

Université de Montréal

Diagnostic de l'accessibilité aux soins de santé en Haïti

Par

Stanley JUIN

Département d'administration de la santé

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la faculté de médecine

En vue de l'obtention du grade de

Maître ès Sciences

Décembre 2010

© Stanley JUIN, 2010

Université de Montréal

Faculté de médecine

Ce mémoire intitulé :

Diagnostic de l'accessibilité aux soins de santé en Haïti

Présenté par :

Stanley JUIN

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Nicole Leduc

Président-rapporteur

François Champagne

Directeur de recherche

Nicole Dedobbeleer

Membre du jury

## Sommaire

L'accessibilité aux soins de santé est une priorité de nombreux gouvernements à travers le monde. En Haïti, les gouvernements se sont succédés et ont tenté à travers les années des interventions dont les résultats ne sont souvent pas satisfaisants. Le programme d'assistance médicale cubain, actuellement appliqué dans le pays, est en œuvre dans plus d'une vingtaine de pays en développement, mais il existe très peu d'évaluations indépendantes qui permettent de l'appréhender. Cet ouvrage se donne pour objectif de vérifier le bien fondé de cette intervention en tenant compte du contexte, d'établir la plausibilité en fonction des moyens du pays et finalement, de proposer des solutions qui améliorent la situation.

Pour répondre à ces objectifs, l'étude de cas a été adoptée comme stratégie de recherche. Cette technique permet de mieux analyser le contexte, et de comprendre ses effets sur le programme. Des entrevues semi-structurées ont été réalisées pour permettre de faire les analyses stratégique et logique nécessaires pour atteindre les objectifs sus-cités. Les entrevues ont visé successivement la compréhension du modèle théorique, la détermination des problèmes pertinents auxquels fait le système de santé, les causes de la difficulté de rétention des professionnels et finale l'analyse du modèle.

L'évaluation a révélé que l'accessibilité aux soins de santé est complexe et qu'un grand nombre de facteurs l'influencent. En Haïti, ces facteurs ne sont pas différents de ceux recensés dans la littérature. Mais la composante géographique associée à l'aspect administratif du système de santé en général constituent les éléments qui auraient l'impact le plus important sur l'accessibilité du système de santé. Vu les conditions actuelles, la modernisation de la gestion représente l'avenue à privilégier en attendant que les moyens permettent d'agir sur les autres facteurs.

La rétention des professionnels de santé est un facteur essentiel de l'accessibilité aux soins de santé. Pour être efficace, les mécanismes de rétention utilisés doivent s'accompagner de mesures comme l'amélioration des conditions de travail, ainsi qu'un salaire compétitif. Les conditions de vie dans le milieu rural haïtien ne peuvent en rien être comparées à celles des pays développés. On ne peut espérer les mêmes résultats avec les programmes de rétention utilisés par cette intervention. Tenant compte du contexte socioéconomique et du tableau épidémiologique haïtien, il serait peut-être plus efficace de créer de nouveaux corps de métier. Ces derniers devraient être en mesure de régler les problèmes de santé simples, et occasionneraient des coûts moins importants. Ce serait à court terme et même à moyen terme une solution viable dans le contexte actuel.

Le programme actuel s'il semble respecter les données probantes en matière d'accessibilité aux soins, néglige d'incorporer les paramètres spécifiques au milieu haïtien, nécessaires à l'atteinte de ses objectifs. La politisation excessive est aussi un facteur qui à terme pourrait conduire à l'échec de ce programme.

Si à court terme le programme parvient à augmenter le nombre de professionnels de santé dans le pays, il est peu probable que cela dure. Les moyens précaires du pays ne lui permettent pas de se payer des professionnels hautement qualifiés dans les milieux sous desservis. L'intervention pour réussir doit intégrer les caractéristiques particulières du milieu et mettre plus d'accent sur la gestion du système.

**Mots Clés:** Accessibilité aux soins de santé. Rétention de personnel de santé. ELAM. Coopération cubaine en santé. Diplomatie médicale cubaine. Utilisation des services de santé.

## Summary

Health care accessibility is a priority for numerous governments across the world. In Haiti, governments have succeeded one another and attempted interventions across the years in which the results are not often satisfactory. The Cuban medical care program, nowadays applied in the country, has been implemented in more than about twenty developing countries, but little independent assessment has been conducted to allow capturing it. This assessment has given itself the objective of verifying mainly the well-founded of this intervention; by taking into account not only the context but also the practical aspect regarding the country's wealth.

The case study has been chosen as analyzing technique. It allows a better understanding of the context and its effects on the project. Some semi-structured interviews have been done to help the strategic and logic analysis important for reaching the goals of this study. The interviews enable us to do the modeling of the intervention, to understand all the problems currently existing within the health system, the causal model of the retention difficulties and finally the analysis of the logic model.

The evaluation revealed that accessibility to healthcare is complex, and a huge number of factors influence it. In Haiti those factors do not differ from those found in the literature review, but geographical accessibility associated to the management of the healthcare system constitute the elements that have the most important impact in the accessibility of the system. In view of actual conditions, the modernization of management constitutes the pathway to be favored until other important aspects can be resolved.

Health professionals retention is an important part of accessing healthcare, but must also be accompanied by improvement of working conditions and competitive salaries. The living conditions in rural Haitian cannot be compared to any developed country; therefore, the same results cannot be expected. New professions accounting for the socio-economic and the epidemiologic contexts of the country should provide a more efficient solution.

The current program is evidence based, however; it neglects to integrate specific parameters of the Haitian context that is important to attain its objectives. Excessive political interference is also a factor that eventually could drive to its failure.

In short-term, the program succeeds in increasing the number of health professionals in the country, it is unlikely that situation continues based on the country's poor resources. To be successful, the intervention must include the specific characteristics of the environment and emphasize more the managerial aspects of the system, if it wants to achieve sustainable results.

**Key words:** Health care accessibility. Health professionals retention. ELAM. Cuban cooperation in health. Health care utilization.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Summary .....	v
Table des matières.....	vii
Liste des figures .....	xiii
Liste des sigles .....	xiv
Remerciements.....	xv
Avant-propos.....	xvi
Chapitre I.....	1
Identification et formulation du problème .....	1
1. La problématique .....	2
2. Le contexte de la mise en œuvre et d'évolution du programme.....	2
3. Le programme d'amélioration de l'accessibilité .....	4
4. État de la recherche sur le programme de formation à Cuba comme moyen de rétention.....	7
4.1. Le processus .....	9
4.2. Les résultats obtenus par le programme .....	10
5. Pertinence et bien fondé de l'évaluation.....	11
Chapitre II .....	14
Revue de la littérature .....	14
1. Les différentes interventions visant le recrutement et la rétention du personnel médical .....	15
1.1. Les incitatifs financiers: .....	16
1.2. Le recrutement préférentiel des étudiants d'origine rurale.....	17
1.3. La formation médicale adaptée aux besoins du milieu .....	18

2. Les résultats des évaluations de ces programmes de recrutement et de rétention de professionnels médicaux .....	18
2.1. Les évaluations des programmes d'incitatifs financiers:.....	19
2.2. Les contrats pré-études .....	20
2.3. Le recrutement préférentiel des étudiants d'origine rurale et l'adaptation de la formation académique .....	21
2.4. L'impact de la formation à l'ELAM .....	29
2.5. Programme multifocal au Sénégal .....	32
3. Résumé des lacunes de la littérature .....	34
4. Objectifs de l'évaluation .....	36
Chapitre III .....	38
Méthodologie .....	38
1. La stratégie de recherche.....	39
1.2. Critères de validité.....	40
1.2.1. L'objectivité de la recherche .....	40
1.2.2. La généralisation .....	41
2. Déroulement de la recherche.....	41
2.1. Construction du modèle théorique du programme. ....	41
2.2. Analyse stratégique de type I .....	42
2.3. Analyse stratégique de type II .....	42
2.4. Analyse logique du programme .....	43
3. Le choix des participants.....	44
4. Méthodes de collecte des données .....	45
5. Analyse des données. ....	47
5.1. Préparation et description du matériel.....	47
5.2. Réduction des données .....	48

6. Considérations éthiques .....	48
7. Biais et limites de l'évaluation .....	48
Chapitre IV .....	50
Le modèle théorique du programme d'augmentation de la couverture sanitaire en Haïti .....	50
1. Historique de la conception du programme .....	52
2. Théorie du programme .....	53
2.2. Amélioration de la capacité de gestion .....	56
2.3. Augmentation de l'offre de services et de la disponibilité des ressources .....	56
Chapitre V .....	58
L'analyse stratégique de type I .....	58
1. Les problèmes actuels du secteur de la santé en Haïti .....	59
1.1. La limitation des ressources financières .....	59
1.2. Le recrutement et la rétention du personnel médical .....	60
1.3. Le plateau technique déficient .....	61
1.4. L'éducation de la population .....	62
1.5. Le facteur culturel .....	62
1.6. La proximité des points de prestation de service (Accessibilité géographique) .....	64
1.7. Horaire de fonctionnement .....	65
1.8. Le financement du système de santé .....	66
1.9. La formation inadaptée des professionnels de santé .....	67
1.10. L'administration du système .....	67
1.11. Le manque de professionnalisme du personnel des institutions de santé .....	69
2. Classification en termes d'importance .....	69
2.1. La disponibilité des services de santé .....	69

2.2. L'accessibilité géographique .....	70
2.3. Le contexte administratif.....	70
3. Classification en termes de faisabilité.....	72
Chapitre VI.....	74
L'analyse stratégique de type II .....	74
1. Causes des problèmes de rétention en Haïti.....	75
1.1. Les incitatifs financiers .....	75
1.2. Facteurs familiaux .....	76
1.3. Les infrastructures locales .....	77
1.4. L'absence d'encadrement professionnel .....	77
1.5. L'absence de reconnaissance par les pairs .....	77
1.6. La faible possibilité d'avancement.....	78
1.7. La concurrence du secteur privé.....	78
1.8. L'environnement social .....	78
2. Modèle causal.....	79
3. Les données de la littérature.....	79
3.1. Les facteurs liés aux perspectives de carrière.....	80
3.2. Les facteurs liés à la reconnaissance de leur statut.....	80
3.3. Les facteurs liés aux incitatifs financiers.....	80
3.4. Les conditions de travail.....	81
3.5. Les facteurs familiaux .....	81
3.6. Facteurs liés à la stabilité politique et à la sécurité. ....	81
4. Classification en terme d'importance.....	84
5. Classification en terme de faisabilité .....	84
5.1. Les augmentations salariales .....	85

5.2. L'amélioration des conditions de travail .....	85
Chapitre VII .....	87
L'analyse logique du programme .....	87
1. Analyse du programme par les participants à l'étude .....	88
1.1. Les ressources investies.....	88
1.2. Le recrutement des étudiants .....	89
1.3. L'accueil des médecins cubains .....	91
1.4. La création et la réhabilitation de structures de santé.....	91
2. État des connaissances. ....	94
2.1. Les déterminants de l'utilisation des services de santé. ....	95
2.1.1. Besoins et utilisation .....	96
2.1.2. Les facteurs prédisposants .....	99
2.1.3. Les facteurs facilitants.....	100
Chapitre VIII .....	108
La discussion.....	108
1. L'analyse stratégique de type I .....	110
2. L'analyse stratégique de type II .....	111
2.1. La venue des médecins Cubains.....	111
2.2. La sélection préférentielle des étudiants d'origine rurale.....	112
2.3. Les contrats pré-études .....	113
2.4. La formation axée sur la résolution des problèmes .....	113
3. L'analyse logique .....	116
3.1. L'accessibilité géographique.....	116
3.2. La disponibilité des services .....	116
3.3. Le financement.....	117

3.4. L'acceptabilité.....	118
4. Généralisation des résultats .....	119
Chapitre IX.....	120
La conclusion et les recommandations .....	120
Bibliographie.....	124
Les Annexes .....	136

## Liste des figures

Fig 1: Modèle théorique du programme

Fig 2: Modèle causal des difficultés de rétention du personnel médical

Fig 3: Modèle comportemental d'Andersen

## Liste des sigles

ACDI: Agence Canadienne de Développement International

AMH: Association Médicale Haïtienne

BID: Banque Interaméricaine de Développement

CDI: Centre de Diagnostic Intégré

CSSL: Centre de Santé Sans Lit

ECG: Électrocardiogramme

ELAM: École Latino-Américaine de Médecine

EMMUS: Enquête Mortalité Morbidité et Utilisation des Services

GIS: Système d'Information Géographique

GRIS: Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé

IHSI: Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique

IST: Infection Sexuellement Transmissible

LASM: Mouvement Latino-Américain de Médecine Social

MEAH: Programme de Maîtrise en Approches Éco-systémiques de la Santé

MSP: Ministère de la Santé Publique et de la Population

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

ONG: Organisation Non Gouvernementale

PBL: Problem-Based Learning, apprentissage axé sur la résolution des problèmes

PIS: Programme Intégré de Santé

SIDA: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Remerciements

J'adresse des remerciements particuliers à M. François Champagne, mon directeur de mémoire, pour son soutien lors de la réalisation de ce travail. Je tiens également à remercier Mme Nicole Roberge pour sa disponibilité et son dévouement à toujours aider les étudiants comme moi.

Mes plus sincères remerciements s'adressent à tous ceux qui d'une manière ou d'une autre ont contribué à la réalisation de ce projet.

## Avant-propos

L'expérience du service social est un moment pivot dans la vie de tout jeune médecin haïtien. C'est le moment pour lui de rendre à la communauté une partie de ce qu'il a reçu de l'État durant les six années précédentes, et de se familiariser avec la clientèle. Mon expérience en milieu rural durant l'exercice 2000-2001 est indicateur de ce que vivent les nombreux médecins en service social répartis sur tout le territoire.

Fraîchement arrivé dans la ville de Thiotte, je me présentai vers 7:45 AM à mon poste afin de pouvoir démarrer effectivement mon travail à 8:00 AM. Quelle fut ma surprise de constater que l'infirmière en service social, ainsi que le technicien de laboratoire qui m'accompagnaient étions les premiers sur les lieux. Il n'y avait aucun membre du personnel présent, ni même de patient. Nous n'avions pas mis longtemps à comprendre que les membres du personnel devaient marcher environ deux à trois heures avant de parvenir au point de dispensation de soins, et les patients encore plus. Voici donc le contexte dans lequel j'ai évolué durant un an, à évaluer environ une dizaine de patients par jour pour huit heures de travail, dans une région où cette structure de santé était la seule dont disposait la population à l'époque.

Un jour, j'ai été appelé au chevet d'une dame en travail. Je compris tout de suite qu'il devait s'agir d'une complication sérieuse, parce que jusque-là je n'avais encore jamais eu à assister une femme en travail dans cette région. Une fois dans la salle, je trouvai une dame avec une grossesse à terme sautillant pour tenter d'expulser le bébé sous l'œil approbateur d'une matrone. Ainsi donc j'ai vécu les derniers moments du bébé de cette dame dont un «circulaire du cordon» empêchait la sortie. Nous étions là, disponibles, mais cette dame ne s'était présentée à nous que lorsqu'il était déjà trop tard.

Pourquoi quelqu'un attend-il au dernier moment pour fréquenter le centre de santé malgré les efforts du gouvernement pour augmenter la disponibilité des professionnels de santé? Ces mesures prises par l'État répondent-elles réellement aux besoins de la population en soins de santé? Sont-elles en phase avec les caractéristiques socioculturelles de la population? Autant de questions dont je n'ai pas pu trouver les réponses et qui justifient mon intérêt pour les questions d'accessibilité aux soins de santé et d'utilisation des services de santé. C'est aussi le contexte de la mise en œuvre de la coopération haïtiano-cubaine dont une partie non négligeable vise à assurer l'accès aux soins de santé à toute la population. C'est donc sans surprise que mon choix s'est porté sur l'évaluation du programme d'accessibilité aux soins de santé mis en place par le gouvernement.



## **Chapitre I**

### **Identification et formulation du problème**

## **1. La problématique**

Depuis décembre 1998 le programme de coopération médicale cubaine est en application en Haïti. Après plus d'une dizaine d'années d'implantation, il n'est toujours pas possible d'établir son impact réel. Bien sûr les opinions divergent sur la question. À l'évidence la population générale apprécie grandement cette contribution du gouvernement cubain, tandis que la communauté médicale haïtienne est plus que critique. Selon certains responsables du ministère de la santé publique, cette intervention a grandement contribué à l'amélioration de la situation sanitaire en Haïti. Le moment est donc opportun d'évaluer le programme d'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé pour en avoir une idée concrète.

## **2. Le contexte de la mise en œuvre et d'évolution du programme**

«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.»

«L'État est astreint à l'obligation d'assurer à tous les citoyens dans toutes les collectivités territoriales les moyens appropriés pour garantir la protection, le maintien et le rétablissement de leur santé par la création d'hôpitaux, de centres de santé et de dispensaires.»

C'est en ces termes que la constitution haïtienne (1), dans ses articles 19 et 23, fait obligation à l'État de s'assurer de la prise en main de la santé de la population. L'accessibilité aux soins de santé est une préoccupation si importante du législateur que la constitution y consacre plusieurs articles. Cette responsabilité s'avère être très compliquée en réalité. En effet la population ne cesse d'augmenter, et avec elle les problèmes de santé, en dépit de la volonté affichée des différents gouvernements de contrôler les naissances et de rendre les soins de santé plus accessibles. Il est donc nécessaire de mettre en place des programmes assurant une meilleure disponibilité des soins de santé. En ce sens, l'état haïtien à travers les

années a mis en œuvre plusieurs interventions. Les programmes de santé rurale, ou de planification familiale des années 80 en sont des exemples. Cependant, les résultats ne sont toujours pas satisfaisants. En témoignent les indicateurs publiés dans les rapports EMMUS (Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services) (2, 3, 4). Certaines données de ces rapports sont plus que troublantes. On y lit entre autres que les taux de fécondité par âge suivent le schéma classique qu'on observe en général dans les pays à forte fécondité : une fécondité précoce élevée (80 ‰ à 15-19 ans), qui augmente très rapidement pour atteindre son maximum à 30-34 ans (219 ‰) et qui, par la suite, décroît régulièrement. La tendance des taux de mortalité par âge est assez régulière, indiquant que la mortalité la plus élevée se situe aux âges de forte fécondité en Haïti (25-39 ans). L'estimation d'ensemble du taux de mortalité maternelle, exprimée par 1000 femmes-années d'exposition, est de 0,77 pour la période 1994-2000. Des priorités nationales en matière de santé publique affichent des indicateurs au rouge. L'actuelle expansion du choléra dans le pays est aussi un témoin de la faiblesse du système de santé haïtien. Force est de constater que les programmes mis en œuvre jusque-là ne produisent pas les effets escomptés. Une composante significative de la population n'est pas couverte par les programmes de santé conformément aux lois haïtiennes. De plus, les récents événements du 12 janvier 2010 aggravent les problèmes infrastructurels du pays, et accroissent les défaillances organisationnelles des structures sanitaires. Ces conditions difficiles se succèdent, et compliquent d'avantage le problème de la disponibilité des ressources professionnelles. La pénurie de professionnels qualifiés prévaut dans le pays en général, mais c'est dans les milieux reculés qu'elle est plus critique.

L'accessibilité aux soins de santé représente un défi pour tous les systèmes de santé, mais dans le contexte de sous-développement comme c'est le cas en Haïti, elle est encore plus complexe. À l'heure où le monde se relève à peine d'une difficile récession, le poids financier des services de soins de santé qui continue de gagner en importance est encore plus invalidant pour les finances publiques des pays en développement. D'autant plus qu'une grande partie de leur budget est financé par des bailleurs de fonds internationaux. Cette récession mondiale pourrait affecter la

disponibilité de l'aide internationale en faveur des pays en voie de développement, une aide déjà insuffisante. Elle a surtout déjà influé sur les revenus liés au tourisme, au commerce international et au transfert de fonds de la diaspora. Déjà à l'ouverture de la session de février 2009 du dialogue Asie-Moyen-Orient, le ministre égyptien des affaires étrangères, Ahmed Abul Gheit déclarait que son pays ressentait les impacts négatifs indirects de la crise économique mondiale (5). Cette situation crée une nette diminution des revenus, donc des difficultés supplémentaires pour faire face aux besoins de la population. Les impacts de cette crise peuvent s'avérer plus graves dans un pays comme Haïti qui dispose de beaucoup moins de sources de revenu. Un corollaire de ce contexte international précaire est la difficulté de financement des programmes de développement. C'est une entrave à l'accessibilité des services de santé, l'allocation des ressources dans les systèmes de santé, ainsi qu'à l'organisation des systèmes de soins.

Avec la résurgence de certaines pathologies comme: les maladies infectieuses de l'enfance, la tuberculose, la propagation du VIH et maintenant le choléra, il est impératif pour les structures sanitaires du pays d'assurer une couverture sanitaire efficiente du territoire et une meilleure accessibilité au système de soins. De plus, les risques plus actuels de santé publique tels la grippe aviaire (H5N1), ou plus récemment la grippe A (H1N1) imposent la nécessité d'une couverture plus rationnelle du système de santé en vue d'apporter une réponse rapide et efficace à ces éventuels dangers. Ces données justifient la création d'un nouveau programme devant accomplir ce que les précédents n'ont pas pu réaliser jusque-là. Voilà le double contexte national et international dans lequel s'inscrit le programme d'augmentation de la couverture sanitaire implanté en décembre 1998.

### **3. Le programme d'amélioration de l'accessibilité**

Grâce à l'assistance du gouvernement cubain, l'État haïtien a mis en œuvre à partir du mois de décembre 1998 un programme visant une couverture effective de tout le territoire en professionnels de santé. Cette mesure vise à favoriser une

augmentation de l'offre de services, une plus grande utilisation des services et ultimement une amélioration de la santé de la population. Ce programme se compose principalement de trois volets:

1. Un volet de formation de médecins haïtiens à Cuba, dans le but d'augmenter le nombre de médecins formés par année. Avec une plus grande disponibilité de médecins, il sera moins compliqué de trouver des professionnels médicaux qui veulent bien pratiquer en milieu rural. C'est du moins le but visé par cette augmentation du nombre de professionnels de santé. Les étudiants bénéficiaires de cette bourse sont choisis sur une base régionale. Un concours est organisé et les meilleurs par région sont sélectionnés pour bénéficier de la formation à l'École Latino-Américaine de Médecine (ELAM) de Cuba. De plus, ils s'engagent par écrit à aller travailler dans leur région d'origine pour une période de dix ans après la formation. L'État de son côté s'engage à leur accorder des frais de 50 dollars américains par mois durant leur séjour à Cuba et à les engager une fois de retour. La formation dure six ans et les étudiants sont rapidement familiarisés avec les contextes de précarité, pour leur permettre de travailler efficacement à leur retour dans leur milieu d'origine (6, 7, 8, 9). Grâce à ce système, le gouvernement espère régler le problème de la disponibilité des ressources professionnelles dans les milieux plus à risque. On suppose que la disponibilité des ressources professionnelles provoquera une augmentation de l'utilisation des services et conséquemment une amélioration de l'état de santé de la population.
2. Le programme comprend également la venue de professionnels médicaux cubains (habitués à travailler dans des situations précaires) en grand nombre pour assurer une couverture médicale plus équitable en attendant cette disponibilité plus élevée de médecins haïtiens. Ils sont choisis sur une base

volontaire, et le gouvernement haïtien leur assure une rémunération négociée avec le gouvernement cubain, soit 100 dollars américains par mois plus une somme additionnelle de 200 dollars pour leurs frais de fonctionnement. À leur arrivée, ils bénéficient d'une formation en créole (langue parlée par tous les haïtiens), puis sont répartis sur toute l'étendue du territoire, particulièrement les milieux reculés où les professionnels haïtiens refusent de s'établir. La gestion des médecins cubains est assurée par les directions sanitaires départementales et la représentation cubaine.

3. La réfection de structures sanitaires existantes, ainsi que la construction de nouvelles est une composante importante du programme. Ces structures doivent servir pour accueillir ces nouveaux professionnels et pourvoir aux besoins de la population. Des pays donateurs comme le Venezuela et le Brésil financent cet aspect du programme.

Les problèmes de rétention du personnel médical ne sont pas strictement ruraux, le secteur public en général en souffre. À terme, ce programme vise l'amélioration globale de la couverture sanitaire à travers une amélioration de l'accessibilité aux soins de santé et l'utilisation des services publics de santé. Une meilleure disponibilité des ressources humaines devrait pouvoir accomplir cet objectif. Tout le système repose donc sur la rétention des nouveaux médecins dans les milieux sous-desservis. Il repose également sur la mise en place de tout un ensemble de structures devant aider à l'atteinte des objectifs du programme, lesquels sont:

- D'améliorer l'accessibilité aux soins grâce à une augmentation de l'offre de services.

- D'assurer une disponibilité continue de professionnels médicaux sur toute l'étendue du territoire.
- D'encourager les professionnels médicaux à rester travailler en milieu rural.
- De favoriser une augmentation des activités de prévention (vaccination, planification familiale entre autres), ainsi que des activités de prise en charge.

La réussite du programme s'appuie sur le recrutement et la rétention du personnel médical. Dans cette optique, des arrangements sont pris avec les étudiants avant leur départ pour qu'ils reviennent pratiquer dans leur région d'origine, et des dispositions sont prises pour améliorer les conditions de travail. L'un des piliers de cette intervention demeure la formation donnée à Cuba dont le cursus est différent de celui actuellement en application dans les facultés de médecine en Haïti.

#### **4. État de la recherche sur le programme de formation à Cuba comme moyen de rétention**

Les publications sur les programmes cubains ne sont pas nombreuses. Robert Huish (un des chercheurs ayant publié le plus sur la question) contacté par courriel, estime que les recherches crédibles sur ces programmes sont très limitées, parce que d'une part les cubains ne publient pas les résultats de leurs recherches dans les journaux internationaux, et d'autre part parce que les collaborations des chercheurs cubains avec des chercheurs étrangers sont rares. Les paragraphes suivants rapportent les éléments pertinents du programme cubain retrouvés dans la littérature scientifique.

Le PIS (Programme Intégral de Santé) est présentement en œuvre dans plus d'une vingtaine de pays centre-américains, caribéens, sud-américains et africains. Il fait suite au plan d'aide mis en place par le gouvernement cubain pour venir en aide aux pays centre-américains après le passage des cyclones Georges et Mitch en 1998. Le concept repose sur une augmentation de l'offre de services. Cette augmentation repose sur la formation de plus de médecins, mais aussi sur un changement dans les méthodes de formation. À cet effet, Huish (9) estime que la nature distinctive de l'ELAM est en grande partie une réponse aux rigueurs de la globalisation en Amérique latine. La libération des marchés crée un fossé de plus en plus grand entre les riches et les pauvres, et aussi une asymétrie de l'offre de services. L'ELAM offre une réponse à la centralisation des services médicaux, l'usage de technologies coûteuses ainsi qu'au paiement pour les services médicaux. Cette nouvelle méthode est plus en phase avec le contexte de précarité qui sévit dans les pays en développement.

L'envoi de médecins en milieux sous-desservis et en zones de conflits est une composante majeure de la diplomatie médicale cubaine (9 10 11). C'est en vertu de ce principe que le gouvernement cubain a créé l'ELAM, comme support à sa politique externe. Cette structure offre la possibilité de faire des études médicales à des étudiants étrangers de conditions modestes, qui autrement n'en auraient pas eu les moyens. L'implication cubaine est particulièrement importante en Afrique, et remonte aux guerres d'indépendances d'Algérie et de Guinée-Bissau (8, 9). En ces occasions, une contribution en ressources médicales avait été fournie, en plus de ressources militaires. L'assistance médicale cubaine n'est pas uniquement réservée aux alliés politiques, de nombreux cas d'assistance à des régimes politiques ennemis ont été répertoriés (11). En ligne avec son historique de politique externe, le gouvernement cubain annonçait en décembre 98 le programme de formation gratuite en médecine pour des étudiants étrangers de conditions modestes, pour que ces derniers puissent éventuellement remplacer les médecins cubains qui travaillent chez eux.

#### 4.1. Le processus

Le fait que le recrutement se fasse au sein des communautés sous-desservies, contribue à responsabiliser les gens de sorte qu'ils prennent en main leur destinée. Avec l'engagement éthique des étudiants, le mode de recrutement est un facteur important dans la capacité de rétention de ces professionnels. L'ELAM contribue aussi à une certaine égalité des genres, en ce sens qu'environ la moitié des étudiants sont des femmes. Ce mode de recrutement a toutefois ses inconvénients. Il est parfois difficile de trouver des étudiants qui respectent les critères académiques de sélection dans certaines régions. On notera le fait que les étudiants d'ELAM rencontrent de la résistance dans certains pays. Par exemple, ils ont de la difficulté à se faire admettre en résidence hospitalière (spécialisation) (8).

Le curriculum de formation est complété au bout de six ans. Les deux premières années sont structurées de sorte que les étudiants maîtrisent l'espagnol et l'anglais en plus des notions de base de médecine. Les étudiants sont donc en mesure de suivre les cours et de comprendre la littérature scientifique qui se fait presque exclusivement en anglais. La formation intègre en priorité les notions de médecine générale et de médecine préventive. Elle incorpore également les principes de médecine communautaire, d'épidémiologie et de médecine des désastres. Au cours des années trois à six, une bonne partie de l'apprentissage se fait en contexte clinique avec les instructeurs cubains. La sixième et dernière année est une année rotatoire au cours de laquelle les étudiants font des stages dans les différents services (10, 11). Il est aussi à noter que le ratio instructeur-étudiants de un pour quatre facilite également l'apprentissage. Il est plus facile pour l'instructeur d'accorder de l'attention à chacun de ses stagiaires. Le caractère particulier de cette formation est lié au fait qu'elle est centrée autour d'un engagement éthique à travailler avec les démunis et que les médecins sont préparés au travail dans un environnement infrastructurel déficient (11).

#### 4.2. Les résultats obtenus par le programme

L'apport des médecins cubains dans les pays centre-américains est patent. La littérature rapporte l'impact bénéfique sur les populations marginales. Sont rapportées par exemple les augmentations vertigineuses du nombre de consultations et d'interventions chirurgicales mineures ou majeures. En bref, il y a une nette augmentation des activités de prise en charge et une amélioration de l'accessibilité aux soins de santé. En témoigne le nombre élevé de gens qui voient un médecin pour la première fois (11). Une évaluation présentée par l'ambassadeur cubain au Honduras en 2003 révélait une nette amélioration des indicateurs de santé publique dans ce pays. Par exemple, le taux de mortalité infantile passait de 30,8 pour mille à 10,1 pour mille, le taux de mortalité maternelle de 48,1 à 22,4 pour mille naissances vivantes. Des résultats identiques ont été observés dans d'autres pays de l'Amérique centrale (9).

Les retombées pour certains ne vont pas dans un seul sens. Nombreux pensent que Cuba crée une dépendance des pays en développement pour la biotechnologie cubaine. On a aussi fait remarquer que la diplomatie médicale est un moyen de faire entrer des devises dans l'économie Cubaine. Pour d'autres, cette apparence de bienveillance cubaine doit cacher des motivations politiques (11). Ces assertions sont quelque peu naïves, vu que les populations desservies ne sont pas en mesure de payer ces services. Cette analyse rentre dans la ligne de l'égoïsme des pays occidentaux, puisque Cuba fournit plus de personnel médical que tous les pays du G8 combinés. Les conclusions du rapport 2006 de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) (12) estiment qu'en dépit des dépenses annuelles per capita en santé qui représentent une fraction de celle des États-Unis d'Amérique, Cuba a de meilleurs indicateurs de santé. Cela suggère qu'il est peut être temps pour les pays développés de faire un examen approfondi du modèle cubain.

Les publications sur la question affirment à peu près toutes que ce serait une avenue prometteuse pour une plus grande accessibilité aux soins de santé, en particulier dans les pays en développement. L'intervention qui nous préoccupe est cependant plus complexe. Elle met en œuvre tout un ensemble de paramètres dans le but de recruter, de retenir les professionnels de santé et éventuellement améliorer l'accessibilité. Il n'a pas été possible de trouver dans la littérature des interventions lui ressemblant en tout point, mais chacune des différentes composantes (la formation, le contrat pré-étude, le recrutement préférentiel des étudiants d'origine rural) à des degrés divers a déjà été tentée et évaluée. Le chapitre suivant détaille ce que révèle la littérature sur chacune de ces composantes.

## **5. Pertinence et bien fondé de l'évaluation**

Deux principaux facteurs contribuent à l'augmentation des dépenses de santé: l'augmentation des prix des produits médicaux et la plus grande disponibilité de professionnels médicaux. Pour le gouvernement haïtien, cette augmentation des dépenses est liée aux prises en charge, au nombre plus élevé de salariés et aux coûts grandissants de la biotechnologie médicale. Ces nouvelles dépenses constituent un véritable casse-tête pour le pays qui subsiste grâce à l'assistance internationale. Les engagements financiers du gouvernement sont de plus en plus importants et ne cessent d'augmenter. S'y ajoutent les dépenses pour les dégâts causés par le séisme du 12 janvier 2010. Toute nouvelle dépense doit être considérée avec soin, et chaque programme gouvernemental devrait être évalué pour d'une part, vérifier l'atteinte des objectifs, les retombées du programme, mais surtout éviter le gaspillage des deniers publics dans un contexte de pauvreté extrême. Champagne et al (13) estiment que dans le domaine de la santé, la résultante de l'action synergique du développement des technologies et de la crise des finances publiques est l'obligation pour les gouvernements de contrôler la croissance des coûts tout en continuant à garantir à tous un accès équitable à des services de qualité. De là l'importance d'une bonne planification des dépenses et d'une gestion parcimonieuse

des ressources. Dans un pays comme Haïti qui vit une situation de privation dans pratiquement tous les domaines, les programmes de développement doivent être les plus pertinents et efficaces possible. La situation actuelle (post séisme du 12 janvier) est un exemple supplémentaire, s'il en fallait un, de l'importance d'une gestion rationnelle des biens publics et de l'importance de choisir avec minutie les programmes à financer. A ce propos, une évaluation de ce programme d'augmentation de la couverture sanitaire en Haïti est d'importance:

- Parce qu'elle aidera le gouvernement haïtien à vérifier l'atteinte ou non de son objectif d'augmentation de l'accessibilité au meilleur coût possible. Il pourra alors ajuster cette intervention pour la rendre plus en phase avec ses besoins et ses moyens.
- Parce que ce travail peut servir de support pour les gouvernements de pays en voie de développement confrontés à des réalités similaires à celles d'Haïti. Ils seraient en mesure d'utiliser ou d'éviter ce schéma de couverture en fonction à la fois des résultats fournis par l'application de ce programme, mais aussi de décider en fonction de leur propre réalité.
- Pour les gouvernements et organisations non gouvernementales œuvrant dans le domaine de la santé, les résultats de cet exercice pourraient aider à la planification des interventions futures, afin d'éviter les mauvais coups ou de profiter des aspects positifs de cette intervention.
- Pour les bailleurs de fonds, ou les organismes internationaux de financement qui fournissent un appui budgétaire à Haïti. Un programme qui propose une augmentation effective de la couverture sanitaire tout en assurant une utilisation rationnelle des ressources ne peut que justifier leur appui financier.

- Pour jeter les bases d'une réflexion sur une adaptation de la formation médicale en Haïti en fonction des besoins de la population.
  
- Pour finalement contribuer à faire avancer les connaissances dans le domaine de l'accessibilité, la disponibilité et l'utilisation des ressources de santé.

## **Chapitre II**

### **Revue de la littérature**

La revue de la littérature a mis en évidence que le problème d'accessibilité aux soins de santé est généralisé. Qu'il s'agisse de pays développés ou en développement, ils font tous face à un certain degré d'inaccessibilité aux soins de santé. Des investissements importants ont été consentis dans le but d'assurer une certaine équité dans la prestation des soins de santé. La résultante de ces investissements est qu'un grand nombre d'interventions ont été développées pour faire face à ce problème de plus en plus important. Comme c'est le cas en Haïti, un grand nombre de ces interventions sont conçues autour de la rétention du personnel de santé, en particulier des médecins. La littérature regorge de données sur les différentes interventions mises en œuvre pour palier à ce problème. Ce chapitre de l'analyse portera sur ces interventions, leur impact sur la rétention des professionnels de santé, ainsi que certaines limitations de ces évaluations.

## **1. Les différentes interventions visant le recrutement et la rétention du personnel médical**

Plusieurs interventions ont été tentées ou sont en cours d'exécution avec des degrés de réussite variables. On compte environ trois grands types d'interventions en matière de recrutement et de rétention du personnel médical: les incitatifs financiers, le recrutement préférentiel des étudiants d'origine rurale et la formation médicale adaptée aux réalités des milieux sous-desservis (PBL Problem-Based Learning). La grande majorité des interventions mises en œuvre à travers le monde sont une combinaison de deux ou plusieurs de ces types d'interventions, associées à certaines mesures administratives. Les paragraphes suivants présenteront tour à tour les diverses interventions tentées, ainsi que les résultats des évaluations de ces dernières.

### 1.1. Les incitatifs financiers:

Par incitatifs financiers, on entend le fait qu'un professionnel de santé accepte de travailler dans des milieux sous-desservis pour une certaine période en échange de valeurs monétaires. Bärnighausen (14) dans sa revue systématique des écrits sur les incitatifs financiers classe ces interventions en cinq catégories majeures:

- a) **Les bourses d'étude en fonction du retour de service (ou bourses conditionnelles)**. Le financement des études est accordé en retour de la garantie de travailler dans un milieu sous-desservi, une fois les études achevées. Le montant disponible ne peut être utilisé que dans le cadre de la formation pour laquelle il est décaissé. Il peut exister une clause de résiliation de contrat, mais toute tentative du genre entraîne de sévères pénalités.
- b) **Les prêts étudiants en retour de service**. La différence avec les bourses conditionnelles vient du fait que les efforts financiers consentis doivent être remboursés. La clause de résiliation, quand elle existe, obéit au même principe que celui antérieurement exposé.
- c) **Les prêts étudiants avec option de retour de service**. Ces programmes permettent aux professionnels qui en ont bénéficié de décider du mode de remboursement. Ils ont l'option de rendre l'argent, moyennant les intérêts bien sûr, ou de travailler dans un milieu sous-desservi en contrepartie.
- d) **Les programmes de paiement de prêts étudiants**. Ces programmes proposent le paiement des dettes contractées à l'occasion de la formation universitaire. Les montants décaissés ne peuvent être

utilisés que pour des besoins académiques et le désengagement entraîne des pénalités sévères.

- e) **Les programmes d'incitatifs financiers directs.** Ces interventions proposent des compensations variables aux professionnels qui acceptent de travailler dans des milieux sous-desservis. Ces dernières varient de frais d'établissements, de construction ou d'achat de résidence à l'achat de matériels d'installation. Ces frais sont généralement accordés à l'occasion de l'installation.

La grande différence entre ces programmes réside dans le fait que l'engagement se fait avant d'intégrer le programme dans les trois premiers cas, alors qu'il se fait au moment ou après l'établissement pour les programmes de prêts étudiants. De cette différenciation résulte le terme contrat pré-étude donné aux arrangements pris avant d'accéder au programme. Les incitatifs financiers directs quant à eux, sont donnés au moment de la prestation de services dans les milieux sous-desservis.

## 1.2. Le recrutement préférentiel des étudiants d'origine rurale

Le caractère sélectif du recrutement des programmes traditionnels de formation médicale rend l'accès à certaines professions très difficiles pour des catégories de la population. L'admission dans un programme de médecine implique des performances académiques élevées, mais aussi des débours financiers considérables. Certaines études ont prouvé que la très grande majorité des étudiants en médecine proviennent des écoles privées et des milieux urbains (15, 16). L'origine urbaine est aussi un facteur prédictif négatif de la possibilité d'être recruté et retenu en milieu sous-desservi. Nombreux sont ceux qui pensent que la non exposition au contexte rural explique le refus des jeunes professionnels d'aller y travailler (16, 17, 18, 19, 20). D'où la naissance des programmes de recrutement

préférentiel en faveur des étudiants d'origine rurale. Ces étudiants étant plus familiers avec l'ambiance rurale, ils s'adaptent plus facilement à la pratique médicale dans le contexte rurale.

### **1.3. La formation médicale adaptée aux besoins du milieu**

Contrairement à la formation traditionnelle de médecine, le cursus proposé par ce programme inclut en plus des matières de base, un contact précoce avec le milieu de travail. Les rotations en milieu rural constituent une des pierres angulaires de cette formation qui vise à familiariser les étudiants avec le milieu où ils sont appelés à travailler. La littérature rapporte que l'ignorance est une des principales raisons de l'abandon de la pratique en milieu sous-desservis (15, 17, 20). Les étudiants n'ayant aucune idée des réalités de ces milieux. La pratique constitue pour la plupart des professionnels médicaux le premier contact avec le milieu de travail. Cette méthode de formation se focalise sur la résolution des problèmes (PBL). De là l'intérêt supplémentaire à la médecine sociale, la médecine communautaire et la pratique de la médecine générale. Il est important de noter que ces programmes sont très souvent associés au recrutement préférentiel des étudiants d'origine rurale.

## **2. Les résultats des évaluations de ces programmes de recrutement et de rétention de professionnels médicaux**

La grande majorité des évaluations publiées font état de résultats des pays développés, ils n'existent pas beaucoup de données d'évaluations issues des pays en développement. Il convient aussi de signaler que les interventions mises en œuvre pour pallier au problème de rétention de personnel médical, quelque soit le pays en cause, sont souvent une combinaison de deux ou plusieurs programmes. Cette revue des écrits présentera d'abord les données pour chaque type d'intervention, puis de programmes plus complexes.

### 2.1. Les évaluations des programmes d'incitatifs financiers:

Il y a beaucoup d'évaluations de ces programmes, et les résultats varient d'une intervention à l'autre. Une revue systématique des évaluations (incluant 34 programmes des États-Unis, 9 du Canada, du Japon, de Nouvelle Zélande et 1 de l'Afrique du Sud) rapportée par Bärnighausen (14) rapporte une observation de plusieurs chercheurs, à savoir que si ces programmes atteignent leur objectif à court terme, le chemin du long terme est encore à parcourir. Ces auteurs notent en effet que les professionnels ont tendance à abandonner leur lieu de pratique, une fois la période obligatoire échu. Cette observation (statistique) si elle semble se confirmer par le fait que ces professionnels sont plus enclins à abandonner le lieu de pratique initial, ne semble pas tenir compte du fait qu'ils sont aussi plus susceptibles de se réinstaller dans un autre milieu sous-desservi. Le problème n'est donc pas de le retenir en milieu sous desservi, mais de le retenir à son lieu de pratique initial. Ce dont l'analyse statistique semble ne pas tenir compte. Il semble au contraire qu'à long terme ce genre de programme pourrait contribuer à améliorer substantiellement la disponibilité des professionnels. Le coefficient de rotation des professionnels serait peut-être élevé, mais la disponibilité des professionnels s'en trouverait améliorée. Le taux de rétention après la période d'obligation varie de 12% à 90%. Les programmes américains ont augmenté de façon substantielle le nombre de professionnels pratiquant dans les milieux défavorisés. L'auteur estime que les tarifs élevés de la formation médicale dans les pays occidentaux rend la comparaison des résultats de ces programmes impossible avec les pays en développement. Il n'est pas certain que ces résultats puissent être transposés à des pays comme ceux de l'Europe de l'Est, par contre dans certains pays pauvres où le coût du logement ou d'autres installations sont particulièrement élevés, on pourrait penser que des résultats semblables à ceux des États-Unis peuvent être espérés.

Le degré de satisfaction semble varier d'une étude à l'autre ou d'un programme à l'autre, mais c'est une composante très importante dans la rétention des professionnels. Cette satisfaction des professionnels est fonction de deux

facteurs: la satisfaction des patients à l'égard du service reçu et les feedbacks positifs des confrères. En définitif les programmes d'incitatifs financiers en retour de service, font partie des rares à donner des résultats en matière de distribution de ressources humaines pour lesquels des données existent.

Pour ce qui est des pays en développement, les recherches sur l'impact des incitatifs financiers sont difficiles à trouver. Il n'est pas certain que les données ci-dessus exposées puissent s'appliquer à leur contexte. Certains pays comme l'Afrique du sud ont adopté des mesures comme des incitatifs financiers, et l'obligation de travailler en milieu rural pour une certaine période. À moyen terme les incitatifs financiers ont un impact sur le lieu de pratique, mais il demeure extrêmement difficile de pourvoir les milieux les plus reculés en professionnels de santé. La Zambie quant à elle offre un paquet incluant des frais en plus du salaire, des frais pour le logement, l'octroi de véhicule ainsi que le paiement de frais de scolarité. Ce programme semble apporter des résultats, mais à un coût exorbitant. Certains estiment que les programmes obligatoires ne sont pas la réponse aux problèmes, en particulier dans les pays en développement, parce qu'ils sont difficiles à appliquer, faciles à contourner et la plupart de ces pays n'ont ni la capacité administrative, ni la volonté politique de faire respecter ces engagements (21).

## **2.2. Les contrats pré-études**

Un autre aspect du programme haïtien est la signature de contrat pré-étude. La littérature rapporte plusieurs expériences du genre, avec certaines variantes. Un cas d'espèce est le programme Japonais de ressources humaines médicales pour les régions rurales, qui date de plus d'une trentaine d'années (16). Il consiste à payer les études médicales de ces étudiants, moyennant neuf ans de pratique en milieu rural. Bien que ce soit des pratiques de plus en plus courantes, il est difficile de vérifier les résultats réels de ce genre d'entreprise parce qu'il n'y a pas assez de recul sur ces programmes qui sont relativement nouveaux (24).

Il est quand même difficile d'appliquer les résultats à d'autres pays, parce qu'il n'existe pas une définition standard du terme rural. Les conditions de vie en milieu rural au Japon sont bien différentes de celles aux États-Unis ou d'autres pays occidentaux, voire les pays en développement. En termes de résultat, cette étude (16) démontre que la plupart des diplômés de ce programme sont des hommes (plus de 80%), venant des écoles publiques et d'origine urbaine. Les diplômés du programme se localisent 6.5 fois plus en milieu rural que les autres pendant la période d'obligation, et 3,9 après la période obligatoire. Il existe donc une nette diminution de la capacité de rétention après la période obligatoire. L'analyse univariée des données révèle aussi que les diplômés d'origine rurale sont plus enclins à devenir généraliste que les autres. Cela confirme les résultats de recherches qui affirment que la spécialité est fortement corrélée au lieu de pratique (15, 22). L'origine rurale et les études secondaire dans les écoles publiques sont fortement associées au fait de travailler en milieu rural. Alors que ceux issus des écoles privées restent rarement dans ces milieux là. En général, ceux qui restent en milieu rural après leur engagement sont les moins bien classés, et ont suivi leur entraînement dans des hôpitaux communautaires. Les résultats du programme Japonais sont quelque peu similaires à ceux des programmes américains, bien qu'aucune exigence quant au lieu de pratique ne soient faites aux professionnels américains. Il convient cependant de rappeler qu'il existe une différence entre région rurale d'un pays à l'autre qui est bien difficile à cerner.

### **2.3. Le recrutement préférentiel des étudiants d'origine rurale et l'adaptation de la formation académique**

L'absence de compétences en milieu rural est une situation commune à tous les pays en développement. C'est un problème qui est lié à la mauvaise distribution géographique des professionnels de santé, à la difficulté de les déployer et de les retenir dans certaines régions du pays (23). En vue de palier aux problèmes d'accessibilité, des programmes de formation en médecine basé sur la favorisation d'étudiants ayant des origines rurales et une formation axée sur la solution des

problèmes (PBL) sont mis en œuvre dans plusieurs pays. Les résultats présentés ici sont divisés en: les résultats en pays développés et les résultats en pays en développement.

### **2.3.1. Les résultats dans les pays développés**

De plus en plus de programmes de formation en sciences de la santé mettent l'accent sur l'origine rurale des étudiants, et la formation dans la communauté même où ils sont sensés travailler, parce que la littérature à ce sujet renferme des évidences que le recrutement et la rétention des professionnels de santé sont étroitement associés à ces deux facteurs (23, 24, 25, 26, 27). L'origine rurale n'est toutefois pas universellement définie. Elle peut inclure le lieu de naissance, le lieu où l'individu a fréquenté l'école primaire ou l'école secondaire. La pratique en milieu rural équivaut généralement à rester généraliste (médecin de famille), or la tendance mondiale depuis des années est à la spécialisation. Les médecins préfèrent choisir des spécialités alternatives, quand il n'y plus de places disponibles plutôt que de rester généraliste (15, 22).

Les résultats de ces études révèlent qu'au niveau de toutes les disciplines médicales, les rotations en milieu rural, donc l'exposition au milieu rural, influent positivement sur l'intention des jeunes professionnels d'aller pratiquer en milieu rural et de choisir une carrière de médecin généraliste (22, 24, 28,29). Pour Anna Mc Donnel (30), l'entraînement local des locaux a montré des changements positifs dans la force de travail. Plus la rotation est longue, plus les possibilités que ces professionnels pratiquent en milieu rural sont élevées.

Deux grands facteurs peuvent influencer la décision de travailler en milieu rural: les origines rurales et l'exposition significative à la pratique en milieu rural durant le processus de formation (24, 28, 31). Les stages de quelques semaines

semblent au contraire décourager les étudiants à aller pratiquer en milieu reculé (28). La relation entre des rotations plus longues et l'acceptabilité de la pratique en milieu rural n'est pas tout à fait définie, mais il est un fait qu'elles modifient positivement la courbe de rétention des professionnels de santé en milieux sous-desservis (28, 30, 32). En comparaison avec ceux issus de milieux urbains, ils ont une plus grande acceptabilité pour la pratique en milieu rural. Que ce soit avant ou après les stages de placement. Orpin (28), a trouvé une relation statistiquement significative entre ces deux variables: le stage en milieu rural et la rétention. Il note néanmoins que cette relation est plus faible chez les étudiants de dernière année, comparativement à ceux de première année. Toutefois, le changement d'attitude vis-à-vis de la pratique en milieu rural est plus impressionnant (en termes de pourcentage) chez ceux d'origine urbaine. Bien que de plus en plus les modèles d'éducation en science de la santé visent plus les étudiants d'origine rurale, l'auteure estime qu'il devrait y avoir aussi une certaine attention pour ceux venant des régions urbaines. Ceci appuie les résultats, selon lesquels la méconnaissance du milieu rural est le facteur principal influençant la rétention. Les résultats semblent aussi indiquer que la volonté de travailler en milieu reculé est également influencé par l'engagement des époux, les avantages professionnels et le style de vie.

En termes de changements d'attitudes des étudiants en médecine, un certain nombre de choses semblent avoir été accomplies par ces programmes:

- 1) L'apprentissage holistique, la pratique dans la communauté et la relation particulière développée avec les patients contribuent à influencer le choix de ces étudiants quant à leur avenir.
- 2) Ces derniers ont une meilleure compréhension de l'aspect administratif et du sacrifice qu'exige un choix de carrière en milieu rural.

- 3) Ils réalisent combien leur choix de carrière a été positivement influencé par les expériences positives de l'entraînement en milieu rural, et que l'absence de cet aspect dans les programmes conventionnels occasionnait un biais en faveur des spécialités.

Trois autres facteurs influencent le choix des étudiants: les recommandations des pairs, les circonstances familiales ou sociales, et l'intérêt pour la pratique en milieu rural, acquis à travers les programmes de formation orientés à cette fin (22, 24).

La mesure réelle du succès de ces programmes de formation viendra avec les changements dans la force de travail avec le temps. Les récentes recherches en Australie suggèrent que ce genre d'interventions et les modèles futures de pratique en milieu rural devront prendre en compte les inquiétudes grandissantes qu'ont les jeunes professionnels concernant l'équilibre famille-travail, la mobilité et une flexibilité de carrière (28).

Dans certaines études, les aspirations varient à la fin du programme de formation. L'exposition à toute une variété de disciplines et peut être aussi les expériences positives ou négatives durant les rotations en milieux ruraux y sont pour quelque chose (24, 33). La grande majorité des étudiants débutent leur formation avec une idée bien définie de leurs choix de carrière et de leur lieu de pratique préférentiel. C'est particulièrement vrai pour les étudiants d'origine rurale. Une évaluation d'Eley et Baker (25) affirme que ce genre de programmes a un impact important même avec les étudiants d'origine urbaine. Contrairement aux résultats précédents, la grande majorité des inscrits aux programmes affirment que le contenu rural du programme les décourage à travailler en milieu rural. Aucun n'a rapporté avoir été influencé vers la pratique en milieu rural. Alors que les rotations plus

longues apparaissent plus effectives. Les résultats concordent avec ce que beaucoup à travers le monde disent. À savoir que la formation médicale dans un contexte non urbain est le meilleur moyen d'augmenter les ressources humaines médicales dans les milieux ruraux (22, 24, 25, 26, 28, 32, 34, 35, 36, 37). Certains ont exprimé des craintes que le placement dans les cliniques rurales augmente les coûts, parce que la présence des étudiants ralentit le rythme de travail des cliniciens, donc diminue leur revenu. Des études ont trouvé que l'implication des étudiants dans les activités de clinique rurale pendant une longue période a un effet bénéfique sur la productivité des cliniciens, sans altération de la qualité. Cependant, on prescrit l'adaptation des cursus de formation pour faciliter ses longs détachements des étudiants en formation médicale (38).

Le problème demeure qu'il n'existe pas assez de données qui témoignent que ces programmes se traduisent en d'éventuel changement des modèles de pratique, et que les efforts dans la formation des étudiants transforment solidement la bonne volonté en engagement à travailler en milieu rural. En Amérique du Nord où des progrès significatifs ont été enregistrés, les résultats se basent en majorité sur des programmes impliquant de nombreuses stratégies intensives incluant le recrutement sélectif et l'immersion totale en médecine de famille et en milieu rural (28). D'autres ajoutent le cursus de formation, la possibilité de faire carrière localement et de se spécialiser (23). Les résultats sont difficilement transposables à d'autres parties du monde.

La mesure ultime du succès de ces programmes de formation sera une amélioration significative de la rétention du personnel médical. Détourner les jeunes médecins vers la pratique en milieu rural exige une concordance entre la carrière, et les aspirations professionnelles des étudiants. La planification détaillée des rotations ainsi que les stratégies à long terme doivent aussi concorder pour adresser les

aspects de la pratique en milieu rural qui inquiètent le plus les nouveaux professionnels de santé (28).

### **2.3.2. Les résultats dans les pays en développement**

Dans les pays en développement par contre, beaucoup ne sont pas chauds à l'idée de travailler en milieu rural, même après la formation orientée. Les étudiants ayant exprimé des opinions négatives concernant ce programme, font état de l'absence de structures de dispensation de soins adéquates, de l'isolement des amis et des collègues, de l'absence de support venant de la faculté ou des instructeurs et d'une exposition inadéquate aux diverses pathologies qu'on retrouve dans les hôpitaux universitaires. D'autres évoquent l'absence d'infrastructures de support, comme l'internet, des bibliothèques pour l'apprentissage continu, et l'incapacité de comprendre les langages et cultures locales. C'est le cas dans les pays Africains où plusieurs langues coexistent. La plupart des étudiants affirment qu'ils n'accepteraient de travailler en milieu rural que s'il y a une amélioration de la situation salariale des professionnels de santé œuvrant en milieu rural. Les salaires plus élevés dans le secteur privé sont très attrayants pour ces professionnels, et limitent la capacité de rétention du secteur publique (40). En Afrique du sud par contre, la majorité des étudiants du programme préfère travailler dans le secteur public, et plus du quart dans le contexte rural, une différence marquée avec l'Ouganda. Les auteurs notent que la préférence pour le secteur rural diminue au fil des années de formation. S'il est vrai qu'un nombre de plus en plus élevé de jeunes médecins acceptent des affectations en milieu rural, il demeure toujours problématique de recruter des professionnels pour les milieux les plus reculés, où les besoins sont plus criants (26).

Uta Lehmann (21), estime qu'il n'est pas reconnu que l'origine rurale influence les médecins à aller pratiquer dans les milieux sous-desservis, mais c'est bien le cas pour d'autres catégories de professionnels. En Thaïlande par exemple, le

recrutement et l'entraînement en milieu rural d'infirmières, de sages femmes, de technologistes médicaux et d'agents sanitaires a prouvé que ceux là étaient plus préparés à affronter les conditions rigoureuses de milieux ruraux. Plusieurs pays africains prennent l'initiative d'ouvrir de nouvelles facultés de médecine en mettant l'accent sur les étudiants et une approche basée sur la résolution des problèmes (PBL) et sur la communauté. Toutefois, il existe un vide dans la littérature sur les retombées à long et à moyen termes de ces initiatives.

Le style de leadership exercé par les responsables des unités de soins, l'absence totale de souplesse sont pointés du doigt parmi les causes limitant les possibilités de recrutement et de rétention des professionnels de santé. Les conditions de travail déplorables, le plateau technique déficient et l'indisponibilité de formation continue contribuent à rendre l'atmosphère de travail plus stressante en milieu rural et ne sont pas favorable à une prise en charge efficace des patients. En plus des problèmes d'infrastructures physiques, la quasi absence d'infrastructures de communication telles: téléphone, accès internet, voies d'accès pour un transport sécuritaire, télévision font que les professionnels ne veulent pas aller travailler dans ces milieux. Ces dernières raisons ont été mentionnées par la grande majorité des étudiants (27). En résumé, les facteurs de prédiction négatifs quant au choix de travailler en milieu rural incluent le salaire trop faible, la surcharge de travail, les conditions d'hébergement déplorables, la mauvaise gestion des hôpitaux, le plateau technique déficient, les mauvaises relations interpersonnelles, la vie sociale peu satisfaisante, les difficultés d'accès à la formation continue, à la résidence hospitalière ou à une promotion.

Selon les intéressés, un certain nombre d'interventions peuvent contribuer à améliorer la situation. À cet effet, ils suggèrent une prime de difficulté accordée à ceux qui acceptent d'aller travailler dans ces conditions difficiles. Elle pourrait être

sous forme de frais d'hébergement, d'électricité, de téléphone ou de scolarité pour les enfants.

La décision de travailler et de demeurer en milieu rural est facilitée par la pratique en milieu rurale durant la formation, la compréhension des besoins du milieu et le contact avec un modèle de réussite en milieu rural, un mentor par exemple. Pieter Semeels et al (42) en Éthiopie ajoutent les incitatifs économiques et les programme basés sur la foi religieuse comme indicateur de succès, mais leurs effets sur le long terme sont loin d'être clair. Les motivations à travailler en milieu rural résultent de l'interaction complexe entre le personnel, les conditions de travail et les facteurs environnementaux. La formation des futurs professionnels à travers des rotations ou placements dans les communautés joue un rôle prépondérant dans l'éventuel choix de travailler en milieu rural, mais n'est pas le facteur unique.

Les réticences à laisser le confort des zones urbaines en faveur des régions rurales, résultent de l'exposition limitée aux structures de santé rurales et d'inquiétudes par rapport à la possibilité de travailler en milieu rural. Ces inquiétudes sont liées à des facteurs personnels, des facteurs liés au système de santé, des facteurs socio-économiques et la non exposition antérieure aux structures rurales de santé. Ainsi, les facteurs de prédiction du choix des professionnels de santé en Ouganda en terme de recrutement ou de rétention en milieu rural comprennent être né ou avoir reçu son éducation scolaire en milieu rural, l'exposition aux soins de santé en milieu rural et l'accès à l'éducation professionnelle continue (27).

Certains chercheurs ont noté que le coefficient de rotation est plus élevé chez les célibataires que ceux qui sont mariés. En Malaisie par exemple, les conjoints ont une certaine influence sur les lieux de pratique, et les responsabilités familiales

influencent plus les femmes que les hommes. Alors que pour les hommes le lieu de travail semble être une fonction directe des avantages salariaux, chez les femmes, le lieu de pratique est plus influencé par la situation familiale. Elles s'établissent en général là où la famille a de meilleures chances de s'épanouir. Il est donc plus compliqué de les retenir dans les milieux sous-desservis (21).

Helmuth Reuter (34) écrit que la capacité de recruter et de retenir les professionnels de santé dans les communautés sous-desservies dépend finalement du degré de stabilité, de la satisfaction sur le plan personnel et du point de vue de l'environnement de travail. Ces circonstances cependant, continuent de fuir la plupart des pays, en particulier ceux en développement. C'est ainsi que la littérature rapporte qu'il y a un plus grand succès de ces programmes en Amérique du Nord et en Australie qu'en Afrique et en Europe de l'Est. Les raisons de ces différences sont non seulement le fait de différence de ressources, mais sont souvent liées à une absence de compréhension claire des problèmes de santé associés à la vie en milieu rural et des stratégies de santé à appliquer.

La mise en œuvre de ces programmes dans les pays en développement est relativement récente. La mesure de leur impact réel sur le terrain ne se retrouve pas vraiment dans la littérature scientifique. Certaines études réalisées principalement en Afrique du Sud relèvent un impact plus ou moins positif. Les étudiants sont ouverts à travailler dans les milieux défavorisés, et préfèrent œuvrer dans le secteur public. Toutefois, ils refusent encore de travailler dans les milieux les plus reculés où les besoins sont plus importants.

#### **2.4. L'impact de la formation à l'ELAM**

En dépit du fait que ce programme soit très répandu dans les Caraïbes, l'Amérique latine et l'Afrique, il existe très peu de données scientifiques fiables sur

le sujet. La grande majorité des éléments de recherche viennent des cubains eux-mêmes, il n'y a donc pas beaucoup d'évaluations indépendantes de ces programmes. Parmi les programmes ayant bénéficié d'une évaluation indépendante figure celui de l'Équateur.

Le programme équatorien a bénéficié d'une évaluation comparative avec le programme MEAH, (Maîtrise en Approches Éco-systémiques de la santé). C'est un programme de maîtrise financé par l'ACDI sur les approches de type santé humaine et écosystème axé sur le renforcement des moyens pour gérer durablement les risques pour la santé, en tenant compte de l'environnement. Alors que la formation à l'ELAM s'appuie sur l'aspect clinique tout en impliquant les déterminants de la santé, le programme de maîtrise se base sur le développement de compétences permettant d'agir sur les déterminants de la santé des communautés vulnérables. Les modules mettent l'accent en particulier sur les préoccupations des communautés vulnérables (7).

Un des points communs à ces deux programmes est l'engagement de recruter des étudiants pour les besoins des communautés marginales. C'est ainsi par exemple que les femmes représentent environ la moitié des étudiants inscrits dans les deux programmes, et les minorités représentent la majeure partie des admis. Une différence marquée entre les deux programmes est l'absence de stratégies d'intégration des professionnels issus de l'ELAM. Huish (7) relate le fait qu'après leur année de travail en milieu rural, ces derniers n'arrivent pas à trouver de places en résidence hospitalière (spécialisation), en dépit de compétences avérées dans la prise en charge en milieu précaire. Beaucoup sont obligés de retourner à Cuba pour pouvoir se spécialiser. Tandis que le programme MEAH comporte un réseau de coopération aux niveaux local, national et régional permettant aux diplômés de développer des interactions avec les universités formatrices et des tuteurs. Les diplômés du programme MEAH peuvent selon leurs préférences acquérir des

spécialités en agro-écosystème, développement communautaire, ou science de laboratoire. Ils ont aussi des liens étroits avec le mouvement Latino Américain de Médecine Sociale (LASM).

Les deux programmes s'articulent autour de cinq principes:

1. Mise en place de politique publique de santé. L'ELAM s'appuie en grande partie sur le système de santé cubain, indifféremment du contexte ou du milieu. Alors que le MEAH s'appuie sur un partenariat stratégique en vue d'un engagement aux niveaux national et international. L'adaptation au milieu est une composante essentielle du programme MEAH.
2. Création d'un environnement encadrant. C'est difficile d'y arriver pour un clinicien individuel, mais possible en fonction de l'engagement de chacun. Au niveau de MEAH, on mise sur un changement de culture orienté plus vers un engagement communautaire des universités et la construction de réseaux inter universitaires, mais aussi le développement de liens avec la communauté internationale de pratique écosystème de la santé.
3. Renforcement de l'action communautaire. L'ELAM se base sur le système cubain, mais se révèle difficile d'application dans un contexte politique et économique différent. Les projets de mémoire du programme MEAH doivent obligatoirement engager un partenariat communautaire, et démontrer l'impact communautaire.
4. Développement de compétences personnelles. L'ELAM se base sur les connaissances pratiques et cliniques, associées aux compétences

sociales, environnementales, la prévention de maladies et la promotion de la santé au niveau communautaire. Au niveau du MEAH, les aptitudes en collaboration intersectorielle constituent la pierre angulaire. Cependant, les recherches interdisciplinaires peuvent être d'application difficile. La valeur accordée à la formation autodirigée augmente la capacité d'apprentissage et d'échange.

5. Réorientation des services de santé. Le modèle cubain est basé sur une culture de santé dans la communauté et de service communautaire. Les promotions dans le système (en termes de trajectoire de carrière) reposent sur la promotion de la santé dans des communautés marginales. Au niveau de MEAH il existe un potentiel élevé pour l'innovation, et l'avancement est basé sur la promotion de la santé en milieu sous-desservi également.

S'il est vrai que les deux programmes réussissent très bien en termes de sélection de candidats ou de cursus, il existe peu de garanties que les professionnels formés vont effectivement aller travailler dans les milieux défavorisés. Il persiste aussi un doute raisonnable sur la durabilité de ces programmes. L'identification des vulnérabilités de ces diplômés et une prise en charge proactive est importante; malheureusement aucun des deux ne l'a réussi jusque là.

## **2.5. Programme multifocal au Sénégal**

Au Sénégal où les problèmes d'accessibilité et de rétention de personnel représentent un enjeu majeur du système de santé, l'amélioration de la gestion du personnel a été l'avenue privilégiée (45). Le projet consiste en la fidélisation des professionnels par un ensemble de mesures:

- 1- La création de la direction des ressources humaines, qui assure une décentralisation de la gestion du personnel.
- 2- La révision du statut particulier des agents de santé des établissements publics de santé. Cela inclut la création de nouveaux corps de métier, l'évolution des carrières des professionnels de santé, et la formation continue.
- 3- Une indemnité d'éloignement et une prime de motivation. À noter que cette stratégie n'est pas mise en œuvre de manière continue.
- 4- Des moyens de transport dans les zones défavorisées. Motorisation des agents de santé
- 5- Des indemnités spéciales pour les professionnels qui travaillent dans les zones sous-desservies (Programme Cobra). Tout en étant à sa phase d'expérimentation, ce programme a suscité des réactions très positives des professionnels de santé.
- 6- La contractualisation du personnel dans le but de palier au manque de professionnels qualifiés. Ce programme est déjà largement dépassé, les ressources étant insuffisantes.
- 7- La coopération interprofessionnelle pour les soins obstétricaux d'urgence et de néonatalogie.
- 8- L'amélioration de la formation des professionnels, grâce à l'ouverture d'écoles privées, la délivrance nationale de diplôme de paramédicaux, la création de centres régionaux de formation en santé, les incitatifs pour les enseignants des écoles publiques, le soutien financier aux étudiants,

l'augmentation de la main d'œuvre médicale et le recrutement de professionnels de santé.

L'évaluation de ce programme révèle que les mesures récentes prises au Sénégal sont importantes pour le recrutement et la fidélisation dans les zones périphériques. Même si certaines comme le programme cobra nécessitent des ajustements (45). Les incitatifs financiers sont importants, mais pas suffisants. Une solution serait par exemple de les différencier en fonction de la ruralité ou de l'éloignement. La continuité est une composante importante pour la réussite de ce genre de programme, et l'interruption de ces mesures peut entraver tout le processus de fidélisation. Les contraintes budgétaires à long et à court terme doivent être considérées avant d'entreprendre les programmes d'incitatifs financiers. Le rapport OMS 2006 (12) rapporte également que les incitatifs financiers ne semblent pas avoir un grand impact dans la majorité des pays développés, mais ils pourraient en être autrement dans les pays en développement. Ils doivent toutefois être accompagnés d'autres mesures. Parmi elles, l'amélioration des conditions de travail à travers le renforcement du plateau technique, de même qu'une meilleure reconnaissance du travail effectué par le personnel en milieu sous-desservi figurent en bonne position. Un système d'affectation du personnel de santé équitable et transparent peut aussi aider. Par exemple, le travail dans certaines régions pourrait constituer un critère de sélection pour une réaffectation ou une promotion. L'ajout de nouvelles responsabilités pour les personnels de santé, pour aider à faire face à la pénurie de personnel, et la formation de personnel susceptible de travailler en milieu reculé.

### **3. Résumé des lacunes de la littérature**

La littérature révèle que les problèmes d'accessibilité se rencontrent quasiment partout à travers le monde, les interventions mises en œuvre pour contrer

le problème intègre un ou plusieurs éléments: les incitatifs financiers, le recrutement préférentiel, la formation adaptée aux besoins des communautés ou des mesures administratives. Les évaluations de ces programmes ont surtout été faites dans les pays développés. Il n'y a pas suffisamment de données prouvant ou non l'efficacité de ces programmes dans un contexte de pays en développement. De plus, la mesure de l'impact à long terme de ces genres de programmes ne se retrouve pas encore dans la littérature, vu que ces interventions sont relativement nouvelles. Dans le cas des programmes de formation (noter que ces programmes ont souvent une composante de recrutement préférentiel d'étudiants d'origine rural), les études présentées jusqu'ici analysent les intentions plutôt que les attitudes. L'intention réfère à une disposition d'esprit en vue d'atteindre, ou d'essayer d'atteindre un but, indépendamment de sa réalisation qui peut être incertaine, ou des conditions qui peuvent ne pas être précisées. L'attitude quant à elle réfère à une disposition d'esprit déterminé par l'expérience à l'égard d'une personne, d'un groupe social ou d'une chose abstraite et qui porte à agir de telle ou telle manière (46). La plupart de ces évaluations rapportent des changements de perceptions des professionnels plutôt que de réels changements d'attitudes. La perception étant l'acte de prendre connaissance par l'intuition, par l'intelligence ou l'entendement (46). À ce stade de développement de la recherche dans le domaine, il est difficile d'obtenir certaines données. Il n'existe pas pour le présent moment des évaluations qui témoignent de changements significatifs dans la force de travail en milieu sous-desservi. Ces éventuels changements sont les seuls garants de changement réels de l'accessibilité aux soins de santé. Ils sont d'autant plus difficiles à évaluer (ces changements) que ces programmes sont relativement récents. Les données de la littérature reflètent l'acceptabilité des étudiants de travailler dans des milieux sous-desservis, la meilleure distribution des professionnels médicaux est encore à démontrer.

Le programme de l'ELAM a beau être en application dans bon nombre de pays, les évaluations sont rares. Un seul aspect semble avoir été évalué: l'impact des médecins cubains sur les indicateurs de santé. Aucune étude n'est faite sur le

devenir de ces programmes à long terme, sur la durabilité de ces programmes. Par exemple le contexte social à Cuba où les professionnels sont formés est différent du contexte où ils sont appelés à travailler. Aucune évaluation de cet aspect de la question n'a jusque là été retrouvée. Tout semble être à faire en ce qui à trait à son évaluation.

#### **4. Objectifs de l'évaluation**

Au vu de la littérature existante, il n'y a pas de données probantes sur l'efficacité de ces programmes dans les pays comme Haïti. Les caractéristiques de l'ambiance et les caractéristiques personnelles sont des éléments d'importance dans le recrutement et la rétention des professionnels. Les contextes économique et social doivent être pris en considération par tout programme visant l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé. Il est donc nécessaire d'évaluer le programme haïtien en tenant compte des caractéristiques du milieu et des professionnels haïtiens.

Le but de cette recherche est de non seulement faire une évaluation globale du programme tel que constitué présentement, mais aussi de fournir des éléments pour aider la prise de décision.

Les objectifs spécifiques de l'évaluation sont:

- 1) De déterminer la pertinence du modèle de couverture choisi, tenant compte des caractéristiques infrastructurelles et des problèmes d'accessibilité géographique inhérents au milieu. L'évaluation visera spécifiquement à vérifier si le programme répond aux besoins actuels en matière de santé.

- 2) D'établir la plausibilité des objectifs visés par le programme. Il sera intéressant de vérifier s'il peut raisonnablement atteindre les objectifs qu'il s'est fixés.
- 3) De faire des propositions de solutions qui améliorent le programme, au besoin.

## **Chapitre III**

### **Méthodologie**

Selon Pope (48) le but de la recherche qualitative est de développer des concepts devant aider à la compréhension des phénomènes sociaux dans leur contexte naturel, plutôt qu'expérimental, mettant ainsi l'accent nécessaire sur les significations, les expériences de tous les participants. Pour Guba et Lincoln (49), les comportements humains, contrairement à celui des objets ne peuvent être compris sans référence aux significations et intentions attachées par les acteurs à leurs activités. Conséquemment, la méthode qualitative semble particulièrement adaptée à la recherche dans le domaine de l'organisation du système de santé. Elle s'applique parfaitement aux objectifs de cette recherche.

Les analyses stratégique et logique s'imposent comme méthode d'évaluation du programme d'augmentation de l'accessibilité aux soins de santé en Haïti. L'analyse stratégique vise à déterminer la pertinence d'une intervention, c'est-à-dire l'adéquation ou la cohérence entre les objectifs de l'intervention et le problème à résoudre. L'analyse logique qui suit l'analyse stratégique, vise à déterminer la plausibilité du modèle théorique de l'intervention (13).

## **1. La stratégie de recherche**

La stratégie retenue est une recherche synthétique de cas. Cette méthode permet d'analyser les relations complexes qui peuvent exister entre différentes variables intervenant dans l'accessibilité aux soins de santé. Elle permet également d'établir l'ensemble des relations entre les composantes du programme et de l'environnement conditionnant sa réussite ou non. Le contexte est justement un facteur important à évaluer, parce que l'objet de l'étude est de déterminer si le milieu Haïtien sied la mise en œuvre de ce programme d'augmentation de la couverture médicale. L'identification de la dynamique existant entre les acteurs du système de santé est importante pour expliquer la situation actuelle en termes

d'accessibilité du système de santé, et l'impact réel de ce programme d'augmentation de l'accessibilité actuellement en application.

## **1.2. Critères de validité**

Bruce L. Berg (50) définit la scientificité de l'étude de cas par l'évaluation de deux paramètres:

- a) Est-ce que les procédures comportent trop de décisions subjectives pour aboutir à des résultats vraiment objectifs.
- b) Est-ce que cette méthode offre des informations qui sont utiles au-delà du programme d'amélioration de la couverture sanitaire haïtien.

### **1.2.1. L'objectivité de la recherche**

La reproductibilité est la plus grande force de ce travail, et le principal garant de l'objectivité. La méthodologie présentée dans ce chapitre devrait permettre à n'importe quel autre chercheur de reprendre le travail, et de vérifier les résultats de cette recherche. La reprise de cette méthodologie par un autre chercheur devrait donner à peu près les mêmes résultats. Les entrevues sont conduites de manière à ce que les spécialistes du milieu analysent eux même le programme pour arriver à leur conclusion. Les données présentées ici représentent les idées les plus souvent exprimées. Elles sont l'expression des opinions des participants et non celle de l'auteur. Les citations issues des entrevues avec les participants témoignent aussi de l'objectivité de l'analyse. La confrontation avec les données de la littérature est de nature à aider l'objectivité.

### **1.2.2. La généralisation**

La force de l'étude de cas est qu'elle permet d'analyser le contexte spécifique du programme. Toute généralisation des résultats doit tenir compte du contexte particulier de mise en œuvre du programme. Les résultats sont généralisables à des programmes semblables, mis en œuvre dans des contextes similaires. Cependant, la comparaison permanente avec les données de la littérature est de nature à situer ce travail, et d'alimenter la littérature scientifique en matière d'accessibilité des soins de santé et de rétention du personnel médical. Les recherches dans les pays en développement concernant les interventions visant la rétention du personnel médical sont éparpillées, ce travail contribue à enrichir les données sur le sujet.

## **2. Déroulement de la recherche**

Pour atteindre les objectifs visés, l'évaluation a été effectuée en plusieurs étapes. En premier lieu des entretiens avec des personnes impliquées dans le programme (gens de tous les échelons) pour comprendre le fonctionnement et la logique du programme. Par la suite des entretiens avec des experts du milieu pour comprendre la nature des problèmes auxquels fait face le système de santé haïtien et en comprendre les causes. De cet exercice a émergé les problèmes les plus pertinents, plus facilement solvables et dont la résolution aurait le plus d'impact sur la santé de la population. Cela a permis de déterminer la pertinence du problème visé par ce programme et en retirer les solutions viables à long terme pour améliorer la situation sanitaire. Le modèle causal du problème identifié par le programme est construit, pour déterminer si l'intervention agit sur la bonne cause. Finalement l'analyse logique renseigne sur la plausibilité des objectifs visés par l'intervention.

### **2.1. Construction du modèle théorique du programme.**

La construction du modèle théorique est une étape importante de l'évaluation. Le diagramme permet de comprendre le programme dans ses

différentes composantes. Il permet de réaliser comment ces composantes interagissent pour arriver à atteindre l'objectif souhaité. Pour Weiss (51), un évaluateur bien imbu du programme auquel il a affaire, a une meilleure idée des questions que la recherche doit adresser. Il connaît la ligne de développement du programme ainsi que les controverses entourant le sujet. Il peut préparer son évaluation de manière à adresser les préoccupations les plus pressantes et les plus actuelles. Selon Mc Laughlin (52), la modélisation est un instrument qui peut être utilisé comme planificateur préalable pour le développement de la stratégie et la conduite d'une évaluation. C'est donc un élément important pour la maîtrise de l'intervention à évaluer, mais aussi un outil pour la réalisation de l'évaluation du programme. Cette méthode a permis de comprendre la théorie du programme dans ces composantes, et ainsi faciliter l'évaluation.

## **2.2. Analyse stratégique de type I**

Une liste exhaustive des difficultés auxquelles fait face le système de santé a été dressée avec les experts du milieu. Ces différents problèmes ont ensuite été classés selon leur importance respective, puis analysés en fonction des capacités de l'État à agir sur chaque problème. Chaque participant établit ses priorités et les motive. Les données recueillies sont ensuite comparées pour ainsi dégager le ou les problèmes les plus pertinents auxquels le programme devrait s'adresser. Cette étape constitue une analyse stratégique de type I selon la classification du GRIS (13). Elle permet de déterminer la pertinence du problème visé par le programme pour résoudre les difficultés du système de santé haïtien. L'importance du problème visé prédétermine l'impact de l'action en cours.

## **2.3. Analyse stratégique de type II**

Le modèle causal le plus complet possible du problème retenu par le programme a été construit. Ce travail a été couplé à une recension de la littérature pour déterminer toutes les causes recensées de ce problème et les comparer à la

situation haïtienne. Les bases de données Ovid, PubMed ont été utilisées et les thèmes de la recherche sont: la santé rurale, la rétention des professionnels de santé. Les causes sont ensuite classées par chaque expert en termes de leur importance relative, et en termes des capacités de l'État à y remédier. Les données de toutes les entrevues sont comparées pour identifier le ou les problèmes qui reviennent le plus souvent. C'est l'analyse stratégique de type II. Cette étape répond au besoin d'établir dans quelle mesure les actions entreprises par cette intervention ciblent les bonnes causes.

#### **2.4. Analyse logique du programme**

À ce stade, une analyse logique du programme a été effectuée pour déterminer la cohérence de la théorie du programme. Le but est de déterminer dans quelle mesure la théorie du programme repose sur les données probantes. Cette analyse vérifie la base théorique sur laquelle repose ce programme. À partir du modèle théorique élaboré à l'étape 1, les spécialistes et ceux qui sont familiers avec le programme ont discuté de quatre questions:

- 1) Quels sont les types d'interventions qui permettraient de résoudre le problème d'asymétrie de distribution du personnel médical? Quelles solutions l'État pourrait apporter qui tiendraient compte du contexte Haïtien?
- 2) La solution proposée par le programme est-elle techniquement réalisable et durable? Dans le cas contraire quelles alternatives pourraient être envisagées?
- 3) Les activités prévues sont-elles suffisantes?
- 4) Les ressources sont-elles employées correctement?

Une revue de la littérature a été conduite sous les thèmes: accessibilité des services de santé et utilisation des services de santé. Les bases de données Ovid, PubMed ont été utilisées.

### **3. Le choix des participants**

Les participants sont choisis en fonction de leur expérience du système, des postes qu'ils occupent ou de leur proximité avec une composante quelconque du programme. Ils ont pour la plupart été référés par d'autres (méthode boule de neige). Cette recherche a bénéficié de la participation de plusieurs professionnels haïtiens, des diplômés et des étudiants de l'ELAM. Trois diplômés de l'ELAM, une étudiante actuelle, deux anciens responsables de la coopération haïtiano-cubaine, un ancien directeur général du MSPP, un ancien directeur départemental et un actuel directeur de programme du MSPP ont aidé à la réalisation du modèle théorique du programme d'amélioration de la couverture sanitaire. Les analyses stratégique et logique ont bénéficié de la participation de seize professionnels haïtiens, en plus des personnes précitées. Ces professionnels regroupent des médecins en pratique privée, des responsables d'ONG, des fonctionnaires du ministère. Tous ceux qui ont participé à l'évaluation ont évolué durant un certain nombre d'année en milieu rural. La grande majorité a déjà travaillé dans le secteur public, ou y travaille encore.

En dehors des étudiants, et des diplômés de l'ELAM, les participants à cette évaluation ont une vaste expérience du système de santé haïtien. Les trois diplômés de l'ELAM sont de la première promotion et l'étudiante quant à elle est en quatrième année de formation. Deux des trois diplômés sont à Montréal, l'autre débute sa résidence hospitalière à Madrid en Espagne. L'âge moyen de ces diplômés est de 29 ans, avec un âge médian de 30 ans, un âge minimum de 23 ans et un âge maximum de 33 ans. Parmi les diplômés, deux ont travaillé durant deux années en milieu rural, et un autre n'a jamais pratiqué en Haïti.

Les autres participants sont des médecins et un agronome qui tous travaillent ou ont travaillé pendant au moins une année en milieu rural. La grande majorité des médecins participants sont des gestionnaires de programmes, à l'exception de deux médecins cliniciens. L'âge moyen de ces derniers est de 45 ans, le médian 37 ans, le minimum 35 ans et le maximum 67 ans. En termes d'expérience dans le système de santé, la grande majorité des participants évoluent dans le système depuis au moins 10 ans. Ils sont soit des gestionnaires de programmes de santé, ou des responsables d'ONG. De plus, ils ont tous une certaine idée de la structure de santé publique, soit parce qu'ils ont travaillé comme médecin en service social, ou parce qu'ils sont ou ont été des cadres du MSPP.

#### **4. Méthodes de collecte des données**

Plusieurs méthodes de collecte de données ont été utilisées.

1. La consultation de certains documents du programme et du site cubain de publication des données de santé, a permis d'avoir une idée la plus fidèle possible de ce que les concepteurs avaient en tête avant la mise en œuvre du programme. Ces documents ont été d'une certaine importance dans la construction des modèles théorique et logique du programme.
2. L'analyse des coupures de journaux d'époque pour aider à comprendre l'idée de départ et évaluer les écarts possible entre l'idée de départ et la structure organisationnelle actuelle du programme.
3. Des entrevues semi-structurées avec des informateurs clés ayant une vue privilégiée des structures du programme et/ou du système de santé haïtien leur permettant d'avoir des informations importantes. Ceci a aidé à la compréhension de la logique du programme, mais aussi au recensement des

problèmes auxquels fait face le système. Des entrevues semi-structurées ont été faites avec les spécialistes de la question haïtienne pour les analyses stratégiques de type I et II, ainsi que l'analyse logique du programme. Le choix des entrevues semi-structurées tient au fait qu'un certain nombre de sujets prédéterminés ont été abordés lors de ces entretiens, et suivant un ordre particulier (50).

4. À ces entrevues s'ajoutent les notes qui ont été prises par le chercheur. Ces notes ont constitué le journal de bord qui complète les entrevues. Cette mesure a permis de compléter les retranscriptions, et de récupérer des données vocales qui n'apparaissent pas sur l'enregistreur numérique de voix.
5. La consultation des bases de données (Ovid, PubMed...), dans le but de vérifier dans quelle mesure les solutions envisagées le sont en fonction des données probantes. Les thèmes suivants ont été utilisés pour la recherche documentaire: l'accessibilité des systèmes de santé, l'utilisation des services de santé, la rétention du personnel médical, et la santé rurale. La confrontation systématique des informations issues des interactions avec les spécialistes du système avec les données probantes est de nature à favoriser des résultats objectifs et des suggestions susceptibles de porter fruit.

Les conversations ont été enregistrées avec le consentement des participants pour faciliter l'analyse des données. La consultation des documents du programme, de coupures de journaux, des entrevues avec les responsables du programme ainsi que les principaux détenteurs d'enjeu a été effectuée pour pouvoir construire le modèle théorique. Par détenteurs d'enjeu, on entend toute personne ayant un intérêt quelconque dans le programme, et celles qui par leur statut ou position ont une certaine compréhension du fonctionnement du programme. Les intervenants du système de santé haïtien ont grandement participé à ce travail, en mettant le chercheur en contact avec un certain nombre d'informateurs clés ou des spécialistes de la situation sanitaire du pays.

À chaque étape de cette analyse, les solutions alternatives ont été considérées pour améliorer le programme chaque fois qu'il a été nécessaire. À noter également que les grilles ont été construites à partir des données de la revue de littérature, et ont été testées avant afin de s'assurer que tous les thèmes étudiés sont correctement abordés. Les thèmes abordés proviennent de la recherche documentaire en matière d'accessibilité et d'utilisation des services de santé.

## **5. Analyse des données.**

L'approche privilégiée pour l'analyse des données a été l'approche de recherche collaborative sociale. Bruce L. Berg (50) l'a défini comme étant une orientation qui permet au chercheur de travailler avec ses participants dans un contexte particulier, dans le but d'accomplir des changements ou développer une action. La collecte des données se fait de manière collaborative, avec des participants qui deviennent des détenteurs d'enjeu de la situation à modifier ou de l'action à entreprendre. Cette approche cadre avec les besoins de cette étude. Un certain nombre de processus se sont enchainés pour arriver à l'analyse des données:

### **5.1. Préparation et description du matériel**

Cette étape est marquée par un arrangement chronologique des données recueillies (entrevues), suivi d'une synthèse des notes du journal de bord. Cet exercice a été réalisé tout de suite après chaque entrevue. Parallèlement, les enregistrements des entrevues ont été retranscrits pour faciliter l'analyse. Les retranscriptions ainsi que les résumés des tableaux de bord ont été classifiés de manière que la source du matériel, la date d'enregistrement soient bien identifiées, sans divulguer l'identité des participants. Un code alphanumérique impliquant la date le lieu ainsi que le nom de famille de chaque participant a été développé à cet effet.

## 5.2. Réduction des données

Les données retranscrites ont été aussi synthétisées en vue d'identifier les grands points qui ressortent de chaque entrevue. Un premier codage des données retranscrites est développé de manière analytique, permettant l'identification des groupes de données, de notes, ou de retranscriptions. Les codes ont ensuite été transformés en thèmes ou catégories. A partir du matériel catégorisé, ont été identifiées les différences, les similarités les relations ou les tendances qui émanent des données. Le matériel a ensuite été examiné pour isoler les grandes tendances et les processus. Les tendances ainsi identifiées sont comparées avec ce qui a déjà été publié sur le sujet.

## 6. Considérations éthiques

La confidentialité de tous les participants a été respectée, et tous ont eu la possibilité de se retirer de l'étude en tout temps s'ils le désiraient. Aucune rémunération n'a été envisagée. L'acceptation de participer à l'étude a été considérée comme consentement des participants. Aucune mention de leur identité n'est faite nulle part dans le rapport de l'évaluation. Les enregistrements ont été faits avec le consentement des participants. Les fichiers audio ont été identifiés avec des codes alphanumériques pour éviter de dévoiler l'identité des participants. Les notes et enregistrements obtenus de ces entrevues ont été détruits une fois le travail complété.

## 7. Biais et limites de l'évaluation

Le principal biais de l'étude est l'absence de collaboration des coopérants cubains. Il n'a donc pas été possible d'obtenir un équilibre à ce que rapportent les professionnels haïtiens au sujet du programme. Bien sûr des hauts responsables

haïtiens du programme ont participé à la réalisation de cette évaluation, mais la perspective des cubains fait grandement défaut à cette analyse.

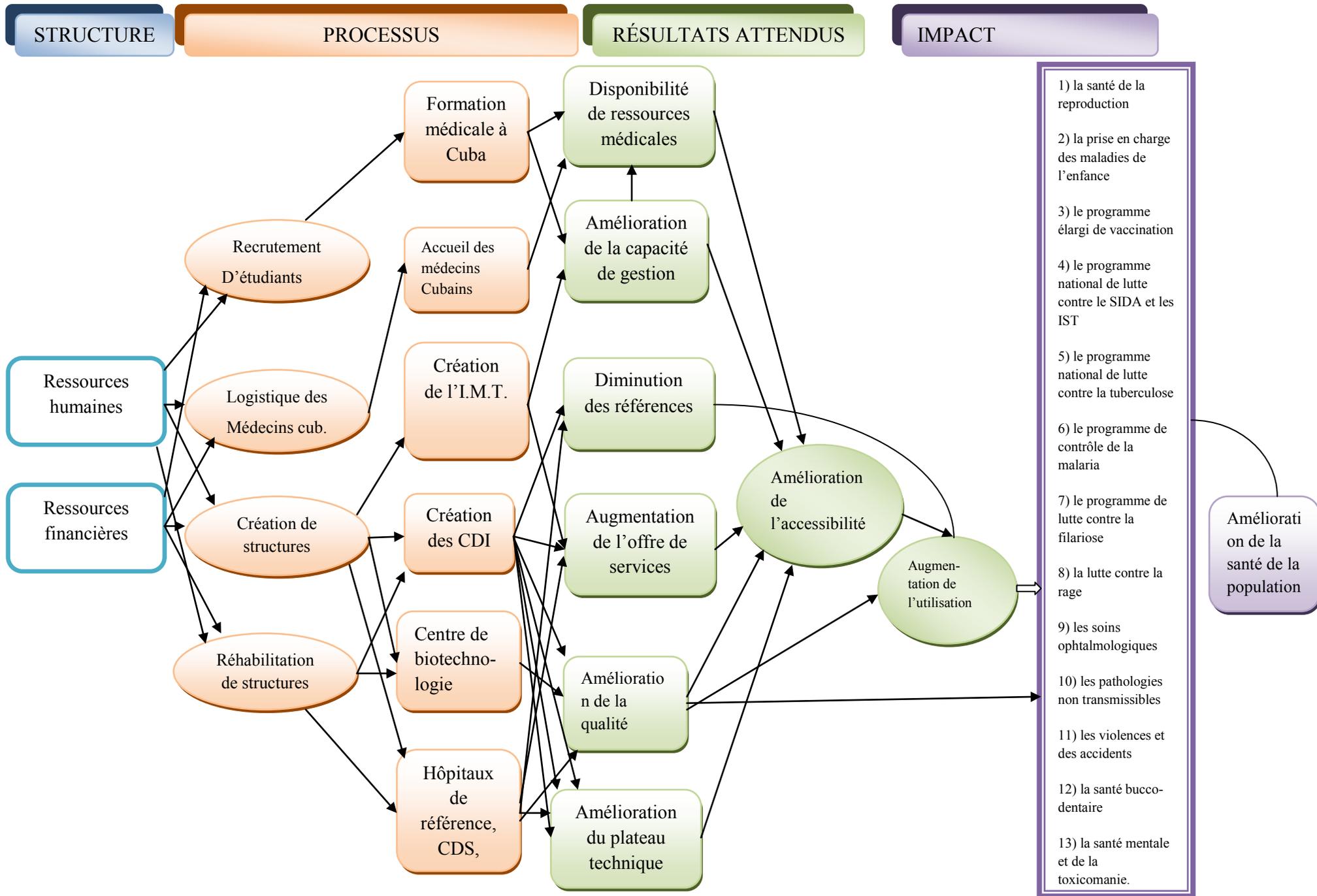
Ce travail prend uniquement en considération la perspective des médecins, alors que le personnel médical est beaucoup plus varié. Il est vrai que le programme dans sa forme actuelle vise surtout une plus grande disponibilité de médecins, mais les autres professionnels du système de santé auraient pu apporter des perspectives nouvelles. L'évaluation n'a pas été suffisamment en profondeur sur les accomplissements de ce programme. Des observations couplées aux entrevues auraient pu apporter des informations complémentaires.

## **Chapitre IV**

### **Le modèle théorique du programme d'augmentation de la couverture sanitaire en Haïti**

Fig1

MODÈLE THÉORIQUE DU PROGRAMME D'AUGMENTATION DE LA COUVERTURE SANITAIRE EN HAÏTI



Le modèle théorique s'est construit après consultation de documents du Ministère de la santé et l'apport de témoins privilégiés de la mise en œuvre du programme. Une découverte inattendue de cette recherche, est qu'il n'existe pas de support documentaire détaillant la théorie du programme. Les détails du fonctionnement du programme obtenus ici viennent majoritairement de témoins privilégiés, qui ont occupés diverses fonctions dans la structure étatique. Le programme tel qu'il est maintenant est bien différent de ce qu'il était à ses débuts, il y a un constant remodelage. Les informations obtenues des informateurs clés et les coupures de journaux confirment qu'un certain nombre de composantes n'étaient pas prévues au départ.

## **1. Historique de la conception du programme**

L'idée de ce programme d'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé prit naissance en novembre 1998 à l'occasion de la visite du président Préval, nouvellement élu, pour sceller le rétablissement des relations diplomatiques entre Haïti et Cuba. Lors de cette rencontre le président cubain d'alors, Fidél Castro, proposa au président Préval une coopération multisectorielle avec une importante composante médicale étant donné le degré d'avancement des cubains dans ce domaine. L'idée d'augmenter la couverture sanitaire fit son chemin. Ils ont convenu d'envoyer des médecins cubains en Haïti en vue d'augmenter la couverture sanitaire. À son retour de Cuba, neuf hauts responsables cubains ont accompagné le président Préval dans le but de discuter avec les responsables haïtiens des modalités de la coopération.

Au cours de la réunion qui a suivi, les cubains ont proposé d'appliquer en Haïti le PIS (Programme Intégral de Santé) déjà en œuvre dans plus d'une vingtaine de pays à l'époque. Ce programme consiste en l'envoi de personnel médical cubain dans les milieux reculés pour palier aux problèmes de ressources humaines auxquels font face les pays bénéficiaires. Pris de court par la brièveté du délai pour la mise en

œuvre de cette coopération, les responsables haïtiens présents à cette réunion proposèrent d'intégrer les médecins cubains au plan de restructuration du système de santé haïtien (programme financé par la Banque Interaméricaine de Développement et le trésor national). Les responsables haïtiens et cubains présents à cette réunion optèrent de préférence pour le plan cubain. C'est ainsi que dès le 5 décembre qui suivit 57 professionnels de santé cubains sont rentrés en Haïti sans aucune planification préalable en dehors de la logistique pour les accueillir. Ces derniers ont tous été envoyés dans le département de la Grande-Anse. C'est à partir de ce moment là que le document «Cadre Technique de la Coopération Haïtiano-Cubaine» qui définit les grandes lignes de cette coopération a été rédigé. Le programme a évolué de sa mise en œuvre en 1998 à nos jours, certaines composantes y ont été ajoutées et d'autres n'ont jusqu'à présent pas vu le jour.

## **2. Théorie du programme**

L'objectif principal de ce programme est l'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé. Selon le plan établi, cette augmentation de l'accessibilité devrait occasionner une nette augmentation de l'utilisation des services. Cela devrait favoriser l'action du Ministère de la santé publique au niveau: 1) de la santé de la reproduction, 2) de la prise en charge des maladies de l'enfance, 3) du programme élargi de vaccination, 4) du programme national de lutte contre le SIDA (Syndrome Immunodéficience Acquis) et les IST (Infection Sexuellement Transmissible), 5) du programme national de lutte contre la tuberculose, 6) du programme de contrôle de la malaria, 7) du programme de lutte contre la filariose, 8) de la lutte contre la rage, 9) des soins ophtalmologiques, 10) des pathologies non transmissibles, 11) des violences et des accidents, 12) de la santé bucco-dentaire, 13) de la santé mentale et de la toxicomanie. Parmi ces programmes, les sept premiers, prioritaires (53), devraient bénéficier d'une nette augmentation de leurs activités avec la mise en œuvre du programme d'amélioration de l'accessibilité aux soins de santé. Conséquemment une amélioration de la santé globale de la population devrait s'en suivre.

Pour démarrer le programme le gouvernement a puisé dans de multiples programmes gouvernementaux, parce qu'aucun montant n'avait été prévu à cet effet dans le budget national. Il a fallu aussi engager le personnel pour coordonner la coopération, s'occuper de la logistique du programme. Les fonds décaissés ont permis tout d'abord de doter la coopération d'un siège où les responsables (haïtiens et cubains) pouvaient se réunir ou être joints pour la gestion quotidienne du projet. Les activités réalisées peuvent être catégorisées en deux grands groupes: les activités d'ordre logistique et les activités liées aux ressources humaines.

- En termes de logistique il s'agit de la préparation de structures d'accueil (résidentielles et hospitalières) pour les nouveaux arrivants, mais aussi d'améliorer le plateau technique des structures médicales. Cette composante du projet vise la réfection des structures sanitaires devant accueillir les professionnels cubains, la construction de nouvelles structures de santé (hôpitaux et centres de santé). Parmi ces nouvelles structures, la création de CDI (Centre de Diagnostic Intégré) pour faciliter une prise en charge la plus complète possible. Ceci à pour objectif de limiter au maximum le recours à des références pour des interventions simples. Les références sont identifiées comme l'une des principales causes de la sous utilisation des structures de dispensation de soins. En effet les participants sont unanimes à dire que le coût lié au déplacement, à la perte d'une journée de travail et aux tarifs des examens complémentaires est un obstacle majeur à l'utilisation des services de santé. Ces CDI devraient être équipés en matériels diagnostics tels des machines d'échographie, de radiographie, d'ECG (Électrocardiogramme) etc. en plus des professionnels. Le projet vise également l'amélioration de la capacité de gestion du système de santé, ainsi que la formation de spécialistes répondant aux besoins de ce système. L'Institut de Médecine Tropicale aura pour vocation de former les gestionnaires pour le système, un élément identifié par les concepteurs comme clé pour la pérennisation de ce projet.

- Pour ce qu'il s'agit des ressources humaines, l'intervention consistait tout d'abord à recruter des professionnels cubains pour palier à la pénurie actuelle et de former parallèlement des médecins haïtiens supplémentaires, pour progressivement remplacer les professionnels cubains. Les professionnels cubains volontaires, sont choisis par les responsables cubains. Une fois arrivés en Haïti, ils bénéficient d'une formation minimale en créole leur permettant de communiquer avec les patients. Le recrutement des postulants en médecine quant à lui se fait sur la base de concours où le lieu de naissance et la performance à l'examen sont les deux paramètres considérés. L'origine est cependant le paramètre le plus important. En fonction des besoins d'une région et des performances des postulants nés dans cette région, certains seront choisis pour bénéficier de la formation à Cuba. Initialement cinq cents médecins devaient être formés, mais ce nombre est largement dépassé et on en forme jusqu'à ce jour. L'Institut de Médecine Tropicale quant à elle a pour mission de former les gestionnaires du système, en plus de spécialités médicales nécessaires aux besoins de santé en Haïti.

Avec ce processus, un certain nombre d'effets sont recherchés. Tout d'abord on vise une plus grande disponibilité de personnel, dans le but de pourvoir à tous les besoins du système. La venue de médecins cubains, la formation de médecins supplémentaires à Cuba ainsi que l'opérationnalisation de l'Institut de Médecine Tropicale vise spécifiquement à palier au problème de rétention de personnel auquel fait face le système de santé haïtien. En créant une augmentation de l'offre, le projet vise à réduire le problème de rétention, et secondairement encourager l'utilisation des services médicaux. D'autant plus que les étudiants haïtiens à Cuba doivent signer un contrat pré-étude les obligeant à travailler dans leur milieu d'origine pour une période de dix ans, trois années à travailler dans leur milieu d'origine, trois à quatre années de spécialisation, et le reste à travailler dans un hôpital de référence après la résidence hospitalière (spécialisation).

## **2.2. Amélioration de la capacité de gestion**

La gestion du système a également été identifiée comme un maillon faible expliquant certains problèmes. À ce titre, non seulement la formation des médecins revenant de Cuba intègre les principes de gestion de système en particulier dans un contexte de pénurie; mais l'opérationnalisation de l'Institut de Médecine Tropicale devrait aider à la résolution de ce problème grâce à la formation de gestionnaires pour le système.

## **2.3. Augmentation de l'offre de services et de la disponibilité des ressources**

L'augmentation de l'offre de services est secondaire à la présence effective du personnel médical et à l'amélioration du plateau technique. Le nombre de médecins formés ayant augmenté en plus de la disponibilité des médecins cubains, il sera plus facile d'assurer une présence médicale continue dans toutes les structures de santé. De plus, la mise en fonctionnement des CDI, des centres de santé et des hôpitaux bien équipés devraient contribuer non seulement à l'augmentation de l'offre de services, mais aussi assurer une meilleure qualité du service offert. Dans cette optique, le gouvernement brésilien a promis dix nouveaux hôpitaux et centres de perfectionnement pour les professionnels de santé haïtiens, alors que le gouvernement vénézuélien propose environ trente hôpitaux communautaires, avec trente unités de physiothérapies, une unité prothétique et trois centres de technologies biomédicales (6). Ces structures contribueront aussi à diminuer les références, pointées du doigt comme l'une des causes de la sous utilisation des institutions sanitaires, en assurant une disponibilité continue de matériels médicaux.

Avec toutes ces mesures, on espère que l'accessibilité aux soins de santé sera grandement améliorée, et avec elle une augmentation de l'utilisation des services. À partir de là, une augmentation des activités relatives aux enjeux de santé priorités

par l'État haïtien. En fin de compte ces interventions devraient amener à une amélioration de l'état de santé globale de la population.

Il est à noter que le programme tel que présenté ici n'a pas été conçu et présenté dans un document officiel. C'est un projet qui se construit progressivement, donc le présent document présente des éléments qui n'étaient pas prévus lors des rencontres initiales. Il est presque totalement pensé par les cubains, qui s'assurent aussi de sa mise en œuvre. Le financement du programme a aussi augmenté grâce à l'apport des gouvernements brésilien et vénézuélien.

## **Chapitre V**

### **L'analyse stratégique de type I**

L'analyse stratégique de type I vise à déterminer dans quelle mesure l'accessibilité constitue effectivement un problème majeur, qui mérite l'action gouvernementale. Les participants ont été amenés à considérer toutes les difficultés auxquelles fait face le système de santé pour déterminer la pertinence du problème visé par l'intervention. Le listing est suivi du classement de ces problèmes en fonction de leur importance, et finalement en fonction des capacités de l'État à y remédier. Le chercheur a ensuite comparé les classements de chacun des participants en vue de déterminer le problème le plus pertinent. Cette analyse vise à déterminer si le programme répond aux besoins actuels en matière de santé en Haïti.

## **1. Les problèmes actuels du secteur de la santé en Haïti**

Les difficultés liées aux soins de santé en Haïti sont pléthores, et très variées. Elles vont de composantes infrastructurelles à des facteurs organisationnels et socio-économiques. Ces différents facteurs interagissent à des degrés divers pour influencer les activités du système. Ce segment de l'analyse expose les problèmes auxquels fait face le secteur de la santé, et révèle ceux qui pourraient avoir un impact réel. En particulier ceux sur lesquels l'État a les moyens d'agir.

### **1.1. La limitation des ressources financières**

L'un des principaux problèmes du système de santé haïtien pour plusieurs demeure la limitation des ressources financières. Les ressources sont faibles et les difficultés multiples. Un responsable de programme du Ministère de la santé publique estime qu'environ 90% du budget va aux salaires. Il reste très peu d'argent pour les autres aspects de l'organisation du système de santé. La grande majorité des programmes de santé sont sous perfusion des bailleurs internationaux. L'État est donc dans bien des domaines absent, c'est ce qui explique d'ailleurs la présence de toutes ces organisations caritatives dans le secteur de la santé. Cette limitation financière est l'explication de bon nombre de problèmes du secteur de la santé. Un

secteur en constante mutation d'une part à cause de la complexité grandissante des pathologies, d'autre part à cause de l'évolution des technologies médicales et des besoins des professionnels de santé. Ces changements continuels du secteur de la santé accentuent l'impact de l'aspect économique sur l'évolution du système. Il est difficile d'envisager une amélioration substantielle sans un financement adéquat. La santé a un coût, d'une manière ou une autre quelqu'un doit payer pour les services.

*«...le principal problème est financier, le plus gros du budget du ministère va aux salaires, il ne reste plus rien pour régler quoi que ce soit. Voilà plus de deux mois que j'ai des véhicules qui restent stationnés dans la cour, parce que je ne peux pas remplacer les pneus. Toutes les activités prévues sont reportées. C'est ainsi avec tous les programmes du ministère.»*

## **1.2. Le recrutement et la rétention du personnel médical.**

Les participants font état de l'absence de personnel qualifié dans de nombreux points de prestation de services. Selon eux à certains endroits, seul une auxiliaire infirmière est disponible pour prendre en charge les patients. Cette dernière est souvent dépassée et réfère les patients à des centres plus appropriés pour les prendre en charge. Ces patients n'ont souvent pas le choix que de rester chez eux, parce que ces déplacements sont souvent longs et nécessitent des débours importants. En plus, il n'est pas certain que le personnel qualifié soit présent dans les centres de référence. Les professionnels de santé ne veulent pas travailler à la périphérie, ils préfèrent en général demeurer dans la région métropolitaine. Là où le personnel qualifié est présent, les déplacements répétés de ces derniers, soit pour des obligations familiales ou tout simplement l'absentéisme, font souffrir le service. Les médecins en service social sont les seuls qui soient obligés d'aller travailler durant une année à la périphérie, mais ils y demeurent rarement. Et quand ils y restent, c'est rarement dans le secteur public. Toute action visant à améliorer cet état de fait améliorerait grandement la situation actuelle.

*«Le patient référé est habitué aux inconvénients de ce système, il sait qu'il est possible que le personnel soit absent au centre de référence, c'est pour cela qu'il n'y va qu'en extrême urgence. Autrement, il reste chez lui.»*

*«J'ai travaillé pendant un an en milieu rural pour une ONGI, le salaire était plus que compétitif, et je n'avais pas d'enfant.»*

Le déficit de ressources humaines est un facteur incontournable de l'inaccessibilité des services de santé. Les professionnels formés par le système sont nettement insuffisants. Il n'existe que trois facultés de médecine reconnues, qui forment environ 250 médecins par année. De ce nombre, environ 70% émigre vers l'Amérique du Nord, l'Europe ou les Antilles Françaises. Pour une population de plus de 8 million d'habitants, ce nombre est bien insuffisant. La situation est la même pour les infirmières, bien qu'il existe des écoles de formation d'infirmières dans la plupart des grandes villes du pays. On ne connaît pas le pourcentage qui laisse le pays, mais on est certain qu'il suit la même courbe que celle des médecins. Avec le programme canadien d'immigration qualifiée, la fuite des infirmières devient progressivement plus importante que celle des médecins. C'est aussi un élément sur lequel l'action gouvernementale devrait se pencher pour améliorer durablement la situation sanitaire.

### **1.3. Le plateau technique déficient**

Les points de prestation de services partout dans le pays à un degré ou à un autre font tous face au manque de matériel de travail. Les éléments les plus simples font défaut, et limitent le travail des professionnels de santé. Les ruptures de stock de médicaments, de gants ou autres sont monnaie courante. Cette situation est beaucoup plus marquée dans les milieux reculés où le matériel le plus élémentaire peut manquer durant des mois. L'approvisionnement est difficile, parce que les infrastructures routières font grandement défaut, il n'y a pas suffisamment de véhicules pour assurer le transport des instruments de travail et des médicaments. Il

existe beaucoup d'endroits où la bâtisse et le personnel sont les seuls signes de présence médicale. Les professionnels qui y travaillent n'ont pas les moyens pour faire face à leurs obligations même quand ils sont présents.

*«Ici on fait avec les moyens du bord, beaucoup de centres ne sont pas équipés»*

#### **1.4. L'éducation de la population**

Pour certain, le déficit d'éducation de la population en général, et plus particulièrement en matière de santé conditionne l'utilisation des services de santé. Ce manque d'éducation de la population fait que la culture d'utilisation des services de santé ne s'est jamais développée. Les mesures préventives ne sont pas connues, et la population ne sait pas à quel moment une visite médicale est importante. À cause de ce fait, les gens se rendent aux points de prestation de services à un stade tardif qui complique le travail des prestataires de services, et par le fait même leur pronostic vital. Il est aussi plus difficile de les convaincre de changer de comportement, à cause de l'ignorance. Le surnaturel est plus facile à accepter que les explications rationnelles.

#### **1.5. Le facteur culturel**

Certaines croyances populaires en Haïti font que les structures de santé reconnues sont les derniers endroits où les gens se rendent à l'occasion d'un épisode de maladie. En effet, la plupart des participants relatent le fait que pour une grande partie de la population le recours à un guérisseur est le moyen de choix. Le médecin est la 4<sup>e</sup> personne à être consultée lors d'un épisode pathologique. On commence toujours avec les remèdes de grand-mère, ou des tisanes conseillées par des amis. Au cas où le problème ne serait pas résolu le «doktè fèy» (thérapeute traditionnel qui fait souvent usage de feuilles, ou de tisane pour résoudre les problèmes), ou les hougans (prêtres vaudous) est consulté, arrivent ensuite les curés, pasteurs ou les religieuses, et finalement le médecin. Les gens se rendent assez tard aux points de

prestation de service, souvent quand il est trop tard. Ces guérisseurs (doktè fèy ou houngan) vivent plus proche de la population, la comprennent mieux, et la mettent en confiance. Pour certains cela s'explique par le fait que les houngans même s'ils sont riches reçoivent souvent dans des demeures modestes. Ceci contribuerait à mettre le patient à l'aise. La médecine traditionnelle est une composante importante du quotidien haïtien. Il préfère souvent les infusions aux comprimés ou autres formes de traitements.

*«L'haïtien ne meurt jamais de causes naturelles, pourquoi irait-il chez un médecin? Il va chez quelqu'un qui le comprend.»*

Le Dr Junot Félix (54) affirme que l'origine de ces coutumes remonte à la période coloniale et ces pratiques persistent jusqu'à aujourd'hui. Le système de santé n'a jamais été conçu pour la population civile. Il raconte que depuis la période coloniale, il n'y a jamais eu d'hôpitaux ou de médecins destinés à prendre en charge la population. Les institutions de santé du 18<sup>e</sup> siècle n'étaient là que pour prendre soin des soldats durant la guerre Franco-anglaise. Cela a continué durant la guerre de l'indépendance, les insurgés avaient leur campement médical ainsi que l'armée coloniale. Une preuve que le système de santé n'était pas conçu pour la population générale est qu'après l'indépendance en 1804, c'est le Ministère de l'Intérieur qui s'occupait de la santé par le biais du jury médical. Ce jury médical a fait en sorte qu'il y ait des hôpitaux dans toutes les villes où il y avait de grands détachements militaires. Jusqu'à aujourd'hui ces hôpitaux sont en service, mais à l'origine c'était des hôpitaux militaires pour les militaires et leurs parents. À l'arrivée du président Boyer, on construisit les hospices pour les indigents qui vivaient en dehors des grandes villes. La population dans sa grande majorité n'utilisait pas ces services. Ceux qui avaient de l'argent pouvaient faire venir le médecin chez eux, alors que les autres n'avaient d'autre recours que la médecine traditionnelle. Cette situation a perduré pendant longtemps, c'est donc pour cela qu'une grande majorité de la population ne se reconnaît pas dans ce système de santé, mais dans le système traditionnel parallèle de prise en charge.

L'Haïtien en général, comme l'a fait remarquer un participant, n'est jamais malade de causes naturelles. Il y a toujours une certaine mystique entourant tout ce qui lui arrive. Le premier recours est bien évidemment quelqu'un qui comprend le langage du surnaturel, non un médecin. Indifféremment de la religion, le médecin est rarement le premier consulté. Les houngans peuvent à l'occasion encourager à aller chez le médecin, mais ils demeurent le recours principal. On estime qu'une autre raison de ces choix est que les services de ces personnes ne sont pas chers, et sont souvent gratuits. Quand ils payent, il y a un mode de paiement alternatif permettant d'absorber les frais sans avoir à crier faillite. Ce système correspond non seulement aux sensibilités culturelles de la population, mais aussi à sa capacité de payer pour les services.

L'homme haïtien en général n'aime pas trop ce qui est gratuit. Il s'imagine que si quelque chose est gratuit, c'est parce qu'il est mauvais. Le système de santé gouvernemental ne fait pas exception à ce principe, il n'y a que ceux qui n'ont vraiment pas les moyens qui fréquentent les institutions publiques. On ne peut les blâmer, vue l'état lamentable dans lequel se trouve les institutions publiques. Tous les autres fréquentent les institutions privées. Un exemple qui retient l'attention est le fait que certains vont jusqu'à Port-au-Prince faire vacciner leurs enfants dans des cliniques privées, alors que le service est gratuit dans le centre de santé de leur communauté.

*«L'haïtien a tendance à considérer comme mauvais tout ce qui est gratuit, et l'expérience y est pour quelque chose»*

## **1.6. La proximité des points de prestation de service (Accessibilité géographique)**

L'habitat en Haïti est très dispersé, il est donc très difficile de placer des points de prestation de services de sorte qu'ils soient à une distance raisonnable des habitations. De plus, le relief montagneux complique la question. La distribution,

ou la localisation des centres de prestation de services de santé est un obstacle majeur à une véritable accessibilité du système de santé en Haïti. À côté de la géographie escarpée du pays, il n'existe pas beaucoup de voies d'accès à ces régions; les infrastructures de tous ordres font grandement défaut. Une complication majeure à l'occasion des déplacements entre les régions. Durant les périodes pluvieuses, ce n'est même pas la peine de penser voyager dans certaines régions du pays.

*«Il n'est tout simplement pas possible de rendre les soins disponibles sans une meilleure localisation des soins de santé. Marcher trois heures, six heures avant d'arriver au centre de santé est un fardeau dont on peut s'épargner.»*

Il n'y a pas suffisamment de planification, ni d'études préalables avant de décider de la situation d'un point de prestation de services. Un exemple typique est le transfert du centre de santé de Thiotte du centre ville vers la périphérie, où très peu de gens le fréquentent. Les gens sont souvent obligés de marcher pendant des heures et des kilomètres à pied avant d'arriver à un point de prestation de services. La population de bon nombre de ces communautés ne justifie pas la construction de nouvelles structures de santé. Quand une urgence se présente les gens meurent avant d'arriver aux points de prestation de services de santé, quand ils ne meurent pas des complications de leur pathologie.

*«La situation des centres n'est pas optimale, ils sont placés là où il y a une maison de disponible, ce sont les aléas de la pauvreté.»*

### **1.7. Horaire de fonctionnement**

Le contexte particulier du travail en milieu rural impose des horaires de fonctionnement différents de ceux en milieu urbain. L'éloignement des habitats fait que les gens profitent de leurs sorties, généralement les journées de marché, pour régler toutes sortes de choses. Il se trouve que les points de prestation de service

(Dispensaires et Centre de Santé Sans lits, CSSL) fonctionnent de 8: 00 à 4: 00 et sont fermés le week-end. Un horaire de fonctionnement incompatible avec les réalités du milieu rural. Quand les gens se déplacent pour être au point de prestation de service à 8: 00, le personnel ne se présente qu'à 10: 00 AM. Quand ils viennent après le marché, le personnel est déjà parti. Alors les gens ne se déplacent plus pour fréquenter des institutions qui ne s'adaptent pas à leurs conditions de vie.

*«À cause de la rudesse de l'existence en milieu rural, les gens profitent d'une sortie pour régler toutes sortes de choses. Ils vont au marché, ils en profitent pour aller voir un médecin, ou autre chose. L'horaire de fonctionnement actuel ne tient pas compte du contexte particulier de la vie en milieu reculé, cela ne favorise pas l'utilisation des services de santé.»*

### **1.8. Le financement du système de santé**

Il y a une absence de stratégie de financement du système de santé. Il existe une plus forte tendance à attendre l'aide de bailleurs internationaux, que de trouver des solutions durables au problème de financement du système. L'État haïtien a beau clamé que les soins de santé sont gratuits, la réalité est tout autre. Si les gens ne paient pas pour le service du médecin, ils doivent défrayer les frais pour tous les autres services para cliniques et les médicaments. La santé a un coût, et il y a toujours une certaine forme de recouvrement. Le niveau économique étant ce qu'il est en Haïti, les gens n'ont d'autres choix que de déterminer des priorités. Ajouter à cela, il existe souvent un système de tarification parallèle qui fait que les frais exigés par l'État ne sont que théoriques. La corruption a toujours le dessus dans bien des endroits, surtout qu'il n'y a pas vraiment de contrôle dans le système. La santé, quand ce n'est pas une urgence, est rarement une priorité. Des cadres du ministère révèlent que 53% des dépenses de santé sont prises en charge par la famille haïtienne. Cela se comprend quand l'État ne couvre dans bien des cas que les salaires des fonctionnaires et la prise en charge des bâtiments. On est vraiment loin de la gratuité prônée.

*«Le financement du système ne semble pas être une priorité des responsables, on dirait qu'ils se concentrent beaucoup plus à quémander qu'à penser un mécanisme de financement par exemple.»*

*«Les gestionnaires n'ont aucun poids, ils ne peuvent sévir contre les corrompus, le système va à la dérive.»*

### **1.9. La formation inadaptée des professionnels de santé**

Les professionnels ne peuvent souvent pas se mettre au niveau de la population pour faire passer leur message. La population en réaction va voir le guérisseur qui parle un langage qu'elle comprend. Le fonctionnement de ces médecins n'est pas en phase avec les réalités du milieu. Les protocoles médicaux enseignés dans les facultés de médecine sont dans bien des cas différents de ceux prescrits par le ministère de la santé. Des professionnels se plaignent d'ordonnances trop chargées, qui obligent les patients à choisir quel médicament se procurer. On estime que c'est une lacune de la formation qui en est responsable. Les professionnels ne sont pas préparés au travail en milieu rural. Pour la plupart de ces professionnels, le service social en milieu rural est le premier contact avec l'arrière pays.

*«...figurez-vous que je suis médecin, après six années de formation je réalise que ce que j'ai appris à la faculté ne correspond pas aux directives du ministère en matière de prise en charge de la tuberculose, c'est un exemple parmi tant d'autres. Pour qui travaillent ces facultés de médecine si ce n'est pour le ministère...»*

### **1.10. L'administration du système**

Le problème majeur réside dans l'absence de planification du système. Il n'y a pas de politique de santé définie, ni aucune orientation. Il n'y a donc jamais eu de réflexion sur le financement non plus. Le système de santé tel qu'il est repose sur les soins de santé primaire, alors que le profil épidémiologique haïtien est en

constante mutation. De plus, les stratégies de promotion de la santé ne sont pas bien pensées, et se révèlent souvent inefficaces. C'est selon des participants à l'étude une des principales raisons de cette situation chaotique.

Certains participants estiment que l'aspect administratif du système de santé est trop souvent négligé. C'est un facteur important dans l'inaccessibilité aux soins de santé. Un participant rapporte le fait que lui et trois autres confrères avaient sollicité sans succès du ministère la possibilité de rester travailler n'importe où dans le département où ils avaient fait leur service social. Jamais ils n'ont eu de réponse à leur requête. Il estime que dans ces conditions il est difficile de parler de pénurie dans ce secteur quand dix ans après sa demande, il n'a toujours aucune réponse. Pour lui le problème de ressources humaines n'est pas que quantitatif, mais organisationnel. Ces problèmes organisationnels pour d'autres sont aussi à la base de difficulté d'approvisionnement de toute sorte. Il y a toujours quelque chose qui manque.

Un autre grand problème du système de santé haïtien est l'absence de contrôle. En effet, l'absentéisme et la corruption sont monnaie courante. L'impunité règne dans un système où tout le monde est roi. Lors même qu'un responsable voudrait sanctionner un fautif, il n'est souvent pas habilité à prendre une décision. Tout doit passer par le bureau du ministre. C'est une situation frustrante pour des superviseurs qui n'ont aucun pouvoir décisionnel, ni de pouvoir de correction face à certaines problématiques.

Les faibles ressources existantes sont mal utilisées, l'État ne joue pas son rôle de chef d'orchestre. Il y a beaucoup de duplication et de gaspillage à cause de cette absence de responsabilisation et de vision de l'État. Il n'y a pas de projet sur le long terme, pas de plan établi.

### **1.11. Le manque de professionnalisme du personnel des institutions de santé**

L'accueil pour le moins cavalière de certains responsables d'institutions contribue à éloigner les gens des institutions de santé. Même en posant correctement son geste, le professionnel éloigne les patients à cause de mauvais rapports interpersonnels. On relate par exemple l'air de dégoût avec lequel on regarde des patients à cause de leur hygiène corporelle. Souvent après avoir parcouru des kilomètres à pied, les usagés du système reçoivent des remarques désobligeantes de la part des prestataires de service. Ils cessent donc de fréquenter les points de services reconnus.

## **2. Classification en termes d'importance**

Les participants ne sont pas unanimes sur le facteur ayant le plus d'impact, et dont la résolution amènerait un meilleur résultat sur le système de santé en général. Certaines tendances se développent toutefois. Les éléments présentés ici ont été choisis par les participants comme étant les facteurs ayant l'impact le plus important sur le système de santé haïtien.

### **2.1. La disponibilité des services de santé**

La disponibilité, en termes de personnel médical et de plateau technique est un élément d'importance dans l'accessibilité aux soins de santé. Quand il n'y a pas de service, on ne peut espérer améliorer l'utilisation. C'est pour cela que la disponibilité demeure un pré-requis à l'accessibilité du système de santé. La disponibilité des services si elle rentre dans la politique de santé publique, peut jouer un rôle déterminant dans l'amélioration des services de santé.

*«On ne peut se plaindre de la non utilisation de services qui n'existent pas. Pour parler d'utilisation de services, il faut d'abord que ces derniers existent.»*

## 2.2. L'accessibilité géographique

L'accessibilité géographique est un élément identifié par tous les participants comme un facteur d'impact pour la résolution du problème d'accessibilité. Elle inclut non seulement la localisation des structures de santé, mais aussi les voies de pénétration. La configuration géographique du pays étant ce qu'elle est, il n'est tout simplement pas possible de faire de la localisation des points de services l'unique élément de l'accessibilité géographique aux soins de santé. La possibilité de se rendre aux points de service avec un minimum de facilité, sans crainte des périodes pluvieuses serait une amélioration majeure. Le lieu d'habitat cesserait d'être un facteur de risque si les institutions sont mieux localisées, et les infrastructures routières dans un état approprié. Aux dires d'une bonne partie des participants l'utilisation serait décuplée par ce simple fait.

*«Il est tout à fait inconcevable de rendre les soins accessibles quand il est si difficile de se rendre aux points de prestation de services. C'est peut être un des éléments les plus importants, si ce n'est le plus important.»*

## 2.3. Le contexte administratif

Le mode de gestion du système est mis en cause par la grande majorité des participants comme un élément important, à la base de bien des problèmes. Plusieurs aspects ont été évoqués:

1. La planification du système: Le fait que ce système n'ait jamais été pensé de façon claire avec des objectifs, et des stratégies bien définis est mis en cause. En effet, il n'y a pas moyen de savoir ce que l'État offre comme service. À savoir quels types de traitement ou d'interventions sont couverts par le régime public. Si on ne sait même pas ce que l'on veut faire, il est difficile de définir un plan pour aboutir à cet objectif. Cette absence de planification est illustrée par l'absence d'une politique cohérente de santé publique, de modes cohérents de

financement de cette politique, l'absence de politique de ressources humaines pour mener à bien cette politique de santé.

*«Je pense que présentement le secteur de la santé dispose de beaucoup d'argent, ce n'est donc pas la cause la plus importante des difficultés auxquelles on fait face. Il y a tellement d'ONG qui interviennent dans ce secteur, que l'argent n'est pas vraiment le problème le plus important. La gestion du système est à mon sens l'aspect le plus important»*

*«Il existe trop de sous-systèmes qui ne vont pas dans la même direction»*

2. La centralisation excessive: En Haïti, tout est centralisé sur Port-au-Prince. C'est un problème majeur du système de santé. Les responsables départementaux ne choisissent pas eux même leurs employés, qui sont nommés directement du ministère souvent sans les consulter. Il devient difficile de retenir un professionnel qui n'est pas choisi en fonction des priorités du milieu. Les responsables locaux ne sont pas en mesure de prendre des décisions concernant leurs employés, car tout doit passer par le bureau du ministre.

*«Ici on parle encore de pays en dehors, c'est dire l'état d'esprit de ceux qui vivent en métropole, tout doit passer par Port-au-Prince. Toutes les décisions, les choses les plus futiles sont décidées à Port-au-Prince.»*

3. Le financement du système: L'absence de moyens de financement durables contribue au fait qu'il n'y ait pas de continuité dans les programmes de santé du ministère. Le programme de planification familiale est un exemple patent de discontinuité de services. Ce programme, comme quasiment tous les programmes de santé du ministère est financé par des bailleurs externes. Le programme évolue au gré des choix idéologiques des bailleurs internationaux. Les programmes de santé haïtiens atteignent rarement leurs objectifs à cause de cette dépendance du financement extérieur. C'est pour cela que le mode de

financement a un poids si important dans le bon fonctionnement du système de santé.

Des participants estiment aussi qu'avec l'implication de tant d'organisations non gouvernementales, il n'y a jamais eu autant d'argent investi dans le système de santé. Paradoxalement, l'accessibilité aux soins de santé ne s'en trouve pas grandement améliorée. Un participant estime que l'absence de leadership haïtien en est responsable.

La situation économique étant ce qu'elle est, les patients n'ont souvent pas les moyens de se payer les soins de santé. Le problème de financement crée un système à double vitesse où ceux qui ont les moyens se payent les soins de santé, et les autres restent en marge. C'est donc une composante inextricable du niveau d'accessibilité aux soins de santé, et dont la résolution aurait un impact majeur sur le système.

Ces trois éléments ont été mentionnés par quasiment tous les participants quant à leur impact sur le système de santé en Haïti. L'accessibilité géographique est considérée par beaucoup de participants comme l'élément dont la résolution aurait le plus d'impact sur l'accessibilité du système de santé. Telle que présentée ici, elle inclut un aménagement du territoire de sorte que la population soit regroupée au sein d'agglomérations. La prestation de services de santé sera moins compliqué, et les pathologies infectieuses sources de maux de tête pour l'État seraient mieux contrôlées.

### **3. Classification en termes de faisabilité**

L'aménagement du territoire ci-haut présenté est largement au dessus des moyens des contribuables haïtiens. Compte tenu des moyens disponibles les participants ont en majorité opté pour des réformes administratives pour améliorer le

système de santé. Si les mesures administratives sans accompagnement financier ne résoudre jamais le problème, les participants demeurent convaincus que des ajustements administratifs peuvent infléchir positivement la courbe d'accessibilité aux soins de santé en Haïti. Par le contrôle et le suivi des différents éléments constitutifs de ce système, des facteurs comme le professionnalisme, la formation, l'horaire de fonctionnement, la localisation des points de service, le recrutement et la rétention de personnel, les stratégies de promotion de la santé pourraient grandement s'améliorer. La décentralisation de la structure décisionnelle devrait aider à améliorer sinon à mettre fin au manque de professionnalisme dont se plaignent un grand nombre d'observateurs. Elle devrait aussi aider quelque peu avec le problème de rétention de personnel. Les directeurs départementaux pourraient choisir des professionnels qui correspondent à leurs besoins. Des dispositions administratives simples pourraient donc à elles seules contribuer grandement à rendre le système de santé plus accessible.

Le programme adresse donc un problème important dans la dispensation de soins en Haïti. La grande majorité des éléments recensés par les participants peuvent d'ailleurs être considéré comme des composantes importantes de l'accessibilité aux soins de santé recensées dans la littérature. L'accessibilité est donc effectivement un problème majeur qui entrave le fonctionnement du système de santé. Cependant, il est peu probable que les moyens précaires dont dispose l'État haïtien lui permettent de résoudre ce problème durablement. Le redressement administratif serait une avenue à privilégier, compte tenu des limitations économiques du pays.

## **Chapitre VI**

### **L'analyse stratégique de type II**

La rétention du personnel médical, plus particulièrement des médecins, est une préoccupation importante des responsables haïtiens. Les spécialistes du système de santé s'accordent aussi pour dire que c'est un problème majeur, et qu'il handicape sérieusement les efforts d'accessibilité du système de santé. L'analyse stratégique de type II qui sera présentée dans ce segment de l'évaluation fait l'examen de toutes les causes possibles de l'inaccessibilité des soins de santé en Haïti. Déterminer les causes des problèmes de rétention est important, pour évaluer la pertinence du modèle de couverture choisie. L'action entreprise est pertinente si elle vise les vraies causes du problème.

## **1. Causes des problèmes de rétention en Haïti**

Les résultats prouvent que c'est un problème difficile à cerner, parce que les causes sont très variées, et dépassent les prérogatives d'un Ministère de la santé. Les paragraphes qui suivent résument les principales causes des problèmes de rétention de personnel médical en Haïti.

### **1.1. Les incitatifs financiers**

Le salaire offert par le gouvernement ne permet pas au professionnel haïtien de subvenir à ses besoins. Les exigences du travail en milieu reculé font que, assez souvent, ce salaire doit entretenir deux maisons. Celle où vit ce professionnel et celle où vivent sa femme et ses enfants en milieu urbain. Celui qui a fait des efforts pour devenir médecin, a des aspirations correspondant à ce qu'il est devenu. Il aspire à de meilleures conditions de vie. C'est d'ailleurs pour cela qu'il a laissé le milieu défavorisé. Il est très compliqué de le convaincre de rester dans un milieu où ses exigences minimales ne peuvent être comblées.

Ces irritants à la pratique en milieu rural sont aussi le fait de la centralisation à outrance du pays. Tout se fait dans l'aire métropolitaine, donc les jeunes ne s'installeront jamais en périphérie. Même si certains y vont, ils ne restent guère que

quelques années. D'autant plus qu'il n'existe aucune différence de salaire entre un médecin de commune et un médecin de service à l'hôpital général. Aucune différence entre un débutant à Port-au-Prince et un débutant en milieu rural. Aucune différence entre un jeune médecin de Port-au-Prince et un médecin de commune avec 15 années de service. Il n'y a pas de primes d'éloignement, pas d'ajustement de salaire. Alors qu'au contraire le jeune qui décide de rester en région métropolitaine a la possibilité de travailler dans le secteur privé en plus de son poste dans le secteur public. Il a aussi la possibilité d'obtenir des postes plus importants à l'avenir, parce que c'est en métropole qu'il établira les contacts nécessaires.

*«Le salaire n'est pas du tout compétitif dans le service public, il est essentiel pour un médecin de pouvoir se faire des revenus supplémentaires. Ce qui est carrément inimaginable en milieu rural.»*

*«Vous savez, il n'y pas de différence entre un curé et un médecin. Le curé qui reste en province, qui n'a jamais visité le Vatican ne sera jamais évêque. Celui qui décide au Vatican choisira quelqu'un qu'il connaît, qu'il a déjà rencontré. Il y a peu de chances que cela se produise dans une ville de province en Haïti. Le médecin fait face au même dilemme.»*

## **1.2. Facteurs familiaux**

Dès qu'un professionnel haïtien fonde une famille il devient plus compliqué de le retenir en milieu rural. À partir de ce moment il commence à penser à de bonnes écoles pour ses enfants, et il réalise très rapidement que ce milieu là ne répond pas à son aspiration pour ses enfants. Il est souvent difficile pour les conjoints de s'intégrer professionnellement dans ces régions où peu de gens travaillent. Les rares qui acceptent de travailler dans ces conditions n'y restent pas longtemps.

*«On oublie souvent que le médecin est aussi un père de famille ou une mère de famille. À ce titre, il lui faut veiller au bien être et à l'avenir de sa famille. Ceux qui pensent que ces choses sont possible en province peuvent aller s'y établir s'ils le veulent.»*

### 1.3. Les infrastructures locales

L'évolution en milieu rural en Haïti équivaut presque à revenir à l'état de nature, il manque de tout. Les résidences d'accueil sont dans bien des cas insalubres, il n'y a pas d'électricité, les moyens de communications terrestres ou aérienne, le téléphone ou l'internet sont quasi inexistantes. Le transport vers ces régions reculées est particulièrement dangereux. Le secteur des transports en Haïti n'est pas bien réglementé, par conséquent les véhicules de transports ne sont pas du tout sécuritaires. Dans ces circonstances, il est tout simplement dangereux de travailler dans certaines régions du pays.

### 1.4. L'absence d'encadrement professionnel

Les possibilités de formation continue sont inexistantes, les moyens de communication étant très faibles. D'ailleurs aucun congrès de l'AMH (Association Médicale Haïtienne) n'a jusqu'à date été organisé dans une ville de province, voire dans les milieux plus reculés. Ceux qui ont à cœur de parfaire leur savoir ne veulent même pas entendre parler du travail dans ces conditions.

### 1.5. L'absence de reconnaissance par les pairs

Les médecins de commune sont en plus affublés de noms peu flatteurs tels «Doktè Siwo» (Termes signifiant médecin d'élixir), ou «Houngan» (Prêtre vaudou). Une façon pour les confrères de faire sortir le fait qu'ils ne font que prescrire des médicaments sans aucune confirmation para clinique. Une façon de signifier qu'ils ont régressé professionnellement, qu'ils pratiquent une médecine peu orthodoxe.

*«Après des années de pratique en milieu rural, vous n'êtes plus à jour, ceci même quand la bonne volonté est là. Ceci est vrai même pour les médecins en service social. Traditionnellement, ceux qui font leur service social dans un hôpital, dans une grande ville ont un meilleur classement au concours de résidence hospitalière. Vous perdez beaucoup en vous établissant dans un milieu rural.»*

## 1.6. La faible possibilité d'avancement

Il est rare de voir des médecins de commune être promus au rang de directeur départemental par exemple. Tout se décide en métropole par et pour les métropolitains. Celui qui aspire à évoluer dans le système de santé ne va pas en périphérie, il reste là où les décisions sont prises. Le cheminement de carrière n'a aucune incidence sur les nominations.

*«Tout ce que je connais qui occupent des postes enviables sont à Port-au-Prince. Si vous voulez gravir les échelons, il faut être sur place et trouver le bon piston.»*

## 1.7. La concurrence du secteur privé

La multiplication des ONG qui disposent de beaucoup plus de moyens financiers que le MSPP, réduit considérablement la disponibilité de professionnels pour le secteur public de santé. Les salaires sont bien plus élevés, et les conditions de travail plus favorables.

## 1.8. L'environnement social

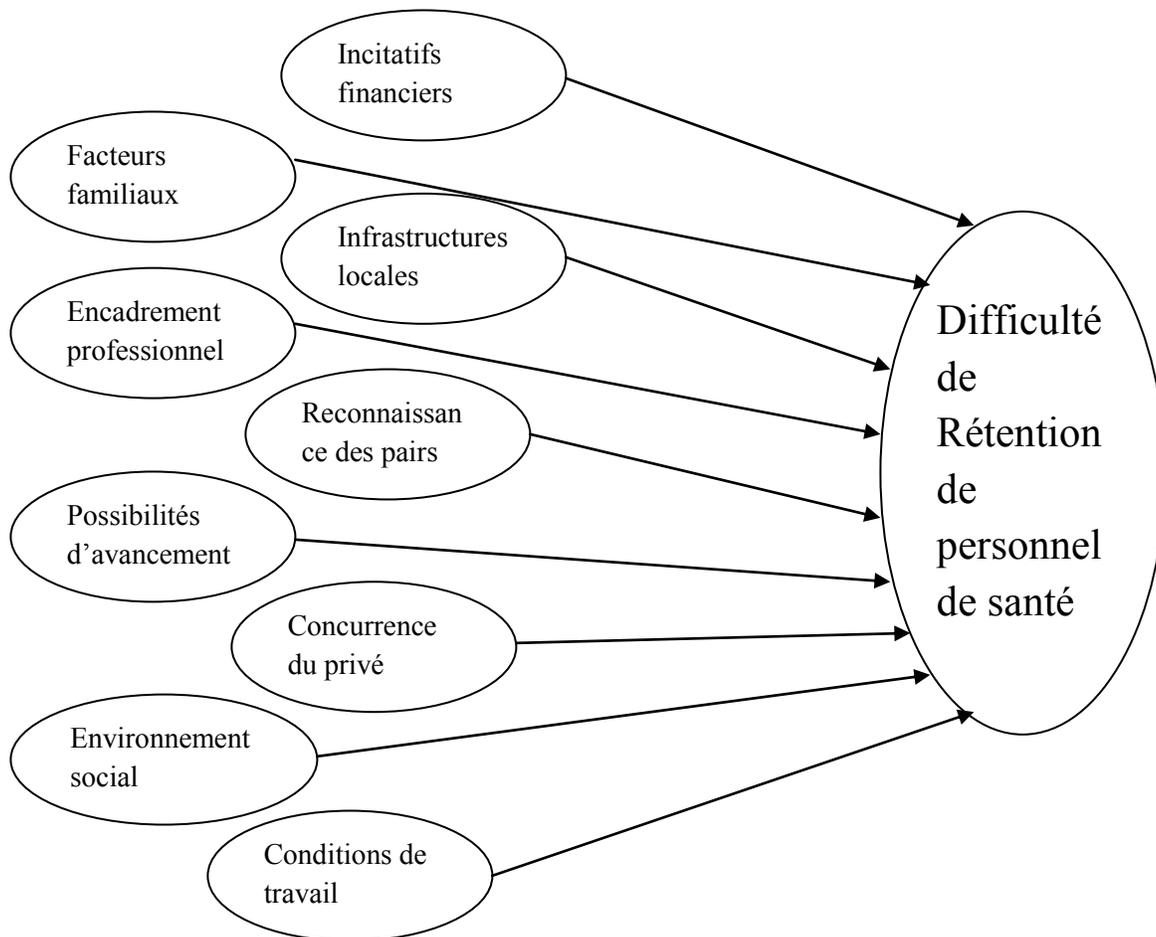
La vie sociale est un facteur important, et détermine souvent le lieu de pratique. En particulier pour un jeune fraîchement émoulu de l'université. Comme l'a fait remarquer un participant, la décision de travailler à Jacmel ou à Petit-Trou tient le plus souvent à l'environnement social. Non seulement Jacmel est plus accessible, la vie sociale y est plus agréable et les possibilités de formation continue existent. Alors qu'à Petit-Trou, c'est l'éloignement social et professionnel le plus complet, et une vie sociale moins plaisante. Le coût social qu'est l'isolement des ses proches et des ses pairs est un coût que bien peu sont prêts à payer.

*«Deux possibilités s'offrent à vous, quand vous travaillez en milieu rural : le travail et le sommeil.»*

*«Quand quelqu'un décide d'aller travailler dans le milieu rural haïtien, il décide aussi de cesser de vivre, il n'y a pas de vie dans ces endroit là.»*

## 2. Modèle causal

Fig 2



## 3. Les données de la littérature

Dans la littérature, on note que la disponibilité des services suppose non seulement un nombre approprié de structures sanitaires et des heures d'ouverture convenant aux habitudes de la communauté de desserte, mais aussi des services bien équipés avec la présence effective d'un personnel qualifié et en nombre suffisant. Les difficultés de rétention du personnel médical en milieu rural ou sous-desservi sont amplement documentées, et plusieurs facteurs sont mis en cause. Ces causes

sont quasiment les mêmes que ceux recensées en Haïti. Parmi elles, la littérature a retenu:

### **3.1. Les facteurs liés aux perspectives de carrière.**

En effet les perspectives d'avancement sont particulièrement limitées quand on pratique en milieu rural. Ce constat est le même qu'il s'agisse de pays développés ou en voie de développement (15). Non seulement les possibilités d'avancement sont minimales, mais le processus de promotion des professionnels est arbitraire. Il n'y a aucune place pour le mérite, tout se fait au petit bonheur. Les problèmes managériaux beaucoup plus criants dans les pays en développement ne contribuent pas à l'amélioration de la situation.

### **3.2. Les facteurs liés à la reconnaissance de leur statut.**

Nombreux sont ceux qui se plaignent du manque de reconnaissance par les pairs, ils se sentent traiter comme des médecins de seconde zone. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les nouvelles technologies de l'information sont de plus en plus utilisées pour faciliter les échanges de connaissances entre les professionnels de santé (55, 56, 57).

### **3.3. Les facteurs liés aux incitatifs financiers.**

Les professionnels en milieu urbain ont plus de facilité de diversification des revenus, ce qui est rarement possible en milieu rural (15, 21, 55, 56, 57). C'est un facteur d'attraction important pour les professionnels. Quand on sait que pour certaines spécialités la majeure partie des revenus viennent du privé, il est plus facile de comprendre les difficultés d'attirer des professionnels de santé en régions éloignées.

### **3.4. Les conditions de travail.**

Cette dernière catégorie regroupe un ensemble d'éléments dont: l'isolation professionnelle ou sociale, ainsi que les infrastructures hospitalières. L'isolation professionnelle rejoint quelque peu les facteurs liés à la reconnaissance du statut. Le dépaysement associé au travail en milieu reculé est noté comme un facteur important dans le choix des professionnels de santé. Le fait d'évoluer loin de structures sociales connues, des amis ou de la famille crée un stress que nombreux professionnels ne sont pas prêts à endurer. S'ajoute également le fait que les infrastructures hospitalières sont des fois loin d'être dans des conditions optimales (15, 21, 51, 55, 56). Le besoin de travailler avec la fine pointe de la technologie fait que certains professionnels n'envisagent aucunement la pratique en milieu reculé. Les conditions sont encore moins avantageuses dans les pays en développement où la situation économique est précaire. La nécessité d'éducation continue rentre également dans cette catégorie. Le manque d'infrastructures de toutes sortes qui existe souvent dans ces régions rend le recrutement de professionnels ardu.

### **3.5. Les facteurs familiaux.**

Les problèmes de cheminement de carrière des époux et d'éducation des enfants constituent un irritant majeur quand vient le temps de choisir le lieu de pratique. En effet, l'impossibilité de faire carrière pour les époux dans certains milieux, couplée au désir légitime des parents (les professionnels de santé dans le cas qui nous préoccupe) de voir leurs enfants fréquenter les meilleures institutions scolaires interfèrent aussi avec le choix de pratiquer en milieu rural (15, 16, 21).

### **3.6. Facteurs liés à la stabilité politique et à la sécurité.**

C'est l'une des principales causes de l'exode de professionnels des pays en développement vers les pays développés (55). Le constat est le même quand il s'agit de pratiquer en milieu rural. Dans certains pays où il existe des problèmes politiques

affectant la sécurité, le recrutement de personnel médical pour le milieu rural est particulièrement difficile.

Ces différents facteurs constituent un ensemble de causes limitant l'embauche de professionnels médicaux dans les milieux reculés. C'est l'interaction de ces divers facteurs qui influencent l'attraction ou non de professionnels dans une région. La reconnaissance de l'interaction complexe de facteurs influençant l'attraction et la rétention des professionnels médicaux, impose l'utilisation d'un réseau d'interventions liées entre elles et coordonnées. Ces genres d'interventions vont au delà des possibilités de simples directions de ressources humaines, parce que les facteurs qui influencent tant les choix individuels que les stratégies de recrutement dépassent les prérogatives des directions de ressources humaines ou même des mandats des systèmes de santé, note Uta Lehmann (21). Elle relève aussi que le manque de connaissance et d'autorité des responsables de ressources humaines n'aident pas pour apporter des solutions satisfaisantes à ce problème. Ajouté à cet état de fait, les décisions sont rarement basées sur des données probantes, et trop de ministères devraient être impliqués dans la résolution de ce problème.

Ces facteurs inextricables exigeraient que les solutions apportées soient globales. Certains ce sont penchés sur la question et ont proposé des solutions au problème d'attraction et de rétention du personnel médical en milieu éloigné c'est le cas de Katina Butterworth et al (15). De ces dernières, on retiendra: la formation des professionnels médicaux en milieu rural, la substitution des professionnels ultra qualifiés par d'autres de moins grande envergure et plus en phase avec les besoins des communautés etc. De l'évaluation de différentes méthodes utilisées il ressort que:

1. Les professionnels formés en milieu rural sont plus enclins à travailler en milieu rural que les autres. Ceci, même quand ils ne sont pas obligés d'y rester.
2. Les origines rurales des professionnels influencent positivement leur choix de professer en milieux reculés.
3. Le choix de spécialité semble aussi influencer le lieu de pratique. Le fait d'être généraliste (médecin de famille) est un facteur prédictif positif non seulement de possibilité d'être recruté par une structure rurale de santé, mais aussi de la possibilité d'y rester.
4. Le type d'institution scolaire fréquentée par les professionnels, les performances académiques, ainsi que le type d'institution dans laquelle l'individu a fait sa résidence est aussi un facteur prédictif.
5. Dans certaines régions, le remplacement de médecins par des infirmières suffisamment entraînées en santé communautaire, urgences médicales simples devrait être aussi efficace et moins coûteux.
6. Certaines recherches semblent prouver que les infirmières, du moins pour certaines tâches (la prévention, l'éducation ou les tâches qui requièrent plus de contact avec les patients...), sont généralement plus aptes que les médecins (58).
7. Mis à part ces problèmes de rétention, le faible contrôle et la gestion inadéquate des professionnels qualifiés aggravent le problème (56).

Il est un fait que l'équilibre entre les besoins des professionnels, de la communauté de desserte et l'organisation des systèmes de santé est un élément essentiel à une couverture sanitaire efficace. Les politiques de santé doivent prendre en compte toutes ces dimensions, si ce problème doit être réglé. Le processus

d'allocation des ressources humaines suit la même trajectoire que l'allocation des ressources financières en ce sens qu'il ne tient souvent pas compte des réalités du milieu. Il se fait en fonction de la population (en termes de poids démographique) plutôt qu'en fonction des besoins (55). Il existe non seulement une carence en personnel qualifié, mais aussi une mauvaise utilisation des ressources disponibles. Il en résulte une inadéquation entre les ressources humaines disponibles et les infrastructures en place. Par exemple un personnel hautement qualifié peut se retrouver à un endroit où les structures disponibles ne lui permettent pas de remplir sa tâche, alors que son expertise fait cruellement défaut là où il pourrait être utile. C'est à la fois un gaspillage d'argent et de compétence. Les résultats de cette revue de la littérature confirment les éléments relevés par les participants à l'étude.

#### **4. Classification en terme d'importance**

Les participants s'entendent pour dire que l'amélioration globale de la qualité de vie, et une amélioration significative des infrastructures locales seraient des moyens sûrs de retenir les professionnels en milieu rural. Bien sûr certains ont mentionné une amélioration des salaires, mais l'amélioration de la qualité de vie dans les milieux reculés demeure le facteur qui aurait le maximum d'impact. Les problèmes d'accessibilité géographique, d'infrastructure locale, d'isolement professionnel ou social ne seraient plus, à cause du développement général de ces régions. De telles améliorations impliqueraient des investissements massifs dans tous les domaines d'intervention de l'État. Le budget du gouvernement étant massivement conditionné par l'aide internationale, il est hautement improbable de voir dans le court terme, ou même dans le moyen terme, des investissements d'une telle envergure en Haïti.

#### **5. Classification en terme de faisabilité**

Les moyens investis dans le domaine de la santé en Haïti sont très faibles. Les données de la littérature sont claires, régler les problèmes de rétention exige un

ensemble de mesures impliquant plusieurs ministères. Il est peu probable qu'une intervention simple puisse régler le problème. Deux principaux facteurs devraient être visés par les programmes de rétention du personnel médical dans le contexte actuel: l'augmentation des salaires, l'amélioration des conditions de travail.

### 5.1. Les augmentations salariales

La théorie est que les ONG réussissent à garder les professionnels grâce aux incitatifs financiers. Il n'y a donc aucune raison de penser que l'État ne pourrait en faire autant. Ils ont aussi noté qu'il est illusoire de penser retenir les professionnels plus de 4 ou 5 années dans le milieu rural haïtien. Parce que ceux qui acceptent de travailler dans ces milieux ne le feront que pour les avantages financiers et pendant un certain laps de temps. Dès que des obligations familiales se présenteront ces professionnels retourneront vers la région métropolitaine. Il est important cependant de déterminer les objectifs du système, et de déterminer quelles catégories de professionnels répondent mieux à ces objectifs. Créer d'autres catégories de professionnels intermédiaires serait une avenue à considérer.

*«Si les ONG peuvent les convaincre à travailler dans certains endroits l'État le pourrait aussi, mais il faut y mettre le prix.»*  
*«Il n'est pas possible de retenir les professionnels dans les milieux ruraux, ces endroits sont trop délabrés. L'argent seul peut les retenir, mais seulement un certain temps.»*

### 5.2. L'amélioration des conditions de travail

Ils sont nombreux à penser que l'amélioration du plateau technique peut créer un environnement de travail attirant pour certains professionnels. Par exemple la création de centres bien équipés en termes de technologies médicales attirerait beaucoup de professionnels. Mais comme c'est le cas pour les incitatifs financiers, ces dispositions ne garderaient pas les professionnels plus que quelques années.

*«La mise à niveau du plateau technique peut aider en certains endroits, mais pour un temps limité. Je ne vois guère ce que peut être fait de plus dans l'état actuel des choses.»*

Ces facteurs présentent l'avantage d'attirer des professionnels, lors même que ces derniers ne resteraient pas. Il y aurait au moins des professionnels qualifiés à temps plein un peu partout. Le renouvellement de ces professionnels serait assuré. Il y aurait un coefficient de rotation du personnel médical élevé, mais au moins il y aurait une couverture permanente et continue des services. Ce qui fait cruellement défaut actuellement dans le système.

## **Chapitre VII**

### **L'analyse logique du programme**

L'analyse logique vise à évaluer les bases théoriques du programme et éventuellement les solutions envisageables. Les participants ont été amenés à critiquer le modèle théorique du programme, et à évaluer en fonction de leur connaissance du milieu la plausibilité, et l'opportunité de cette intervention. Le but ultime de l'augmentation de l'accessibilité des soins de santé est l'amélioration de la santé globale de la population. L'accessibilité a surtout pour but d'augmenter l'utilisation des services de santé, qui à terme devrait faciliter la tenue des activités de prévention et de prise en charge prévues dans les programmes prioritaires de l'État. L'utilisation des services est donc une condition essentielle de l'atteinte de l'objectif du programme. Une revue de la littérature sous le thème de l'utilisation des services médicaux a été conduite, en vue de comparer avec la théorie du programme. Cela a permis de déterminer dans quelle mesure la théorie du programme repose sur des données probantes.

## **1. Analyse du programme par les participants à l'étude**

### **1.1. Les ressources investies**

Il est certain que l'État initialement a investi un certain montant pour la mise en œuvre de ce programme. Néanmoins, aucun document consulté ne fait mention de la somme investie. Il est d'autant plus difficile d'obtenir de telles informations, que depuis quelques années le programme est géré directement du Palais National. Le Ministère de la santé publique est totalement en dehors de la structure décisionnelle. L'un des hauts responsables du programme que nous avons rencontré, a avoué qu'ils ont dû ponctionner d'autres programmes du gouvernement pour démarrer celui-ci, mais il n'a pas pu nous informer sur le budget du programme. Les participants n'ont donc pas débattu des ressources vu qu'aucune information pertinente n'était disponible.

## 1.2. Le recrutement des étudiants

Le processus de recrutement est basé prioritairement sur le lieu de naissance des étudiants et la performance académique. L'origine rurale est une composante très importante de ce programme, et elle est définie par le lieu de naissance. Les infrastructures haïtiennes étant ce qu'elles sont, les étudiants de beaucoup de régions ne répondent pas aux standards académiques exigés par les programmes de médecine. La majorité des bénéficiaires de la bourse d'étude sont donc des métropolitains nés en région rurale. Il a même été rapporté que certains se faisaient payer pour octroyer la bourse d'étude. Une étudiante actuellement en formation affirme que sa mère a dû payer pour qu'elle puisse en bénéficier. La sélection des étudiants pour aller à Cuba ne garantit pas le retour de ces derniers dans leurs régions d'origine, pour plusieurs raisons. 1) Les étudiants ont beau être nés dans une région, mais certains ne sont jamais retournés dans cette région depuis. Il est peu probable qu'ils aient un attachement quelconque pour une région qu'ils ne connaissent pas. 2) Les étudiants font des efforts pour une amélioration de leur standard de vie, c'est une exigence que les régions reculées ne sont pas encore en mesure de satisfaire.

*«Il est tout à fait louable de vouloir recruter en milieu rural, mais l'excellence académique n'est pas forcément présente en milieu rural. Pourquoi pensez-vous que tout ceux qui le peuvent envoient leurs enfants à la capitale.»*

*«Être né dans une région ne fait pas de vous automatiquement un habitant de la région»*

Les participants à l'étude sont sceptiques quant à la volonté réelle de ces étudiants de retourner dans le secteur rural. Un grand nombre de ces étudiants ont déjà laissé le pays, d'autres travaillent dans les ONG de la place. L'incongruité majeure du programme est l'impossibilité d'embaucher tous les professionnels qui reviennent de Cuba. On rapporte que certains des ces professionnels seraient encore chez eux sans emploi. S'ils conviennent tous que la formation de plus de médecins

est importante dans l'éventualité d'une amélioration de l'accessibilité, nombreux estiment que la disponibilité des professionnels sans aucun accompagnement, ce qui ici semble être le cas, n'aboutira à aucun changement véritable du système. La formation de plus de médecins est loin d'être une garantie de disponibilité de ressources médicales dans les coins reculés.

*«Ceux qui obtiennent leur diplôme de médecine émigrent vers les pays développées, les étudiants revenant de Cuba suivent le même circuit. Surtout que le gouvernement ne les engage pas tous comme convenu.»*

*«L'augmentation du nombre de médecin n'est pas un gage d'accessibilité. C'est vrai qu'il y a carence mais les moyens ne sont pas là pour engager des médecins supplémentaires. J'attends encore une nomination qui n'arrive toujours pas, et vous me dites qu'on a besoin d'augmenter le nombre de médecins.»*

Le médecin cubain vient d'un système politique qui ne lui offre pas la possibilité de faire de profit. Le séjour en Haïti où il a une rétribution d'environ 300 dollars américains par mois lui satisfait amplement. Le médecin haïtien quant à lui a grandi dans un système, où le pouvoir économique occupe un espace plus important, revient avec des rêves. La réalisation de ces rêves implique souvent une augmentation considérable de ses revenus. Ceux qui sont nés dans les milieux reculés, où les gens vivent quasiment à l'état de nature, aspirent à un mieux être. Ils ne vont pas nécessairement vouloir retourner ou rester dans ces régions. Ils iront certainement pour honorer leur contrat, mais une fois la durée obligatoire passée, ils laisseront le milieu rural. Ceux-ci sont autant de facteurs qui n'ont pas été considérés, mais qui posent un problème réel à l'évolution de ce programme.

*«Personne ne semble avoir pris en compte le fait le Cubain et l'Haïtien ont deux mentalités complètement différentes. L'haïtien ne se satisfera pas de la même chose que le cubain.»*

*«On fait des efforts importants pour entreprendre des études, on le fait pour améliorer sa qualité de vie. C'est la seule vérité.»*

### **1.3. L'accueil des médecins cubains**

Les professionnels cubains présents sur le sol haïtien sont pris en charge par la représentation cubaine. Le gouvernement a fait des débours importants pour loger ces professionnels. Les participants s'accordent pour dire que les conditions de logement de ces derniers ne sont pas les meilleures qui soient, mais leurs conditions d'hébergement sont de loin supérieures à celles des professionnels haïtiens. Par exemple, les cubains peuvent disposer de résidences avec un confort minimal incluant, l'électricité, une ménagère, des appareils électroménagers etc. Le professionnel haïtien quant à lui est livré à lui-même et abandonné dans des conditions peu enviables. Cette situation a occasionné des frustrations chez les professionnels haïtiens qui dans bien des cas ne collaborent pas trop avec les médecins étrangers. Un système parallèle se met en place avec les professionnels haïtiens d'un côté, et les cubains de l'autre. Il y a très peu de place pour les échanges en certains endroits. On rapporte même des cas d'altercations dans les structures des points de prestation de services.

*«Dès qu'ils ont mis les cubains dans de meilleures structures physiques que les professionnels haïtiens, ils ont créé un inconfort entre les deux groupes qui sont appelés à travailler ensemble.»*

*«On ne demande pas à quelqu'un de faire plus d'effort, et parallèlement lui montrer qu'il est moins important que les nouveaux venus...»*

### **1.4. La création et la réhabilitation de structures de santé**

Bientôt 12 ans après l'implantation de ce programme, les participants n'ont aucune connaissance de nouvelles structures de santé qui auraient pu être construites. Il y a certainement eu des aménagements en certains endroits, mais il

n'y a pas de constructions importantes à nos jours. Le site de publication des interventions cubaines [www.medicc.org](http://www.medicc.org) (6) publiait récemment qu'une trentaine d'hôpitaux allaient bientôt être construits. Il n'y a pas beaucoup de CDI en fonctionnement en dehors de ceux des Gonaïves et de Mirebalais. Ces structures représentent une opportunité de limiter les références, et d'améliorer la qualité du service offert. La plupart des participants estiment que les CDI représentent une amélioration significative du plateau technique des structures préexistantes. En effet, ces CDI sont censés être équipés en matériels de radiologie, d'échographie, d'électrocardiographie. Les spécialistes en pédiatrie, médecine interne chirurgie et obstétrique gynécologie y sont aussi disponibles. Les spécialistes du milieu en général estiment que c'est une très bonne initiative, mais certains se posent des questions sur les localisations dans des zones urbaines où il y a déjà des hôpitaux. C'est un pas important en termes d'amélioration de la qualité, mais dans l'état actuel des choses, il est peu probable qu'elle résolve les problèmes d'accessibilité.

*«J'ai visité le CDI de Mirebalais, j'estime que c'est un grand progrès comparé au centres de santé. Il en faudrait beaucoup plus...»*

Globalement, il ressort de cette analyse que l'augmentation des ressources humaines et le plateau technique pourrait être un excellent moyen d'assurer une accessibilité des soins de santé. Cependant un ensemble d'éléments n'ont pas été considérés avant la mise en œuvre du programme.

1. L'augmentation du nombre de médecins formés ne traduit pas nécessairement une augmentation de l'accessibilité et encore moins l'augmentation de l'utilisation des services de santé. Non seulement les médecins ne sont pas nécessairement en poste, le problème de l'accessibilité géographique n'est pas résolu. Le personnel a beau être présent, une bonne partie de la population n'a toujours pas accès aux services de santé, faute d'infrastructures routières adéquates ou tout simplement de la mauvaise localisation des points de service.

2. Les progrès en terme d'amélioration de la capacité de gestion s'ils existent ne peuvent être attribués au seul fait de ce programme. La structure qui doit former les cadres administratifs du système de santé n'a pas encore vu le jour.
3. La très grande majorité des structures de santé prévues dans ce programme n'ont pas encore vu le jour. Des questions se posent sur l'éventuelle localisation des ces nouvelles structures. C'est une question essentielle pour savoir si oui ou non ce programme peut effectivement améliorer l'accessibilité et l'utilisation. À l'heure actuelle il ne peut y avoir d'amélioration de l'accessibilité, encore moins de l'utilisation des services de santé qui n'existent pas.

Dans leur majorité, les professionnels du système de santé estiment que c'est une coopération très intéressante qui pourrait apporter des résultats probants. Certains vont jusqu'à dire que c'est la coopération la plus valable dont le pays a bénéficié. Les résultats ne suivent pas parce que des erreurs notables ont été commises au début de sa mise en œuvre, entravant par le fait même le développement harmonieux du projet.

Le manque de planification est la critique qui revient le plus souvent. Un certain nombre de faits sont cités en exemple pour corroborer ce fait.

On rapporte qu'un nombre significatif de professionnels revenant de Cuba ne peuvent pas être nommés dans la fonction publique haïtienne. Le gouvernement est en train de former bien plus de médecins qu'il est en mesure de recruter. Il continue malgré tout d'envoyer des jeunes étudier à Cuba, une incohérence majeure entre la politique et les moyens. De plus, ils ne peuvent pas entrer dans un programme de résidence hospitalière en Haïti, parce qu'il n'y a jamais eu aucune préparation à ce effet. Les médecins formés se retrouvent présentement éparpillés à travers le

monde. Les spécialistes du système ne sont pas trop surpris de cette situation. Ils affirment que l'État n'a déjà pas les moyens d'intégrer le peu de professionnels qu'il forme, voire recruter d'autres venant de l'extérieur.

Il n'y a aucune politique de ressources humaines visant à recruter et à retenir les professionnels. Il n'y a avait aucune stimulation pour intéresser les jeunes à pratiquer en milieu rural, il n'y en a toujours pas. L'augmentation du nombre de médecins ne résoudra pas les problèmes de rétention sans une véritable politique de ressources humaines qui tienne compte des inquiétudes des professionnels de santé. L'importation de médecins cubains a grandement contribué à assurer une présence médicale dans beaucoup de régions éloignées du pays à court terme, mais il n'existe aucune garantie de pérennisation de ce programme.

Le plateau technique dans certaines régions ne nécessite pas la présence de certains niveaux de compétence. L'amélioration du plateau technique devrait être une disposition simultanée de l'augmentation du nombre de professionnels. Les professionnels sans le plateau technique ne contribuent en rien à l'augmentation de l'offre de services. La bâtisse et les professionnels ne peuvent constituer un centre de dispensation de soins. En définitive, il n'est pas certain que le programme réussisse à améliorer durablement l'accessibilité et l'utilisation des services de santé. La revue de littérature qui suit témoigne des données probantes en matière d'accessibilité et d'utilisation des services.

## **2. État des connaissances.**

La réussite de ce programme, qui dans les faits espère voir s'améliorer la situation globale de santé de la population, repose sur une augmentation de l'utilisation des services de santé, grâce à l'augmentation de l'accessibilité à ces

services. La revue de la littérature s'articule principalement autour de ces deux concepts: l'utilisation, et l'accessibilité des services de santé et une revue des évaluations des programmes du genre.

### **2.1. Les déterminants de l'utilisation des services de santé.**

Plusieurs paramètres influencent le choix des individus lorsqu'il s'agit de l'utilisation des services de santé. Hulka B.S. et Wheat J.R (59) les regroupent en cinq catégories:

1. L'état de santé et les besoins
2. Les caractéristiques démographiques
3. La disponibilité du personnel médical
4. Les caractéristiques organisationnelles
5. Les mécanismes de financement

Pour influencer l'utilisation des services de santé, la tendance est d'agir sur l'une de ces variables modifiables. Par exemple, l'augmentation de l'utilisation des services quantitativement et relativement aux besoins a été atteinte grâce à plusieurs mécanismes: les mécanismes de financement, les changements organisationnels (centres de santé de proximité avec une large gamme de services) et l'augmentation des ressources professionnelles. Ces méthodes ont fait leur preuve au cours des années 1960 et 1970 (59). Le fait que les responsables haïtiens ont choisi de tabler sur l'augmentation de la disponibilité des professionnels est judicieux.

Les individus sont ordinairement seuls juges de leurs besoins en soins médicaux. Le modèle comportemental d'Andersen (59, 60, 61 62) décrit tout un ensemble de conditions dont l'interaction détermine la décision d'un individu de faire usage ou non des services de santé. Il les a regroupés en trois catégories:

1. Les besoins ou les facteurs reliés à la pathologie dont le sujet est atteint.
2. Les facteurs prédisposants, comme les caractéristiques démographiques, l'âge, la classe sociale, la race en sont des exemples.
3. Les facteurs facilitants, à savoir les ressources familiales comme le revenu ou l'assurance maladie, et les ressources communautaires comme les structures médicales.

### **2.1.1. Besoins et utilisation**

Le besoin constitue le premier élément de la chaîne réactionnelle conduisant un patient à consulter un service de santé. Cet élément déclencheur est subjectif et varie d'un individu à un autre. C'est par conséquent la perception de la gravité du besoin, le nombre de journées de travail perdues, et la perception qu'une visite médicale peut remédier au problème qui ultimement conduisent à l'utilisation des ressources sanitaires. Selon, Hulka et Wheat (59) le statut de santé compte pour à peu près les deux tiers de la variabilité de l'utilisation des ressources de santé. Ils ont aussi noté que la décision de poursuivre l'utilisation dépend de l'appréciation du médecin et l'état de santé de l'individu en question. La perception des besoins est un problème majeur en Haïti, parce que: 1) le faible niveau d'éducation fait que le jugement par rapport à la maladie diffère de beaucoup d'un individu éduqué. 2) Culturellement, la population n'est pas totalement prête à utiliser les services médicaux.

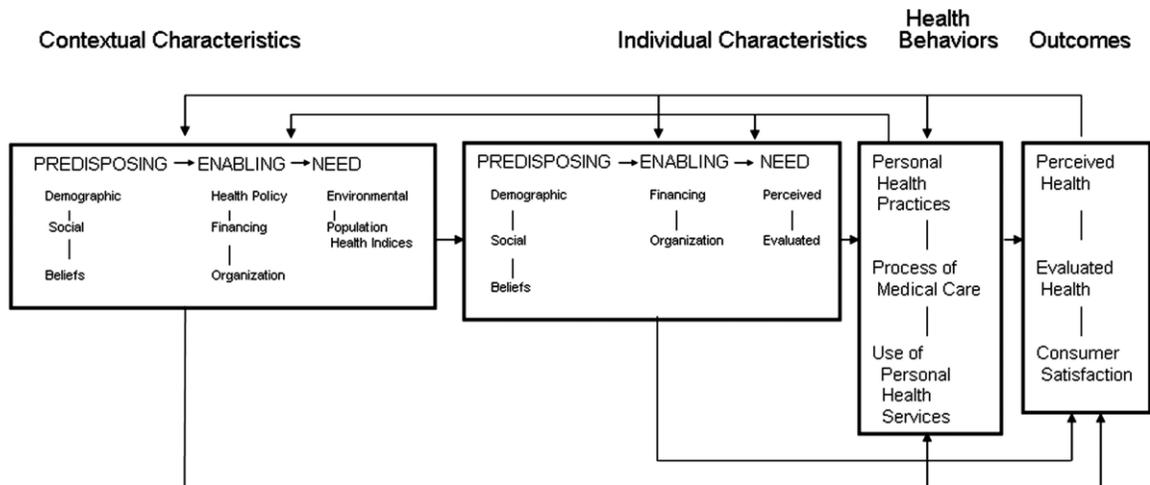


Fig 3: Diagramme explicatif du modèle comportementale, tiré de l'article National Health Survey and the Behavioral Model of Health Service Use de Ronald Max Andersen (Med Care 2008;46: 647-653)

On notera toutefois que la motivation d'utiliser des services préventifs n'obéit pas aux mêmes critères, mais à des facteurs comme l'âge, le niveau d'éducation, la détention d'une assurance privée, avoir un médecin de famille, et être atteint d'une pathologie chronique.

La théorie de Mechanic rapportée par Pineault (60) sur l'utilisation des services de santé quant à elle repose sur la perception ou la définition de l'individu (ou de ses proches) de la situation de santé, et la capacité de l'individu (ou de ses proches) à gérer la situation. Elle explique les différences de comportement des individus à l'occasion d'un épisode de maladie, elle se concentre surtout sur l'origine du comportement des individus face à la maladie et définit dix variables qui influencent la réponse d'un individu face à la maladie.

1. La visibilité, la reconnaissance ou la perception de l'importance des signes et symptômes.
2. Jusqu'à quel point les symptômes sont perçus comme étant sérieux, c'est-à-dire indicatifs de danger présent ou futur.

3. L'impact de ces symptômes sur la vie familiale, le travail, ou d'autres activités sociales.
4. La fréquence de survenue des signes et symptômes, leur persistance ou la fréquence des rechutes.
5. Le seuil de tolérance de ceux qui sont exposés à ces signes et symptômes.
6. La disponibilité d'information, de connaissances, et l'impact culturel de l'évaluateur.
7. Les besoins de base de l'individu qui peuvent conduire à un déni de la réalité.
8. La compétition entre les besoins de l'individu et la réponse à la pathologie.
9. La compétition entre les différentes interprétations qui peuvent être faites de ces symptômes, une fois que ces derniers sont reconnus.
10. La disponibilité de ressources thérapeutiques, l'accessibilité physique de ces dernières, et les coûts psychologiques et monétaires d'agir. Cela inclut non seulement la distance physique et le coût en termes de temps, d'argent et d'effort, mais aussi le coût de la stigmatisation.

Wolinsky (63), note que ces dix déterminants interviennent à deux niveaux d'analyse: l'appréciation de la gravité des symptômes par les autres et l'appréciation par soi-même. Quelque soit le niveau d'analyse, le comportement face à la maladie découle d'un processus d'apprentissage social et culturel. Le milieu influence beaucoup la réaction face à la maladie. Le programme tel que constitué présentement néglige d'adresser les éléments socioculturels qui limitent sérieusement l'utilisation des services de santé.

Selon Suchman (rapporté par Russell) (64), l'individu qui expérimente des symptômes inhabituels passe par cinq stades avant de consulter un professionnel. 1) Le stade d'expérience des symptômes au cours duquel l'individu réalise que quelque chose ne tourne pas rond. 2) Le stade d'acceptation du rôle de malade. A ce stade l'individu cherche un soulagement à ces problèmes par automédication ou des traitements empiriques. 3) Le contact médical, point à partir duquel la décision de contacter un professionnel est prise. 4) Le rôle patient-dépendant quand l'individu requiert l'avis d'un professionnel et accepte de se plier à ses recommandations. 5) la réhabilitation, l'individu abandonne le rôle de patient.

### **2.1.2. Les facteurs prédisposants**

Un certain nombre de variables indépendantes interfèrent positivement ou négativement à l'occasion d'un épisode de maladie. Parmi ceux-ci, la littérature relève la race, la classe sociale, l'âge et le sexe. Les résultats pour ces variables démographiques varient en fonction du mode de paiement. Dans les pays où l'assurance médicale universelle n'existe pas, on dénote une certaine différence dans l'utilisation des services médicaux associée à des variables comme la race, le sexe, la classe sociale ou le lieu de résidence (63, 65). C'est l'une des raisons ayant motivé la création de certains programmes d'assurances sociales comme Medicare et Medicaid aux États-Unis. Des études effectuées dans des pays en développement semblent confirmer les trouvailles des pays occidentaux. En effet, une évaluation de l'accessibilité aux soins de santé en Estonie après la mise en place du système d'assurance universelle confirme plus ou moins les résultats des pays d'Europe de l'Ouest à quelques exceptions près. Par exemple, les individus les mieux éduqués, avec un meilleur niveau socio-économique et qui résident en milieu urbain, utilisent beaucoup plus les services de médecins spécialistes que les autres (63).

### 2.1.3. Les facteurs facilitants

Parmi les facteurs facilitants, l'accent de la recherche a été mis sur les déterminants de l'accessibilité aux soins de santé. Nicolas Ray et Steeve Ebner (61) définissent quatre dimensions de l'accessibilité.

- a) L'accessibilité géographique, distance physique ou durée de transport du point de service à la résidence de l'utilisateur.
- b) La disponibilité des services, disposer du type de service approprié aux besoins de la population. Cette disponibilité est à la fois qualitative et quantitative, elle est une combinaison de deux mesures, la couverture géographique et la couverture spatiale.
- c) Le financement: relation entre le prix des services de santé et la capacité et/ou la volonté des utilisateurs à payer pour ce service.
- d) L'acceptabilité: adéquation entre les réponses des prestataires de service et les espérances culturelle et sociale de la communauté.

#### **a) L'accessibilité géographique/Les caractéristiques démographiques**

En plus des difficultés à recruter des professionnels de santé dans les milieux ruraux, l'accessibilité géographique demeure un obstacle de taille à surmonter pour les usagers des systèmes de santé. Le fait que les communautés rurales soient moins nanties rend la localisation des institutions très importante dans l'utilisation des services de santé. Donc la séparation géographique entre les communautés et les institutions de santé rend les inégalités d'accès aux soins de santé inévitable, ce qui est le cas en Haïti. La disponibilité des ressources et des services n'est pas le seul indice de prédiction de l'utilisation des services. La disponibilité des professionnels ne suffit pas, il faut que le lieu de prestation des services soit accessible

géographiquement, pour que ces services soient mis à profit. De là la nécessité de l'utilisation du système d'information géographique dans l'évaluation de l'accessibilité aux soins (utilisation des services) (61, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73,). Il y a peu de nouvelles structures à avoir vu le jour avec ce programme. Les rares CDI en fonction se retrouvent dans des grandes villes.

Une revue de la littérature conduite par Gary Higgs (69) sur le sujet a révélé que les différentes méthodologies utilisées pour analyser l'impact de la situation géographique peuvent chacune présenter des inconvénients. Plusieurs facteurs interagissent avec la localisation des structures de santé quand il s'agit d'évaluer l'utilisation des services. Les méthodologies qui ont été appliquées pour étudier l'influence du facteur géographique sur l'utilisation des services varient en fonction:

1. Du type de service de santé en question: la grande majorité des écrits traitant de ce sujet semblent indiquer que l'utilisation des services de santé est inversement proportionnelle à la distance à parcourir pour accéder à ces services. Ces données ont d'ailleurs influencé des recherches sur la survie des populations. Elles ont confirmé que la distance de certaines structures (Angiographie, Oncologie...) des populations de desserte est proportionnelle à l'utilisation des services, elle-même inversement proportionnelle à la distance des structures de santé.
2. De l'unité géographique d'analyse: Des études plus récentes relèvent les limitations de l'utilisation des unités administratives comme unité d'analyse de l'utilisation des services, car des patients peuvent fréquenter des structures de santé en dehors de leur secteur administratif. Une approche tenant compte de ces divers niveaux d'utilisation s'avère nécessaire en vue d'une mesure adéquate de l'utilisation des services.

3. Des mesures de distance: les GIS (Systèmes d'Informations Géographiques) sont de plus en plus utilisés à l'occasion des études sur l'accessibilité géographique. Initialement, elles étaient basés sur la construction d'une ligne droite entre l'habitat d'un utilisateur et sa structure de santé la plus proche. L'intégration des réseaux de transport y sont progressivement intégrés à mesure que ces derniers se développent. Il en ressort que la distance parcourue est un facteur prédictif important de l'utilisation jusqu'à un certain seuil. C'est toutefois la durée de transport qui constitue le meilleur indicateur de l'utilisation.
4. Des données en question: les données administratives sont souvent insuffisantes pour étudier les structures de santé fréquentées par les individus. En plus des problèmes éthiques associés à l'utilisation des ces données, elles offrent en plus une estimation incomplète de l'utilisation réelle des services. Par exemple, certaines recherches semblent prouver que les couches les plus aisées ont tendance à court-circuiter les structures de santé régionales.
5. De facteurs confondants: les caractéristiques ainsi que les préférences de certains peuvent constituer des facteurs de confusion. Par exemple le fait que les patients mieux nantis aient tendance à fréquenter des institutions de santé en dehors de leurs lieux de résidence peut faire penser à une sous utilisation des services.

Cette recherche a permis de découvrir qu'il existe certaines lacunes dans la recherche en matière d'accessibilité géographique. Par exemple on ne trouve pas suffisamment de recherches sur les changements spatiaux dans l'utilisation des ressources de santé et leur potentiel impact sur la santé des individus. L'auteur conclut que des recherches plus poussées sont nécessaires non seulement pour étudier l'impact des divers modes de transport sur l'utilisation, mais secondairement

sur l'état de santé de la population. Cette revue a aussi mis en lumière l'absence de données sur les changements temporels de l'utilisation des ressources liée à la distance, cela limite les renseignements que l'on pourrait obtenir concernant d'éventuels facteurs de confusion. Il n'y pas suffisamment de recherche sur l'impact de l'accessibilité géographique sur des entités pathologiques spécifiques.

### **b) La disponibilité des systèmes de santé/du personnel médical**

Dans les faits, les structures de prise en charge sont le plus souvent placées dans les régions où la population est la plus en mesure de se payer les soins. La localisation des cliniques n'est pas le seul indicateur de son accessibilité. Craig, E. Pollack (72) décrit les heures d'ouverture comme un très bon facteur de prédiction de l'accessibilité des services de santé. Plusieurs facteurs sont mis en cause lorsqu'il s'agit de la rétention des professionnels de santé: (ces éléments sont présentés en détail dans le segment d'analyse stratégique de type II)

### **c) Le financement des systèmes de santé**

Le financement des systèmes de santé est le mécanisme par lequel l'argent est perçu, alloué et dépensé. Contandriopoulos (74) lui reconnaît quatre fonctions: le prélèvement, le stockage, l'allocation et le paiement. Le choix du type des méthodes de prélèvement, de stockage d'allocation et de paiement est fonction de l'idéologie politique et détermine la couverture médicale. Ces différentes méthodes peuvent aussi contribuer à l'accessibilité ou aux difficultés d'accès d'un système de santé.

- Le prélèvement soulève plusieurs questions: Qui contribue? Sur quelle base? Pour quel service? Quand, avant ou après le service? La réponse à chacune de ces questions déterminera le degré de solidarité du système de santé. De là son importance capitale dans le développement du système.

- Le stockage: Tout comme pour le prélèvement, un ensemble de questions détermine le niveau de régulation, de décentralisation et de couverture du système. Le niveau de stockage peut être macro, méso ou micro. Le statut de l'organisme de stockage informe également sur le type de système en question, il peut être une caisse publique locale, le budget de l'état, des agences mutualistes ou des compagnies d'assurance privées. Les bénéficiaires de cet argent stocké déterminent si la couverture est universelle ou non. Le degré de globalité détermine si la couverture est partielle ou intégrale.
- L'allocation: Le montant alloué guide les possibilités des différentes unités de la structure de santé, en termes de dépenses pour l'embauche ou des services disponibles. Les décisions d'allocation peuvent être prises au niveau central (gouvernement central), régional (gouvernement provincial) ou local (organisation, municipalité). Cette décision peut être prise sur la base de la population couverte ou de services offerts, du caractère global ou spécifique du montant alloué. Le niveau de décision à cette étape dépend du niveau de stockage.
- Le paiement: Le mode de paiement des professionnels et des organisations de santé se fait en fonction des services (actes, journées d'hospitalisation), des ressources (taux horaire, vacation, salaire), des responsabilités (épisodes de soins, personnes prises en charge). La décision de payer est prise à différents niveaux: central (État, caisse nationale), local (région, organisation, les patients) et le montant en fonction de la concurrence, de négociation ou de décision exécutive. C'est une étape très importante du processus d'allocation des ressources en ce sens qu'elle constitue une incitation importante pour les professionnels de santé quand vient le temps de choisir le lieu de pratique.

Contandriopoulos (74) après avoir défini ces étapes du processus d'allocation, relève cinq grands modèles de méthodes de financement dans le monde.

1. Le modèle privé individuel, qui est le paiement direct par les malades. Par conséquent, les prix sont déterminés en fonction de la concurrence sur le marché.
2. Le modèle privé collectif, ou assurances privées dans lequel le paiement se fait sous forme de remboursement des services ou paiement global pour la prise en charge d'un épisode de soins.
3. Le modèle public d'assurance emploi, cotisation sociale généralement prélevée par l'employeur en pourcentage des salaires en vue de financer un programme étatique de protection sociale. En général, les patients se font rembourser les frais encourus lors des épisodes de soins.
4. Le modèle fiscalisé centralisé, l'impôt est la base des prélèvements et ce principe permet d'assurer l'accès universel aux services de santé.
5. Le modèle fiscalisé décentralisé, le principe est le même que le précédent sauf que le prélèvement se fait à divers niveaux de la structure publique (gouvernement fédéral, provincial, régional, municipal). Le schéma emprunté par chaque pays détermine le degré d'accessibilité du système.

Le problème d'accessibilité aux soins de santé est complexe, et peut s'expliquer par différents facteurs. L'allocation des ressources (financières ou humaines) y contribue de manière significative. Plusieurs auteurs se sont intéressés à ce problème, et la décentralisation dans l'allocation des ressources semble faire

consensus comme l'une des réponses à ce problème (75, 76, 77, 78, 79). Traditionnellement, les grands axes d'orientations sont déterminés par le gouvernement central, et les ressources sont allouées soit en fonction de la population à desservir, sur une base historique, ou tout simplement suivant le poids politique d'une région (78). Ces mécanismes d'allocation ne font aucune place à l'équité, d'où la nécessité de créer un mécanisme dont l'équité est l'objectif ultime. Ceci devrait permettre une allocation des ressources plus en phase avec les besoins de la population. Les recherches Ruth Bell et al en Namibie (75) et d'Andrew Green et al au Pakistan (77), confirment le fait que la décentralisation augmente l'équité dans l'allocation des ressources. Par la même occasion, elle favorise une plus grande utilisation des ressources sanitaires disponibles. Les auteurs préconisent une approche de planification centrale de l'allocation des ressources et la programmation locale des soins de santé. Les autorités locales étant plus imbues des problèmes de leurs communautés, ils devraient être plus à même de déterminer les besoins et d'évaluer les ressources nécessaires à l'échelle locale.

Cette revue de littérature a aussi couvert des moyens utilisés par les bailleurs pour tenter de remédier à ce problème d'allocation de fonds. L'alternative d'intérêt est l'allocation de fonds à un programme spécifique. Cette méthode permet d'allouer des ressources à des activités spécifiques, elle soulève néanmoins beaucoup d'autres questions. Par exemple, ces nouveaux fonds couvrent rarement l'embauche de nouveaux personnels, la maintenance ou la gestion d'un hôpital. Ceci crée une pression supplémentaire sur le personnel qui voit sa tâche décuplée. Ces activités nouvelles impliquent souvent de nouvelles procédures et mécanismes de contrôle différents de celles déjà en place, ce qui consume une bonne partie du temps des employés du secteur public. Dans beaucoup de pays en développement, il n'y a tout simplement pas suffisamment de personnel compétent, motivé et raisonnablement rémunéré pouvant utiliser efficacement de nouvelles ressources (80). Un autre problème soulevé par cette tactique reste celui de la priorisation. En effet, souvent ces activités ne rentrent pas dans les priorités du gouvernement dans le

pays où elles sont appliquées. Il s'en suit donc un effet de vase communicant, c'est-à-dire le gouvernement réalloue l'argent prévu pour le programme financé par les bailleurs à d'autres programmes. En définitive, le programme n'atteint pas son objectif d'équité dans l'allocation des ressources, car le niveau de financement demeure relativement le même.

Les études faisant le lien entre le mauvais état de santé et le fait de ne pas avoir d'assurance sont légion. La cause de cette situation sanitaire peu enviable des couches défavorisées est non seulement l'impossibilité de se payer les soins appropriés, mais aussi le fait que les soins qu'ils reçoivent en général sont de moins bonne qualité (65, 74, 81, 82). En plus de l'impact de la «non assurance» sur l'état de santé, la ponction importante sur le revenu à chaque épisode de soins est un paramètre de plus en plus étudié. Les résultats montrent qu'en terme de pourcentage du revenu, ils (les défavorisés) paient un plus lourd tribut (65, 83, 84, 85, 86).

Cette revue de la littérature prouve que l'état de santé d'une population est la résultante d'un réseau complexe impliquant les structures sociales et politiques des communautés. Dans les pays en développement, la tendance dans les années 80 a été d'appliquer des frais à l'utilisation sous l'insistance des organismes bailleurs (78, 80, 81, 86, 87). La littérature rapporte une diminution de l'utilisation des services de santé depuis la mise en œuvre de cette politique de recouvrement des coûts, d'ailleurs plusieurs états Africains commencent progressivement à les enlever. Toutefois le retrait des frais d'utilisation n'est pas à lui seul la solution au problème d'utilisation qui sévit particulièrement dans les pays en développement. A ce titre, Rob Yates (81) rapporte cette réflexion de Gilson et Mc Intyre sur la question: « le retrait des frais d'utilisation n'est pas la panacée à tous les problèmes de santé des pays en développement. Cette stratégie devrait être une part importante du plan de réforme plus globale qui doit inclure l'amélioration de la gestion en vue de veiller à ce que les frais formels ne soient pas remplacés par des frais informels.»

## **Chapitre VIII**

### **La discussion**

La santé est l'un des devoirs régaliens de l'État. La structure établie ne vit que parce qu'elle a des citoyens, on comprend la nécessité de veiller à leur santé. Le développement global de la situation sanitaire laisse penser que les résultats n'ont pas toujours été au rendez-vous, même s'il y a toujours eu des efforts de l'État pour améliorer les conditions sanitaires. Le programme actuel d'amélioration de la couverture sanitaire s'inscrit dans cette optique. L'examen de ce programme et le contexte de sa mise en œuvre a révélé un certain nombre d'éléments. Ce segment de l'analyse va apporter un jugement critique aux données issues des différentes analyses auxquelles cette intervention a été soumise.

Le programme tel qu'appliqué en Haïti est conçu et développé par les cubains. Bien qu'il soit mis en œuvre dans plus d'une vingtaine de pays, il n'y a pas beaucoup de publications indépendantes permettant de se faire une idée objective de son impact. Les résultats publiés par les cubains font état de progrès significatifs dans les indicateurs de santé publique des pays où ce programme est mis en œuvre. Les représentants haïtiens pensent pour la plupart que la présence des cubains a effectivement amélioré la situation sanitaire en Haïti, même s'ils ne disposent pas de données de recherche sur le sujet. Les rapports annuels du ministère de la santé publique (88, 89, 90) ne semblent pas en mesure de confirmer ces impressions. En effet, les données trop souvent incomplètes de ces différents rapports rendent les comparaisons impossibles.

Les principes de cette intervention, à savoir la sélection d'étudiants selon leur origine, la formation basée sur la résolution des problèmes, les contrats pré-études, ont tous bénéficié d'évaluations dont la revue de littérature a amplement fait mention. Toutefois, l'absence de documentation écrite sur le programme et la rapidité avec laquelle il a été mis en œuvre, soit un mois environ, témoignent d'une absence de planification. Après toutes les rencontres il est clair que les haïtiens ont très peu participé à son élaboration. Tout porte à croire que ces derniers n'ont pas

non plus évalué ce programme avant sa mise en œuvre. Le programme ne tient pas compte de l'expertise des fonctionnaires haïtiens, sa mise en œuvre et le suivi sont entièrement cubains. C'est la cause de frustrations chez les responsables haïtiens, qui voient diminuer leur influence dans les prises de décision. Le programme se retrouve en conflit avec le système de santé, et crée de ce fait deux systèmes de santé parallèles. Les cubains décident de changements à apporter sans l'approbation des responsables sur le terrain. Ils reçoivent leurs directives directement du palais national. Le changement prochain de gouvernement peut sonner le glas de cette coopération, tenant compte de la saveur politique de son implantation. Ce programme, pour durer doit pouvoir intégrer les interventions prioritaires du ministère sans heurter les responsables qui sont appelés à rester sur place.

## **1. L'analyse stratégique de type I**

L'analyse stratégique de type I révèle que les causes des problèmes d'accessibilité du système de santé sont multiples et inter reliées. Les causes les plus importantes demeurent la disponibilité des services de santé et la répartition géographique de ces services. Comme l'ont fait remarquer les participants, la non existence des services de santé est la raison de la non accessibilité. Les services pour être utilisés doivent avant tout exister. La disponibilité des services est si étroitement liée à la répartition géographique, qu'il est difficile d'envisager une résolution de ce problème sans un réaménagement du territoire haïtien. La distribution actuelle de la population sur le territoire rend extrêmement difficile, sinon impossible l'accessibilité géographiquement. Le problème est d'autant plus compliqué à résoudre que les moyens ne sont pas disponibles. La gestion du système constitue un aspect important qui devrait apporter des améliorations substantielles. Une gestion rationnelle contribuerait à une utilisation optimale des ressources, et à une meilleure productivité dans le système de santé. C'est un fait que la disponibilité du personnel médical en tout temps sur toute l'étendue du territoire est idéale pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé. Les

circonstances présentes requerraient des investissements qui vont bien au-delà des prérogatives du ministère de la santé, ainsi que des moyens de l'État pour assurer l'accessibilité des soins de santé. Tenant compte de la réalité actuelle, il est clair qu'une action en priorité sur les aspects administratifs apporterait des retombées plus durables sur l'accessibilité des soins de santé, en attendant que les autres problèmes puissent être réglés.

## **2. L'analyse stratégique de type II**

Ce programme implique à la fois trois types d'intervention: la sélection des étudiants en fonction de leur origine rurale, des contrats pré-études, une formation basée sur la résolution des problèmes et un contact précoce avec le milieu rural. Ces différentes interventions ont été mises en œuvre avec un certain degré de succès dans un grand nombre de pays, en particulier les pays développés. Le peu de recherches entreprises dans les pays en développement indique que ces interventions ne semblent pas donner les mêmes résultats. Dans le contexte haïtien, ces interventions buttent à un certain nombre de problèmes, même si on est unanime à penser que l'augmentation de la disponibilité des ressources humaines médicales améliore grandement la situation sanitaire à court terme.

### **2.1. La venue des médecins Cubains**

Cette mesure tout comme la formation de médecins haïtiens supplémentaires fait partie de l'effort d'augmentation de l'offre de services. Elle est importante parce qu'elle contribue à améliorer la disponibilité de certains services, mais aussi à en améliorer la qualité. Ainsi grâce à cette composante du programme, des médecins sont disponibles en tout temps en des points où ce n'était pas le cas avant. De plus ces médecins étrangers coûtent moins chers que les médecins haïtiens. La cohabitation avec les professionnels haïtiens ne se fait pas sans heurt. La décision inconsidérée d'héberger les professionnels étrangers dans de meilleures structures a

contribué à empoisonner l'atmosphère de travail. L'importation des médecins étrangers est une mesure provisoire qui ne peut pas faire partie d'une politique de santé durable. Il est nécessaire d'intégrer les professionnels haïtiens de sorte qu'ils soient partie prenante du programme.

## **2.2. La sélection préférentielle des étudiants d'origine rurale**

Les recherches associant la rétention en milieu rural des professionnels de santé à l'origine rurale de ces derniers sont légions. Toutefois, la plupart des résultats positifs ont été observés dans les pays développés. Dans les pays en développement, l'Afrique du Sud demeure une rare exception. Et même là bas, les professionnels refusent d'aller dans les milieux vraiment reculés, où les besoins sont plus criants. Ces différences dans la recherche reposent surtout sur le fait qu'il n'existe pas une définition standard de milieu rural. Les données du rapport sur les grandes leçons sociodémographiques de l'IHSI (Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique) (91) donnent une idée de l'écart qui peut exister. On y retrouve des données parlantes sur la qualité de vie dans le milieu rural en Haïti. Par exemple, les murs des habitats en milieu rural sont en terre à 33,4%, 8,5% des maisons sont connectées à un service de distribution d'eau dont 80,7% en milieu urbain. Des chiffres inimaginables même dans d'autres pays en développement. On comprend aisément que ceux qui viennent des milieux ruraux l'ont laissé pour des raisons autres que la vie en milieu urbain. Il est donc difficile d'imaginer que le programme pourra garder même les professionnels issus des milieux ruraux dans le système de santé. Les étudiants de ces programmes en Afrique expriment de sérieuses réserves quant au travail dans ces endroits. Les étudiants haïtiens ne sont pas différents, la preuve un bon nombre ont déjà quitté le pays, ou travaillent dans les ONG de la place. Les responsables n'ont pas pris en compte les différences socioéconomiques entre les sociétés où ces programmes ont réussi et la société haïtienne. Dans un contexte où la misère est omniprésente, il est difficile de penser que les professionnels médicaux vont demeurer en milieu rural.

### **2.3. Les contrats pré-études**

Cette intervention a permis de garder en milieu rural les médecins formés grâce à la coopération cubaine. Il est plus que certain que cela ne va pas durer. Il n'existe pas d'incitatifs financiers qui puissent intéresser ces jeunes professionnels à demeurer dans un milieu si dépourvu. La revue de la littérature révèle que ces interventions dans les pays comme Haïti pour réussir doivent s'accompagner de mesures d'amélioration des conditions de travail, et des salaires compétitifs. Des conditions qui ne semblent pas être respectées par le programme actuel. De plus le gouvernement ne dispose même pas de moyens pour engager les professionnels qu'il a lui-même fait former à Cuba. Il est difficile d'imaginer dans les circonstances qu'il puisse satisfaire aux besoins des professionnels de santé. Secondairement, en dehors de Port-au-Prince (la capitale) et de certaines villes de province, il existe peu ou pas de moyens de se faire des revenus supplémentaires, un des principaux facteurs retenant les médecins dans les régions urbaines. Le programme tel que constitué présentement peut réussir à pourvoir les communautés sous-desservies en professionnels de santé dans le court terme, mais il est peu probable que le système de santé actuel puisse garder ces professionnels. La preuve un bon nombre se retrouvent déjà en dehors du pays.

### **2.4. La formation axée sur la résolution des problèmes**

Tout comme pour le recrutement selon l'origine rurale, les programmes du genre ont du succès dans les pays en développement. Mais les résultats dans les pays en développement sont quelque peu différents. S'il est vrai que cela change la perspective des étudiants par rapport à la vie en milieu rural, il n'est pas certain que cela se traduise en changement réel dans la force de travail. Les étudiants de ces programmes dans les pays en développement accordent une grande importance à la rémunération lorsqu'il s'agit du lieu de pratique. Aucun programme ne semble changer cet état de fait.

Les exigences des professionnels haïtiens ne sont pas différentes de celles des professionnels étrangers, les capacités de résoudre, ou d'atténuer ces problèmes n'existent pas. Pour réussir en Haïti, les programmes de rétention doivent être accompagnés de tout un ensemble de mesures qui peuvent assurer une satisfaction minimale aux professionnels de santé. Il faut tenir compte du fait que l'écart entre le milieu rural et le milieu urbain est si grand, qu'il est difficile d'envisager que le personnel médical puisse demeurer en milieu rural. L'importance des investissements à consentir pour apporter ne serait-ce qu'un semblant de modernité à ces régions est pour le moment hors de portée de l'État haïtien. Les finances publiques ne peuvent même pas payer le nombre actuel de professionnels, au point qu'il y a souvent des retards de paiement, ou que la totalité des professionnels formés ne peuvent pas être incorporés dans la fonction publique haïtienne. On imagine difficilement que les priorités des médecins haïtiens puissent rencontrer celles du gouvernement. Les vertus de ce programme de couverture sont indéniables. Les professionnels haïtiens sont persuadés qu'une plus grande disponibilité des professionnels de santé est une avenue prometteuse pour l'amélioration de l'accessibilité à des soins de qualité, et secondairement une amélioration de la santé globale de la population. Il n'est pas certain néanmoins que les moyens pour se payer de tels professionnels existent.

La décision d'augmenter la disponibilité des médecins se butte à plusieurs obstacles. Le plateau technique de bon nombre de ces régions n'est pas assez garni pour accueillir les médecins. Il n'y a pas de disponibilité d'examen de laboratoire, les cas les plus simples doivent être référés. Les conditions d'hébergement, ou tout simplement d'existence font que les professionnels, y compris ceux qui viennent des milieux ruraux, ne veulent pas y rester. La situation d'éloignement social et professionnel n'est pas propice à l'établissement d'une famille ou à l'épanouissement professionnel. Toutes ces limitations découlent de problèmes financiers récurrents, dont la résolution prendra du temps. Le choix d'augmenter le nombre de médecins, même s'il est logique, n'est pas judicieux tenant compte des

moyens dont dispose le pays. La faiblesse des finances publiques exige de la créativité dans les décisions relatives à l'amélioration de la situation sanitaire. La population est particulièrement jeune, et les pathologies infectieuses sont plus couramment rencontrées. Niska (92), décrivait après une expédition médicale en milieu rural Haïtien que l'hypertension chez les adultes et les parasitoses intestinales chez les plus jeunes étaient les pathologies les plus couramment rencontrées. Des pathologies dont la prévention constitue la pierre angulaire de la prise en charge. Les infirmières se révèlent bien meilleures pour les activités de prévention (58). L'augmentation du nombre d'infirmières affectées au milieu rural, ou la création de nouveaux corps de métiers pourrait se révéler plus efficace que l'augmentation de l'effectif des médecins.

Comme c'est le cas pour l'analyse stratégique de type I, la résolution durable de ce problème passe par la résolution des problèmes d'infrastructures, mais l'avenue la plus faisable serait de mieux rémunérer les professionnels de santé. Bien sûr cette solution n'est pas permanente puisqu'elle n'assure pas une présence durable des professionnels. Elle permet néanmoins d'assurer une relève quand un professionnel laisse. Il est illusoire de penser que dans l'état actuel des choses un médecin va s'établir définitivement à un endroit où même ses besoins primaires ne peuvent être satisfaits. La propagation actuelle de l'épidémie du choléra est un exemple de ce qui ne va pas dans bien des régions du pays, et qui empêche les professionnels qualifiés de s'y établir. Dans l'état actuel des choses, seule une rémunération intéressante peut motiver à aller vers le milieu rural. C'est ce qui devrait aussi assurer une relève tant que les conditions économiques générales dans le pays ne changeront pas.

### **3. L'analyse logique**

L'accessibilité des systèmes de santé se définit de plusieurs manières. La revue de la littérature définit quatre grands types d'accessibilité. Les quatre types d'accessibilité causent problèmes dans le système de santé haïtien: l'accessibilité géographique, la disponibilité des services (sur le plan qualitatif et quantitatif), le financement et l'acceptabilité.

#### **3.1. L'accessibilité géographique**

La géographie escarpée du pays rend particulièrement difficile la localisation des points de service. L'état des infrastructures routières, les conditions de vie précaires laissent peu envisager que les gens puissent payer de grands déplacements pour se rendre dans les centres de dispensation de soins. Il n'y a jusqu'à présent aucun effort des responsables pour placer les points de service dans des points de plus grande accessibilité, bien qu'il existe des logiciels géo-spatiaux pouvant aider. Après examen des données, il n'est pas possible d'affirmer que cet aspect de la question ait été pris en considération. Les professionnels cubains travaillent dans des centres préexistants au programme. Il est question de construire des dizaines de nouveaux centres, mais si les CDI sont des indications de ce qui est à venir, on ne peut être certain que cette composante sera effectivement prise en compte. L'accessibilité géographique demeure une composante essentielle de l'accessibilité du système de santé, d'ailleurs les professionnels de santé haïtiens estiment que c'est le facteur le plus important dans l'accessibilité aux soins de santé en Haïti.

#### **3.2. La disponibilité des services**

La disponibilité des services est l'élément sur lequel ce programme vise à agir en priorité. Il y a un effort réel d'équiper certains centres en technologies adéquates, mais le chemin à parcourir est énorme et les premières indications ne

laissent pas entrevoir de grands changements à venir. Bien sûr tout un ensemble de structures ont été prévues pour améliorer la qualité des services, mais l'Institut de Médecine Tropicale n'a jusqu'à présent pas encore vu le jour, ni les centres de réparation des matériels médicaux, ou pour les prothèses. Quant aux CDI, il n'en existe pas beaucoup. Le programme n'a jusque là pas été en mesure de créer toute une série de structures prévues pour assurer une disponibilité à la fois qualitative et quantitative des services médicaux. Pour ce qui est de la disponibilité des professionnels médicaux, la pérennité est un enjeu majeur du programme. Le gouvernement n'est pas en mesure de recruter les professionnels qu'il a lui-même fait former à Cuba, et on imagine mal qu'il puisse retenir les autres dans les milieux sous-desservis. Des questions se posent sur l'éventualité de la construction des 30 hôpitaux promis par les gouvernements vénézuélien et brésilien, tenant compte des difficultés actuelles à recruter le peu de professionnels formés. L'impact des médecins cubains sur le système de santé est énorme, ils assurent une disponibilité continue de services de santé de qualité dans des coins très reculés. L'éventuel remplacement de ces derniers par les médecins nouvellement formés n'est pas très sûr tenant compte des possibilités de l'État. L'augmentation du nombre et la présence continue des médecins a grandement amélioré l'utilisation des services dans des endroits où elle était très faible. Le programme a donc dans une certaine mesure réussi à augmenter l'utilisation des services, mais d'autres facteurs limitent le plein potentiel de ce programme.

### **3.3. Le financement**

Le financement du système de santé juxtapose plusieurs modèles de financement. Le modèle privé individuel pour ceux qui ont les moyens de payer pour leurs soins de santé. Cependant ils sont très peu nombreux à pouvoir effectivement se prendre en charge complètement lors d'un épisode de maladie. Le modèle privé collectif ou assurances privées, est de plus en plus répandu mais ceux qui peuvent se le payer ne sont pas légion non plus. Le modèle public d'assurance

emploi, est réservé aux employés de l'État et leurs dépendants. Finalement le modèle fiscalisé centralisé, est réservé à la population dans son ensemble, plus particulièrement les plus démunis. En théorie la couverture est globale, mais la réalité est tout autre. Il existe aussi un grand nombre d'organisations caritatives qui essaient de combler les absences de l'État. Cette juxtaposition de tous ces modèles témoigne d'une absence de leadership du système, et surtout de l'incapacité de l'État de répondre aux attentes en termes de santé publique. Le système de santé haïtien est très centralisé, toutes les décisions sont prises au niveau du ministère, et dans le cas de ce programme les décisions sont prises par la présidence du pays.

Le problème de financement tient surtout du fait qu'il n'y pas de définition du système de santé. À savoir ce qu'il y a comme ressources, comme besoins, ce que le système peut se payer? Le programme d'augmentation de l'accessibilité lui non plus n'a jamais été pensé en fonction de la capacité à payer et les besoins de la population. Ceci créé le problème de viabilité du programme qui présentement vit du financement du gouvernement vénézuélien. Il est vulnérable à tout changement de politique étrangère de ceux qui présentement le finance.

### **3.4. L'acceptabilité**

L'éducation et certains aspects de la culture haïtienne limitent l'utilisation des ressources sanitaires. La médecine traditionnelle occupe une position privilégiée dans le quotidien haïtien, d'une part à cause de facteurs historiques, d'autre part à causes des circonstances économiques particulières du pays. Dans sa configuration actuelle le programme néglige d'intégrer cette composante culturelle qui aurait pu aider cet effort d'accessibilité. Le niveau d'éducation très faible de la population limite également l'utilisation des services. L'acceptabilité doit être un souci pour réussir dans le contexte haïtien, toute intervention dans le domaine de la santé doit tenir compte de ce facteur qui jusqu'à présent n'est pas suffisamment bien compris.

Le programme n'a pas totalement réussi à augmenter l'accessibilité de façon importante, mais la fréquentation des centres de santé a définitivement augmenté. L'utilisation des services de santé est fonction de l'état de santé et les besoins, des caractéristiques démographiques, de la disponibilité du personnel médical, des caractéristiques organisationnelles et des mécanismes de financement. Le programme actuel mise sur la disponibilité des services, mais plus de considération doit être accordées aux autres déterminants de l'utilisation des services de santé.

#### **4. Généralisation des résultats**

Ce programme regroupe tout un ensemble d'interventions destinées à assurer une meilleure disponibilité des soins de santé. Cette analyse se compare aux données de la littérature en ce sens que les résultats ne sont pas aussi encourageants que dans les pays développés. Des décisions administratives douteuses peuvent expliquer certains problèmes, mais les réserves exprimées par certains chercheurs semblent se confirmer. Du travail reste à faire pour découvrir les raisons de ces semi-réussites. Le pouvoir économique et le mode de gestion sont peut-être des avenues à investiguer pour déterminer les vraies causes de ces différences de résultats.

## **Chapitre IX**

### **La conclusion et les recommandations**

Rendre les soins de santé disponibles pour toute la population est un défi qu'aucune mesure prise par l'État n'a jusque là pu relever. Pour cause, l'accessibilité complète fuit tous les pays du monde, mais la situation est encore plus grave en Haïti où l'État vie en grande partie de l'aide étrangère. Ce travail a prouvé que l'accessibilité est un concept complexe, dont l'amélioration requiert des actions sur tout un ensemble d'éléments. Le programme à l'étude, présente la particularité de garantir une présence effective de personnel médical dans un bon nombre de régions du pays, et de garantir une meilleure qualité des soins de santé. La population en général semble assez satisfaite de l'apport de ces professionnels étrangers. Les rapports annuels du Ministère de la santé publique et de la population montrent une constante augmentation du nombre de patients vus dans les institutions publiques. Mais le programme présente tout un ensemble d'éléments qui font douter non pas de son opportunité, mais de son impact à long terme. En suivant son cours actuel il ne fait aucun doute que les résultats bien que positifs ne seront jamais optimaux. Le problème d'accessibilité est réel, mais les causes, tous comme les moyens de l'état sont mal évalués. L'action du gouvernement adresse un problème majeur dont la résolution nécessite des moyens dont il ne dispose pas. Les causes des problèmes de rétention de personnel sont mal comprises, et ne peuvent être entièrement adressées. Le programme actuel est cohérent dans son approche, mais ne s'adapte pas aux conditions spécifiques du milieu haïtien.

Le développement harmonieux de cette intervention exigerait une planification qui tienne compte des besoins ainsi que des moyens disponibles. L'analyse stratégique a montré que le problème de l'accessibilité est complexe, et que sa résolution passerait par toute une série d'interventions dont l'ampleur va au-delà des prérogatives d'un ministère de la santé. Une intervention de cette envergure doit s'adapter au milieu et non le contraire. L'intervention doit intégrer toute une série d'éléments qui devraient lui permettre de s'adapter à la fois aux besoins du milieu, et aux moyens de l'État.

1. La planification stratégique: Elle suppose un inventaire détaillé des besoins des communautés et des ressources disponibles pour améliorer le système de santé. Le programme pourra adresser l'adéquation entre les ressources et les besoins. Il devrait aussi se pencher sur les questions de stratégies de financement du programme.
2. Le réajustement des priorités du programme pour mettre l'emphase sur l'aspect managérial du système, pour faciliter des prises de décisions qui tiennent compte des réalités du système de santé, une gestion efficace et un meilleur contrôle du système. L'allègement de la structure décisionnelle, la décentralisation du système sont des mesures qui peuvent aider à améliorer la situation.
3. Le recrutement et la rétention des professionnels de santé dans les régions reculées doivent faire partie d'un plan structuré de ressources humaines, dans lequel la satisfaction des médecins en milieu rural doit être la pierre angulaire. La formation de 100, ou de 10000 médecins produira le même effet, la migration vers la région métropolitaine, et préférentiellement vers les pays développés. Ce qui se produit déjà avec le programme actuel.
4. La création de nouveaux corps de métier mieux adaptés à la situation haïtienne, qui puissent travailler dans des milieux où les structures ne nécessitent pas la présence d'un personnel trop qualifié. Cette initiative viserait à pourvoir toutes les communautés en personnel adapté. Elle allègerait le fardeau financier du ministère, les salaires de ces derniers étant bien inférieurs à ceux des professionnels habituels.
5. L'intégration des professionnels haïtiens doit être un souci du programme, étant donné qu'ils vont assurer la continuité après le départ des cubains.
6. La recherche doit être une priorité du gouvernement pour trouver des méthodes qui conviennent le mieux à la situation haïtienne.

7. Une meilleure organisation des services: Il existe plusieurs dizaines d'ONG œuvrant dans le système de santé haïtien. Avec le séisme du 12 janvier 2010 le nombre a augmenté de manière exponentielle. Pour les participants, chaque ONG est un petit ministère de la santé et décide du domaine et de l'endroit où, quand et comment elle intervient. On souhaite voir les ONG intégrer les programmes gouvernementaux et finalement contribuer à une réelle amélioration de la situation sanitaire. Les montants investis par ces derniers contribueraient à l'atteinte d'objectifs concertés, au lieu de dupliquer ce qui se fait déjà. L'État doit se comporter en chef d'orchestre et orienter le système de santé. Toutes les autres entités du système se doivent de suivre les directives, et non décider de ce qui se fait dans le système.
  
8. Certains préconisent une étude sociologique en vue de déterminer la meilleure façon d'organiser les soins pour que la population l'accepte. L'éducation pour d'autre devrait arriver à bout de certains tabous. Cela devrait aider aussi à l'intégration de la médecine traditionnelle dans l'assiette de services proposés. La population se sentirait plus en confiance.

Nous croyons fermement que ces mesures prises avec justesse, devraient permettre à l'État Haïtien non seulement une rationalisation de ses dépenses en santé, mais aussi d'assurer une couverture sanitaire réellement nationale. Les données de l'Organisation Mondiale de la Santé (92) estiment à trois médecins pour dix mille habitants le nombre de médecins par habitant en Haïti. Le défi du gouvernement n'est pas d'augmenter ce nombre, vu que les données disponibles ne semblent lui trouver aucun rôle positif ou négatif dans l'état de santé de la population. Il sera plutôt d'accommoder les besoins avec les maigres ressources et d'organiser le système de manière à le rendre plus équitable.

## **Bibliographie**

- 1- Political Database of the Americas. La constitution de la république d'Haïti. <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Haiti/haiti1987fr.html>, consulté le 2 novembre 2009.
- 2- Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services EMMUS II Haïti 1994/95. Décembre 1995.
- 3- Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services EMMUS EMMUS III Haïti 2000. Juin 2001.
- 4- Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services EMMUS EMMUS III Haïti 2005-2006. Janvier 2007.
- 5- Jeune Afrique. <http://www.jeuneafrique.com/Article/DEPXXIJ20090216T041336/-crise-financiere-Ahmed-Aboul-Gheit-L-impact-indirect-de-la-crise-financiere-mondiale-emerge.html>, consulté le 15 novembre 2009.
- 6- MEDICC, Medical Education Cooperation with Cuba. Latin American Medical School, ELAM. <http://www.medicc.org/ns/index.php?s=10&p=0>, consulté le 4 novembre 2009.
- 7- Marmot Michael. Health in an unequal world, The Harverian Oration. The Lancet. 2006; Vol. 368.
- 8- Organisation Mondiale de la Santé OMS. Commission des déterminants sociaux de la santé, «Comblé le fossé en une génération. [http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/final_report/en/index.html)), consulté le 4 novembre 2009.
- 9- Margot W. Parkes, Jerry Spiegel, Jaime Breilh, Fabio Cabarcas, Robert Huish & Annalee Yassi. Promoting the health of marginalized population in Equador through

international collaboration and education innovations. *Bulletin of the World Health Organization*. 2009; 87: 312-319.

- 10- Robert Huish. Going where no doctor has gone before: The role of Cuba's Latin American School of Medicine in meeting the needs of some of the world's most vulnerable populations. *Journal of the Royal Institute of Public Health*. 2008, 122: 552-557.
- 11- Robert Huish and John M. Kirk. Cuban Medical Internationalism and the Development of the Latin American School of Medicine. *Latin American Perspectives*. 2007, 157/34: 72-92.
- 12- Organisation Mondiale de la Santé OMS. Travailler ensemble pour la santé. [http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_fr.pdf), consulté le 2 novembre 2009.
- 13- Astrid Brousselle, François Champagne, André-Pierre Contandriopoulos et Zulmira Hartz. L'évaluation: concepts et méthodes. Édition les presses de l'Université de Montréal, 2009.
- 14- Till Bärnighausen and David E. Bloom. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC Health Services Research* 2009, 9: 86.
- 15- Katina Butterworth, Bruce Hayes and Bhudsan Neupane. Retention of general practitioners in rural Nepal: A qualitative study. *Aust. Journal of Rural Health*. 2008; 16: 201-206.
- 16- Masatoshi Matsumoto, Kazuo Inoue. A Contract-Based Training System for Rural Physicians: Follow-Up of Jichi Medical University Graduates (1978-2006), Education for Rural Practice. *The Journal of Rural Health*. 2008; Vol. 24, No 4.

- 17- Ioannis M. Vlastos, Antonios G. Mpatistakis and Kalliopi K. Gkouskou. Health needs in rural areas and the efficacy and cost-effectiveness of doctors and nurses. *Aust. Journal of Rural Health*. 2005; 13: 359-363.
- 18- Deborah Meyer, Jane Hamel-Lambert, Carolyn Tice, Steven Safran, Douglas Bolon and Kathleen Rose-Grippa. Recruiting and Retaining Mental Health Professionals to Rural Communities: An Interdisciplinary Course in Appalachia. *The Journal of rural health*. 2005; vol. 21, No. 1.
- 19- Thomas C. Ricketts. Workforce Issues in Rural Areas: A Focus on Policy Equity. *American Journal of Public Health*. 2005; vol 95, No 1.
- 20- Kevin O'Toole, Adrian Schoo, Karen Stagnitti, Kate Cuss. Rethinking policies for the retention of allied health professionals in rural areas: A social relations approach. *Science Direct Health Policy*. 2008; 87: 326-332.
- 21- Uta Lehmann, Marjolein Dieleman and Tim Martineau. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attraction and retention. *BMC Health Services Research*. 2008; 8:19.
- 22- Igumbor E.U, Kwizera E.N. The positive impact of rural medical schools on rural intern choices. *Rural and Remote Health*. 2005; 5: 417.
- 23- C. Veitch, A. Underhill, R.B. Hays. The career aspirations and location intentions of James Cooks University's first cohort of medical students: a longitudinal study at course entry and graduation. *Rural and Remote Health*. 2006; 6: 537.
- 24- L. M. Dalton, G. K. Routley, K. J. Peek. Rural placements in Tasmania: do experiential placements and background influence undergraduate health science student's attitudes toward rural practice? *Rural and Remote Health*. 2008; 8: 962.

- 25-Diann Eley and Peter Baker. The Value of a Rural Medicine Rotation on Encouraging Students toward a Rural Career: Clear Benefits from the RUSC Program. *Teaching and Learning in Medicine*. 2009; 21 (3), 220-224.
- 26-P. Elison-Bowers, Chareen Snelson, Mario Casade Calvo, Heather Thompson. Health Science Student and their Learning Environment: A comparison of Perceptions of On-site, Remote-site, and Traditional Classroom Students. *Perspective in Health Information Management*. 2008; 5: 2.
- 27-Kaye et al. Perceptions of newly admitted undergraduate medical students on experimental training on community placements and working in rural areas of Uganda. *BMC Medical Education*. 2010; 10:47.
- 28-P. Orpin, M. Gabriel. Recruiting undergraduates to rural practice: what the students can tell us. *Rural and Remote Health*. 2005; 5: 412.
- 29-J.A. Jones, J.S. Humphreys, M.A. Adena. Doctors' perspectives on the viability of rural practice. *Rural and Remote Health*. 2004; 4:305.
- 30- Anna Mc Donnel and Michael P. Lowe. Efficient of clinical training at the Northern Territory Clinical School: placement length and rate of return for internship. *MJA* 2008; 189: 166-168.
- 31-Marie A. Johanson. Sex Differences in Career Expectations of Physical Therapist Students. *Physical Therapy Journal*. 2007; 87: 9.
- 32-Nichols A., Worly P.S., Toms L.M., Johnston-Smith P.R. Change of Place, Change of Pace, Change of Status: Rural Community Training for Junior Doctors, Does it Influence Choices of Training and Creer? *Rural and Remote Health*. 2004; 4: 259.

- 33- C.D. White, K. Willett, C. Mitchell, S. Constantine. Making a difference: education and training retains and supports rural and remote doctors in Queensland. *Rural and Remote Health*. 2007; 7: 700.
- 34- Helmuth Reuter, Ian Couper. Influences on the choice of health professionals to practice in rural areas. *SAMJ*. 2007; 97: 11.
- 35- A.M. Schoo, K.E. Stagnitti, C. Mercer, J. Dunbar. A conceptual model for recruitment and retention: Allied health workforce enhancement in Western Victoria, Australia. *Rural and Remote Health*. 2005; 5: 477.
- 36- Alstair W. Vickery and Richard Tarala. Barriers to prevocational placement programs in rural general practice. *MJA*. 2003; 179: 7.
- 37- J.C. Kuling, B. Minore, N.J. Stewart. Capacity building in rural health research: a Canadian perspective. *Rural and Rural*. 2004; 4: 274.
- 38- P.S. Worley, P. Kitto. Hypothetical model of the financial impact of student attachments on rural general practices. *Rural and Remote Health*. 2001; 1: 83.
- 39- M.D. Shephard et al. Evaluation of a training program for device operator in the Australian government's point of care testing in general practice trial: issues and implications for rural and remote practices. *Rural and Remote Health*. 2009; 9: 1189.
- 40- Margaret E. Kruk et al. Rural practice preferences among medical students in Ghana: a discrete choice experiment. *Bulletin World Health Organization*. 2010; 88: 333-341.
- 41- M.C. Wadman, L.H. Hoffman, T. Erickson, T.P. Tran, R.L. Muelleman. The impact of a rural emergency department rotation on applicant ranking of a US emergency medicine residency program. *Rural and Remote Health*. 2007; 7: 686.

- 42- Pieter Semeels et al. Who wants to work in a rural health post? The role of intrinsic motivation, rural background and faith-based institutions in Ethiopia and Rwanda. *Bull. World Health Organization*. 2010; 88: 342-349.
- 43- Elie A. Akl et al. Post-graduation intentions of students of Lebanese medical schools: a survey study. *BMC Public Health*. 2008; 8: 191.
- 44- James J Brokaw et al. The influence of regional basic science campuses on medical students' choice of specialty and practice location: a historical cohort study. *BMC Medical Education*. 2009; 9:29.
- 45- Organisation Mondiale de la santé OMS. La fidélisation des personnels de santé dans les zones difficiles au Sénégal. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242599046\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242599046_fre.pdf), consulté le 10 novembre 2009.
- 46- Lexilogos. Dictionnaire de langue française. <http://www.lexilogos.com/index.htm>, consulté le 17 Juin 2010.
- 47- Jeannie L. Haggerty, Raynald Pineault, Marie-Dominique Beaulieu, Yvon Brunelle, Josée Gauthier, François Goulet, Jea Rodrigue. Practice Features Associated Accessibility, Continuity, and Coordination of Primary Health Care. *Annals of Medicine*. 2008; 6: 2.
- 48- Pope C. and Mays N. Qualitative research: Reaching parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *British Medical Journal*. 1995; 311: 42-45.
- 49- Guba E.G., Lincoln Y.S. Competing Paradigms in Qualitative Research, in Handbook of Qualitative Research. Editors Denzin N.K. and Lincoln Y.S., Sage Publications, 1994: 105-117.

- 50- Bruce L. Berg. *Qualitative Research Methods for Social Sciences*. 7eme Édition 2008.
- 51- Weiss Carol. «Understanding the program» in Evaluation. Chap3. New Jersey, Prentice Hall, 2<sup>nd</sup> Ed, p. 46-70.
- 52- Mc Laughlin J.A., Jordan G.B. «Using Logic Models» in Wholey, J.S. & al. /Ed. / Handbook of Practical Program Evaluation. San Francisco: Jossey Bass, (Chap. 1, p. 7-32).
- 53- Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). *Plan Stratégique National pour la réforme de la santé*. Août 2005.
- 54- Dr Junot Félix. *Notes de recherche personnelles*.
- 55- Jamsheer J. Talati, and Gregory Pappas. *Migration, Medical Education, and Health care: A View from Pakistan*. *Academic medicine*. 2006; 81: 12.
- 56- Emmanuelle Daviaud & Mickey Chopra. *How much is not enough? Human resources requirements for primary health care: a case study from South Africa*. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008; 86: 46-51.
- 57- Shigeru Omi. *The exodus of health workers from the Western Pacific Region is endangering public-health systems*. This is the text of an op-ed article that appeared on 7 April in selected newspapers in the Western Pacific Region.
- 58- Christensen, C. M., Boohmer, R., Kenagy, J. *Will disruptive innovations cure health care?* *Havard Business Review*. 2000; 103-111.
- 59- Hulka BS, Wheat JR. *Patterns of utilization: the patient perspective*. *Medical Care*. 1985; 23: 438-460.

- 60- Pineault R, Daveluy C. Les indicateurs d'utilisation des services de santé, dans «La planification de la santé». Montréal: Agence d'ARC. 1986. p. 191-204.
- 61- Nicolas Ray and Steeve Ebner. AccesMod 3.0: Computing geographic coverage and accessibility to health care services using anisotropic movement of patients. *International Journal of Health Geographic*. 2008,; 7:63.
- 62- Ronald Max Andersen. National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. *Annals of HSR, Medical Care*. 2008; 46: 7.
- 63- Wolinsky, FD. Seeking and using health services, in the sociology of health: principles, practitioners and issues. Belmont, California: Wadsworth Publishing Co. 1988, p 117-144.
- 64- Russel John Brunteo. Health perception and medical utilization of people using small city homeless shelters. ETD Collection for Purdue University. 1997.
- 65- J. Michael McWilliams. Health Consequences of Uninsurance among Adults in the United States: Recent Evidence and Implication. *The Milbank Quarterly*. 2009; 87: 2,(pp. 443-494).
- 66- Frank Tanser, Brice Gijsbertsen, Kobus Herbst. Modelling and understanding primary health care accessibility and utilization in rural South Africa: An exploration using a geographical information system. *Social Science & Medicine*. 2006; 63, 691-705.
- 67- Frank Tanser. Methodology for optimizing location of new primary health care facilities in rural communities: a case study in KwaZulu-Natal, South Africa. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006; 60; 846-850.

- 68- Hsiu-Fen Tan, Hung-Fu Tseng, Chen-Kang Chang, Wender Lin and Shih-Huai Hsiao. Accessibility Assessment of the Health Care Improvement Program in Rural Taiwan. *Journal of Rural Health*. 2005; 21: 4.
- 69- Gary Higgs. The role of GIS for health utilization studies: literature review, *Health Serv Outcomes. Res method*. 2009; 9:84-99.
- 70- Steeve Ebner, Zine El Morjani, Michael Black, Emanuele Alexakis, Antonio Martin Diaz, Alain Vanasse, Abbas Hemiari. Measurement of Accessibility to Health Care, Part II: GIS development. WHO.
- 71- Michael Black, Steeve Ebner, Patricia Najera Aguilar, Manuel Vidaurre & Zine El Morjani. Using GIS to Measure Physical Accessibility to Health care. WHO.
- 72- Craig Evan Pollack, Katrina Armstrong. The Geographic Accessibility of Retail Clinics for Underserved Populations. *Arch Intern Med*. 2009; 169 (10): 945-949.
- 73- Mark D. Smith, Margaret A. Laws. The Geographic Accessibility of Retail Clinics for Underserved Population, Invited Commentary. *Arch Intern Med*. 2009; 169: 10.
- 74- Contandriopoulos A.-P., Analyser et comprendre le système de santé. Modalités de financement des systèmes de santé. Notes de cours, Université de Montréal, (2008).
- 75- Ruth Bell, Taathi Ithindi & Anne low. Improving equity in the provision of primary health care: lessons from decentralized planning and management in Namibia. *Bulletin of the World Health Organization*. 2002; 80:675-681.
- 76- Thomas J. Bossert, Osvaldo Larranaga, Ursula Giedion, José Jesus Arbelaez & Diana M. Bowser. Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile. *Bulletin of the World Health Organization*. 2003; 81: 95-100.

- 77- Andrew Green, A. Naeem & D. Ross. Ressource allocation and budgetary mechanisms for decentralized health systems: experiences from Balochistan, Pakistan. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000, 78 (8).
- 78- Susan M. Cleary and DI McIntyre. Affordability- the forgotten criterion in health-care priority setting. *Health Economics*. 2009; 18: 373-375
- 79- Joseph Kutzin. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*. 2001; 56: 171-204.
- 80- Catriona Waddington. Does earmarked donor funding make it more or less likely that developing countries will allocate their resources towards programs that yield the greatest health benefits? *Bulletin of the World Health Organization*. 2004; 82: 703-708.
- 81- Rob Yates. Universal health care and the removal of user fees. *Lancet*. 2009; 2078-81.
- 82- Charlotte Kristiansson, Edouardo Gotuzzo, Hugo Rodriguez, Alessandro Bartoloni, Marianne Strohmeier, Göran Tomson and Per Hartying. Acces to health care in relation to socioeconomic status in the Amazonian area of Peru. *International Journal for Equity in Health*. 2009; 8:11.
- 83- Diane McIntyre, Michael Thide, Göran Dahlgren, Margaret Whitehead. What are the economic consequences for households of illness and paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science & medicine*. 2006; 62: 858-865.
- 84- Mylene Lagarde & Natasha Palmer. The impact of user fees on health service utilization in low- and middle-income countries: how strong is the evidence? *Bulletin of the World Health Organization*. 2008; 86:839-848.

- 85- Over M., Ellis R.P. Huber J.H., Solon O. The Consequences of Adult Ill-Health, (Chap 4) in *The Health of Adults in the Developing World*, RGA Feachem, T. Kjellstrom, CJL Murray, M. Over, M.A. Phillips Eds. Oxford University Press. 1992; p. 161-207.
- 86- Nirmala Ravishankar, Paul Gubbins, Rebecca J. Cooley, Katherine Leach-Kemon, Catherine M. Michaud, Dean T. Jamison, Christopher J. L. Murray. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990-2007. *Lancet*. 2009; 373: 2113-24.
- 87- Jarno Habicht, Anton E. Kunst. Social inequalities in health care services utilisation after eight years of health care reforms: a cross-sectional study of Estonia 1999. *Social Science & Medicine*. 2005; 60: 777-787.
- 88- Ministère de la Santé Publique et de la Population MSPP. Rapport annuel 2004.
- 89- Ministère de la Santé Publique et de la Population MSPP. Rapport annuel 2005.
- 90- Ministère de la Santé Publique et de la Population MSPP. Rapport annuel 2004.
- 91- Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique. Grandes Leçons Sociodémographiques Tirées du 4<sup>e</sup> Recensement Général de la Population Haïtienne. 2009.
- 92- Niska R.W., Sloand E. Ambulatory medical care in rural Haiti. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2010; 21 (1) (pp 70-80).

## **Les Annexes**

## **Lettre de demande d'autorisation des responsables Haïtiens**

Ministère de la santé publique (MSPP)

Palais des ministères

Port-au-Prince, Haïti

À l'intention de:

### **Subject: Autorisation de consulter des documents**

M. /Mme,

Dans le cadre de mon travail de mémoire sur l'augmentation de l'accessibilité aux soins de santé en Haïti, je sollicite de votre part l'autorisation de consulter les documents relatif à mon sujet.

Je suis actuellement inscrit au programme de maîtrise en Administration de la santé, et mon travail porte sur les efforts du gouvernement en matière d'accessibilité grâce à une plus grande disponibilité des professionnels de santé. Grâce à l'apport de mon directeur de mémoire François Champagne, Ph.D (Professeur à Département d'Administration de la santé de la faculté de médecine de l'Université de Montréal et membre du GRIS); on espère évaluer l'évolution de la situation.

En espérant que ma requête trouvera une réponse positive de votre part, je vous prie d'accepter M. /Mme l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Mes remerciements anticipés

Stanley JUIN

Étudiant à la maîtrise en administration de la santé

Option, Analyse et Évaluation de programme de santé

**Lettre d'invitation aux participants**

M. /Mme,

Dans le cadre de mon mémoire de maîtrise, j'entreprends une étude sur l'évaluation de l'accessibilité aux soins de santé en Haïti et sollicite votre participation en tant qu'acteur du système de santé haïtien.

Ce projet de recherche est sous la direction de M. François Champagne, Ph.D., professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (département d'administration de la santé) et membre du G.R.I.S. (Groupe de Recherche en Intervention de Santé).

À travers ce travail, nous souhaitons évaluer les divers problèmes de santé auxquels fait face la population haïtienne. Ces problèmes seront ensuite classés par ordre d'importance relativement à la capacité de l'État haïtien à y remédier. Un arbre causal sera construit pour le problème choisi par le programme. Les causes ainsi répertoriées seront également classées en fonction de leur importance et de la capacité de l'état à y remédier. Cet exercice doit nous permettre de découvrir les problèmes les plus pertinents auxquels fait face le système de santé Haïtien. Votre contribution sera également sollicitée pour trouver des pistes de solution au problème sélectionné. Le projet vise à donner des pistes de solution pour pallier au problème d'accessibilité ou améliorer le programme déjà mis en œuvre par les autorités haïtiennes.

En espérant que ma requête trouvera une réponse positive de votre part, je vous prie d'accepter M. /Mme l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Mes remerciements anticipés

Stanley JUIN

Étudiant à la maîtrise en administration de la santé

Option, Analyse et Évaluation de programme de santé

## **GRILLE D'ENTREVUE**

### **Préambule**

Bonjour Monsieur, Madame. Je me nomme Stanley JUIN, Je suis étudiant en Administration de la Santé à l'Université de Montréal, et je mène une étude sur l'accessibilité des soins de santé en Haïti. Cette activité vise à collecter des informations afin de mieux comprendre les différents problèmes auxquels fait face la communauté haïtienne. Si cela ne vous dérange pas, l'entretien se déroulera en trois segments : le 1<sup>er</sup> pour faire un décompte le plus exhaustif possible des problèmes auxquels font face la communauté, évaluer ceux qui sont les plus facilement solvables et dont la résolution aurait le maximum d'impact. 2<sup>e</sup> nous construiront l'arbre causal du problème identifié par le programme. 3<sup>e</sup> À partir de là nous étudierons tout ce qui pourrait être fait pour résoudre ce problème.

Cet exercice est fait dans le but d'évaluer la pertinence du programme mis en œuvre par l'État haïtien, et de faire des recommandations qui tiennent comptes des réalités du milieu. Un certain nombre de personnes comme vous, imbus de la question participeront à cette recherche.

A ce propos, les réponses que vous fournirez me seront très utiles. Votre nom ne sera pas mentionné. J'aimerais aussi avoir votre autorisation d'enregistrer l'entretien. Seul le chercheur (moi) aura accès à ces informations. Tous les documents papiers et enregistrements seront conservés pour les besoins de l'analyse et détruit sitôt qu'ils ne seront plus utiles.

Accepter-vous de faire l'entrevue ?            Oui            Non

Puis-je enregistrer la conversation ?            Oui            Non

Numéro : |\_\_|\_\_|

Date : |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Heure début : |\_\_|\_\_| h |\_\_|\_\_| mn

Heure fin : |\_\_|\_\_| h |\_\_|\_\_| mn

Nom de l'enquêteur : .....

**Identification du répondant**

1 Age:

2 Sexe:

3 Département à l'UdeM:

4 Adresse:

**Segment 1 : Recension des problèmes du secteur de la santé.**

1- Liste exhaustive des problèmes:

2- Analyse comparative de ces divers problèmes en fonction de leur importance et de la capacité de l'état à y remédier.

### **Session 2 : Modèle causal des difficultés de rétention du personnel.**

Définition du problème ?

Causes du problème?

Analyse comparative de ces divers causes en fonction de leur importance et de la capacité de l'état à y remédier.

### **Session 3 : Solutions possibles à ce problème.**

**(pistes à explorer)**

- Accessibilité géographique
- Disponibilité des services

- Financement du système
- Facteurs facilitant l'utilisation
- Facteurs prédisposant à l'utilisation
- Caractéristiques de la population influençant l'utilisation

### **Propositions de solutions**