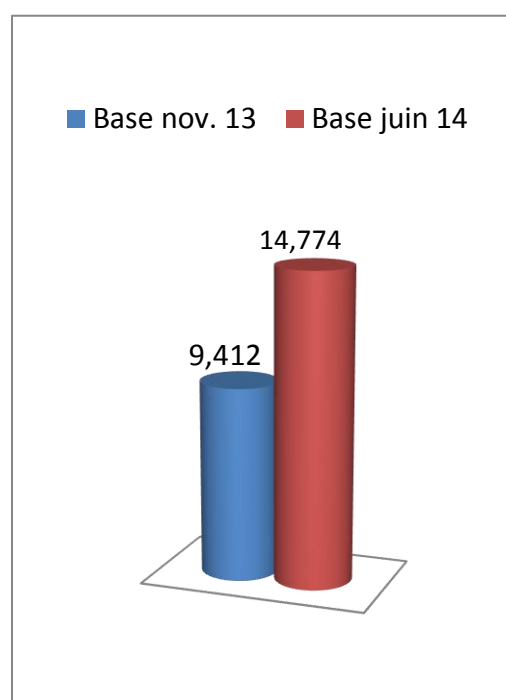


Figure 6 : Evolution de la base de données

- ☞ Le fichier obtenu à la suite des différentes vérifications effectuées sur le terrain comporte **13,802 enregistrements**.
- ☞ L'écart entre les enregistrements effectués sur le terrain et les 14,774 employés de la base à la date du 30 juin 2014 correspond à une liste résiduelle de **972 employés sans affectation** c'est-à-dire des employés qui se retrouvent dans la base avec la mention "institution non identifiée"

Finalement, le contrôle qualité du SIGRH donne les résultats suivants :

- ☐ 434 cas de doublons détectés. Ce qui représente 2.9% des employés enregistrés dans la base
- ☐ 5,362 nouveaux enregistrements correspondants aux ajouts (56.97%)
- ☐ 972 employés sans affectation (6.58%) pour lesquels des recherches complémentaires doivent être effectuées pour connaître la suite administrative à adresser à ces cas.

4.2.6.4. Base d'analyse de l'ERHIS 1

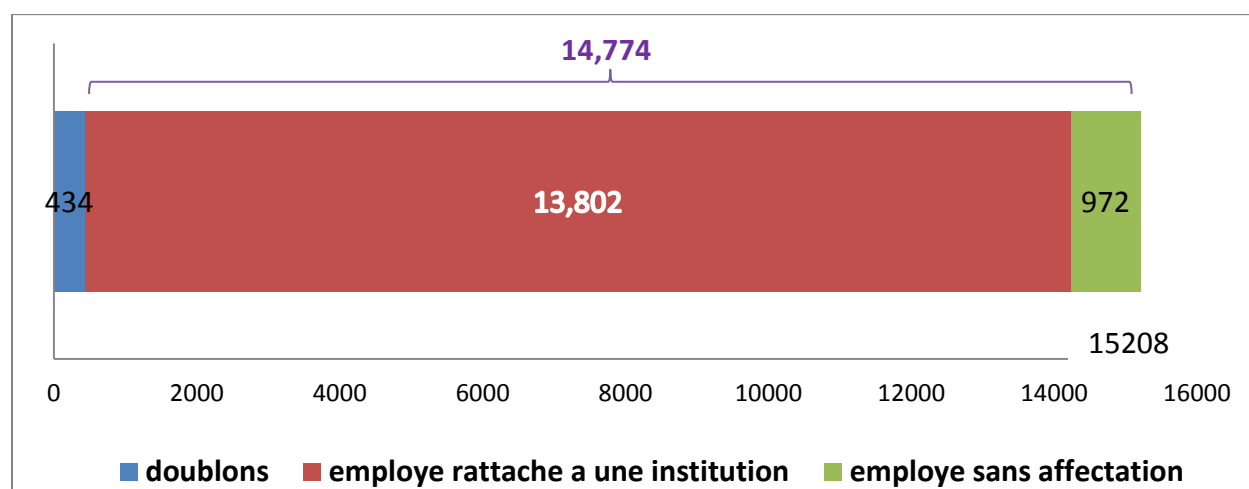


Figure 7: Base d'analyse de l'ERHIS 1

👉 Les résultats d'analyse de l'ERHIS 1 s'appuient sur les données relatives aux 13,802 employés enregistrés dans la base et rattachés à une institution.

4.2.7. Atelier de validation finale des données

L'objectif de l'atelier de validation finale était de présenter aux points focaux RH et les autres parties prenantes du projet, les données consolidées ainsi que les analyses et interprétations qui en découlent afin d'identifier les problèmes résiduels avec les données et effectuer les corrections nécessaires.

4.3. Sûreté des données

Quatre (4) mesures de sûreté et d'archivage ont été prises dans le cadre des travaux de l'ERHIS 1 :

- ❖ Pour réduire les marges d'erreurs liées à la charge de travail et vérifier sur le terrain les informations individuelles par le contrôle de dossier et le contact physique avec les employés en cas de besoin, le contrôle qualité du SIGRH dans les départements sanitaires a été effectué en deux étapes : d'abord contrôle qualité in situ dans les institutions sanitaires à gros effectifs (Hôpitaux Universitaires, Hôpitaux Départementaux, HCR notamment) ; ensuite, passage à échelle du contrôle qualité avec les autres institutions sanitaires du département avec le réseau local des gestionnaires RH.
- ❖ Pour croiser les données avec d'autres sources d'information, les fichiers issus de la pré-validation dans les départements sanitaires, ont fait l'objet d'une validation nationale en atelier à l'aide des listes d'émargement des payroll du Ministère de l'Economie et des Finances.
- ❖ Pour mesurer l'évolution de la base de données du début à la fin du processus deux fichiers de référence ont été constitués : l'extrait SIGRH de l'ensemble des employés au début des travaux (26 novembre 2013) et l'extrait SIGRH à la fin des travaux (30 juin 2014)

- ❖ Enfin, pour authentifier les listes finales validées, elles ont été signées par les responsables RH et archivées à la DRH.

4.4. Difficultés rencontrées

✓ La problématique des cas de doublons

Les 434 cas de doublons identifiés ont rendu nécessaire la comparaison des variables de 5 fois plus d'employés présentant des caractéristiques similaires (environ 2,500 lignes Excel) et cela au cas par cas pour distinguer les vrais des faux doublons. Les doublons faussent les statistiques. Ils révèlent d'une part un problème de saisie et d'autre part un dysfonctionnement dans le paramétrage du système de sécurité interne du SIGRH. La solution passe par la formation des gestionnaires et la révision du système de sécurité du SIGRH de telle sorte que les nouvelles entrées de variables individuelles clefs soient rejetées si elles existent déjà dans la base.

✓ La non distinction entre le titre d'emploi et la fonction dans la base

La base de données du SIGRH ne fait pas de différence entre la fonction occupée par un agent et son titre d'emploi d'origine. Ainsi, pour un médecin par exemple nommé directeur, son emploi n'apparaît plus. Dans ces conditions, il a fallu par moment procéder au cas par cas pour assurer le décompte des effectifs par catégorie professionnelle. Le problème pourrait être résolu en séparant les deux variables.

De la même manière, la variable expertise met surtout l'accent sur le domaine d'activité (exemple science infirmière, médecine...) et ne rend pas ainsi véritablement compte de la spécialité des prestataires. Or cette information est très importante pour la prise de décision dans un secteur comme la santé. Pour contourner la difficulté, il a fallu rajouter cette colonne au fichier Excel qui a servi de support au contrôle qualité dans les départements. La solution serait de remplacer la variable expertise par spécialité dans le SIGRH.

4.5. Limites de l'ERHIS 1

- ▶ L'ERHIS 1 a circonscrit son champ d'action au personnel des institutions sanitaires du secteur public. Dans les institutions sanitaires mixtes, l'attention a été portée sur le personnel budgétisé, c'est-à-dire le personnel étatique affecté en complément d'effectif, ainsi que les contractuels payés par les bailleurs. Les salariés de l'institution ont été considérés comme des personnels privés devant faire l'objet de l'ERHIS 2.
- ▶ L'ERHIS 1 n'a pas non plus pris en compte les personnels de la coopération bilatérale notamment le personnel cubain bien présents dans certaines institutions sanitaires du secteur public. Ces derniers ne sont pas enregistrés dans le SIGRH et leurs mouvements échappent au contrôle de la DRH.
- ▶ Enfin, le champ d'analyse de l'ERHIS 1 n'a pas couvert la rubrique "formation" composante essentielle de la fonction ressource humaine, ceci en raison des difficultés à retracer dans la configuration actuelle du SIGRH l'information des diverses sous composantes de la rubrique (internat, résidence hospitalière I, II, III, IV, service social...). Le décompte des effectifs des sous

composantes du type d'emploi "en stage" aurait fourni des informations utiles sur le potentiel RHS dont dispose le pays pour aider à la planification et la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC). Une étude sur les cohortes successives et les recrutements opérés par l'Etat situerait sur les flux d'effectifs des catégories professionnelles au niveau du marché du travail.

CHAPITRE 5 : RESULTATS DE L'ERHIS 1

5.1. Situation d'activités des employés du MSPP

5.1.1. Statut de présence des employés (En poste-Non en poste¹⁸)

L'une des mesures urgentes à prendre pour accroître la productivité dans un système sanitaire consiste à faire la chasse au gaspillage des ressources humaines en éliminant les employés fantômes ou les emplois fictifs et en combattant l'absentéisme. De ce point de vue, accorder une attention particulière à la situation d'activité des employés présente un intérêt certain.

En Haïti, l'effectif total des ressources humaines du secteur public de la santé enregistré dans le SIGRH au 30 juin 2014 est de 13,802 employés.

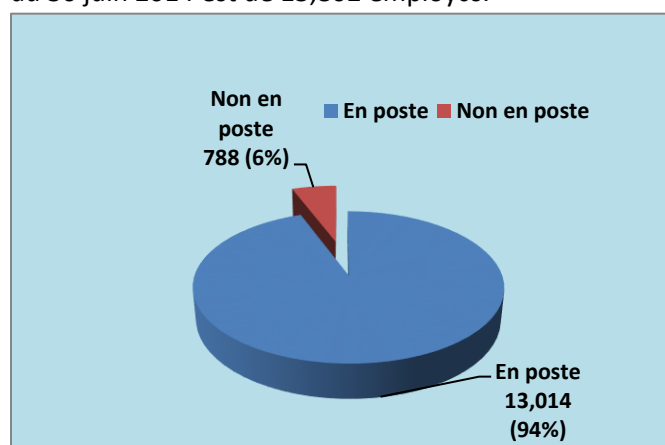


Figure 8 : Situation d'activités des RH

Les contrôles relatifs à la présence au lieu de travail montrent que 94.29% de ces employés (13,014) étaient à leur poste au moment de cette évaluation qui a couvert une période de sept mois (7mois) entre novembre 2013 et juin 2014 (fig. 8). Par contre, un nombre non négligeable d'employés (788) correspondant à 6% des effectifs n'étaient pas en poste. Les pertes annuelles en terme de salaires pour ces employés sont estimées à plus de 130 millions

de gourdes (soit près de \$ US 3 millions).

5.1.2. Raisons du non présence au poste des employés

Selon les données recueillies cinq (5) raisons principales justifient cette situation comme le montre la figure 9 ci-contre :

1. les employés inconnus (29%)
2. les abandons de postes¹⁹ (15%)
3. les fins de contrats (12%)
4. les congés d'études, les cas de décès et de pensions (9%)
5. les incapacités physiques (8%)

¹⁸ Un employé "en poste" est un employé présent à son lieu d'affectation. Est considéré comme étant en poste, l'employé bénéficiant d'une autorisation régulière d'absence (exemple employé en congé administratif, employé en permission)

¹⁹ Un employé en abandon de poste est un employé qui a quitté son poste de travail sans autorisation. En principe, l'abandon de poste est consommé après 3 jours d'absence sans autorisation

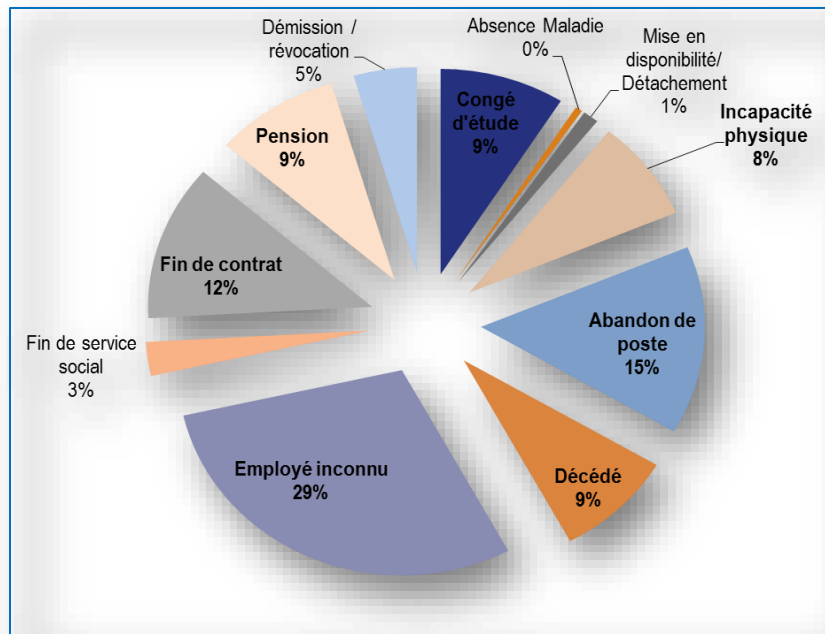


Figure 9 : Raisons de la non présence au poste des employés

Les employés inconnus sont les employés rattachés dans la base à une institution sanitaire mais qui sur le terrain se sont avérés inconnus dans lesdites institutions lors du contrôle qualité. En dehors de ces cas, les abandons de poste constituent la première cause du non présence au poste des employés (117 cas correspondant à 0.85% de l'effectif total)

Le tableau 5 ci-après, fait le point du contrôle de présence des employés à leur poste de travail par département. Le taux des employés en poste est le plus élevé dans le département du Nord Est (97.64%) et le plus bas dans le Département du Centre (85.92%). Cependant, le département du Nord-Ouest avec 14.30% des cas devance légèrement le département du Centre (14.09%) quand on considère uniquement les employés non en poste. Avec un effectif de 426 employés, le département du Centre est le plus faiblement pourvu en ressources humaines. Pourtant, celui-ci est le 5ème département sur les 10 que compte le pays en termes d'importance de la population.

Tableau 5 : Situation d'activités des employés du MSPP par département

Situation d'activité (résultat du contrôle de la présence des employés)		DEPARTEMENTS																					
		ARTIBONITE		CENTRE		GRANDE ANSE		NIPPES		NORD-EST		NORD-OUEST		NORD		OUEST		SUD-EST		SUD		Total/Ensemble	
		Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)	Effectif	Proportion (%)
En poste	Total en poste	1,453	94.60	366	85.92	642	88.43	382	88.63	663	97.64	587	85.57	1726	97.29	5,787	96.18	573	93.02	835	91.66	13,014	94.29
Non en poste	Congé d'étude	4	0.26	3	0.70	8	1.10	5	1.16	9	1.33	12	1.75	3	0.17	16	0.27	5	0.81	6	0.66	71	0.51
	Absence Maladie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0.11	2	0.03	0	0	0	0	4	0.03
	Mise en disponibilité/ Detachement	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0.15	0	0	0	0	9	0.06
	Incapacité physique	3	0.20	5	1.17	12	1.65	10	2.32	1	0.15	1	0.15	5	0.28	6	0.10	20	3.25	0	0	63	0.46
	Abandon de poste	5	0.33	8	1.88	14	1.93	13	3.02	1	0.15	1	0.15	6	0.34	61	1.01	2	0.32	6	0.66	117	0.85
	Décédé(e)	3	0.20	7	1.64	6	0.83	0	0	0	0	4	0.58	0	0	34	0.57	3	0.49	11	1.21	68	0.49
	Employé(e) inconnu(e) au sein de l'institution sanitaire d'affectation	33	2.15	23	5.40	34	4.68	6	1.39	0	0	36	5.25	20	1.13	40	0.66	6	0.97	33	3.62	231	1.67
	Fin du service social	14	0.91	0	0	4	0.55	3	0.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	0.15
	Fin de contrat	1	0.07	1	0.23	5	0.69	9	2.09	3	0.44	41	5.98	4	0.23	21	0.35	7	1.14	5	0.55	97	0.70
	Pensionnaire	6	0.39	12	2.82	0	0	2	0.46	1	0.15	1	0.15	0	0	34	0.57	0	0	11	1.21	71	0.51
	Démission / revocation	14	0.91	1	0.23	1	0.14	1	0.23	1	0.15	2	0.30	6	0.34	6	0.10	0	0	4	0.44	36	0.26
	Total non en poste	83	5.41	60	14.09	84	11.57	49	11.37	16	2.36	98	14.30	46	2.59	229	3.81	43	6.98	76	8.35	788	5.71
TOTAL GENERAL	Par département	1,536	100	426	100	726	100	431	100	679	100	686	100	1,774	100	6,017	100	616	100	911	100	13,802	100
	Pour l'ensemble		11.13		3.09		5.26		3.12		4.92		4.97		12.85		43.60		4.46		6.60		
	Données de population (estimation IHSI de Janvier 2013)-source annuaire statistique 2013, MSPP	1,674,870	15.83	723,492	6.84	454,026	4.29	332,084	3.14	381,960	3.61	706,591	6.68	1,034,648	9.78	3,906,880	36.93	613,323	5.80	751,356	7.10	10,579,230	

5.1.3. Taux de mobilité et taux de déperdition annuelle.

Le taux de mobilité nous renseigne sur le niveau de stabilité du personnel à son poste de travail. Quant au taux de déperdition annuelle, il nous fournit un repère à prendre en compte dans la planification. Selon les données disponibles, le Taux de mobilité et le Taux de déperdition annuelle des personnels de santé en Haïti est faible et se situe en deçà des 5% (tableau 6). Cela signifie globalement que moins de 5% des effectifs ont été touchés par les mouvements du personnel et que la perte annuelle en ressource humaine du pays se situe dans les mêmes proportions.

Variables	Paramètres	Données	%
Mobilité	Transfert	234	1.70
	Congé d'étude	71	0.51
	Mise en disponibilité / Détachement	9	0.06
Total Mobilité		314	2.27
Sortie du Système	Abandon de poste	117	0.85
	Décès	68	0.49
	Fin de service social	21	0.15
	Fin de contrat	97	0.70
	Pension	71	0.51
	Démission / révocation	36	0.26
Total sortie du Système		410	2.96

Tableau 6 : Taux de mobilité et Taux de déperdition annuelle des personnels de santé en Haïti

Tx de Mobilité (TM)

- ▶ TM = Nbre total d'employés ayant changé de poste sur la période / Nbre total d'employés
- ▶ Selon les données disponibles, le TM des employés sur la période 2013-2014 est de **2.27%**

Tx de Déperdition Annuelle (TDA)

- ▶ TDA = Nbre total d'employés quittant définitivement le système sur la période / Nbre total d'employés
- ▶ Le TDA, sur la période 2013-2014, se situe à **2.96%**

5.2. Profil des ressources humaines de la santé

5.2.1 Volume des RH par type de contrat

Le rapport sur la santé dans le monde en 2006²⁰ indique que “les soins de santé constituent une activité de services exigeant un personnel nombreux”. Il est établi que le nombre et la valeur du personnel influent de manière positive sur la couverture vaccinale, l’extension des soins de santé primaires ainsi que sur la survie juvénile et maternelle. Les chances de survie de la mère, de l’enfant et du nouveau-né s’accroissent avec la disponibilité en RHS comme le montre la figure 9.

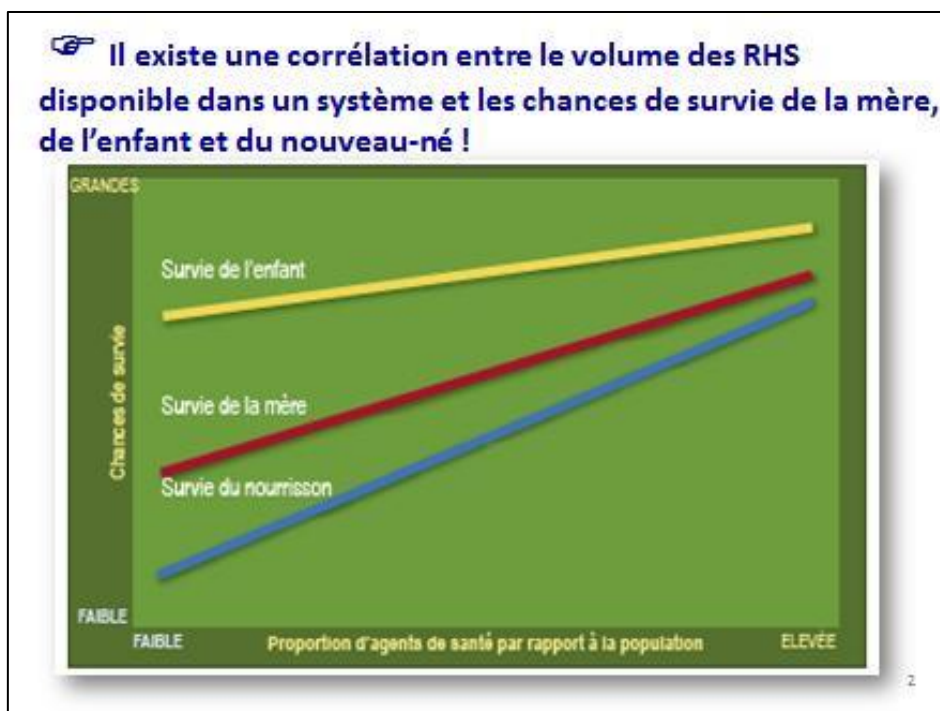


Figure 10 : Corrélation entre le volume des RHS et les chances de survie de la mère, de l’enfant et du nouveau-né
(Source rapport sur la santé dans le monde 2006, adapté)

En Haïti, sur un volume global de 13,014 employés dans le secteur sanitaire public, on distingue 5 types de travailleurs (tableau 7) quand on considère la nature de leurs contrats. Parmi ces travailleurs seuls les budgétisés (64.19%) ont un statut de permanent. Inversement, cela signifie que l’offre de soin dans le secteur public repose à 35% sur du personnel non permanent. Ce qui peut en cas de non renouvellement de contrat poser un problème de pérennité du système et compromettre les acquis dans le progrès vers l’atteinte des OMD.

👉 **Globalement, la structure des RHS du secteur sanitaire public en Haïti présente un staff avec un effectif mixte composé de 2/3 de fonctionnaires (statut permanent) et 1/3 de contractuels (statut non permanent)**

²⁰ Op. cité

Type de contrat	Effectif	Proportion	Statut d'employabilité
Budgétisé	8,354	64.19%	Permanent
Contractuel avec MSPP	1,036	7.96%	Non permanent
Contractuel avec Bailleur	2,784	21.39%	Non permanent
A gage	616	4.73%	Non permanent
En stage	224	1.72%	Non permanent
Total	13,014	100%	

Tableau 7 : Volume des RH du MSPP par type de contrat

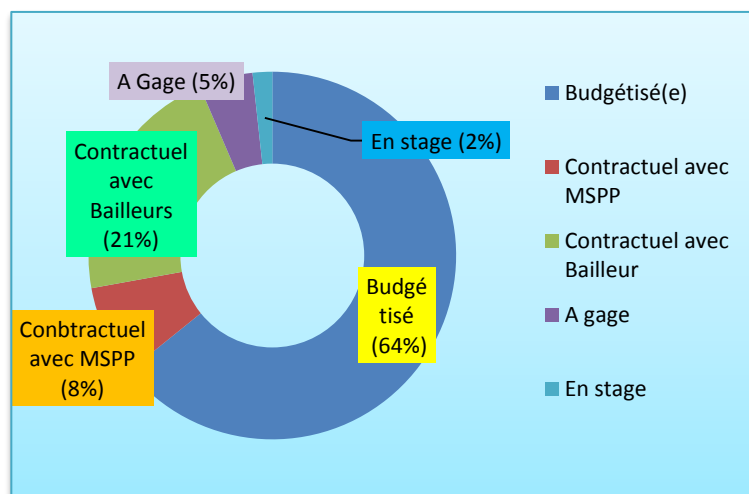


Figure 11 : Représentation des effectifs des RHS du secteur public d'Haïti par type de contrat

L'analyse par département révèle que :

- ▶ Le Département du Centre affiche le taux le plus élevé de personnels budgétisés (79.23% de ses effectifs) suivi du Département de l'Ouest (76.14%).
- ▶ A l'opposé, la part des contrats supportés par les bailleurs tend vers 40% dans 5 Départements (Nord-Ouest, Artibonite, Nord-Est, Nord et Nippes). En cas de retrait de ces bailleurs, le fonctionnement du système sanitaire public dans ces départements pourrait être mis à mal.

- ▶ Près de 2/3 des personnels en poste sont budgétisés (64.19%).
- ▶ Les personnels contractuels toutes tendances confondus représentent un peu moins de 30% des effectifs et sont essentiellement financés par les bailleurs (21% des cas).
- ▶ Les 6% des effectifs restant sont couverts par le personnel à gage et en service social qui ont tout aussi un statut non permanent.

5.2.2 Volume des RH par catégorie professionnelle

Une analyse du volume des ressources humaines du secteur public par catégorie professionnelle (tableau 8 et figure 12) révèle que :

Catégories professionnelle	Effectif	Proportion (%)
Médecin	1,068	8.21
Infirmier / Infirmière	1,470	11.30
Infirmière sage-femme	84	0.65
Agent/Agente de santé communautaire	906	6.96
Personnel administratif, financier et social	6,054	46.52
Autre staff	3,432	26.37
Total	13,014	100

Tableau 8 : Effectifs des RHS par catégorie professionnelle

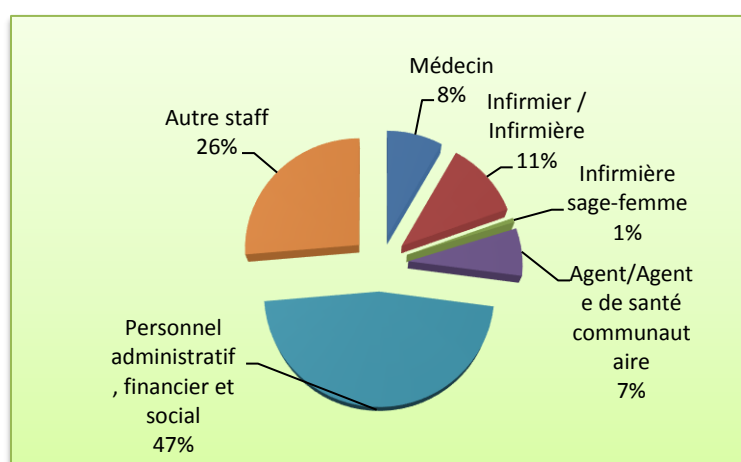


Figure 12: Répartition du personnel par catégorie professionnelle

- » Près de la moitié des RH des Institutions sanitaires publiques (46.52%) est constituée de personnel administratif, financier et social.
- » Pris ensemble, les personnels prestataires représentent 53 % des effectifs dont 8% pour le personnel médical et 11% pour le personnel infirmier.
- » Il existe un déficit aigu en personnel sages-femmes (0.65% des effectifs). Ceci s'explique par le fait qu'en Haïti, la profession de sage-femme est avant tout une spécialité infirmière. En tout état de cause, le faible effectif des sages-femmes ne manquerait pas d'avoir une influence négative sur les indicateurs de Santé Maternelle

Globalement, ces données montrent qu'en Haïti, il y a presque autant de prestataires que de personnel d'appui dans le secteur public. A titre de comparaison, dans un pays comme la Côte d'Ivoire, 85% des personnels sont prestataires contre 15% d'administratifs²¹. Le rapport sur la santé dans le monde cité au point précédent indique que les prestataires de services constituent environ les deux tiers du personnel sanitaire mondial, le tiers restant étant composé du personnel administratif et d'appui. Pour améliorer le rapport personnel prestataire-personnel d'appui en Haïti, il faut agir sur les proportions dans les recrutements à venir : par exemple recruter un personnel d'appui pour 3 prestataires.

Quand on considère le rapport des effectifs au niveau des prestataires, le pays dispose à peine d'un infirmier par médecin. Ce chiffre est proche de celui des autres pays prioritaires de la zone Amérique-Caraïbes, tel que El Salvador et le Pérou qui comptent moins d'une infirmière par médecin. En Côte d'Ivoire, ce rapport est de 2.28 infirmiers pour 1 médecin en 2010. Le rapport sur la santé dans le monde en 2006 précise qu'il y a environ quatre infirmières par médecin au Canada et aux Etats-Unis d'Amérique.

👉 **En Haïti, il y a presque autant de prestataire de soins que de personnel d'appui dans le secteur sanitaire public. Le rapport des effectifs au niveau des prestataires est de 1.38 infirmiers pour 1 médecin.**

Une représentation de la structure du personnel d'appui (figure 13) montre que les agents d'entretien et les agents de sécurité occupent une large part dans l'effectif. Or, ces types d'employés sont pour la plupart recrutés localement par les institutions sanitaires. Le Ministère gagnerait à opérer un contrôle sur le recrutement de ces agents en particulier et sur celui du personnel d'appui en général afin de mieux répondre aux besoins prioritaires dans l'optique de l'atteinte des OMD.

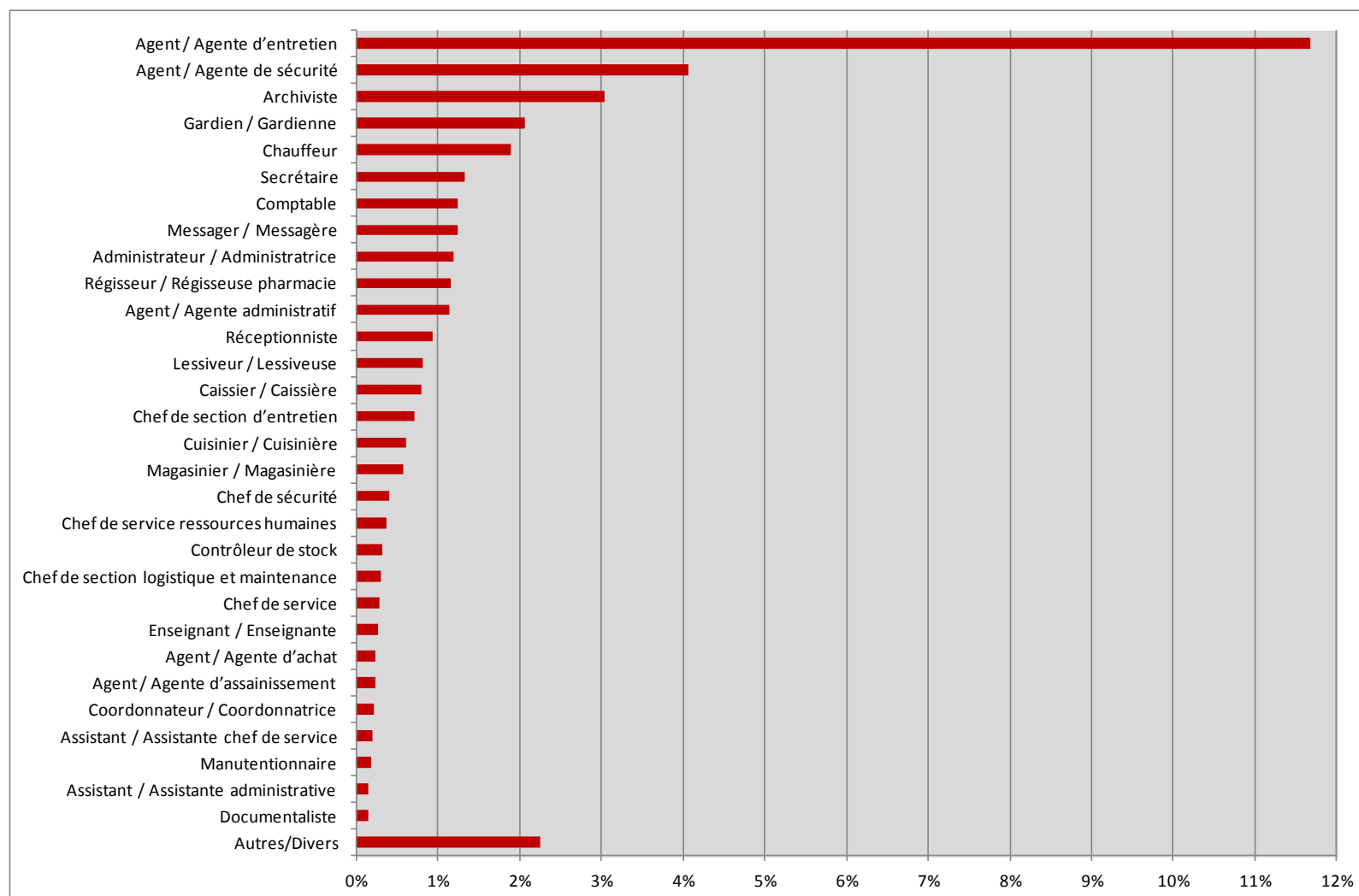
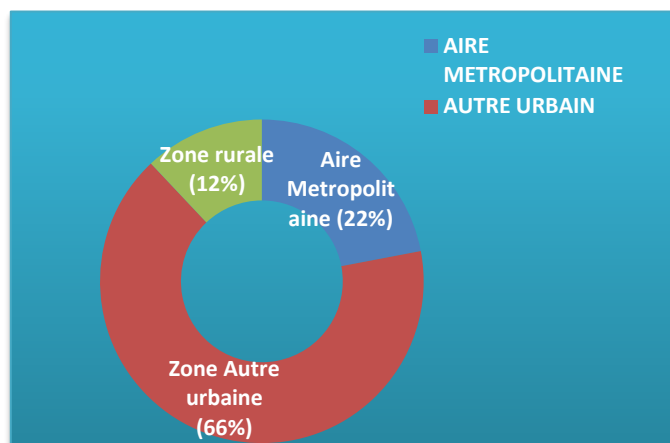


Figure 13 : Représentation de la structure du personnel « en appui »

5.3. Distribution des ressources humaines de la santé

5.3.1. Distribution des RH par milieu de résidence (Zone urbaine Vs Zone rurale)

Presque tous les pays dans le monde souffrent d'une mauvaise répartition du personnel caractérisée par une concentration dans les villes et un déficit dans les campagnes. Le cas haïtien ne déroge pas à ce phénomène qui singularise la crise des ressources humaines de santé.



❑ On note une forte disparité dans la distribution des RH par milieu de résidence (zone urbaine vs zone rurale)

❑ Globalement près de 90% (88% vs 12%) des effectifs exercent en zone urbaine.

❑ Or selon les données démographiques du pays au moins 50%²² de la population vit en zone rurale.

Figure 14 : Répartition géographique des RHS en Haïti

Une déclaration de LEE Jong-Wook, DG de l'OMS²³ au cours du Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide au développement tenu à Paris en novembre 2005, donne quelques indications sur les moyens de faire face à la problématique de l'inégale répartition des personnels de la santé : " nous devons collaborer pour que chacun, dans tous les villages, partout dans le monde, puisse compter sur un agent de santé motivé, qualifié et bien soutenu.". Il apparaît clairement que pour contribuer à un réajustement de la distribution des personnels de soins, Il faut une collaboration entre les gouvernants et les partenaires au développement afin de mettre en œuvre des mesures incitatives visant à attirer les personnels de santé vers les zones défavorisées.

👉 **En Haïti, près de 90% des personnels de santé exercent en zone urbaine contre 10% en zone rurale ; alors que 50% de la population vit en zone rurale.**

5.3.2. Répartition des RH par tranche d'âge et par sexe (pyramide des âges des personnels de la santé)

Le graphique 15, ci-après, permet de visualiser la pyramide des âges du personnel en poste dans les institutions sanitaires du secteur public. Le personnel en poste est majoritairement de sexe féminin (54.93%). Par ailleurs, 1,350 personnel en poste (10.37%) semble avoir atteint l'âge de départ à la retraite (55 ans et plus).

²² MSPP, Annuaire Statistique 2013

²³ DG de l'OMS de Juillet 2003 à mai 2006, in Rapport sur la sante dans le monde, Op. cité.

Cette proportion du personnel qui semble avoir atteint l'âge de départ à la retraite, concerne plus d'un dixième des effectifs en poste et montre la nécessité de mener, en urgence, des actions en vue de former le personnel de remplacement tenant compte du fait que cela requiert plusieurs années. D'autant plus que dans les 10 prochaines années, près d'un autre cinquième du personnel (2,236 soit 17.18%) actuellement en poste aura atteint l'âge d'aller à la retraite. De ce fait, le système sanitaire haïtien risque d'être amputé de près de 30% de ses effectifs actuels (3,586 soit 27.55%). Il faudrait donc œuvrer, dès à présent, à assurer une relève pour ne pas compromettre la pérennité du système.

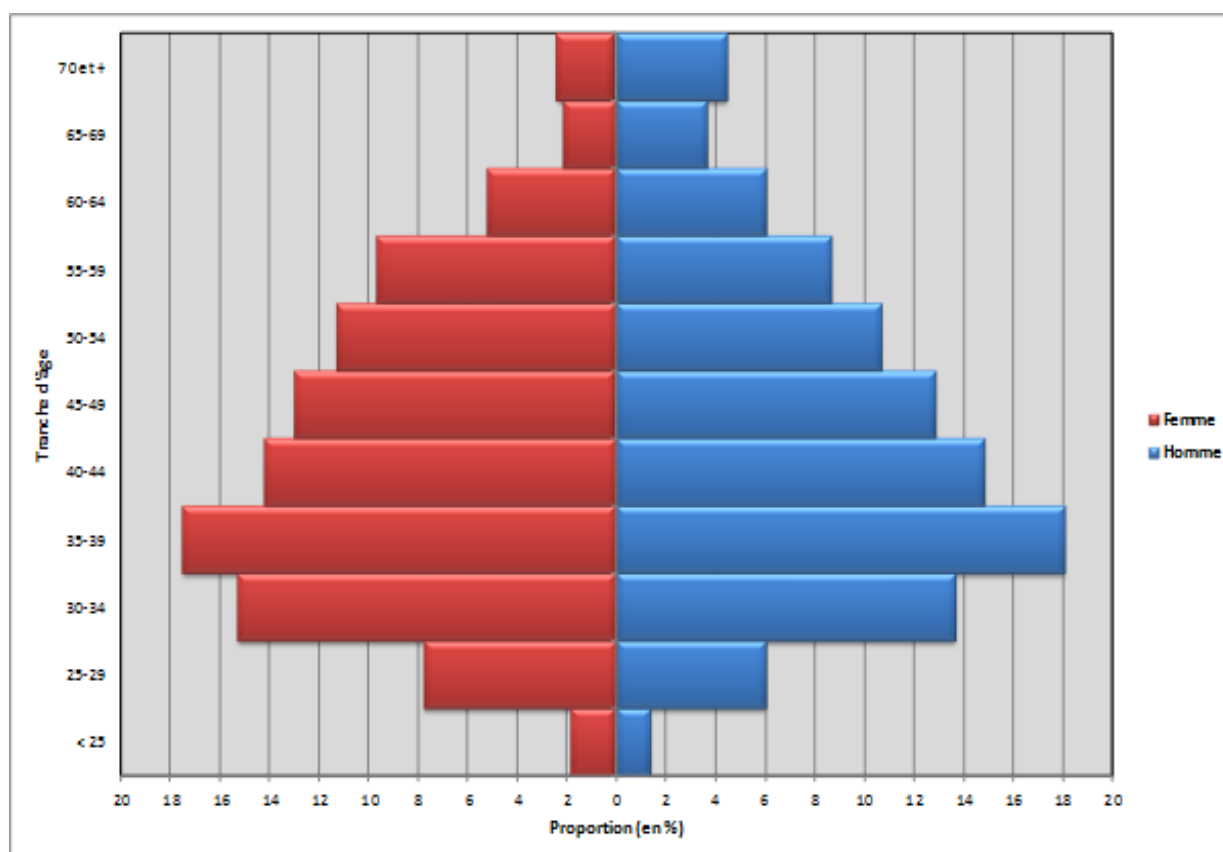


Figure 15: pyramide des âges des personnels de santé

- 👉 **1/10^{ème}** des effectifs actuels du personnel de sante a atteint l'âge de départ à la retraite. Dans les 10 prochaines années, un autre cinquième du personnel actuellement en poste aura atteint l'âge d'aller à la retraite. De ce fait, le système sanitaire haïtien risque d'être amputé de près de 30% de ses effectifs actuels.
- 👉 Il faut donc œuvrer, dès à présent, à assurer la relève, pour ne pas compromettre la pérennité du système

5.3.3. Analyse de la structure des RHS par rapport à la pyramide sanitaire

5.3.3.1. Répartition des RHS par versant de la pyramide sanitaire (versant gestionnaire Vs versant de soins)

Versant pyramide sanitaire	Ensemble du pays	
	Effectif	Proportion
Gestionnaire (Bur. central et dep.)	2,205	17%
Soins (Disp, CDS, HOP.)	10,809	83%
Total	13,014	100

Tableau 9 : Répartition des RHS par versant de la pyramide sanitaire

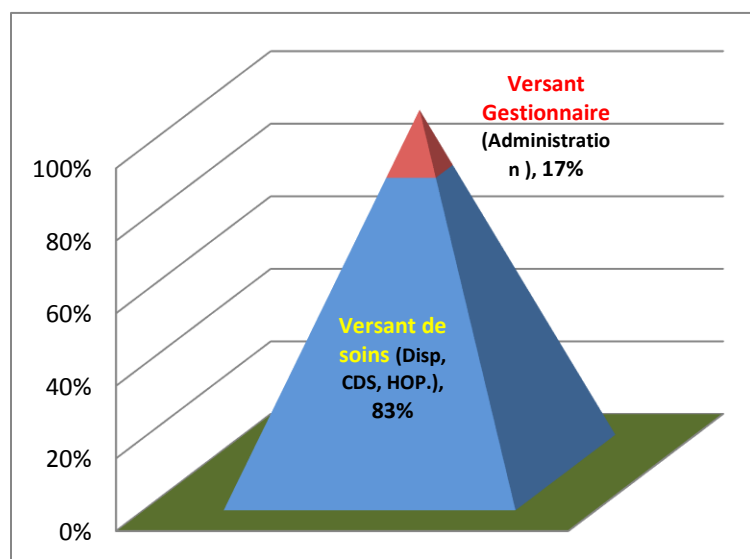


Figure 16 : Représentation de la répartition des RHS par versant de la pyramide sanitaire

- ▶ Sur les 13,014 employés que compte le Ministère de la Santé Publique et de la Population, la répartition des effectifs par versant de la pyramide sanitaire donne le résultat suivant :
- ▶ 2,205 employés soit 17% de l'effectif total exercent au niveau du versant gestionnaire comprenant le bureau central, les bureaux départementaux et communaux de la santé. Leur rôle est d'assurer la gouvernance du système, développer les normes, standards et protocole et veiller à leur application.
- ▶ Les 10,809 autres soit 83% exercent au niveau du versant de soins constitués de dispensaires, centres de santé et hôpitaux. Ils ont un rôle d'application des normes, standards et protocole par l'opérationnalisation du paquet de service à offrir à la population.

Cette répartition des personnels de santé par domaine d'occupation sur la pyramide sanitaire semble être satisfaisante vu que la mission principale du Ministère consiste à assurer les soins de santé à la population. Cependant une analyse plus fine révèle que sur les 83% d'employés du versant de soins seuls 63% sont véritablement des prestataires (Tableau 10 et figure 17).

Type d'agents	Ensemble du pays	
	Effectif	Proportion
Prestataires (pers. médical, paramédical et médico-technique)	6,734	63%
Personnels d'appui (agents d'entretien, de sécurité et autres pers. de soutien)	4,075	37%
Total	10,809	100

Tableau 10: Structure des RHS du versant de soins de la pyramide sanitaire

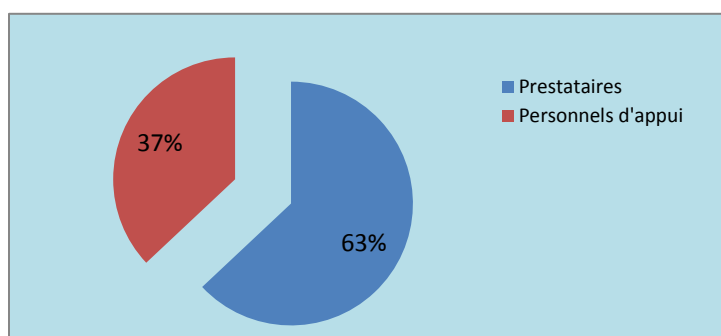


Figure 17 : Représentation de la structure des RHS du versant de soin de la pyramide sanitaire

- » Globalement, les données de la structure des RHS au niveau du versant de soin de la pyramide sanitaire indiquent que le rapport personnel prestataire/personnel de soutien est de 2 prestataires pour 1 personnel de soutien.
- » Alors que dans le même temps, le rapport entre personnels prestataires montre que pour 1 médecin il y a à peine 1 infirmière (1 contre 1.38).
- » Il existe un déséquilibre qualitatif dans les effectifs des établissements de soins en Haïti.

5.3.3.2. Répartition des effectifs des RHS au niveau primaire, secondaire et tertiaire du versant de soins de la pyramide sanitaire

Niveau pyramide sanitaire	Ensemble	
	Effectifs	Proportion
Primaire (DISP, CAL, CSL)	3,358	33%
Secondaire (HCR, HD)	5,464	51%
Tertiaire (HU)	1,787	17%
Total	10,809	100

Tableau 11 : Répartition des RHS par niveau du versant de soins de la pyramide sanitaire

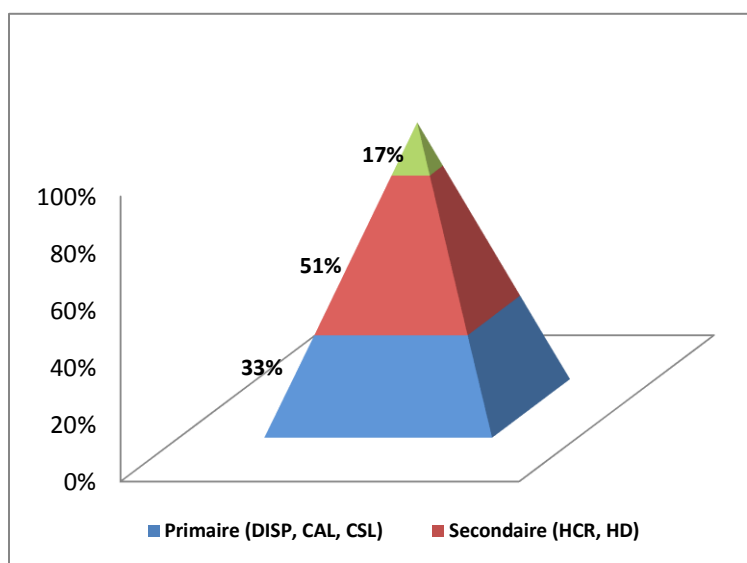


Figure 18 : Représentation de la répartition des RHS par niveau de soins de la pyramide sanitaire

- » Il apparaît clairement une forte concentration du personnel de santé au niveau secondaire du versant de soins de la pyramide sanitaire au détriment du niveau primaire qui pourtant constitue la porte d'entrée du système.
- » Cette configuration en "toupie" ne manquera pas de provoquer des dysfonctionnements dans le système de référence et contre-référence des patients.
- » Quand on sait qu'il y a une bonne répartition des institutions sanitaires par rapport à la pyramide sanitaire, cette structuration pose également le problème de la proximité des professionnels qualifiés par rapport à la population notamment celle vivant en zone rurale représentant près de 50% de la population
- » Il existe un déséquilibre quantitatif et qualitatif dans la répartition des effectifs aux différents niveaux du versant soins de la pyramide sanitaire

☞ L'analyse de la répartition des effectifs aux différents niveaux de soins du système sanitaire public montre une forte concentration des RHS au niveau secondaire de la pyramide sanitaire. Une cumulation des données des niveaux secondaire et tertiaire révèle même que plus de 2/3 des RHS du secteur public (68%) exercent dans les hôpitaux. A peine 1/3 des effectifs sont dévolus aux soins de santé primaire.

Or, depuis la Déclaration d'Alma-Ata²⁴ en 1978, les Soins de Santé Primaires (SSP) sont devenus un concept de base pour l'OMS, ce qui a donné naissance aujourd'hui à l'objectif de santé pour tous. En Haïti, le MSPP par sa déclaration de politique, s'est engagé à rendre les SSP accessibles à tous. Ce faisant, il s'agit "d'agir non plus au seul stade terminal des soins, mais très en amont sur tous les déterminants de la santé : environnementaux, économiques, politiques, sociaux, culturels, pour limiter au maximum le recours à des soins de plus en plus coûteux, de la manière la plus adaptée aux besoins de chacun, donc dans un univers en général très territorialisé"²⁵.

Comment ces nobles objectifs pourraient-ils être atteints si le positionnement des prestataires par rapport à la structure de la pyramide sanitaire semble prendre le contrepied de cette belle approche en tendant plutôt vers l'attente des patients à l'hôpital ? Qui va référer ces patients si la base de la pyramide est dégarinée ?

Pour modifier cet état de fait et se donner les moyens de faire infléchir les indicateurs de santé, il importe de prendre des mesures vigoureuses de manière à redresser les déséquilibres tant quantitatifs que qualitatifs aux différents niveaux de la pyramide sanitaire notamment en ce qui concerne le versant de soins. A cet égard, il conviendrait de mettre en œuvre de nouvelles politiques de gestion des ressources humaines de santé telles que celles, visant, entre autres, à :

- rendre attractifs les postes de travail en zone rurale où vivent 50% de la population du pays ;
- recourir à l'externalisation²⁶ (sous-traitance) de certains services généraux (comme la sécurité, le nettoyage, la cuisine, etc.) à l'effet de permettre aux établissements de soins de se focaliser sur leur mission première d'offre de soins à la population.

²⁴ Conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue à Alma-Ata, du 6 au 12 septembre 1978

²⁵ Dr Pierre LARCHER, La santé communautaire

²⁶ Dans l'externalisation ou sous-traitance interne, une entreprise de services extérieure réalise, dans les locaux de l'entreprise donneuse d'ordre, des activités pour le compte de l'entreprise cliente en mettant du personnel à sa disposition (Jean Marie Peretti, Gestion des ressources humaines, 20ème Edition, Vuibert, 2015 p.47)

5.3.3. Ratios des RHS par rapport à la population

5.3.3.1. Données générales

Professionnel de santé	Normes OMS	Population cible	Effectifs	Ratios pays
Médecin	1/10,000h hbts	10,579,230	1,068	1 / 9,905
Infirmier	1/5,000 hbts	10,579,230	1,470	1 / 7,196
Sage femme	1/5,000 FAP	2,789,743	84	1 / 33,211

Tableau 12 : Ratios des médecins, infirmiers et sages-femmes dans le secteur public

- ☞ Avec un ratio de 1 médecin pour 9,905 habitants, les normes internationales semblent être satisfaites pour les médecins en Haïti et ne sont pas loin de l'être pour les infirmiers avec un rapport de 1 pour 7,196 habitants. Cependant, ces données assez satisfaisantes ne garantissent pas la bonne répartition de ces professionnels de santé sur le territoire national.
- ☞ La situation est très critique pour les sages-femmes dont le rapport sur les femmes en âges de procréer atteint plus de 33,000 FAP pour 1 sage-femme.

5.3.3.2. Ratios des médecins par département

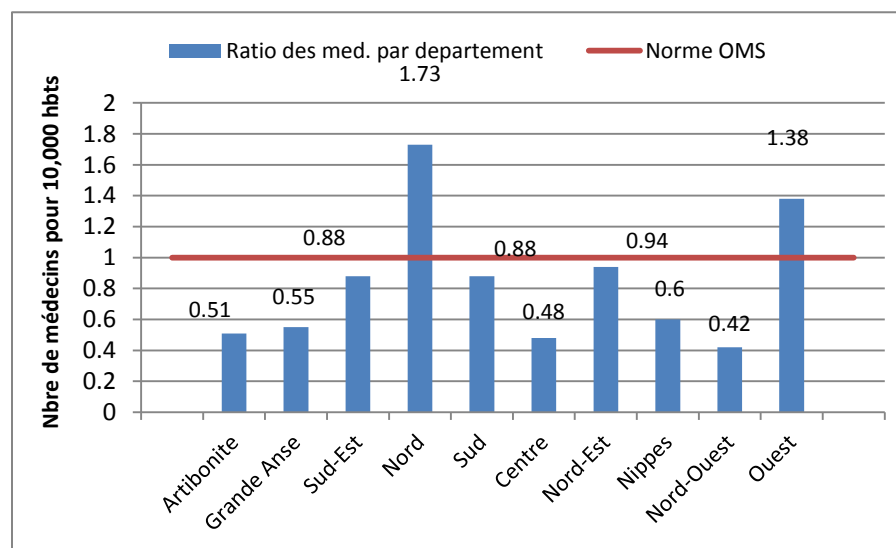


Figure 19 : Ratios des médecins par département

☞ Même si au plan national la norme OMS susmentionnée semble être satisfaite, l'analyse par département montre que seuls les départements du Nord (1.73) et de l'Ouest (1.38) ont franchi la barre de 1 med. pour 10,000 hbts.

☞ 3 autres départements, le Nord-Est (0.94), le Sud (0.88) et le Sud Est (0.88) ne sont pas loin de cette norme.

- ☞ En revanche, la situation est alarmante pour le Centre et le Nord-Ouest qui sont au-delà de 1 médecin pour 20,000 hbts

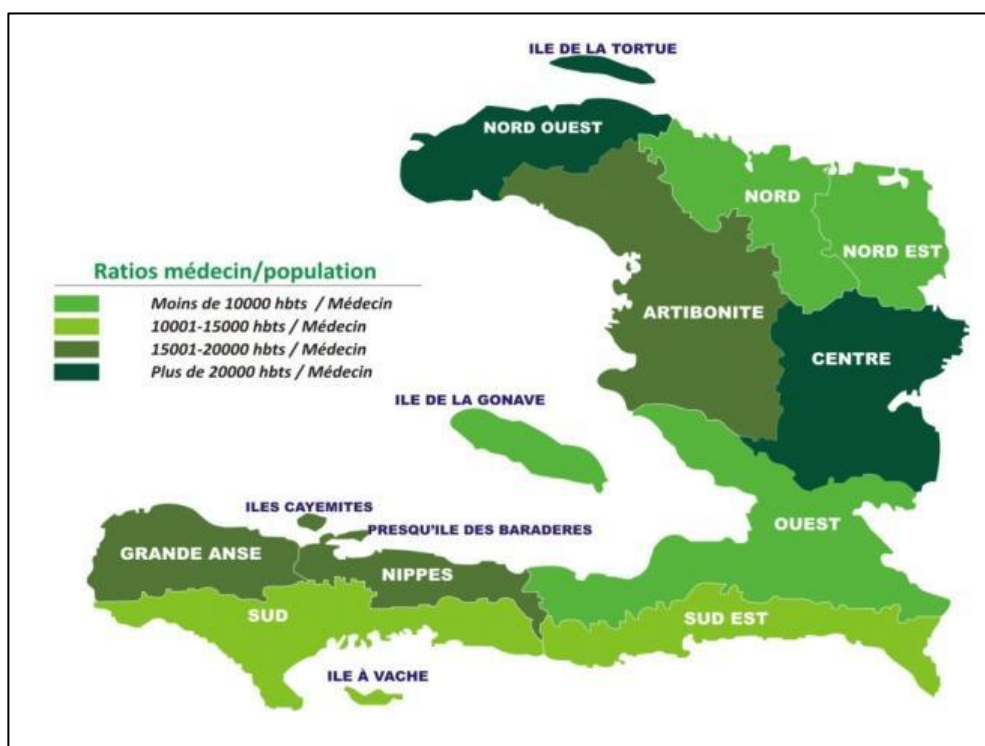


Figure 20 : Cartographies des médecins dans le secteur public

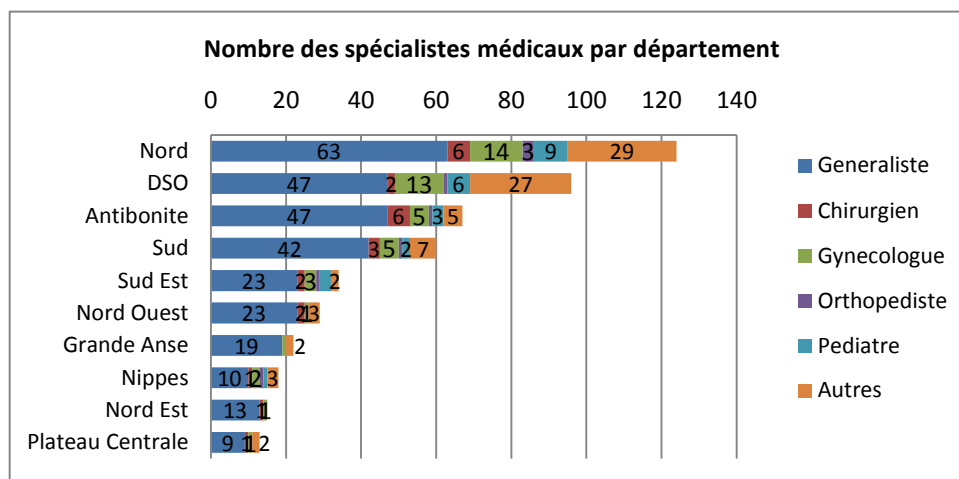
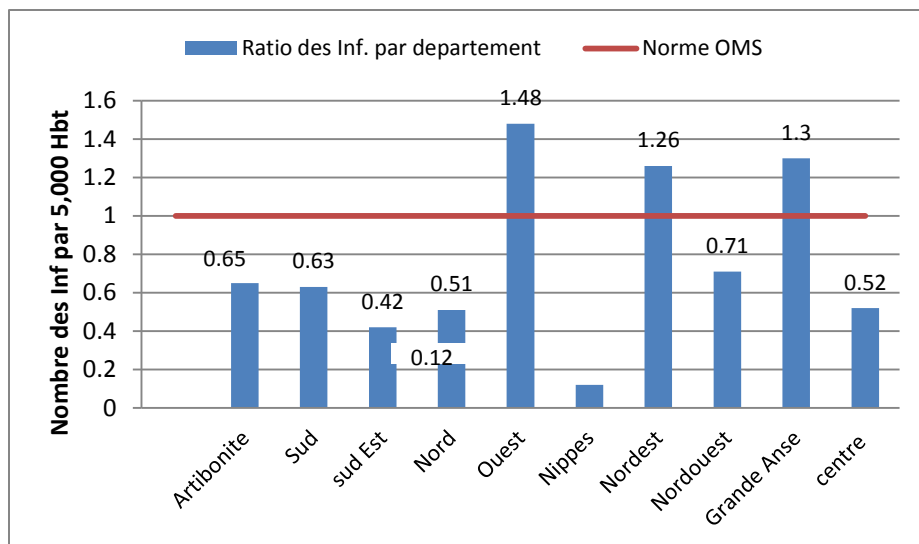


Figure 21 : Situation des spécialités médicales

☞ La situation des professionnels médicaux est dominée par une forte présence de généralistes et un déficit au niveau des spécialités de bases que sont la pédiatrie, la gynécologie et la chirurgie. Dans le nord-ouest, l'on enregistre un seul pédiatre pour une population des moins de 4 ans estimée à près de 90,000.

5.3.3.3. Ratios des Infirmiers par département



➡ Même si au plan national la norme OMS n'est pas satisfaite, l'analyse détaillée montre que 3 départements : l'Ouest (1.48), le Nord-Est (1.26) et la Grande Anse (1.3) ont franchi la barre de 1 Inf. pour 5,000 hbts.

➡ En dehors du Nord-Ouest (0.71), tous les autres départements

Figure 22 : Ratios des infirmiers par département

marquée dans les Nippes (0.12) ou l'on se retrouve avec 1 infirmier pour 41,667 hbts.

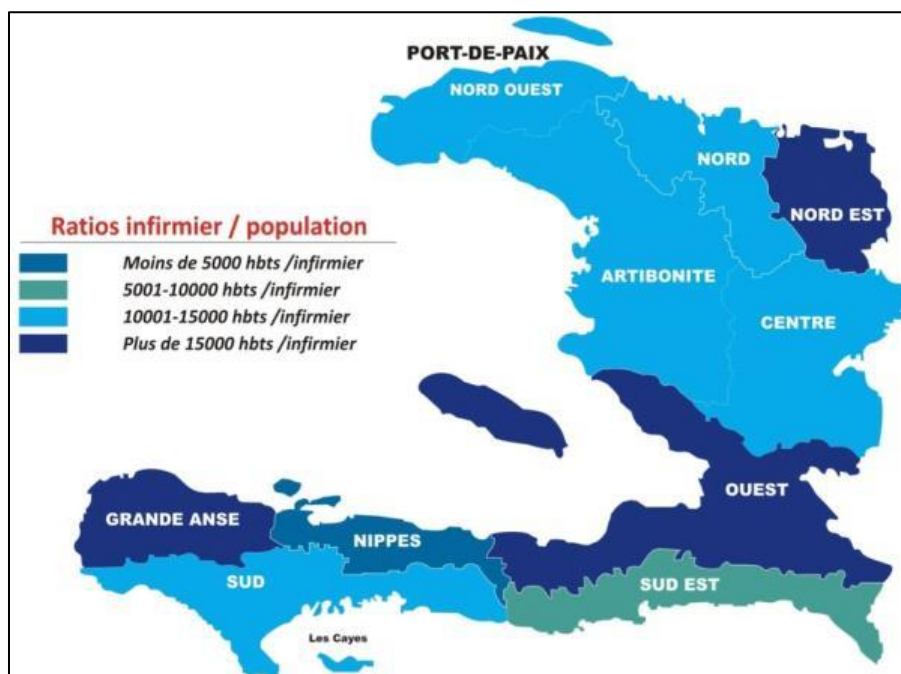


Figure 23: Cartographies des infirmiers du secteur public

5.3.3.4. Ratio des sages-femmes par département

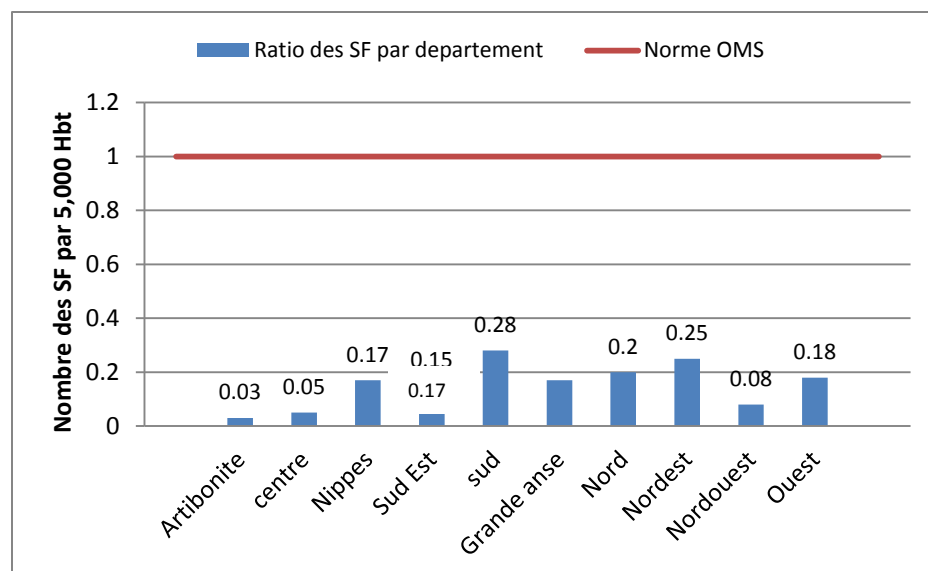


Figure 24 : Ratios des sages-femmes par département

☞ Le déficit est aigu au niveau des sages-femmes.

☞ Les ratios ne sont satisfaisants dans aucun département.

☞ Au plan national, le rapport se situe entre 1 Sage-femme pour 17,857 FAP (Sud) et 1 Sage-femme pour 166,667 FAP (Artibonite)

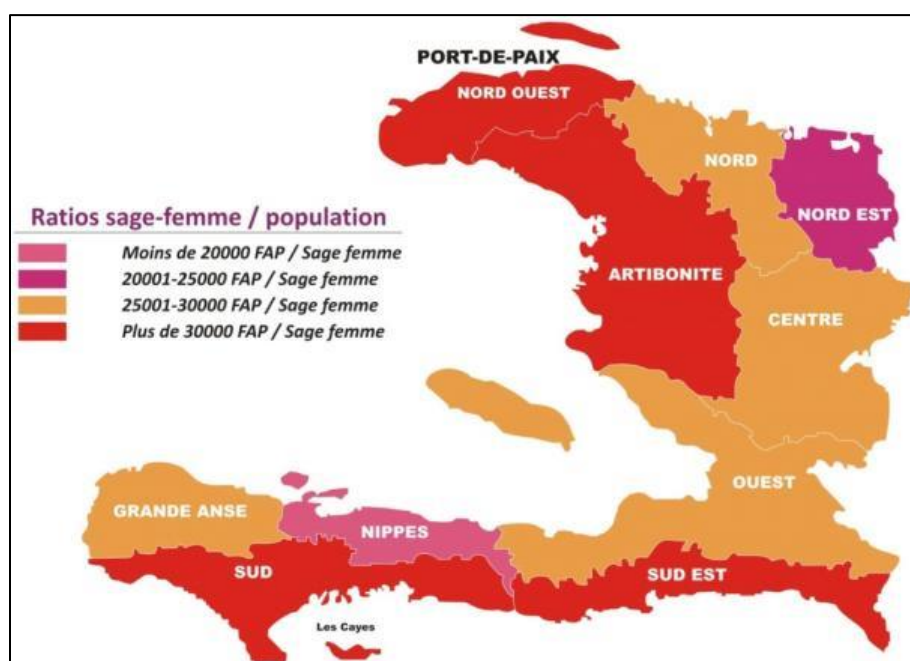


Figure 25 : Cartographie des sages-femmes du secteur public

5.3.4. Alignement de la dotation des institutions sanitaires (IS) sur les normes nationales RH

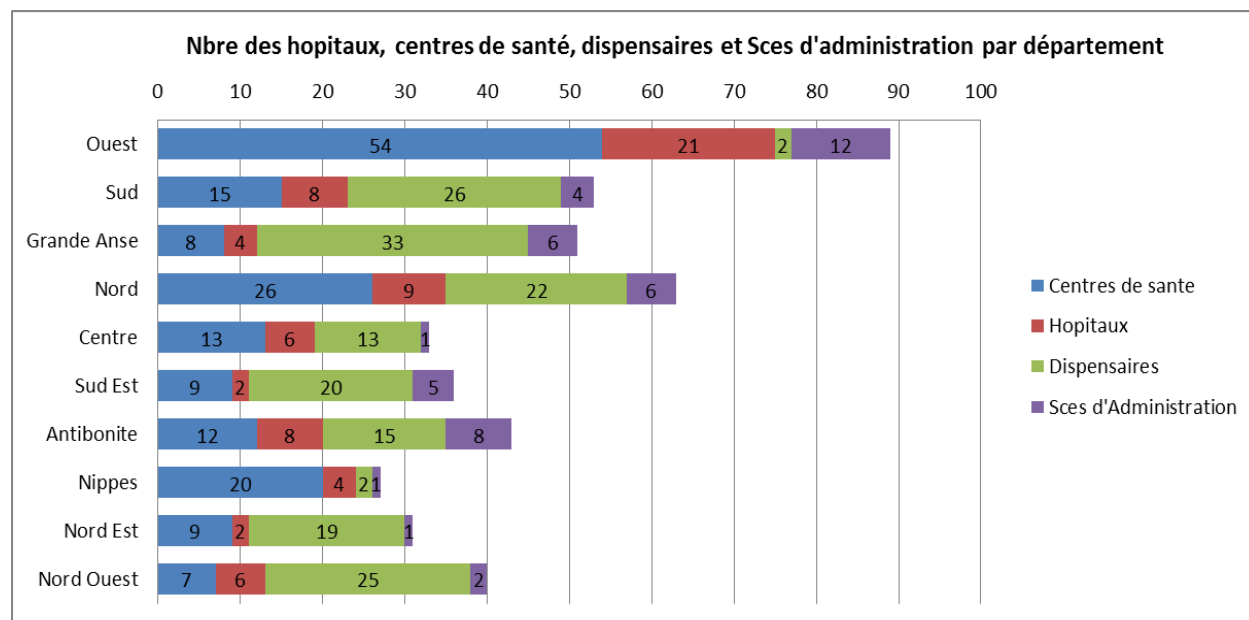


Figure 26 : Représentation du nombre d'institutions sanitaires par département

☞ Globalement, 3/4 (75%) des Institutions sanitaires du pays se trouvent dans la catégorie des services de santé de premier échelon (SSPE) avec 37% de CDS et 38% de dispensaires. Les hôpitaux font 15% des IS et les 10% restant sont occupés par les services administratifs. Cette répartition est en accord avec la structuration de la pyramide sanitaire.

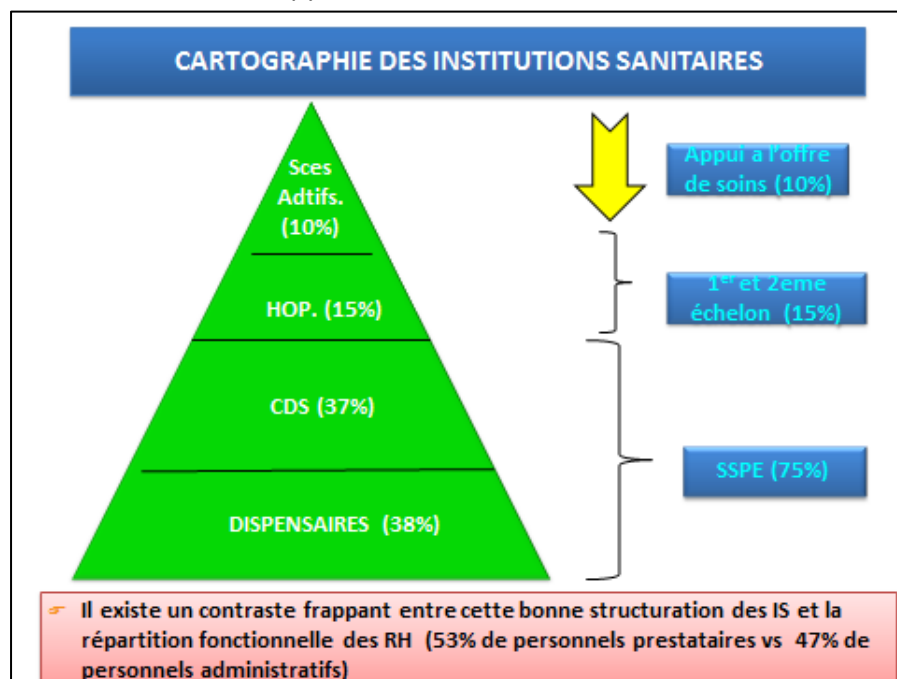


Figure 27 : cartographie des institutions sanitaires

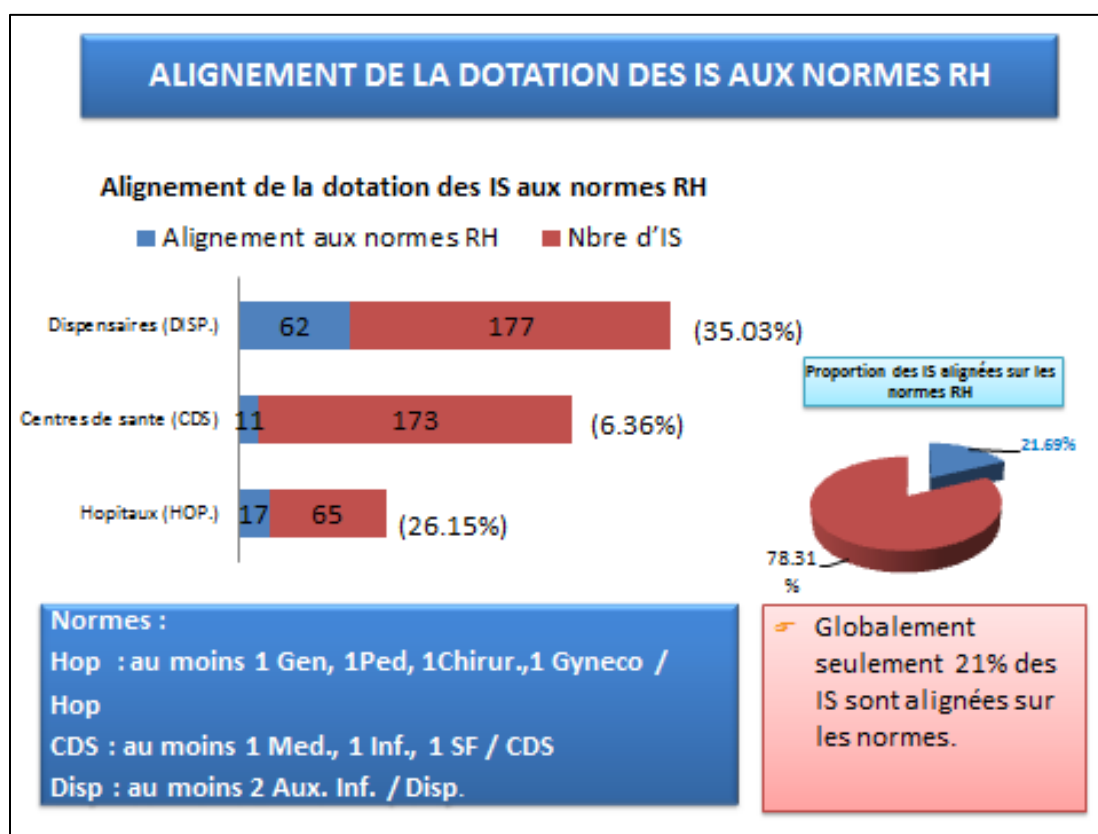


Figure 28: Alignement de la dotation des institutions sanitaires sur les normes nationales RH

5.4. Financement des ressources humaines

5.4.1. Contribution des acteurs du système de santé au financement des RH (en millions de gourdes)

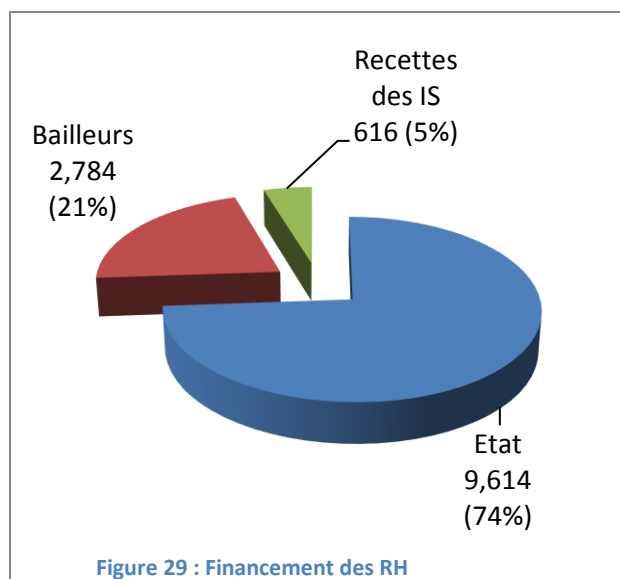


Figure 29 : Financement des RH

► Les 3/4 des ressources humaines (74%) sont financés sur les fonds de l'Etat.

► Les 1/4 restant sont essentiellement supportés par les bailleurs (21%).

► Les financements les plus importants au niveau des bailleurs sont réalisés par l'USAID à travers ses différents projets tels que Service Santé de Qualité pour Haïti (SSQH) et URC dans le Nord du pays et Pathfinder dans le Sud.

► Au niveau des ONGs, Zanmi La Santé est la plus active.

5.4.2. Distribution de la dépense totale RH par source de financement

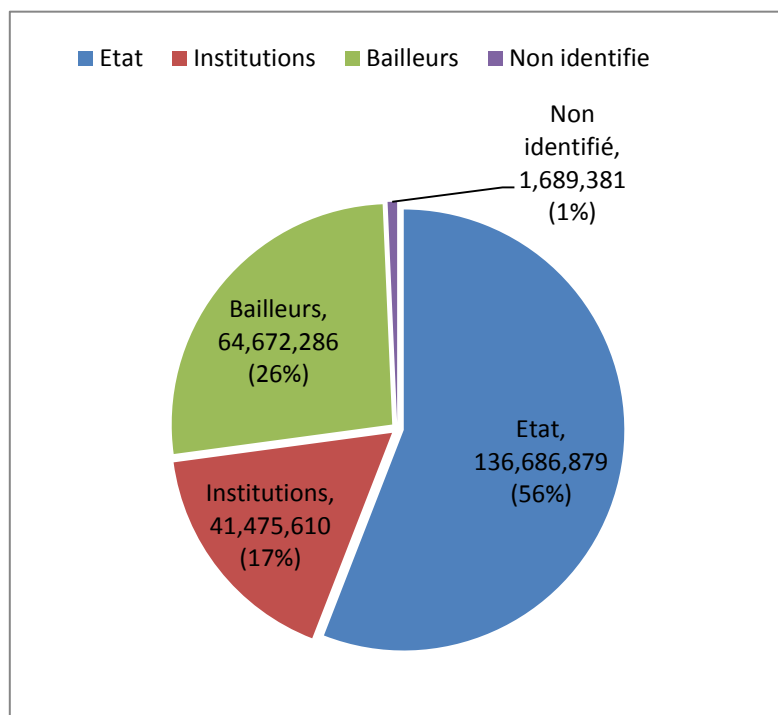


Figure 30 : volume mensuel des financements

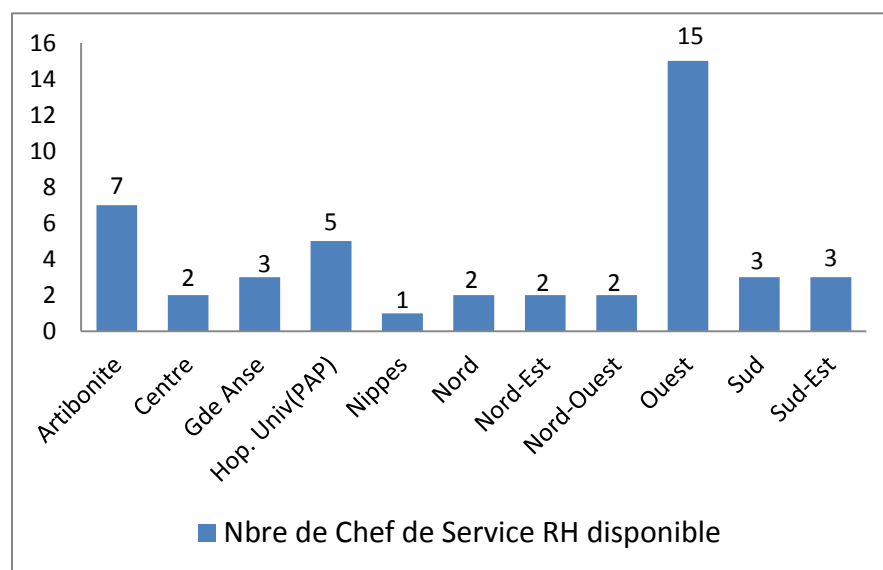
Selon les informations enregistrées dans le SIGRH (salaires à actualiser) avec près de 137 millions de gourdes par mois, l'Etat vient en tête des acteurs du système de santé intervenant dans le financement des RH, essentiellement pour le paiement des salaires.

☞ La part des bailleurs (65 millions de gourdes par mois) représente à peu près la moitié du financement de l'Etat.

☞ Les salaires payés mensuellement par les institutions sanitaires au titre des personnels à gage n'est pas négligeables et atteint les 40 millions de gourdes

5.5. Analyse de la fonction RH départementale

5.5.1. Disponibilité de responsable RH pour assurer la gestion des RH

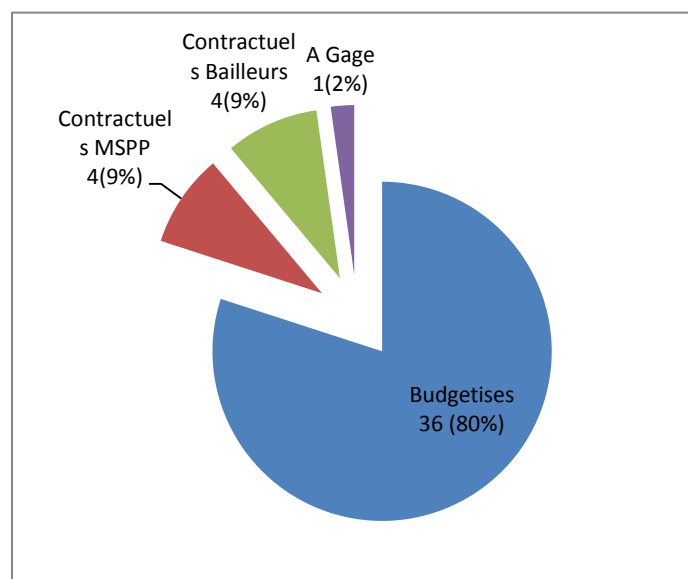


► Les 13,014 employés du secteur public sont gérés par un total de 45 Chefs de service RH

► Cela donne une moyenne de 209 employés par gestionnaire, ce qui est assez élevé dans la perspective d'une plus grande décentralisation de la gestion du SIGRH pour assurer la mise à jour régulière de la base de données

Figure 31 : Représentation de la disponibilité de chefs de service RH en Haïti

5.5.2. Analyse de la disponibilité des gestionnaires RH



► Au-delà des disparités, l'analyse de la disponibilité des gestionnaires RH par type d'emploi montre que 20% sont contractuels ou à gage ce qui peut poser problème par rapport à la continuité de l'exercice de la fonction dans les institutions sanitaires concernées.

► En l'absence de chef de service RH, la fonction RH est assurée par les Administrateurs dont l'effectif beaucoup plus important (160 à l'échelle nationale) permet de résorber les déficits au niveau des correspondants RH

Figure 32 : Analyse de la fonction RH au niveau départemental

CHAPITRE 6 : CADRE DE SUIVI-EVALUATION DE L'ERHIS 1

Le présent chapitre vise à tracer le cadre de pérennisation de la mise à jour du SIGRH afin d'assurer le suivi des indicateurs du domaine des ressources humaines de santé.

6.1. Organe chargé de la mise à jour régulière des informations de la base de données : le réseau des gestionnaires des ressources humaines de santé de Haïti (RES-GRH)

La complétude quantitative et qualitative des données enregistrées dans le SIGRH est essentielle pour assurer la disponibilité en permanence de l'information stratégique sur les ressources humaines de santé en Haïti et favoriser la prise de décision sur une base factuelle. A cette fin, il conviendra de créer le réseau des gestionnaires des ressources humaines de santé d'Haïti (RES-GRH) appelé aussi Réseau des répondants RH regroupant l'ensemble des points focaux RH des institutions sanitaires du pays. Ce Réseau aura deux niveaux de représentativité : l'un national et l'autre départemental.

Le RES-GRH national comprenant la DRH et les points focaux RH départementaux, centraux et des hôpitaux universitaires se réunira une fois par trimestre pour faire le point des activités de gestion des ressources humaines tandis que le RES-GRH départemental regroupant les gestionnaires de l'aire sanitaire tiendra mensuellement ses rencontres.

6.2. Outils de suivi de la mise à jour : les rapports périodiques

Le cadre institutionnel des rencontres du RES-GRH devrait permettre la production de rapports trimestriels R1, R2, R3, R4 de gestion des ressources humaines et en fin d'année de Rapport Annuel (RA-GRH) dont le canevas reste à définir en fonction des indicateurs que l'on souhaite renseigner. Cela suppose que le SIGRH a régulièrement été mise à jour.

6.3. Responsabilité des acteurs

Le Ministère de la santé devrait veiller à ce que les conditions humaines, matérielles et logistiques soient réunies pour permettre la mise à jour régulière du SIGRH par les points focaux RH. Dans la situation actuelle le rapport du nombre total de Chef de service RH sur les employés donne une moyenne de 1 chef de service pour 307 employés. Il faut améliorer ce ratio en affectant des chefs de service dans les institutions sanitaires non pourvues, notamment celles qui ont un effectif de plus de 50 employés. Chacun de ces Chefs de service devrait disposer d'un matériel informatique et d'un moyen de connexion à l'internet.

De façon opérationnelle, chaque responsable RH devrait veiller à la mise en œuvre des principes de base suivant :

- gérer les nominations et toutes les mobilités à partir du SIGRH ;

- respecter le protocole d'accueil du nouvel employé affecté ou transféré dans une institution ;
- ouvrir un dossier sur le personnel dans chaque institution sanitaire sur la base des standards définis par le niveau central ;
- prendre en charge à temps réel les changements d'informations individuelles qui interviennent au niveau des employés ;
- gérer rigoureusement dans la base les cas de cessations définitives de service dus notamment aux cas de décès, retraites et abandons de poste en suivant les procédures administratives y afférent.

CHAPITRE 7 : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au terme de l’Evaluation des Ressources Humaines de santé des Institutions sanitaires du secteur public (ERHIS 1) qui a permis une mise à jour des informations sur les ressources humaines les recommandations suivantes sont faites pour contribuer à la planification , utilisation des RHS, mais également dans la réponse à apporter face au risque plus accru de pénurie des RHS en Haïti.

7.1. Recommandations au Gouvernement

1. Le Gouvernement Haïtien, en collaboration avec les partenaires au développement, devrait envisager des politiques visant à un réajustement de la distribution des personnels de soins de santé. Une étape essentielle consiste à disposer d’informations ou d’évidence étayant les causes de la forte prédilection des RH en milieu urbain (90%). Ensuite sur la base des dites informations, développer des stratégies, entre autres des mesures incitatives visant à attirer les personnels de santé dans les zones défavorisées constituées en majorité du milieu rural concentrant la moitié de la population vivant en Haïti, alors que seulement 10% des RHS de santé y exercent.
2. Le Gouvernement Haïtien doit suivre de très près la tendance de départ à la retraite des RHS, pour anticiper sur le risque majeur qu’encourt le système de santé quant à l’ampleur que pourrait prendre ce phénomène dans les dix prochaines années, qui verrait son effectif actuel de personnel du secteur réduit du tiers, si rien n’est fait. Une politique appropriée en matière de gestion prévisionnelle des RH devrait être entreprise dans l’optique de la maîtrise des effectifs afin d’assurer la relève. Par ailleurs, dans la situation actuelle il conviendra d’utiliser judicieusement les personnels proches du départ à la retraite en les orientant vers l’encadrement des plus jeunes.
3. Toujours relativement à la gestion prévisionnelle, le Gouvernement devrait accorder une attention particulière à la rationalisation des recrutements dans le secteur de la santé de façon à corriger graduellement la part trop importante du personnel d’appui dans le secteur (près de 50% des effectifs). Concomitamment, à l’intérieur même du groupe des prestataires, il faut veiller à une clé de répartition satisfaisante entre personnel médical et personnel paramédical à recruter (ratio de 1 médecin pour 1.28 infirmiers dans la situation actuelle) pour assurer l’équilibre des effectifs dans l’offre de soin sur le terrain.
4. Vu le déficit aiguë en personnel sages-femmes (0.65% des effectifs), impactant négativement les indicateurs de Santé Maternelle et Infantile, la politique de formation dans la filière devrait être revue afin d’ouvrir un accès direct à l’emploi ; dans les conditions actuelles l’emploi de sage-femme est une spécialité de la profession infirmière ce qui contribue à réduire le nombre de postulants lors des recrutements. Pour l’année fiscale 2013-2014, sur un nombre total de 1,055 postes ouverts pour le service social seulement 27 (2.55%) étaient occupés par des sages-femmes.

5. Compte tenu du niveau encore préoccupant des indicateurs dans le progrès vers l'atteinte des OMD, le pays devrait accorder une attention particulière à la formation continue dans les 4 spécialités médicales de base identifiées dans le PMS (pédiatrie, gynécologie, chirurgie, médecine interne) afin d'assurer une meilleure disponibilité des services de santé maternelle et infantile et de lutte contre les maladies infectieuses notamment le VIH/SIDA, la Malaria et la Tuberculose sur le territoire national. Seulement 21% des institutions sanitaires sont alignées sur les normes dans la situation actuelle.

7.2. Recommandations au Ministère de la Santé et de la Population (MSPP)

A l'endroit du Ministère de la Santé Publique et de la Population, les recommandations suivantes peuvent être faites pour aider à l'amélioration de la gestion des ressources humaines pour la santé. Spécifiquement, la Direction des Ressources Humaines (DRH) devrait :

- 1 Réviser sa structure afin de passer d'une organisation tournée essentiellement vers l'administration du personnel, à une organisation assurant avec plus d'exhaustivité les fonctions RH, en y intégrant les composantes en rapport avec la gestion prévisionnelle des effectifs, la planification de la carrière, le développement des RHS, les aspects d'information et communication, les relations sociales, ainsi que les conditions de travail, hygiène et sécurité. Cette restructuration devrait se faire en lien avec l'OMRH ;
- 2 Opérationnaliser le réseau des Gestionnaires des Ressources Humaines de Santé (Réseau des répondants RH) en traçant le cadre institutionnel de son fonctionnement ;
- 3 Réviser les paramètres du SIGRH en procédant au remplacement de la variable "expertise" par "spécialité" et en distinguant le titre d'emploi de la fonction ;
- 4 Etendre la décentralisation de la gestion de la base de données du SIGRH aux répondants RH des institutions sanitaires et former les utilisateurs ;
- 5 Procéder à la structuration des emplois du secteur de la santé en familles professionnelles. Cette reclassification des emplois de la santé servira à poser les bases de l'évaluation de la performance et du plan de carrière des personnels de la santé
- 6 Mobiliser les bailleurs intervenant dans le domaine des RHS autour d'une table ronde annuelle afin de trouver les appuis financiers nécessaires à la mise en œuvre des interventions RH.
- 7 Conduire dans les meilleurs délais une évaluation des RH dans le secteur privé pour fournir une image complète de l'ensemble des RHS du secteur de santé (ERHIS 2).

ANNEXES

Annexe 1: Formulaire de collecte des données des employés du MSPP

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION - DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES
FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT DU PERSONNEL (version de décembre 2013)



* Compléter en caractères d'imprimerie

Département: _____ Institution: _____ ☐ Modification ☐ Nouvelemployé

Rempli par: _____ Date: _____ Saisi par: _____ Date: _____

1. Renseignements personnels:

Nom: _____ Prénom: _____ Sexe: ☐ M ☐ F Date de nomination² (J/M/A): ____/____/____

NIF: _____ CIN: _____ Code Budget: _____

Date de Naissance²: ____/____/____ Lieu de naissance (commune¹ si Haïti, sinon spécifier pays): _____

Nationalité: _____ Condition matrimoniale: ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Concubinage ☐ Divorcé(e) ☐ NSP⁶

Commune de résidence¹: _____ Adresse: _____

Téléphone résidence: _____ Email: _____

Nom du contact³: _____ Prénom du contact: _____ Lien (ex: père, sœur, conjoint): _____

Adresse du contact: _____ Téléphone du contact: _____

Raison de départ, si applicable: ☐ N/A⁵ ☐ Abandon ☐ Décès ☐ Démission ☐ Fin de service ☐ Mise en détachement ☐ Mise en disponibilité avec solde

☐ Mise en disponibilité sans solde ☐ Révocation ☐ Suspension ☐ Autre: _____

2. Historique d'emploi (commencer par le plus récent):

Titre d'emploi ¹	Type d'emploi (cocher)					Salaire mensuel	Date de début ²	Date de fin ²	Département ¹	Commune ¹	Institution ¹
	Budgétisé	A gage	Contrat	Bailleur	En stage						

Légende: (1) voir la liste de choix (2) Format JJ/MM/AAAA (3) Personne à contacter en cas d'urgence (4) Oui/ Non (5) ne sait pas (6) non applicable

Page 1/2

3. Historique de formation (commencer par le plus récent):

Diplôme ¹	Niveau d'études (cocher)					Type de formation (cocher)		Année d'obtention ¹	Lieu de formation (cocher, puis spécifier)		Établissement
	Primaire	Secondaire	Universitaire	Professionnel	Diplôme de base	Numéro de la licence	Spécialisation		Haiti	Autre pays	

4. Historique des rôles (commencer par le plus récent):

Rôles ¹	Date de début ²	Date de fin ²

5. Documents (indiquer la date à laquelle les documents ont été vérifiés):

Documents	Vérifié (O/N) ⁴	Date de vérification ²
NIF		
Lettre de nomination		
Lettre de transfert - <u>spécifier la destination et la date²</u> :		
Lettre de promotion - <u>spécifier le poste obtenu et la date²</u> :		
Copie du diplôme professionnel - <u>spécifier lequel</u> :		
Autre (spécifier):		

6. Commentaires (inscrire tout commentaire):

Signature de L'employé

Légende : (1) voir la liste de choix (2) Format JJ/MM/AAAA (3) Personne à contacter en cas d'urgence (4) Oui/ Non (5) ne sait pas (6) non applicable

Page 2/2

Annexe 2: Grille d'analyse des données de l'ERHIS 1

Domaine	Agrégats/ Indicateurs proposés	Problèmes RH étudiés
I. Situation d'activité des RHS	- Statut de présence au poste des employés - En poste, - non en poste - Taux de mobilité et taux de déperdition annuelle	- Phénomène des employés fictifs ("ghost employees") dans le système - Indice de turn-over des employés
II. Profil des Ressources humaines de Santé	- Effectif des RHS par type de contrat (Budgétisé ; contractuels MSPP ; contractuels bailleurs ; à gage ; service social) ; - Effectif des RHS par catégorie professionnelle (personnels prestataires vs personnels administratifs) - Effectif des RHS par catégorie d'emploi (Médecin, Infirmier et Sage-femme) ; - Répartition des personnels de santé par tranche d'âge et par sexe (pyramide des âges)	- Niveau de disponibilité des RHS dans le système sanitaire ; - Ratio des professionnels de santé/population ; - Structure démographique des personnels de santé
III. Distribution des RHS	- Répartition du personnel de santé par milieu de résidence (zone urbaine vs zone rurale) - Répartition des RHS sur la pyramide sanitaire - Nombre de Médecins pour 10,000 habitants (au niveau national et par Département) ; - Nombre d'Infirmiers pour 5,000 habitants (au niveau national et par Département) ; - Nombre de Sages-femmes pour 5,000 femmes en âge de procréer (au niveau national et par Département) ; % des Institutions sanitaires alignées sur les normes nationales - Nbre d'Hop. de référence disposant d'au moins 1 spécialiste dans les 4 services de base (Pédiatrie ; Gynécologie ; Chirurgie ; Médecine interne) - Nbre de CDS disposant d'au moins 1 médecin généraliste, 1 infirmière, 1 sage-femme) - Nbre de Disp. disposant d'au moins 2 auxiliaires infirmières	- Disparité dans la distribution des RHS ; - Equilibre qualitatif et quantitatif dans la distribution des RHS aux différents niveaux de l'offre de soin - Disponibilité de professionnels de santé pour la prise en charge de la population ; - Alignement de la dotation des institutions sanitaires aux normes nationales RH
IV. Financement des RHS	Distribution de la dépense totale RH par source de financement	- Contribution des acteurs du système de santé au financement des RHS - Analyse de la viabilité du financement des RHS
V. Analyse de la fonction RH Départemental	Nombre d'institution sanitaire disposant d'un gestionnaire des RH	Niveau de déconcentration de la gestion des RHS

Annexe 3: Liste des participants a l'atelier de validation des données du rapport de l'Evaluation des Ressources Humaines des Institutions Sanitaires du secteur public (ERHIS 1)

#	NOMS	PRENOMS	INSTITUTION	FONCTION	EMAIL	TELEPHONE
1.	Alceus	Jean Antoine	MSPP/UEP	Directeur	Jeantony06@yahoo.fr	3909-7607
2.	Alfred	Wilson	Direction Sanitaire du Nord-Est	Chef de Service RH	wilsonalfred441@yahoo.fr	3338-1731
3.	Bellote	Lourde-Marie	DRH	Directeur	marlobel@yahoo.com	3434-9521
4.	Belony	Antoine	DRH	Administrateur	antoinebelony@yahoo.fr	4422-4432
5.	Brice	Dernier	Direction Sanitaire du Centre	Chef de Service RH	briced2015@yahoo.fr	3851-5640 4317-1403
6.	Brillant	Cendy	DRH	Chef de Service Informatique	Brillant_cendy@yahoo.com	3751-2380
7.	Calixte	Eugène	Direction Sanitaire du Nord-Ouest	Chef de Service RH	Genocalixte2000@yahoo.fr	3750-1828
8.	Compère	Kerby	Unité de Coord. des Programmes (UCP) NANU	Administrateur	comperekerby@gmail.com	3750-2270
9.	D'Haiti	Roberne Jr	DRH	Chef de Section informatique	rjdhaiti@gmail.com	3704-1200
10.	Delinaud	Marie Yvrose	Unité d'Etude et de Programmation (UEP)	Chef de Section	mydelinaud@gmail.com	3940-1038
11.	Dieuveil	Olna	Direction des Ressources Humaines (DRH)	Secrétaire	d.olna@hotmail.com	3632-7614
12.	Edmé	Edy	Direction d'Epidémiologie, de Lab. et de Rech. (DELR)	Administrateur	Ededwod@yahoo.com	3852-6868
13.	Exumé	Marc-André	Sanatorium	Chef de Service RH	Exumemarcandre12@yahoo.com	3841-3271
14.	Exumé	Gertrude Anilus	Laboratoire National de Santé Publique (LNSP)	Responsable RH	anilusgertrude@yahoo.com	3701-0908
15.	Ferrus	Immacula Natacha	Direction du Prog. Elargi de Vaccination (DPEV)	Administrateur	nferrus@yahoo.com	4434-4844

16.	Fils-Aimé	Maurice	Maternité Isaïe Jeanty (MIJ)	Chef du personnel	Fam5@live.com	3457-3974
17.	Fils-Aimé	Géralda	UCP (Tuberculose-Malaria-VIH/SIDA)	Responsable RH	filsaimeg@yahoo.fr	3721-0347
18.	Fleuridor	Micheline M.J.	Direction Sanitaire du Nord	Chef de Service RH	Mimouche289@yahoo.com	4280-7078 3822-0466
19.	Foocault	André	MEF/UCDD	Coordinateur	Fouanjo2010@yahoo.fr	3701-1318
20.	Geffrard	Nadège	Dir. de la Pharm., du Médic. et de la Méd.Trad. (DPM/MT)	Assistante Administrateur	Nedgie2002@hotmail.com	4890-4892
21.	Jarbath Elie	Florence	Direction Sanitaire du Sud-Est	Chef de Service RH	elieflorencejarbath@gmail.com	3780-4077
22.	Jean-Charles	Kurt	Firme SOLUTIONS	Directeur	kjcharles@gmail.com	3721-5227
23.	Joseph	Pierre	OMRH	Directeur fichier Central	josephpierres@hotmail.com	3729-5748
24.	Kariisa	Eddie	HFG	Conseiller	Eddie_kariisa@abtassoc.com	2816-1438
25.	Konan	Kouassi Laurent	DRH/ HFG	Conseiller Technique	Laurent_Konan@abtassoc.com laurenkonan@yahoo.fr	4892-5367 3479-8486
26.	Laforest	Michaelle Erica	DRH	Assistante Directeur	melaforest@mspp.gouv.ht michaellelaforest@yahoo.com	3777-1107
27.	Leblanc	Marie Rolande	Direction de Santé de la Famille (DSF)	Administratrice	marierolandeblanc@yahoo.fr	4835-0053
28.	Lemaine	Miguel	Hôpital Universitaire la Paix (HUP)	Opérateur de saisie	lemainem@yahoo.fr	4468-3623
29.	Lumène	Pierre-Michel	Hôpital Universitaire la Paix (HUP)	Administrateur	Pepe431063@yahoo.fr	3903-8008
30.	Merise	Jean Osnel	Hôpital Universitaire d'Etat d'Haïti (HUEH)	Chargée de Mission	jomerise@hotmail.com	3719-7094
31.	Offosse	Marie-Jeanne	Projet HFG	Directeur Pays	marie-jeanne_offosse@abtassoc.com	4892-5366
32.	Paillant	Jeeff A. Idens	Direction Sanitaire de l'Ouest	Chef du Service Informatique	Paillant81@yahoo.com	3667-2460 4319-3972
33.	Pierre	Enorck	Direction Sanitaire de l'Artibonite	Chef de Service RH	pierreeff@yahoo.fr	3609-3866
34.	Pierre Louis	Natacha Charles	Direction Sanitaire du Sud	Assistante du Chef de Service RH	natha2002@yahoo.fr	3757-9547

35.	Salnave	Elsie	USAID	HSS Advisor	esalnave@usaid.gov	3701-2395
36.	Sterlin Herard	Mermoze	Direction Sanitaire de l'Ouest	Chef de Service RH	mozeah8@yahoo.fr	3402-9877
37.	Télémaque	Mélida	HFG	Office Manager	Steph.telemaque27@gmail.com	4893-5110 2816-1432
38.	Victor	L.Robenson	Direction Sanitaire des Nippes	Administrateur	Rorosan1999@yahoo.fr	3110-0677
39.	Weche	Evains	Direction Sanitaire de la Grande Anse	Conseiller RH	wevains@gamail.com	3465-2543

BIBLIOGRAPHIE

1. Décret du 17 Mai 2005 portant révision du Statut Général de la Fonction Publique, Haïti
2. Décret du 17 mai 2005 portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), Haïti
3. La Primature, Office de Management et des ressources Humaines (OMRH), Rapport sur le Recensement des Agents de la Fonction Publique, Décembre 2014, Port-Au-Prince, Haïti
4. Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), Document de Politique Nationale de la santé, 2012, Haïti
5. Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), Unité d'Etudes et de Programmation (UEP), Rapport Statistique 2013, mai 2014, Haïti.
6. Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, EMMUS-V, 2012, Haïti.
7. Ministère de l'Economie et des Finances (MEF), Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI), Objectif du Millénaire pour le Développement, Etat, tendances et perspectives, décembre 2009, Haïti.
8. Ministère de la Santé, Recensement Général du personnel du Ministère de la Santé 2010, Document d'analyse, Burkina Faso.
9. 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
10. Ministère de la Santé Publique, Plan de développement des ressources humaines 2011-2020 en santé, novembre 2010, Niger.
11. Alliance mondiale pour les personnels de santé (AMPS), Passer en Revue les Progrès Accomplis, Renouveler les Engagement, 2011, Genève, Suisse.
12. Organisation Mondiale de la Santé, Travailler ensemble pour la Santé, Rapport sur la santé dans le monde 2006, Genève, Suisse.
13. Organisation Mondiale de la Santé, Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, 12 septembre 1978, Genève, Suisse.
14. Damascène Butera, John Vincent Fieno, Suzanne D. Diarra, Gilbert Kombe, Catherine Decker, Soumahoro Oulai, Evaluation des Ressources Humaines pour la Santé en Côte d'Ivoire, août 2005, Côte d'Ivoire.
15. Jean Marie Peretti, Gestion des ressources humaines, 20ème Edition, Vuibert, 2015, Paris, France.