

**Rapport d'Evaluation du Projet « Partenariat pour le  
Développement des Départements Sanitaires »**

**Laurent Eustache  
Futurist Group  
Consultant  
Juillet 2013**

- **Cette évaluation a été commanditée par la Représentation de UNICEF à Port-au-Prince – Haïti.**
- **Elle a été exécutée par la Firme « Futurist Group » (79, avenue Martin Luther King – Port-au-Prince Haïti) entre mai et juillet 2013.**

## Tables des Matières

<b>1-</b>	Résumé Exécutif .....	04
<b>2-</b>	Introduction .....	06
	• Méthodologie .....	06
	• Présentation du Projet .....	07-16
	• Limites du Document de Projet .....	16
<b>3-</b>	Analyse de la pertinence du Projet.....	16-20
<b>4-</b>	Modalités institutionnelles d'élaboration et de mise en œuvre du Projet.....	21-22
<b>5-</b>	Effets du Projet sur les pratiques de gestion du MSPP .....	22-23
<b>6-</b>	Mise en œuvre du Projet dans le Département de la Grand'Anse.....	
	• Conditions institutionnelles de mise en œuvre.....	24
	• Perception des cadres et des partenaires.....	24
	• Opinions des partenaires par rapport au Projet.....	24
	• Participation des entités du Département Sanitaire .....	25
	• Efficience du Projet .....	26-27
	• Impact du Projet .....	28-29
	• Documents reçus et analyses .....	29
	• Conclusion .....	29
<b>7-</b>	Mise en œuvre du Projet dans le Département du Sud .....	
	- Conditions institutionnelles de mise en œuvre .....	30
	- Perception des cadres et des partenaires .....	30
	- Participation des entités du Département Sanitaire .....	30
	- Efficience du Projet .....	31-32
	- Impact du Projet .....	32-33
	- Documents reçus et analyses .....	33
	- Conclusion .....	34
<b>8-</b>	Mise en œuvre dans le Département du Nord-Ouest .....	
	- Conditions institutionnelles de mise en œuvre .....	35
	- Perception des cadres et des partenaires .....	35
	- Opinions des partenaires par rapport au projet.....	35
	- Participation des entités du Département Sanitaire .....	35
	- Efficience du Projet .....	35-37
	- Impact du Projet .....	38
	- Document reçus et analyses .....	39
	- Conclusion .....	39
<b>9-</b>	Capacités potentielles de gestion des trois Directions Départementales.....	40
<b>10-</b>	Conclusions générales.....	40
<b>11-</b>	Leçons apprises .....	41
<b>12-</b>	Recommandations .....	41

### Annexes :

- Liste de personnalités rencontrées .....
- Plan d'Analyse .....

### Liste des Abréviations

AEDES	: Agence Européenne pour le Développement et la Santé
CSL	: Centre de Santé sans lit
DSGA	: Direction Sanitaire Grand'Anse
DSS	: Direction Sanitaire Sud
DSNO	: Direction Sanitaire Nord-Ouest
DIR. SAN. DEP.	: Direction Sanitaire Départementale
SIS	: Système d'Informations Sanitaires
DEP. SAN.	: Département Sanitaire
HHF	: Haitian Health Foundation
MSP	: Ministère de la Santé Publique et de la Population
PDNA	: Post Disaster Needs Assessment
PADESS	: Projet d'Appui au Développement du Système de Santé
PBF	: Performance Base Financement
PMS	: Paquet Minimum de Services
SONUB	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	: Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SDSH	: Santé pour le Développement et la Stabilité d'Haïti
DSD	: Directions Sanitaires Départementales
UADS	: Unité d'Appui à la décentralisation Sanitaire
UPE	: Unité de Planification et d'Evaluation
UNICEF	: United Nations Children's FUND

## **Résumé Exécutif**

Suite au Séisme du 12 janvier 2010, le Gouvernement Haïtien a préparé en collaboration avec la Communauté Internationale, dont UNICEF, une évaluation des besoins en vue de la préparation d'un Plan de Reconstruction Nationale. Pour le Secteur santé, cette Évaluation a conduit à l'élaboration d'un Plan Intérimaire de 18 mois, inscrit dans un plan de développement de cinq (5) ans. Le Projet « Partenariat pour le Développement Sanitaire soutenu par UNICEF a été une réponse de cette organisation aux efforts de reconstruction et réaligement du Secteur Santé. Ce Projet qui devrait durer trois (3) ans avait :

### **- Pour objectif général :**

- Améliorer la qualité des soins et l'accès aux soins dans une optique de soins de santé primaires, centrés sur le patient

### **- Pour objectifs spécifiques :**

- Renforcer les capacités des Directions Sanitaires Départementales en vue de la mise en œuvre des orientations nationales
- Mobiliser les Acteurs autour d'approches de prestation et de financement en réponse aux besoins et attentes de la population
- Contribuer au niveau central à une prise de décisions stratégiques et politiques basées sur la réalité de terrain.

Le Projet a pris fin deux (2) ans après son initiation. Il a été développé dans les Départements Sanitaires de : La Grand'Anse, le Sud, le Nord Ouest. L'évaluation commandité par UNICEF avait pour objectif de faire le point sur le niveau d'atteinte des résultats prévus pour les phases 0,1 et 2 sur l'amélioration de l'accès à des soins de qualité dans les Départements supportés, de dégager les goulots d'étranglement dans la mise en œuvre du Projet et de proposer des stratégies appropriées pour la poursuite ou non de la troisième année.

### **- Sur le plan méthodologique, l'évaluation a comporté trois (3) phases :**

- Une phase de préparation technique et logistique
- Une phase de réalisation de la consultation (phase de terrain – interviews – visites d'institutions)
- Une phase de reportage

Elle a de façon globale tourné autour de l'analyse de la pertinence du Projet, de l'efficience du Projet, de l'impact durable du Projet dans les départements visés. Voici en condensé les constats révélés par l'évaluation.

### **- Sur le plan de la pertinence :**

- Il n'y a pas une cohérence parfaite entre les problèmes identifiés et les réponses apportées.

Evaluation du Projet Partenariat pour le Développement des Départements Sanitaires – Rapport juillet 2013

- Il n'y a pas une cohérence parfaite entre l'objectif général, les objectifs spécifiques, et les résultats attendus.
- Certains résultats retenus dans le cadre du renforcement des Directions départements sanitaires vont au delà des attributions légales de ces dernières.
- Le projet n'avait pas suffisamment de ressources pour atteindre certains résultats en absence d'un consensus avec les autres partenaires sur un mode intégré de financement des initiatives de santé en cours.
- Le projet a voulu renforcer l'organisation et le fonctionnement des Dép. San. pour lesquels aucune référence légale n'a été jusqu'à date officiellement définie.

**- Sur le plan des modalités institutionnelles de planification et de mise en œuvre du projet :**

- Très peu d'entités centrales du MSPP ont été impliquées dans la planification et la mise en œuvre du projet.
- Aucun document n'a identifié formellement les rôles et responsabilités, les mécanismes opérationnels de coordination avec les structures du MSPP, les partenaires en santé. Le Comité de Pilotage prévu n'a pas été mis en place.
- Au niveau des Directions Sanitaires Départementales la mise en œuvre du projet a été perturbée par les changements de Directeurs Départementaux et les sollicitations fréquentes et inopportunes des cadres départementaux par les structures centrales.
- Le projet a été très fortement influence par l'apport positif personnel des Assistants Techniques Départementaux.

**Sur le plan des résultats durables :**

- Les compétences et capacités en matière, de planification sanitaire, des Directions Sanitaires Départementales ont été renforcées.
- Les compétences et capacités en matière de supervision intégrée ont été renforcées.
- Les cadres départementaux ont été initiés au style de travail en équipe et à la réflexion stratégique.

**- Sur le plan des opportunités manquées :**

- Le projet n'a pas atterri au niveau des institutions de prestation de soins.
- Le projet n'a pas été approprié par les Autorités Centrales du MSPP; ce qui laisse des doutes sur l'institutionnalisation et la répliation des acquis.

**- Sur le plan de l'appréciation du projet par les concernés :**

- Les cadres des Directions Départementales et d'autres partenaires ont reconnu l'utilité du projet et souhaitent sa reconduction avec des objectifs et résultats attendus plus réalistes.

## **Introduction :**

Suite au tremblement de terre du 12 janvier 2010 et de ses effets sur le fonctionnement du système de santé en général, la gouvernance de ce système en particulier, l'UNICEF, dans le cadre de ses interventions d'urgence a pris l'initiative d'un « Projet de Partenariat pour le développement des Départements Sanitaires d'Haïti. Ce Projet qui devait durer trois (3) ans (2011-2013) est géré par AEDES (Agence Européenne pour le Développement et la Santé. En date du 13 septembre 2012, la représentation de l'UNICEF adressait une correspondance à AEDES avec pour objet la résiliation du contrat qui la liait à cette Agence. Suivant les termes de cette correspondance :

- Le Projet devait prendre fin à la fin de décembre 2012, après deux (2) années consécutives
- Une évaluation a été programmée suite à cette fermeture, sur la période d'activités du Projet

Le Projet durant ces deux (2) années d'existence avait ciblé les Départements Sanitaires du Sud, de la Grande Anse, du Nord-Ouest.

L'appel d'offre lancé par UNICEF pour la réalisation de cette évaluation a été gagné par la Firme Futurist Group.

## **Méthodologie pour la Consultation :**

### **Elle comprend 3 Phases :**

- La Phase de préparation technique et logistique de la consultation.
- La Phase de réalisation de la consultation.
- La Phase de reportage.

La préparation de la consultation a consisté en la recherche de documents, la préparation et la présentation à UNICEF d'un plan d'analyse et de questionnaires d'interviews. Le Plan d'Analyse considère les domaines suivants :

- Les modalités institutionnelles de l'élaboration et de la mise en œuvre du Projet.
- La pertinence du Projet.
- L'efficacité du Projet (progrès enregistrés sur le plan programmatique par chacune des Directions Départementales impliquées dans la mise en œuvre du Projet par rapport aux objectifs, résultats et livrables attendus.
- L'impact du Projet sur le fonctionnement des Directions Départementales visées (capacité potentielle des DSD à s'acquitter avec efficacité et efficacité de leur mission.
- L'impact du Projet sur la performance des institutions de prestation de soins.

Evaluation du Projet Partenariat pour le Développement des Départements Sanitaires – Rapport juillet 2013

- Les facteurs de pérennité des acquis du Projet.

Les structures et personnalités suivantes ont été ciblées par les interviews: L'unité de planification et d'évaluation du MSP (UPE) – l'Unité d'appui aux départements sanitaires (UADS) – L'assistant technique principal du Projet – les Directeurs des Départements concernés et leur staff – les assistants techniques départementaux – Les partenaires en Santé des départements – Les Institutions de Santé touchées par le Projet.

La Phase de réalisation de la consultation consiste en analyse de documents, la réalisation des interviews programmées à Port-au-Prince et dans les directions départementales concernées, la visite des institutions de Santé touchées par le Projet.

### **Présentation du Projet :**

Suite au Séisme du 12 janvier 2010, le Gouvernement Haïtien a réalisé en collaboration avec la communauté internationale une évaluation post désastre en vue de préparer un Plan National de Reconstruction. Dans le Secteur Santé, ce Plan a été décliné en un plan intérimaire de 18 mois (avril 2010 – septembre 2011) qui s'inscrit dans le plan de développement de cinq (5) ans. Un pilier important de ce plan est la construction de la disponibilité de services de santé de qualité dans un contexte d'intégration des différents niveaux de gestion et de prestation de soins, avec pour fondus la décentralisation des services de santé. Le Projet « Partenariat pour le Développement des Départements Sanitaires se présente comme une réponse à la problématique identifiée dans le Plan Intérimaire. Il repose sur les constats suivants :

### **Les Principaux Constats identifiés par le Document de Projet :**

#### **A- Par rapport à la problématique générale du système de Santé :**

- Réforme du système de santé non encore aboutie.
- Processus de décentralisation en suspens.
- L'Autorité Sanitaire Nationale n'est pas en mesure d'assurer son rôle d'organisation, de régulation et de fourniture de services.
- Faiblesses de leadership, coordination, gestion, régulation du système mises en relief par nombre important d'acteurs en santé.
- Les fonctions essentielles de santé publique ne sont que timidement assumées et le système national d'informations demeure peu efficace en raison de l'hétérogénéité des systèmes parallèles liés à des Projets mis en place sans aucune articulation avec le SIS du MSPP.
- Les approches de la coopération internationale dans le financement de la santé renforcent la fragmentation du système et affaiblissent le leadership du MSPP.
- Il n'y a pas une politique nationale claire en matière de décentralisation.
- Le système de santé demeure très centralisé; les rôles et responsabilités entre les niveaux sont mal définis et souvent se superposent – Flou dans la conception du système de santé.
- Multiplication et incohérence des centres de décision liés à la faiblesse de l'autorité sanitaire, notamment en matière de régulation et de coordination.



## **B- Par rapport aux Direction Départementales :**

- La Loi Organique du MSPP décrit la mission et les attributions de chaque entité du MSPP...Les responsabilités et les tâches des DSD doivent être précisées dans le cadre de la décentralisation.
- Dans le Pays, l'administration reste très centralisée. Les différentes directions départementales n'ont pas de pouvoir effectif ni sur le budget, ni sur les ressources humaines.
- Les priorités demeurent assez floues et les activités relèvent plus de la routine – Il n'y a pas de véritables suivi de la mise en œuvre des orientations nationales.
- Les directions centrales n'ont pas forcément les capacités nécessaires pour fournir un appui technique aux DSD – La majorité d'entre elles perçoivent les DSD comme des relais opérationnels.
- Les DSD maîtrisent mal l'exercice des grandes fonctions de gestion
- L'organisation des DSD est très simple, il y a très peu d'unités et de véritables cadres intermédiaires- Dotation en personnel insuffisant et insuffisamment adaptée aux besoins de la structure départementale.
- Comme conséquence de leurs faiblesses, l'appui des DSD aux établissements de santé reste faible.

## **C) Par rapport aux Soins de Santé et à leur Qualité :**

- Offre de soins fragmentés, avec un faible niveau de qualité.
- Faible couverture et inéquité.
- Faible niveau de financement et inefficience.
- Organisation fragmentée et lacunaire.
- PMS (Paquet Minimum de Soins) peu mis en œuvre dans son entièreté.
- Déficit en personnel de santé.
- Distribution géographique des institutions de santé non effectuée sur une base géographique et sociologique qui garantirait une couverture optimale.

## **Principes Directeurs Gouvernant le Projet :**

- Adoption d'une perspective globale intégrée du système de santé, orientée vers les soins de santé primaire.
- Conformité aux principes et orientations exprimés dans le PDNA (Post Disaster Needs Assessment) et le plan intérimaire de santé.
- Option pour des approches réalistes, efficaces et efficaces.
- Recherche systématique de la complémentarité et coordination avec les partenaires existants.

### **Objectif Général du Projet :**

Améliorer la qualité des soins et l'accès aux soins dans les départements supportés dans une optique de soins de santé primaires, centrés sur le patient.

### **Objectifs Spécifiques :**

- 1- Renforcer les capacités des Directions Sanitaires Départementales en vue de la mise en œuvre des orientations nationales.
- 2- Mobiliser les acteurs autour d'approche de prestation de soins de santé et de financement en réponse aux besoins et attentes de la population.
- 3- Contribuer au niveau central à une prise de décision stratégique et politique basée sur les réalités de terrain.

### **Résultats Attendus, Stratégies et Activités :**

Pour chaque objectif spécifique des résultats et des activités ont été retenus

#### **Objectif spécifique 1 : Renforcer les capacités des Directions sanitaires Départementales en vue de la mise en œuvre des orientations nationales.**

- R1. Un plan de développement sanitaire est élaboré dans chacun des trois départements sanitaires, sous le leadership de la Direction Sanitaire départementale, en interaction avec l'ensemble des acteurs concernés et en tenant compte des orientations nationales.
- R2. Les trois (3) Directions Sanitaires Départementales sont en mesure de monter des Plans, Programmes et Projets, de proposer des actions concrètes pour réduire des disparités et de mobiliser des fonds pour la mise en œuvre des interventions.
- R3. L'organisation et le fonctionnement des Trois (3) Directions Sanitaires Départementales sont rationalisés, pour mieux répondre aux exigences de leur mandat.

#### **Objectif Spécifiques 2 : Mobiliser les acteurs d'approches de prestation et de financement en réponse aux besoins et attentes de la population**

- R4. Dans chacun des trois (3) Départements, les services de santé sont organisés de manière globale, centrée sur le patient, prenant en compte tous les aspects du Paquet Minimum de services.
- R5- Les personnels des Directions Départementales et les travailleurs des institutions de santé travaillent ensemble sur des actions définies en commun et dont ils partagent les résultats.

- R6. Les Départements ont une expérience significative de financement solidaire des soins de santé et cherchent à mobiliser des ressources pour prendre en compte les populations les plus désavantagées.

**Objectif Spécifique 3 : Contribuer au niveau central à une prise de décision stratégique et politique basée sur les réalités de terrain.**

- R7. Le Ministère de la Santé Publique et de la Population est renforcé dans son rôle de régulateur et de garant de l'équité dans l'accès aux soins et prend des décisions tactiques et stratégiques basées sur les réalités de terrain.
- R8. Les expériences et résultats des initiatives de développement des services de santé sont partagés et contribuent significativement aux prises de décisions tactiques et stratégiques du Ministère de la Santé Publique et de la Population.

**Les Approches Stratégiques Retenues par le Plan :**

- **R1. Un Plan de développement sanitaire est élaboré dans chacun des trois (3) Départements sanitaires, sous le leadership de la Direction Sanitaire Départemental, en interaction avec l'ensemble des acteurs concernés et en tenant compte des orientations nationales.**

**Éléments de Stratégie :**

Le processus d'élaboration des Plans de Développement Sanitaire sera guidé par les éléments de stratégie suivant :

- L'adoption d'une approche holistique de la santé, celle-ci étant abordée comme un élément, parmi d'autres, de la vie des individus et des communautés, indissociable du cadre global et dynamique du développement.
- Un solide diagnostic de situation permettant une connaissance approfondie des disparités existantes dans l'accès aux soins et de leurs déterminants et une concertation structurée sur les moyens concrets de réduire les inégalités.
- La promotion de l'intersectorialité, pour une meilleure articulation entre les interventions en santé et les initiatives d'appui au développement local et régional. De façon générale, les relations avec les acteurs d'autres secteurs seront activement recherchées. On recherchera une meilleure compréhension des problématiques de développement locales et régionales, et favorisera les échanges d'informations et la coordination intersectorielle.
- La recherche de la concertation et du dialogue social. On optera pour des approches participatives, à tous les niveaux. Le partage d'expériences au sein et entre les Directions Départementales sera encouragé. Outre la concertation au sein du Secteur Santé. On

metra aussi sur l'intensification des relations entre les intervenants de santé et l'ensemble des groupes sociaux. L'approche préconisée intégrera les autorités locales et établira un dialogue direct avec les citoyens, via les regroupements et organisations manant de la communauté et/ou au sein de réunions communautaires de routine.

**R2-Les Trois (3) Directions Sanitaires Départementales sont en mesure de monter des Plans, Programmes et Projets et de mobiliser des fonds pour la mise œuvre des interventions.**

Éléments de stratégie :

- La création, au sein de la Direction Sanitaire Départementale, d'une Unité de Planification à visée essentiellement opérationnelle, qui prend en charge le design d'interventions cohérentes avec les priorités établies. En appui au Directeur Départemental, elle assume un rôle proactif dans l'identification des sources de financement potentielles, le maniement des procédures et outils des bailleurs et le pilotage des actions supportées. A terme, il est attendu que ces équipes Génèrent suffisamment de ressources spécifiques pour pouvoir autofinancer leur activité.
- L'appui ciblé/personnalité au Directeur Départemental et aux cadres intermédiaires de la Direction (Chefs de Services, Responsables d'Unités). Il s'agira d'appuyer toutes les activités de planification/programmation, de coordination et de mobilisation de ressources, et aussi de supporter les processus de prise de décision.
- La capitalisation des acquis antérieurs et la recherche de synergies avec les interventions en cours au sein des Départements

**R3. L'organisation et le fonctionnement des trois (3) Directions Sanitaires Départementales sont rationalisés, pour mieux répondre aux exigences de leur mandat.**

Éléments de Stratégie :

Les Principaux éléments de la stratégie d'intervention sont :

- L'instauration de conditions minimales de travail, en supportant financièrement le fonctionnement de base de la Direction Départementale. Ceci passera, initialement, par la résolution des problèmes ponctuels les plus pressants pour déboucher ensuite sur l'élaboration d'un budget prévisionnel.
- La promotion d'une approche plus large du renforcement de capacités, sur une base participative, à une identification des besoins de renforcement. Ceci implique l'adoption d'un cadre conceptuel et l'élaboration d'outils, ainsi que la réalisation d'une analyse de l'exercice des principales fonctions de gestion/fonctions essentielles de santé publique.

- L'encouragement au partage d'expériences au sein et entre les Directions Départementales.

**R4. Dans chacun des trois (3) Départements, les services de santé sont organisés de manière globale, centrée sur le patient, prenant en compte tous les aspects du Paquet Minimum de Services.**

Stratégies :

Avec et au sein du MSPP et des Directions Départementales de la Santé :

- Étudier, sur la base de l'existant, des modalités réalistes et finançables de SSPE globaux, avec un PMS complet et décliné dans ses détails.
- Dans la mesure du possible, partager la construction progressive de ces modalités et de leurs adaptations entre les trois Départements et avec le MSPP, y compris pour les zones difficilement accessibles ; se baser sur les initiatives porteuses, actuelles et passées, développées dans les trois Départements ou dans d'autres.
- Amener progressivement une répartition des tâches de la DDS sur une base géographique et globale plutôt que par programmes.
- Mener un processus d'élaboration de cartes sanitaires départementales, à base démographique et sociologique, en vue d'une couverture optimale par des SSPE globaux.
- Organiser des institutions de premier échelon « témoins », entre autres en réorganisant les institutions preneuses du modèle.
- Elaborer des procédures d'accès aux hôpitaux : références, accueil, prises en charge urgence, (interface hôpital – SSPE).
- **R5. Les personnels des Directions Départementales et les Travailleurs des Institutions de Santé travaillant ensemble sur des actions définies en commun et dont ils partagent les résultats.**

Stratégies :

L'opportunité d'agir :

- Renforcer des compétences individuelles et collectives des cadres départementaux dans un processus de formation action.
- Renforcer la motivation des personnels par un travail collaboratif mené sur des activités intégrées ciblées.

Les contraintes, les freins et les effets pervers du laisser-faire indiquent des pistes pour une initiative de l'insistance départementale. Dans la diversité, la divergence des actions et des positions la nécessité de la mise en évidence d'intérêts communs s'impose et ouvre la voie à la construction d'un leadership éclairé et reconnu par la population.

L'hypothèse de travail est la suivante : dans le contexte actuel il est possible de renforcer le leadership de l'instance départementale si on peut l'aider à prendre l'initiative dans des champs relevant de son mandat et en réunissant des partenaires et intervenants en santé dans des activités correspondant à un besoin identifié et réalisables à moyen terme.

Le développement de ce leadership implique la mobilisation des ressources humaines disponibles dans la construction des compétences collectives pertinentes à travers un processus de formation action.

La formation action se propose d'orienter la formation d'un groupe de personnes autour de la résolution d'un problème concret de leur environnement de travail. Elle se fonde sur un va et vient entre l'acquisition de connaissance et leur application en milieu réel.

Nous proposons de porter l'accent sur la construction d'une équipe de gestion départementale capable de poser un regard nouveau sur elle-même, sur ses partenaires et sur la réalité sanitaire à transformer.

Poser un regard nouveau implique un changement d'altitude qui revient à considérer les attributions légales départementales non comme une charge écrasante, mais, comme un défi à surmonter pour faire émerger un leadership et une vision commune du développement sanitaire départemental.

La principale force de l'équipe départementale sera sa capacité de vision, d'analyse, de proposition et de communication. Pour asseoir sa démarche elle élaborera des outils de gestion tels qu'une cartographie de l'offre de soins départementale, une enquête sur la motivation des personnels et sur le degré de satisfaction des utilisateurs des services de santé.

## **R6-Les Départements ont une expérience significative de financement solidaire des soins de santé :**

Stratégie :

- Comprendre la situation actuelle en matière de mécanismes de financement et ses impacts sur la population (vulnérabilité, accès) et les prestataires (incitant).
- Renforcer dans les trois Départements la compréhension sur les aspects théoriques essentiels des mécanismes de financement et de solidarité et leurs effets leviers/pervers (offre et demande, financement à l'output, séparation des fonctions incitant, accès...)

- Mettre au centre un ensemble de valeurs et de principes, allant dans le sens d'un nouveau contrat social favorisant l'accès financier et géographique aux groupes vulnérables dans un premier temps, à la population dans son ensemble dans un second temps, tel que prôné par le plan intérimaire.
- Etablir dans les trois Départements différents scénarios de mécanismes de financement et mettre en évidence leurs implications attendues sur le système de santé.
- Développer les modèles opérationnels avec assistance technique externe.
- Intéresser des bailleurs externes.
- Ne lancer les mécanismes de financements qu'à partir du moment où les prestataires de soins sont en mesure de garantir un paquet de service de qualité. Cela suppose la fixation de standards minimaux de qualité des formations sanitaires déterminant le seuil d'éligibilité pour tout type de contractualisation. Ces standards devront être interprétés de façon souple pour les formations sanitaires qui ne les atteignent pas en raison de causes exogènes (contractualisation des standards, accompagnement à l'amélioration via des intrants nécessaires...).
- Favoriser autant que possible une séparation claire des mandats (régulation, prestation, financement) via la création d'un tiers payeur (Plateforme Protection Sociale) répondant aux caractéristiques suivantes.
  - Indépendance de l'offre de soin et des instances de régulation publique
  - Véhicule tout ou partie des financements à l'output (PBF, mutuelles, indigents, autres).
  - Staffé avec une équipe de professionnels qui contractualisent les formations sanitaires, négocient pour la qualité des services.
  - Redevable envers la population, et garant de mécanisme de protection sociale institutionnalisé (vision plus étendue que la seule notion de « financement solidaire »).
  - Financé principalement par bailleurs dans un premier temps (fonctionnement de la plateforme + financements à l'output). Envisager la faisabilité d'un pooling de différentes ressources possibles (bailleur, état confessionnels, population, public) par la suite,
  - Créer une situation gagnant-gagnant, où les formations sanitaires et leur staff ont intérêt à améliorer la qualité des services et leur réponse à la population
  - Contractualiser, documenter, partager les résultats des expériences.

- **R7. Le Ministère de la Santé Publique et de la Population est renforcé dans son rôle de régulateur et de garant de l'équité dans l'accès aux soins et prend des décisions tactiques et stratégiques basées sur les réalités de terrain.**

Éléments de Stratégie :

- Contribuer à renforcer le MSPP dans ces capacités de planification sectorielle : c'est-à-dire de définition et d'adaptation de la politique de santé au niveau national afin de la recentrer sur les soins de santé primaire et sur la garantie d'une meilleure équité dans l'accès aux soins.
- Contribuer à renforcer le MSPP dans ses capacités de planification stratégique : c'est-à-dire la définition des stratégies de fourniture de services de santé et des moyens qui agrégés permettent le développement harmonieux et équitable du secteur.
- Concevoir la coordination entre les départements en trois (3) temps (1) échange d'information (ce qui se fait actuellement), améliorer à l'analyse des résultats obtenus et leurs implication en termes de décision ; (2) développement progressif de planification conjointe ; (3) développement progressif de « basket funding ».
- Contribuer à renforcer le MSPP dans son rôle normatif de définition du type de services de santé à prester.
- **R8. Les expériences et résultats des initiatives de développement des services de santé sont partagés et contribuent significativement aux prises de décisions tactiques et stratégiques du Ministère de la Santé Publique et de la Population.**

Éléments de stratégie :

- Se donner un double mandat (1) d'application des politiques nationales (2) de contribution à l'amélioration des politiques nationales en se basant sur les leçons tirées des expériences départementales. (Cfr paragraphe 6.7.1).
- Cela suppose deux (2) échelons de plateformes d'échange : (1) au niveau départemental et interdépartemental, création de réseau incluant public, privés, partenaires, représentants de la population sur la réflexion et le partage d'expérience ; (2) au niveau national : contribuer de manière proactive aux réseaux d'échanges et au processus de réflexion politique.
- Tirer un maximum d'informations des activités de routine. Développer des outils complémentaires (ex. : enquêtes).



- S'accorder progressivement au niveau interdépartemental, inter partenaires et national sur les méthodologies et outils de documentation (indicateurs qualitatifs, quantitatifs, processus ; newsletters ; ateliers interdépartementaux, nationaux, internationaux ; littérature grise ; publications scientifiques).

### **Les Limites du Document de Projet :**

Le Consultant estime que dans ce Projet d'Appui Institutionnel :

- Une priorisation des problèmes et l'établissement d'un ordre logique de résolution de ces problèmes était nécessaire.
- L'identification et l'analyse des acquis étaient nécessaires. Nous entendons par acquis, l'ensemble des politiques, mécanismes, normes, outils, instruments, qui à coté des structures constituent la base de la gouvernance dans le secteur santé haïtien et qui déterminent les effets et résultats en terme de soins de qualité disponibles, accessibles.
- l'identification et la correction des déficits en termes de politiques, mécanismes, normes, outils, instruments nécessaires à la bonne gouvernance du système de santé étaient nécessaires.

### **Analyse de la Pertinence du Projet :**

La pertinence se réfère à l'adéquation de la qualité et de la quantité des moyens mobilisés pour résoudre un problème spécifique. Ces moyens doivent se rapporter exactement à ce dont il est question. Pour l'analyse de la pertinence dans le cadre de ce Projet, nous faisons l'assumption que **« l'état actuel du système de prestation de services et soins de santé est la conséquence logique de l'organisation actuelle du système de santé, son mode de gouvernance, la quantité et la qualité des ressources mobilisées, le mode d'allocation de ces ressources »**

### **L'analyse de la pertinence sera faite à différents niveaux :**

- L'adéquation entre les problèmes identifiés et la stratégie générale du Projet (assistance technique aux directions sanitaires départementales).
- Adéquation entre les problèmes identifiés et l'objectif général du Projet.
- L'adéquation entre l'objectif général. Les objectifs spécifiques et les résultats attendus.

### **- Adéquation entre les problèmes identifiés (constats) et la stratégie générale du Projet**

### **Deux considérations doivent être faites :**

1- D'une part la loi organique du 17 novembre 2005 citée dans le document confère aux Directions Départementales entre autres attributions :

- Celles de mettre en œuvre la politique sanitaire du gouvernement dans leur département respectif, moyennant la planification des actions nécessaires à la mise en œuvre de cette politique.
- Celles d'organiser avec d'autres entités départementales, l'offre de soins préventifs et curatifs telle que définie par le MSPP.
- Celles de coordonner toutes les activités des services et établissements sanitaires publics et privé du département.

**Cette Loi reste muette sur :**

- Les fonctions et attributions détaillées des bureaux sanitaires départementaux en termes de travail à réaliser et tâches spécifiques assorties.
- Le niveau d'autonomie et d'autorité concédé aux bureaux sanitaires départementaux dans l'accomplissement de chacune de leur fonction.
- L'effectif et le profil des personnels et autres ressources à mobiliser pour permettre aux bureaux départementaux d'accomplir leur mission.

En d'autres termes, le bureau sanitaire départemental se présente comme un simple relai technico administratif entre les structures du niveau central et les établissements de prestation de soins dont le travail à réaliser et l'autorité restent non définis.

2- D'autre part le document de Projet a identifié des anomalies, des distorsions, des faiblesses capitales qui affectent le système de santé et les structures de gestion (dont le bureau sanitaire départemental) appelées à gérer ce système. Ces problèmes identifiés ont selon le document de Projet une influence négative sur le développement sanitaire national et la qualité des soins prodigués aux clients.

Une assistance technique qui ne viserait pas de prime abord à résoudre les problèmes de fond du système de santé et de ses structures de gestion ne ferait que pérenniser le statut quo et n'aurait aucun impact durable sur le système de prestation de soins. En ce sens, il faut conclure que la stratégie générale d'assistance technique telle que développée dans la mise en œuvre du Projet n'est pas pertinente.

#### **- Adéquation entre l'objectif général du Projet et les problèmes identifiés**

Le document de Projet a identifié des problèmes à quatre (4) niveaux :

- 1- Des problèmes liés à l'orientation générale, l'organisation générale et la gouvernance globale du système de santé.
- 2- Des problèmes liés aux faiblesses des bureaux sanitaires départementaux et au flou persistant relatif à leurs missions – attributions – structuration.
- 3- Des Problèmes liés à la faiblesse des directions centrales
- 4- Les Problèmes spécifiques du système de prestation de services et soins de santé

A l'analyse, on est forcé d'établir une relation de cause à effet entre les problèmes de gouvernance identifiée et l'état actuel du système de prestation de soins. Une logique opérationnelle réaliste commanderait d'adresser d'abord les causes avant toute tentative de correction des effets. Dans ce sens l'objectif général tel que formulé sied davantage de l'énoncé du but ou de la finalité du Projet; d'autant plus que les ressources financières mobilisées n'auraient pas permis de répondre aux exigences opérationnelles de l'objectif général tel que formulé.

#### **- Adéquation entre l'objectif général et les objectifs spécifiques du Projet :**

Généralement l'objectif général d'un projet renseigne et oriente sur les exigences de contenu exprimées en termes d'objectifs spécifiques, résultats, activités. Le Projet de Partenariat pour le Développement des Départements Sanitaires a retenu l'objectif général suivant : « Améliorer la qualité des soins et l'accès aux soins dans les départements supportés, dans une optique de soins de santé primaire, centrées sur le patient »

- Cet objectif privilégie l'amélioration de la qualité des soins de santé primaire ; les déterminants de la qualité des soins sont :

- Une infrastructure adéquate pour la prestation de soins et le respect de la confidentialité.
- L'existence de modèles de soins standards pour la prise en charge des patients
- L'existence de personnel qualifié, imbu de ses tâches et en nombre suffisant (suivant les normes).
- L'existence d'un équipement adéquat (suivant les normes).
- Disponibilité permanente des intrants stratégiques nécessaires à la prestation de soins
- Un mode de prestation de soins axé sur le respect de la dignité humaine
- Le fonctionnement d'un sous/système de surveillance de la qualité

- Cet objectif priorise l'amélioration de l'accessibilité aux services. Les déterminants de l'accessibilité sont :

- La disponibilité de services de soins de proximité
- Le coût des services de santé
- Le mode de fonctionnement des institutions (accueil – temps d'attente – commodités) qui entretient la réputation des institutions et fidélise les clients.
- La gestion stratégique des déterminants de la couverture.

Théoriquement la concrétisation de l'objectif général commanderait que ces déterminants soient analysés et adressés dans chacun des départements cibles à travers les objectifs spécifiques et les résultats attendus. Voici la lecture du Consultant à l'analyse du document de Projet :

**Objectif Général :** Améliorer la qualité des soins et l'accessibilité aux soins dans les départements supportés dans une optique de soins de santé primaire centrés sur le patient.

<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Résultats attendus</b>	<b>Commentaires du Consultant</b>
Renforcer les capacités des directions sanitaires en vue de la mise en œuvre des orientations nationales.	Un plan de développement sanitaire est élaboré dans chacun des trois départements.	Le plan de développement sanitaire seul ne garantira pas l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins si en même temps les déterminants de l'accessibilité et de la qualité ne sont pas adressés, Il n'est pas non plus certain que les Directeurs Sanitaires Départementaux aient l'autorité pour élaborer de façon indépendante des plans de développement sanitaire.
	Les 3 départements sanitaires Sont en mesure de monter des plans-programmes projets, de proposer des actions concrètes pour réduire les disparités, de mobiliser des fonds pour leur mise en œuvre.	A côté de ces compétences, les Directeurs Sanitaires Départementaux ont besoin aussi de renforcer leurs compétence pour la gestion opérationnelle quotidienne; il n'y a pas d'évidence légale que les Directeurs Sanitaires Départementaux puissent mobiliser des fonds de façon autonome.
	L'organisation et le fonctionnement des 3 dir. Dép. sont rationalisés pour mieux répondre aux exigences de leur mandat.	Le mandat détaillé des DSD n'était pas défini au début du projet; la structure organisationnelle et le mode de fonctionnement pour objectiver ce mandat n'était pas défini; le niveau d'autonomie et d'autorité qui doit accompagner le mandat n'était pas défini. Le résultat était inopportun même s'il était pertinent.

<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Résultats attendus</b>	<b>Commentaires du Consultant</b>
Mobiliser les acteurs autour d'approches de prestation et de financement en réponses aux besoins et attentes de la population.	Dans chacun des trois (3) départements les services de santé sont organisés de manière globale, centrés sur le patient, prenant en compte tous les aspects du PMS.	Il existe un lien logique entre l'objectif général, l'objectif spécifique et le résultat attendu. Cependant en considérant les déficits constatés au niveau des institutions de soins, leurs implications financières et le budget du projet, le résultat était irréalisable.
	Les personnels des directions départementales et ceux des institutions de santé travaillent ensemble sur des actions définies en commun et dont ils partagent les résultats.	Ce résultat paraît superflu pour deux raisons. D'une part les actions planifiées de chaque institution sont définies dans le plan départemental. D'autre part le travail dévolu aux institutions de soins est défini par les manuels d'organisation et de prise en charge.
	Les départements ont une expérience significative de financement solidaire des soins de santé et cherchent à mobiliser des ressources pour prendre les populations les plus désavantagés.	La loi organique en vigueur et les pratiques de gestion en cours au MSPP n'autorisent pas les directions départementales à faire des recherches de fond de façon indépendante.

## **Modalités Institutionnelles d'Elaboration et de Mise en Œuvre du Projet :**

Pour faire cette analyse, trois (3) questions d'évaluation ont été posées :

- 1- Le mécanisme institutionnel de coordination à l'occasion de l'élaboration du Projet et de sa mise en œuvre permet-il l'appropriation de ce Projet par les Directions Départementales et les Directions Centrales concernées du MSPP ?
- 2- Le mécanisme institutionnel de mobilisation des ressources permet-il une canalisation équitable ?
- 3- Existe-t-il un cycle national de planification de suivi et d'évaluation établi dans le temps qui intègre tous les acteurs impliqués dans le Projet.

## **La méthodologie appliquée pour cette analyse a consisté en :**

- L'analyse du document de Projet
- L'interview de l'assistant technique central
- L'interview du Directeur de UPE/MSPP
- L'interview du Directeur de UADS/MSPP
- L'interview des Directeurs des Départements concernés et leur staff

## **Les Résultats :**

### **1- Elaboration du Projet :**

Le Projet a été élaboré par AEDES avec le support de GENESI; cependant des exercices de réflexion ont organisés avec le Directeur Général d'alors, l'Unité de Planification et d'évaluation du MSPP, l'Unité d'Appui aux Directions Sanitaires Départementales du MSPP; ces entités ont aussi validé le Projet.

### **2- Coordination :**

- Le Consultant n'a pas eu accès à un document cadre formalisant le mécanisme de coordination des actions des entités du MSPP concernées par le Projet et la coordination avec d'autres partenaires impliqués dans la prestation de soins et le renforcement institutionnel; aucun plan de coordination n'a été élaboré.
- Le Comité de Pilotage prévu n'a pas été mis en place.

## **Cependant :**

- Un cadre d'UADS et un d'UPE ont accompagné les assistants techniques d'AEDES pour une coordination informelle.
- Des rencontres régulières auraient été organisées avec les Responsables des Projets PADESS et SDSH.

### **3- Mobilisation des Ressources :**

- Le Document de Projet dans le chapitre « Montage Institutionnel » donne des informations sur l'affectation et le rôle des Assistants techniques, sur les différentes affectations financières.

- Les entités du MSPP n'ont joué aucun rôle dans l'affectation et la canalisation des ressources financières; cependant UADS et les Directions Départementales concernées ont été associées aux décisions ponctuelles de dépenses.
- Des rapports trimestriels de dépenses ont été partagés avec les Directeurs Départementaux et UNICEF.
- Une faible absorption des fonds liés à des conflits de calendrier a été constatée.

#### **4- Cycle de planification – Suivi – Evaluation :**

- Le document de Projet comporte un objectif général, trois (3) objectifs spécifiques – 8 résultats étaient attendus; 45 livrables devaient être produits à la fin du Projet; 50 indicateurs ont été retenus pour l'évaluation des activités.
- Le Consultant n'a eu accès à aucun document normatif (cadre) pour l'orientation des exercices de planification intégrée. Le suivi de la mise en œuvre, l'évaluation et le reportage.
- Des rapports trimestriels d'activités ont été cependant préparés et partagés avec UADS et les Directions Départementales concernées.

#### **5- Barrières et contraintes institutionnelles dans la mise en œuvre du Projet :**

Selon AEDES les conditions suivantes ont interféré avec la mise en œuvre du Projet :

- Non engagement des autorités du MSPP à tous les niveaux.
- Instabilité du personnel : par exemple dans l'intercourse du Projet, les trois (3) Bureaux Départementaux concernés ont changé de responsables – La Direction Départementale du Nord-est est restée six (6) mois sans Responsable.
- Les invitations intempestives et inopinées des Cadres Départementaux par le Niveau Central, provoquant des conflits de calendrier.
- La nécessité de changement de calendrier consécutif à la non disponibilité du personnel

Selon le Consultant, la présence des Représentants de UPE et UADES dans le Projet n'ont pas constitué un gage d'appropriation du Projet par ces entités car aucun mécanisme interne de partage des informations n'avait été mis en place. Le Consultant a noté qu'à part UPE et UADS, aucune autre Direction Centrale du MSPP n'était en possession du Document de Projet.

#### **Effets du Projet sur les Pratiques de Gestion au MSPP :**

L'un des objectifs du Projet était de « contribuer au niveau central à une prise de décisions stratégiques et pratiques basées sur la réalité du terrain. Par rapport à cet objectif, deux (2) résultats étaient anticipés.

- Le MSPP est renforcé dans son rôle de régulateur garant de l'équité dans l'accès aux soins et prend des décisions tactiques et stratégiques basées sur les réalités de terrain.

- Les expériences et résultats des initiatives de développement des services de santé sont partagés et contribuent significativement aux prises de décisions tactiques et stratégiques.

**Dans la pratique :**

- Le Comité de Pilotage prévu pour intervenir dans la gestion du Projet n'a jamais été mis en place
- Très peu de directions centrales du MSPP étaient imbues du Projet.
- Les problèmes constitués par les déficits en matière de politiques et les errements stratégiques n'ont pas été adressés, quoique identifiés par le document de Projet
- Le Projet n'a pas été approprié par le Ministère de la Santé à travers ses Directions Centrales.



### **Niveau d'efficience dans la mise en œuvre du Projet :**

L'efficience a été mesurée à partir du niveau de réalisation dans chaque département concerné en regard des objectifs, résultats attendus et en tenant compte de l'environnement au cours de la mise en œuvre.

### **Mise en œuvre du projet dans le Département de la Grand'Anse :**

**1- Conditions institutionnelles de la mise en œuvre :** L'initiation du projet a été très laborieuse dans la Grand'Anse. Le staff du bureau départemental fait référence à :

- Un manque de compréhension des objectifs du projet lors de son initiation.
- Un manque d'appropriation au début du projet par les cadres, lié à un manque de transparence et une circulation limitée des informations.
- Le style de leadership de l'Assistant technique départemental.
- Les interventions intempestives de certains cadres centraux influents du MSPP.

Après un certain temps de conflit non résolu par le directeur départemental d'alors, le consultant et le staff départemental ont fini par se comprendre et par s'accepter. Il faut noter que dans l'intercourse du projet, le bureau départemental a changé trois fois de Directeur. Comme autre handicap, la mise en œuvre a été perturbée par des déplacements du personnel cadre qui ont nécessité des changements de calendrier.

La mise en œuvre du projet dans la Grand'Anse n'a pas bénéficié d'une coordination avec les partenaires; même quand ceux-ci ont participé à des activités ponctuelles du Bureau Sanitaire Départemental

**2- Perception des Cadres du Bureau sanitaire Départemental par rapport au Projet et à sa gestion :**

Le Directeur Départemental et son staff ont été sollicités de partager avec les Consultants leur perception sur le projet et sa gestion; voici les principales opinions recueillies :

- Le projet est très peu pertinent.
- L'Assistant technique avait une solide compétence sur le plan personnel; aucune compétence en ce qui a trait à la gestion du projet.
- Administration locale non impliquée dans la gestion des fonds du projet.
- Le projet n'a pas atterri au niveau des institutions de prestation de soins.
- L'aspect qualité des soins a été effleuré et discuté; aucune action ne s'en est suivi
- Apport important en planification.

**3- Opinions des partenaires par rapport au projet et à sa gestion :**

Le Consultant a voulu connaître la perception du plus important partenaire dans le département. Il s'agit de la HHF (Haitian Health Foundation). Cette organisation dont le siège est à Jérémie opère dans quatre (4) communes du département. Elle fait fonctionner en tout temps : 1 CSL, un centre materno-infantile, 8 points fixes de clinique mobile, 60 postes de rassemblement par mois. Voici en résumé les témoignages de cette ONG. :

- Les responsables de l'organisation ont entendu parler du projet qui n'avait pas été formellement présenté aux partenaires et à la population.
- La participation de HHF s'est résumée en la participation à 2 réunions à l'occasion de l'élaboration du diagnostic sanitaire du département.
- La fondation a reçu de fréquentes visites de l'Assistant Technique en quête d'informations.

#### **4- Participation des entités faisant partie du Département Sanitaire :**

Selon la loi organique en cours, le département sanitaire comprend :

- Le bureau sanitaire départemental.
- L'hôpital départemental.
- Les coordinations d'UCS.
- Les hôpitaux communautaires de référence.
- Les structures de santé de premier échelon(SSPE).

Le Consultant a voulu investiguer sur la participation de ces différentes instances :

- Les responsables de l'hôpital départemental déclarent ne pas être au courant du projet et de n'y avoir pas participé en tant que tel
- La responsable de l'UCS de Jérémie, la seule fonctionnelle dans le département a participe aux activités du projet à travers le staff départemental.
- Deux (2) institutions de santé, les CSL de Chambellan et des Irois ont bénéficié de travaux de restauration et ont reçu du matériel suite à leur vandalisation (oct. 2012) C'était une action conjoncturelle selon le staff départemental.

## Efficienc e du Projet dans le département sanitaire de la Grand Anse

Cette analyse de l'efficacite est faite sans considération de la pertinence et de l'opportunité des objectifs et résultats attendus (voir tableaux suivants)

### Objectif du projet :

Renforcer les capacités des directions sanitaires en vue de la mise en œuvre des orientations nationales.

Résultats attendus	Atteint	Non atteint	Commentaires du Consultant
Un plan de développement sanitaire est élaboré dans le dép. San. sous le leadership de la Dir. San. Dép., en interaction avec l'ensemble des acteurs concernés et en tenant compte des orientations nationales	*****		Un plan a été produit certes. On notera cependant que les Dir. San. Dép. n'ont pas jusqu'à présent d'autonomie administrative et financière et un budget de développement; ce qui rend la mise en œuvre de ce plan très aléatoire
La direction départementale est en mesure de monter des plans, programmes et projets et de mobiliser des fonds pour la mise en œuvre des interventions	*****		Les compétences des cadres départementaux ont été renforcées ; les Dir. San. Dep.ont acquis la capacité pour élaborer des plans; ils n'ont pas encore l'autorité pour entreprendre de façon autonome des initiatives de mobilisation de fonds
L'organisation et le fonctionnement de la direction sanitaire départementale sont rationalisés pour mieux répondre aux exigences de leur mandat		*****	Les Dir. San.dep. attendent encore que leur mandat soit défini de façon exhaustive, de même que la structure organisationnelle qui s'y rattache ; elles attendent aussi que les modalités de la décentralisation sanitaire soit légalement définies.

**Objectif Spécifique** : Mobiliser les acteurs autour d'approches de prestation et de financement en réponses aux besoins et attentes de la population

Résultats attendus	Atteint	Non atteint	Commentaires du Consultant
Dans le département les services de santé sont organisés de manière globale, centrés sur le patient, prenant en compte tous les aspects du PMS.		****	Les faiblesses identifiées des institutions de santé, associées à l'approche verticale d'un grand nombre de projets et la faiblesse du leadership du MSPP rendaient l'atteinte de ce résultat très improbable.
Le personnel de la Dir.Départ et les travailleurs des institutions de santé travaillent ensemble sur des actions définies en commun et dont ils partagent les résultats.		****	Le travail des institutions de soins est défini à l'avance selon leur niveau par le PMS et d'autres instruments normatifs du MSPP. Le projet n'avait pas de provisions financières pour corriger les faiblesses constatées dans les institutions.
Le département à une expérience significative de financement solidaire des soins de santé.		****	Le financement des services de santé sur la base des résultats n'est pas encore une réalité au MSPP. De plus les Bur. San. Dép. n'ont pas l'autorité pour développer de façon indépendante des politiques institutionnelles de recouvrement de coût.

## **6- Impact du projet dans le Département Sanitaire de la Grand'Anse :**

Dans le cadre du projet, l'impact devrait être ressenti tant au niveau du bureau sanitaire que des institutions de soins. Vu que les institutions n'ont pas été formellement touchées, dans le sens d'un renforcement, le consultant a évalué seulement la « Capacité potentielle de gestion » des Bur.San.Départementaux à la fin du projet. A cette fin, les fonctions suivantes du Bur. San. Dép. ont été considérées :

- Conformité de la structure organisationnelle.
- Capacités de planification.
- Capacités de gestion du personnel.
- Capacités de gestion des ressources matérielles.
- Capacités de gestion financière.
- Capacités pour la supervision.
- Capacités de gestion des programmes.
- Capacités de gestion de la coordination et de la multipartenarité.

### **Les résultats :**

Conformité de la structure organisationnelle : jusqu'à présent, le MSPP n'a pas formellement défini dans un document officiel, les détails du travail à réaliser par les Bur. San. Dép., les modalités de son fonctionnement; ce qui permettrait de définir une structure organisationnelle adéquate. A l'analyse, la structure actuelle des Bur. San. Dép. ne permet de gérer que les aspects promotionnels et préventifs des soins de santé primaire. Le Bur. San. Dép. ne dispose pas actuellement d'un statisticien départemental.

- Capacités de planification-suivi-évaluation : Le bureau départemental ne dispose pas d'un cadre normatif définissant le contenu, les étapes clés et les modalités opérationnelles du cycle de Planification-Suivi-Evaluation. Il est en possession d'une cartographie des institutions de sante du département, d'un diagnostic sanitaire départemental. A ce compte le bureau départemental est en mesure de planifier le renforcement des services existants. L'absence de cartes de couverture par intervention et l'inutilisation de diagrammes de couverture ne l'habilite pas à planifier de façon stratégique l'extension des services. Les capacités de suivi et d'évaluation du BSD sont liées à la faiblesse du système national d'informations sanitaires.
- Capacités de gestion du personnel : Le Bur. San. Dép. ne dispose pas d'un manuel de gestion du personnel, même quand le MSPP a fait paraître dans un passé récent deux documents : Manuel de l'employé du MSPP, Le référentiel des postes au MSPP.
- Capacités de gestion des ressources matérielles : Le Bur. San. Dép. n'est pas en possession de : listes types de matériels et d'équipements par niveau de prestation de soins et par services- de normes procédures instruments pour la gestion des stocks et des pharmacies institutionnelles - de normes procédures plans d'approvisionnement des institutions - de plan de d'entretien des bâtiments et de l'équipement. Le Bur, San. Dép. dispose d'un plan d'inventaires mais les opérations d'inventaires ne sont pas suivies d'actions.
- Capacités de gestion financière : Le Bur. San. Dép. ne dispose pas d'un manuel de gestion financière; le consultant sait cependant que 2 manuels de gestion ont été

préparés; l'un par le projet HS-2004, l'autre par le projet MSPP/BID. Apparemment ces deux instruments n'ont pas été appropriés et institutionnalisés par le MSPP>

- Capacités pour la supervision : Le Bur. Dép. dispose d'un manuel pour la supervision. Le profil actuel des cadres départementaux ne permet pas d'assurer la supervision de tous les aspects des soins essentiels de santé, en particulier ceux liés à SONUB et SONUC. Le suivi de la supervision n'est pas assuré dans le département sanitaire.

Capacités de gestion des programmes : Le bureau départemental ne dispose pas de responsables pour tous les programmes prioritaires. Il est en possession de tous les instruments disponibles au MSPP (manuels d'organisation-manuels de prise en charge). Le bureau départemental n'est pas en possession du Manuel de Référence et Contre-référence » produit par le MSPP dans le cadre du projet MSPP/BID; il n'est pas non plus en possession du « Manuel de gestion sanitaire » préparé par ce même projet

- Coordination et Multipartenarité : Les cadres du bureau départemental affirment être en connaissance de tous les acteurs en santé opérant dans le département. Une plateforme des acteurs n'a pu cependant être constituée.

#### **7- Documents reçus et analysés :**

- Etat des lieux de la situation dans le DSGA (11-12- 2011)
- Plan stratégique départemental 2012-2017 (DRAFT)
- Proposition de Mission et Attributions pour les Directions Sanitaires Départementales
- Proposition d'un organigramme pour les Dir. San. Dép.
- Plan départemental intégré opérationnel 2012-2013
- Planning des activités de DSD (juin 2013)

#### **7-Conclusions :**

Même si l'initiation du Projet a été laborieuse dans le Département Sanitaire de la Grand'Anse, le Projet a fini par s'imposer en dépit de certaines contraintes institutionnelles. Sur le plan de l'efficacité, deux (2) résultats sur 6 ont été atteints soit une performance de 33.3%. Tous les résultats ne pouvaient pas être atteints si préalablement les faiblesses identifiées au niveau de la Direction Départementale et des institutions n'étaient pas corrigées. Le Projet n'a eu aucun impact sur le niveau de fonctionnalité de la Direction Départementale en absence d'un cadre organisationnel, de mécanisme, et d'outils de référence, même si les compétences des membres présents du personnel ont été renforcées. Le Projet n'a pas atterri dans les institutions de santé, et n'a pas pu donc atteindre l'objectif général. Le Directeur Départemental et le personnel pensent toutefois que le Projet pourrait être reconduit avec des objectifs plus réalistes.

## **Mise en Œuvre du Projet dans le Département du Sud :**

### **1- Conditions institutionnelles de mise en œuvre du projet :**

La mise en œuvre du projet a débuté par un exercice de « consensus building » qui a permis une intégration précoce de l'Assistant technique dans l'équipe départementale ; cette mise en œuvre a donc pu se faire sans heurts ni retards. Une période d'hésitation a été observée à l'occasion du changement de directeur départemental. Les déplacements incessants des cadres ont causé des reports et modifications de calendriers.

### **2- Perception du directeur et des cadres par rapport au projet et à sa gestion :**

- C'est un projet utile qui devrait être reconduit avec le même consultant - Le consultant a participé à toutes les activités du bureau.
- Le consultant a initié le personnel à une nouvelle façon de travailler avec plus d'efficacité et d'efficacités.
- Le consultant a aidé le Bur. San. Dép. à renforcer le système départemental d'informations sanitaires.
- Les solutions proposées par le projet étaient beaucoup trop ambitieuses .Elles devraient être réorientées.

### **Participation des entités faisant partie du Département Sanitaire :**

- Des cadres de l'hôpital départemental ont participé aux ateliers du diagnostic sanitaire départemental.
- Deux institutions, les CSL de Tiburon et de Barraderes ont reçu du matériel financé par le projet (avril 2013).
- Des représentants d'institutions sanitaires ont participé à l'exercice de diagnostic sanitaire départemental.

#### 4- Efficience du projet dans le Département Sanitaire du Sud :

Cette analyse de l'efficience est réalisée sans considération sur la pertinence et l'opportunité des objectifs et résultats attendus (voir tableaux suivants)

##### Objectif spécifique :

Renforcer les capacités des directions sanitaires départementales en vue de la mise en œuvre des orientations nationales.

Résultats attendus	Atteint	Non atteint	Commentaires du Consultant
Un plan de développement sanitaire est élaboré dans le Dép. San. sous le leadership de la Dir. San. Dép., en interaction avec l'ensemble des acteurs concernés et en tenant compte des orientations nationales.	****		Le plan a été élaboré ; cependant le statut actuel des Bur. San. Dép. (absence de budget de fonctionnement - pas d'autonomie financière et administrative) rend la mise en œuvre de ce plan très aléatoire.
La Dir. San. Dép. est en mesure de monter des plans, programmes, projets et de mobiliser des fonds pour la mise en œuvre des interventions.	****		Le Bur. San. Dép. a acquis les capacités nécessaires ; cependant ils n'ont pas l'autorité pour mobiliser des fonds de façon indépendante.
L'organisation et le fonctionnement de Dir. San. Dép. est rationalisé pour mieux répondre aux exigences de son mandat.		****	La Dir. San. n'a pas l'autorité pour décider de façon indépendante de son organisation et de son fonctionnement.



**Objectif spécifique :**

Mobiliser les acteurs autour d'approche de prestation et de financement en réponses aux attentes de la population

<b>Résultats attendus</b>	<b>Atteint</b>	<b>Non atteint</b>	<b>Commentaires du Consultant</b>
Dans le département les services de santé sont organisés de manière globale, centrés sur le patient, prenant en compte tous les aspects du PMS.		****	Le projet n'a pas atterri dans les institutions ; il n'avait pas non plus les ressources nécessaires pour adresser les problèmes identifiés au niveau de la prestation des soins.
Les personnels de la Dir. San. Dép. et les travailleurs des institutions de santé travaillent ensemble sur des actions définies en commun et dont ils partagent les résultats.		****	Le travail des institutions est défini par les documents d'orientation nationale ; de plus ces actions n'auraient pas eu le financement nécessaire pour corriger les faiblesses constatées.
Les départements ont une expérience significative de financement solidaire des soins de santé.		****	Le financement des services de santé basé sur les résultats n'a pas encore été officialisé au MSPP; le Bureau Sanitaire Départemental n'a pas l'autorité pour intervenir de façon unilatérale dans les pratiques de recouvrement de coût à niveau départemental.

**5- Impact du projet dans le Département sanitaire du Sud :**

Comme il a été dit plus haut dans ce document, la non prise en compte des institutions de santé dans la mise en œuvre du projet et la non appropriation par les structures centrales contraint le consultant à n'analyser que l'impact sur le bureau sanitaire départemental à travers l'analyse des capacités spécifiques de gestion de ce bureau.

- Conformité de la structure organisationnelle : La structure organisationnelle des bureaux sanitaires départementaux n'est pas encore officiellement définie par le MSPP. Pour l'instant le bureau sanitaire départemental ne dispose pas d'un pharmacien départemental; de plus 4 cadres du bureau qui avaient bénéficié de formation dans le cadre du projet vont partir à la retraite.

- Capacités de Planification - Suivi-Evaluation : Le bureau sanitaire n'a pas établi un cadre normatif définissant le contenu et les modalités opérationnelles du cycle de planification, de suivi et d'évaluation. Le bureau peut compter sur l'appui d'une plateforme santé, d'une cartographie des institutions de santé, d'un document de diagnostic sanitaire, pour ses activités de planification. Le bureau départemental a bénéficié de l'expertise de l'Assistant technique départemental pour le renforcement du système départemental d'informations sanitaires.
- Capacités de gestion du personnel : Le bureau sanitaire départemental est en possession de tous les instruments nécessaires à la gestion du personnel de santé du département sanitaire. Le document de diagnostic sanitaire identifie tous les déficits en personnel enregistrés dans le département.
- Capacités de gestion des ressources matérielles : Le bureau départemental sanitaire dispose de tous les instruments pour la gestion des matériels et des équipements. Cependant il n'y a pas d'appropriation de ces instruments puisque le bureau travaille sans plan d'approvisionnement des institutions, sans plan d'inventaire, sans plan d'entretien des bâtiments et des équipements, sans aucun mécanisme de surveillance de l'utilisation des intrants médicaux. A l'heure actuelle le dépôt départemental travaille sans la présence d'un pharmacien.
- Capacités de gestion financière : Le bureau sanitaire départemental est en possession de tous les outils et instruments nécessaires
- Capacités pour la Supervision : Le bureau départemental est en possession du manuel de supervision et des outils qui accompagnent ce manuel. La faible capacité du bureau pour l'impression et la reproduction des outils nécessaires aux visites de supervision handicape cette activité. Le bureau n'a pas développé un mécanisme institutionnel pour le suivi de la supervision et l'exploitation des rapports de supervision
- Capacités de gestion des programmes : Au bureau départemental tous les postes de responsables de programme sont comblés ; tous les responsables sont en possession des instruments et outils nécessaires à l'organisation, la coordination, la supervision des aspects promotionnels et préventifs des programmes prioritaires.
- Capacités de gestion de la Coordination et de la Multipartenarite : Le bureau sanitaire départemental a identifié tous les partenaires en santé et établi une cartographie des acteurs. Une plateforme de tables sectorielles a été constituée, mais ne fonctionne pas à satisfaction. Un plan de coordination n'a pas été élaboré pour clarifier les rôles, les responsabilités, et les mécanismes d'articulation dans le cadre de la coordination.

#### **8- Les Documents reçus et analysés :**

- Note pour la mise en place d'une plateforme des acteurs en santé dans le département.
- Note sur le lancement de la plateforme départementale des PTF santé (18 oct. 2011)
- Note de cadrage pour l'identification des initiatives fructueuses de soins de santé primaire dans le département du Sud.
- Cartographie des partenaires
- Liste des partenaires
- Diagnostic de la situation sanitaire du Sud (déc.2011)

- Plan de développement sanitaire 2012 -2022).
- Plan de travail juin – septembre 2012.
- Outil de mise en œuvre du PBF.

### **9-Conclusion :**

La réalisation d'un exercice de consensus building a facilité l'appropriation du Projet dans le Département du Sud. Sur le plan de l'efficacité du Projet, deux (2) résultats seulement sur six (6) ont été atteints (33.3%). Même si les compétences individuelles des membres du personnel ont été renforcées, le Projet en absence d'un cadre de référence organisationnelle et opérationnelle pour le Département Sanitaire n'a pas pu renforcer de façon globale les capacités de gestion de la Direction Départementale du Sud; cependant comme résultats non anticipés, le Projet a initié le personnel du bureau à un style de travail plus coopératif axé sur la recherche de résultats et a aidé aussi à renforcer le système départemental d'informations sanitaires. Le Projet n'a pas atterri dans les institutions de santé. Le Directeur Départemental et le personnel souhaite la reconduction du Projet avec le même Consultant et des objectifs plus réalistes.

## Mise en Œuvre du Projet dans le Département Sanitaire du Nord-Ouest

### 1- Conditions institutionnelles de mise en œuvre du projet :

En absence du personnel technique mobilise dans des activités de terrain (vaccination) et en raison de l'arrivée récente de l'actuel directeur départemental, le consultant n'a pas recueilli d'informations sur l'initiation du projet. Dans l'intervalle entre le départ de l'ancien directeur départemental et l'arrivée de son remplaçant, le projet aurait en un arrêt de six (6) mois.

### 2- Perception du directeur départemental par rapport au projet et a sa gestion

- \* Le projet a permis de combler les lacunes dans l'organisation du travail et d'améliorer le style de travail du personnel technique.
- \* Le projet a apporté un appui au fonctionnement du bureau, à la planification, à la supervision.
- \* Aboutissement non complété au niveau du projet.
- \* Grace au projet, le personnel a bénéficié d'une formation en informatique.
- \* L'assistant technique était bien intégré et a préconisé une approche de gestion basée sur les résultats.

### 3- Opinion des partenaires par rapport au projet et a sa gestion :

Voici la perception de la représentante du projet SDSH :

- \* Le projet a fait ses preuves sur le plan de la gouvernance.
- \* Le projet a contribué techniquement et financièrement au renforcement de la supervision intégrée.
- \* La fermeture du projet a créé un vide parce que l'assistant technique était disponible pour n'importe quelle activité du bureau départemental.
- \* Le consultant a initié dans le BSD l'habitude du travail en équipe et du cofinancement de certaines activités (supervision, réunion, formation).

### 4- Participation des entités faisant partie du département sanitaire.

- \* Les responsables de l'hôpital ont été associés aux activités du projet
- \* L'hôpital départemental a bénéficié d'un plan de réhabilitation physique et d'un document de travail pour l'amélioration des soins.

### 5- Efficience du projet dans le Département du Nord-Ouest :

Cette analyse est faite sans considération sur la pertinence et l'opportunité du projet, de ses objectifs et résultats attendus. (Voir tableaux suivants)

Objectif Spécifique : Renforcer les capacités des Dir. San. Dép. en vue de la mise en œuvre des orientations nationales

Résultats attendus		Atteint	Non atteint	Commentaires du Consultant
Un plan de développement sanitaire est élaboré dans le Département Sanitaire sous la supervision de la direction sanitaire en interaction avec l'ensemble des acteurs concernés et en tenant compte des priorités nationales.		****		Le département sanitaire n'a pas une autonomie financière et administrative. Le bur.san. dép. n'a pas non plus l'autorité pour élaborer de façon indépendante un plan de développement sanitaire.
La direction sanitaire départementale est en mesure de monter des plans, programmes, projets, et de mobiliser des fonds pour la mise en œuvre des interventions.		****		Le bureau Sanitaire départemental a les compétences et les capacités requises, Cependant il n'a pas encore l'autorité légale pour mobiliser des fonds de façon autonome au nom de l'état haïtien.
L'organisation et le fonctionnement de la Dir. San. Dep.est rationalisée pour répondre aux exigences de sa mission.			****	La présence de l'Assistant technique a permis d'améliorer le style de travail au Bureau Sanitaire Départemental. Cependant ce bureau ne peut pas statuer sur sa structure organisationnelle et les modalités de son fonctionnement.

**Objectif spécifique :**

Mobiliser les acteurs autour d'approches de prestation et de financement en réponse aux besoins et attentes de la population.

<b>Résultats attendus</b>	<b>atteint</b>	<b>Non atteint</b>	<b>Commentaires du Consultant</b>
Dans chacun des trois dép., les services de santé sont organisés de manière globale, centrés sur le patient, prenant en compte tous les aspects du paquet minimum de services.		****	Le projet n'avait pas les capacités financières pour atteindre ce résultat. La multiplicité des acteurs indépendants et des projets verticaux rendait l'atteinte de ce résultat très aléatoire.
Les personnels des directions sanitaires départementales et les travailleurs des institutions de santé travaillent ensemble sur des actions définies en commun et dont ils partagent les résultats.		****	Le travail des institutions est déjà défini par le PMS et les manuels d'organisation et de prise en charge. Le projet n'avait pas le financement nécessaire pour corriger les faiblesses et les déficits enregistrés dans les institutions de prestation de soins.
Les départements ont une expérience significative de financement solidaire des soins de santé.		****	Le financement basé sur la performance n'a pas encore été adopté officiellement par le MSPP.

## 6- Impact du projet dans le Département du Nord-Ouest:

En absence d'actions décisives ciblant les institutions de prestation de soins du Département, le Consultant fera seulement l'analyse des capacités potentielles de gestion du bureau sanitaire départemental du Nord-Ouest :

- Conformité de la structure organisationnelle : L'absence de références ne permet pas de statuer sur cette conformité .Le Bur. San. Dép. possède cependant une structure qui l'habilite à gérer tous les aspects promotionnels et préventifs des soins de santé essentiels.
- Capacités de planification – Suivi - Evaluation : Le département n'a défini aucun cadre normatif définissant le contenu et les modalités opérationnelles du cycle .Actuellement le département peut disposer d'une plateforme des acteurs, d'un diagnostic du secteur santé, de la cartographie des institutions de santé pour appuyer ses démarches de planification. Les faiblesses du système départemental d'informations sanitaires sont liées à celles du système national d'informations en santé.

Capacités de gestion des ressources matérielles: Le bureau départemental est en possession de tous les instruments nécessaires pour ce type de gestion; leur appropriation reste à réaliser. Par exemple le bureau travaille : sans une liste type de matériel et d'équipement par niveau de prestation de soins et par services, sans un plan d'approvisionnement des institutions, sans un plan d'inventaire, sans un plan d'entretien des bâtiments et équipements, sans un mécanisme institutionnel de surveillance de l'utilisation des intrants.

Capacités de gestion du personnel : Le bureau départemental est en possession de tous les outils et instruments nécessaires. Il lui manque seulement l'appui éclairé des structures centrales pour l'appropriation et l'institutionnalisation de ces outils et instruments.

Capacités de gestion financière : Le Bureau départemental est en possession de tous les instruments nécessaires.

Capacités pour la supervision : Le bureau départemental est en possession du Manuel de Supervision, avec les protocoles et listes assortis. Il a cependant une faible capacité pour l'impression et la reproduction des outils nécessaires. Les données de la supervision ne sont pas non plus systématiquement utilisées à des fins de prise de décisions.

Capacités de gestion des Programmes : Le bureau départemental dispose de responsables pour tous les aspects promotionnels et préventifs des soins essentiels de santé; ces responsables ont en leur possession tous les instruments nécessaires à l'accomplissement de leurs tâches. Comme pour les autres départements, le profil actuel des responsables techniques ne leur permet pas de surveiller et d'encadrer la prestation de soins curatifs de certaines interventions (SONUB-SONUC) par exemple.

- Capacités de coordination et multipartenarite : Le bureau de coordination peut compter sur l'appui d'une plateforme santé. Il a établi aussi des relations avec différents Ministères; ces interrelations restent informelles et ne sont pas supportées par un plan de coordination qui définirait les modalités et les mécanismes du « faire ensemble »

### **7- Documents reçus et analyses :**

L'équipe d'évaluation n'a reçu que la copie dure du document de diagnostic sanitaire du département. Les autres documents promis sous format électronique n'ont pas été reçus.

### **8- Conclusion :**

Sur le plan global, le Projet a été bien apprécié tant par les autorités sanitaires locales que par les partenaires de terrain. Sur le plan de l'efficience, deux (2) résultats seulement sur six ont été atteints. Cependant des résultats non anticipés ont été atteints; en particulier: La Supervision a été renforcées – le personnel a été entraîné en informatique – le bureau départemental a fait l'expérience du cofinancement de certaines activités par deux projets différents. En l'absence de référence sur les responsabilités, les tâches spécifiques, niveau d'autorité des directions départementales, le Projet ne pouvait pas avoir d'impact durable sur le bureau départemental. A part l'hôpital départemental qui a reçu un appui pour l'élaboration d'un Plan d'Amélioration de la Qualité des Services, le Projet n'a pas atterri dans les Institutions de Prestation de Soins.



### **Conclusions Générales sur les Capacités potentielles de Gestion des Directions sanitaires départementales :**

Les trois Directions Sanitaires Départementales remplissent potentiellement et partiellement certaines conditions nécessaires à une gestion correcte des programmes et soins de santé :

- Elles ont toutes une structure hiérarchisée; même si ces structures sont incomplètes.
- Elles sont en possession de certains documents d'orientations nationales (Politiques – Plans directeurs – Plans stratégiques par programme – Manuel d'organisation des services – Manuels de prise en charge des patients – Manuels de gestion administrative et financière –etc.)

#### **- Les problèmes des directions sanitaires départementales résultent de :**

- La non appropriation et la non institutionnalisation systématique des prescrits des orientations nationales exprimés à travers les documents suscités.
- L'absence ou l'insuffisance d'un budget d'opération adéquat et suffisant.
- Le flou entretenu sur leur niveau d'autorité et d'autonomie, la structure organisationnelle des directions sanitaires départementales.
- La persistance de déficits non comblés tant en personnel qu'en matériel et équipement de base.
- L'absence de supports effectifs et efficaces de la part des structures centrales du MSP.
- Les difficultés des autorités sanitaires départementales pour concilier le « Vouloir Faire – Le Savoir Faire – Le Pouvoir Faire »

### **Conclusions Générales :**

Le projet de partenariat pour le développement des départements sanitaires tel que conçu a été mis en œuvre de décembre 2010 à décembre 2012. Il a comporté 1 objectif général, 3 objectifs spécifiques, 8 résultats finaux.

#### **Par rapport aux résultats :**

- L'objectif général n'a pas été atteint :
- 2 résultats liés aux objectifs spécifiques ont été atteints : L'élaboration de plans de développement sanitaires pour les Départements concernés – Le renforcement des capacités de Planification des Directions Départementales concernées.

#### **Par rapport aux résultats intermédiaires :**

- Chaque direction départementale peut compter sur l'appui d'une plateforme santé
- Chaque direction départementale dispose d'un document de diagnostic pour alimenter ses exercices de planification.
- Les compétences et capacités ont été renforcées pour la supervision.
- Les directions départementales ont développé un style de travail plus efficace basé sur le travail d'équipe et la réflexion stratégique.

Dans l'ensemble, tant les cadres des directions départementales que des partenaires ont émis une opinion positive sur l'utilité du projet et l'apport des assistants techniques.

### **Les Leçons Apprises :**

L'analyse du processus d'élaboration et de la mise en œuvre a permis de tirer les leçons suivantes :

- La non priorisation des problèmes et l'établissement d'un ordre logique de résolution de ces problèmes a constitué un obstacle à l'attente de résultats du Projet.
- La non implication des structures centrales clé du Ministère de la Santé dans la planification et la mise en œuvre du Projet n'a pas facilité son appropriation et son institutionnalisation.
- L'organisation d'une activité de consensus building avec les Responsables et le personnel concernés par le Projet a facilité une mise en œuvre immédiate et une bonne appropriation dans le Département du Sud.
- Les compétences techniques des Consultants déployés dans les Départements et leur disponibilité pour les Bureaux Départementaux ont constitué une valeur ajoutée pour la production de résultats non anticipés par le Projet.

### **Recommandations :**

Dans l'éventualité de la continuation du Projet ou de son extension à d'autres départements, le Consultant recommande :

- L'établissement d'un consensus avec les autorités sanitaires autour des mécanismes d'appropriation et d'institutionnalisation du Projet.
- L'inventaire des orientations nationales en terme de politique – Mécanismes – Normes d'Organisation et de Prise en Charge – Outils Instruments Plans pour accompagner leur mise en œuvre dans le cadre du renforcement institutionnel et au besoin corriger les déficits.
- La résolution d'abord des problèmes structurels de fonds (rôles et responsabilités spécifiques, organisation, niveau d'autorité et d'autonomie des directions départementales non définis) avant d'adresser les problèmes opérationnels.
- L'établissement de Plans spécifiques de Renforcement tant pour les Directions Centrales que pour le système départemental de gestion et de prestation de soins de santé, après l'établissement d'un état des lieux pour chaque entité
- La coordination opérationnelle et le cofinancement avec des opérateurs de terrain déjà investi dans le renforcement institutionnel.
- La priorisation des problèmes et l'établissement d'un ordre logique de résolution
- La priorisation des interventions et un choix stratégique de celles que l'enveloppe budgétaire disponible peut supporter.

## Annexe I

### Personnes rencontrées :

#### Niveau central :

-Dr Olivier Inginda	Assistant technique central
-Dr Alceus	Dir UPE/MSPP
-Dr D François	Dir UADS/MSPP

#### Département de la Grand'Anse

-Dr Dady Montinor	Dir départ.
-Mme Patricia François	Coord. UCS Jérémie
-Mme Marguerite Colas	Epid départ
Mme Conceptia Pamphile	Ass.Dir.Hop. Départ.
Dr Ronel Bourdeau	Dir. Med. HHF
Mme Betty O. Magloire	Dir Progr. Comm. HHF

#### Département du sud

-Dr Bernard Fevrier	Dir. Depart.
Dr Pascal	Ass. Tech. Départ
Elie Juin	Cons.Tech
Mme Chaudry	Resp. Progr.
Véronique Présumé	Resp.CSL Tiburon
Dr S Louissaint	Ex Dir. Départ

#### Département du Nord-Ouest.

Dr Rony Pierre	Dir. Départ.
Calixte Pierre	Resp. Ress. Hum.
Elizabeth E. Bastien	Cons. Tech. SDSH
Dr Polycarpe	Dir. Hop. Depart

## **Annexe II**

### **Plan d'Analyse**

Suivant les termes de référence, la mission de consultation consiste à réaliser l'évaluation de la mise en œuvre du Projet AEDS dans trois (3) Départements Sanitaires du Pays. Pour arriver à ses fins, la firme dans sa démarche méthodologique considèrera les domaines d'analyse suivants :

- 1- Les modalités institutionnelles de l'élaboration et de la mise en œuvre du Projet AEDS;
- 2- Les progrès enregistrés sur le plan programmatique par chaque Direction Départementale visée dans la mise en œuvre du Projet (par rapport aux objectifs, résultats et delivrables attendus);
- 3- L'impact du Projet sur le fonctionnement des Directions Départementales visées : Capacité potentielle des Directions Départementales à s'acquitter avec efficience et efficacité de leur mission;
- 4- L'impact du Projet sur la performance des institutions de prestation de soins.

#### **Domaine d'Analyse :**

#### **Modalités institutionnelles d'élaboration et de mise en œuvre du Projet EADS :**

#### **Question d'Évaluation :**

- Mécanisme institutionnel de coordination à l'occasion de l'élaboration du Projet et dans sa mise en œuvre permet-il l'appropriation de ce Projet par les Directions Départementales et les Directions Centrales concernées du MSPP?
- Le mécanisme institutionnel de mobilisation de ressources permet-il une canalisation équitable?
- Existe-t-il un cycle national intégré de planification de suivi et d'évaluation établi dans le temps, qui intègre tous les acteurs impliqués dans le Projet?

Aires d'Analyse	Indicateurs	Moyens d'investigation	Sources d'information
Mobilisation de Ressources	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'un mécanisme formel de mobilisation des ressources financières et techniques</li> <li>• Existence de mécanismes formels de priorisation pour l'allocation de ressources techniques et financières sur une base équitable</li> <li>• Existence de mécanismes formels pour la canalisation et la surveillance de l'utilisation des ressources techniques, financières et autres ressources.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviews structurées</li> <li>• Analyse de document</li> </ul>	Directions Départementales et Staff
Coordination, Articulation, Intégration des Directions Centrales et Départementales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'un cadre institutionnel formel pour la coordination des actions des Directions Centrales et Départementales concernées par le Projet</li> <li>• Existence d'un Plan de Coordination</li> <li>• Existence de mécanismes pour l'intégration et la complémentarité des actions des différentes directions concernées</li> <li>• Fréquence des réunions de coordination à des fins de prise de décision</li> <li>• Disponibilité des rapports de suivi des décisions prises au cours des réunions.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviews structurées</li> <li>• Analyse de document</li> </ul>	Directions Départementales et Staff

<b>Aires d'Analyse</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Moyens d'investigation</b>	<b>Sources d'information</b>
Cycle de planification, suivi, évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'un cadre institutionnel formel pour l'élaboration de Plans intégrés et les exercices de programmations</li> <li>• Existence de Plans consolidés incluant les activités de tous les programmes</li> <li>• Existence d'un Plan consolidé de suivi et d'évaluation ciblant tous les programmes</li> <li>• Existence d'outils d'instruments pour la collecte des informations sanitaires à tous les niveaux de prestation de soins et de gestion</li> <li>• Existence de Plan de reportage et de mécanismes institutionnels pour l'exploitation des informations à des fins de prise de décision.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviews structurées</li> <li>• Analyse de document.</li> </ul>	Directions Départementales et Staff.

**Domaine d'Analyse :**

**Les Progrès réalisés par chaque Direction Départementale en relation avec les objectifs, les résultats et les livrables attendus**

**Question d'Évaluation :**

Par rapport aux objectifs et aux résultats attendus et aux livrables, quel est le niveau des réalisations constatées?

<b>Objectifs</b>	<b>Delivrables</b>	<b>Moyens d'investigation</b>	<b>Sources d'information</b>
<p>Renforcer les capacités des Directions Départementales Sanitaires en vue de la mise en œuvre des orientations nationales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les tables sectorielles départementales ont défini un agenda de travail et initié son exécution</li> <li>• Le cycle départemental de planification est défini et mise en œuvre</li> <li>• Des rapports d'activités sanitaires sont produits périodiquement</li> <li>• Un plan de développement sanitaire est élaboré pour le Département sur une base participative et diffusé</li> <li>• Le Plan d'action 2012-2013 est élaboré sur la base du Plan de Développement.</li> </ul>		
<p>Dans chacun des trois (3) départements les activités se mobilisent autour d'approches de prestation et de financement centrées sur les besoins et les attentes de la population.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des activités réalistes et finançables du PMS sont proposées comme niveau optimum à atteindre dans le cadre des Projets leviers.</li> <li>• Les chevauchements et trous de la couverture sanitaire sont utilisés et analysés</li> <li>• Un programme de supervision intégré est mis en place</li> <li>• Au moins un Projet levier est défini</li> <li>• Les Projets leviers sont exécutés et leur mise en œuvre est documentée.</li> </ul>		

Aires d'Analyse	Delivrables	Moyens d'investigation	Sources d'information
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les effets des politiques nationales de financement sur l'accès aux soins sont étudiés et diffusés</li> <li>• Un modèle du dispositif de financement et de protection sociale est adopté et mis en œuvre</li> </ul>		
Contribution au niveau Central à une prise de décision stratégique et politique basée sur les réalités de terrain.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un manuel d'opérations de la planification est disponible</li> <li>• Des notes techniques et stratégiques basées sur les expériences des Départements Sanitaires sont soumises à la haute direction du MSPP.</li> </ul>		

### Domaine d'Analyse :

L'impact du Projet sur le fonctionnement des Directions Départementales : Capacité potentielle de ces Directions à s'acquitter de leur mission avec efficacité et efficience.

### Questions d'évaluation :

Quelle est la capacité des Directions Départementales à bien conduire les démarches liées aux éléments suivants du cycle de gestion sanitaire :

- 1- Organisation des espaces physiques de travail
- 2- Conformité de la structure organisationnelle du bureau départemental aux normes du MSPP.
- 3- Utilisation d'une carte sanitaire à des fins de planification.
- 4- Cycle de planification et de mise en œuvre.
- 5- Gestion technique des programmes.
- 6- Gestion du système départemental d'informations sanitaires.
- 7- Capacité de gestion du personnel.
- 8- Capacité de gestion du matériel et de l'équipement.
- 9- Capacité de gestion financière.
- 10- Capacité de supervision.
- 11- Coordination et partenariat.



### Plan de Collecte pour les Réponses à apporter

Aires d'Analyse	Indicateurs	Moyens d'investigation	Sources d'information
Utilisation de la Carte Sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'une Carte Sanitaire du Département avec délimitation des aires d'influence des institutions de soins</li> <li>• Utilisation de la Carte pour déterminer les aires géographiques du Département qui n'ont pas d'accès aux services de santé de base et spécifiquement pour les SSR/VIH</li> <li>• Utilisation de la Carte Sanitaire à des fins de planification</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviews structurées</li> <li>• Analyse de document.</li> </ul>	Directeurs Centraux et Staff.
Conformité de la structure organisationnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Degré de conformité du Bureau Départemental aux normes d'organisation du MSPP</li> <li>• Existence d'un document d'analyse de postes et description de tâches pour chaque membre du personnel cadre du Bureau</li> <li>• Existence de déficit en équipement et matériel au niveau du Bureau Départemental</li> </ul> <p>En particulier pour la Santé de la Reproduction.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les structures prévues dans l'organigramme du Ministère sont-elles fonctionnelles?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviews structurées</li> <li>• Analyse de document.</li> </ul>	Directeurs Centraux et Staff.
Organisation physique du Bureau	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adéquation de l'environnement physique du Bureau au travail exigé du personnel cadre.</li> </ul>	Observation	
Cycle de Planification et de mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence de directives ou de procédures formelles pour la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités</li> <li>• Le processus est-il participatif.</li> </ul>		

Aires d'Analyse	Indicateurs	Moyens d'investigation	Sources d'information
	<p>Quels sont les mécanismes mis en place pour inciter la participation? :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les Plans sont appuyés par des programmations mensuelles et trimestrielles élaborées par toutes les institutions</li> <li>• Existence d'un Plan de Suivi des Activités Programmées</li> <li>• Les recommandations des activités de suivi/évaluation sont-elles prises en compte.</li> </ul>		

Aires d'Analyse	Indicateurs	Moyens d'investigation	Sources d'information
Gestion Technique des Programmes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence de Manuel d'Organisation des Services pour chaque volet programmatique et aires d'activités</li> <li>• Existence de Manuel de Normes et Protocoles de prise en charge pour chaque volet programmatique</li> <li>• Existence de Plans standards d'orientation du personnel pour chaque volet programmatique</li> <li>• Existence d'un cadre institutionnel formel pour la supervision intégrée</li> <li>• Existence d'un cadre institutionnel formel pour l'évaluation des performances individuelles et institutionnelles.</li> </ul>		
Gestion du Système Départemental d'informations sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'un Plan consolidé de suivi et d'évaluation ciblant tous les Programmes</li> <li>• Existence d'un Plan et d'Outils de collecte</li> <li>• Existence d'un Plan de Reportage</li> <li>• Existence de mécanismes institutionnelle pour l'exploitation des Rapports.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviews structurées</li> <li>• Analyse de document.</li> </ul>	Directeurs Centraux et Staff.
Capacité de gestion du personnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'un manuel de gestion du personnel</li> <li>• Existence de politiques formelles d'évaluation de la performance du personnel</li> <li>• Existence d'un document d'analyse de postes et de description de tâches pour chaque catégorie professionnelle et à tous les niveaux de gestion et de prestation de soins dans le Département</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviews structurées</li> <li>• Analyse de document.</li> </ul>	Directeurs Centraux et Staff.

Aires d'Analyse	Indicateurs	Moyens d'investigation	Sources d'information
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évidence que chaque professionnel du Département Sanitaire est en possession de son document de description de tâche</li> <li>• Existence d'une liste type de personnel par niveau de gestion, par type d'institutions et par services.</li> </ul>		
Capacité de gestion du matériel et de l'équipement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'une liste type d'équipements par niveau de gestion</li> <li>• Existence d'une liste type d'équipement, de médicaments et de matériels par programme, type d'institutions, services</li> <li>• Existence d'un manuel et outils pour la gestion de stock</li> <li>• Existence d'un manuel et outils pour la gestion des pharmacies institutionnelles</li> <li>• Existence d'un plan et procédures pour l'approvisionnement</li> <li>• Nombre de ruptures de stock pour un intrant spécifique durant l'année 2012</li> <li>• Existence d'un Plan d'Inventaire des rapports d'inventaires pour l'année 2012</li> <li>• Existence d'un Plan de maintenance des locaux et de l'équipement.</li> </ul>		

Aires d'Analyse	Indicateurs	Moyens d'investigation	Sources d'information
Capacité de Gestion Financière	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'un Manuel de gestion financière</li> <li>• Existence d'instruments et outils pour la gestion financière</li> <li>• Évidence de l'utilisation du manuel des outils et instruments pour la gestion financière</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviews structurées</li> <li>• Analyse de document.</li> </ul>	Directeurs Départementaux et Staff.
Capacité pour la Supervision.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'un Manuel de Supervision</li> <li>• Existence d'un Plan Départemental de Supervision</li> <li>• Évidence de l'utilisation de protocoles et de listes de contrôle dans les activités de supervision</li> <li>• Évidence de suivi des activités de supervision.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviews structurées</li> <li>• Analyse de document.</li> </ul>	Directeurs Départementaux et Staff.
Coordination et partenariat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'un Plan de Coordination</li> <li>• Existence de mécanismes formels de coordination</li> <li>• Évidence de la mise en œuvre du Plan de coordination</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviews structurées</li> <li>• Analyse de document.</li> </ul>	Directeurs Départementaux et Staff.

## Impact du Projet sur la performance

**Domaine d'Analyse : Des Institutions de Prestation de Soins; disponibilité des services**

### Questions d'Évaluation :

- Quels sont sur le plan normatif les services à offrir par chaque type d'institutions et avec quelles ressources ?
- Quels sont les services réellement offerts par chaque institution?
- Quels sont les déficits en termes de ressources pour produire les services?
- Quelle population et quelle aire géographique desservent les structures existantes?

### Plan de Collecte

Aires d'Analyse	Indicateurs	Moyens d'investigation	Sources d'information
Organisation générale des Institutions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adéquation de l'environnement général de l'institution par rapport aux services à donner</li> </ul>	Visite guidée	
Application des Normes de Prestation de Soins en SSR- Santé Maternelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Différence entre les services à offrir suivant les normes et ceux réellement offerts</li> <li>• Fonctionnement du système de référence et contre référence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviews structurées</li> <li>• Analyse de document.</li> </ul>	Responsables des Institutions et Staff.
Organisation des institutions pour la prestation des soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nature et ampleur de déficits éventuels en personnel et intrants</li> <li>• Fonctionnalité du SIS</li> <li>• Fonctionnalité de la pharmacie</li> <li>• Distribution des rôles et responsabilités</li> <li>• Connaissance des tâches à exécuter par chaque membre du personnel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviews structurées</li> <li>• Analyse de document.</li> </ul>	Responsables des Institutions et Staff.

<b>Aires d'Analyse</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Moyens d'investigation</b>	<b>Sources d'information</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adéquation des unités de production de soins par rapport aux normes.</li> <li>• Gestion du flux de patients dans les établissements de santé.</li> </ul>	Visite guidée	
Intégration des Services	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interconnexion entre les services.</li> <li>• Mise en commun des ressources.</li> <li>• Intégration physique des services.</li> </ul>	Interview observation	Responsables des Institutions et Staff
Support reçu du Bureau Départemental et des Directions Centrales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de visites de supervision reçu du Bureau Départemental durant l'année 2012.</li> <li>• Nombre de visites de supervision reçu des Directions Centrales durant l'année 2012.</li> </ul>		

**Domaine d'Analyse : Impact du Projet sur la performance des institutions de Prestation de soins.**

**Accessibilité Géographique et Institutionnelle aux Services**

**Questions d'Évaluation :**

- Quels sont les facteurs géographiques qui interfèrent avec l'accessibilité aux services?
- Quels sont les facteurs institutionnels qui interfèrent avec l'utilisation des services?
- Quels sont les problèmes non résolus confrontés par l'institution

**Plan de Collecte pour les réponses à apporter :**

Aires d'Analyse	Indicateurs	Moyens d'investigation	Sources d'information
Connaissance de l'aire géographique de responsabilité et son utilisation pour la planification.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification de l'aire géographique d'influence des institutions.</li> <li>• Connaissance de la distribution géographique des populations cibles.</li> <li>• Estimation de la distance à parcourir par les populations cibles pour utiliser les services.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviews structurées</li> </ul>	Responsables des institutions et son staff
Conditions financières pour l'utilisation des services	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'un système de recouvrement de coût.</li> <li>• Coût de l'enregistrement à l'institution par rapport au revenu moyen dans la zone d'influence.</li> <li>• Coût des services et médicaments non subventionnés par rapport au revenu moyen de la zone d'influence.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviews structurées</li> </ul>	Responsables des institutions et son staff
Organisation fonctionnelle des services	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conformité de la salle d'attente aux normes.</li> <li>• Conformité de l'aire d'enregistrement pour une bonne circulation des clients.</li> <li>• Superficie des cabinets de consultation par rapport aux normes.</li> </ul>	Observation	



Aires d'Analyse	Indicateurs	Moyens d'investigation	Sources d'information
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Configuration des cabinets de consultation pour répondre aux exigences de la confidentialité.</li> <li>• Gestion du flux de clients et temps d'attente.</li> <li>• Conformité aux normes des salles d'hospitalisation.</li> <li>• Conformité aux normes de la salle de travail.</li> <li>• Conformité aux normes de la salle d'opération.</li> <li>• Conformité aux normes des services auxiliaires.</li> <li>• Conformité aux normes des facilités sanitaires.</li> <li>• Horaire pour les services ambulatoires.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conformité aux normes des facilités sanitaires.</li> <li>• Horaire pour les services ambulatoires.</li> </ul>		
Stratégies avancées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Démarches et actions entreprises par l'institution pour augmenter le niveau d'accès aux services de santé de base.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviews structurées</li> <li>• Analyse de documents</li> </ul>	Responsables des institutions et son staff
Performance de l'institution	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cibles par programmes et aires d'activités.</li> <li>• Niveau de couverture par programme et aires d'activités.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviews structurées</li> <li>• Analyse de documents</li> </ul>	Responsables des institutions et son staff

**Domaine d'Analyse : Impact du Projet sur les Institutions de Prestation de Soins :****Qualité des Services :****Question d'Évaluation :**

- Quelle est la capacité des institutions à donner des Services de Qualité?

Aires d'Analyse	Indicateurs	Moyens d'investigation	Sources d'information
Connaissance et application des normes techniques et d'organisation.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence, connaissance par le personnel, utilisation des Manuels publié par le MSPP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviews structurées</li> <li>• Analyse de documents</li> </ul>	Responsables des institutions et son staff
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité et compétence du personnel</li> <li>• Support reçu des niveaux hiérarchiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Régularité du personnel cadre.</li> <li>• Nombre et pourcentage du personnel du personnel cadre ayant reçu une formation axée sur les tâches.</li> <li>• Nombre d'épisodes d'absence du personnel cadre par catégorie en 2012.</li> <li>• Évidence de l'organisation de la supervision interne.</li> <li>• Nombre de visites de supervision externe reçues en 2012.</li> <li>• Magnitude des besoins en formation axée sur les tâches.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviews structurées</li> <li>• Analyse de documents</li> </ul>	Responsables des institutions et son staff
Disponibilité permanente des intrants et des unités de production de soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'épisodes et durée des ruptures de stocks enregistrés durant l'année 2012 pour un intrant donné.</li> <li>• Nombre d'épisodes d'indisponibilité d'une unité de services durant l'année 2012.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• interviews</li> </ul>	Responsables institutions et staff
Conformité aux normes des unités de soins.	Voir : Accessibilité - Organisation fonctionnelle des services.		

