

Université de Montréal

2m11.2695.7

**Analyse de la réforme
du système de santé en Haïti**

Par

Carl-Ardy Dubois

Département d'Administration de la Santé

Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la faculté des études supérieures

en vue de l'obtention du grade de

Maître ès sciences (M.Sc.)

en administration des services de santé

Option santé et systèmes de soins

Janvier 1999

© Carl-Ardy Dubois, 1999



WA
525
U58
1999
V.002



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

Analyse de la réforme du système de santé en Haïti

présenté par:

Carl-Ardy Dubois

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

*Perre Fournier
André-Pierre Contandriopoulos
Giles Dussault
Jean-Haris Denis*

Mémoire accepté le: *99.04.15*

SOMMAIRE

Au cours de la dernière décennie, la réforme du secteur haïtien de la santé a hanté de manière récurrente les gouvernements successifs et a constamment figuré à l'agenda politique. Une nouvelle politique sanitaire inspirée de plusieurs avant-projets est rendue publique depuis 1996. Elle propose une réorganisation du secteur et vise à l'amélioration de l'état de santé de la population de manière durable par le biais d'interventions multisectorielles et la mise en place d'un système de soins accessible à tous. Cependant la mise en œuvre de cette réforme se concrétise difficilement et semble entravée par de multiples facteurs. L'objet de cette recherche est d'élaborer dans un premier temps un cadre conceptuel d'analyse qui permettra par la suite de juger de la pertinence de ce projet de réforme et des facteurs favorables ou non à son implantation.

Le cadre conceptuel élaboré à partir de l'état des connaissances sur le sujet pose l'hypothèse que l'implantation des réformes dans le secteur de la santé est tributaire de facteurs liés au contenu de la réforme, au rôle joué par les différents acteurs qui partagent l'arène politique, à l'environnement politique, aux processus organisationnels en place, au contexte culturel, à l'environnement économique.

Le mode d'investigation retenu pour vérifier cette hypothèse est qualitatif et la stratégie de recherche adoptée est l'étude de cas avec niveaux d'analyse imbriqués. Le matériel, assez abondant, est composé d'une part de données invoquées extraites d'une large gamme de documents d'archives couvrant la période allant de 1987 à 1998, d'autre part de données suscitées par des entrevues individuelles semi-structurées réalisées avec 10

informateurs-clés. Ces dernières ont été exploitées avec l'aide d'un logiciel d'analyse qualitative Atlas TI.

Les résultats dénotent que le projet de réforme est soutenu par des valeurs fortes véhiculées au sein du système social et qui se rapportent à l'équité, à la justice sociale, à la participation, à la solidarité. Le but et les objectifs de la réforme rencontrent tout aussi bien des revendications fondamentales et des besoins exprimés tant par les communautés que par d'autres acteurs du système. Par contre, un certain nombre de facteurs défavorables ont été répertoriés à différents niveaux par différents groupes d'acteurs et constituent autant de freins à la mise en œuvre et à l'implantation: les lacunes du cadre conceptuel de la réforme, les faiblesses des ressources humaines qui conduisent la réforme et qui, de surcroît, doivent s'appuyer sur un cadre organisationnel instable et défaillant, les turbulences de l'environnement politique, les incertitudes sur le financement, la prééminence des acteurs de l'assistance externe par rapport au leadership local, la faible implication des professionnels de la santé et des communautés.

Il ressort de ces résultats que l'outil conceptuel élaboré offre les moyens d'aborder la réforme du système de santé dans ses multiples dimensions. L'application au cas haïtien montre que l'implantation de la réforme est tributaire de facteurs liés au contenu de la réforme, au rôle joué par les acteurs et au contexte. Les obstacles identifiés à ces différents niveaux doivent ainsi être levés pour s'assurer de la concrétisation des buts et objectifs visés.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	I
TABLE DES MATIÈRES	III
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	V
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	VI
DÉDICACE	VIII
REMERCIEMENTS	IX
1.- INTRODUCTION	1
2.- CONTEXTE GÉNÉRAL	5
3.- SITUATION SANITAIRE	9
3.1 Indicateurs de santé	9
3.2 Cadre institutionnel	9
3.2.1 Secteur public	11
3.2.2 Secteur associatif	12
3.2.3 Secteur privé	13
3.2.4 Secteur traditionnel	13
4.- LES ÉLÉMENTS DE LA RÉFORME	15
5.- REVUE DE LA LITTÉRATURE	17
5.1. LE PARADIGME DES RÉFORMES	18
5.1.1. LES SYSTÈME DE VALEURS	19
5.1.2 LE MODE D'ORGANISATION DES SYSTÈMES DE SANTÉ	28
5.1.3 LA PERMÉABILITÉ AU CHANGEMENT	32
5.2 PLACE DE LA DÉCENTRALISATION DANS LA RÉFORME DES SERVICES DE SANTÉ	36
5.3 APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES POUR L'ÉVALUATION DES RÉFORMES DES SYSTÈMES DE SANTÉ	43
6.- CADRE CONCEPTUEL ET QUESTION DE RECHERCHE	49

7.- MÉTHODOLOGIE	51
7.1 Positionnement idéologique	51
7.2 Stratégie de recherche	52
7.3 Critères de rigueur	53
7.4 Collecte des données	57
7.5 Analyse des données	60
8.- LES RÉSULTATS	63
8.1 Contenu de la réforme	63
8.2 Rôle des différents acteurs	74
8.3 Contexte organisationnel	83
8.4 Contexte politique	92
8.5 Contexte économique	96
8.6 Contexte culturel	105
9.- DISCUSSION	113
Le cadre conceptuel de la réforme	113
Le rôle joué par les différents acteurs	117
Les capacités techniques des ressources humaines	122
L'environnement politique	123
Le financement de la réforme	124
10.- CONCLUSION	129
11.- BIBLIOGRAPHIE	131
ANNEXE 1: LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS	148
ANNEXE 2: LISTE DES INFORMATEURS-CLÉS	153

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES**Liste des tableaux**

Tableau 1	Personnels au niveau de 3 bureaux départementaux	84
-----------	--	----

Liste des figures

Figure 1	Les différentes composantes du système de soins en Haïti	10
Figure 2	Cadre conceptuel	49

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AMH	Association Médicale Haïtienne
ASPHA	Association de Santé Publique d'Haïti
BID	Banque Interaméricaine de Développement
CAPS	Centre d'Analyse Politique et Sociale
DALY	Disability Adjusted Life Year
DCE	Direction de la Coopération Externe
DPECCE	Direction de la Planification, de l'Évaluation et de la Coordination de la Coopération Externe
DPEE	Direction de la Planification, de l'Évaluation et de l'Épidémiologie
ECOSOF	Experts-Conseils en Économie, Finance, Gestion, Société
EMMUS	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
GRET	Groupe de Recherches et d'Échanges technologiques
IDA	International Development Agency
IHE	Institut Haïtien de l'Enfance
IHSI	Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
OCDE	Organisme de Coopération et de Développement Économique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OPS	Organisation Panaméricaine de la Santé
PIB	Produit Intérieur Brut
PMS	Paquet Minimum de Services

PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
QALY	Quality Adjusted Life Year
SIDA	Syndrome Immuno Déficitaire Acquis
SILOS	Systèmes Locaux de Santé
SOE	Service Œcuménique d'Entraide
UCS	Unité Communautaire de Santé
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
URSS	Union des Républiques Socialistes Soviétiques
USAID	United States Agency for International Development

DÉDICACE

A mon épouse Mirelène
qui n'a cessé de m'encourager et de m'appuyer
tout au long de ce cheminement,
A Myrka et à Jean-Marc
qui ont été les principales sources de ma motivation

REMERCIEMENTS

C'est l'occasion pour moi d'adresser de sincères remerciements aux professeurs Gilles Dussault et André-Pierre Contandriopoulos pour la qualité de l'encadrement qu'ils m'ont offert. Leur disponibilité, leurs conseils judicieux m'ont permis d'avancer avec assurance aux différentes phases de la réalisation de ce projet. Je leur dois, pour une grande part, les habiletés développées dans le domaine de la recherche au cours de ce cheminement.

Je remercie également Initiative Développement et son directeur Philippe Malherbe qui m'ont encouragé dans ma démarche et m'ont apporté leur précieux appui en vue de la réalisation de ce travail.

Je remercie enfin les différentes personnes qui ont contribué directement ou indirectement à la réalisation de cette recherche, notamment celles qui ont apporté de précieuses informations à l'occasion des entrevues.

1.- INTRODUCTION

Vingt ans après l'adhésion d'Haïti aux résolutions de la Conférence d'Alma-Ata (URSS, 1978) et à l'objectif mondial de "Santé Pour Tous", la situation sanitaire du peuple haïtien demeure l'une des plus critiques du continent américain. De graves problèmes de santé, l'endémicité de certaines pathologies comme la tuberculose et le SIDA, une forte incidence des maladies immuno-contrôlables, une faible espérance de vie témoignent de l'état de l'état de santé précaire de la population. Pour l'ensemble du continent américain, Haïti détient le triste record de 131 décès pour 1000 enfants de moins de cinq ans (IHE, 1995). La mortalité maternelle est de l'ordre de 500 pour 100.000 naissances vivantes, la plus élevée en Amérique latine (Barnes-Josiah et al., 1998). L'espérance de vie ne dépasse guère cinquante-cinq ans (MSPP et OPS-OMS, 1996).

La précarité de la situation sanitaire en Haïti, reflet d'une situation socio-économique toute aussi critique, résulte de multiples causes interreliées: instabilité politique, désengagement de l'État, insuffisance des ressources, déficiences globales de l'organisation du système de soins de santé.

Déjà en 1991, les espérances suscitées par les premières élections démocratiques de l'histoire d'Haïti ont été l'occasion pour le peuple haïtien de faire valoir 2 grandes revendications fondamentales:

- une amélioration de la qualité de vie vue en termes d'amélioration qualitative et quantitative des différents services offerts et d'amélioration de la situation économique des ménages

- un besoin de participation qui impliquait tant la décentralisation de l'appareil d'État que le renforcement du tissu socio-économique local et la gestion locale de la plupart des services collectifs

L'écho de ces revendications devait retentir plus fortement dans certains secteurs comme celui de la santé. Conscient des défis que soulevaient les faibles indicateurs de santé et s'inscrivant dans le sillage des réformes conduites auparavant dans plusieurs pays d'Amérique Latine avec l'appui de l'Organisation Panaméricaine de la Santé, le gouvernement issu des urnes entreprit les premières consultations en vue de discuter de la pertinence des SILOS (Systèmes Locaux de Santé) comme option pour la réforme du secteur. Une parenthèse historique de trois ans déclenchée par un coup d'État militaire, ne parvint pas à anéantir le projet. Un document de politique publié en juin 1996 par le Ministère de la Santé fixe les nouveaux axes stratégiques de la réforme et en fait des UCS (Unités Communautaires de Santé), version adaptée des SILOS, le fer de lance (MSPP et OPS-OMS, 1996).

Cependant même si des progrès importants ont été réalisés en termes de conceptualisation et de planification stratégique de la réforme, le passage à l'exécution reste très difficile et semble entravé par de multiples facteurs.

L'objet de cette recherche est d'élaborer dans un premier temps un cadre conceptuel d'analyse qui permettra par la suite de juger de la pertinence de ce projet de réforme et des facteurs favorables ou non à son implantation.

L'enjeu d'une telle démarche se situe à un double niveau:

- Premièrement, elle s'inscrit dans le continuum de la planification et vise à contribuer à une lecture plus complète et plus objective de la situation en vue d'aider le planificateur à la prise de décision et de s'assurer de l'adéquation des choix.
- Deuxièmement, cette étude sur le cas haïtien peut permettre de comprendre un peu plus certains facteurs critiques des processus de réforme des systèmes de soins de santé dans les pays en développement et compléter ainsi les connaissances existantes dans le domaine.

Le plan adopté présentera deux grandes parties comportant six chapitres pour la première (chapitres 2 à 7) et deux chapitres pour la seconde (chapitres 8 et 9).

Dans la première partie, nous nous préoccupons d'abord de décrire de manière suffisamment explicite le contexte dans lequel s'inscrit la recherche et de présenter les éléments essentiels de la réforme. La revue de la littérature permettra ensuite de mettre en relief les bases théoriques qui serviront de support à l'élaboration d'un cadre conceptuel. Le chapitre suivant consacré à la méthodologie abordera les différentes étapes de la démarche de recherche, justifiera les choix et précisera les critères qui en attestent de la scientificité.

La deuxième partie comportera d'abord une présentation des résultats obtenus à partir de diverses sources puis, dans un autre chapitre, la discussion et l'interprétation de ces résultats. Cette discussion sera l'occasion de confronter les résultats obtenus et le cadre

conceptuel aux évidences empiriques, de porter un jugement sur divers aspects de la réforme, de dégager des pistes d'intervention.

2.- CONTEXTE GÉNÉRAL

Pays montagneux au climat tropical semi-aride, Haïti partage avec la République Dominicaine l'île centrale des Grandes Antilles, dans le bassin des Caraïbes, et couvre une superficie de 27.750 kilomètres carrés subdivisée administrativement en neuf départements, 133 communes et 561 sections communales. Deux siècles après la proclamation de son indépendance, Haïti figure parmi les pays les moins avancés de la planète et se classe en terme de qualité de vie au 159^{ème} rang de 174 pays évalués par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD, 1998)

Les secousses d'une histoire turbulente, une tradition de violence politique, le manque de gouvernance, les politiques inadéquates ont fortement entravé le développement socio-économique du pays (Banque Mondiale, 1997; Union Européenne, 1997). En dépit des espérances suscitées par la chute de la dictature duvaliériste en 1986, les conditions de vie de la population n'ont cessé de se détériorer au cours de la dernière décennie comme en témoigne notamment la régression du PIB (Lefebvre, 1995).

Aujourd'hui, Haïti reste marquée par les signes du sous-développement et les différents indicateurs disponibles témoignent de l'extrême précarité de la situation économique et de l'état de pauvreté qui se manifeste sous de multiples facettes, touchant même les besoins essentiels: accès à la nourriture, à l'eau potable, à la nutrition, à l'éducation, à la santé.

Le dernier recensement en Haïti date de 1982. Mais les projections effectuées par l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI), sur la base d'un taux de croissance annuel de 2 %, font état de 7.2 millions d'habitants en 1995 dont les deux tiers vivent en zone rurale (MSPP et OPS-OMS, 1996). La pyramide des âges, typique des pays en développement, est caractérisée par sa base très large et son sommet effilé. En effet, la population est relativement jeune: 40 % des Haïtiens ont moins de 15 ans (MSPP et OPS-OMS, 1996). La proportion de personnes âgées de plus de 65 ans ne dépasse pas 4 % (Banque Mondiale, 1997). La fécondité actuelle reste très élevée (4.8 enfants par femme) et témoigne d'un faible recours à la contraception: seulement 13 % des femmes sexuellement actives utilisent une méthode de contraception moderne (IHE, 1995).

La densité de l'ensemble du pays, l'une des plus fortes en Amérique Latine, est en forte augmentation: 156 habitants par kilomètre carré en 1971, 264 en 1995. La densité calculée par rapport aux surfaces cultivables est encore plus élevée -885 habitants/km² - (MSPP et OPS-OMS, 1996) et traduit la forte pression qu'exerce la population sur la terre. En effet, le secteur agricole occupe plus de 75 % de la population active, même si les agriculteurs restent fortement dépendants autant des aléas climatiques que d'un environnement dégradé et profondément altéré par le fait d'une exploitation irrationnelle par l'homme haïtien lui-même.

Phénomène majeur dans l'écologie du pays, l'érosion est visible dans tous les paysages haïtiens et cause chaque année la perte de quelques 20.000 tonnes de terres arables. Le couvert forestier ne représente plus que deux à quatre pour cent du territoire (Van

Blarcom & Bonnevie, 1997). Cette situation conjuguée à l'insécurité foncière, aux échecs des différentes tentatives de réforme agraire compromet les bases d'une politique de production agricole durable. Aujourd'hui, la production nationale couvre moins de 60 pour cent des besoins de la population, créant ainsi une dépendance alimentaire considérable. Et, malgré une importante aide alimentaire, les besoins ne sont couverts qu'à 90 pour cent. La ration alimentaire moyenne de l'haïtien est d'environ 1700 calories soit 500 calories de moins que le minimum requis (Union Européenne, 1997). Les grandes victimes de cette sous-alimentation sont les enfants. Les taux de malnutrition chronique chez les moins de cinq ans atteignent trente-deux pour cent (IHE, 1995).

Les ressources en eau abondantes en Haïti sont irrégulièrement réparties et surtout mal exploitées. Les niveaux d'approvisionnement sont très bas. Seulement 40 % de la population ont accès au système de distribution d'une eau dont la qualité reste très variable (Thys, 1997).

Les problèmes d'assainissement plus aigus dans les villes sont liés à différents facteurs: absence de systèmes d'évacuation des eaux usées, faible couverture en équipements sanitaires, absence d'un système régulier de collecte des ordures, obstruction des canaux de drainage par des déchets solides et des remblais provoqués par l'érosion.

Le système éducatif se caractérise par la faible qualité de l'enseignement, la prépondérance du secteur privé, une faible performance aux examens de fin d'études. Le taux de scolarisation brut plutôt élevé, soit 90 pour cent en 1995 au niveau de

l'enseignement primaire, (Mure-Ravaud & Rodd, 1997) indique seulement la capacité théorique du système mais ne traduit pas d'autres problèmes relevant de la faible qualité des places disponibles, de l'incompétence des enseignants, des taux de redoublement et de déperdition scolaire particulièrement élevés, d'une proportion importante d'enfants en retard. En dépit de quelques progrès enregistrés ces dernières années, Haïti reste le pays d'Amérique Latine avec le pourcentage le plus élevé de personnes âgées de plus de 15 ans qui ne savent pas lire: l'analphabétisme touchait encore 58 pour cent des femmes et 52 pour cent des hommes en 1995 (Banque Mondiale, 1997).

Ces insuffisances au niveau des services et des besoins essentiels conjuguées à une situation économique qui ne cesse de se dégrader entretiennent le cercle vicieux de la pauvreté qui touche une forte majorité de la population.

3.- SITUATION SANITAIRE

3.1 Indicateurs de santé

Les indicateurs relatifs à l'état sanitaire de la population haïtienne reflètent le niveau de développement socio-économique du pays et les déficiences aiguës du système de soins de santé. Le niveau de la mortalité infantile, la très faible espérance de vie à la naissance, le niveau des taux de mortalité maternelle font de Haïti un cas unique en Amérique Latine et le rangent plutôt dans le groupe de pays à très faible revenu d'Afrique subsaharienne.

Le tableau de la morbidité est dominé par les maladies transmissibles, infectieuses et parasitaires. Les problèmes nutritionnels, qui touchent un enfant haïtien sur trois (IHE, 1995), conséquence d'une alimentation insuffisante en quantité et en qualité, rendent les enfants particulièrement vulnérables à certaines maladies comme les infections respiratoires, les affections diarrhéiques et d'autres pathologies dont la plupart sont immuno-contrôlables. Ces dernières sont d'autant plus prévalentes que la couverture vaccinale très faible ne permet une protection que de 30 % des enfants à risque (MSPP et OPS-OMS, 1996).

3.2 Cadre institutionnel

Les principaux acteurs qui interagissent au niveau du système de santé peuvent être regroupés en quatre catégories: l'État, la population, les bailleurs de fonds, les prestataires de services

En fait, parler de système de santé haïtien est plutôt un euphémisme qui est loin de refléter la réalité. Les différents acteurs se répartissent plutôt entre 4 sous-secteurs qui diffèrent par leurs modes de régulation, leurs modalités de financement et d'articulation, la nature de leurs prestataires. On distingue ainsi:

- le secteur public
- le secteur privé lucratif
- le secteur associatif
- le secteur traditionnel

FONCTIONS	Secteur public	Secteur privé	Secteur associatif	Secteur traditionnel
RÉGULATION	État	Marché	-----	Traditions
FINANCEMENT	Paiement direct	Paiement direct, assurances	Paiement direct, mécanismes de solidarité	Paiement direct, mécanismes de solidarité
ARTICULATION	Verticale	-----	-----	-----
PRESTATIONS	État	Médecins, sociétés anonymes	ONGs, missions religieuses, associations	Houngans, matrones, piqûristes, etc.

Figure 1: Les différentes composantes du système de soins en Haïti (adapté de Frenk, 1997)

3.2.1 Secteur public

Le secteur public comporte:

- les structures administratives du Ministère de la Santé Publique et de la Population
- 216 établissements publics de soins
- les écoles de formation des personnels médicaux: la Faculté de Médecine et de Pharmacie, la Faculté d'Odontologie, les quatre écoles d'infirmières, l'école de Technologie Médicale.

Sur le plan administratif, il est organisé en trois niveaux hiérarchiques: le niveau central, le niveau départemental et le niveau communal. Le document légal le plus récent fixant la structure du Ministère date de 1983. L'organigramme prévoyait alors au niveau central dix grandes divisions et 3 entités autonomes. La plupart de ces divisions avaient la charge directe de certains programmes verticaux comme le programme élargi de vaccination, la lutte contre la tuberculose, etc. Au-delà de cette organisation centrale, le pays était divisé en 4 régions, elles-mêmes subdivisées en 15 districts et 133 communes. L'unité de base du système devait être le centre de santé des communes dirigé par un médecin de commune. Mais en fait, le niveau administratif communal n'a jamais été réellement effectif. Même les Directions Départementales n'ont été que très peu opérationnelles, avec une marge de manœuvre réduite, l'ensemble des ressources humaines financières, matérielles dégagées par l'État étant gérées de manière centralisée au niveau de la capitale

Même si la loi organique n'a pas été modifiée, de nombreuses modifications ont été apportées à cet organigramme:

- Aux 4 directions régionales se sont substituées en 1991, mais suivant les prescriptions de la constitution de 1987, neuf Directions Sanitaires Départementales empruntant la répartition administrative du territoire.
- La plupart des anciennes divisions centrales ont été, soit fermées, soit transformées, soit dénommées autrement. De nouvelles divisions ont vu le jour.

Les prestations de soins publics sont assurées au niveau de 216 établissements publics de soins. Ces derniers représentent 38 pour cent des institutions sanitaires du pays et regroupent environ 2.300 lits. On compte 136 dispensaires, 59 centres de santé avec ou sans lits, 21 hôpitaux (MSPP et OPS-OMS, 1996).

3.2.2 Secteur associatif

Ce secteur regroupe les missions confessionnelles, les organisations non gouvernementales dont le nombre dépasse les 300 suivant diverses estimations, les associations de base dites communautaires. Les prestations de soins sont offertes au niveau de 357 établissements de santé dont 208 gérés exclusivement par le secteur et 149 dits mixtes, le personnel étant fourni et rémunéré en partie par le Ministère de la Santé. Ces établissements se répartissent en 32 hôpitaux, 115 centres de santé avec ou sans lits et 200 dispensaires (MSPP et OPS-OMS, 1996).

3.2.3 Secteur privé

Les principales composantes de ce secteur à but lucratif sont:

- les médecins qui exercent dans les cabinets privés, tout en cumulant dans la plupart des cas des postes dans la fonction publique
- les hôpitaux privés qui se distinguent notamment par la qualité de leurs infrastructures
- les pharmacies privées qui absorbent 75 pour cent du montant total des dépenses de santé privées (André et Buttari, 1997)
- les laboratoires pharmaceutiques
- les assurances privées
- les écoles privées de formation des personnels médicaux

La logique qui prévaut au financement de ce secteur est celle du marché. Exerçant en majorité dans les zones urbaines, les prestataires offrent leurs services uniquement à ceux qui ont la capacité de payer. Le paiement direct est la règle. Seule une minorité plus aisée profite des services de quelques compagnies d'assurances privées installées à la capitale. Il n'y a cependant aucune intégration entre les activités des assureurs et des fournisseurs. Chaque acteur exerce son activité de manière autonome et aucune organisation n'est mise en place pour assurer cette fonction d'articulation entre payeurs, prestataires et consommateurs.

3.2.4 Secteur traditionnel

Quoiqu'évoluant traditionnellement en marge du système de santé, ce secteur mérite d'être considéré car rendu légitime par la perception de la population à son égard, son

accessibilité à toutes les couches de la population, le recours prioritaire d'une forte majorité de la population à ses services, son efficacité dans certaines situations, son ancrage très fort dans les mœurs.

Régulé par des traditions très fortes, ce secteur mobilise différentes catégories de prestataires en fonction d'une hiérarchie des problèmes potentiels. On peut distinguer ainsi:

- les membres de la famille élargie imbus de certaines pratiques et d'un certain savoir de la pharmacopée traditionnelle qui leur ont été transmis par les générations antérieures
- les matrones ou sages-femmes traditionnelles
- les arrangeurs d'os
- les médecins feuilles
- les houngans

Ces différents prestataires, mis à part les membres des familles, se font payer directement les services rendus. Toutefois différentes formes de solidarité locale permettent d'éviter toute forme d'exclusion à ce secteur.

A ce secteur se sont confondus toute une catégorie de prestataires dits charlatans, piqûristes, vendeurs ambulants de médicaments qui, en fait, échappent aux mécanismes internes de régulation du secteur traditionnel et profitent des failles juridiques concernant la commercialisation des produits pharmaceutiques.

4.- LES ÉLÉMENTS DE LA RÉFORME

La nouvelle politique de santé publiée en 1996 s'inscrit dans le cadre d'une réforme profonde du secteur. Elle vise à l'amélioration de l'état de santé de la population de manière durable par le biais d'interventions multisectorielles et la mise en place d'un système de soins accessible à tous. Les objectifs spécifiques incluent:

- la réduction de la mortalité et de la morbidité dues à de graves problèmes de santé publique comme les maladies diarrhéiques, les maladies immuno-contrôlables, la tuberculose, le SIDA.
- la protection et la promotion de la santé à l'échelle de l'ensemble du territoire
- le renforcement et l'amélioration de la gestion des services de santé

Pour atteindre ces objectifs, le Ministère mise sur les axes stratégiques suivants:

- la décentralisation du système et la mise en œuvre d'unités décentralisées dites UCS (Unités Communautaires de Santé)
- la rationalisation de la carte sanitaire en vue d'atteindre une couverture optimale du territoire national en établissements de soins et de développer un système de référence adéquat.
- le renforcement de la participation communautaire
- la coordination inter et intra sectorielle en vue d'harmoniser l'action des différentes instances gouvernementales et des différents acteurs du système de soins de santé: personnel public, organismes non gouvernementaux, missions religieuses, bailleurs de fonds, assurances privées et prestataires du secteur privé lucratif, communautés locales.
- l'accessibilité universelle à un paquet minimal de services

- le développement des ressources humaines
- une législation défendant les intérêts de la population
- une recherche qui tient compte des besoins de la population et orientée vers la résolution de problèmes

Pour financer cette réforme, le Ministère de la Santé compte essentiellement, tout au moins pour les premières années, sur l'appui des bailleurs de fonds internationaux qui, pour la plupart, ont déjà confirmé leur engagement: prêts de la Banque Mondiale et de la Banque Interaméricaine de Développement, dons de l'Union Européenne et de l'USAID. La participation locale sera encouragée par la mise en place d'un système de recouvrement de coûts associé à des mécanismes de solidarité.

5.- REVUE DE LA LITTÉRATURE

La récession qui a suivi “*les trente glorieuses*”, l’inflation des coûts des États-Providence, (Rosanvallon, 1981; OCDE, 1995), la crise internationale de la dette, l’application des politiques d’ajustement structurel dans de nombreux pays en développement, l’inversion des flux de ressources entre le Nord et le Sud à partir des années 80 (OMS, 1995) ont soumis les systèmes nationaux de soins de santé à de multiples pressions.

Pressions fiscales, pressions inflationnistes, pressions démographiques, pressions idéologiques conjuguées aux désillusions face aux insuffisances patentées des soins de santé ont amené les gouvernements de nombreux pays industrialisés à engager des réformes profondes de leurs systèmes de santé.

Dans les pays en développement, le souci de rattraper les retards constants mis à l’application des connaissances scientifiques au service de la santé du plus grand nombre, l’adhésion des gouvernements à l’objectif mondial de “Santé pour tous en l’an 2000”(Taylor, 1984), les pressions de la demande de services par les populations ont souvent été les facteurs moteurs de la réforme. Sous une forme ou sous une autre, la décentralisation a été au cœur des transformations du secteur de la santé soit en réponse à de fortes sollicitations des collectivités locales, soit comme tentative de solution à un certain nombre de problèmes. Les nombreuses recherches effectuées au cours des dernières décennies sur les politiques sanitaires nationales seront mises à profit ici pour une triple démarche :

- la première tentera de cerner le paradigme qui guide la mise en œuvre des réformes tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement
- la deuxième s'efforcera de clarifier le concept de décentralisation et de discuter de sa place dans les réformes du secteur
- la troisième précisera les bases théoriques sur lesquelles s'appuient différentes approches méthodologiques d'analyse des réformes des systèmes de santé et tentera de dégager, suivant l'expression de Pinto et Grawitz (1969), "ce corps de principes" qui devra guider nos choix de méthodes.

5.1. LE PARADIGME DES RÉFORMES

La réforme des systèmes de santé est un processus éminemment politique (Reich, 1995) et les choix tant au niveau de la formulation que de la mise en œuvre ne sont pas neutres. Loin s'en faut. Les déterminants des réformes des systèmes de santé s'inscrivent plutôt dans un cadre plus large qui fait intervenir au moins 3 facteurs:

- les systèmes de valeurs qui sous-tendent les réformes (Reich, 1995; Contandriopoulos, 1994)
- le mode d'organisation des systèmes de santé (OCDE, 1995; Schieber, 1995)
- la perméabilité au changement des différents acteurs impliqués (Hurst, OCDE, 1995)

Cet axe trilogique peut servir de guide pour repérer les points de divergence et de convergence en vue de dégager une réelle compréhension des réformes et en formuler un véritable paradigme qui suivant les exigences de Kuhn (1970) répond aux 3 caractéristiques suivantes: expression d'une façon de concevoir le monde, prise en

compte de la matrice sociale de l'ensemble des individus qui partagent cette conception, formulation de la façon de faire les choses, des méthodes et des exemples qui guident les actions.

5.1.1. LES SYSTÈME DE VALEURS

Le système de santé évolue dans un *univers de signification* complexe où sont en tension différents systèmes de valeurs véhiculés par différents groupes d'acteurs qui se distinguent par leurs cultures, leurs stratégies, leurs ressources, leurs intentions (Contandriopoulos, 1996). Le contenu d'une réforme ou d'une politique résulte ainsi d'interactions diverses et de rapports de forces et ne peut puiser son argumentation philosophique qu'à travers une sélection des valeurs prédominantes dans la société, ce qu'on appelle *le système dominant de croyances* (Sabatier, 1987; Marmor, 1994; Contandriopoulos, 1996). Si l'équité et l'efficience sont souvent les leitmotiv principaux (Berman, 1995; Hammer, 1995; Gilson et Mills; 1995, OCDE, 1995), ces 2 valeurs ne sont pas les seules. Elles peuvent varier en intensité ou avoir des poids différents d'un contexte à l'autre (OCDE, 1995). Suivant cette intensité et les agencements éventuels avec d'autres valeurs (liberté de choix des consommateurs, autonomie des prestataires, vertus civiques, solidarité), on peut dégager 4 perspectives philosophiques pour expliquer la substance d'une réforme:

- une perspective "utilitariste"
- une perspective "ultralibérale"
- une perspective "égalitariste"
- une perspective "communautariste"

Perspective utilitariste

Cette approche dont les principaux théoriciens sont Adam Smith, Jeremy Bentham, John Stuart Mill se distingue, en dépit d'une certaine confusion relevée dans la littérature, du courant de pensée néolibéral dont nous parlerons ci-après¹. Les 2 courants de pensée appartiennent en fait à des traditions philosophiques différentes et même opposées (Vergara, 1992). A des questions fondamentales comme celles concernant les limites de la liberté individuelle et le rôle de l'État, des réponses différentes sont proposées suivant que l'on considère l'une ou l'autre approche.

L'utilitarisme, par définition, est une doctrine éthique suivant laquelle la valeur d'une action ou d'une intervention est jugée en fonction des conséquences qu'elle produit, la conséquence souhaitée étant le bonheur de la collectivité² (Bentham, 1970) On parle ainsi, pour emprunter les termes d'Armatya Sen (1987), de doctrine "conséquentialiste".

Suivant cette approche, le critère éthique ultime est le bonheur de collectivité et les actions humaines peuvent être classées en 2 catégories (Vergara, 1992):

¹ Cette confusion est liée à l'ambiguïté de la pensée d'Adam Smith. En effet, comme l'explique Rosanvallon, on peut noter deux mouvements contradictoires successifs dans la réflexion d'Adam Smith sur le rôle de l'État. Dans un premier temps, il préconise une réduction du rôle de l'État sur la base de l'autorégulation de la sphère économique par le marché. Ainsi dans *"Lectures on justice, police, revenue and arms, 1766"*, il restreint le rôle de l'État à 4 fonctions: justice, police, revenu public et défense. Mais dans un second temps, il justifie une certaine intervention de l'État à l'intérieur même de son analyse économique. Ainsi dans le livre 5 de la *Richesse des Nations* qui conclut son œuvre de la maturité, il reprend la question du rôle de l'État en ces termes: "...le troisième et dernier des devoirs du souverain est celui d'élever et entretenir ces ouvrages et établissements publics dont une grande société retire d'immenses avantages mais qui sont néanmoins de nature à ne pouvoir être entrepris ou entretenus par un ou par quelques particuliers, attendu que, pour ceux-ci, le profit ne saurait jamais leur en rembourser la dépense"

² A ce propos, Jeremy Bentham (1970), écrivait: "On peut dire qu'une action est conforme au principe d'utilité...lorsque la tendance qu'elle a d'augmenter le bonheur de la communauté est plus grande que la tendance qu'elle a de le diminuer".

- Celles qui relèvent du domaine de la liberté individuelle. Il s'agit de toute action qui ne comporte pas de risques pour les autres individus
- celles qui relèvent du domaine de juridiction de la société. On regroupe ici toutes les actions susceptibles d'avoir des répercussions sur les autres individus.

La société se doit alors d'exercer son droit de regard, d'examiner chaque type d'action pour déterminer s'il sera libre ou s'il sera réglementé. Il est à relever que la réglementation n'est pas automatique. Dans certains cas, pour des raisons d'efficacité notamment, la liberté l'emportera sur la réglementation.

Dans un tel contexte, l'État a un double rôle:

- un rôle réglementaire qui lui donne un droit de regard sur toutes les actions humaines susceptibles d'avoir des répercussions sur la collectivité
- un rôle proactif découlant d'un impératif éthique et qui lui dicte le devoir d'engager toute action susceptible d'augmenter le bonheur collectif.

A l'échelle internationale le plaidoyer de la Banque Mondiale en faveur d'investissements *rentables* pour la santé s'inscrit dans cette ligne de pensée. Dans son Rapport sur le développement dans le monde (Investir dans la santé, 1993), la Banque Mondiale argumentait que

“les dépenses de santé sont un investissement rentable: elles peuvent contribuer à la progression des revenus, en particulier chez les plus défavorisés et épargnent des souffrances en permettant à la population de rester en bonne santé”.

Toutefois pour maximiser les gains par dollar dépensé et en faire profiter davantage la collectivité, on mettra à contribution différents outils d'analyse économique: analyse coût/efficacité, QALY, DALY, etc.

Perspective ultralibérale

Frédéric Bastiat et Herbert Spencer au 19ème siècle, Friedrich Hayek, Milton Friedman, R. Nozick au 20ème siècle figurent parmi les théoriciens qui ont le plus vaillamment défendu cette approche philosophique, en radicalisant le libéralisme classique de droit naturel dont les figures représentatives sont Condorcet, Turgot, Jefferson.

A l'instar des utilitaristes dont ils se veulent les héritiers légitimes, les néolibéraux revendiquent tout aussi bien le principe d'utilité et l'aspiration collective au bonheur, mais pour eux, il existe des valeurs supérieures au bonheur, des valeurs et des droits inaliénables comme le droit à la vie, le droit à la liberté, le droit de propriété. Toutefois le critère éthique ultime reste la liberté et les actions humaines ne pourront être justifiées qu'en vertu de leur impact sur la liberté individuelle. L'ordre social est spontané, autorégulé et procède d'un continuel échange d'informations par lequel les individus ajusteraient spontanément leurs objectifs par rapport à ceux des autres. L'intervention de l'État ne peut que brimer les libertés, troubler cet ordre et, de ce fait, doit être minimale,

“limité à des fonctions de protection contre la force, le vol, la fraude, à l'application des contrats...” (Nozick, 1988)

Ce courant de pensée s'insurge donc contre l'Etat-Providence et ses politiques monopolistes de protection sociale qui perturbent l'ordre spontané du marché, font

perdre les effets positifs de la concurrence, ralentissent la croissance et entretiennent des systèmes voués à la non efficacité et à la bureaucratisation.

Perspective égalitariste

Cette approche rejette la thèse de la société de marché autosuffisante et de l'harmonie naturelle des intérêts et plaide pour une justice sociale. Aux *droits libertés* qui, dans la vision néolibérale protège les individus contre les interventions de l'État, ce courant de pensée additionne les droits sociaux qui implique une protection de l'individu par l'intervention de l'État (Bernard, 1997).

Le critère éthique ultime est l'équité qui implique l'accessibilité universelle à un certain nombre de services essentiels. Il ne s'agit pas pour les tenants de cette approche de brimer les libertés individuelles mais plutôt d'éviter que la liberté de la majorité soit subordonnée à la liberté d'une minorité. Le libre développement de chacun étant lié aux conditions d'un libre développement pour tous, l'État se doit alors d'exercer sa fonction redistributive et de fournir à tous les moyens objectifs de base pour accéder aux libertés de base (Bernard, 1997). En fait, cette vision de l'État rejoint l'équation keynésienne (Keynes, 1985) qui lie les impératifs de la croissance économique aux exigences d'une plus grande équité sociale dans le cadre d'un État actif qui intervient pour stimuler à la fois les fonctions de consommation et d'investissement.

Ces préoccupations étaient déjà assez fortes à la fin du siècle dernier. Le courant intellectuel et social représenté par Wagner, Schaeffle et Schmoller et dénommé

socialisme de la chaire devait favoriser l'apparition en Allemagne des premiers éléments de politique sociale ouvrant la voie de l'Etat-Providence moderne³

Dans le manifeste d'Eisenach (1892), Schmoller demande "*de faire participer une fraction de plus en plus nombreuse du peuple à tous les biens élevés de la civilisation*".

Pour Wagner (1909), l'État était *l'assureur naturel* qui devait réaliser une double mission de justice et de civilisation.

Aujourd'hui, trois arguments se rapportant à des particularités du marché de la santé sont constamment évoqués pour appuyer l'action publique dans ce domaine:

- ◆ Le premier fait appel à la théorie des externalités inventée par Pigou en 1920. L'intervention de l'État est alors justifiée soit pour apporter des correctifs à certaines externalités négatives, consécutives à des actions individuelles ou collectives, soit pour engager des actions qui ont d'importantes externalités positives et qui, dès lors, peuvent être considérés comme des biens collectifs. Comme le précise d'ailleurs Rosanvallon (1985), cette théorie des externalités recoupe celle des biens collectifs fondée sur la distinction entre biens divisibles (c'est-à-dire, les objets de consommation classique) et biens indivisibles (c'est-à-dire, les biens dont la consommation ne peut être individualisée et qui, ipso facto, nécessitent une offre socialisée).

³ La loi du 15 juin 1883 sur l'assurance-maladie, la loi de 1884 sur les accidents du travail, la loi de 1889 sur l'assurance-vieillesse-invalidité codifiées et étendues par le code des assurances sociales de 1911 constituent le premier modèle historique du genre

- ◆ Le deuxième concerne l'impératif de partage des risques imposé par le caractère aléatoire de la maladie, la lourde charge financière qui lui est inhérente et son caractère sélectif aux dépens des couches les plus démunies. Cette fonction de partage du risque ne peut être laissée uniquement aux assureurs qui pourraient être incités soit à écarter les individus à haut risque, souvent les plus pauvres (sélection du risque), soit à augmenter les primes que les clients à haut risque doivent verser (alourdissement de la prime indépendamment du revenu). L'État se présente ainsi comme l'arbitre capable de suppléer aux insuffisances du marché en favorisant une accessibilité universelle aux services de santé.
- ◆ Le troisième met en exergue le problème du déséquilibre d'information et de l'incertitude sur les résultats. Du fait qu'il est mal informé, du fait qu'il manque de connaissances pour savoir quels remèdes il peut prendre, du fait qu'il est incapable d'évaluer la qualité des soins en raison de la complexité de la technologie médicale et de l'impact possible de la maladie sur son jugement, le consommateur se trouve en position de faiblesse sur le marché des soins. Sa situation est d'autant plus fragile que les résultats de l'intervention ne sont pas toujours certains et mesurables. L'État se doit donc d'intervenir pour protéger le consommateur. En amont, l'un des outils à la disposition de l'État est l'organisation du professionnalisme par le biais duquel il délègue à des collectifs la surveillance de certaines normes de compétences et de pratique et l'adoption de certains principes éthiques. En aval, son action consiste à trouver la meilleure combinaison d'incitations et de réglementations susceptibles d'encourager les professionnels à agir dans le meilleur intérêt des patients (OCDE, 1992).

Perspective communautariste

Cette perspective rejoint des préoccupations qui, pour la plupart, remontent à Platon, Aristote, Saint-Augustin, Tocqueville (Schwarz, 1991) aussi bien qu'à Hegel, Marx, Tonnies, Carlyle, Eliott (Plant, 1974). Cependant, au niveau contemporain, l'une des figures de proue du mouvement comunautariste est Amitai Etzioni dont le *I and We paradigm* représente une construction théorique très poussée destinée à promouvoir le mouvement. Les tenants de cette approche rejettent la vision traditionnelle de la société comme un espace bipolaire continu (le marché à une extrémité, l'État à l'autre). Ils la conçoivent plutôt autour d'un espace tripolaire constitué par le marché, l'État et les collectivités locales, chacun des pôles générant une forme de capital complémentaire pour les autres: capital privé, capital public, capital social (Rifkin, 1996). A l'interventionnisme d'État ou au laissez-faire du marché, les "communautaristes" proposent comme alternative une juste balance entre les droits et les responsabilités, entre les intérêts individuels et les intérêts collectifs. Sans cet équilibre les droits et les libertés individuelles tendent à éroder les fondations sociales sur lesquelles ils reposent et empêchent tout compromis et toute compréhension mutuelle. (Glendon, 1991)

Le critère éthique ultime est la vertu civique qui devrait alimenter le capital social et entretenir ces différentes formes de réseaux de citoyens (associations, coopératives) qui contribuent à renforcer l'État. " Strong society, strong state", dit Putnam (1993).

Dans le secteur de la santé, la demande de décentralisation s'appuie souvent sur cette approche en mettant en exergue différents arguments comme la participation citoyenne,

la responsabilisation du citoyen, le remodelage des services pour les rendre plus proches du citoyen, la nécessité de l'appropriation locale.

Tout compte fait, ces différentes perspectives philosophiques peuvent permettre de comprendre les valeurs qui sous-tendent certaines orientations adoptées dans le cadre des réformes du secteur de la santé. Néanmoins, il serait tout de même hasardeux de vouloir dessiner un profil de système de santé correspondant exactement à l'une ou l'autre de ces approches. Ceci tient à trois raisons essentielles:

- Premièrement, tout système de santé en appelle pour un difficile arbitrage entre trois pôles en tension permanente et correspondant à trois logiques différentes: la liberté (libertés individuelles, libertés locales), l'équité, l'efficience (Contandriopoulos et al., 1996). Ces trois logiques relèveraient à priori de trois perspectives différentes soit respectivement la perspective libérale, la perspective égalitariste, la perspective utilitariste. Le défi d'un juste équilibre ou sinon d'un compromis entre ces trois pôles en appelle donc pour un certain éclectisme de la pensée.
- Deuxièmement, il est difficile sinon impossible de justifier ou de juger de la supériorité d'une position morale spécifique par rapport à telle autre. C'est d'ailleurs sur une telle argumentation que se sont appuyées des théories éthiques comme l'existentialisme de Jean-Paul Sartre, le scepticisme généralisé des déconstructionnistes comme Michel Foucault, le libéralisme pragmatique post-moderne de Richard Rorty.

- Troisièmement, les frontières entre ces différentes perspectives ne sont pas toujours nettes. A preuve, le néolibéralisme se veut dans la continuité de l'utilitarisme. En dépit des prétentions égalitaristes de l'Etat-Providence avec ses politiques de protection sociale, l'analyse marxiste contemporaine en fait un instrument de régulation structurelle du capitalisme et l'inscrit ainsi dans la perspective libérale⁴. Margareth Thatcher (1983), bien connue pour ses positions ultralibérales, savait utiliser un discours égalitariste pour défendre le système de soins de santé britannique: *"The principle that adequate health care should be provided for all, regardless of their ability to pay must be the foundation of any arrangements for financing health care"*(souligné par Maynard, 1995). Que dire enfin des communautaristes qui, d'emblée, proposent de jeter un pont entre le Je (individualiste) et le Nous (égalitariste)?

5.1.2 LE MODE D'ORGANISATION DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Cette différenciation dans l'agencement des valeurs ajoutée aux disparités quant aux ressources disponibles se traduit par des différences marquées quant aux objectifs fixés par les systèmes nationaux de santé et aux modes d'organisation mis en place. D'un pays à l'autre, les systèmes de soins de santé diffèrent:

⁴ C'est la thèse du capitalisme monopoliste d'État développée par des auteurs comme Aglietta M (Régulation et crise du capitalisme, 1976), Boccara P. (Études sur le capitalisme monopoliste d'État, sa crise et son issue, 1973), Boyer R. (Accumulation, inflation, crises, 1983), Anicet le Pors (Les Béquilles du Capital, 1977). C'est aussi la réflexion de Jeremy Rifkin qui écrit dans son ouvrage *La fin du travail* (1996): *"N'oublions pas que les Etats-Nations sont le produit de l'ère industrielle. Le capitalisme avait besoin d'institutions politiques suffisamment puissantes pour contrôler et garantir la sécurité de marchés de vastes dimensions"*

- par le mode de régulation prédominante: logique technocratique, logique professionnelle, logique politique, logique marchande (Contandriopoulos & al., 1996)
- par le niveau d'intervention de l'État (Field, 1989; Roemer,1991; Bergeron & Gagnon,1994): système entrepreneurial, système centralement planifié, service national de santé (modèle Beveridge), assurances sociales (modèle Bismarckien)
- par les sources de financement et les modalités de paiement des prestataires (Sandier,1987; OCDE, 1995): paiement direct et intégral par le patient, ticket modérateur, remboursement du patient par une assurance volontaire, remboursement du patient par un régime public obligatoire, assurance volontaire avec contrat, assurance publique avec contrat, modèle volontaire intégré, modèle public intégré
- par le mode de rémunération des professionnels: paiement à l'acte, salaires fixes
- par la place occupée par le secteur informel (Kizito, 1997) et la médecine traditionnelle, notamment dans les pays en développement.

Les éléments des réformes vont donc dépendre des caractéristiques du système de santé de chaque pays, des traditions et des institutions régissant le financement et la prestation des soins (Jönsson, OCDE, 1996), des déterminants politiques, économiques et culturels qui influent sur l'organisation du système de santé (Roemer, 1993).

N'empêche pourtant qu'au-delà de la diversité des structures institutionnelles et des modes de financement des systèmes de soins, on peut noter de nombreuses similitudes, un certain nombre de tendances communes qui marquent l'évolution de l'ensemble des systèmes nationaux de santé (OCDE, 1992; Roemer, 1991).

Chernichovsky (1995) d'une part et Frenk (1994) d'autre part se sont distingués par leurs efforts conceptuels pour intégrer ces tendances communes dans un paradigme commun.

Chernichovsky (1995) dans ce qu'il appelle *the emerging paradigm* identifie trois fonctions systémiques clés, trois leviers mobilisés par les gouvernants pour modifier l'organisation des systèmes de soins: le financement des services, l'administration des services et la prestation des services. Ce paradigme repose sur le principe de l'absolue séparation des fonctions de financement et de prestation des services pour répondre à des exigences de compétitivité dans le cadre de marchés internes qui peuvent être de 2 types:

- marché interne de type 1: les fonctions de **financement et d'administration** sont intégrées dans le cadre d'un système financé par des fonds publics tandis que la prestation des services est assurée par des institutions privées
- marché interne type 2: la double fonction de **prestation et d'administration** est assumée par des institutions type HMO, PPO.

Un tel paradigme rend compte de la difficulté à organiser les services de santé dans les pays en développement confrontés à la rareté des ressources, aux carences en habiletés et infrastructures de gestion, à la faible disponibilité d'intermédiaires financiers comme les assureurs, à de plus grandes difficultés pour les consommateurs de faire des choix éclairés, à l'urgence de graves problèmes de santé publique, tous facteurs qui compromettent le recours aux jeux du marché évoqués plus haut.

Un caractère limitatif de ce modèle est toutefois sa *focalisation* sur le système de soins. Eu égard à l'état actuel des connaissances sur les déterminants de la santé, un tel modèle est manifestement insuffisant pour permettre une juste évaluation des politiques de santé. Si, jusqu'aux années 70, ces dernières ont été dominées par les politiques de soins et une médecine scientifique *faussement omnipotente*, les 2 dernières décennies ont vu émerger de nouvelles alternatives pour la santé, ce qu'on appelle *une nouvelle perspective pour la santé* (Marmor, Barer et Evans, 1994) axée sur les habitudes individuelles de vie, le travail et le milieu de travail, l'environnement physique, la biologie humaine et le patrimoine génétique (Rapport Lalonde, Canada, 1970).

Le cadre conceptuel proposé par Frenk (1994) traduit mieux cette vision globalisante du système de santé et décrit ce dernier comme étant un ensemble complexe d'interrelations entre cinq groupes principaux d'acteurs, en l'occurrence, les prestataires de services, l'État, la population, les organismes producteurs de ressources, les autres secteurs du tissu socio-économique producteurs de biens et services concourant à la santé. Il attribue les modalités organisationnelles aux interactions entre ces différents acteurs et identifie 4 niveaux où se concrétisent ces interactions:

- le niveau systémique qui précise les dispositifs institutionnels fixant l'accès aux soins de santé, les limites de l'action publique, le mode de régulation des rapports entre le public et le privé, la répartition des fonctions entre le niveau central et la périphérie, le niveau d'implication des populations. Les efforts de réforme touchant ce niveau visent essentiellement à améliorer l'équité

- le niveau programmatique qui s'attache à déterminer les priorités et à proposer un paquet d'interventions appropriées. Les efforts de réforme touchant ce niveau visent essentiellement à améliorer l'efficacité macro-économique, laquelle peut s'appuyer sur l'analyse coût efficacité des interventions
- le niveau organisationnel qui se préoccupe de la recherche d'une forme d'organisation, d'utilisation et d'emploi des ressources qui améliore la productivité et maximise la qualité. Les efforts de réforme touchant ce niveau visent essentiellement à améliorer l'efficacité micro-économique
- le niveau instrumental qui traite des questions relevant du système d'information, de la recherche scientifique, de l'innovation technologique, du développement des ressources humaines. Les efforts de réforme touchant ce niveau visent essentiellement à générer l'information indispensable à une amélioration de la performance.

Toutefois ces efforts de réforme ne peuvent être possibles sans une volonté manifeste de changement des différents acteurs concernés.

5.1.3 LA PERMÉABILITÉ AU CHANGEMENT

Le terme réforme, parce que associé souvent, sinon toujours, à la volonté d'améliorer *un état, une situation*, bénéficie d'une connotation positive. N'empêche pourtant que la réforme suppose un processus complexe et incertain et, de ce fait, est souvent mal

acceptée par divers groupes d'intérêts qui peuvent se sentir lésées. Ces résistances aux changements peuvent être liées à des facteurs divers, perçus comme des menaces:

- modifications au niveau de la nature et de la qualité des ressources (Taieb, Toulouse & al, 1996) *Hafsi*

- modifications au niveau de la redistribution des ressources et du pouvoir (Reich, 1995)

- modifications au niveau des processus, systèmes de croyances, structures, valeurs dominantes (Marmor, Barer, Evans, 1994; Taieb, Toulouse & al., 1996; Kikulis, Slack, Hinings, 1995) *Hafsi*

- modifications au niveau des objectifs (Taieb, Toulouse & al., 1996) *Hafsi*

Dans le domaine de la santé, toute tentative de réforme doit pouvoir concilier 4 groupes d'intérêts principaux: celui des consommateurs, celui des administrateurs, celui des professionnels (Alford, 1975), celui des bailleurs de fonds (Buse et Walt, 1996) notamment dans les pays en développement.

L'adoption, la mise en œuvre et l'appropriation de la réforme s'inscrivent donc "dans un processus de négociation long et difficile" (Denis & al., 1997) dont l'étape première est de sortir les acteurs de leur "tranquille reproduction d'habitudes acquises pour éveiller en eux le désir de l'utopie prometteuse" (Dominique, 1992). Pour reprendre Hafsi (1996), il s'agit de relever 5 défis:

- un défi conceptuel qui force à une conceptualisation convaincante et une vision claire du changement proposé car

“c’est la vision du futur possible qui fera émerger les idées et les réalisations. C’est une vision du futur souhaitable qui incitera à saisir les opportunités. Le fond du tableau sur lequel se développe l’innovation est cet état d’esprit prospectif qui va attirer les énergies et les idées. La première préoccupation en matière d’innovation consiste à mettre en place ce fond de tableau”(Dominique, 1992).

- un défi organisationnel qui amène à construire l’organisation de manière à ce qu’elle puisse prendre en charge le changement.
- un défi culturel dont l’enjeu est de gérer le changement de culture de manière à faciliter l’adaptation des différents acteurs. Car, si dans certains cas, le changement n’est qu’une réactualisation ou un renforcement de l’existant pour un meilleur usage, dans d’autres cas les transformations imposées sont franchement

“inadaptées

aux schémas culturels et à la perception du réel que partagent les acteurs engagés dans l’action... L’innovation et l’imagination apparaissent alors comme subversives et leur déploiement suppose la formation de nouvelles coalitions d’acteurs au sein de la société, susceptibles d’endosser et de médiatiser de nouvelles formes de légitimation de l’action collective”(Denis & al., 1997)

- un défi humain: trouver les solutions qui permettront de réduire les traumatismes engendrés par le changement

- un défi de leadership du au fait que le projet de changement et la participation des acteurs à ce changement

“sont le produit d’un processus de mobilisation du système d’acteurs qui doit être sinon toujours initié entièrement, du moins géré et structuré par une prise d’initiative, par des entrepreneurs sociaux...”

L’inertie structurelle des grandes organisations, comme de tout espace d’action organisé, est grande,... il y a toujours mille bonnes raisons pour ne pas changer, pour ne pas déstabiliser les piliers du fonctionnement actuel. C’est pourquoi tout processus de changement organisationnel, qu’il soit ou non planifié a besoin d’un entrepreneur social” (Friedberg, 1993).

Pour relever ces défis, il faut des catalyseurs, des facteurs initiaux, ces déterminants et *ces circonstances qui font que les choses s’organisent d’une façon et pas d’une autre* (Dominique, 1992). Cependant ces éléments catalytiques, prédictors de changement ne font pas consensus et sont abordés dans la littérature suivant des modèles conceptuels très différents (Elmore, 1978; Schultz et al., 1984; Scheirer, 1981; Denis et Champagne.,1990): modèle rationnel, modèle organisationnel, modèle psychologique, modèle structurel, modèle politique.

Reich (1995) prend un parti pris délibéré pour le modèle politique. Ce modèle reconnaît en effet la complexité des relations entre les acteurs concernés par le changement, les différences au niveau de leurs motivations, les compétitions entre leurs intérêts. Le processus de changement s’inscrit alors dans un jeu de pouvoir organisationnel dont le résultat va dépendre de la volonté politique des leaders et du niveau de support accordé

par les différents agents d'implantation, de l'exercice par ces derniers d'un contrôle suffisant sur l'organisation, de la cohérence entre les motifs sous-jacents au support accordé à l'intervention et les objectifs qui y sont associés (Denis et Champagne, 1990).

Il faut reconnaître toutefois que ces différents modèles ne sont pas mutuellement exclusifs. Le modèle structurel qui permet de prendre en compte toute une série de caractéristiques référant aux attributs organisationnels, au contexte organisationnel, aux attributs des gestionnaires peut faire un bon alliage avec le modèle politique.

Somme toute, cette première partie aura permis d'approcher les différents constituants d'un paradigme des réformes à savoir les valeurs qui les sous-tendent, les tendances communes constatées au niveau des transformations organisationnelles, la complexité du jeu des acteurs, les résistances au changement, tous éléments que nous pourrons confronter plus tard à l'analyse de la réforme proposée en Haïti. Il y a lieu de nous pencher maintenant sur l'une des modalités stratégiques qui constituent le point de mire sinon la pierre d'assise de la réforme du système haïtien de santé: la décentralisation.

5.2 PLACE DE LA DÉCENTRALISATION DANS LA RÉFORME DES SERVICES DE SANTÉ

S'il est vrai que les arguments en faveur de la décentralisation ont rallié au cours des dernières décennies la quasi totalité des courants idéologiques et politiques, il n'en reste pas moins vrai que le concept recouvre souvent des réalités fort dissemblables. Chacun a su lui donner un contenu conforme à son idéologie de référence (Baguenard, 1980) de

sorte que le terme recouvre aujourd'hui un véritable *kaléidoscope de significations* (Herichon, 1983). En témoignent l'imprécision du vocabulaire et la confusion lexicale engendrée par l'usage souvent abusif de toute une série d'expressions qui se rapportent toutes à la décentralisation : déconcentration, décentralisation administrative, décentralisation politique, régionalisation, délégation, planification régionale, aménagement du territoire, privatisation, etc.

Mais sous la paille des mots, il y a le grain de la réalité et surtout les valeurs et les objectifs que sous-tendent cette réalité. Aussi un effort de clarification du concept ne peut que nous avancer dans la compréhension de cette stratégie souvent mise à profit dans les réformes des systèmes de santé.

La revue de la littérature nous a ainsi permis de dégager 5 dimensions de la décentralisation :

◆ **une dimension géographique** dite territoriale (Dall'Acqua, 1981) qui vise un découpage cohérent du territoire en unités administratives et une dispersion géographique appropriée des services et des équipements.

◆ **une dimension économique** portée sur la recherche d'efficience (Angus et al., 1995). L'efficacité attribuée aux marchés concurrentiels et l'inefficacité imputée à une conduite bureaucratique de l'activité économique conduiront à décentraliser le plus grand nombre de décisions possibles (Varet, 1996). On tentera ainsi de substituer à

l'énormité impuissante de l'État la souplesse de l'action locale. Mais cette position ne fait pas l'unanimité. Pour bien d'autres, un État centralisé est un instrument de gestion plus efficace car permet une administration plus cohérente, plus coordonnée, moins hétérogène, plus facile à contrôler avec une capacité de décision plus rapide. Dans cette vision, les lenteurs administratives, les retards dans l'application des décisions et les conséquences économiques qui en découlent sont imputées, non au niveau de décision mais à d'autres facteurs comme le niveau d'efficacité du personnel, le degré de mobilisation des intérêts en cause, la politisation ou non des problèmes (Menier, 1978; Wright, 1981)

◆ **une dimension organisationnelle** basée sur des critères de différenciation structurelle et fonctionnelle. A cet égard, on distingue classiquement trois paliers de décentralisation (Pierard, 1970; Contandriopoulos, 1996) :

- la déconcentration quand certains pouvoirs et décisions sont transférés à des agents du pouvoir central placés à la tête de circonscriptions administratives et de services. Cette forme d'organisation n'a ni statut juridique ni valeur démocratique car les pouvoirs restent aux mains du pouvoir central et de ses agents. La collectivité locale n'est alors qu'un relais administratif
- La décentralisation dite administrative quand d'importants pouvoirs de décision sont exercés par des agents locaux qui ne relèvent pas du pouvoir central. Cette forme

d'organisation aurait une grande valeur démocratique car elle remet la gestion des affaires de façon directe aux intéressés eux-mêmes.

- la décentralisation politique que Pierard désigne par le terme de fédéralisme quand la région possède en plus du pouvoir administratif, un pouvoir constitutionnel

Cette dimension organisationnelle est fortement valorisée dans le secteur de la santé. Au risque de devenir une panacée, la décentralisation en tant que modalité organisationnelle est ainsi proposée comme réponse à toute une série de problèmes qui affectent la performance des systèmes de soins de santé et qui peuvent concerner la planification et la gestion, l'allocation des ressources, l'engagement communautaire vis-à-vis de la santé, l'établissement des priorités de santé, la coordination intersectorielle, le développement des capacités, l'intersectorialité, le développement des capacités, l'assurance de la qualité.

Trop souvent on oublie que la décentralisation n'est pas une fin en soi mais un moyen parmi d'autres, considération d'autant plus importante que la relation de causalité entre la décentralisation et la performance des systèmes de soins de santé n'est pas toujours facile à mettre en évidence (Conyers et al., 1995). La multiplicité des facteurs susceptibles d'affecter le fonctionnement du système de soins de santé, la multiplicité des dimensions de la performance, la difficulté à mesurer la performance elle-même sont autant d'éléments qui devraient amener à moduler l'espoir excessif que suscite la décentralisation. Sans compter que les multiples variantes possibles de décentralisation

sont susceptibles d'agir chacune différemment sur le système de soins. Mills, dans sa typologie de décentralisation des systèmes de soins de santé en distingue 4 formes : la déconcentration, la délégation, la dévolution, la privatisation. Conyers, pour sa part, fait une distinction entre 4 tendances:

- décentralisation au profit de niveaux inférieurs du Ministère de la Santé
- décentralisation au profit d'agents locaux qui exercent un ensemble de fonctions en relative indépendance vis-à-vis du pouvoir central
- décentralisation au profit d'institutions prestataires de services (hôpitaux, groupes de prestataires, Organisations non gouvernementales, etc.) dits fundholders
- décentralisation au profit de fond d'assurances sociales autonomes.

Si ces différentes classifications peuvent permettre de clarifier certains termes et concepts et comprendre les modalités organiques et fonctionnelles qui découlent de chacune des formes possibles, il faut toutefois en souligner les limites. Leur caractère rigide et simplificateur ne tient compte ni des mouvements dynamiques entre les 2 pôles (centralisation et décentralisation), ni de l'imbrication de différents mécanismes ou de différentes formes de décentralisation qui peut se produire au niveau d'un même système de soins de santé.

Mintzberg (1990), discutant à un niveau plus *microscopique* des paramètres de conception organisationnelle qui déterminent la division du travail et la coordination au sein des organisations, inscrit le pouvoir de prise de décision sur un continuum centralisation/décentralisation et en distingue 6 modalités allant de la *centralisation*

verticale et horizontale où tout le pouvoir se situe au sommet de l'organisation à l'extrême limite, c'est-à-dire, *la décentralisation pure* où le pouvoir est réparti plus ou moins également entre tous les membres de l'organisation en passant par différentes catégories intermédiaires où le centre délègue une partie de son pouvoir à différents niveaux alternatifs.

Cette classification de Mintzberg qui intègre sur un même axe les deux concepts (centralisation et décentralisation) rencontre le principe dialogique de distinction-conjonction proposé par Edgar Morin selon lequel des logiques concurrentes peuvent être articulées l'une à l'autre et coexister dans une même unité en vue d'une meilleure appréhension de la réalité. Cette façon de voir rend compte de la complexité de la réalité et conduit à récuser *la théorie des 2 pouvoirs*, l'un national, l'autre local séparés par la cloison étanche d'une dichotomie des domaines d'action (Debbasch, 1976). Plutôt que de simplifier abusivement les 2 concepts en en faisant 2 entités rigoureusement antinomiques, il s'agit d'y voir plutôt des mouvements dynamiques entre 2 pôles extrêmes (Apthorpe et Conyers, 1982; Mills & al., 1991). Si l'on se rappelle la pensée de Bourricaud (souligné par Desmarteaux, 1997), l'autonomie n'est pas une revendication d'existence, mais plutôt de coexistence. L'autonomie locale n'existe donc que par rapport à un centre, sinon il faudrait parler d'autarcie ou même d'anomie.

◆ **une dimension politique.** Le débat politique sur la décentralisation tourne souvent autour des thèmes de démocratie, de liberté, d'unité nationale, rejoignant ainsi des préoccupations qui remontent à Alexis de Tocqueville (1967), lequel présentait la décentralisation comme garante de la liberté et de la démocratie.

En rapprochant les citoyens des lieux de responsabilité publique, en libérant les initiatives des élus locaux, la décentralisation génère un supplément de démocratie qui va se traduire par une dynamique de l'appropriation des tâches par le terrain (Granrut, 1994), une plus large participation des citoyens à la vie locale, une meilleure adaptation des politiques publiques aux besoins et aux contraintes des individus (Varet, 1996), une imputabilité véritable

On ne peut nier toutefois les tensions entre libertés locales (garantes de l'expression des diversités locales) et unité de l'État (garante de la solidarité nationale). Si pour certains, la décentralisation ferait courir un danger à la solidarité nationale (Mougeot, 1987), pour d'autres,

“l'émergence d'une plus grande cohésion sociale et politique passe précisément par la transformation du système territorial et par le développement en son sein d'unités fortes qui soulagent l'État de l'impossible fonction d'intégrateur social et politique unique de tous les conflits d'intérêts qui, de haut en bas, traversent la société” (Crozier & Thoenig, 1976).

◆ **une dimension humaniste et sociologique.** La collectivité territoriale n'est pas seulement un espace géographique, politique, économique ou administratif, c'est aussi une réalité sociologique où différents acteurs soudés par une communauté de destin et d'intérêts interagissent pour “*articuler dans la recherche d'une cohérence partagée la diversité et la complexité de leurs relations*” (Genelot, 1992). Ce cadre de fait de vie collective, suivant l'expression de Motte (1960) est le premier niveau où se structurent et s'organisent les acteurs de la société civile. C'est aussi le lieu privilégié pour

l'intégration des groupes humains exclus et marginalisés des institutions représentatives (Borja, 1984), ce qui faisait dire à Carrère (1958):

“La région apparaît comme la projection spatiale du milieu nécessaire à l'évolution favorable des groupes humains”.

Définir la décentralisation revient ainsi à jouer au *lego* avec ces différentes dimensions considérées comme autant de composantes d'un même concept. Autant dire il s'agira de les assembler de différentes manières en fonction de la réalité à laquelle elles sont appliquées, du domaine d'intervention concerné, des objectifs visés.

“Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises formes de décentralisation. Il n'y a que des formes de décentralisation qui sont cohérentes ou incohérentes avec les objectifs visés” (Lamarche, 1996)

Il y a ainsi comme une sorte de superposition entre les dimensions de la réforme et celles de la décentralisation. Pour s'inscrire de manière cohérente dans le cadre de la réforme, le processus de décentralisation doit donc tenir compte des objectifs, des valeurs, des modalités organisationnelles véhiculées par cette dernière.

5.3 APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES POUR L'ÉVALUATION DES RÉFORMES DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Dans la foulée de la Déclaration d'Alma-Ata, l'Organisation Mondiale de la Santé a travaillé avec les Etats-Membres pour la mise au point de stratégies mondiales, régionales et la systématisation du processus de planification. Cette démarche a abouti à

l'élaboration d'un cadre conceptuel qu'on appelle désormais "le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national"(OMS, 1981) et dans lequel l'évaluation des interventions en santé s'inscrit tout naturellement.

Le processus gestionnaire consiste en une série d'opérations imbriquées: formulation des politiques, formulation et budgétisation des programmes, exécution des programmes, évaluation et reprogrammation.

Cette séquence d'opérations ne peut que rappeler les différentes étapes du processus de *policy making* formulées de manière plus ou moins équivalente par différents auteurs:

- 5 étapes d'après Jones (1970): l'émergence des politiques, la formulation des politiques, l'adoption des politiques, l'application des politiques, l'évaluation des politiques
- 4 étapes d'après Kingdon (1984): l'établissement d'un agenda, la spécification des alternatives, le choix entre les alternatives, l'exécution de la politique choisie
- 4 étapes d'après Walt (1994): l'identification des problèmes, la formulation d'une politique, l'exécution de la politique, l'évaluation de la politique

Ce qui en ressort, c'est que la mise en place d'une politique gouvernementale suit un cycle qui part de l'identification d'un problème pour déboucher sur la mise en œuvre d'une politique, laquelle politique sera sanctionnée par une évaluation.

Cependant, contrairement à ce qu'en pensent Lemieux (1974) et Walt (1994), le rôle de l'évaluateur d'une politique ne se limite pas à *mesurer les écarts par rapport aux fins que les politiques gouvernementales devraient permettre d'atteindre*⁵ ou à *voir ce qui arrive une fois que la politique est mise en œuvre*⁶. L'évaluateur intervient déjà en amont pour comprendre le rôle et le jeu des différents acteurs dans les processus d'émergence, de formulation et de mise en œuvre de la politique et pour porter un jugement tant sur la pertinence de la politique que sur la capacité des acteurs à mener à bout les interventions proposées.

Ainsi, en dépit de l'intérêt plus manifeste à analyser les effets traduit d'ailleurs par la richesse des publications dans ce domaine, l'évaluation des réformes des systèmes de santé et des politiques sanitaires doit aussi répondre en amont à des questions **d'analyse stratégique** (pertinence des réformes, i.e., adéquation entre les objectifs et la situation problématique)

Ces préoccupations pour l'analyse stratégique discutées par Rossi & Freeman (1993) en termes de *Diagnostic Procedures*, par Rutman (1981) en termes d'examen de la raison d'être d'une intervention, par Contandriopoulos et al. (1992) sont traduites dans le processus gestionnaire en termes de pertinence des politiques et de la programmation d'ensemble: justesse de l'identification des problèmes, adéquation de la formulation des politiques, adéquation de la politique sanitaire par rapport à la politique globale,

⁵ V. Lemieux

⁶ G. Walt

adéquation de la programmation, adaptation des institutions par rapport à la politique sanitaire.

Toutes ces questions ont souvent été traitées dans le cadre *d'études de cas* portant sur de nombreux pays qui ont expérimenté des réformes de leurs systèmes de santé: pays d'Amérique Latine, pays d'Europe, pays d'Afrique. Cependant les indicateurs utilisés, les variables et dimensions considérées tendent souvent à refléter des approches très différentes d'analyse et la conséquence en est souvent une vue très étreinée ou très fragmentée des systèmes de santé qui font l'objet des réformes. L'enjeu à ce niveau est donc de trouver les instruments de mesure appropriés pour effectuer une analyse qui tienne compte des différentes dimensions du système de santé et du même coup de la réforme.

Saltman et Figueras (1997), s'appuyant sur une riche bibliographie et un nombre important d'expériences proposent quatre axes pour analyser la réforme des systèmes de soins de santé: l'analyse du contenu, l'analyse du processus, l'analyse du contexte, l'analyse du rôle des différents acteurs.

Cependant, nous devons aussi, à cet égard, nous référer à Parsons (1951, 1977) qui, dans sa théorie de l'action, a identifié 4 fonctions majeures indispensables à la survie de tout système social. Le modèle conceptuel issu de cette théorie qui aborde le système social de manière holistique peut offrir des outils très pertinents pour l'analyse des réformes. La pertinence de ces dernières peut ainsi être jugée sous quatre angles qui correspondent aux quatre fonctions du modèle de Parsons:

- l'adaptation à l'environnement qui mesure: les capacités organisationnelles à acquérir les ressources humaines, financières, technologiques nécessaires; la capacité à obtenir la mobilisation communautaire nécessaire; le degré de prise en compte des besoins réels de la population; les capacités d'un système à se questionner et se transformer
- l'atteinte des buts en termes d'efficacité (capacités de la réforme à améliorer l'état de santé de la population), en termes d'efficience (mise en œuvre de procédures d'allocation de ressources susceptibles d'améliorer les résultats), en termes de satisfaction des différents stakeholders.
- la culture où l'on questionne la cohérence de la réforme par rapport aux valeurs fondamentales
- la production où il s'agit de mesurer d'une part les capacités de la réforme à améliorer la productivité et la qualité des services produits, d'autres les capacités à coordonner les facteurs de production.

Ces fonctions n'étant pas cloisonnées, il s'agit aussi bien de les analyser séparément que de veiller à une cohérence globale.

En résumé, on peut retenir de cette revue de la littérature qu'en dépit des divergences liées aux spécificités de chaque pays, un paradigme des réformes des systèmes de santé doit tenir compte d'un certain nombre d'éléments essentiels comme le système de valeurs dominantes, le mode d'organisation des services, les caractéristiques du contexte dans lequel évolue le système, le jeu des différents acteurs impliqués dans l'action. La décentralisation, axe stratégique de la plupart des réformes n'est ni une

panacée ni une formule magique et rigide. La forme de décentralisation proposée doit tenir compte des autres paramètres de la réforme, des valeurs qui la sous-tendent et des objectifs visés. Les choix méthodologiques, pour justifier de leur pertinence, doivent tenir compte des différentes dimensions du système de santé et de la réforme.

6.- CADRE CONCEPTUEL ET QUESTION DE RECHERCHE

Prenant en compte les différents éléments du paradigme des réformes sus-mentionnés et les différentes approches théoriques relevées dans la littérature, nous avons élaboré le modèle conceptuel ci-après qui servira de cadre à notre analyse.

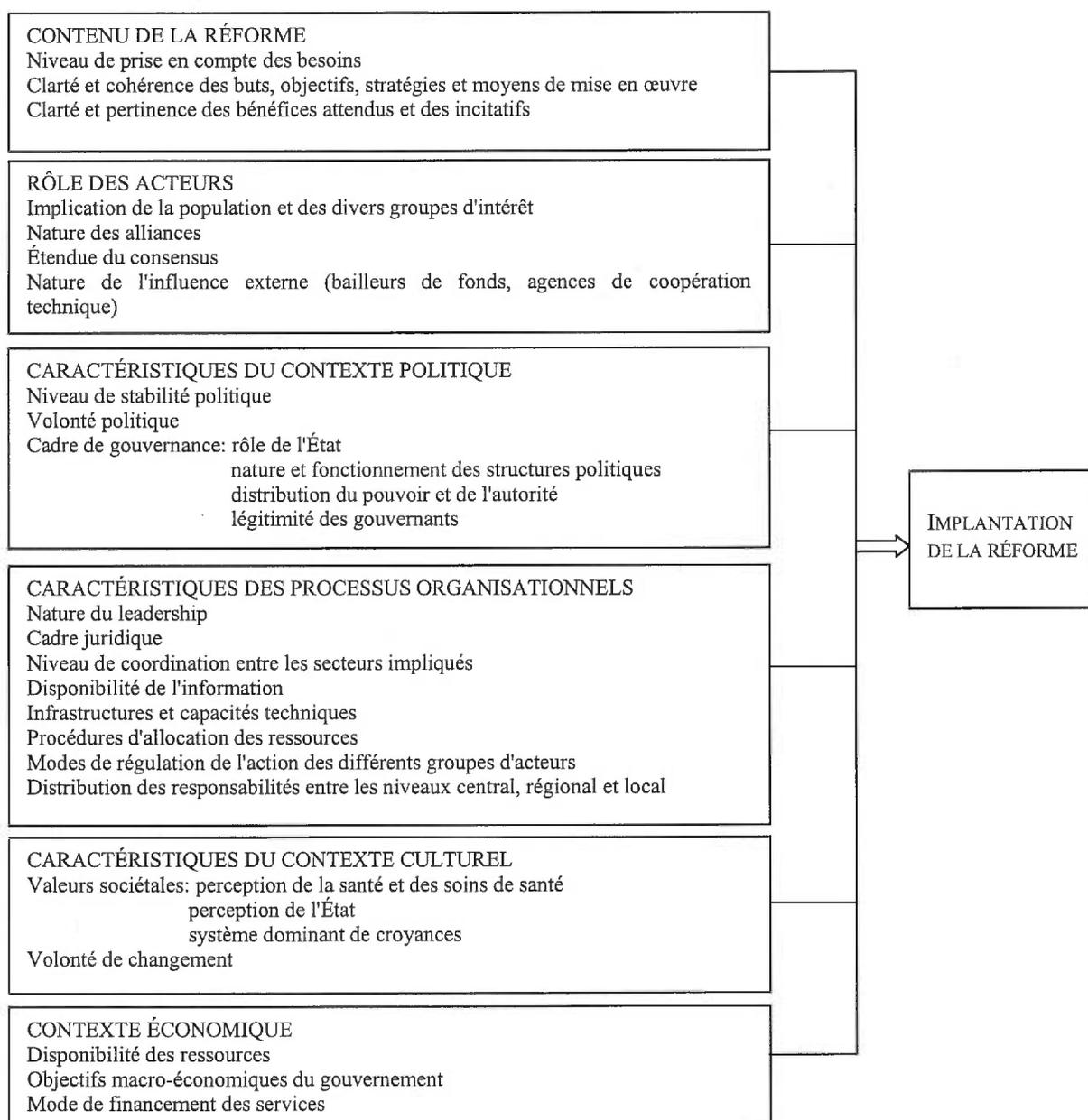


Figure 2: Cadre conceptuel

L'hypothèse qui découle de ce modèle est que l'implantation de la réforme du système de santé en Haïti est tributaire de plusieurs facteurs touchant au contenu de la réforme, au rôle imparti aux différents acteurs, aux processus organisationnels, à certaines caractéristiques du contexte politique, économique et culturel.

La question de recherche est donc de déterminer **dans quelle mesure les caractéristiques du contexte politique en Haïti, les caractéristiques du contexte économique, les caractéristiques des processus organisationnels, le contexte culturel, le jeu de rôles entre les différents acteurs, le contenu de la réforme sont-elles favorables ou non à l'implantation de la réforme.**

7.- MÉTHODOLOGIE

7.1 Positionnement idéologique

Le mode d'investigation retenu est qualitatif. Il se situe donc dans la tradition herméneutique/dialectique et repose sur le principe que la connaissance, plutôt que d'être positiviste au sens d'une connaissance vraie, tout à fait objective et à la limite définitive, est plutôt progressivement élaborée et construite par l'esprit humain en interaction avec son environnement. C'est en fait la base du postulat dualiste qui interprète la réalité du monde comme étant à la fois matérielle et spirituelle et n'accorde de place aux comportements observables qu'en relation avec des significations créées et modifiables par l'esprit. Les paradigmes étant par nature incommensurables, nous ne tenterons pas de trouver des arguments logiques pour justifier ce positionnement. Nous restons toutefois conscients que les postulats ⁺oncologique et épistémologique et les choix méthodologiques qui en découlent ne sont pas neutres et que toute recherche s'effectue en référence à une conception ou à une préconception de ce que doit être la recherche de la connaissance et du type de connaissance à élaborer.

Cependant notre positionnement dans le paradigme constructiviste ne nous interdira pas pour autant d'utiliser une approche dialogique entre la déduction et l'induction. Notre démarche sera inductive dans le sens où il s'agit d'explorer une situation spécifique en vue d'en comprendre la problématique, de développer une explication et de porter un jugement. Mais elle sera aussi déductive car nous avons délibérément choisi de nous inspirer des propositions suggérées dans la littérature et des évidences empiriques pour comprendre certains aspects de la problématique étudiée et porter notre jugement. Cette

approche mixte, dialogique, est bien sûr validée par les ténors du courant de la complexité (Morin, 1991; Henri, 1991) ou des classiques de la recherche qualitative comme Miles et Huberman (1994)

7.2 Stratégie de recherche

La stratégie de recherche adoptée est l'étude de cas avec niveaux d'analyse imbriqués. L'étude de cas, suivant la définition de Yin (1984), *est une recherche empirique qui s'attarde à un phénomène contemporain situé dans le contexte de la vie réelle alors que les frontières entre le phénomène étudié et le contexte ne sont pas clairement délimitées.* Autant dire, l'explication de la situation et la construction de la connaissance qui en découle sont tributaires d'une maximisation de l'utilisation du contexte.

De Bruyne (1984) insiste sur une autre caractéristique importante de l'étude de cas, à savoir la collecte d'informations aussi nombreuses et aussi détaillées en recourant à différentes techniques et à différentes sources en vue de saisir la totalité d'une situation. Compte tenu de la problématique étudiée et de sa complexité, de la nécessité de prendre en compte les différents éléments contextuels, de la nécessité de saisir la réalité de manière holistique, l'étude de cas se présente donc comme une stratégie pertinente pour aborder la question de recherche posée.

Le recours à plusieurs niveaux d'analyse permet de prendre en compte la double exigence d'appréhender le système de santé comme un tout mais aussi comme un agrégat d'organisations, de groupes d'intérêts, de coalitions et de toucher ainsi les différents

niveaux d'explication du problème posé à savoir le système de santé tel qu'il est organisé, le contexte sociopolitique et économique, les organisations de santé, les interactions entre les différents acteurs.

7.3 Critères de rigueur

Le choix d'une stratégie de recherche amène toujours une question supplémentaire sur la valeur de cette stratégie, autant dire sur les critères de rigueur qui peuvent témoigner de la scientificité de la démarche. De nombreux chercheurs en sciences sociales ont cherché à définir les critères et les normes à partir desquels un jugement peut être porté sur la valeur des résultats obtenus au moyen d'une recherche dont les postulats et les procédures relèvent d'une méthodologie qualitative. On peut citer les travaux de Miles et Huberman (1984), Erickson (1986), Kirk et Miller (1986), Van der Maren (1987), Popay et al. (1998). Chez ces différents auteurs, les différents critères mentionnés reçoivent en général les mêmes dénominations qu'en recherche quantitative et réfèrent aux concepts de validité, de fidélité, d'objectivité et de généralisabilité. Mais il est évident que les procédures qui permettent d'opérationnaliser ces critères peuvent être très différentes de celles proposées classiquement en quantitatif. Nous inspirant de ces multiples travaux, nous nous sommes attachés tout au long du processus à garder le cap sur une chaîne d'évidences susceptibles d'attester de la valeur de nos résultats:

- ◆ **Évidence d'une cohérence conceptuelle et théorique.** La validité interne d'une étude de cas, pour reprendre les termes de Contandriopoulos et al. (1990) dépend en grande partie de la qualité, la complexité et l'exhaustivité théorique sur laquelle

s'appuie l'étude. Van der Maren (1996) parle de *cohérence programmatique* et réfère ainsi à la logique de l'argumentation et de la démonstration qui supporte et relie les différentes composantes de la recherche, allant de la conceptualisation à l'analyse et à l'interprétation des résultats. Il s'agissait pour nous de nous assurer de la clarté des concepts et de comprendre leur articulation dans un modèle théorique, de nous assurer que ces derniers trouvaient écho dans des faits, de tenir compte des différentes perspectives théoriques suivant lesquelles la question peut être abordée et d'entreprendre ainsi la démarche avec un champ de vision élargi.

- ◆ **Évidence d'une description adéquate de la situation à l'étude.** Les contextes déterminent la façon dont nous interprétons les événements (Huberman et Miles, 1991) et le sens existe toujours au sein d'un contexte (Mishler, 1979). Ceci impliquait pour nous l'exigence de disposer d'un modèle complet des éléments essentiels du *cas*, c'est à dire des conditions sociales et matérielles, spatiales et temporelles de la situation que nous voulons comprendre et expliquer aux fins de l'évaluer. Autant dire, la description de la situation se devait d'être suffisamment épaisse et détaillée pour permettre au chercheur, et plus tard au lecteur, de construire son interprétation. Pouvoir décrire en détail les circonstances entourant une situation, écrit en substance Popay (1998), et explorer les perceptions et les réponses des individus à ces circonstances constituent des atouts pour l'explication. Dans le cadre de cette recherche, nous nous sommes ainsi attachés à bien documenter le contexte d'Haïti, les éléments de la réforme et de la politique que nous nous proposons d'analyser. Nous nous sommes ainsi préoccupés d'obtenir tous les documents qui pouvaient apporter un éclairage supplémentaire sur la situation.

- ◆ **Évidence de la qualité des données.** La recherche qualitative traite toutes les données comme étant le produit d'interactions (Popay, 1998). Étant contaminées tant dans la phase de collection que de réduction ou d'analyse, les données ne sont ainsi jamais pures (Plummer, 1983). Il nous a paru donc nécessaire tout au long du processus de recherche d'adopter des mesures qui pourront attester :
- de la qualité du rapport des données au réel. C'est ce qu'on appelle la fidélité des données (Kirk et Miller, 1986), la constance interne (Huberman, 1981), la vraisemblance (Van der Maren, 1996). L'enjeu, quelle que soit la dénomination employée, est de s'assurer que les données témoignent des conditions réelles de la situation sans déformation majeure due à une instrumentation défailante qui, dans certains cas, implique d'ailleurs le chercheur lui-même comme instrument d'observation.
 - de la qualité du rapport des indices aux concepts, en d'autres termes, d'un large consensus sur la manière de dénommer, classer et catégoriser les traces.
 - de l'exhaustivité des données qui se rapporte à la double exigence de prendre en compte les différentes facettes de la réalité d'une part et d'atteindre une saturation dans le recueil des informations d'autre part. Rejoignant le concept de *validité référentielle* dont parle Van der Maren (1987), il s'agit en fait de disposer d'une quantité et d'une variété suffisante de preuves pour étayer nos hypothèses.
 - d'une transparence des procédures de collecte et d'analyse des données. La documentation des procédures, écrit Miles et Huberman (1984), *apporte des informations précises permettant, par une analyse de deuxième niveau, de vérifier des résultats obtenus au moyen de techniques différentes, d'intégrer ces résultats*

dans une autre recherche ou de faire la synthèse de différentes études portant sur le même objet de recherche.

Ces différentes exigences ont été prises en compte dans notre démarche par l'adoption d'une série de mesures incluant la triangulation des sources et des méthodes de collecte des données, une approche multimodale dans la réduction des données, la retranscription des entrevues dans les catégories des informateurs, la tenue d'un journal de bord, le retour aux sources des traces pour valider les interprétations.

◆ **Évidence d'un potentiel de généralisabilité**

Dans la tradition de recherche qualitative, les questions se rapportant à la validité externe et, de fait, à la généralisation des conclusions n'ont pas manqué de susciter des controverses. En effet, la généralisation à partir d'une étude de cas n'a sans doute pas la même connotation que celle qui peut être établie à partir d'une enquête avec échantillonnage aléatoire. Se pose ainsi la question de la légitimité de l'extension, de l'extrapolation ou de la transférabilité des énoncés issus d'une recherche contextualisée.

En fait, comme le précise bien Van der Maren (1996), la question de la généralisabilité en recherche qualitative comporte 2 aspects:

- le premier porte sur l'extension des données et reste tributaire du niveau de similitude entre le contexte de la recherche et la situation à laquelle on veut inférer les conclusions. Il s'agit en fait d'apprécier dans quelle mesure on peut de manière

logique généraliser une explication ou une conclusion à la compréhension théorique d'une classe semblable de phénomènes.

- l'autre aspect porte sur l'intention des données et cherche plutôt à préciser les limites dans lesquelles on peut contraindre les conclusions indépendamment de la similitude des contextes. Il s'agit ici de disposer d'une documentation suffisamment épaisse du contexte de la recherche pour comprendre ce que veulent exactement et seulement dire les données et bien inférer les limites du transfert qu'elles permettent.

Dans le cas qui nous concerne, il ne s'agit pas donc de prétendre pouvoir transposer directement les résultats de cette étude à d'autres pays. Notre souci été plutôt de documenter de manière suffisamment exhaustive le contexte local et les procédures adoptées de manière à ce que l'utilisateur puisse lui-même apprécier à quels contextes les résultats sont susceptibles d'apporter une compréhension théorique.

7.4 Collecte des données

Le matériel est composé d'une part de données *invoquées*, c'est-à-dire des documents d'archives, des rapports ou toute autre trace utilisée mais qui n'a pas été produite expressément dans le cadre de cette recherche ou pour les fins de cette recherche, d'autre part de données *suscitées* par des entrevues individuelles semi-structurées réalisées avec 10 informateurs-clés

La recherche documentaire couvre la période qui va de 1987 à 1998. 1987, année de la ratification par référendum d'une nouvelle constitution, devait marquer une date

importante pour le renouvellement des structures socio-politiques et organisationnelles en Haïti.

En puisant à différentes sources nous avons pu ainsi réunir une large gamme de documents (Annexe 1) incluant:

- des documents officiels du Ministère de la Santé: politiques de santé, documents de planification, rapports officiels, rapports techniques de groupes de travail, rapports techniques d'activités
- des documents juridiques: loi constitutionnelle, loi sur les collectivités territoriales, projets d'amendement de la loi organique du Ministère de la Santé, projet de loi sur le fonctionnement des associations
- des rapports techniques et administratifs des organismes internationaux qui œuvrent de manière active dans le secteur de la santé: Organisation Mondiale de la Santé, Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance, Union Européenne, Banque Mondiale
- des données socio-démographiques. Les données de EMMUS-II (Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des services) réalisée en 1995 conjointement par l'Institut Haïtien de l'Enfance, le Ministère de la Santé et des Agences Internationales ont été exploitées.

Une fois que l'authenticité et l'intégrité de chaque trace aient été vérifiées, une fiche de synthèse a été rédigée de manière à en préciser la source mais aussi la date, le lieu et le contexte de sa production

Les entrevues avec 10 informateurs-clés ont permis d'une part de valider l'information documentaire, d'autre part de recueillir des informations supplémentaires provenant d'observateurs impliqués dans le secteur. Ces informateurs ont été sélectionnés en fonction de leur connaissance du milieu, de leur implication dans des actions touchant directement ou indirectement le secteur, de leur capacité à fournir des informations pertinentes par rapport à la problématique. Le souci a été ainsi de toucher différentes catégories d'observateurs qui, de par leurs positions ou leurs intérêts, étaient susceptibles d'avoir une lecture différente et/ou complémentaire de la situation. Les informateurs recrutés ont donc permis de toucher les personnels de santé, les cadres de la fonction publique, les organisations non gouvernementales, les consommateurs potentiels de soins, les bailleurs de fonds, les agences techniques internationales, la classe politique, les leaders communautaires. La liste des informateurs et leurs fonctions sont présentées dans l'Annexe 2.

Les entrevues réalisées par 1 seul interviewer pendant une période de 2 semaines ont duré chacune entre 30 et 90 minutes. La structure des interviews était basée sur un check list d'informations adaptés aux différents types de personnes-contacts. Les observateurs pouvaient ainsi s'exprimer

- sur le contenu de la réforme: buts, objectifs, moyens, écart éventuel entre la politique et la volonté des différents groupes d'intérêts
- sur les processus d'émergence, de formulation et de mise en œuvre de la réforme
- sur les capacités organisationnelles des acteurs impliqués à mettre en œuvre la réforme et sur les processus organisationnels en place

- sur la cohérence de la réforme avec le contexte culturel, les valeurs et façons de faire des principaux acteurs, le mode d'organisation sociale et communautaire.

- sur les capacités financières et économiques des acteurs

L'interviewer prenait des notes tout au cours des entretiens mais les traces étaient tout de même enregistrées sur magnétophone. Leur retranscription était effectuée par une secrétaire, une fois les mesures prises pour préserver la confidentialité des observateurs.

7.5 Analyse des données

Compte tenu de l'abondance du matériel notamment des documents écrits, la première étape de l'analyse a été de sélectionner, à partir d'une grille d'analyse qui reprend les différentes rubriques et catégories du cadre conceptuel, les passages significatifs des différents documents et séparer ainsi l'information du bruit. Il s'agissait pour nous à cette phase de transformer le matériel idiosyncratique et contextuel en une trace analysable. Les propositions résiduelles ont été toutefois conservées pour la phase de validation des interprétations.

Le matériel significatif, une fois validé, a été exploité à l'aide d'un logiciel d'analyse qualitative (Atlas TI) pour ce qui concerne les entretiens et de manière plus conservatrice soit manuellement pour les données documentaires.

Le mode de codage adopté, le codage mixte permettait d'une part de repérer dans les textes les unités de sens correspondant aux rubriques et catégories construites à partir de

notre modèle conceptuel, d'autre part de procéder en cours de traitement à des ajustements de cette liste initiale lorsque de nouvelles unités de sens apparaissaient. La constitution d'un lexique de codes qui était ainsi progressivement complétée offrait des garanties supplémentaires en termes de discrimination et de standardisation. Dans le premier cas, le souci est d'éviter qu'un même extrait ne soit identifié par des codes différents. Dans le deuxième cas, il s'agit d'un souci de fidélité, c'est-à-dire, que les mêmes codes soient attribués de manière systématique aux mêmes unités de sens. Enfin, une autre précaution supplémentaire que nous avons prise au cours du processus de codage a été d'adopter une approche multimodale, croisant ainsi les techniques et les instruments : double codage intracodeur, contre-codage par un autre chercheur, codage manuel et codage informatique.

Les passages informatifs ainsi condensés, la phase suivante dite synthétique permettait de passer à un premier niveau conceptuel à l'aide de métacodes ou de super-catégories mettant en relief les traits communs et généraux, les régularités, les *patterns*, les agrégats naturels des données, c'est-à-dire les structures ou les organisations qui apparaissaient dans les données.

Les classes d'éléments ainsi constituées étaient par la suite utilisées pour construire des connexions, des matrices relationnelles auxquelles étaient associés des mémos interprétatifs et narratifs. Les nouvelles hypothèses générées par ces matrices pouvaient soit infirmer, soit confirmer, soit compléter les hypothèses de départ.

La dernière étape a été de contrôler la plausibilité de nos interprétations. Pour ce, nous avons engagé une double démarche: contrôle sur le matériel résidu, validation par les acteurs (contrôle par trois informateurs-clés).

8.- LES RÉSULTATS

8.1 Contenu de la réforme

Analyse documentaire

1. Le but de la réforme exprimé dans la dernière version de politique de santé et repris dans différents autres documents est d'améliorer de manière durable l'état de santé de la population en misant sur une approche qui privilégie l'équité, l'efficience et la participation citoyenne. Ces trois objectifs qui correspondent d'ailleurs à des dénominateurs communs aux réformes engagées un peu partout tentent d'apporter une réponse appropriée à la problématique de la situation sanitaire actuelle caractérisée par des taux élevés de morbi-mortalité, une faible accessibilité à des services de santé de faible qualité et sous-utilisés, un système de gestion complètement inefficace, une législation dépassée, une politique de ressources humaines inadaptée, une mauvaise allocation des ressources, une mauvaise coordination de l'action de multiples intervenants fonctionnant de manière anarchique et non imputables de leurs actions, une faible implication des collectivités locales et des citoyens, la démission de l'État.

Dans un document intitulé "Cadre général de la Politique de Santé" et rendu public en 1994, le Ministère de la Santé Publique et de la Population résumait déjà en dix points la problématique de la Santé Publique en Haïti:

- Graves problèmes de santé
- Faible niveau de couverture médicale

- Très mauvaises conditions socio-économiques de la population
- Extrême dépendance du secteur de la santé vis-à-vis de l'aide externe
- Caractère vertical très prononcé des activités de santé
- Existence de plusieurs sous-systèmes de santé non coordonnés
- Multiplicité des intervenants et absence de coordination de leurs actions
- Faible capacité des partenaires institutionnels à pratiquer la gestion intégrée des activités de santé
- Faiblesse des personnels à définir des priorités en fonction des contextes locaux et en accord avec les grandes orientations d'une politique de santé
- Faible participation des populations à l'exécution des activités de santé

La politique de santé, publiée plus tard en 1996 se propose de

"traduire dans les faits la volonté de répondre à la requête du peuple haïtien en matière d'équité, de justice sociale et de solidarité, permettre l'accès aux services de santé préventifs et curatifs et aux services d'eau et d'assainissement, favoriser la mise en place de structures permettant la participation communautaire au niveau de la planification et de l'exécution des activités de santé ainsi que de la gestion des ressources."

Un autre document émanant de la Direction Générale de la Santé et rédigé en 1997 souligne que

"les principes directeurs de l'action étatique demeurent l'équité, l'efficacité, l'efficience dans le cadre de la promotion effective du droit à la santé de la population." (Voltaire 1997).

2. Pour atteindre l'objectif d'équité, la stratégie proposée par la réforme vise à garantir à l'ensemble de la population, sans exclusion aucune, l'accès à un paquet minimum de services (PMS) qui devrait être offert au niveau des unités décentralisées de santé dites UCS (Unités Communautaires de Santé). Dans la tradition des soins de santé primaires et d'Alma-Ata, ce PMS est motivé par l'ambition de fournir une palette de soins de santé essentiels, préventifs et curatifs, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles. Il est décrit comme

"un ensemble minimal d'interventions essentiellement intégrées, choisies parmi les plus efficaces, que l'État en fonction de ses ressources, s'engage à rendre accessibles à la majorité de la population en vue d'élever son niveau général de santé".

Son contenu a connu quelques modifications. Dans le document de politique nationale, il inclue:

- la prise en charge globale de la santé de l'enfant
- la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement, de la santé reproductive
- la prise en charge des urgences médico-chirurgicales
- la lutte contre les maladies transmissibles
- les soins bucco-dentaires
- l'approvisionnement en eau et l'assainissement
- l'éducation sanitaire,
- l'approvisionnement en médicaments essentiels.

Les plus récents documents rédigés soit par des consultants ou des cadres du Ministère font état d'une nouvelle liste où sont exclus les soins bucco-dentaires, l'approvisionnement en eau, l'assainissement. Un nouvel élément apparaît: les soins courants.

Cependant, au-delà du contenu du PMS, sa mise en œuvre soulève pour les acteurs toute une série d'interrogations touchant notamment aux ressources tant humaines que financières et matérielles nécessaires. On ne dispose jusqu'ici d'aucune donnée fiable sur les coûts du PMS, sur les ressources déjà disponibles, sur les ressources complémentaires nécessaires. La politique n'indique pas non plus les moyens envisagés pour obtenir les ressources complémentaires nécessaires, si ce n'est la politique traditionnelle de recouvrement des coûts, par le paiement direct des prestations, qui est souvent mise en avant mais qui est en même temps perçue comme incapable de garantir l'équité.

3. Pour atteindre l'objectif d'efficacité, les stratégies proposées par la réforme visent:
 - la mise en réseau, au niveau local, des institutions sanitaires afin de réaliser des synergies entre les établissements sanitaires et d'organiser la complémentarité des interventions
 - l'offre universelle d'un PMS, dont les composantes, une fois que les soins bucco-dentaires ont été exclus, figurent toutes parmi les activités coût-efficace déterminées par la Banque Mondiale
 - la rationalisation de la carte sanitaire
 - la restructuration des établissements sanitaires afin d'en améliorer la gestion

- le renforcement des capacités administratives et de gestion au niveau central

La préoccupation en termes d'efficience se traduit par des recommandations récurrentes d'une meilleure utilisation des ressources disponibles en vue de garantir de bons résultats sur le plan de la santé et d'assurer la satisfaction des consommateurs. Les dépenses de santé actuelles, concluent plusieurs rapports, sont importantes compte tenu du niveau des ressources actuelles en Haïti et de la part que représentent ces dépenses par rapport au PIB. Il s'agit donc de réorganiser les services et les systèmes de gestion actuels, sources de gaspillages importants. Mais quelle forme prendra cette réorganisation et quelles en sont les implications? Quel sera le rôle de l'État? Quels seront les leviers sur lesquels l'État va s'appuyer pour assurer la coordination des multiples intervenants impliqués? Quels sont les enjeux en termes de développement des ressources humaines? Quelles sont les implications en termes d'acquisition de compétences, en termes d'organisation des services, en termes de division de travail? Autant de questions qui sont posées et pour lesquelles les réponses sont encore floues et ambiguës.

Dans le sous-secteur public, l'organisme qui produit les services, en l'occurrence le gouvernement, est en même temps celui qui les finance. Le constat établi par le Ministère lui-même est celui-ci: faible qualité des services, faible niveau de gestion, faible rendement dans les établissements publics. *Le secteur public*, lit-on dans le document de politique sanitaire, *est fortement dégradé et ne bénéficie plus de la confiance de la population*. Cependant, le rôle futur de l'État ne semble pas faire consensus et fait l'objet de positions divergentes d'un document à l'autre. Pour

certain, l'État devrait continuer à jouer un rôle très actif au niveau des fonctions de prestation, de financement, de régulation. Pour d'autres, l'État devrait plutôt renforcer son rôle au niveau de la régulation. La plupart des prestataires opérant dans le cadre de l'assistance externe souhaitent qu'à moyen terme le relais de leurs actions soit assuré par l'État.

Dans le sous-secteur associatif dit privé non lucratif, plus de 300 organisations non gouvernementales et missions religieuses, pour la plupart étrangères, interviennent comme prestataires de services. On note une position plutôt ambivalente vis-à-vis de ce secteur: d'une part son rôle important dans l'offre des services est unanimement reconnu mais d'autre part il est fortement décrié pour ses modes de fonctionnement et le manque de coordination de ses interventions. Un exemple éloquent de cette situation est le cas du Département du Nord-Ouest où sont exécutés actuellement un nombre important de projets de santé par de multiples organisations. Dans un rapport daté de 1996, Europact, un bureau d'études européen posait le diagnostic suivant:

"Le système de santé dans le Nord-Ouest apparaît comme une juxtaposition de micro systèmes de santé plus ou moins fonctionnels sans relation entre eux et où les intervenants extérieurs ayant une couverture nationale interviennent sans tenir compte de ce qui existe sur place."

La coordination des ONGs reste ainsi un enjeu important et une préoccupation constante à laquelle sont associées d'autres questions non résolues portant sur les procédures d'allocation des ressources et les mécanismes nationaux de régulation de l'aide internationale

4. La participation communautaire est au cœur de tous les écrits sur la réforme. Les unités décentralisées dites UCS, considérées comme réponse aux problèmes d'organisation du secteur, comme moyen pour renforcer la coordination, sont aussi proposées comme outil majeur pour favoriser la participation communautaire. Pour contrer une tradition de pouvoir autocratique et un État longtemps confondu avec la dictature, on oppose une revendication de décentralisation, très forte dans tous les secteurs et souvent présentée comme remède institutionnel, indissociable du nouvel idéal démocratique. Le texte constitutionnel de 1987 en fait écho en ces termes:

"Le peuple haïtien proclame la présente constitution ... pour instaurer un régime gouvernemental basé sur les libertés fondamentales et le respect des droits humains, la paix sociale, l'équité économique, **la concertation et la participation de la population aux grandes décisions engageant la vie nationale, par une décentralisation effective.**"

Cependant, comme l'atteste entre autres un rapport du GRET (1997), au-delà des prescrits constitutionnels, les structures territoriales prévues se mettent difficilement en place. Les impératifs de l'action amènent ainsi différents secteurs à créer chacun pour leur usage des structures intermédiaires non prévues par la Constitution mais qui permettent de résoudre de façon pragmatique les blocages institutionnels. Cette assertion est corroborée dans un document interne du Ministère (Cadre de référence pour l'implantation des UCS, 1997) qui indique:

"Les concepts de l'UCS et du PMS constituent les pièces maîtresses de la politique sanitaire nationale et rentrent dans le cadre de la politique nationale de décentralisation... La problématique de la décentralisation à l'intérieur du

Ministère doit s'inscrire dans un cadre global de décentralisation de l'appareil d'État comme stratégie du gouvernement. En d'autres termes, Le MSPP ne peut se décentraliser seul. Cependant les besoins immédiats de la population en termes d'extension de services ne sauraient être mis en veilleuse en attendant que les remèdes législatifs soient appliqués aux maux structurels du pays".

L'Unité Communautaire de Santé est ainsi définie:

"Élément stratégique de la politique sanitaire nationale, l'UCS est un système décentralisé de soins et promotion de la santé pour une population définie du point de vue géographique et démographique où se coordonne l'action de tous les intervenants en vue de la fourniture optimale avec la participation de la population concernée d'un paquet minimal de services."

Cette définition n'apporte cependant aucune précision sur le cadre juridico-administratif dans lequel s'inscrit l'UCS. Une étude commanditée par la Banque Interaméricaine de Développement rapporte différentes définitions dites négatives de l'UCS adoptées lors d'un atelier de consensus présidé par le Ministère:

"L'UCS n'est pas un district sanitaire ni un niveau supplémentaire de déconcentration/décentralisation du MSPP"

"L'UCS n'est pas une personne morale, donc l'UCS n'a pas la capacité de contracter".

Ces définitions semblent pourtant en contradiction avec la lettre de la politique nationale de santé selon laquelle:

"L'UCS représente l'unité de base de la décentralisation. Elle a la responsabilité de planifier et de gérer tout ce qui concerne la santé de la population en étroite collaboration avec elle ou ses représentants."

L'ambiguïté est tout aussi vraie pour une question aussi fondamentale que l'espace géographique de l'UCS, c'est-à-dire, le niveau de décentralisation. Plusieurs options restent concurrentes: la commune, un ensemble de communes, le département. Le département est la *pierre angulaire de la décentralisation*, lit-on dans le document de politique.

Une incertitude supplémentaire porte sur les modalités d'arrimage de cette nouvelle structure organisationnelle qu'est l'UCS avec les autres structures administratives locales dont la plupart sont en pleine émergence: Mairies, Assemblées communales, Assemblées municipales, Conseils d'administrations des sections communales, Assemblées départementales, etc..

La décentralisation aura donc été l'un des points de mire de cette réforme sans que ne soient précisés les modalités de sa mise en œuvre et le cadre légal et administratif d'opération de l'instance décentralisée. Certaines études réalisées avec le concours des bailleurs de fonds ont tenté d'élucider la question et des recommandations ont été faites au Ministère sur la base de plusieurs scénarios possibles. Mais jusqu'ici ces recommandations n'ont été ni critiquées ni appropriées sous quelque forme que ce soit par le Ministère de la Santé pour être intégrées à la réforme.

Analyse des entrevues

Les données recueillies auprès des informateurs-clés à cet égard ont montré une forte homogénéité et permis de dégager 3 éléments essentiels:

1. un large consensus sur l'adéquation des objectifs de la réforme par rapport aux besoins et attentes de la population. En témoignent les affirmations suivantes:

"L'application des différents éléments de cette réforme apportera sans nulle doute des améliorations considérables de la situation sanitaire"^(informateur)

"La mise en place des UCS avec l'offre d'un PMS et une rationalisation de la carte sanitaire constitue une approche intéressante qui permettra de résoudre les problèmes actuels"^(informateur)

"Sur le papier, les éléments de la nouvelle politique sanitaire prônée par le MSPP répondent aux besoins et attentes de la population. L'UCS permettra la décentralisation,...l'amélioration de la qualité des services,...une offre équitable des services,...la participation communautaire."^(informateur)

2. un manque de clarté au niveau des stratégies et des moyens qui doivent être mis en œuvre pour atteindre les objectifs. Suivant l'expression d'un des informateurs-clés, les axes stratégiques présentés dans cette politique constituent certes un énoncé de quelques bonnes intentions mais ne traduisent pas une correspondance logique et cohérente entre des objectifs quantifiables, des stratégies et des ressources. Elle précise ainsi des buts et des objectifs, mais elle reste très vague sur les moyens qui seront mis en œuvre et les ressources qui seront mobilisées. D'autres ont exprimé de manière différente la même préoccupation:

"On n'est pas arrivé vraiment à passer de ce qui est exprimé comme un désir, une volonté, un idéal, à la manière de l'opérationnaliser pour arriver à des résultats concrets."^(informateur)

"Cette politique est restée jusqu'à présent au niveau des grandes lignes." (informateur)

"Pour moi, il n'y a rien de défini. On n'a pas de directives du tout." (informateur)

Ce déficit conceptuel semble d'autant plus préoccupant pour ce qui concerne certains éléments clés de la réforme comme le PMS dont les modalités de financement ne sont pas précisées ou les UCS dont les modalités de mise en œuvre ne sont pas claires.

"Quand on parle d'UCS, on butte toujours sur les mêmes points. Comment va-t-on l'organiser? Quelle structure officielle? quel pouvoir? Tout ça reste très vague." (informateur)

"Quoique les UCS soient présentées comme des éléments clés de la réforme, il n'y a pas jusqu'ici un réel consensus sur ce qu'elles doivent être. A preuve, à plusieurs reprises, la signification même du sigle a été remise en question: "Unité Communale de Santé ou Unité Communautaire de Santé". Certains pensent qu'il faut une unité par commune. D'autres pensent qu'on peut avoir une unité rassemblant plusieurs communes. Et le débat n'est pas terminé." (informateur)

L'un des informateurs, responsable d'organisation non gouvernementale, questionnait en ces termes le type de décentralisation qui sera mis en œuvre:

"Jusqu'à présent, on ne sait pas encore comment sera constituée l'instance de coordination de l'UCS. Relèvera-t-elle de l'ONG la plus importante de la zone ou d'un consortium d'organisations non gouvernementales? Ou bien des élus locaux? Ou encore d'agents locaux du Ministère? L'UCS sera-t-elle une subdivision administrative du Ministère ou bien s'agit-il d'un consortium permettant aux différents acteurs de mettre en commun leurs ressources?"_(informateur)

3. un certain scepticisme quant à la mise en œuvre effective de la réforme proposée

"C'est vrai que cette réforme répond à certaines attentes et correspond aux besoins. Mais tout le problème réside au niveau de l'application"_(informateur)

"Les objectifs sont grands, les intentions sont nobles, mais qu'en sera-t-il de l'application?"_(informateur)

"Le tunnel semble encore long et obscur, il ne serait pas étonnant qu'un jour on remette en question ce concept d'UCS."_(informateur)

"On ne peut pas trop s'engager, on ne sait pas trop de quoi demain sera fait."_(informateur)

8.2 Rôle des différents acteurs

Analyse documentaire

Six éléments principaux ressortent de cette analyse :

- **la multiplicité des intervenants.** L'offre des services de santé en Haïti fait intervenir toute une série de "stakeholders" à savoir les populations qui paient pour ces services,

les professionnels de santé qui offrent ces services, les organisations non gouvernementales de différentes catégories (organisations internationales, associations locales, fondations, associations de base, missions religieuses, etc.) qui agissent comme producteurs de services, les bailleurs de fonds internationaux qui financent ces services, l'État qui est à la fois producteur et payeur. Il est notamment fait état de différences marquées sur le plan de la force de jeu des différents acteurs, des ressources dont chaque catégorie peut disposer, du niveau d'influence que chaque catégorie peut exercer mais surtout d'une mauvaise articulation des interventions de ces différents "stakeholders".

- **Une ligne de fracture** entre deux catégories sociales qui coexistent en Haïti. D'un côté l'élite urbaine et la classe moyenne qui traditionnellement se sont partagées le pouvoir et qui *forts de l'usage du français, de l'ouverture sur l'Occident, de la maîtrise de l'économie et du droit formels se considèrent comme la structure modernisante de la société (GRET, 1997)*. De l'autre côté, cette catégorie que Gérard Barthélémy dans un essai sur l'univers rural haïtien, appelle *le pays en dehors*, constituée par la société rurale et les couches populaires des villes. Marginalisées, elles doivent s'appuyer sur l'économie et le droit informel, le créole, le vaudou. Disposant de peu de ressources et de pouvoir en vertu des rapports actuels dans le système de soins de santé actuel, les citoyens de cette deuxième catégorie sont davantage considérés comme des cibles ou des bénéficiaires que comme acteurs potentiels.. Plutôt que d'être associés à la planification des changements, ils sont plutôt appelés à accepter et à soutenir des changements venus d'en-haut.

- L'importance du rôle et de l'influence des organisations non gouvernementales et le fragile partenariat entre l'État et les organisations non gouvernementales. Les organisations non gouvernementales, de par leur importance au niveau de l'échiquier socio-économique local notamment en ce qui concerne la prestation de services, sont considérés comme des partenaires incontournables. La détérioration de la situation socio-économique, le vide résultant de l'absence de l'État, l'inadéquation des politiques économiques face à la gravité et la complexité des problèmes socio-structurels, la carence de services publics sont les principaux facteurs évoqués comme ayant favorisé la prolifération des organisations non gouvernementales au cours des 15 dernières années. En l'absence de données réellement fiables, on estime à 300 le nombre d'organisations non gouvernementales opérant actuellement en Haïti dans le secteur de la santé (ECOSOF, 1997; Union Européenne, 1997). Dans bon nombre de zones rurales, elles sont la seule source de services de santé de base et suivant certaines estimations, elles assurent environ 50 % de soins de santé primaires préventifs et curatifs.

Cependant il est fait état de différents problèmes au niveau de l'alliance entre les organisations non gouvernementales et l'État. Partenaires publics et organisations non gouvernementales sont en situation de concurrence pour ^{la} gestion de la rente externe qui, au cours de la dernière décennie, a privilégié les dernières. Face à la crise de l'État, les bailleurs de fonds multi et bilatéraux ont réorienté leurs crédits vers les organisations non gouvernementales. ECOSOF (1997) rend compte de cet état de fait dans un bulletin publié suite à une enquête :

"Certains bailleurs de fonds préoccupés de se dissocier des gouvernements non soucieux des intérêts de la population et ne voulant pas pénaliser outre

mesure les populations nécessiteuses trouvent une alternative fiable par le truchement des organisations non gouvernementales. À l'heure où il est question de relancer l'économie et où le gouvernement explore les moyens de renflouer les coffres du trésor public, l'allocation des fonds par les institutions internationales semble donner lieu à une véritable compétition entre l'État et les organisations non gouvernementales."

Le Ministère de la Santé lui-même, dans le document préparé en vue de la Réunion du Groupe Consultatif de la Banque Mondiale en 1997 identifiait, parmi les problèmes, la faible maîtrise par le gouvernement du budget d'investissement sectoriel apporté par la Coopération externe. Plus de 60 % de cet investissement, précisent-ils, financent directement des activités du secteur privé à but non lucratif.

Par ailleurs, habituées au cours des dernières années à une grande liberté dans la planification, l'exécution et l'évaluation de leurs actions, disposant du pouvoir que leur confère leur accès à des ressources importantes, les organisations non gouvernementales restent réticentes vis-à-vis de la régulation et de l'intervention étatique. Le MSPP posait déjà le diagnostic dans la politique nationale:

"Le secteur privé s'est constamment développé sans aucun souci d'intégration au système national".

Une étude réalisée par AEDES-CIDEF(1997) apporte la même conclusion:

"Les formations sanitaires privées non lucratives ne voient certainement pas d'un bon œil que l'état s'immisce dans leurs affaires internes et comptent continuer comme par le passé."

- **les lacunes du mode d'intervention des organisations non gouvernementales par rapport à la réforme.** Fortement dépendantes des financements, peu permanentes, sans véritable mémoire, peu structurées, opportunistes, autant d'attributs qui sont utilisés pour faire référence aux organisations non gouvernementales auxquelles on reproche surtout de véhiculer une logique de projets qui s'inscrit dans le court terme, ne prend pas toujours en compte les délais nécessaires à l'obtention de changements, ne prend pas toujours en compte la nécessité d'une cohérence systémique.

- **L'influence omniprésente et le leadership du secteur de l'aide externe constitué par les bailleurs de fonds externes et les agences de coopération technique.** Depuis 1991, d'abord par le biais de l'assistance humanitaire qui assurait l'essentiel des services durant la période d'embargo, puis de l'assistance technique qui a accompagné le retour à l'ordre constitutionnel, ces agences ont joué un rôle de premier plan dans la définition des politiques et des programmes. Une étude réalisée sous la direction de la Banque Mondiale (André et Buttari, 1997) fait le constat en ces termes:

"Un nombre important de bailleurs de fonds interviennent dans le secteur de la santé soit par le biais du MSPP soit en appuyant des ONGs...Leur impact est à la fois opérationnel (mise en place de programmes de santé publique ou de services) mais également conceptuel (par exemple mise en place de modèles de services de santé par les programmes de la Banque Mondiale ou de la Banque Interaméricaine de Développement)."

Au niveau du Ministère, cette influence des bailleurs est manifestement jugée comme trop importante et vécue

- soit comme une substitution liée à la faiblesse de l'État

"L'État a le plus souvent laissé au secteur privé et à l'aide étrangère le soin d'organiser et de dispenser les services de santé." (Politique nationale de santé)

- soit comme une domination

"Le secteur de la coopération internationale organisé autour des institutions de l'aide multilatérale et bilatérale et les organismes non gouvernementaux a développé des mécanismes de *tutellisation*, de domination et de contrôle de la politique nationale." (Voltaire, 1997)

Néanmoins certaines conditionalités imposées par les bailleurs de fonds auront intégré le cadre de la réforme sans qu'elles ne soient forcément appropriées par les acteurs nationaux. A preuve, les restrictions budgétaires sur la masse salariale négociées par les bailleurs dans le cadre du processus d'ajustement structurel et présentées comme une nécessité pour la réforme sont plutôt perçues au niveau du Ministère comme

"un problème pouvant entraîner une insuffisance du personnel sanitaire requis pour couvrir les besoins." (Document préparatoire, Réunion du Groupe consultatif)

- **un rôle limité des professionnels de la santé** qui s'est traduit depuis 1990 par des suggestions faites au MSPP par l'AMH (Association Médicale Haïtienne) et par l'ASPHA (Association de Santé Publique d'Haïti) quant à la réorientation du système de

soins de santé. Des représentants de ces deux associations participent aussi activement aux différents colloques organisés autour de la réforme du secteur. Par contre les autres Associations professionnelles et syndicats existants (Associations des Pharmaciens, Association des Dentistes haïtiens, Association Nationale des Infirmières licenciées d'Haïti, Association des Technologistes Médicaux, l'Union Nationale des Médecins Haïtiens, Syndicat du Personnel Infirmier) ont été jusqu'ici peu impliqués.

Analyse des entrevues

Les informateurs clés ont apporté des données complémentaires quant :

- au rôle des professionnels de la santé

Les professionnels de la santé, quoique hautement concernés par la réforme, ont été en fait peu impliqués dans le processus. Peu de professionnels sont réellement informés des objectifs de la réforme et des moyens qui seront mis en œuvre pour la réaliser. Même les médecins, infirmières et auxiliaires qui jouent un rôle de premier ordre dans le système n'ont pas été consultés de manière systématique. Les professionnels qui jouent un rôle actif dans la réforme profitent plutôt de leur fonction supplémentaire de politicien (sénateurs, députés, etc.) ou de gestionnaire (cadres supérieurs de la fonction publique, responsable d'organisations non gouvernementales, cadres d'organisations internationales).

- à la participation réelle de la population

Suivant les données recueillies, les populations n'ont jamais été impliquées dans le processus de formulation de la politique sanitaire ni même consultées pour exprimer

leurs attentes et leurs préférences. Ainsi les différentes versions de politiques successives n'ont pas été le résultat d'un processus de consultation soucieux d'inclure des propositions et des attentes issues de la base mais plutôt le résultat de travaux de groupes restreints. Un observateur qui a contribué à différents titres au processus de formulation de la politique résume ainsi la situation:

"Les Directions Centrales, les Directions Départementales et d'autres instances du Ministère ont participé à l'élaboration de la nouvelle politique sanitaire, mais on ne peut pas dire que cette politique a été conçue en partant de ce que pensent les gens de la base, c'est-à-dire les bénéficiaires. Je ne veux pas dire qu'on n'en a absolument pas tenu compte. Mais il faut avouer que la participation de la base a été plutôt faible et dépendait plutôt de contacts privilégiés que certains responsables pouvaient entretenir avec la base. Il n'y a pas eu un processus systématique de participation des bénéficiaires."

(informateur)

- à l'information du public

En amont de la participation, l'information du public est tout aussi déficiente. Bien peu de citoyens semblent conscients aujourd'hui que le système de santé amorce un processus de restructuration, voire informés des tenants et des aboutissants d'une telle entreprise, des objectifs visés, des stratégies envisagées, des conséquences pour le citoyen.

"Il y a un grand problème d'information. Les citoyens ne savent pas ce à quoi ils doivent s'attendre ou ce à quoi ils ont droit." (informateur)

"Le peuple ne sait pas s'il y a des choses qui se font, quand elles se font et comment elles se font" (informateur).

- au rôle des collectivités locales

Si la participation directe des citoyens au processus de réforme était à ce point compromise, les mécanismes de représentation dans le processus décisionnel par l'intermédiaire des élus ne semblent pas plus fonctionnels. Les collectivités locales, de l'avis des informateurs, ne sont qu'à leur phase expérimentale, avec des élus issus pour la plupart d'élections controversés, très peu représentatifs de la population, peu imbus de leur mission.

- **au leadership et à l'implication de l'État.** L'absence de leadership de l'État est une constante des tentatives de diagnostic institutionnel par les informateurs-clés. À cette carence sont attribués:

- les problèmes de coordination du secteur

"Les interventions se font de manière anarchique parce qu'il n'y a pas de directives précises du Ministère."_(informateur)

- l'hypertrophie du rôle des organisations non gouvernementales.

"Le problème avec cette réforme, c'est qu'elle contribue à déresponsabiliser davantage l'État pour renforcer les organisations non gouvernementales qui pourtant sont appelées à partir. Tout repose sur les organisations non gouvernementales. C'est extrêmement négatif."_(informateur)

- la substitution des bailleurs de fonds à des fonctions dévolues à l'État

"Le leadership de l'État laisse à désirer... Même si des cadres du Ministère ont été impliqués, il faut reconnaître que cette réforme a été conçue avant tout par des consultants externes au Ministère et provenant essentiellement des organismes de coopération externe."_(informateur)

- les difficultés à la mise en œuvre de la réforme

"Tant au niveau départemental qu'au niveau national, il n'y a ni pilotage ni suivi de la réforme. Il n'y pas d'agenda. Tout le monde nage dans l'eau... On a l'impression que ce sont les bailleurs de fonds qui poussent le Ministère à réformer son système de santé."^(informateur)

"J'ai participé à plusieurs réunions autour de la mise en place des UCS dans la zone. Les représentants de l'État étaient toujours absents. Quand je parle de représentant de l'État, je fais bien sûr référence à la Direction Départementale. L'union fait la force. L'absence d'un chaînon, surtout s'il s'agit de l'État, risque de compromettre tous les efforts"^(informateur)

8.3 Contexte organisationnel

L'analyse du contexte organisationnel indique l'ampleur des changements nécessaires pour améliorer le système mais témoigne en même temps de la difficulté à s'appuyer sur les structures et processus organisationnels en place pour conduire le changement.

Analyse documentaire

Les différents documents consultés permettent de dégager un certain nombre de caractéristiques du contexte organisationnel actuel:

- **l'absence d'un cadre administratif bien défini.**

Au niveau central, le mode d'organisation actuel ne correspond ni à l'organigramme officiel prévu dans le décret-loi de 1983 ni à l'avant-projet de loi organique de 1996. L'organigramme de facto porte plutôt les empreintes des changements fréquents de Ministres ou de Directeurs généraux. La Coordination de la Coopération Externe est un

exemple éloquent de cette instabilité administrative. Cette fonction n'apparaît pas de manière explicite dans le décret-loi de 1983. Cependant l'avant-projet de loi de 1996 prévoit une **DPECCE** (Direction de la Planification, de l'Évaluation et de la Coordination de la Coopération Externe). En janvier 1997, l'organigramme effectif du Ministère comportait plutôt une **DCE** (Direction de la Coopération Externe), à part entière, créée à l'initiative du Ministre en place et complètement indépendante de la **DPEE** (Direction de la Planification, de l'Évaluation et de l'Épidémiologie). A peine un an plus tard, à la faveur d'un nouveau changement ministériel, la **DCE** fraîchement créée sera supprimée et ses prérogatives attribuées à nouveau à la **DPECCE** (Direction de la Planification, de l'Évaluation et de la Coordination de la Coopération Externe).

Au niveau régional, les organigrammes diffèrent d'un département à l'autre et sont davantage fonction des ressources humaines rendues disponibles au gré des circonstances que de schémas institutionnels précis. A titre illustratif, le tableau ci-après montre les différences au niveau du personnel de 3 bureaux départementaux:

	Nord 759.318 habitants	Artibonite 1.013.079 habitants	Grande-Anse 641.399 habitants
Directeur	1	1	1
Assistant-Directeur	1	-	-
Médecin Chef de	-	1	-
Infirmière Hygiéniste	3	2	3
Épidémiologistes	1	-	
Administrateurs-	2	2	
Chef du Personnel	1	1	1
Officier sanitaire	1	-	-
Dentistes	1	-	-
Total	13	7	5

Personnels au niveau de 3 bureaux départementaux
(données extraites de l'étude sur la formation continue réalisée par Dussault et al., Université de Montréal, 1997)

Au niveau périphérique, on retrouve plutôt un ensemble de prestataires de services relevant soit du Ministère, soit du secteur privé, lucratif ou non, et fonctionnant sans réelle coordination.

Les processus de décision et d'exécution, y compris ceux qui concernent la réforme, cheminent ainsi dans un cadre désarticulé, n'ayant aucune valeur sur le plan légal, peu opérationnelle et ne permettant pas la coordination de l'action des intervenants. Le MSPP lui-même reconnaît que

"le retard mis à la préparation du cadre légal d'organisation de l'administration publique entraîne un retard des restructurations et des réformes sectorielles."(Document préparatoire, Réunion du Groupe consultatif)

- **les faiblesses au niveau des infrastructures**

La mise en œuvre d'un PMS est un élément fort important de la nouvelle politique sanitaire mais les différents documents consultés attestent de l'insuffisance des infrastructures nécessaires aux prestations prévues dans ce PMS. Il existe aujourd'hui 654 établissements sanitaires répartis à travers le pays et comprenant 49 hôpitaux, 405 dispensaires, 200 centres de santé avec ou sans lits. Mais derrière ces chiffres se cachent :

- les disparités entre les différentes zones géographiques. Le Département de l'Ouest, avec 35 pour cent de la population générale compte à lui seul 66 pour cent des centres hospitaliers et 52 pour cent des lits du pays.

- l'état complètement dégradé de la plupart des infrastructures notamment des infrastructures publiques. Les hôpitaux départementaux tous publics nécessitent tous de grands travaux de réhabilitation.

- le sous-équipement des institutions sanitaires

- les difficultés des moyens de communication qui compliquent davantage l'accessibilité aux institutions sanitaires. Une étude réalisée en 1997 (Albientz, 1997) révèle que l'entretien pratiquement inexistant depuis plus de 10 ans de 4600 kilomètres de routes et pistes a entraîné une extrême dégradation des pistes rurales et seulement sept pour cent du réseau routier principal sont considérés en bon état.. La situation est particulièrement critique dans certains départements comme le Sud-Est et la Grande-Anse.

- le faible contrôle de la carte sanitaire. L'implantation de nouvelles institutions sanitaires ne fait l'objet d'aucune réglementation et peut se produire sous diverses initiatives (organisations non gouvernementales, politiciens, missions religieuses, etc.) sans aucun souci de cohérence locale, d'équité régionale ou interrégionale et de respect des normes. Dans un rapport daté de 1997, Initiative Développement, une organisation non gouvernementale intervenant dans le département du Nord-Ouest en appelle pour une sensibilisation des partenaires et de la population aux notions de carte sanitaire et rationalisation des ressources. Elle demande en même temps une révision de la carte sanitaire actuelle pour améliorer l'efficacité et diminuer les gaspillages actuels.

• - **l'absence de coordination intersectorielle.**

Les prérogatives institutionnelles dans certains domaines se trouvent éclatées entre plusieurs entités qui n'ont pas forcément de lien entre eux et qui exécutent leurs actions indépendamment les unes des autres. C'est le cas, par exemple, pour ce qui concerne la

décentralisation où différentes instances sont impliquées: le Ministère de la Planification au titre de la gestion des aides externes et de l'aménagement du territoire, le Ministère de l'Intérieur chargé de la gestion des collectivités territoriales, le Ministère des Finances pour l'octroi de fonds publics aux instances décentralisées et différents autres Ministères pour ce qui concerne la décentralisation des services (Santé, Éducation). En l'absence de lignes directrices communes, chaque secteur définit et essaie de mettre en œuvre son propre agenda. Cette situation est d'autant plus amplifiée dans un contexte d'absence de gouvernement.

- l'absence de coordination intrasectorielle

Différents symptômes dont la plupart ont déjà été évoqués sont mis en avant pour justifier un tel diagnostic: la concurrence entre certaines organisations pour les ressources et le leadership, l'ambiguïté autour du rôle de différentes catégories d'intervenants, la duplication des activités et des ressources à l'échelle d'un même territoire, l'absence de planification sectorielle, régionale ou locale, la mise au rancart des recommandations récurrentes d'une meilleure coordination de l'aide.

• les déficiences du système d'information

Toute une série de caractéristiques à connotation négative ont été attribuées au système d'information actuel:

- sa fragmentation. A côté du système officiel national alimenté de manière très variable par les intervenants coexistent différents systèmes locaux dictés par les besoins propres des organisations ou les exigences de leurs bailleurs de fonds.

- la faible fiabilité des données produites, conséquence de l'inadéquation des matériels et des processus de recueil de l'information, de la faible motivation des agents, de la pauvreté des moyens des communications. Dans les documents consultés, les chiffres sont souvent annoncés avec beaucoup de réserves.
- la pauvreté des données existantes. Le système actuel génère essentiellement quelques indicateurs d'utilisation de services mais ne prévoit pas d'information sur la disponibilité, l'évolution, l'utilisation des ressources humaines, matérielles et financières. On ne dispose pas ainsi de données précises sur le nombre, le type et la localisation du personnel et sur les besoins à satisfaire. Les informations sur les recettes propres des établissements sanitaires, sur les dépenses et la productivité des organisations non gouvernementales, sur les charges récurrentes des programmes en cours, sur les ressources financières disponibles sont tout aussi déficientes et constituent autant d'entraves à une programmation adéquate. Le système ne permet pas non plus d'avoir des indications sur l'état de santé de la population. Les indicateurs utilisés pour décrire l'état de santé proviennent essentiellement d'enquêtes ad hoc réalisées en parallèle au système officiel.
- la lenteur dans la circulation de l'information et l'absence quasi-totale de rétroalimentation

- **les déficiences au niveau des ressources humaines**

Les problèmes relevés touchent :

- aux compétences du personnel. On parle ici, pour faire référence à cette étude sur les besoins en formation continue (Dussault & al., 1997), d'une part de

l'insuffisance de la culture et de la pratique administrative des cadres responsables de la planification et de la mise en œuvre des interventions, d'autre part des lacunes au niveau des compétences cliniques, c'est-à-dire, les connaissances, habiletés et attitudes nécessaires à l'offre du PMS. Le Ministère lui-même, dans un mémorandum daté de 1997, reconnaît que

"l'exiguïté du pool de cadres experts nationaux disponibles pour conduire avec professionnalisme et responsabilité les transformations nécessaires à la structuration du secteur santé aux fins de réaliser les objectifs généraux et spécifiques de la politique nationale définie constitue une contrainte majeure à l'ensemble de l'opérationnalisation du système."

- aux effectifs, insuffisants dans certaines catégories mais aussi mal répartis avec une concentration importante dans les zones urbaines
- aux conditions de travail peu stimulantes: absence de politique de personnel et de gestion des carrières, absence de supervision et de contrôle de la performance, peu de reconnaissance du travail bien fait, , absence d'incitatifs, conditions de vie précaires pour les professionnels déplacés en périphérie.

Analyse des entrevues

A ce chapitre, les informateurs clés ont notamment confirmé les problèmes auxquels est confronté le système de personnels, à savoir les carences en effectifs pour certaines catégories, les lacunes des formations initiales, la mauvaise distribution des effectifs avec une concentration importante dans les zones urbaines et des zones périphériques

mal desservies, des conditions de travail peu stimulantes, une faible motivation du personnel et des taux d'absentéisme élevés. Ils ont tout aussi questionné le problème de la disponibilité de compétences techniques et de gestion à un niveau global mais surtout au niveau du Ministère qui est censé assumer le rôle de maître d'œuvre de cette réforme.

"Tous les niveaux de l'État sont défaillants. Le plus souvent, le personnel occupe des fonctions pour lesquelles il n'a pas été préparé."^(informateur)

"Au niveau du Ministère de la Santé, les effectifs en termes de personnels de soutien sont élevés mais le personnel technique a plutôt un effectif réduit."^(informateur)

"Le problème des ressources humaines est certainement beaucoup plus important que les carences en ressources matérielles et financières."^(informateur)

"La moisson est abondante, mais les ouvriers peu nombreux."^(informateur)

Cette position est nuancée par la plupart des observateurs qui récusent l'hypothèse de l'insuffisance de ressources humaines compétentes au niveau du pays mais font valoir l'exode de la fonction publique au profit des organisations internationales et des organisations non gouvernementales. D'autres critiquent les modalités de recrutement et de gestion des carrières au niveau de la fonction publique qui privilégient le parrainage et ne tiennent pas toujours compte des compétences et du mérite.

"Je ne doute pas qu'il y ait des professionnels compétents en Haïti. Mais bien souvent, c'est pas eux qui sont promus aux postes de responsabilité"^(informateur)

D'autres enfin argumentent que les conditions de travail prévalantes actuellement, les insuffisances criantes de moyens matériels, les conditions salariales, les insuffisances dans la gestion du personnel ne sont pas de nature à permettre aux ressources humaines, si compétentes qu'elles soient, d'exploiter au mieux leurs capacités.

Mis à part le problème des ressources humaines, les informateurs-clés ont aussi questionné les structures de coordination qu'ils trouvent défailantes et incapables d'assurer l'articulation tant à l'intérieur du Ministère, entre ses différents niveaux, qu'entre le Ministère et ses partenaires.

"Nous pouvons comparer le Ministère à une tête sans corps. Nous n'avons aucune assurance qu'une décision prise au niveau central sera exécutée aux niveaux régional et local. Nous n'avons aucune assurance que des ordres seront transmis et les commandes exécutées."^(informateur)

Les observateurs du secteur de la coopération externe ont, quant à eux, insisté sur la thèse de la faible capacité d'absorption de l'État. Pour eux, il n'est pas toujours certain que l'aide accordée puisse être absorbée et transformée en programmes et activités en raison de la faiblesse des structures administratives, des faibles compétences de gestion, de la difficulté du partenaire national à proposer des projets pertinents, de l'instabilité persistante.

8.4 Contexte politique

Analyse documentaire

Les données documentaires confirment de manière unanime une situation d'instabilité chronique qui, en fait, a jalonné toute l'histoire d'Haïti et qui aura perduré au cours de la dernière décennie. De 1986 à 1990, la scène politique haïtienne est le théâtre d'une succession de gouvernements éphémères et de coups d'État, dans un contexte de violence politique généralisée. Un gouvernement issu des urnes est toutefois porté au pouvoir en février 1991 mais sera renversé sept mois plus tard par un nouveau coup d'État. Durant 3 ans, Haïti est alors mise au ban des nations et doit supporter un embargo commercial qui donnera le coup de grâce à une économie déjà fragile.

En octobre 94, le gouvernement en exil revient au pouvoir avec l'appui de la communauté internationale et organise un an plus tard de nouvelles élections. Pour la première fois de l'histoire du pays, un président transmet le pouvoir à son successeur élu. Cependant ce deuxième mandat est à nouveau fragilisé, non par un coup d'État, mais par les dissensions d'une classe politique très hétéroclite et par la situation de crise qui touche l'ensemble des institutions politiques, qu'elles relèvent de l'exécutif, du législatif ou du judiciaire. A preuve, la Présidence et le Parlement, après plus d'un an n'arrivent pas à appliquer les modalités constitutionnelles en vue de la nomination d'un premier Ministre. Au niveau du système judiciaire, une étude réalisée en 1997 (Lemaire, 1997) rapporte que

"... l'incompétence et la corruption sont monnaie courante et le système judiciaire est donc dans un tel état qu'il ne peut pratiquement pas fonctionner".

Au niveau du Parlement, le vote des lois accuse à chaque fois des retards considérables et les chambres ne fonctionnent qu'avec des effectifs réduits. Durant plusieurs années consécutives, le vote du budget n'a été effectué que quelques mois avant la fin de l'exercice fiscal, avec un record de dix mois de retard en 1995-1996.

Du côté de la population, après une participation record aux élections générales de 1990, les électeurs ont abdiqué leur droit de vote et déserté les urnes. Le taux de participation aux dernières élections, suivant les estimations les plus optimistes, n'a pas dépassé 30 %. D'ailleurs ces élections qui devaient permettre le renouvellement du tiers du Sénat n'ont jamais pu être menées à terme. Après un premier tour fortement contesté et maintes tractations, le deuxième tour a été reporté sine die.

La mise en œuvre d'une nouvelle politique sanitaire s'inscrit donc dans ce contexte tumultueux. L'instabilité et la violence politiques, les faiblesses institutionnelles, l'absence de continuité de l'État sont autant de facteurs évoqués comme entrave à la construction d'un consensus autour d'un projet de société dans lequel pourrait s'inscrire la réforme du système de soins de santé.

Analyse des entrevues

Les informateurs-clés ont tout aussi bien insisté sur l'instabilité politique mais surtout de la crise gouvernementale qui persistait encore au moment de l'enquête. "Je pense que nous sommes dans une crise qui va durer, *souligne un observateur*. On en a encore pour de nombreux mois. Je ne crois pas que la situation va changer dans un avenir proche."

Ils ont fait ressortir les conséquences de cette instabilité:

- d'une part sur la continuité de l'État. Au cours des cinq dernières années, le Ministère de la Santé aura connu cinq changements de Directeurs Généraux et trois changements de Ministres. Chacun de ces changements se sera soldé sinon par de nouvelles versions de la politique de santé du moins de nouvelles orientations stratégiques ou de nouvelles interprétations des orientations précédemment adoptées

"A cause de problèmes politiques, de querelles politiques, il n'y a pas de stabilité dans les options définies. On revient à chaque fois sur la définition des concepts."^(informateur)

"On recommence continuellement. N'importe quel vent de changement emporte les acquis d'une Direction précédente."^(informateur)

- d'autre part, sur l'engagement de certaines décisions critiques pour la réforme. Du fait de l'absence de gouvernement, le Ministère de la Santé ne bénéficie plus du cadre formel et légal lui permettant de négocier avec d'autres acteurs institutionnels certains aspects de la réforme: vote des lois au niveau du Parlement, mobilisation de ressources auprès des bailleurs de fonds, mobilisation de ressources intersectorielles. Un grand nombre de décisions à prendre ou à exécuter sont ainsi mises en veilleuse en attendant la résolution de la crise. L'un des observateurs témoigne ainsi des effets de la crise gouvernementale:

"Nous vivons une crise qui a commencé bien avant le départ du Premier Ministre. Le Premier Ministre est parti depuis plus d'un an et la crise

continue. On se retrouve au niveau de la Santé avec un Ministre doublement intérimaire puisqu'il détient deux portefeuilles ministériels: celui de la Santé et celui de l'Intérieur. Il est évident que dans une telle situation, prendre des décisions et surtout les appliquer n'est pas toujours facile."^(informateur)

Pour ce qui concerne la volonté politique, les opinions des informateurs peuvent être rangées en deux catégories:

- Les premiers défendent plutôt la thèse de l'absence de volonté réelle des pouvoirs publics.

"On a l'impression que ce sont les bailleurs de fonds qui poussent le Ministère à réformer son système de santé."^(informateur)

"On ne sent pas un engouement en faveur de la mise en œuvre des UCS au Ministère. Or, tel que l'UCS est conçue, il faut une forte volonté politique pour que ça se fasse."^(informateur)

"Le problème principal, c'est le manque de volonté politique. Beaucoup de décisions nécessitent de la volonté et du courage politique. On pourrait citer comme exemples le redéploiement du personnel ou la refonte de l'organigramme du Ministère."^(informateur)

- Les autres adoptent une position plus nuancée et font plutôt valoir la difficulté à traduire la volonté politique en décisions politiques compte tenu des multiples contraintes liées à la situation de crise.

"On pourrait certainement aller plus vite si on n'était pas dans une période de crise et dans un contexte où les décisions sont difficiles à prendre."^(informateur)

Par contre, les informateurs, de manière quasi-unanime, dénoncent une trop forte politisation du Ministère qui, selon eux, compromettent les conditions d'un fonctionnement efficace. "Il y des enjeux de pouvoir entre différentes familles politiques à l'intérieur du Ministère et souvent le primat est accordé à la politique sur la technique", affirme un observateur. Pour un autre, il est important que le Ministère de la Santé soit considéré avant tout comme un Ministère technique, même si ses choix doivent être guidés par la politique du gouvernement. Un exemple souvent cité pour traduire cette inflation de la politique réfère aux conditions de recrutement à des postes clés de la fonction publique. Même des postes très techniques comme ceux des Directeurs Généraux font l'objet des jeux de pouvoir et de rapports de forces entre la Présidence et la Primature. En effet, si les Ministres officiellement relèvent de la Primature et sont en principe nommés par ce dernier (moyennant toutefois des négociations avec les autres acteurs dominants), les Directeurs Généraux par contre sont nommés directement par la Présidence et ne peuvent être révoqués que par ce dernier. Ministre et Directeur Général représentent ainsi deux pôles de pouvoir et véhiculent souvent deux visions différentes voire complètement divergentes au sein d'un même Ministère. Le Ministère de la Santé a été ainsi paralysé à plusieurs reprises et durant plusieurs mois en raison de conflits entre le Ministre et le Directeur Général.

8.5 Contexte économique

Analyse documentaire

Les données documentaires ayant trait au contexte économique peuvent s'articuler autour de trois grands axes:

- **la précarité de la situation économique avec des niveaux de ressources très limités.** L'économie haïtienne est dominée par un secteur agricole qui occupe plus de 75% de la main-d'œuvre mais la productivité agricole reste très faible et elle ne contribue que pour 31.4 % au PIB en 1997. Le secteur des services apporte au cours de la même année la majeure contribution au PIB soit 48.1 % contre 20.4 % pour le secteur industriel.

Au cours des 2 dernières décennies, le PIB par habitant s'est détérioré de façon constante passant, à prix constants, de 930 gourdes en 1976 à 790 gourdes en 1991. Puis en 3 ans, durant la période qui coïncide avec l'embargo commercial imposé à Haïti, on a assisté à une accélération de cette décroissance avec un PIB de 665 gourdes en 1994. L'embargo commercial a eu des effets particulièrement dévastateurs sur l'industrie de la sous-traitance. Entre 1991 et 1994, ce secteur a perdu 81 % de ses 44.000 emplois.

En 1995, avec le retour du gouvernement en exil et la reprise de la coopération externe, on a pu constater une remontée de la courbe avec une croissance de 4.5 %. Mais cette tendance se maintient difficilement et en 1997, la croissance n'a été que de 1,1 %.

Parallèlement, l'inflation a atteint des proportions particulièrement importantes à partir des années 90 avec une hausse de prix supérieure en moyenne à 20 % par année et des pics de plus de 2 fois supérieure à cette moyenne durant l'embargo.

Un autre indicateur de la détérioration de la situation a été la dévaluation progressive et importante de la devise par rapport au dollar américain. Cette dévaluation s'est particulièrement accélérée à partir de 1991 où les taux de change sont passés de 7.50 gourdes pour 1 dollar US en 1991 à plus de 16 gourdes pour 1 dollar US en 1998.

A cette situation économique précaire sont imputées une réduction considérable des ressources de l'État, l'accentuation de la pauvreté des masses, l'aggravation des disparités entre les différentes catégories sociales, une forte dépendance par rapport à l'assistance externe. Une étude effectuée en 1997 sur le financement des services de santé en Haïti (AEDES-CIDEF) fait ce constat pessimiste:

"... l'évolution de la situation n'augure pas d'améliorations sensibles à court terme. Dans l'attente d'un retour à une croissance économique durable, le MSPP ne doit pas s'attendre à une croissance de ses ressources publiques dans les années à venir. Pour mettre en œuvre sa nouvelle politique sanitaire, il devra composer avec ses partenaires nationaux et internationaux."

- **le projet de réforme économique gouvernementale.** Le cadre général de l'action du gouvernement négocié avec les institutions de Bretton Woods et d'autres bailleurs de fonds multilatéraux est la politique d'ajustement structurel qui prévoit des réformes au niveau des finances publiques, la réforme de la fonction publique, la libéralisation du commerce et la réforme du secteur financier.

Pour la période 96-99, le gouvernement s'était fixé comme objectifs de parvenir à un taux de croissance économique de 4,5 pour cent par an en termes réels, de ramener l'inflation à 4 pour cent, de renforcer la balance des paiements pour faire face au tassement prévu de l'aide externe et pour aider à stabiliser le taux de change, de réduire le déficit de ressources du secteur public. Pour ce faire, le gouvernement misait essentiellement:

- **sur la rationalisation des dépenses publiques** notamment de la masse salariale. Cette dernière devait ainsi être réduite au profit des dépenses de fonctionnement et d'entretien. Il s'agissait, en fonction des termes de l'accord d'ajustement structurel, d'arriver au niveau du budget à des ratios salaire/fonctionnement de 70/30. Il a été aussi proposé de licencier des travailleurs non qualifiés et d'utiliser les économies ainsi réalisées pour augmenter les salaires du personnel qualifié.

- **sur des réformes structurelles** notamment:

- . la privatisation, ou pour emprunter un terme consacré, la modernisation de neuf entreprises publiques
- . la mise en place d'un système fiscal plus efficace en vue d'augmenter les recettes budgétaires
- . la décentralisation

A la fin de l'exercice fiscal 1997, un an après la mise en œuvre de cette réforme, les résultats étaient plutôt décevants. Suivant plusieurs rapports (AEDES-CIDEF, 1997; Faria et Moreno-Lopez, 1997), le déroulement du programme a été compromis par

divers blocages politiques qui ont notamment retardé l'adoption de certaines lois et ralenti le processus de décaissement des fonds externes.

▪ **les niveaux de contribution des différents secteurs aux dépenses publiques de santé.**

En 1997, la part du budget public consacrée au secteur de la santé était de l'ordre de 10 % et témoigne en quelque sorte d'un certain niveau d'engagement des pouvoirs publics par rapport aux soins de santé. Toutefois cet effort gouvernemental ne correspond qu'à 1 % du PIB. Et quand on exprime en chiffres absolus les dépenses totales de santé estimées à 27 dollars US per capita, le budget public ne prend en charge que 10 % de ces dépenses soit l'équivalent de 3 dollars US per capita. Pour assombrir davantage le tableau, différentes sources concluent que les perspectives actuelles de croissance rendent peu probable une augmentation de la contribution de l'État.

Par contre, l'assistance externe couvre une part importante des dépenses de soins de santé. Les données de 1997 dénotent qu'au cours de cette année, la coopération bilatérale et multilatérale supportait 33.7 % des dépenses de santé tandis que la contribution apportée par les ONGs était évaluée à 20 %. Cependant la gestion de cette aide se heurte à différents problèmes identifiés

- soit par le Ministère lui-même: obligation de devoir composer avec le gel de la masse salariale, complexité des mécanismes de décaissement institués par certains bailleurs de fonds, manque d'information sur les ressources allouées par les bailleurs de fonds à d'autres intervenants du secteurs (ONGs), faiblesses

structurelles du Ministère, manque de coordination entre le gouvernement et les bailleurs, manque de coordination entre les bailleurs.

- soit par les bailleurs de fonds externes: faible capacité d'absorption et de gestion du MSPP, déficiences dans la conception des projets par le MSPP, diversification des procédures des différentes agences d'aide, lenteur et complexité des procédures, manque d'experts au MSPP pour analyse des études financées par la coopération externe.

Pour ce qui concerne la contribution des familles, les différentes sources confirment une participation importante de la population aux dépenses de santé. Elle représente 36 % des dépenses totales pour l'année 1997. On n'a pas d'indications sur la répartition de cette contribution entre les différentes catégories sociales, entre les zones géographiques, entre les différents sous-secteurs du système de soins. Mais on s'accorde à dire qu'il y a lieu d'utiliser de manière plus efficiente cette participation importante de la population.

Analyse des entrevues

De manière unanime, les informateurs-clés confirment la précarité de la situation économique et le faible niveau des ressources de l'État.

"L'État haïtien est pauvre. L'État haïtien n'a pas d'argent. Mettre en place des UCS dans tout le pays va nécessiter beaucoup d'argent. À mon avis, l'État haïtien n'a pas les moyens pour assumer cette responsabilité." (informateur)

"Le PMS tel qu'il est conçu avec les sept éléments est un peu ambitieux. Jusqu'à présent les perspectives de son financement ne sont pas très claires." (informateur)

Le projet de réforme paraît ainsi d'autant plus ambitieux et risqué que ne sont pas précisés les niveaux de ressources nécessaires à sa mise en œuvre et les moyens d'acquisition de ces ressources. Combien coûtera la mise en place d'une UCS? Combien d'UCS seront mises en place et sur quel échéancier? Combien coûtera le PMS? Quelle sera la contribution de la population? Quelle sera la part des pouvoirs publics? Durant combien de temps pourra-t-on compter sur l'aide internationale? Autant de questions que se posent les informateurs-clés.

Toutefois, la plupart des informateurs ont nuancé leur discours pour préciser qu'à court terme, l'insuffisance des ressources financières publiques ne constitue pas le principal facteur limitant. Comme quoi, on pourrait faire davantage avec les ressources qui sont disponibles actuellement et qui proviennent de différentes sources: secteur public, organisations non gouvernementales, bailleurs de fonds multi et bilatéraux, paiement direct des prestations par la population. Ils appuient leur argumentation sur le fait que certaines ressources disponibles ne pas utilisées ou sont mal utilisées en raison de la complexité et des dysfonctionnements des processus budgétaires, des faiblesses du processus de planification, du manque d'information, de blocages institutionnels, du manque d'organisation. Les deux affirmations suivantes sont assez évocatrices:

"Nos ressources ne sont pas énormes mais devraient permettre de réaliser davantage. Je crois que l'on arrive pas à coordonner, à planifier, à mettre les choses en place." (informateur)

"Je suis persuadé que les capacités financières existent. Pour l'Hôpital, on a actuellement un budget de fonctionnement de 55.000 gourdes par mois. Ce coût minimal, compte tenu de la population desservie, pourrait être pris en charge par le bureau Départemental de la Santé Publique. Si ce n'est pas fait, je ne sais pas où passe l'argent. Mais quand on analyse le budget du Département, on se rend compte que ces capacités existent." (informateur)

Ce qui semble aussi préoccuper, c'est la disponibilité des ressources à long terme, sachant que l'aide internationale ne se maintiendra pas aux niveaux actuels durant longtemps.

"Même si les bailleurs de fonds financent la mise en place des UCS, je me demande comment l'État haïtien avec ses propres moyens peut assurer la viabilité du système." (informateur)

"La Commission Européenne finance actuellement la mise en œuvre d'une douzaine d'UCS avec des organisations non gouvernementales comme maître d'œuvre. L'objectif, c'est qu'au terme des financements actuels, le Ministère de la Santé Publique assume la gestion de ces UCS et les fasse fonctionner avec ses propres moyens. Ce n'est pas réalisable. C'est assez illusoire comme objectif." (informateur)

Un argument supplémentaire avancé, c'est que les pouvoirs publics n'arrivent même pas à fournir la contrepartie nationale prévue dans le cadre de l'exécution de certains projets en termes de dotation de personnel, de suivi des activités, de fourniture d'équipements ou autres.

Concernant les leviers sur lesquels peut s'appuyer l'État pour augmenter ses capacités, deux ont été évoqués:

- la participation directe de la population dont tous ont reconnu les limites compte tenu de la situation économique prévalante

"Si on augmente davantage les tarifs, il y a des patients qui n'auront plus accès à l'hôpital parce que ceci leur coûtera trop cher."^(informateur)

"Les soins de santé coûtent cher... Vu les problèmes économiques et financiers auxquels fait face la population actuellement, vu le niveau actuel du pouvoir d'achat, je doute fort que les communautés soient en mesure de se payer ce PMS proposé."^(informateur)

La proposition qui a été souvent faite, c'est de mieux organiser cette participation financière de manière à la rentabiliser davantage.

- le système fiscal qui, pour l'instant, ne permet à l'État ni de mobiliser les ressources nécessaires à l'exercice de ses fonctions ni de procéder à la redistribution des richesses nationales.

"L'une des contraintes d'ordre économique à la mise en œuvre de la réforme, c'est la difficulté de perception des impôts par l'État."^(informateur)

"...Il faudrait arriver à trouver un moyen pour redistribuer les richesses et faire en sorte que les riches paient davantage que les pauvres pour l'utilisation des services ..."^(informateur)

8.6 Contexte culturel

L'exploitation analytique des données recueillies tant au niveau des documents que lors des entrevues nous a permis d'appréhender quatre dimensions du contexte culturel

- **les représentations de la santé**

Elles sont traduites dans deux formes de discours qui, tout compte fait, ne semblent pas fondamentalement différentes mais réfèrent à deux logiques différentes:

- D'un côté, le discours professionnel qui réfère à la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé selon laquelle "la santé ne consiste pas seulement en l'absence de maladie mais en un état complet de bien-être physique, mental et social et un équilibre harmonieux avec l'environnement." Cette définition sera d'ailleurs entérinée dans le document de politique nationale duquel nous tirons les extraits suivants:

"Dans le cadre de sa nouvelle politique, l'État haïtien considère que la santé, c'est plus que l'absence de maladie; c'est une capacité d'adaptation physique, mentale et sociale à l'environnement dans lequel l'individu évolue."

"La santé est un problème inter et même transdisciplinaire qui ne peut être abordé que par la conjugaison d'actions concernant les divers secteurs de la vie de l'homme et de la collectivité dans laquelle il s'insère. Elle est la résultante de l'ensemble des processus socio-économiques."

Les professionnels de la santé que nous avons rencontrés sont tout aussi conscients des limites du modèle biomédical et ont insisté sur la nécessité d'interventions

extrasectorielles susceptibles d'influer sur des déterminants de la santé autres que le système de soins.

"Améliorer le niveau d'éducation des gens, promouvoir l'agriculture, auraient peut-être plus d'impact sur la santé des individus que construire un hôpital."_(informateur)

"Il ne sert à rien d'investir tous les moyens dans la santé et de négliger les autres secteurs. On ne peut résoudre le problème de la malnutrition sans poser sérieusement le problème de l'agriculture et le problème foncier. Pour moi, la santé est incluse dans un tout. Pour améliorer la santé de la population, il faut aussi agir sur les secteurs connexes."_(informateur)

"L'amélioration de la santé passe par le développement individuel et le développement collectif."_(informateur)

- De l'autre côté, le discours populaire qui réfère à l'imaginaire culturel haïtien, donc à un champ de significations marqué par le syncrétisme religieux, c'est-à-dire, un alliage de traditions ancestrales africaines et de croyances chrétiennes. La santé est ainsi perçue comme un don de *l'invisible*, mais sa définition retient encore la notion d'équilibre: équilibre physique et spirituel, équilibre entre l'individu et l'univers (cosmos, ancêtres, lwas, divinités), équilibre social (entre les membres d'une même communauté), équilibre individuel (résolution de contradictions personnelles). C'est quand cet équilibre est chambardé que l'individu tombe malade et aura ainsi recours (c'est le choix premier de la majorité des individus notamment dans le monde rural)

aux ressources du secteur traditionnel pour retrouver les signifiants nécessaires à sa ré-équilibration.

- **la perception du rôle de l'État**

État **faible**, État **prédateur**, État **démissionnaire**, État **désorganisé**, autant d'épithètes qui reviennent dans les discours et témoignent d'une perception très négative de l'État actuel considéré comme la cause de bien des maux. Ce qui est reproché à l'État, c'est son absence aux postes de commande et son manque de leadership, ses faiblesses structurelles. Mais ce qui est proposé, ce n'est pas de moins d'État mais d'un autre État. La nécessité de changer l'État, de reconstruire l'État est une position unanime. L'État est constamment interpellé dans les discours comme dans les écrits pour exercer ses fonctions de régulation, de contrôle, de financement, de législation, de fiscalisation, de prestation de services.

Le document de politique nationale de santé donne le ton:

"L'État se doit de garantir le droit à la vie et à la santé de tous les citoyens. Il doit, à travers le Ministère de la Santé Publique en partenariat avec la communauté, définir les priorités de santé, établir les normes et veiller à leur application. Le MSP doit aussi coordonner l'action des différents acteurs du système de santé. La priorité accordée par l'État à la santé doit se refléter dans le budget qui lui est consacré."

Toutes les études réalisées au cours des dernières années vont dans le même sens et recommandent que le Ministère renforce son leadership au niveau du secteur.

- **les valeurs dominantes**

Équité, justice sociale, participation, solidarité constituent les valeurs fondamentales auxquelles se réfèrent les acteurs pour appuyer leurs revendications, justifier leurs choix, conforter leurs objectifs. Déjà en 1987, la Constitution adoptée par référendum stipulait dans son article 19 que

"L'État a l'impérieuse obligation de garantir le droit à la vie, à la santé, au respect de la personne humaine à tous les citoyens, sans distinction, conformément à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme"

Ainsi, pour permettre

"l'édification d'une nouvelle société où **le droit et la justice sociale** deviendront les instruments devant faciliter une pleine **participation** de toute la population au processus national de développement, ...la politique de santé se propose de traduire dans les faits la volonté de répondre à la requête du peuple haïtien en termes **d'équité, de justice sociale et de solidarité.**" (Politique Nationale de Santé)

L'équité réfère dans le contexte à la croyance que les soins de santé devraient être accessibles à tous sans exclusion et de manière permanente.

"Le plus important pour la population, c'est d'avoir accès aux services de santé quand le besoin se fait sentir." (informateur)

"Ce que nous voulons, c'est qu'il n'y ait pas deux catégories de soins de santé. Nous unissons nos forces pour faire en sorte que tous les gens sans exception aient accès aux soins de santé." (informateur)

"Un aspect important de la réforme, c'est la notion d'équité, c'est-à-dire, toutes les communautés, quelle que soit leur localisation à travers le pays, auront droit aux mêmes services de santé et à des services de santé de qualité."^(informateur)

La justice sociale réfère à la croyance que les disparités actuelles entre les différentes catégories sociales devraient être réduites et que les richesses nationales devraient être mieux réparties.

"Les richesses sont mal réparties. Tout est concentré entre les mains d'une petite minorité. Il faudrait arriver à trouver un moyen pour redistribuer les richesses et faire en sorte que les riches paient davantage que les pauvres pour l'utilisation des services. Un système de taxation, par exemple, auxquels seraient astreints tous les citoyens à partir d'un certain niveau de revenu."^(informateur)

La participation réfère à la croyance que les processus de décision devraient être rapprochés des citoyens.

"On ne peut pas planifier des activités de santé pour les populations sans les impliquer dans cette planification. Je crois qu'en impliquant les populations, on les responsabilise par rapport à leur propre santé."^(informateur)

"La décentralisation est quand même un élément majeur qui permettra à la population de s'exprimer et de prendre en main ses responsabilités."^(informateur)

"Je pense qu'il faut non seulement permettre aux communautés de définir eux-mêmes leurs besoins mais aussi leur donner l'opportunité de gérer les fonds qui sont mis à leur disposition pour apporter des solutions appropriées à leurs problèmes spécifiques." (informateur)

La solidarité réfère à la croyance que les individus et les familles peuvent s'entraider. Il est ainsi proposé que les réseaux élémentaires traditionnels fondés notamment sur des liens de parenté et de voisinage et décrits comme la base de l'économie domestique soient mobilisés autour d'enjeux communs comme par exemple le financement des soins de santé.

- **la volonté de changement**

Cette question a été très peu traitée dans les documents que nous avons consultés. Par contre, elle a été abordée dans les entrevues avec les informateurs clés et la perception globale qui s'en dégage est une volonté manifeste de changement de la part des différents acteurs et notamment de la part des populations qui ne peuvent qu'espérer une amélioration de la situation actuelle.

"Les gens ont envie que les choses bougent, quoi! Ils se rendent bien compte de l'ampleur des problèmes et de la dégradation de leur situation." (informateur)

"On n'a noté aucune résistance au niveau des responsables du ministère, des cadres du ministère. Malheureusement, je ne peux pas parler pour l'ensemble du personnel puisque la politique n'a pas été réellement vulgarisée. Ça, c'est un problème, on ne planifie pas un changement sans informer les gens." (informateur)

Des réserves ont été cependant exprimées:

- quant à la volonté politique

- quant à l'appui réel des ONGs considérés actuellement comme des acteurs dominants dont le rôle et les ressources peuvent être affectés dans le cadre de la réforme

"Au niveau des organisations, on a noté beaucoup de résistance au changement, des résistances par exemple sur le plan des découpages. Par exemple, il y a des organisations qui pensent que si elles vont se mettre en réseau et qu'elles vont partager les ressources, ça va les affaiblir." (informateur)

"Je pense que si cette politique arrange certaines organisations, elle dérange néanmoins d'autres...Une ONG qui voit les choses autrement ne va pas facilement s'intégrer au système... Dans la zone, il y a des ONGs qui portent le concept d'UCS, mais il y a d'autres pour qui ce concept n'apporte rien de positif, au contraire, risque de contrarier les plans et projets." (informateur)

- quant à la traduction de cette volonté de changement en de changements réels de comportement

"C'est difficile d'instaurer une nouvelle culture organisationnelle...Ce qui frappe actuellement dans les organisations, c'est l'anarchie, c'est l'indiscipline... Les gens ont perdu l'habitude d'obéir à de règles simples de fonctionnement... Chacun fait ce qu'il veut dans son coin." (informateur)

"Les gens, à mon avis, acceptent la décentralisation si on voit ce qui se passe avec les collectivités territoriales... Ils sont prêts à participer. Ça, c'est une

chose. L'autre chose, c'est se demander s'ils comprennent réellement leur rôle. Pour moi, c'est pas évident. Je crois que ça prend de la formation et du temps aussi."^(informateur)

"C'est un apprentissage long qu'il faudra faire, tant ceux qui délèguent des responsabilités que ceux qui les assument. Ces derniers n'ont pas toujours une notion très claire de leurs limites, des responsabilités qu'ils devraient avoir. Et ceux qui délèguent sont très réticents à lâcher du lest; ce qui est compréhensible."^(informateur)

9.- DISCUSSION

Le cadre théorique que nous avons mis à profit pour l'analyse des données recueillies nous aura ainsi permis d'appréhender la réforme du secteur de la santé à travers de multiples dimensions. Il ressort de cette analyse que le but et les objectifs de cette réforme rencontrent des revendications et des besoins exprimés tant par les communautés que par d'autres acteurs du système. La réforme est ainsi soutenue par des valeurs fortes véhiculées au sein du système social et qui se rapportent à l'équité, à la justice sociale, à la participation, à la solidarité. L'expression très forte de ces revendications au cours de la dernière décennie et un contexte culturel demandeur de changement ont donc permis d'ouvrir, suivant l'expression de Kingdon (1984), cette *fenêtre d'opportunité* pour une réforme du secteur. Cependant, force est de reconnaître, en référence aux données dont nous avons précédemment fait état, que cette fenêtre d'opportunité reste encore obstruée par un certain nombre d'obstacles qui se rapportent à des facteurs critiques pour la mise en œuvre de la réforme: le cadre conceptuel de la réforme, le jeu de rôle des différents acteurs impliqués dans l'offre et l'utilisation des services, les capacités des ressources humaines qui conduisent la réforme et le cadre organisationnel sur lequel elles doivent s'appuyer, l'environnement politique, le financement de la réforme.

Le cadre conceptuel de la réforme

Le déficit majeur du cadre conceptuel dont font d'ailleurs écho toutes les sources est l'absence de planification stratégique, c'est-à-dire, la définition des moyens et ressources qui doivent être mis en œuvre pour transformer les buts et objectifs en une formule

d'action. En effet, dans la littérature, beaucoup d'auteurs accordent une place centrale au rôle de la planification dans le processus de mise en œuvre des réformes. Selon Siler-Wells (1987), l'absence de planification en vue de la mise en œuvre entrave grandement les processus de réforme des systèmes de soins de santé. La nécessité de la planification est dictée tant par la complexité du domaine de la santé (multiplicité des acteurs, multiplicité des champs de compétences, large participation) que par le besoin de contrôler l'incertitude liée aux conditions changeantes de l'environnement de la réforme.

Sur un plan plus empirique, dans la plupart des pays d'Asie Centrale qui ont émergé de l'ex-URSS, les difficultés de mise en œuvre des réformes sont en partie imputées aux lacunes de propositions de réformes jugées vagues et inconsistantes. Dans d'autres pays comme le Kirghizistan où on a élaboré des propositions plus détaillées, il n'est pas toujours clair si les ressources et infrastructures nécessaires sont disponibles ou comment on espère les mobiliser. (McKee, Figueras, Chenet, 1998). En Papouasie Nouvelle Guinée, la mise en œuvre d'un processus de décentralisation sans qu'il y ait un cadre juridique précisant le mode de partage des pouvoirs entre la périphérie et le centre a entraîné des conséquences négatives sur le fonctionnement du centre (Gilson et Mills, 1995). Dans l'expérience de réforme tanzanienne, la décentralisation non planifiée de certaines responsabilités a donné lieu à une structure de gestion inefficace et confuse. (Gilson et Mills, 1995)

En Haïti, au regard de la configuration dessinée dans le chapitre précédent sur le contenu de la réforme, il ressort que son implantation exige que soient relevés au préalable trois défis stratégiques:

- Au niveau systémique, il s'agit de préciser le cadre institutionnel dans lequel vont s'exercer les différentes fonctions du système: la régulation, le financement, la prestation des services, l'utilisation des services. Il s'agit donc notamment de répondre à la question du rôle de l'État et de son niveau d'implication au niveau des différentes fonctions, de définir les mécanismes de coordination du secteur et de régulation de l'aide internationale, d'arrêter les modalités d'articulation entre le privé, le public, le secteur traditionnel.

- Au niveau programmatique, au-delà d'une liste d'éléments constituant un paquet minimal de services, il s'agit de déterminer de manière rigoureuse les ressources humaines, techniques, financières nécessaires à l'offre de ce PMS et de s'assurer des moyens de mobilisation des ressources à court, à moyen et à long terme.

- Au niveau organisationnel, il s'agit d'arrêter les modalités de la décentralisation prévue: le type de décentralisation (politique, administrative), le niveau de décentralisation (commune, ensemble de communes, département), le cadre juridique de la décentralisation, l'arrimage de l'instance décentralisée avec les autres structures administratives locales et avec les niveaux régional et central. Ils s'agit tout aussi bien d'établir la faisabilité du mode de décentralisation choisie: disponibilité des capacités financières, techniques, gestionnaires en périphérie, cohérence administrative et fonctionnelle du mode de décentralisation choisie. La question de la faisabilité est d'autant plus pertinente face au constat d'échec des deux tentatives précédentes de décentralisation: régionalisation en 1983 (quatre instances décentralisées), départementalisation en 1991 (neuf instances décentralisées). Peut-on aujourd'hui

envisager une décentralisation encore plus ambitieuse (puisque l'on parle d'un niveau encore plus bas de décentralisation) sans s'assurer que ne soient au moins contrôlés les obstacles qui ont expliqué les échecs antérieurs?

Cependant, ce qu'il faut aussi admettre, c'est que la planification stratégique n'est pas une panacée. Dans la littérature, tant la validité que la faisabilité de la planification ont été abondamment débattues. Pour des auteurs comme Hambleton (1983) et Solesbury (1981) qui sont très critiques vis-à-vis de la rationalité synoptique, l'élaboration d'une politique n'est pas un exercice toujours rationnel mais doit pouvoir associer toute une combinaison d'éléments (planification, opportunisme, compromis, considérations politiques). Sans nier l'importance des objectifs, Hambleton laisse même supposer qu'une certaine part d'ambiguïté au niveau de la politique est acceptable voire utile en ce qu'elle permet un certain apprentissage et une reformulation de la politique pendant l'étape de la mise en œuvre. Solesbury, pour sa part, à partir de 3 études de cas, a démontré que les structures, les procédures et les mesures de dotations aux fins du processus de planification ne sont pas toujours accompagnées de politiques stratégiques en bonne et due forme; et quand de telles politiques sont en place, elles ne sont pas forcément mises en contribution dans le processus quotidien de prise de décision. En effet, si la planification stratégique est un outil important, elle ne suffit pas à résoudre les conflits potentiels entre ceux qui élaborent les politiques et ceux qui les mettent en œuvre. Elle ne résout pas non plus le problème de la redéfinition des objectifs à l'intérieur de chaque groupe. Elle ne suffit donc pas à elle-même et doit bénéficier de la synergie d'autres variables. Ceci nous amène à l'enjeu suivant.

Le rôle joué par les différents acteurs

En Haïti comme partout ailleurs, la multiplicité des intervenants sectoriels et extrasectoriels impliqués dans l'offre des services de santé (professionnels, politiciens, organisations non gouvernementales, missions religieuses, organisations internationales, populations, groupes de pression, etc.) pose l'exigence d'accorder une place importante à la question du rôle joué par les différentes catégories d'acteurs dans les processus de réforme. Dans la littérature, on s'accorde à dire que la collaboration entre ce large éventail d'acteurs est un facteur favorable à la mise en œuvre des réformes encore que la mise en place de mécanismes efficaces en vue de faciliter cette collaboration semble beaucoup moins évidente. Gray (1985), évoque plutôt 3 conditions susceptibles de faciliter cette collaboration:

- les intéressés reconnaissent leur interdépendance mutuelle
- les intéressés partagent la perception de la collaboration comme stratégie efficace de résolution des problèmes auxquels ils font face
- une autorité ou un intéressé légitime et respecté s'occupe de réunir tous les intéressés, en d'autres termes, il existe un leadership légitime capable d'assurer l'arbitrage entre les politiques différentes voire contradictoires véhiculées par les différents acteurs qui se partagent l'arène politique.

Les données dont nous avons fait état dans le précédent chapitre nous permettent de constater que, sur l'échiquier haïtien, les discours tout au moins véhiculent cette reconnaissance mutuelle et la nécessité de cette collaboration. Par contre l'absence de leadership politique a été identifiée comme une lacune importante du processus. Des

évidences empiriques confortent la reconnaissance de ce lien entre le leadership et la mise en œuvre des réformes. Dans une vaste étude réalisée par Paul-Shaheen (1998), un facteur majeur identifié comme ayant contribué à la réalisation de réformes des systèmes de soins dans sept États Américains a été l'exercice d'un leadership efficace qui s'opposait pour ainsi dire *comme contrepoids à l'inertie structurelle du processus législatif et à l'influence de groupes d'intérêts réticents au changement*. Ces leaders, législateurs et gouverneurs pour la grande majorité, avaient comme caractéristiques communes leur passion pour le changement, leur réalisme politique, le pouvoir dont ils disposaient, leur compréhension et leur expérience des questions de santé, leur maîtrise des processus politiques.

L'émergence d'un leadership politique en Haïti semble cruciale pour combler le vacuum existant, obtenir les coalitions nécessaires, promouvoir une politique unifiée, harmoniser l'action des multiples intervenants, mettre véritablement à l'œuvre l'agenda de la réforme et non autant d'agendas qu'il n'y a de groupes d'intérêts.

Un autre défi de taille est la participation du public. La Déclaration d'Alma-Ata a établi un lien sans équivoque entre les soins de santé primaires et la participation pleine et entière des communautés. Selon cette déclaration, les individus ont le droit et le devoir de participer à la planification et à la prestation des soins nécessaires à leur santé. Deux arguments majeurs évoqués par Kushner (1998) justifient de l'inclusion des consommateurs dans le processus de formulation et de mise en œuvre des politiques sanitaires. Le premier réfère à la nécessité de tenir compte de l'information que peuvent apporter les informateurs en vue de la prise de décision. C'est sans doute un truisme que

de dire que les décisions seront plus judicieuses si l'on consulte les consommateurs afin d'adapter les services en fonction de leurs attentes et de leurs préférences. Le deuxième réfère à l'utilisation qui peut être faite de cette participation comme moyen de stimuler le sens civique des communautés et de renforcer la propriété du public à l'égard des institutions et des processus publics.

En Haïti, il existe un curieux paradoxe entre la rhétorique du discours politique qui met en avant la participation citoyenne et la faible implication des acteurs locaux dans le processus. Cette lacune majeure laisse mal entrevoir comment pourront s'opérer ce renforcement du rôle du citoyen et cette amplification des dynamismes locaux indispensables à la viabilité d'un tel projet. Il est évident aujourd'hui qu'il y a un retard important à combler quant à l'information des citoyens et à leur mobilisation autour du projet de réforme. Dans le contexte de crise institutionnelle actuelle, la démarche descendante entreprise ne se soldera par des résultats que si elle trouve un confluent avec la dynamique de structuration ascendante de la société civile. Il semble donc ingénieux de pouvoir miser sur les acteurs de la société civile et légitimer auprès d'eux les stratégies et les structures nouvelles qu'on tente de mettre en œuvre.

On ne peut non plus passer sous silence cette faible implication des professionnels de la santé. Comme pour la plupart des services, les systèmes de soins médicaux restent essentiellement des organisations de main-d'œuvre. La mise en œuvre d'une réforme pose donc pour la main-d'œuvre sanitaire des enjeux importants en termes de nouvelles façons de faire, de compétences à acquérir, d'organisation différente du travail, de

modifications des conditions de travail. Il y a donc un intérêt majeur à associer les professionnels de santé aux changements proposés.

Enfin, à ce chapitre, nous devons aussi traiter des acteurs de l'assistance externe dont le rôle au niveau de la réforme, nous l'avons vu, est fortement débattu. On y trouve des avantages: financement des services et des programmes, assistance technique. Mais de multiples problèmes ont été relevés: manque de coordination entre les agences, prolifération d'interventions non coordonnées des organisations non gouvernementales, primauté à une logique de projets plutôt qu'à une logique de système, manque de cohésion entre les interventions financées par l'assistance externe et les objectifs de la réforme, vision à court terme, substitution des organisations externes à des fonctions dévolues à l'État.

Dans la littérature, on retrouve peu d'études empiriques qui établissent un lien entre les caractéristiques de l'aide internationale et la mise en œuvre des réformes. Mais une hypothèse forte qui semble faire consensus est que l'assistance externe a plus d'impact dans les pays qui en arrivent d'abord à adopter une politique de santé susceptible d'améliorer l'état de santé de leur population (Folz, 1994). Comme le précisent Peters et Chao (1998), le changement doit ainsi être l'œuvre des acteurs locaux et l'assistance externe devrait, non pas conduire les réformes mais plutôt faciliter leur mise en œuvre et aider les acteurs locaux à s'assurer de leur viabilité. Tout ceci semble cohérent avec l'évidence établie par Burnside et Dollar (1997) concernant le lien entre l'aide internationale, la politique économique et la croissance économique. Leur étude démontre que l'augmentation de l'aide à des pays qui ont su se doter d'une politique

macro-économique pertinente est associée à une diminution de la mortalité infantile alors que dans les pays où cette politique n'est pas claire et pertinente, l'aide n'a aucun effet. Une autre étude réalisée au Ghana (Hiscock, 1995) révèle que le leadership local exercé par le Ministère de la santé a eu des effets déterminants sur les modalités de l'aide: coordination améliorée, refus des programmes qui pouvaient aller à l'encontre des objectifs nationaux, canalisation de l'aide vers des domaines spécifiques établis par le Ministère, flexibilité au niveau des procédures. Il en est résulté une plus grande viabilité des actions entreprises et une meilleure articulation des interventions autour des objectifs nationaux.

D'un autre côté, l'approche traditionnelle de gestion par projets qui a prévalu dans l'assistance à la santé a été reconnue comme pouvant poser plusieurs obstacles à la mise en œuvre des réformes (Smithson, 1995; Henderson, 1995; Cassels, 1997; Peters et Chao, 1998):

- difficultés pour les gouvernements de développer et de mettre en œuvre des politiques sectorielles cohérentes en raison de la duplication des initiatives et des agendas, des conflits entre les approches et priorités définies par les gouvernements et celles définies par les bailleurs de fonds
- multiplication d'unités de gestion de projets avec comme conséquence une gestion inefficace de capacités déjà limitées.
- *focalisation* sur les intérêts et les objectifs spécifiques générés par les projets plutôt que sur les objectifs sectoriels

Il en ressort donc que l'assistance externe, à maints égards positifs, peut aussi générer des effets potentiellement déstabilisateurs qu'il importe de contrôler. Ce contrôle passe d'une part, par l'affirmation d'un leadership au niveau local pour assurer la coordination et la gestion efficace de l'aide et son orientation vers les objectifs de la réforme, d'autre part une remise en question des approches traditionnelles de l'assistance externe pour l'adoption d'approches innovatrices centrées sur le renforcement des capacités locales

Les capacités techniques des ressources humaines

La réforme des systèmes de soins de santé est un processus hautement technique et complexe qui nécessite des tâches analytiques touchant à des domaines variés: les finances publiques et la fiscalité, les procédures d'allocation des ressources dans des conditions de rareté de ressources, l'évaluation économique, l'épidémiologie, l'évaluation des programmes, la sociologie, l'économie politique, etc. Les capacités techniques requises pour cet agenda analytique constituent donc des ressources critiques pour la réforme et devraient donc soit précéder le processus soit pouvoir être développées dès sa mise en branle. Empiriquement, les pays qui ont connu le plus de succès dans la réforme de leurs systèmes de soins de santé (Europe de Nord et occidentale, Amérique du Nord) sont ceux qui pouvaient disposer de systèmes d'information suffisamment fiables et de capacités techniques susceptibles de leur permettre d'élaborer des politiques cohérentes et viables (Saltman et Figueras, 1997). D'autres pays émergents de l'Est comme la République tchèque, la Hongrie, la Slovénie ont tout aussi connu une certaine réussite imputée en partie aux capacités existantes. Ce n'est pas le cas pour les pays d'Asie Centrale que nous avons évoqué ci-devant et qui eux devaient composer avec l'absence

de cette masse critique de professionnels dotés de compétences en développement et mise en œuvre de politiques.

En Haïti, les données recueillies permettent de constater que *l'infrastructure intellectuelle locale* nécessaire à la réalisation de cet agenda analytique est plutôt faible. Le contexte organisationnel dans lequel évolue les ressources humaines est tout aussi déficient: information réduite, conditions de travail peu stimulantes, instabilité administrative, faible coordination. La substitution effectuée par la coopération technique internationale n'est sans doute pas la meilleure réponse car génère aussi ses conséquences négatives: résistance à l'appropriation des analyses et recommandations effectuées par ces coopérants, asymétrie dans le volume de ressources que les participants internes et externes apportent au débat politique, faible capacité critique locale vis-à-vis des travaux des consultants externes. L'une des plus grandes priorités pour la réforme, c'est donc d'investir au niveau de la formation continue et d'engager le processus plus global de développement des ressources humaines de manière à ajuster la main-d'œuvre aux nouveaux impératifs.

L'environnement politique

L'environnement politique d'un pays, la structure et le fonctionnement de ses institutions politiques peuvent avoir un impact majeur sur sa capacité à réaliser la réforme du secteur de la santé (Immergut, 1992). En Haïti, certaines caractéristiques du contexte politique ont été identifiées comme des obstacles à la mise en œuvre de la réforme: l'instabilité politique et l'absence de continuité de l'État, le manque de volonté politique et le manque

de légitimité des autorités politiques, le caractère éphémère des cycles politiques, la pratique de la tabula rasa à chaque nouveau cycle politique, les fortes tensions entre les différents pôles de pouvoir.

Des relations analogues sont établies par Saltman et Figueras (1997) entre les caractéristiques du contexte politiques et la mise en œuvre des réformes dans les pays de la Communauté des États Indépendants. Un obstacle clé identifié est l'émergence de gouvernements faibles portés au pouvoir par des coalitions multipartites fragiles souvent dans un contexte de tensions entre la Présidence, le Parlement et les gouvernements régionaux. Dans la plupart de ces pays, les cadres à tous les niveaux du processus politique ont été évincés pour être remplacés par des recrues qui n'ont ni les compétences ni l'expérience requise pour les tâches auxquelles elles sont affectées. La plupart des gouvernements ont une durée de vie courte, ce qui entraîne des changements fréquents dans l'administration et une succession de propositions de réformes. La tendance est présente là aussi de remettre en cause tout ce qui a été engagé par une administration précédente pour tout recommencer. Tous ces éléments sont associés à des difficultés majeures pour réformer les systèmes de santé et à une fragilité des processus politiques.

Le financement de la réforme

On a beaucoup de raisons de penser que la disponibilité de ressources pour le secteur de la santé est grandement fonction du contexte macro-économique. A partir des années 1960, les pays développés ont connu une forte croissance économique et parallèlement

leurs systèmes de soins de santé se sont considérablement développés. On a vu émerger les États-Providence, l'avènement des régimes d'assurance-maladie universelle et des ressources importantes allouées au secteur de la santé. Plusieurs études confirment que les pays riches ont tendance à consacrer une plus forte proportion de leurs ressources aux soins de santé que les pays moins aisés (Abel-Smith, 1967; Kleiman, 1974; Newhouse, 1977). Une étude comparative de treize pays de l'OCDE (Brousselle, 1998) montre que les pays dont le PIB est le plus élevé sont ceux qui dépensent le plus en valeur et ceux qui consacrent la plus grande part de leur PIB à la santé.

Par contre, la récession économique des années 80 s'est accompagnée de fortes pressions sur les ressources disponibles pour le secteur. Dans la plupart des pays, elle s'est traduite par une place de plus en plus accrue occupée par le secteur privé et des tentatives de déplacer les charges financières auparavant prises par l'État sur les individus, les institutions autonomes, les collectivités régionales et locales. Le souci d'efficience devenu omniprésent dans les objectifs de réforme donne lieu à toute une série de mesures visant à rationaliser les ressources. Les budgets globaux ont été ainsi accompagnés de mécanismes incitatifs à l'efficience. De nouveaux systèmes de paiement sont testés. Des alternatives à l'hospitalisation (chirurgie d'un jour, services hospitaliers d'un jour, aides à domicile) rendues possible par le développement des technologies sont mises en œuvre par le biais de la réaffectation des ressources. L'assurance de qualité et les soins de santé primaires suscitent de plus en plus d'intérêts.

Dans les pays en développement et les pays moins avancés où les contraintes de ressources sont encore plus aiguës, les problèmes de financement et des modes de

financement souvent inappropriés influent directement sur la distribution des services de santé, créant de graves problèmes d'accessibilité pour les groupes de populations défavorisées qui ont une faible capacité à payer. Ces pays font ainsi face à un double enjeu:

- d'une part l'utilisation efficiente des ressources disponibles. Les dépenses de santé per capita de l'ordre de vingt-sept dollars US en Haïti correspondent à plus du double de la valeur estimée par la Banque Mondiale (1994) pour la fourniture d'un programme de soins de santé de base d'un bon rapport coût-efficacité dans le contexte des pays d'Afrique à faible revenu (soit 13 dollars). Il n'est pas sans risque d'extrapoler une telle estimation à une réalité socio-économique haïtienne qui présente des similitudes mais reste à maints égards différente. Toutefois, les données recueillies ont fait état de différents facteurs qui affectent tant l'efficacité macro-économique que l'efficacité micro-économique: absence de planification régionale, multiplicité et faible contrôle des sources de financement, multiplicité et hétérogénéité des intervenants, fragmentation des systèmes locaux, duplication des services, manque de complémentarité dans les actions. Comme l'ont relevé les informateurs, on peut donc faire mieux avec les ressources disponibles.

- d'autre part la mobilisation de ressources supplémentaires pour augmenter la couverture et la qualité des services. S'il est évident que l'utilisation efficiente des ressources existantes est une garantie d'obtention d'économies qui peuvent être réaffectées ailleurs, il faut aussi reconnaître que le processus de réforme implique au départ des coûts additionnels nécessités par le renforcement de l'infrastructure

périphérique, la formation des agents de santé de tous niveaux, la mise en place d'un système d'information, la mise en place du nouveau cadre institutionnel. En Haïti, on n'a pas pour l'instant d'indications fiables sur les coûts qu'impliquent la mise en œuvre de cette réforme. Les données recueillies tendent aussi à faire croire que l'État n'a pas véritablement les moyens financiers de cette réforme et reste à cet égard dépendant des nombreux engagements de la communauté internationale. Encore faut-il qu'il prenne les moyens pour que l'aide soit bien coordonnée et serve suffisamment les objectifs de la réforme.

Toutefois, les garanties pour le court terme ne peuvent aucunement occulter le moyen et le long terme où le principal défi est la mise en place de mécanismes efficaces susceptibles de générer les ressources suffisantes pour payer les services, en assurer la pérennité et briser la forte dépendance par rapport à l'aide internationale. Plusieurs options concourent actuellement au niveau du débat: le recouvrement des coûts par le paiement direct dans la tradition de l'initiative de Bamako, les mutuelles de santé, le système national d'assurance universelle. Chacune de ces options mérite d'être étudiée de manière approfondie en vue d'en établir la faisabilité et l'adéquation par rapport aux objectifs de la réforme. Cependant, des évidences empiriques portent à faire croire que les différents modes de financement ne sont pas mutuellement exclusifs (OCDE, 1992; OCDE, 1995) et que la plupart des pays financent leur système de soins au moyen de plus d'un modèle selon le secteur visé, la population cible et le type de soins. Certaines options ne sont donc, pour ainsi dire, qu'un alliage de plusieurs modèles articulés de manière suffisamment cohérente pour devenir complémentaires et servir les objectifs de la réforme. L'OCDE, dans les publications susmentionnées a ainsi identifié sept modèles

comportant différentes combinaisons de sources de financement et de modalités de paiement des prestataires. Dans le cas haïtien, le paiement direct des soins largement pratiqué actuellement, même s'il permet de mobiliser une certaine quantité de ressources pour le secteur ne peut suffire à l'objectif d'équité de la réforme et d'universalité du paquet minimal de services. Il en impose pour des interventions majeures au niveau de la fiscalisation, de l'organisation de la contribution des citoyens et un meilleur contrôle par les pouvoirs publics des mécanismes d'accumulation et d'allocation des ressources.

10.- CONCLUSION

L'outil conceptuel utilisé dans le cadre de cette recherche a donc permis de démontrer que l'implantation de la réforme du système de soins reste tributaire de facteurs liés au contenu de la réforme, aux acteurs concernés et au contexte. Le tableau plutôt complexe obtenu en confrontant ce cadre au cas haïtien propose certes des réponses à la question de recherche et des pistes d'action mais elle suggère aussi de nouvelles questions. En effet, dans notre analyse, nous avons essentiellement considéré la relation directe de chaque variable indépendante par rapport à la variable dépendante. Il reste donc à savoir comment interagissent les variables indépendantes et l'impact de ces interactions sur la variable dépendante. Environnement politique et contexte économique par exemple, peuvent-ils être considérés indépendamment? Agissent-ils de manière synergique pour favoriser ou inhiber le processus de réforme? Ou l'un est-il la résultante de l'autre? Quel est le poids relatif de chacune des variables indépendantes? Autant de questions qui nécessitent d'être approfondies.

Une autre question tout aussi pertinente, plutôt d'ordre méthodologique, est la valeur du jugement qu'on peut porter à partir de l'utilisation d'un tel outil. Autrement dit, comment éviter la confusion entre des jugements politiques et moraux et le savoir scientifique? Une telle question est récurrente dans le domaine de la recherche évaluative en sciences sociales où il s'agit toujours de porter un jugement. Comment alors faire la part entre un jugement objectif et un jugement de valeur? Doit-on s'en tenir à l'idéal de neutralité axiologique de Weber ou plutôt reconnaître que l'observation de la réalité n'est ni neutre ni spontanée et que les faits humains sont "construits" (Von Glaserfeld, 1988) par des

acteurs qui donnent un sens au monde et fabriquent ce monde (Mucchielli, 1991)? Le point final du débat n'est pas écrit. Mais l'absence d'une réponse consensuelle ne signifie pas pour autant l'impasse. La triangulation des sources et des méthodes, plutôt que le "fétichisme de la méthode" (Bourdieu, 1979), offre les moyens d'une approche holistique de l'organisation et du fonctionnement des soins de santé et de leur évolution. En ce sens, cette recherche ne peut que poser des jalons pour d'autres.

11.- BIBLIOGRAPHIE

- (1967) Abel-Smith B., "An International study of health expenditure", **Genève: OMS**
- (1995) Angus D. E., "Pour un système de soins de santé viable au Canada", Rapport de synthèse, **Projets de recherche socio-économique des Universités d'Ottawa et de Queen's**
- (1982) Apthorpe R. & Conyers D., "Decentralisation, recentralisation and popular participation in developing countries: towards a framework for analysis", **Development and Peace**, vol. 3: 47-59
- (1991) Atlan H., "L'intuition du complexe et ses théorisations". Colloque de Cerisy: les théories de la complexité, autour de l'oeuvre d'Henri Atlan, sous la direction de Françoise F. Soulié avec la collaboration de Véronique Havelange et Maurice Wilgram, p.283-296, **Paris: Seuil**
- (1980) Baguenard J., "La décentralisation territoriale", collection que sais-je?, **Paris: PUF**
- (1993) Banque Mondiale, "Investir dans la santé", Rapport sur le Développement dans le monde, **Washington D.C.**

(1994) Banque Mondiale, "Pour une meilleure santé en Afrique, les leçons de l'expérience", **Washington D.C.**

(1997) Banque Mondiale, "World development report 1997", **Oxford University Press**

(1998) Barnes-Josiah D., Myntti C., Augustin A., "The three delays as a framework for examining maternal mortality in Haïti", **Social Science and Medicine**, vol. 46, 8: 981-993

(1970) Bentham J., "An Introduction to the principles of morals and legislation", **London: The Athlone Press**

(1994) Bergeron P., Gagnon F., "Le système de santé au Québec: organisation, acteurs et enjeux" in Lemieux V. et al., Le système de santé au Québec, p. 9-39, **Sainte Foy: Presses de l'Université Laval**

(1995) Berman P., "Health sector reform: making health development sustainable", **Health Policy**, vol 32: 13-28

(1997) Bernard M., "L'utopie néolibérale", **Canada: Editions du Renouveau Québécois**

(1984) Borja J., "Descentralización: una cuestión de metodo", **Revista Mexicana de Sociologia**, vol. 46: 5-33

(1979) Bourdieu P., "La distinction critique sociale du jugement", **Paris: Éditions de Minuit**

(1998) Brousselle A., "Le contrôle des dépenses de santé: ce qui compte", in La Santé au Canada: un héritage à faire fructifier, Études commandées par le Forum National sur la Santé, vol. 4: 35-86, **Canada: Éditions MultiMondes**

(1997) Burnside C., Dollar D., "Aid, politic, growth", World Bank working paper, no 1777, **Washington DC**

(1958) Carrère P., "Notes sur l'Analyse régionale", **Etudes et Conjonctures**, mars 1958

(1997) Cassels A., "A guide to sector-wide approaches for health development: concepts, issues and working arrangements", **World Health Organization**

(1995) Chernichovsky D., "What can developing economies learn from health systems reform el developed economies? ", **Health policy**, vol. 32: 79-91

(1996) Contandriopoulos A.P. & al., Éléments financiers incitatifs/dissuasifs du système de santé du Canada, **GRIS, Université de Montréal, Groupe Secor**

(1994) Contandriopoulos A.P., "Réformer le système de santé: une utopie pour sortir d'un statu quo impossible", **Ruptures, Revue Transdisciplinaire en Santé**, vol. 1, 1: 8-

(1996) Contandriopoulos A.P., "Transformer le système de santé", **Ruptures, Revue Transdisciplinaire en Santé**, vol.3, 1: 10-17

(1992) Contandriopoulos A.P., Champagne F., Denis J.L., Pineault R., "L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes", **GRIS, Université de Montréal**

(1990) Contandriopoulos A.P., Champagne F., Potvin L., Denis J.L., Boyle P. "Savoir préparer une recherche", **Montréal: P.U.M.**

(1995) Conyers D., Cassels A. & Janovsky K, " Decentralization and Health Systems Change: a framework for analysis", **Genève OMS**

(1976) Crozier M., Thoenig J.C, "L'importance du système politico-administratif territorial", in Décentraliser les responsabilités. Pourquoi? Comment?, **Paris: Documentation française**

(1981) Dall'Acqua G.F., "Esperienze di decentramento territoriale di attività socio-sanitarie nel comune di Torino", **Minerva Medica**, vol. 72: 1-20

(1976) Debbasch C., "La décentralisation pour la rénovation de l'État", **Paris: PUF**

(1984) De Bruyne P., Herman J., De Schoutheete M., "Dynamique de la recherche en sciences sociales", Vendôme, **Paris: PUF**

(1997) Denis, J-L., Brémond M., Contandriopoulos A.P., Cazale L., Leibovich E., "Organiser l'innovation, imaginer le contrôle dans le système de santé", **Ruptures, Revue Transdisciplinaire en Santé**, vol.4, 1: 96-114

(1990) Denis, J-L., Champagne F., "L'analyse de l'implantation: modèles et méthodes", **La Revue Canadienne d'Évaluation de Programme**, vol. 5: 47-67

(1997) Desmarceaux R. H., "Découvrir et modéliser le capital social comme un produit stratégique dans nos organisations socio-sanitaires", **Huitième Colloque Jean-Yves Rivard, Université de Montréal**

(1992) Dominique G., "Manager dans la complexité, Réflexions à l'intention des dirigeants", **Paris: INSEP**

(1978) Elmore, R.F. "Organisational models of social programs implementation", **Public Policy**, vol 26: 185-228

(1986) Erickson F., "Qualitative methods in research on teaching, " in M.C. Wittrock, **Handbook of research on teaching**, p. 119-161, **New-York: Macmillan**

(1993) Etzioni A, "The spirit of community; the reinvention of American society", **New York: Touchstone**

(1989) Field M.G., "Success and crisis in National Health systems: a comparative approach", **New York: Routledge**

(1994) Folz A.-M., "Donor funding for health reform in Africa: is non-project assistance the right prescription?" **Health Policy and Planning**, vol 9, 4: 371-384

(1994) Frenk J., "Dimensions of health systems reform", **Health Policy**, vol. 27: 19-34

(1997) Frenk J., "Structured pluralism: toward an innovative model for health system reform in Latin America", **Health Policy**, vol. 41: 1-36

(1993) Friedberg E., "Le pouvoir et la règle", **Paris: Editions du Seuil**

(1995) Gilson L. & Mills A., "Health sector reform in sub-Saharan Africa: lessons of the last ten years", **Health Policy**, vol. 32: 215-243

(1991) Glendon M. A., "Rights talk: the impoverishment of political discourse", **Canada: Editions du Boréal**

(1994) Granrut C., "Europe, le temps des régions", coll. Décentralisation et Développement local, **Paris: Librairie Générale du Droit et de la Jurisprudence**

(1985) Gray B., "Conditions facilitating interorganizational collaboration", **Human Relations**, vol. 38, 10: 911-936

(1983) Hambleton R., "Planning systems and policy orientation", **Journal of Public Policy**, vol. 3, 4: 397-418

(1995) Hammer J. S. & Berman P., "Ends and means in public health policy in developing countries", **Health Policy** vol. 32: 29-45

(1995) Henderson P.L., "Donor and government constraints to sustainability in Nepal", **Health Policy and Planning**, vol. 10, suppl.: 17-27

(1983) Herichon E., "La décentralisation", **Paris: Hatier**

(1995) Hiscock J., "Looking a gift horse in the mouth: the shifting power balance between the Ministry of Health and donors in Ghana", **Health Policy and Planning**, vol. 10, suppl.: 28-39

(1981) Huberman M.A., "Splendeurs, misères et promesses de la recherche qualitative", **Éducation et Recherche**, vol 3: 3, 233-249

(1991) Huberman M.A. & Miles M.B., "Analyse de données qualitatives, Recueil de nouvelles méthodes", Collection Pédagogies en Développement, Méthodologie de la recherche, **Bruxelles: De Boeck Université**

(1995) Hurst J., "Nouvelles orientations de la politique de santé", *Études de politique de santé*, no. 7, **Paris: OCDE**

(1992) Immergut E., "Health politics: Interests and institutions in Western Europe",
Cambridge: Cambridge University Press

(1970) Jones C.O., "An introduction to the study of public policy", **Belmont, California.**

(1996) Jönsson B., "La réforme des systèmes de santé, La volonté de changement",
Études de politiques de santé no. 8, **Paris: OCDE**

(1996) Kent B. et Walt G., "Aid coordination for health sector reform: a conceptual
framework for analysis and assessment", **Health policy**, vol. 38, p. 173-187

(1985) Keynes, J. M., "Théorie générale de l'emploi, de l'intérêt et de la monnaie",
traduit de l'anglais par Jean de Largentaye, **Paris: Payot**

(1995) Kikulis L.M., Slack T. & Hinings C.R., "Sector-specific patterns of
organizational design change", **Journal of Management Studies**, vol. 32, p.67-100

(1984) Kingdom J., "Agendas, Alternatives and public policies", **Boston: Little Brown
& co**

(1986) Kirk J., Miller M.L., "Reliability and validity in qualitative research", Beverly
Hill, Sage publishing inc., **University paper series on qualitative research methods**,
vol. 1, 87 p.

(1997) Kizito N. B., "Politique de restructuration du secteur de santé et marché informel: les liens non établis", **Cahiers d'Études et de Recherches Francophones, Santé**, vol. 7: 423-4

(1974) Kleinman E., "The determinants of national outlay on health", in Perlman M., *The Economics of Health and Health Care*, **London: Macmillan**

(1970) Kuhn T., "The structure of scientific revolutions", *International Encyclopedia of unified science*, **University of Chicago Press**

(1998) Kushner C., Rachlis M., "Stratégies pour accroître la participation des consommateurs à l'élaboration des politiques de la santé", in La Santé au Canada: un héritage à faire fructifier, Études commandées par le Forum National sur la Santé, vol.5: 307-363, **Canada: Éditions MultiMondes**

(1974)Lalonde M., "Nouvelle perspective de la santé des Canadiens", **Ottawa**

(1996) Lamarche P.-A., "Décentralisation et démocratisation: des enjeux déterminant dans la transformation des systèmes socio-sanitaires", in La planification des services sociaux et de santé, Enjeux politiques et méthodologiques, p.3-19, **Les Publications du Québec**

(1974) Lemieux V., "Étude des politiques gouvernementales au Québec: un inventaire et quelques suggestions", in Analyse des politiques gouvernementales: théories et méthodes, Série Notes et travaux de recherche, **Université Laval**

(1892) "Manifeste d'Eisenach", **Revue d'Economie Politique**, Paris. La version originale date de 1872.

(1994) Marmor T., Barer M.L., Evans R. G., "Les déterminants de la santé de la population: comment améliorer l'état de santé dans les pays démocratiques?", in Être ou ne pas être en bonne santé, p.223-236, **Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal**

(1970) Massart-Pierard F., "De la notion de région", in L'Europe des régions, **colloque de Genève** sous la direction de D Sidjanski.

(1995) Maynard A., Bloor K., "Primary care and health care reform: the need to reflect before reforming", **Health policy**, vol. 31: 173

(1998) McKee M., Figueras J., Chenet L., "Health sector reform in the former soviet republics of Central Asia, **International Journal of Health Planning and Management**, vol. 13: 131-147

(1978) Menier J., "La Décentralisation: aménagement ou rupture? ", **Revue administrative**, no 181

(1984) Miles M.B. & Huberman M.A., "Drawing valid meaning from qualitative data: toward a shared craft", **Educational Researcher**, p. 20-30

(1994) Miles M.B. & Huberman M.A., 2^{ème} édition, "Qualitative data analysis; A expanded sourcebook of new methods", **Beverly Hills: Sage Publications**

(1991) Mills A., Vaughan J.P., Smith D.L., Tabibzadeh I., "La décentralisation des systèmes de santé: concepts, problèmes et expériences de quelques pays", **Genève: OMS**

(1991) Milton I. R., "National Health systems of the world", 2 vol., **New York, Oxford: University Press**

(1990) Mintzberg H., "Le management, voyage au centre des organisations, traduit par Jean Michel Behar", **Montréal: Les Editions Agence d'Arc**

(1979) Mishler E., "Meaning in context: is there any other kind? ", **Harvard Educational Review**, vol. 49, 1: 1-19

(1991) Morin E., "De la complexité: complexus". Colloque de Cerisy: les théories de la complexité, autour de l'œuvre d'Henri Atlan, sous la direction de Françoise F. Soulié avec la collaboration de Véronique Havelange et Maurice Wilgram, p.283-296, **Paris: Seuil**

- (1960) Motte B., "Les conceptions" in Les Essais, **Paris**
- (1987) Mougeot M., "La régionalisation du système de santé français", in La Santé, perspectives médicales et économiques, **Genève: Éditions régionales européennes**
- (1991) Muchielli A., "Les méthodes qualitatives", Que sais-je?, **Paris: PUF**
- (1977) Newhouse J.P., "Medical care expenditure: a cross-national survey", **Journal of Human Resources**, vol. 12: 115-125
- (1988) Nozick R., "Anarchie, Etat et utopie", coll. Libre Echange, **Paris: PUF**
- (1992) OCDE, "La réforme des systèmes de santé, Analyse comparée de 7 pays de l'OCDE", Études de politique de santé, no 2, **Paris: OCDE**
- (1994) OCDE, "La réforme des systèmes de santé, Étude de 17 pays de l'OCDE", Études de politiques de santé, no. 5, **Paris: OCDE**
- (1995) OMS, "Les systèmes de santé de district, Étude mondiale et régionale fondée sur l'expérience de divers pays", **Genève: OMS**
- (1981) OMS, "L'évaluation des programmes de santé: principes directeurs pour son application dans le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national", Série Santé pour tous, no. 6, **Genève: OMS**

(1981) OMS, "Processus gestionnaire pour le développement sanitaire national", Série Santé pour tous, no. 5, **Genève: OMS**

(1998) Paul-Shaheen P.A., The states and health care reform: the road traveled and lessons learned from seven that took the lead, **Journal of Health Politics, Policy and Law**, vol. 23, 2: 319-361

(1951) Parsons T., "The Social System", **New-York: Free Press**

(1977) Parsons T., "Social Systems and the Evolution of Action Theory", **New-York: Free Press**

(1998) Peters D., Chao S., "The sector-wide approach in health: what is it? what is it leading?", **International Journal of Health Planning and Management**, vol. 13: 177-190

(1983) Plummer K., "Documents of life: an introduction to the problems and literature of a humanistic method", **London: Allen and Unwin**

(1920) Pigou C., "Economics of Welfare", **London: McMillan**

(1969) Pinto R.& Grawitz M., "Méthodes des sciences sociales", 3ème édition, **Paris: Dalloz**

(1974) Plant R., "Community and ideology", **London: Routledge and Keagan Paul**

(1998) Programme des Nations Unies pour le Développement, "Human development report 1998", **Oxford: Oxford University Press**

(1998) Popay J., Rogers A., Williams G., "Rationale and standards for the systematic review of qualitative literature in health services research", **Qualitative Health Research**, vol. 8: 3, 341-351

(1993) Putnam R.D., "Making Democracy work, Civic traditions in Italy", **Princeton: Princeton University Press**

(1995) Reich M. R., "The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceuticals policies", **Health policy**, vol. 32: 48-59

(1996) Rifkin J., "La fin du travail", **Montréal: Éditions du Boréal**, Traduit de l'américain par Pierre Rouve

(1984) Rosanvallon P., "La crise de l'État-Providence", **Paris: Éditions du Seuil**

(1993) Rossi P.H. & Freeman H.E., "Evaluation: a systematic approach", 5th edition, **Beverly Hills, Ca: Sage Publications**

(1984) Rutman L., "Using program evaluation to identify cost savings", **Optimum**, vol. 15, 4: 82-105

(1987) Sabatier P., "Knowledge, policy-oriented learning and policy change". **Knowledge: creation, diffusion, utilisation**, vol. 8: 649-92

(1997) Saltman R.B., Figueras J., "European health care reform, analysis of current strategies", **WHO, Regional Publications**, European series, no 72

(1987) Sandier S., "L'organisation des systèmes de santé dans quelques pays", in Systèmes de santé, pouvoirs publics et financeurs: qui contrôle quoi? , p. 39-53, **Paris: Documentation française**

(1981) Scheirer M. A., "Program implementation: the organisational context", **Beverly Hills: Sage Publications**

(1995) Schieber G. J., "Preconditions for health reform: experiences from the OECD countries", **Health Policy**, vol. 32:

(1984) Schultz R.I., Ginzberg M.J., Lucas Jr. H.C., "A structural model of implementation", in Management Science Implementation, p. 55-88, **Greenwich: JAI Press**

(1987) Sen A., "On ethics and economics", **Oxford: Basil Blackwell**

(1987) Siler-Wells G., "An implementation model for health system reform", **Social Science and Medicine**, vol. 24, 10: 821-832

(1995) Smithson P., "Quarts into pint jugs? The financial viability of health sector investment in low income countries", **Health Policy and Planning**, vol. 10, suppl.: 6-10

(1981) Solesbury W., "Strategic planning: metaphor or method?", **Policy and Politics**, vol. 9, 4: 419-437

(1996) Taieb H., Toulouse J.-M. & al., "La stratégie des organisations: une synthèse", **Montréal: Les Éditions Transcontinental**

(1984) Taylor C., "Application de la recherche sur les systèmes de santé", Cahiers de Santé Publique, no. 78, **Genève: OMS**

(1967) Tocqueville A., "L'Ancien Régime et la Démocratie", **Paris: Gallimard**

(1987) Van der Maren J.-M., "De la nécessaire distinction des méthodes de recherche en sciences de l'éducation", **Faculté des Sciences de l'Éducation, Université de Montréal**

(1996) Van der Maren J.-M., "Méthodes de recherche pour l'éducation", 2^{ème} édition, **Montréal: P.U.M.**

(1987) Van der Maren J.-M., "Méthodes qualitatives de recherche en éducation", Conférences données au CIRADE, UQAM, **Université de Montréal et CIRADE, UQAM**

(1996) Varet L. A. G., "La Décentralisation de l'action publique", **Courrier du CNRS**, no 82: 177-180

(1992) Vergara F., "Introduction aux fondements philosophiques du libéralisme", **Paris: Editions La Découverte**

(1988) Von Glaserfeld E., "Introduction à un constructivisme radical", L'invention de la réalité, Contributions au constructivisme, collectif dirigé par Watzlawick, **Paris: Seuil**

(1909-1913) Wagner A., "Les fondements de l'Economie Politique", **Paris: Giard et Brierre**, vol. 3, Traduction française par Léon Polack

(1994) Walt G., "Power and policy process", Health Policy, London: **Zed Books**

(1981) Wright V., "Questions d'un jacobin anglais", **Pouvoirs**, no 19

(1984) Yin R. K., "Case study research, Design and methods", **Beverly Hills: Sage Publishing inc.**

ANNEXE 1: LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

ANNEXE 1: LISTE DES DOCUMENTS CONSULTÉS

(1997) AEDES-CIDEF, "Étude sur le financement des services de santé en Haïti", vol. 1 et 2, rapport réalisé dans le cadre du projet MSPP/IDA/Banque Mondiale par Schmets G., Nicolay A., D'Altilia J.P., Kaddar M.

(1997) Albientz M., "Examen des dépenses publiques d'Haïti, Secteur routier", note no 5, sous la direction de la Banque Mondiale

(1997) André F. et Buttari J., "Examen des dépenses publiques d'Haïti, Santé", note no 8, sous la direction de la Banque Mondiale

(1997) Banque Mondiale, "Haïti: les défis de la lutte contre la pauvreté", note de discussion

(1996) Brulé Gérard, "Évaluation sur la mise en œuvre d'un programme de santé communautaire en Haïti", EUROPACT, rapport réalisé à la demande de l'Office Humanitaire d'Urgence de la Communauté Européenne (ECHO)

(1997) Capital Consult, UNICEF, "Survey on family health and expenses for health care"

(1998) Centre d'Analyses Politiques et Sociales, "Implications juridico-administratives de la réforme du système sanitaire haïtien", Draft, rapport réalisé dans le cadre du projet MSPP/BID

(1995) Comité ad hoc sous la Direction du Ministère de la Santé Publique et de la Population, "Cadre de Référence pour l'implantation des UCS"

(1997) Dussault G., Albert L., Bertrand C., Gaumer B., "Identification des besoins et des stratégies de formation continue du personnel du MSPP", vol. 1 et 2, rapport réalisé dans le cadre du projet MSPP/BID avec la collaboration de la Banque Mondiale et de l'organisation Mondiale de la Santé, Université de Montréal, Faculté de Médecine

(1997) ECOSOF, "De l'émergence des ONGs en Haïti" L'Économique au Quotidien, bulletin no 250297-120

(1997) ECOSOF, "L'environnement légal des ONGs en Haïti" L'Économique au Quotidien, bulletin no 260297-121

(1997) ECOSOF, "Sources de financement des ONGs évoluant en Haïti" L'Économique au Quotidien, bulletin no 270297-122

(1997) Faria A. et Moreno-Lopez P., "Examen des dépenses publiques d'Haïti, Finances publiques et dépenses courantes", note no 1, sous la direction de la Banque Mondiale

(1997) Flori Y. A., Centre de Recherche en Économie de la Santé "Rapport de mission en Haïti", rapport réalisé dans le cadre du projet d'appui à la santé publique financé par le Ministère français des affaires étrangères

(1996) Groupe de Recherche et d'Échanges Technologiques, "Programme de coopération décentralisée en Haïti, Orientations et mise en Œuvre", Contrat Union Européenne B.957-5077/21

(1993) Hurbon Laënnec, "Les mystères du vaudou", Paris :Gallimard

(1997) Initiative Développement, "UCS du Far-West, Communes de Jean-Rabel et du Môle-Saint-Nicolas, dossier technique"

(1995) Institut Haïtien de l'Enfance, "Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS II)", rapport réalisé avec la collaboration de Cayemittes M., Rival A., Barrère B., Lerebours G., Gédéon M. A.

(1995) Lefebvre P., "Note technique: les dépenses publiques pour la santé", rapport réalisé à la demande conjointe du MSPP et de l'OMS

(1997) Lemaire D., Walker J., De Zan W., "Examen des dépenses publiques d'Haïti, Justice et sécurité", note no 9, sous la direction de la Banque Mondiale

(1997) Ministère de l'Economie et des Finances, "Problèmes d'exécution de projets et dépenses publiques: la gestion de l'assistance au développement en Haïti"

(1997) Ministère de la Santé Publique et de la Population, "Cadre de Référence pour l'implantation des Unités Communautaires de Santé"

(1994) Ministère de la Santé Publique et de la Population, "Cadre général de la politique de santé"

(1996) Ministère de la Santé Publique et de la Population & Banque Interaméricaine de Développement ,CAPS, HS 2004, "Rapport de synthèse de l'atelier de consensus sur les UCS"

(1997) Ministère de la Santé Publique et de la Population, Direction de Coordination de la Coopération externe, "Réunion du Groupe Consultatif, Atelier Santé, Document préparatoire"

(1996) Ministère de la Santé Publique et de la Population, Organisation Panaméricaine de la Santé & Organisation Mondiale de la Santé "Analyse de la situation sanitaire", Haïti

(1996) Ministère de la Santé Publique et de la Population, "Projet de loi organique du MSPP"

(mise à jour janvier 1998) Ministère de la Santé Publique et de la Population, "Projet de loi cadre du MSPP"

(1997) Mure-Ravaud G, Rodd A., "Examen des dépenses publiques d'Haïti, Éducation", note no 7, sous la direction de la Banque Mondiale

(1997) SEMA GROUP, "Évaluation institutionnelle du MSPP, Analyse d'une architecture de décentralisation", rapport réalisé dans le cadre du projet MSPP/BID

(1997) Task Force Lard, "Analyse du Secteur de la Santé en Haïti, Stratégies pour un appui de la Commission Européenne", Union Européenne

(1997) Thys A., "Examen des dépenses publiques d'Haïti, Eau et assainissement", note no 6, sous la direction de la Banque Mondiale

(1997) Van Blarcom B., "Examen des dépenses publiques d'Haïti, Environnement", note no 4, sous la direction de la Banque Mondiale

(1997) Voltaire H.-C., "Les Unités Communautaires de Santé dans le système global de santé", Ministère de la Santé Publique et de la Population

(1993) "Constitution de 1987", Haïti: Éditions Deschamps

(1996) "Loi du 28 mars 1996 sur l'organisation de la collectivité territoriale"

(1997) "Avant-projet de loi-cadre fixant le statut général des Associations en Haïti"

ANNEXE 2: LISTE DES INFORMATEURS-CLÉS

ANNEXE 2: LISTE DES INFORMATEURS-CLÉS

1. M. Jean-Denis Pierre, ancien fonctionnaire du Ministère de la Santé, actuellement Responsable de la coordination des programmes de santé communautaire conduits par Initiative Développement (ONG française) dans le Nord-Ouest d'Haïti. Il travaille dans cette région depuis six ans et est impliqué dans la mise en œuvre des UCS au niveau de 4 communes du département.

2. M. Daniel Henrys, ancien Ministre de la Santé, ancien responsable du Service Œcuménique d'Entraide (ONG haïtienne), actuellement responsable du projet MSPP/IDA/Banque Mondiale

3. M. Wolf Jean-Philippe, Directeur de l'Unité de Coordination de la Coopération Externe au niveau du Ministère de la Santé Publique

4. M. Paul Adrien, Directeur du Département Sanitaire du Centre. Auparavant il a travaillé comme responsable de projet au niveau des ONGs Initiative Développement et SOE

5. M. Patrick Lexima, membre de l'unité responsable de la coordination des projets de santé au niveau de la Délégation de l'Union Européenne en Haïti. Il est ainsi impliqué dans la mise en œuvre d'une douzaine d'UCS financées par l'Union Européenne. Il a travaillé auparavant dans le cadre de la coordination des projets

financés par ECHO (Office Humanitaire d'Urgence de la Communauté Européenne) dans plusieurs régions du pays.

6. Mme Marie Rose Jean-Gilles, auxiliaire de santé et leader communautaire qui assure depuis 15 ans la gestion d'un dispensaire rural à Guinaudée dans le Département du Nord-Ouest
7. M. Fernand Noël, agent de santé communautaire et leader communautaire. Il travaille depuis une dizaine d'années dans le cadre d'activités d'éducation sanitaire et de promotion de la santé
8. M. Pascal Bruncher, médecin expatrié français, directeur de l'hôpital de Jean-Rabel. Il a auparavant travaillé durant deux ans dans la région rurale des Cahos, dans le Département de l'Artibonite comme responsable de projet d'Interaide.
9. M. Élie Plancher, sénateur de la République, membre de la Commission Santé au Parlement, membre du comité de direction de Child Care, ONG haïtienne.
10. Mme Carol Ann, sage-femme américaine affiliée à une mission protestante. Elle assure depuis une quinzaine d'années la gestion d'un dispensaire rural dans la commune du Môle Saint Nicolas. Elle est par ailleurs fortement impliquée au niveau des activités de promotion de la santé conduites au niveau de la commune