
ANNEE UNIVERSITAIRE 2009-2010

***LE « DROIT A LA SANTE » DES POPULATIONS
VULNERABLES EN HAITI : LE ROLE DU MINISTERE
DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION
(MSPP)***

MEMOIRE D'ETUDE

POUR L'OBTENTION DU

MASTER 1 de Droit public, spécialité Politiques Publiques et Science politique

Option Ethique des Organisations et des professions

Présenté par :

Wendy ROCK

Tuteur :

Emmanuel CADEAU

Professeur de Droit et Maitre de conférences à la Faculté de Droit public et Science Politique de
l'Université de Nantes

DEDICACES

A ma famille, mes amis

Et

Les personnes défavorisées, particulièrement les femmes et les enfants en Haïti.

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION..... | 8 |
| METHODES ET MATERIELS..... | 14 |
| I- « DROIT A LA SANTE » ET DROIT DES POPULATIONS VULNERABLES..... | 15 |
| A- «DROIT A LA SANTE », UN CONCEPT JURIDIQUE EN CONSTRUCTION..... | 15 |
| 1. Du « droit de la santé » au « droit à la santé »..... | 16 |
| a) Le droit médical et la judiciarisation de la médecine..... | 16 |
| b) Le « droit à la santé », un « concept politique matriciel »..... | 18 |
| 2. « Droit à la protection de la santé » : la concrétisation du « droit à la santé »..... | 21 |
| a) La construction juridique du « droit à la protection de la santé »..... | 22 |
| b) « Droit à la protection de la santé » et les pauvres : la théorie des SSP..... | 28 |
| B- LE DROIT DES POPULATIONS VULNERABLES : QUELLE IMPORTANCE ?..... | 33 |
| 1. Les populations vulnérables : une réalité sociale complexe..... | 34 |
| a) Populations vulnérables : principales caractéristiques..... | 35 |
| b) Corriger la vulnérabilité : un nécessité de droit public..... | 38 |
| 2. Obstacles à l'accès aux soins : violation d'un droit inaliénable..... | 41 |
| a) Obstacles financiers..... | 42 |
| b) Obstacles non financiers..... | 47 |
| II- L'OPTIMISATION DE L'INTERVENTION SANITAIRE PUBLIQUE..... | 48 |
| A- LES FREINS AU DEVELOPPEMENT D'UN SYSTÈME DE SANTE EFFICACE..... | 48 |
| 1. Un système, des contradictions..... | 49 |
| a) Le système traditionnel haïtien : une médecine largement accessible..... | 50 |
| b) Le système moderne : une médecine exclusiviste et inefficace..... | 56 |
| 2. La politique de santé : des programmes fragmentés..... | 60 |
| a) Les « programmes verticaux » : un choix sociopolitique..... | 60 |
| b) Obstacles à la réussite des activités : résultat de certaines défaillances..... | 65 |

| | |
|---|----|
| B- L'OPTIMISATION DE L'OFFRE DE SOINS : POUR UNE NOUVELLE APPROCHE..... | 68 |
| 1. La mise en place de dispositifs adaptés : assurer le pilotage de l'offre de soins..... | 68 |
| a) La globalisation des services de santé..... | 69 |
| b) L'ouverture de l'hôpital : pour une mission sanitaire et sociale..... | 75 |
| 2. Renforcer la gouvernance sanitaire : un système au service de la population..... | 77 |
| a) La protection des droits des usagers..... | 78 |
| b) L'organisation des établissements et services de soins..... | 81 |
| CONCLUSION..... | 85 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 87 |
| TABLE DES MATIERES..... | 92 |

REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à adresser mes sincères remerciements à Monsieur Emmanuel CADEAU qui m'a permis de réaliser ce projet de mémoire dans le cadre du Master de droit public, spécialité Politiques publiques et Science politique. Il a été toujours disponible pour m'aider, ses conseils et suggestions toujours appropriés m'ont évité de m'égarer en des chemins divers durant ce parcours difficile. Car, le sujet du « droit à la santé » n'est pas facile à aborder puisqu'y jouent des intérêts particuliers.

Ensuite, je remercie toute l'équipe organisatrice du Master d'Ethique des Organisations et des Professions (METOP) de l'Université de Nantes, plus spécialement Mme GASSIE Brigitte (Responsable de la formation continue de l'Université de Nantes), le professeur FIALAIRE Jacques (Président) et tous les professeurs qui ont participé de manière active dans notre formation.

Un remerciement spécial à toutes ces personnes pour leurs conseils, leurs supports et leur participation d'une façon ou d'une autre dans ce travail : ma mère Mie Josette PETIT ROCK, mon père ROCK Jean, ma sœur aînée ROCK Kerlande et les autres, ma Bien-aimée JEANTY Esther, mes amis PAUL Jésusfort, DARIS Junior, PIERRE Rémy, MILIEN Pétion, Dr OBAS F. Thony, Dr ULYSSE Patrick...

Enfin, mes remerciements vont directement en direction de tous mes collègues Etudiants/es de L'Université de Nantes, de Zanmi lasante pour m'avoir mis en contact direct avec la réalité sanitaire de certains groupes vulnérables dans la société et tous/es ceux/celles qui, de loin ou de près, ont participé dans ma formation tout au cours de la vie.

Vous avez toute ma gratitude

LISTE DES ACRONYMES

| | |
|----------|---|
| APAAC : | Association pour la Prévention de l'Alcoolisme et Autres Accoutumances Chimiques |
| BID : | Banque Internationale de Développement |
| CC: | Coopération Canadienne |
| CF: | Coopération Française |
| CIFAS : | Centre d'Information et de Formation en Administration Sanitaire |
| DOT : | Traitement Directement Observable |
| DSNCRP : | Document de Stratégie Nationale pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté |
| EMMUS : | Enquête, Mortalité, Morbidité et l'Utilisation des Services |
| FNUAP : | Fonds des Nations-Unies pour l'Agriculture et la Population |
| HCR : | Hôpital Communautaire de Référence |
| HTA : | Hypertension Artérielle |
| IRA : | Infections Respiratoires Aigues |
| IST : | Infections Sexuellement Transmissibles |
| MDM : | Médecins Du Monde |
| MM : | Médecine Moderne |
| MSPP : | Ministère de la Santé Publique et de la Population |
| MT : | Médecine Traditionnelle |
| NTIC : | Nouvelles technologies de l'Information de Communication |
| OMD : | Objectifs Millénaires de Développement |
| OMS : | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG : | Organisation Non Gouvernementale |

ONUSIDA : Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA

OPS/OMS : Organisation Pan Américaine de la santé/Organisation Mondiale de la Santé

PCGE : Prise en Charge Globale de l'Enfant

PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PIB : Produit Intérieur Brut

PMS : Paquet Minimum de Services

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PROMESS : Programme de Médicaments Essentiels

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquis

SIS : Système de l'Information Sanitaire

SSP : Soins de Santé Primaires

SSPE : Soins de Santé Primaire de Premier Echelon

TB : Tuberculose

TPM⁺ : Tuberculose Pulmonaire à Microscopie positive

UCS : Unité Communale de Santé

UNICEF : Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance

USAID: United States Agency for International Development

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humain

INTRODUCTION

Si la santé a été longtemps vue comme un simple phénomène auquel chaque pays apportait des réponses particulières, les premières voix appelant à sa reconnaissance comme un droit à part entière furent celles de l’OMS. Dans sa charte, signée en 1946¹ par plusieurs Etats-membres, elle a pu tracer les lignes d’un principe de « la santé pour tous ». Et, c’est en référence à ce principe qu’il est aujourd’hui invoqué l’existence d’un « droit à la santé » des peuples que beaucoup de nations rechignent à rendre réellement effectif.

Haïti, pourtant l’un des signataires de cette charte, fonde son système de la santé publique sur la logique du partage direct des coûts avec les usagers. C’est-à-dire que le patient doit payer pour chaque acte médical dont il bénéficie (consultation, analyses de laboratoire, médicaments, etc.)². Il est alors établi des relations purement marchandes entre les usagers et les institutions prestataires de soins. En effet, cette logique a pour conséquence, et on ne pouvait s’attendre au contraire, la stricte limitation de l’accès aux soins pour les personnes dont les revenus sont les plus faibles de la population. Une situation qui ne tardera donc pas à devenir une charge insoutenable par les citoyens des couches pauvres de la population et dont le système sanitaire moderne ignore l’existence des nécessités en soins de santé.

Pour certains experts, la nature même du système sanitaire constitue la clé de l’explication des inégalités sociales de santé en Haïti. Le fait de payer directement les frais de chaque acte de services provoque non seulement un ralentissement considérable des demandes en matière de soins, mais aussi renforce l’exclusion des populations les plus défavorisées qui ne peuvent pas se payer des services de plus en plus chers. Ainsi l’utilisation de la médecine moderne reste-t-elle un luxe dans la société pour une grande partie de la population, vivant surtout en milieu rural. Autrement dit, aux inégalités sociales, économiques entre personnes de faibles revenus et personnes de revenus plus ou moins élevés s’ajoutent des inégalités géographiques entre régions rurales et urbaines.

Les dernières enquêtes concernant certains indicateurs fondamentaux de santé révèlent que le système de la santé publique haïtien est l’un des plus défectueux dans l’hémisphère occidentale,

¹ La constitution de l’OMS, 22 juillet 1946

² ALTARAS R, Résumé exécutif du rapport : améliorer l’accès financier aux soins de santé primaires pour les populations rurales vulnérables, Médecins du Monde, oct. 2009.

notamment en Amérique Latine³, où les conditions de santé sont les plus mauvaises. Selon ces études, les facteurs environnementaux, les modes de vie et la biologie humaine sont des éléments révélateurs du niveau de performance du système de soins haïtien. Il a été révélé des liens étroits entre la maladie, les blessures et le niveau de bien être économique, le sexe et l'âge des citoyens haïtiens : plus on est pauvre et âgé, plus on est blessé ou malade, et plus on court le risque de ne pas recevoir des soins nécessaires à son cas. En fait, les services de santé sont deux fois moins utilisés par les personnes pauvres que les personnes riches, soit 36% contre 15%⁴. Ce qui confirme l'existence d'une grande différence dans la fréquentation des niveaux des services entre pauvres et riches : lorsque les pauvres utilisent les services de premier échelon (les centres de santé) dans 36% des cas, les riches préfèrent les services de second échelon (les hôpitaux) dans une proportion de 66%. Seulement 23% des cas de naissance survient en milieu hospitalier, contre une forte proportion de 76% à la maison. Tandis que les femmes accouchées assistées par du personnel qualifié ne dépassent pas 26%, dont 64.7% en faveur des personnes riches contre seulement 6.4% des pauvres⁵.

Toutefois, les obstacles à l'accès aux soins, plus précisément à la fréquentation d'un établissement de santé ne se limitent pas au fait de disponibilité de services ou de l'existence de suffisamment d'établissements de santé, mais également se renvoient à des problèmes liés à la proximité, aux équipements disponibles, à la compétence du personnel, à l'accueil et au temps d'attente et au coût financier des soins.

A coté des inégalités entre différents groupes de la population existent d'autres formes d'inégalités en matière de santé: il s'agit de disparités entre les différentes régions du pays. Les demandeurs de soins des milieux urbains parcourent une plus courte distance que leurs concitoyens ruraux. 47% de ces derniers marchent 5 à 15 km à pied ou au dos d'animal pour trouver un établissement de santé. Le temps (la durée) qu'ils doivent mettre pour arriver à destination dépend à la fois de la distance à parcourir et du moyen utilisé, ce qui réduit considérablement leur faible chance de recevoir les soins nécessaires⁶.

Dans le même temps, l'aire métropolitaine reste la plus privilégiée de toutes les régions du pays. Les malades qui s'y trouvent, pour un taux de 60%, accèdent plus facilement à des hôpitaux, alors que

³ Pour la période 1995-00, la mortalité maternelle se situait à 390/100.000 pour la Bolivie, 95/100.000 pour la Jamaïque et 523/100.000 pour Haïti, MSPP, plan stratégique national pour la réforme du secteur de la santé, Aout 2005, p42.

⁴ EMMUS IV, IHSI, Haïti, 2007, pp.314-15.

⁵ ALTARAS Robin, op.cit., p.2

⁶ ibid

les habitants des régions rurales ne fréquentent que des centres de santé⁷ sous équipés. Il existe encore un taux de 40% des femmes des milieux urbains parcourant une distance de quinze (15) km pour trouver un Hôpital, et on trouve 59% des femmes rurales dans cette situation. La grande différence ne réside pas nécessairement dans ces chiffres, mais plutôt dans la distance parcourue à pied par faute d'autre alternative de transport. Malgré la libéralisation du système de la santé haïtien, l'accès à un cabinet privé en milieu rural reste problématique : 56% des femmes marchent pendant 15km⁸ pour en trouver un. Cela sous-entend que le problème d'accès aux soins va au-delà d'une approche véhiculant que l'offre conditionne la demande.

D'ailleurs, pour les citoyens haïtiens, les obstacles à l'accès aux soins ne s'expliquent pas que par le coût financier (leur deuxième préoccupation). Leurs principaux soucis sont liés au manque d'équipements et à la compétence du personnel qui leur sert. Ce sont ces préoccupations qui en partie intensifient l'érosion d'une confiance déjà mise à mal entre les patients et les prestataires et qui, définitivement découragent les citoyens lorsque s'ajoutent d'autres difficultés (l'obligation de parcourir de longues distances) leur poussant vers les praticiens traditionnels⁹.

En fait, observant de près la réalité, on serait amené à penser que cette situation de vulnérabilité est encouragée par les autorités du pouvoir publique. D'ailleurs, d'un point de vue légal, le ministère de la santé publique, instance étatique garante de la protection de la santé de la population, s'est disposé d'un décret-loi « d'organisation et de fonctionnement » que très récemment en 2006¹⁰. Alors que depuis 1986, après le départ des Duvalier, dans un souci de s'adapter aux exigences sociales, économiques et politiques du pays, il a connu diverses mesures de modification au niveau de sa structure organigramme.

Jusqu'à nos jours, sur les 27.750 km² du territoire d'Haïti, le système de la sante publique se dispose seulement 615 institutions sanitaires, dont 34% relève de l'Etat, 40% du secteur privé à ou sans but lucratif et 24,5% d'institutions mixtes. Le pourcentage d'hôpitaux représente seulement 8.3%. En

⁷ EMMUS IV, op.cit, pp.314-315

⁸ ALTARAS, op.cit.

⁹ EMMUS, op.cit., pp317-319)

¹⁰ HENRYS Jn Hugues, dans un travail de *Compilation de données sanitaires de routine : 2001*, parle de 1982 comme l'année à laquelle le MSPP a été disposé d'une loi organique. On peut supposer alors que le dernier décret loi en est une révision. MSPP, janvier 2003.

ce qui concerne les communes, seulement 22/133, soit 16.3%, disposent d'institutions de second échelon, c'est-à-dire des hôpitaux communautaires de référence¹¹.

Cela explique pourquoi, depuis 1979 jusqu'à la veille de l'année 2000, la médecine scientifique a couvert entre 20%¹² à 60% des demandes en soin de santé exprimées par les citoyens Haïtiens. Ce progrès a été enregistré grâce à la contribution des ONG et la communauté internationale¹³. Cependant, l'Etat n'a pas prévu de dépenser plus que 29.50 gourdes par an pour chaque citoyen haïtien. Jusqu'aux années 1995-96, la contribution de l'Etat aux dépenses nationales de santé n'a pas excédé 10.4%, là où la participation des citoyens Haïtiens a atteint 21%, celle des ONG 36.7% et l'international 31.8%. Un peu plus tard en 1999, la participation des autres acteurs va chuter considérablement en provoquant une augmentation des dépenses des citoyens passant de 21 à 48%, dont 45% au profit des cliniques privées¹⁴.

Il est à encourager, malgré tout, les efforts actuellement des autorités pour doter le ministère d'une structure adéquate pouvant faire face aux difficultés du moment. Car, les différentes directions de la structure organisationnelle du ministère ne permettaient pas d'influencer les résultats. C'est pour cette raison qu'on a entamé un processus de décentralisation de la santé¹⁵ qui devrait passer par l'implantation des unités communales de santé (UCS). Celle-ci serait une entité du système hiérarchique dont la mission est à la fois de regrouper les différentes communes d'une région et rapprocher les principaux acteurs intéressés par la santé (l'Etat, la population bénéficiaire et les prestataires). Mais, jusqu'à présent le processus reste bloqué et qu'en termes de résultats escomptés, les Haïtiens doivent attendre.

Une autre découverte intéressante au cours de notre documentation, c'est l'inadéquation des mesures politiques engagées par rapport aux problèmes de santé du pays. Par exemple les infections respiratoires aiguës (IRA) et l'hypertension artérielle (HTA) comptent parmi les premières causes de morbidité de la population haïtienne, occupant respectivement la première et la cinquième place¹⁶,

¹¹ Ibid., pp.8-10.

¹² DELBEAU, 1994.

¹³ A. D. D., Yanick, « médecine traditionnelle : approche globale et application en Haïti », Montréal-Québec, 2004, in *Cours population et Santé*, recueil de textes, Faculté des Sciences Humaines, Port-au-Prince, juillet 2009.

¹⁴ IHSI, par DANDIN ; MSPP, 2005, pp88-89.

¹⁵ DAMIER (E), « les unités communales de santé (UCS) », *REFIPS*, vol. 5, #4, printemps, 1997 ; MSPP, plan stratégique national pour la réforme du secteur de la santé, 2005.

¹⁶ Il y a des variations entre les données recueillies par le MSPP et celles de la coopération cubaine en Haïti quant aux maladies occupant les 2^e, 3^e et 4^e places, tandis que l'IRA et l'HTA conservent les mêmes places.

pourtant, ne bénéficient pas l'attention des autorités publiques. Donc ne font pas parti des maladies prioritaires des « programmes verticaux » actuels¹⁷.

Ce survol des faits nous conduit à poser, d'une façon claire ne serait-ce que pour le besoin de notre démarche, ce que nous entendons par populations vulnérables. A notre avis, « ce sont les groupes de personnes de la société dont les conditions d'existence soumettent à des risques élevés de maladies, susceptibles de rencontrer les plus grands obstacles à accéder aux établissements et services de soins, à recevoir les soins de qualité inférieure et insuffisants par rapport à leurs besoins pluriels, qui sont traités indignement (même par les autorités publiques) à cause de leur appartenance et statut social défavorisé, lesquels traitements ne sont pas réservés aux autres groupes de statut social plus élevé de la population. » En fait, si la vulnérabilité des personnes s'explique par leur exclusion ou tout simplement leur discrimination du système de santé, la vulnérabilité des régions renvoie aux problèmes liés à la disponibilité des services (absence de dotation et de financement), à la répartition du personnel et des équipements. Autrement dit, les personnes défavorisées rencontrent des obstacles à accéder aux services de soins, tandis que les régions vulnérables ne disposent pas de ces services. Cela pose la corrélativité entre ces deux réalités.

En revanche, l'une des manières à corriger cette situation réside dans la reconnaissance des citoyens entant que des sujets disposés de droits, notamment de « droit à la protection de la santé ». Cette reconnaissance devrait orienter les politiques de santé vers la réduction au fur et à mesure des inégalités. Pourtant, tout au cours de la recherche, nous avons constaté qu'aucune référence au droit des citoyens n'a été faite ni même percevoir les citoyens comme des sujets de droit. Cela nous a poussé à anticiper notre réponse, en posant l'idée que « soit les autorités publiques sanitaires ne considèrent pas la santé comme un droit dont dispose le citoyen soit qu'elles choisissent de l'ignorer et se détourner l'attention des besoins sanitaires des populations vulnérables.»

Ainsi, pour appuyer notre position, avons-nous avancé que les obstacles liés à l'accès aux soins sanitaires en Haïti ne sauraient se limiter au seul aspect financier. Il convient de rechercher l'interconnexion des problèmes financiers, économiques, sociaux et politiques empêchant la mise en place d'un système de santé efficace en Haïti. Cette recherche passe inévitablement par la mise en relief des valeurs socioculturelles, sociopolitiques et les préoccupations économiques qui concourent à rendre difficile la réalité des citoyens.

¹⁷ Nous allons revenir sur cette notion et expliquer la politique qui la sous-tend.

Aujourd'hui on ne peut réfléchir le « droit à la protection de la santé » sans tenir compte des facteurs juridiques, éthiques, cliniques, politiques et économiques qui enrichissent l'analyse de la notion de santé et c'est ainsi penser le « droit à la santé » dans une société d'inégalités. Notre volonté est, en effet, d'analyser les préoccupations du MSPP quant au respect du « droit à la protection de la santé » des personnes vulnérables. C'est pourquoi notre principale interrogation s'articule ainsi : **dans quelle mesure la prise en compte du rôle du ministère de la sante publique et de la population permet-elle de garantir le « droit à la santé » des populations vulnérables?**

En réalité, il n'y a pas une définition consensuelle du « droit à la santé », sinon un énoncé présenté par l'OMS en termes que *«la possession du meilleur état de santé qu'il est possible d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale.»*¹⁸ Cet énoncé est certes proclamatoire, mais il a le mérite de nous situer la problématique de la santé en Haïti et nous permettre le parcours analytique si difficile qui nous attend.

Nous sommes cependant conscients des différentes manières, autres que par rapport au « droit à la santé », nous pourrions aborder le rôle du MSPP. On aurait pu, par exemple, nous en tenir au manque de ressources financières du système sanitaire, à l'instabilité sociale et politique du pays, à la crise financière mondiale et d'autres facteurs sociaux qui affectent directement la santé de la population. Néanmoins, nous ne nous intéresserons pas aux détails techniques des pratiques médicales en Haïti, mais nous essaierons d'identifier surtout les valeurs qui influencent le choix des modèles de planification et d'organisation du système de la santé publique par rapport à la politique nationale de santé : les « programmes verticaux » nous permettront de faire cette lumière.

L'objectif fondamental est de montrer en quoi le « droit à la santé », du moins la protection de la santé des citoyens n'est pas une préoccupation pour les gestionnaires sanitaires publics en Haïti. C'est pourquoi, à l'intérieur des deux grandes parties qui englobent notre travail, nous tenterons, dans un premier temps (partie I), un effort d'élaboration théorique de la notion du « droit à la santé » relativement à la notion de populations vulnérables dans le contexte haïtien. Dans un second temps (partie II), nous analyserons les possibilités d'optimisation de l'intervention publique sanitaire, en jetant notre regard sur les freins au développement d'un système de santé publique efficace, et enfin proposer des pistes d'actions visant l'amélioration de l'état de santé de la population haïtienne.

¹⁸ OMS, op.cit, p1

METHODES ET MATERIELS

La catastrophe du 12 janvier en Haïti a rendu extrêmement difficile tout travail de recherche (bibliothèques effondrées, médiathèques hors de fonctionnement). Nous avons alors été conduits, la force des choses oblige, à appuyer l'élaboration de notre travail de mémoire sur la recherche documentaire. Cela n'a pas été non plus sans difficulté et nous a coûté un travail assidu. Depuis le début de notre démarche, nous avons été confrontés à des difficultés sérieuses concernant l'absence de définition claire, capable de faire consensus, du « droit à la santé ». Mais, grâce à l'expertise de notre cher directeur de mémoire, M. CADEAU Emmanuel, professeur de droit public à l'université de Nantes, qui nous a passés quelques documents de réflexion sur le sujet faisant débat actuellement en France, nous avons pu, d'une part situer notre problématique au contexte haïtien des populations vulnérables, de l'autre rédiger la première partie (I) qui se consacre à l'élaboration théorique du concept de « droit à la santé ».

Ensuite, pour aborder la deuxième partie (II), nous avons dû tenir compte d'un ensemble de rapports relatifs au fonctionnement du système de santé publique en Haïti. Parmi lesquels, citons une *analyse du secteur de la santé pour la réforme* (2003) suivie d'un *plan stratégique* (2003). Ces deux documents ont été, par la suite, combinés par le MSPP pour donner le *plan stratégique national pour la réforme du secteur de la santé*, publié en Aout 2005. Dans un effort de compréhension, nous avons dû faire une comparaison du système sanitaire haïtien avec d'autres systèmes étrangers en utilisant des rapports rédigés sur leur fonctionnement : parmi lesquels, le système canadien de la santé et celui de la France. Mais pour éviter les conséquences d'avoir pris le risque de comparer l'incomparable, nous avons préféré de centrer notre analyse de la situation du système sanitaire haïtien sur les différents modèles de planification sanitaire présentés par Bury, celui-ci reste l'un des plus grands auteurs dans le domaine.

Enfin, nous nous sommes servis d'ouvrages et de rapports rédigés sur la vulnérabilité et la pauvreté en Haïti (EMMUS IV, 2007 ; PNUD, 2004 ; La carte de la pauvreté d'Haïti, 2004 ; le DSNCRP, 2007, etc.) afin de nous faire une vision plus intégrée de la situation sanitaire du pays. Nous avons également consulté plusieurs sites web (droit-medical.com, inserm.fr, asdes.fr, iadh.org, ...) où sont disponibles des articles, des mémoires et thèses enrichissants soit sur le « droit à la santé » soit sur l'éthique médicale et la santé publique.

I- « DROIT A LA SANTE » ET DROIT DES POPULATIONS VULNERABLES

Les spécialistes du droit s'accordent sur l'idée que le « droit à la santé » est un concept en devenir faisant l'objet de débats nécessaires et non moins pratiques, c'est-à-dire donc, à la fois une réflexion et une quête. Une réflexion, parce que c'est un concept juridique qui se construit (A) et une quête en attirant l'attention sur le droit des populations vulnérables de bénéficier du meilleur bilan de santé possible (B).

A. «DROIT A LA SANTE»: UN CONCEPT JURIDIQUE EN CONSTRUCTION

La notion de « droit à la santé », dans son état actuel n'est qu'un idéal à atteindre. Le débat qui en découle fait place à deux courants de pensée distincts, du moins complémentaires. Selon un premier courant, si l'on peut dire « classique », à en croire Belanger¹⁹, le droit à la santé renvoie à une approche « pratique », du moins pragmatique. Mais, deux groupes de penseurs s'opposent dans ce courant en partageant deux acceptions différentes du « droit à la santé ». Selon la première acception, le « droit à la santé » s'est vu attribué une définition « restrictive », limitée à la seule question du droit d'accès aux soins. Donc, parler du « droit à la sante », c'est se référer au principe que tous les individus ont un droit égal d'accéder aux prestations de soins de santé. Selon la seconde acception, opposée à la première, le « droit à la santé » ne peut être réductif à l'accès aux soins, sa définition devrait donc s'étendre au « droit du bien être » des citoyens. Ce groupe fait sans doute référence à la célèbre définition de la santé par l'OMS dans le préambule de sa constitution de 1946 : « la sante est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité. »

Le second courant du «droit à la santé », par contre, donne des possibilités de dépasser cette division jugée traditionnelle entre ces deux précédents groupes. Selon les tenants du second courant, ni une définition restrictive ni une définition utopique du droit à la santé ne faciliteraient sa mise en œuvre. Pour cela, ils préfèrent évoquer le « droit à la protection de la santé » qui passe par l'application du «droit à la culture sanitaire » et du «droit à la sécurité sanitaire ». Donc, dans ce courant, « le droit à la santé est en réalité un droit à la protection de la santé. ²⁰» Mais, jusque là, il n'est pas clair le passage du « droit à la santé » au « droit à la protection de la santé ». Pour cela, faisons un saut en arrière pour retracer d'abord un rapport de conditionnement historique entre le « droit de la santé » et le « droit à la

¹⁹ BELANGER (M), « Introduction à un droit mondial de la santé » (extrait), AUF, collection « savoirs plus université », éditions archives contemporaines, 2009.

²⁰ CROUZATIER (J.M), Droit international de la santé, AUF, éditions des archives contemporaines, Paris 2009, p13.

santé » (1); ensuite comprendre le « droit à la protection de la sante » comme l'aboutissement du « droit à la santé »(2).

1. Du « droit de la santé » au « droit à la sante »

De même que le « droit à la santé », le « droit de la santé » n'est pas facile à définir. Conscient de cette difficulté, Crouzatier cite Lemoyne de Forges qui le pose comme « l'ensemble des règles applicables aux activités dont l'objet est de restaurer la santé humaine, de la protéger et d'en prévenir les dégradations²¹ ». Hue cite également Mémeteau pour avoir admis que "le droit de la santé comprend, d'une part, la réglementation des actions concernant l'objectif de santé, interdiction, incitation, "police" administrative de la santé ; d'autre part, l'organisation des services publics et des professions intervenant en matière de santé et, enfin, les relations entre individus relatives à la santé [contrat, responsabilité médicale], ainsi qu'une partie du droit de l'urbanisme (hygiène publique), de l'environnement [...]". Selon Mémeteau, un professeur de droit médical, le « droit de la santé » comprend le « droit médical » entant que contenu fondamental, en ce qu'il est « un ensemble, dont le droit médical est un élément, et le plus essentiel²² ». Et le Professeur d'ajouter, comme pour renforcer sa définition, la notion de santé publique qui, selon lui, renvoie à « tout ce qui concourt à la santé de l'ensemble de la population sur un territoire donné²³ ». C'est-à-dire que le « droit de la santé » regroupe non seulement le droit médical, mais aussi le droit pharmaceutique et le droit hospitalier.

Là encore la question n'est pas claire, mais ce positionnement par rapport au « droit médical » et la santé publique nous aide à cerner les fondements sociohistoriques du « droit à la santé » en analysant successivement son évolution à travers le « droit médical » (a) et ses significations théoriques entant que « concept politique matriciel » (b).

a) Le « droit médical » et la judiciarisation de la médecine

Le « droit médical » a, semble-t-il, connu depuis l'antiquité un parcours mouvementé et difficile. Les penseurs de la science médicale croyaient pendant longtemps que la déontologie, puisque basée sur le serment d'Hippocrate, pourrait garantir le respect des règlements dans l'exercice de la profession. Mais, c'est plutôt le contraire qu'on observait, au point qu'il y eu dans le courant du XIXe

²¹ CROUZATIER J.M, *ibid*, p11.

²² HUE (B), "droit médical et droit de la santé: réflexion et définition", www.droit-medical.com/perspective, novembre 2008

²³ PENNEAU (M), "le droit médical", cours dispensé, janvier 2004, résumé par Alexandra Salfati, www.droit-medical.com

siècle le « procès de Nuremberg » qui révéla sur la place public l'ampleur des atrocités commises au nom de la science (médicale) : « des chercheurs avides de savoirs » et « des médecins désireux d'appliquer leurs découvertes » avaient perpétré des crimes qui ont bouleversé l'histoire de l'humanité²⁴. Au sortir de la 2^e guerre mondiale, la déontologie médicale a dû faire place aux lois publiées sous forme de décret. En effet, les inquiétudes planant sur les esprits, par le fait d'une alliance de la science médicale avec la technologie, légitimaient et justifiaient l'ingérence du législateur dans le domaine de la médecine²⁵. Cette intervention marquera alors le début de la judiciarisation progressive de la profession. On entend par judiciarisation, « l'action de soumettre un fait à l'appréciation du législateur puis à celle du juge, dans le but de protéger la société et ses membres ²⁶ ». Voilà comment a pris naissance le « droit médical » fondé sur le principe de la responsabilité médicale. Ce qui a directement provoqué des modifications profondes dans la relation patient/médecin jusqu'alors considérée comme la rencontre d'une conscience (celle du médecin) et d'une confiance (celle du patient). Cette relation devient, par la suite, la rencontre de deux consciences par la restitution au patient d'une partie de son autonomie. D'où, un processus de partage et de « redistribution du pouvoir dans le monde médical²⁷ » jadis concentré aux mains des médecins.

C'est ce qui pousse Penneau à définir le « droit médical » comme « l'ensemble des connaissances juridiques qui trouvent à s'appliquer dans l'exercice de la profession médicale ²⁸ ». Ces connaissances, on les retrouve à la fois dans le droit civil, le droit pénal et le droit constitutionnel.

Mais jusqu'ici le control exclusif de la santé est réservé au médecin. C'est seulement avec l'irruption du « droit à la santé » que la médecine se voit obligée de re-considérer un ensemble de phénomènes en liens directs avec la santé de l'homme mais qui n'étaient pas de son domaine. La santé alors, se référant désormais au bien-être de l'homme, ne se limite plus seulement à la profession médicale. Revendiquée par des groupes de défense des droits humains, aux discours basés sur l'égalitarisme, la justice sociale et la solidarité, elle devient quelque chose « dû ». Tel est l'indispensable partage des bénéfices de la science médicale avec les masses, notamment les personnes

²⁴ BECOUR (B), *La judiciarisation de la médecine : aspect éthique*, thèse d'éthique médicale et de santé publique, Paris V, 2002, p12.

²⁵ HUE (B), op.cit; FAURIEL (I), *Légitimité des avis rendus par 19 CCPPRB : étude de leur fonctionnement respectif, des concepts utilisés et des types d'éthique de la discussion employés*, Thèse de doctorat, Université René Descartes Paris 5, Faculté de médecine Paris 5-site Necker, Décembre 2004

²⁶ BECOUR (B), op.cit.

²⁷ BISMUT (M), *Eléments pour une étude épistémologique de l'éthique médicale*, Mémoire pour le Master d'éthique médicale, Université René Descartes, Faculté de médecine, Laboratoire d'éthique médicale, Paris V, 2006, p10.

²⁸ PENNEAU, op.cit.

les plus vulnérables. Voilà en quoi s'explique l'idée du Professeur Cadeau écrivant qu'on est passé d'un « droit de » à un « droit à »²⁹. Autrement dit, l'idée du « droit à la santé » exprime une certaine volonté politique de forcer l'ouverture des avantages de la médecine scientifique aux catégories pauvres. Cette position s'éclaircira au fur et à mesure que nous rentrons dans le débat sur le « droit à la santé ». Ainsi est-il nécessaire de poser ce dernier comme un standard politique, c'est-à-dire un « concept politique matriciel ».

b) Le « Droit à la santé », un « concept politique matriciel »

Le « droit à la santé » évoque certes une volonté d'ouverture de la médecine, mais ne saurait se limiter qu'à cela. Il n'est non plus une rhétorique déconnectée de la production des politiques publiques de santé. Selon Cadeau, c'est un « concept politique », car, d'une part, parler de « droit à la santé » implique une certaine perception, une visée à la fois du collectif et de l'individuel. C'est un idéal centré sur le politiquement correct qui se tend vers la prise en compte de l'intérêt général. D'autre part, cette visée pose le « droit à la santé » à l'interface d'une dynamique de lutte entre la rationalité scientifique et économique de la médecine et la tâche traditionnelle de la science juridique de protéger la dignité et l'intégrité de la personne. Cela signifie donc que parler de la notion ne saurait être seulement une simple construction mentale, mais c'est aussi et surtout un « vecteur décisionnel », à partir duquel découleront d'autres droits réels, comme par exemple le « droit au soin » et le « droit à la sécurité sanitaire ».

Selon toujours le professeur, le degré de subjectivité que comporterait l'idée de « droit à la santé » ne l'enferme pas pour autant dans le registre des droits subjectifs : la personne ne peut pas exiger de l'Etat la garantie d'une santé parfaite, donc un droit à la santé. La principale raison tient au fait que le droit subjectif est plutôt d'essence individualiste, laissant prédominer « l'ethos individuel » sur les intérêts collectifs: « c'est un droit reconnu au bénéfice d'une personne dont la mise en œuvre est susceptible d'entraîner des obligations à la charge d'une ou de plusieurs autres personnes ou institutions »³⁰. Le droit subjectif, en effet, relève surtout de la faculté d'une personne physique ou morale, d'un sujet de droit de faire valoir ou d'exiger quelque chose (sujet actif) ou d'être obligé de quelque chose (sujet passif) en vertu d'une règle de droit. La règle de droit ici devient l'élément

²⁹ CADEAU (E), « droit à la santé? Droit à la protection de la santé ? Droit au soin ? Quels fondements ? Quelles limites ? » Communication dans le cadre des journées d'éthique du groupe nantais d'éthique dans le domaine de la santé, NANTES, janvier 2003.

³⁰ Ibid.

fondamental de l'exercice de ce droit et le détermine. Pour ce qui concerne le « droit à la santé », c'est le contraire, puisqu'il s'intéresse de préférence à l'intérêt collectif. C'est plutôt un droit programmatique. Il peut être attribué à un standard politique, un cadre dans lequel prennent naissance d'autres droits réels, plus opérationnels impliquant la jurisprudence, tout en influençant la réorganisation des systèmes de santé publique.

Ainsi seront-elles analysées tour à tour la nature du « droit à la santé », un objectif à valeur constitutionnelle (i) et ensuite, ses diverses sources à la fois conventionnelles et constitutionnelles (ii).

i) Un « objectif à valeur constitutionnelle »

Nous venons de présenter deux aspects distincts, mais complémentaires du « droit à la santé » : comme un « concept politique » et « un vecteur décisionnel », pour dire mieux, un « concept politique matriciel ». Mais pour éviter une définition trop restreinte et plate de la notion, posons le « droit à la santé » comme un objectif, une certaine vision de la santé consacrée et assurée par la constitution³¹. Etant cet objectif, il oblige l'Etat à assumer sa responsabilité de garantir la protection de la santé de ses citoyens en élaborant des lois et créer des prestations de services en faveur des catégories défavorisées. Cette responsabilité de la puissance publique en matière de santé est formulée dans la charte de l'OMS, en termes : « La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale. » Cette formule est soutenue par la jurisprudence et accorde au « droit à la santé » la même valeur juridique que le principe énonçant le droit à « la liberté de religion », la liberté d'expression ou le « droit à un procès équitable »³².

Le « droit à la santé », fort de sa valeur constitutionnelle, met l'Etat face à face avec ses obligations de protéger la santé des personnes vulnérables des risques de maladies. Ainsi est-il institué un véritable droit aux prestations de soins aux femmes (enceintes), aux enfants, aux handicapés, aux vieillards, etc. C'est à l'Etat d'abord qu'incombe cette responsabilité et qui travaille de concert avec les collectivités locales, les ONG, les professionnels et d'autres partenaires de la communauté internationale. Il lui revient également de concevoir les instruments (des indicateurs) pour mesurer la mise en place et le respect de ce droit dans la société.

³¹ Voir les articles 19-23 de la constitution de la République d'Haïti.

³² HUNT (P), "Le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mental susceptible d'être atteint », la commission des droits de l'homme des Nations unies, Genève, 2003, www.aidh.org/sante/images/Rapp_03_Drt_sante.htm

Autrement dit, le « droit à la santé », « objectif à valeur constitutionnel » pousse particulièrement l'Etat à promouvoir, respecter, protéger et satisfaire la protection de la santé reconnue désormais un droit fondamental de la personne humaine. Cependant, étant donné que la construction juridique de tout droit suppose l'existence d'une cause et d'un objet, il n'est pas absurde d'affirmer que la cause du « droit à la santé » réside dans le constat d'un besoin ou d'une défaillance des politiques de santé et des législations, tandis que son objet vise la satisfaction de ce besoin : « Il vise à coordonner les politiques et les législations nationales, plutôt qu'à se substituer à elle. »³³ Pour BORGETTO et LAFORE un besoin juridique, c'est « un état de fait, comme un manque qui produit des effets de droit ».³⁴ C'est dire que la compensation de ce manque par la mise en place de politique publique et de lois adaptées rentre dans le cadre de l'objet principal du « droit à la santé ».

ii) Un droit conventionnel et constitutionnel

Le « droit à la santé » tire sa source dans les principaux textes et conventions signés entre les Etats du monde. Il a été proclamé pour la première fois par l'OMS dans le préambule de sa constitution de 1946 : "La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale."³⁵ Et pour montrer à quel point on est tenu à ce principe, il a été repris et renforcé par d'autres déclarations à vocation internationale, régionale, nationale et communautaire. Par exemple, la déclaration universelle des droits de l'homme (1948) dans son article 25-1, le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) dans son fameux article 12-1, la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979), la convention relative aux droits de l'enfant (1989)...

Il est également énoncé ce droit à travers d'autres textes régionaux, comme la charte sociale européenne (1961), la charte africaine des droits de l'homme et des peuples (1981), le protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels (Protocole de San Salvador, 1988)³⁶.

³³ CROUZATIER J.M, op.cit, p14.

³⁴ BORGETTO (M) et LAFORE (R), *Droit de l'aide et de l'action sociales, Montchrestien*, 5 e édition, Paris, 2004, p.87.

³⁵ OMS, op.cit;

³⁶ OMS, «le droit à la santé dans les textes internationaux», fiche aide mémoire, #323, sante et droits de l'homme, Genève, août 2007, www.aidh.org/sante/index.htm

De source interne, il est énoncé par la constitution haïtienne de 1987 dans ses articles 19, 23. L'article 19 stipule : « l'Etat a l'impérieuse obligation de garantir le droit à la vie, à la santé, au respect de la personne humaine, à tous les citoyens sans distinction, conformément à la déclaration universelle des droits de l'homme.³⁷ » Selon le législateur Haïtien, la garantie du « droit à la santé » est corollaire au « droit à la vie ». Ce choix ne pourrait être le fruit du hasard, dans la mesure où, selon Belanger, cette prise de position implique la problématique du « droit d'accès à la vie », du « maintien de la vie » et du « respect de la vie », étant donné l'interconnexion de ces notions. C'est dire par-là que la constitution haïtienne place le « droit à la santé » au-dessus des capacités de la médecine haïtienne, c'est-à-dire que le système moderne de la santé publique doit collaborer avec d'autres acteurs des secteurs sociaux, judiciaires, environnementaux, etc pour garantir la vie en Haïti. Car, son contour et son contenu ne comprennent pas seulement la prestation des soins de santé mais aussi les facteurs déterminants de la santé des populations (l'éducation, l'hygiène, l'alimentation saine, l'accès à l'eau salubre, ...). Autrement dit, le législateur le reconnaît comme un droit fondamental du citoyen Haïtien se rattachant directement à sa personne. Ce qui signifie en même temps qu'il est reconnu à ce droit un caractère à la fois « incessible » et « insaisissable », donc un droit souverain. Il devient donc ce qu'il convient d'appeler un « droit global », capable de faire naître d'autres droits spécifiques (concept politique matriciel), impliquant non seulement des libertés (l'être humain a le plein contrôle de sa santé), mais aussi des droits (la santé doit être légalement garantie et protégée)³⁸.

Ce positionnement nous incite à aborder le « droit à la protection de la santé », comme substitut ou comme la concrétisation du « droit à la santé ».

2. « Droit à la protection de la santé »: la concrétisation du « droit à la santé »

Dans la littérature, et certains spécialistes l'admettent, il n'est pas clairement établi une frontière entre le « droit à la santé » et le « droit à la protection de la santé ». Selon CROUZATIER : « le droit à la protection de la santé reste en effet insuffisamment précisé dans les textes de l'OMS ou ceux des organisations régionales.³⁹ » Effectivement, juridiquement la notion n'est pas définie. Pourtant, s'il est nécessaire que ce droit soit reconnu et que son contenu soit bien appréhendé, d'une manière logique, il faudrait qu'il soit clairement défini et les dispositions juridiques y relatives puissent être traduites dans

³⁷ CEDH, *constitution de la République d'Haïti: 29 mars 1987*, Port-au-Prince, 1978, p10.

³⁸ OMS, « les sources juridiques du droit à la santé », extrait du rapport : « le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint », Genève, mars 2003, [santé et droits de l'homme, www.aidh.org/sante/index](http://www.aidh.org/sante/index)

³⁹ CROUZATIER J.M, op.cit.

les faits⁴⁰. Mais, à défaut de cette définition, nous pouvons au moins admettre qu'il est l'instrument favorisant la concrétisation du « droit à la santé ». Voilà bien l'objet de notre analyse dans la section qui suit et qui, en adoptant le point de vue de Cadeau sur le sujet, nous aidera à établir les frontières entre le « droit à la protection de la santé » et le « droit à la santé ».

a) La construction juridique du « droit à la protection de la santé »

Le droit à la protection de la santé s'est fondé sur un principe fondamental : celui que la protection de la santé est une obligation pour la puissance publique et un droit pour le citoyen. Reste maintenant à déterminer sa nature, sa portée et ses caractères propres en le posant successivement d'abord comme un droit subjectif (i), ensuite un droit obligatoire (ii) et enfin un droit spécial (iii).

i) un droit subjectif

A la différence du « droit à la santé », l'idée de « droit à la protection de la santé » renvoie directement aux droits subjectifs, estime Cadeau⁴¹. Car, en laissant le registre plutôt programmatique du précédent, on rentre sans détour dans le registre individualiste, là où sont rendues possibles la jouissance et l'exercice du droit. Mais, étant donné son rattachement direct aux problèmes sociaux et aux conditions sociales, économiques, politiques et culturelles des populations, le « droit à la protection de la santé » fait appel au droit à un logement décent, droit à la nourriture, droit au travail, droit à l'éducation, droit à la liberté d'expression, droit à la vie privée, qui sont autant de droits subjectifs.

Cependant, l'une des principales difficultés rencontrées avec les droits subjectifs, faut-il bien l'admettre, c'est leur effectivité ou leur application. Certains grands penseurs, nous invitant volontiers à réfléchir cette problématique, affirment sans ambiguïté que les droits subjectifs sont tributaires du droit objectif. Guigue, lui, sans passer par quatre chemins, écrit : « il n'y a pas de droit qui puisse être respecté sans la sanction de la loi.⁴² » Sur un certain point, il a complètement raison, et nous allons voir pourquoi. Le même son de cloche se fait entendre du côté de Baranes et Frison-Roche : « S'il n'y a pas

⁴⁰ En réalité, cette décision est politique, dans la mesure où les États restent méfiants « à l'égard d'une notion qui pourrait – si elle était précisée – engager leur responsabilité en la matière car la protection de la santé des individus met à la charge de la puissance publique de multiples obligations, non seulement « défensives » (protection contre les dangers pour la santé), mais aussi préventives (amélioration de la santé et de la sécurité en termes de disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité des installations, biens et services de santé) », CROUZATIER, *ibid*, p.19.

⁴¹ CADEAU (E), *op.cit.*

⁴² GUIGUE (A), *Droit, justice, Etat : thèses et sujets*, P.U.F., Paris, 1996, p.2.

la loi, de quelque question qu'il s'agisse, c'est qu'il n'y a pas de droit ⁴³». D'un raisonnement par l'absurde, ces auteurs nous font comprendre que le « droit à la protection de la santé » n'existerait pas s'il n'était pas inscrit dans une loi qui puisse déterminer son application. Ce serait comme des grenouilles qui voulaient un roi (fable de La Fontaine).

En réalité, tenant compte des différentes définitions attribuées à la notion, un droit subjectif se distingue de ses trois aspects: d'abord, étant un ensemble de prérogatives individuelles, il ne pourrait être exigé d'application que s'il est reconnu par le droit objectif ; ensuite, encadré par les lois et les règlements définis, il devient un droit propre à l'individu qui peut l'exercer et le faire valoir par les autres qui doivent le respecter ; enfin, l'individu titulaire du droit, pour être à même d'en exiger la jouissance doit posséder les caractéristiques établies par la loi, c'est-à-dire être défini comme un sujet de droit. De façon claire, le « droit à la protection de la santé », se voulant être un droit subjectif, doit satisfaire cette triple exigence. C'est-à-dire, dans un premier temps, être garanti par la loi et pouvoir être exercé selon les conditions préalablement fixées ; dans un deuxième temps, être reconnu comme un pouvoir placé aux mains de la personne qui peut l'utiliser à l'encontre de la puissance publique ; et enfin, dans un troisième temps, être attaché aux caractéristiques du titulaire – la loi définit ces caractéristiques. Il s'ensuit donc, en fin de compte, de l'interrelation de ces trois aspects du droit que la faiblesse de l'un atténue la portée réelle des autres⁴⁴.

Cependant, l'analyse la plus efficace pour établir la lumière sur l'approche positiviste du droit à la protection de la santé serait l'approche marxiste d'Alexeiev qui aborde les non dits de la subordination des droits subjectifs au droit objectif. Selon Alexeiev, les droits subjectifs sont des phénomènes proches du droit positif qui ont pour tâche de légitimer la structure sociale de la puissance publique. Sans être le « fondement » des institutions publiques, ils sont plutôt leur « aboutissement » ; les droits subjectifs seraient le « résultat de la concrétisation des prescriptions institutionnelles devant assurer les conditions, les images, les conduites et les créativités des parties aux rapports sociaux afin de promouvoir le dynamisme social. » Liés à la notion de démocratie, ils sont les éléments d'une « chaîne de dépendance logique » qui charrient les « intérêts d'une classe à ses droits sociaux en libertés juridiques de comportement »⁴⁵. C'est-à-dire que les droits subjectifs étant voisins du droit objectif,

⁴³ BARANES (W), FRISON-ROCHE (M-A), *La justice*, Autrement, Paris, 2002, p.101.

⁴⁴ Certains idéalistes, ne partageant pas ce point de vue, le contestent en arguant qu'il s'agit d'une tentative de détourner ou d'accaparer les droits souverains de l'homme au profit d'un système contrôlé par les hommes. Car, selon eux, les « droits naturels » et souverains n'ont pas besoin de l'intervention de l'homme pour exister.

⁴⁵ ALEXEIEV S., *Le socialisme et le droit : le droit dans la vie de la société*, Edition du Progrès, Moscou, 1988, p.64-66.

seront subordonnés à celui-là. Au point que leur reconnaissance, supposant qu'ils représentent les intérêts d'une classe sociale, est fondamentale dans leur transformation en « libertés juridiques de comportements », c'est-à-dire leur régulation sous forme de lois. Les lois françaises⁴⁶ et canadiennes⁴⁷ de la santé constituent l'exemple de la réalité juridique du droit à la protection de la santé entant que droit subjectif. Il suffit, dès lors, d'exiger la justiciabilité du « droit à la protection de la santé » en Haïti à travers l'élaboration d'une loi de la santé publique. Mais en tout état de cause, même si aucun texte ne le reconnaît explicitement comme un droit légalement reconnu, il est indéniable qu'implicitement il demeure un droit subjectif. C'est à cet exercice que nous nous sommes engagés en le posant comme un droit juridiquement concret.

ii) un droit impératif ou concret

Le « droit à la protection de la santé » est à la fois un droit réel et obligatoire. Réel, parce que, selon Cadeau⁴⁸, c'est lui qui permet au « droit à la santé » de se rendre concret en dépassant son caractère déclaratoire ou proclamatoire. Par sa matérialisation au moyen des lois, des mesures juridiques « opératoires » et des services de prestations de soins, les individus peuvent jouir d'un meilleur état de santé possible. Dans le premier chapitre de la loi canadienne, il est énoncé l'objectif principal qui consiste « à protéger, à promouvoir et à rétablir le bien-être physique et mental des résidents du Canada, et à leur donner, dans des conditions raisonnables, accès aux services de santé, sans que des obstacles financiers ou d'un autre ordre s'y opposent.⁴⁹ »

En ce sens, Hunt, rapporteur auprès de l'ONU sur l'évolution du droit à la santé dans le monde, présente plusieurs exemples relatifs à la jurisprudence qui traduisent la réalité juridique du « droit à la protection de la santé ». Il présente également d'autres droits fondamentaux plus ou moins spécifiques qui font parti du « droit à la protection de la santé », par exemple la protection de la santé maternelle et infantile, le droit à un environnement naturellement sain, le droit au traitement, à la prophylaxie et à l'accès aux médicaments, le droit d'accès à l'eau salubre...

⁴⁶ Loi n°2002-303, 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

⁴⁷ Loi canadienne de la santé, rapport annuel 2007-2008, SANTE CANADA, mars 2008.

⁴⁸ CADEAU (E), op.cit.

⁴⁹ Loi canadienne de la santé, op.cit, p.3 ; BAWEN (S), « Accès aux services de santé pour les populations insuffisamment servies au Canada », 2000, in SANTE CANADA, « *Certaines circonstances* », *équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées*, recueil de documents et de rapports préparés pour santé canada, Ottawa (Ontario), 2001, p13.

Deuxièmement, le « droit à la protection de la santé » est un droit impératif, en ce qu'il n'est réductible ni à une indemnité (réparer un préjudice) ni à une attitude de volontariat (don ou charité), mais se présente la caractéristique d'être « dû ». Il fait appel alors à un impératif fort : assurer la protection de la vie et la santé des individus économiquement faibles et garantir en même temps la paix sociale. Les règles qu'il comporte garantiraient valablement l'ordre public dans la société.

C'est pour cette raison même que Hunt appelle à la mise en place des structures d'accueil et des politiques par "la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie"⁵⁰. Plus près de nous en Haïti, la constitution haïtienne, la loi mère de la république y reconnaît l'impérieux devoir du pouvoir public: « L'état est astreint à l'obligation d'assurer à tous les citoyens, dans toutes les collectivités territoriales, les moyens appropriés pour garantir la protection, le maintien et le rétablissement de leurs santé par la création d'hôpitaux, de centres de santé et de dispensaires.⁵¹ » La constitution en appelle à la disponibilité des services de proximité en vue de favoriser l'« accès rapide », conformément aux principes d'équité et d'égalité dans la prestation des services essentiels de prévention et de traitements visant à garantir le meilleur bilan de santé des personnes défavorisées.

Toutefois, selon Cadeau, pour mieux cerner la réalité juridique de ce droit, il convient de s'en tenir à ses deux principaux champs d'action: il s'agit du droit d'accès aux soins (a) et du droit de la sécurité sanitaire (b).

(1) Le droit d'accès aux soins

Le « droit d'accès aux soins » suppose l'existence d'une législation régissant le cadre de l'exercice des droits des citoyens. Le dictionnaire Robert, définit l'accessibilité comme la « possibilité d'accéder à, d'arriver à », alors que l'adjectif accessible signifie « ouvert, sensible à ». Ceci étant dit, l'accès aux soins de santé ne se résume pas à la disponibilité ou à l'utilisation des services de santé. Selon Belanger, l'accès est la dimension fondamentale du « droit à la santé » qui ne peut être coupée de la problématique des droits de la personne humaine. D'après Cadeau, le droit d'accès aux soins est la première étape de la mise en œuvre du « droit à la protection de la santé ». Il ne s'agit pas seulement de l'accès à la matérialisation des soins (disponibilité des soins), mais également de l'accès au

⁵⁰ HUNT (P), citant le paragraphe 2 d) de l'article 12 du pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, op.cit, p.6.

⁵¹ Voir l'article 23 de la constitution de 1987, p12.

financement des soins. La matérialisation se fait de manière quantitative et qualitative⁵², c'est-à-dire que le pouvoir public s'engage à mettre en place non seulement des installations en quantité suffisante, en facilitant le libre accès aux biens et aux services de santé, mais aussi garantir la qualité de l'accès. Comme Hunt a pu invoquer l'impératif de « non-discrimination et l'égalité dans les soins de santé ».

L'observation générale⁵³ du comité des droits économiques, sociaux et culturels sur l'application de l'article 12 de cette convention révèle quatre (4) éléments qui caractérisent le droit à l'accès aux soins. Il s'agit de : 1) la « disponibilité » des soins en quantité suffisante – en ce que l'offre doit satisfaire la demande ; 2) l'« accessibilité » aux biens, celle-ci ne tient pas seulement aux équipements mais aussi aux installations physiques, aux moyens économiques facilitant l'accès, à la disponibilité des informations qui déterminent les conditions d'accès et la non discrimination, quelle que soit la forme qu'elle prenne ; 3) « l'acceptabilité » des biens et services, en se tenant à l'éthique médicale et enfin , 4) la qualité appropriée des services de santé en conformité avec les normes et le standard international. L'accent ainsi mis sur la « qualité appropriée » des soins nous renvoie à poser la question du droit à la sécurité sanitaire.

(2) Droit à la sécurité sanitaire

La matérialisation du « droit à la protection de la santé », pour ne pas se limiter à l'accès, s'étend aussi à la sécurité sanitaire. Celle-ci exige que soit modifiée la vision ou la perception de la santé publique qui n'est plus réductionniste à une démarche « défensive », c'est-à-dire à la mise en quarantaine en cas des grandes épidémies, mais également promouvoir la stratégie « positive » axée sur la prévention.

D'après Belanger, la matérialisation du droit à la sécurité sanitaire s'effectue par l'enchaînement logique de cinq concepts juridiquement construits : il s'agit premièrement de l'information sanitaire – se disposer des données sur l'évolution des maladies qui compromettent l'état de santé des citoyens, d'où l'importance de la surveillance accrue des maladies infectieuses ; deuxièmement, l'éducation pour la santé, car c'est elle qui établit le pont entre le développement économique et le développement social et sanitaire. Clermont, dans cette ligne d'idée, pousse le cri d'alarme pour attirer l'attention sur ce qu'il appelle une « surconsommation » des soins médicaux par les citoyens. A son avis, « la réforme

⁵² Ibid.

⁵³ COMITE DES DROITS ECONOMIQUES, SOCIAUX ET CULTURELS, « *le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art 12 du pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)* », *Observation générale no14* : Nation-Unies, Genève, avril 2000, p.4.

fondamentale à mettre en œuvre serait d'enseigner le fonctionnement du corps dans les écoles, dans le cours élémentaire. A partir de là, on pourrait sortir de la situation actuelle d'hypermédicalisation, afin que la médecine remplisse sa fonction, ni plus ni moins. »⁵⁴ L'éducation pour la santé a, entre autres avantages, l'enseignement du fonctionnement du corps, comme le suggère Clermont, et le nécessaire équilibre avec l'environnement qu'elle favorise. Troisièmement, la promotion de la santé qui inclut tous les facteurs déterminants la santé des populations; sont mentionnées en quatrième lieu, la communication de la santé et la formation en matière de santé⁵⁵ qui participent activement dans la réduction des écarts, en matière de partage des savoirs sanitaires entre les différentes catégories d'acteurs, les spécialistes, les prestataires intervenant au niveau du premier échelon des soins et la population bénéficiaire. Il est à s'intéresser également à des notions spécifiques comme la vigilance sanitaire, la veille sanitaire, la prévention sanitaire, etc.

iii) Un droit spécial ou diversifié

Les contours du droit à la protection de la santé en feraient un droit spécial, en ce qu'il est lié à un ensemble de besoins spécifiques et distincts qu'il doit permettre de satisfaire par des mesures spécialisées. Etant l'expression d'un sentiment de justice sociale du milieu, il ne s'applique pas de manière absolument uniforme. Il varie suivant : 1) les caractéristiques régionales (la loi canadienne de la santé est composée d'un ensemble de 13 régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé) ; 2) les conditions individuelles des usagers⁵⁶ – nationalité (nationaux/étrangers), l'âge (enfants/adultes), le sexe⁵⁷ (santé maternelle ou santé de la femme), situation familiale (allocations familiales) dans certains pays - ; 3) selon le statut ou la condition sociale⁵⁸ (personnes handicapées, salariés, étudiants, etc.). Les prestations peuvent prendre également des formes variées : il s'agirait soit des soins (consultation clinique, hospitalisation et des soins ambulatoires ou communautaires) soit des supports divers (soutien psychosocial, psychologique, éducatif, prise en charge des frais de consultation médicale ou de médicaments, etc.). Autrement dit, la spécialité du droit à la protection de la santé résulte dans son impératif de réponses ou de prestations plurielles à une pluralité de besoins.

⁵⁴ CLERMONT (P), in FASCH, op.cit.

⁵⁵ Bélanger, op.cit.

⁵⁶ La loi canadienne de la santé, op.cit., p17.

⁵⁷ Art 89-I et II, de la loi française de 2002.

⁵⁸ Le Titre 1er de la Loi no 2002 française a été consacré à la « solidarité envers les personnes handicapées » (abrogée en 2009)

Retournons donc à la notion de besoin. Ayant précédemment présenté une définition strictement juridique de cette notion, nous croyons à présent, pour le besoin de notre démarche, nécessaire d'étendre sa définition à la notion de santé. Le besoin de santé est défini par Pineault et Daveluy comme « un écart entre un état optimal défini de façon normative et un état actuel. » Besoin est ici posé comme un état de santé (anormal) qui mérite d'être modifié. Le choix des auteurs est exprès, dans la mesure où ils veulent établir une hiérarchie entre trois types de besoins (besoins de santé, besoins de services et besoins de ressources). Les besoins de services s'expriment par les activités, les programmes à envisager en vue de corriger un état de santé, tandis que les besoins en ressources (humaines, économiques, matérielles et informations) sont nécessaires à la production des services de prestations de santé. Selon ces auteurs, les besoins de services sont subordonnés aux besoins de santé et les besoins en ressources aux besoins de services. Les objectifs à atteindre (objectifs de santé, objectifs de services et objectifs de ressources) respecteront la même logique.⁵⁹ Cette relation logique et/ou hiérarchique entre les besoins et les objectifs permet de reconnaître les systèmes de santé où les besoins de santé de la population n'occupent pas une place de choix. Car, les décisions en matière de santé publique ne sont pas toujours basées sur les informations collectées concernant les besoins réels des populations, mais plutôt en fonction de motivations d'ordre économiques, sociales et politiques.

Autrement dit, la prise en compte permanente des besoins de santé conduirait le gestionnaire à des décisions variées, donc à la mise en place de prestations plurielles. Cependant, il est à admettre que pour le gestionnaire, du moins pour les institutions sociales, tout besoin n'est pas forcément un problème. La définition d'un besoin-problème dépend alors d'un rapport de conditionnement historique. Par exemple dans certaines régions d'Haïti, ne pas être malade est attribué à la chance ou à la grâce divine, et si on l'est, chanceux de recevoir les soins nécessaires. L'attitude affichée vis-à-vis des problèmes relatifs à la santé mentale dans le pays en témoigne.

b) « Droit à la protection de la sante » et les pauvres: la théorie des SSP

L'accès aux soins soulève non seulement la question de l'accès aux techniques médicale mais aussi celle du rapport de la santé avec le territoire. Car, pour accorder à tous les citoyens la même opportunité d'accéder aux techniques médicales, il faudrait que celles-ci soient disponibles là où ils se trouvent. Le constat d'un manque en ce sens a sans doute été à l'origine, en 1978, de la tenue au

⁵⁹ PINEAULT & LESSARD (1984), in FASCH, op.cit.

Kazakhstan de la conférence internationale sur les soins de santé primaires (SSP)⁶⁰. De cette conférence a été adopté le document connu sous le nom de « déclaration d'Alma-Ata », dont l'objectif fondamental est de protéger et promouvoir la santé de tous les peuples. Cependant, trente ans de la déclaration, l'OMS a constaté des retards, du moins un manque d'intérêts quant à son application. Voilà pourquoi elle a publié en 2008 un rapport dans lequel elle invite les Etats à retourner aux valeurs fondamentales des SSP, qui sont : le droit à une meilleure santé pour tous (i), la justice sociale (ii), la participation et solidarité (iii).

i) « Droit à une meilleure santé pour tous » : éliminer les inégalités

« Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays.⁶¹ » Dans le rapport *les soins de santé primaires: maintenant plus que jamais*, il est dénoncé avec sévérité les inégalités sociales de santé qui empêchent l'accès aux soins des personnes démunies par le fait de leur imposer des coûts de plus en plus inabordables. Les systèmes de santé appliquant la politique du paiement directe des frais de soins, comme celui d'Haïti, sont principalement placés en ligne de mire. Selon l'OMS, du fait du rattachement de cette politique au laisser-faire, « l'augmentation des coûts de la santé et la désorganisation des systèmes de protection financière, les dépenses personnelles de santé poussent désormais chaque année 100 millions de personnes sous le seuil de pauvreté. »⁶² Car, les autorités sanitaires ignorent que la santé est désormais un droit et que les groupes vulnérables et défavorisés doivent tirer bienfait des soins de santé. D'autant que, « l'accès inéquitable aux soins qui en résulte, de même que l'appauvrissement qu'entraîne leur coût et l'érosion de la confiance qu'inspirent les soins de santé constituent une menace pour la stabilité sociale.»⁶³ Ce choix sociopolitique de la santé n'est pas seulement injuste que d'un point de vue technique, mais constitue aussi une menace à la paix sociale. Car, « la promotion et la protection de la santé des peuples est la

⁶⁰ Margaret CHAN, Directeur général de l'OMS, dans son message d'introduction du rapport sur les SSP, déclare : « Nous voyons une mère souffrir de complications d'accouchement sans recevoir l'assistance qualifiée dont elle a besoin, un enfant à qui n'ont été administrés les vaccins essentiels, un habitant de taudis urbain vivant dans des conditions d'hygiène déplorable. Nous voyons l'absence de protection des piétons le long des routes encombrées par le trafic, ainsi que l'appauvrissement que provoque le fait de devoir payer des soins soi-même faute d'assurance maladie », in OMS, *Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*, rapport sur la santé dans le monde, Genève, 2008, p2.

⁶¹ Point II de la *déclaration d'Alma-Ata*, DROIT DE L'HOMME/DROIT A LA SANTE, ALMA-ATA, 1978.

⁶² OMS, « le rapport annuel de l'organisation mondiale de la santé sur « la santé dans le monde », Nations-Unies, Genève, octobre 2008.

⁶³ OMS, *opcit*, p7.

condition sine qua non d'un progrès économique et social soutenu en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale. ⁶⁴»

La dénonciation des inégalités sociales de santé ne concerne pas que ce qui se passe à l'intérieur d'une société, elle s'étend également aux disparités entre pays à revenu élevé et pays à ressources limitées, en termes de capacité de technologie médicale.

ii) Pour une « justice sociale » : réformer les systèmes de santé

L'un des termes de prédilection du rapport est la « justice sociale ». Les SSP en ce sens seraient des instruments permettant de modifier ou d'influer la manière de voir, de concevoir la santé et de favoriser les réformes des systèmes de soins : « les soins santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale. ⁶⁵» Car, selon l'OMS, il faut tout est aussi « politiquement et économiquement inacceptables » de se détourner les yeux des inégalités sociales de santé que de considérer la santé comme une « marchandise » et d'offrir des services de soins dans l'objectif d'accumuler des profits.

Attaquer les inégalités exige un climat d'équité et d'efficacité dans les prestations de services à la population. C'est pourquoi, l'OMS propose quatre méthodes de réforme des systèmes de soins possibles. Selon que l'on vise à assurer l'équité, la justice sociale et l'éradication de l'exclusion sociale de santé, mieux vaut adopter la méthode des « réformes de la couverture universelle » qui tend vers l'accès universel aux soins et à la sécurité sociale. Les systèmes de soins qui mettent l'accent sur les « réformes des prestations de services » visent surtout à apporter des réponses aux besoins et aux attentes des populations afin de rendre les services socialement plus efficaces et plus « réactifs aux changements du monde ». La troisième série des réformes proposée par l'OMS est celle centrée sur les « politiques publiques » dont l'objectif est de promouvoir et protéger la santé des communautés, des collectivités. Quatrièmement et en dernier lieu, on peut adopter des réformes basées sur le « leadership » proposant de rendre plus fiables les autorités sanitaires, c'est-à-dire dont l'objectif est d'avoir des résultats à courts termes, en appliquant le laisser-faire et le désengagement des pouvoirs publics, privilégiant également la négociation et la participation des acteurs⁶⁶. Mais, pour ce qui concerne le « droit à la protection de la santé », la stratégie la plus appropriée et plus efficace serait les

⁶⁴ Point III de la déclaration d'Alma-Ata, opcit.

⁶⁵ Point IV de la déclaration d'Alma-Ata, ibid.

⁶⁶ OMS, *les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*, opcit, p10

« réformes de la couverture universelle » médicale à tous, faisant référence aux mécanismes d'assurance maladie et d'assistance médicale.

iii) La participation et la solidarité

Bien que l'OMS ait présenté ces quatre séries de réformes des systèmes de soins, rien ne l'empêche cependant de manifester clairement ses penchants pour certaines tout en rejetant d'autres. Elle a en effet souligné trois aspects ou trois tendances distinctes de certains systèmes de santé qu'elle juge peu intéressants: d'abord il s'agit d'une approche traditionnelle de la santé centrée sur le traitement des symptômes, c'est-à-dire les « systèmes de santé qui mettent l'accent de manière disproportionnée sur une offre étroite de soins curatifs spécialisés». Cette approche a pour conséquence la stricte limitation de l'accès aux soins, ce qui constitue une injustice. Elle ne partage pas non plus l'idée que les systèmes priorisent la politique de « la lutte contre la maladie, axée sur des résultats à court terme, fragmente la prestation des services ». Cette deuxième tendance révèle des faiblesses quant au principe de continuité des soins et qui par relativité renvoie à la question de l'accès aux soins. Enfin, la troisième tendance, c'est le fait des systèmes d'encourager « un certain laisser-faire en matière de gouvernance [qui] a permis l'éclosion d'une marchandisation incontrôlée de la santé.»⁶⁷ En réalité, cette dernière tendance n'a pour résultat que d'instaurer un système à double vitesse, généralement au détriment des masses défavorisées de la société.

En revanche, l'OMS n'a pas manqué de faire remarquer sa préférence des quatre séries de réformes proposées. Pour elle, une approche globale de la santé, où l'accent est mis sur la prévention incluant « des services intégrés au niveau de la collectivité pouvant contribuer à améliorer la santé et à sauver des vies» n'est pas sans utilité. L'approche centrée sur la santé de la population a le mérite de favoriser l'intervention de tous les secteurs concernés par le bien-être de l'homme, au moyen d'un maillage institutionnel et administratif dans les communautés en faisant « intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnées de tous les secteurs.⁶⁸ ». Dans cette ligne d'idée, la santé, étant le bien être complet physique, mental et social nécessite des interventions à la fois pluridisciplinaires et multisectorielles. L'homme est alors placé au centre des activités institutionnelles et devient un tout dans ses dimensions biologiques, psychologiques, sociales et culturelles. Cette approche part de la mise en contexte de « tous les principaux problèmes de santé de

⁶⁷ Ibid., p7.

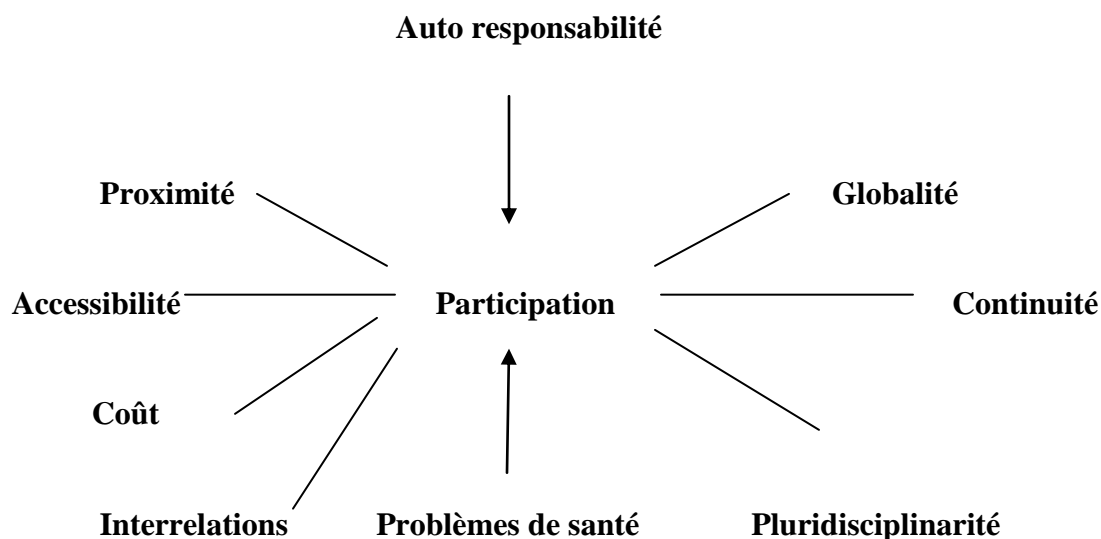
⁶⁸ Point VII de *la déclaration d'Alma-Ata*, opcit.

la communauté », en passant par l'éducation à la santé, à la réalité économique, socioculturelle et politique des communautés, sans oublier l'impératif de l' « auto responsabilité » de la collectivité et des individus, leur participation à la planification, l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des SSP. Le principal avantage que retirera un système priorisant cette approche réside dans un certain équilibre qui émergera dès lors que « l'extension des prestations de services de santé [aille] de pair avec une sécurité sociale basée sur le prépaiement et la répartition plutôt que sur le paiement direct par les usagers. »⁶⁹

Mais, étant donné que « les SSP ne sont pas bon marché » et « exigent un investissement considérable », il est alors important « que tous les pays se doivent de coopérer dans un esprit de solidarité et de service en vue de faire bénéficier des soins de santé primaires l'ensemble de leur population, puisque l'accèsion de la population d'un pays donné à un niveau de santé satisfaisant intéresse directement tous les autres pays et profite à tous.⁷⁰ »

Ce tableau permet de présenter un résumé de la théorie des soins de santé primaires issue de la déclaration d'Alma-Ata.

Tableau 1 : les principales composantes des SSP



Schémas présenté par BURY⁷¹

⁶⁹ Op.cit, p11.

⁷⁰ OMS, *la déclaration d'Alma-Ata*, op.cit.

⁷¹ BURY J-A, (1982), cité par BURY J-A, in « éducation pour la santé : concept, enjeux, planification », collection SAVOIR ET SANTE, Ed. de Boeck Wesmael, 1988, in FASCH, op.cit.

B. LE DROIT DES POPULATIONS VULNERABLES : QUELLE IMPORTANCE ?

Le fonctionnement quotidien des familles et des ménages haïtiens est en général influencé par les problèmes de santé, encore plus dans un contexte où le revenu per capita est extrêmement bas. Subsisté grâce au grappillage du jour le jour, l'individu doit beaucoup compter sur son état de santé. Les gestionnaires sanitaires haïtiens constateraient la sensibilité de la question du jour où ils tiendront compte de la santé de la population. Car, « gérer sans avoir une connaissance le moins valide des besoins ni surveiller leur évolution, c'est s'exposer à ne pas avoir de critères pour l'établissement des priorités et à être vulnérable aux pressions des groupes d'intérêt qui veulent imposer leurs propres priorités ; c'est risquer d'intervenir de façon inefficace par exemple en n'intervenant qu'au niveau des effets des maladies et non à celui des causes ; c'est se priver d'outils pour évaluer les effets des interventions ; c'est, en somme, gérer dans un contexte d'incertitude qui pourrait être moindre si les besoins étaient mieux identifiés. »⁷² C'est dire la nécessité de poser à la fois le problème de la mesure des besoins de santé et leur origine. Autrement dit, du moment où l'objectif de réduire ces besoins ferait l'essence des systèmes de soins, la nécessité d'identifier les facteurs déterminant la nature et l'ampleur de ces besoins se fera sentir. C'est donc dire également la nécessaire distinction, d'une part, des besoins liés aux caractéristiques des populations, d'autre part, ceux qui se rapportent à leur état de santé. Or, jusqu'ici, en Haïti, l'absence d'une nécessaire définition juridique de la notion de « populations vulnérables » est réelle. Alors, comment tenir compte des difficultés d'un groupe de personnes qu'on ne connaît ni qu'on ne peut circonscrire dans le temps et dans l'espace ? Comme pour citer l'aphorisme d'Ovide, *ignoti nulla cupido* (on ne s'intéresse pas à ce qu'on ne connaît pas), il y a des siècles, dans *l'art d'aimer*, III, 397.

Lorsqu'on s'en tient, en fait, aux diverses pressions auxquelles un gestionnaires doit faire face, il devient donc impératif qu'il soit muni d'outils efficaces afin de faire preuve de meilleur arbitrage. Cela passe nécessairement par la reconnaissance des droits des différents groupes, de leurs besoins respectifs, de leurs situations, de leurs caractéristiques démographiques, sanitaires, sociales, etc. C'est cette logique que les deux sections suivantes tenteront de satisfaire, d'abord définir la notion de « personnes vulnérables » comme une réalité sociale complexe (1) méritant notre attention, et, de l'autre identifier les principaux obstacles à l'accès aux soins des démunis (2).

⁷² PINAULT R, « les besoins de santé : définition et mesure », texte de cours en administration de la santé, Université de Montréal, Département d'Administration de la santé, in FASCH, op.cit.

1. Les populations vulnérables : une réalité sociale complexe

La notion de vulnérabilité est polysémique, sa conception diffère selon les auteurs. Etymologiquement, le mot vulnérable vient du latin « vulnerabilis », « qui blesse ». Selon Larousse, 2004, l'adjectif vulnérable signifie « faible », « qui donne prise aux attaques morales ». Par la suite, la vulnérabilité s'étend à la catégorisation, d'une manière générale, de toute personne ou groupe de personnes exposé à des risques particuliers qui n'inquiètent pas, du moins à un degré moindre le reste de la population. Le mot population, du latin *populus* = peuple, signifie, selon le petit Robert, « ensemble des êtres humains qui composent une catégorie particulière ». Autrement dit, les populations vulnérables renvoient ipso facto à un ensemble de personnes socialement et économiquement faibles et fragiles.

PNUD avance une définition de la vulnérabilité que nous qualifions de politique, dans le sens strict du terme. Selon lui, la vulnérabilité est « l'exposition d'une société ou d'une communauté à des risques liés à des déficits en matière de gestion publique ou à de grandes inégalités dans la distribution du pouvoir. »⁷³ D'un point de vue du droit public ou du droit administratif, cette définition a le mérite de renvoyer les risques encourus par les citoyens dans la société ou dans la communauté à la mauvaise gestion des ressources par les pouvoirs publics, donc à leur répartition inéquitable. Ce qui nous réfère directement au principe de l'égalité devant les charges publiques⁷⁴.

En fait, l'un des éléments révélateurs de la définition de PNUD, c'est la reconnaissance de la vulnérabilité comme un phénomène en évolution capable d'affecter à n'importe quel moment n'importe quelle personne ou groupe de personnes. Il suffira alors d'identifier les situations par rapport auxquelles cette personne est rendue vulnérable. Mais toutefois, il y a des groupes de personnes spécifiques dans la société dont les caractéristiques physiques et/ou anthropomorphiques et les conditions d'existence rendent plus à risque, donc plus vulnérables. Car la vulnérabilité, comme le souligne PNUD, est une probabilité à la fois liée aux situations socio-économiques défavorables, aux risques sociaux particuliers et autres aléas ou événements naturels.

⁷³ PNUD, *la vulnérabilité en Haïti: chemin vers la pauvreté?*, rapport sur le développement humain, 2004, p.68.

⁷⁴ Nous reviendrons sur cette définition tantôt. Mais pour le besoin de notre analyse du moment, nous nous servons de la définition que nous avons avancée ci-dessus, dans l'introduction : les *populations vulnérables* sont des groupes de personnes de la société dont les conditions d'existence soumettent à des risques élevés de maladies, susceptibles de rencontrer les plus grands obstacles à accéder aux établissements et services de soins, à recevoir les soins de qualité inférieure et insuffisants par rapport à leurs besoins pluriels, qui sont traités indignement (même par les autorités publiques) à cause de leur appartenance et statut social défavorisé, lesquels traitements ne sont pas réservés aux autres groupes de statut social plus élevé de la population.

Dans cette ligne d'idée, toute tentative d'analyser la vulnérabilité devrait intégrer les moyens mobilisables par la personne pour faire face aux menaces. Suivant cette logique, la vulnérabilité n'est pas consubstantielle à la pauvreté : toutes personnes vulnérables ne sont pas forcément pauvres, tandis que l'inverse n'est pas moins faux, en ce que toutes personnes pauvres sont nécessairement des personnes vulnérables. Car, la pauvreté peut être vue, dans une certaine mesure, comme l'aboutissement de la précarité socio-économique marquée par une certaine vulnérabilité. La personne dépourvue de capacités adéquates et de moyens mobilisables pour affronter les risques ou les menaces devient plus vulnérable que celui qui en dispose. C'est dire que la relation entre vulnérabilité et pauvreté est plutôt corrélative et historiquement conditionnée. Si la première est antérieure à la seconde, il adviendra des situations où la seconde se confond à la première. En somme, les éléments caractéristiques de la relation vulnérabilité/pauvreté sont d'abord les risques, ensuite les moyens disponibles pour faire face aux risques, enfin les capacités personnelles de la personne à mobiliser ces moyens en vue de modifier ou d'écarter les menaces.

Après notre analyse de la vulnérabilité, nous sommes arrivés au tableau suivant :

Tableau 2 : présentation de la complexité de la vulnérabilité en fonction des divers indicateurs.

| Situation/état | pauvre | Risques | Ressources | Capacité de protection | Vulnérable |
|----------------|--------|---------|------------|------------------------|------------|
| Forte | oui | oui | non | non | oui |
| Faible | non | oui | oui | non | oui |
| Normale | non | non | oui | oui | non |
| Normale | non | oui | oui | oui | non |

Source : l'auteur.

A la lumière de cette définition, il convient maintenant de poser les principales caractéristiques des populations vulnérables (a) et de définir juridiquement la vulnérabilité, relativement au droit administratif (b).

a) Populations vulnérables : les principales caractéristiques

Pour déterminer, du point de vue de la santé publique, la vulnérabilité d'une personne ou d'un groupe de personnes, il convient de retracer l'histoire des maladies affectant la population à laquelle fait partie cette personne. Cela veut dire, d'une façon plus claire, qu'il faudrait identifier les

pathologies ou les problèmes de santé de la population qui concourent à compromettre la santé de chaque individu. Cependant, en tout état de chose, le résultat renverrait à deux observations de la vulnérabilité des personnes: à savoir, un faible revenu et un statut social défavorisé.

i) un faible revenu

On sait déjà que la qualité de vie de l'Haïtien moyen reste, depuis quelques années, très précaire. Sa « vulnérabilité est liée au fait que la satisfaction de [se] besoins dépend de la contribution de l'économie familiale, besoins actuels dont l'ampleur est une des causes de vulnérabilité des familles face à la pauvreté.»⁷⁵ La vulnérabilité devient ainsi le symbole de la défaillance socio-économique, dont les activités personnelles de l'individu ne permettent pas de corriger ou de stabiliser une situation de crise. Cette situation accentue alors ses difficultés, car moins on dispose de capacité pour affronter les risques et les menaces sociales et environnementales, plus on est vulnérable.

Cela étant dit, la précarité socio-économique de la famille paysanne rend plus compliquer la situation sanitaire des citoyens, en ce que les soins de santé leur demeurent un luxe. Considérés tels, ils sont devenus un choix de seconde priorité. Car, en réservant près de 60.5% de leur budget quotidien pour satisfaire des besoins liés à l'alimentation⁷⁶, il n'en reste presque rien pour le logement, le transport, l'éducation des enfants, etc. Tout cela ajouté à un contexte de chômage de plus en plus inquiétant, de faibles salaires pour des charges de travail de plus en plus stressantes, un coût de la vie élevé, des réseaux sociaux et de soutien faibles ou quasiment inexistantes, un faible niveau d'instruction et/ou l'analphabétisme prédominant, des environnements mal entretenus augmentant les risques de maladie. Ces situations poussent l'Haïtien à contourner les difficultés liées à l'accès aux soins par d'autres mesures alternatives, tels que son savoir-faire médical et le recours aux praticiens traditionnels. Cette stratégie alternative lui permet d'éviter les lourdes dépenses qu'exige le traitement de sa maladie par la médecine hippocratique. Lesquelles dépenses provoquent non seulement des trous mais une totale désorganisation de son maigre budget en accentuant sa misère. Les statistiques révèlent donc que le pourcentage d'Haïtiens extrêmement pauvres vivant avec moins de \$US 1/jr s'estime à 56%, alors que le milieu rural seulement dispose du taux le plus élevé du pays, soit 67%.⁷⁷

⁷⁵ PNUD, Op.cit, p.57

⁷⁶ MONTAS Rémy, La pauvreté en Haïti : situation, causes et politiques de sortie, CEPALC, 2005.

⁷⁷ Ibid, p9

ii) un statut social défavorisé

Nous avons montré tantôt le rapport de complexité entre la pauvreté et la vulnérabilité. Une fois la pauvreté s'installe, elle affecte les autres aspects de l'existence de la personne. En réalité les pauvres sont toujours, du moins généralement mal lotis et n'ont pas accès à l'éducation. Par conséquent ils ne peuvent pas profiter des opportunités qui se présenteraient dans la société pour sortir du spiral de la pauvreté. D'où, ils sont pris dans le labyrinthe social.

Les populations qualifiées de vulnérables constituent une catégorie sociale hétéroclite présentant des contours variés et divers. Cela explique notre choix d'utiliser le pluriel. Juridiquement cette catégorie de personnes n'est pas définie et reste difficilement quantifiable. Alors qu'il ne s'agit pas d'une population coupée du reste de la société. C'est en partie l'explication des difficultés de mesurer la taille de cette population. Une catégorie plurielle composée de groupes de personnes ayant des besoins pluriels ou différents certes, mais ces groupes présentent aussi des similitudes quant il s'agit des difficultés d'accès aux services de santé.

Leur faible niveau de revenu est de loin le seul facteur pour expliquer leurs obstacles à l'accès aux soins, il y a lieu également de penser à la marginalisation, la discrimination, l'exclusion, l'absence de soutien social adéquat et le chômage. Mais en tout état de cause, ces indices sont les conséquences de la pauvreté. Parmi les personnes les plus affectées par la pauvreté, donc les plus vulnérables, comptent les malades mentaux, les sans-abris, les handicapés, les jeunes de la rue, les orphelins et les enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA, les analphabètes, les homosexuels, les travailleurs de sexes, les prisonniers et les femmes-cheffes de ménages-chômeuses. Cela signifie la nécessité de lier leur faible niveau économique à leur classement défavorisé dans l'échelle sociale et leur faible niveau d'instruction. Trop souvent ces personnes sont dépourvues de pièces d'identification, de papiers ou de documents légaux nécessaires à leur reconnaissance sociale. Donc, elles perdent automatiquement leur droit d'accès aux services publics.

La situation de besoins permanents des groupes vulnérables leur rend tout naturellement éligibles, du moins titulaire d'un droit incontestable à la protection de la santé. L'appréciation de ces besoins se justifie donc par les éléments factuels relatifs au constat de besoin et à l'impossibilité de ces personnes de faire face aux risques et aux problèmes de santé. Reste alors le Législateur à se pencher sur la situation afin de corriger leur vulnérabilité.

b) Corriger la vulnérabilité, une nécessité de droit public

S'il n'est pas expressément reconnu un statut juridique aux populations vulnérables, la notion de vulnérabilité elle-même cependant a déjà préoccupé le droit juridique, qu'il soit du point de vue du droit public et du droit privé.

Du point de vue du droit privé, la vulnérabilité est abordée suivant le registre de l'individualisme juridique. Cela signifie que la personne plaignante, du moins celle s'estimant victime d'un préjudice doit pouvoir clairement identifier son oppresseur, fournir des preuves des faits dont il se dit victime et établir les liens entre sa situation et la faute de son agresseur pour obtenir réparation. Mais plus tard, grâce aux avancements des idées, il est devenu possible d'intégrer certains phénomènes susceptibles d'affecter l'existence ou le fonctionnement d'une ou de plusieurs personnes à la fois dans la liste des fautes possibles. A ce moment, il devient obligatoire de pouvoir établir la responsabilité fautive de la personne ou d'un groupe de personnes dans le déclenchement de la situation-problème. D'Hauteville a donné le ton en ce sens: « les événements générateurs de dommage et corrélativement de droit à réparation se multiplient et atteignent un plus grand nombre de victimes parfois regroupées bien malgré elles, par l'effet d'une catastrophe collective ou de délits à grande échelle »⁷⁸. Il est devenu possible de parler de la vulnérabilité comme l'un des objets d'intervention du droit administratif, relativement au registre collectif sans se limiter à l'approche individualiste du droit privé.

La question devient plus ou moins claire du point de vue du droit public lorsqu'on se réfère au « principe d'égalité devant les charges publiques ». Fialaire reprend les propos de Rivero et de Waline sur ce point : « La rupture de l'égalité devant les charges publiques part de la constatation que dans certains cas l'action de l'administration, entreprise dans l'intérêt général, va causer un dommage à une personne ou à un petit nombre de personnes, que le reste de la population n'a pas subi (...). » Sauf que les auteurs parlent ici d'actions engagées dans l'intérêt collectif, mais ayant des effets non intentionnels. A plus forte raison pour des actions qui ne vont pas dans le sens de l'intérêt général. Le principe d'égalité devant les charges publiques permet d'établir la responsabilité de l'administration dans l'instauration de certaines inégalités constatées suite à sa mauvaise gestion des choses publiques. Selon les spécialistes, une fois la responsabilité administrative établie, la réparation des préjudices reste la voie légale pour éliminer les inégalités et rétablir l'équilibre social. Cependant, pour limiter l'usage abusif de ce principe, on a établi des balises afin de réglementer le processus de réparation, ce

⁷⁸ D'HAUTEVILLE (A), citée par FIALAIRE (J) dans « droits des personnes vulnérables », conférence, France, 23 janvier 2008.

qui ne le rend pas moins complexe. La condition fondamentale est, d'abord, l'impératif de délimitation du nombre de personnes jugées victimes du préjudice – le nombre doit être restreint – et, ensuite, relever la causalité entre le préjudice et la faute. Toutefois, le Juge administratif dispose des marges de manœuvre pour substituer la responsabilité de « faute » de l'administration à sa responsabilité « sans faute ».

De l'avis de Fialaire, les soucis du droit juridique face à la vulnérabilité de certaines catégories sociales ne sont pas trop récents, si l'on s'en tient à l'« histoire des idées ». Depuis la période précédant la révolution française, vers les années 1750-1760, on discutait jadis « l'idée d'un droit aux secours et d'une dette de la société à l'égard de ses membres les plus défavorisés ».

L'auteur met, ensuite, en lumière un rapport de conditionnement historique entre le « droit à l'assistance » et le « droit-créance » : on est passé du premier au second. C'est cette évolution qui permet de justifier la différence entre le droit de travailler (le travail entant que fonction sociale) et le droit du travail (fonction individuelle du travail).

Juridiquement parlant, la reconnaissance de la vulnérabilité d'une personne suppose la reconnaissance à la fois de ses droits et les devoirs de la société à respecter et garantir ces droits. Et Gaudu d'écrire: « la société prend le relai de l'individu, incapable de subvenir lui-même à ses propres besoins »⁷⁹. Cette courte phrase résume, d'une part la prise en considération des « droits minima sociaux » - relatif aux situations critiques de besoins d'une partie de la population - et de l'autre, les « droits sociaux » des personnes subordonnées (s'intéressant surtout aux rapports inégaux entre employeur et salarié). Autrement dit, la vulnérabilité des personnes interpelle directement l'Etat dans son rôle de redistributeur des ressources de la société, donc de justicier.

i) La vulnérabilité : une responsabilité administrative

L'administration n'a pas toujours voulu reconnaître sa responsabilité envers les citoyens. On a dû passer par un ensemble de mesures périphériques avant d'obtenir l'acceptation de l'administration à se soumettre au droit. Malgré tout, elle garde jusqu'à aujourd'hui une certaine prudence par rapport à la question et cherche toujours à avoir de l'influence sur les décisions sous couvert de « l'idée de souveraineté »⁸⁰.

⁷⁹ GAUDU (F), *les droits sociaux*, in Remy Cabrillac, *libertés et droits fondamentaux*, cité par Fialaire, op.cit.

⁸⁰ DARCY (G) & PAILLET (M), « La responsabilité administrative », in DROIT PUBLIC, tome 2, Droit administratif, collection COLLECTIVITES TERRITORIALES, 3eme édition, Economica, Paris, 1995, sous la direction de MOREAU (J), 573.

Toulet définit la responsabilité administrative comme étant « celle encourue du fait des dommages causés à autrui par une personne physique ou morale de droit public (l'Etat, l'établissement public, la collectivité territoriale...) ou par une personne physique ou morale de droit privé qui participe à une mission de service public. »⁸¹ D'après l'encyclopédie en ligne, « la responsabilité administrative, dans le droit français est l'obligation pour l'administration de réparer les préjudices causés par son activité ou celle de ses agents. »⁸² Tachons de comprendre que la première définition décrit les catégories d'acteurs responsables administrativement, tandis que la seconde définition explique en quoi l'administration est-elle responsable. En fait, les deux définitions se complètent l'une l'autre. Mais un fait est que, la responsabilité administrative peut être engagée soit à la suite de l'action d'une personne physique ou les agents (publics) soit celle d'une personne morale (publique ou privée) en tenant compte du « fait d'autrui ». Autrement dit, la responsabilité peut être directe ou indirecte et obéit à un régime différent de celui du droit civil.

ii) la réparation des populations vulnérables

Le régime de la responsabilité administrative donne plutôt à parler de réparation d'un préjudice et non de sanction. Cependant, pour qu'il y ait droit à réparation, il faut que le préjudice, du point de vue du droit privé, soit « direct » (conséquence immédiate de l'activité administrative), « certain » (l'actualité du fait ou fortement potentiel dans le futur), « évaluable financièrement ». Tandis que du point de vue du droit public, c'est-à-dire la responsabilité pour rupture d'égalité devant la gestion des affaires publiques, le préjudice doit avoir un caractère « anormal » et « spécial »⁸³. Ajouter qu'il est à établir le rapport de cause à effet entre l'action dommageable et le préjudice.

Plusieurs théories appuient l'idée de la responsabilité administrative. Une première théorie s'est concentrée sur la « responsabilité subjective » (la faute) et la « responsabilité objective » (les risques encourus par les individus relatifs à l'exercice d'une activité administrative. Une deuxième théorie, dépassant la précédente, s'étend aux « garanties ». Selon cette logique, les risques pris en soi ne suffisent pas à établir la responsabilité administrative, il faudrait s'en tenir aux « intérêts » et aux droits des personnes (l'intégrité corporelle et l'intégrité de leurs biens, etc.). Cette nouvelle approche permet

⁸¹ TOULET (V), *Droit civil : obligation, responsabilité civile*, centre de publication universitaire, 1997, p.335.

⁸² Article tiré sur wikipédia sur la responsabilité administrative.

⁸³ Ibid.

de ne pas se limiter à la « faute »⁸⁴ pour parler de droit à réparation. Celui-ci devient possible dès qu'il y ait atteinte à l'intégrité des personnes: « l'indemnisation est due à titre de garantie par le seul fait de l'atteinte aux biens ou à la personne. »⁸⁵

L'indemnisation passe généralement par la mise en place des systèmes de protection-sécurité sociale et d'assurance sociale dans le but de réparer la vulnérabilité des citoyens. Le mécanisme juridique de réparation en ce sens s'instaure à la charge de la collectivité par la création d'un « fonds de garantie » dans les limites fixées par la législation sociale. Cependant, cette considération juridique (droit à la réparation) de la vulnérabilité des populations suppose l'éclaircissement de certains facteurs déterminants. Mentionnons, par exemple la délimitation de la taille des groupes en difficulté d'accès; l'évaluation de leur état de santé ou leurs besoins sanitaires; la détermination des types et la prévalence des difficultés d'accès vécues⁸⁶. Pour cela, il faudra engager des recherches concernant les conditions d'existence des différents groupes constituant cette catégorie plurielle. En ce sens, l'analyse des obstacles à l'accès aux soins s'avère importante.

2. Les obstacles à l'accès aux soins : violation d'un droit inaliénable

L'absence de dispositifs établissant le cadre légal et réglementaire des prestations des services de soins favorise le fonctionnement arbitraire des institutions sanitaires. Il n'y a pas de règles fixant les conditions d'accès aux services de soins ni les modalités de leur délivrance. Situation qui laisse le champ libre aux caprices des individus et favorise toute sorte d'empêchements à l'accès aux soins.

Il a été fait le constat, au cours de notre recherche, que dans les documents traitant les obstacles à l'accès aux soins de santé en Haïti l'accent est plutôt mis soit sur l'aspect financier (le revenu) soit sur la disponibilité des services (couverture sanitaire, disponibilité des équipements, de personnel de santé, etc). Tandis que, en référence à l'analyse développée ci-dessus, la question de l'accès aux soins est beaucoup moins simple qu'on ne le croyait. Ce constat, non moins contradictoire, nous incite à présenter deux dimensions des obstacles au droit à l'accès aux soins: la première se renvoie aux difficultés liées à l'aspect financier ou matériel et la seconde est relative aux difficultés non financières et/ou des traitements non équitables (beaucoup plus qualitative).

⁸⁴ *ibid*, « une faute est une défaillance dans l'organisation ou le fonctionnement normal du service public. Elle peut consister en un fait matériel ou en un acte juridique. Elle peut être collective ou imputable à une personne physique individualisée. L'abstention, la négligence, une omission, un retard, peuvent constituer une faute. »

⁸⁵ TOULET, *op.cit*, p.338.

⁸⁶ BOWEN (S), *op.cit*.

a) Obstacles financiers

On pourrait considérer cette première dimension des obstacles, d'une part sous l'angle de la clientèle, dans la mesure où les difficultés d'accéder aux services ou établissements de santé résultent du faible revenu des citoyens. D'autre part, sous un angle beaucoup plus large en relatant la vulnérabilité du système de la santé publique haïtien lui-même. Autrement dit, il convient d'invoquer deux types d'obstacles à l'accès quant au financement de la santé en Haïti: 1) les limitations liées à la clientèle ; 2) les limitations liées aux structures organisationnelles.

i) Limitations de l'accès de la clientèle

La distinction de l'accès de la clientèle à l'accès organisationnel permet de dépasser les analyses réductionnistes aux seuls obstacles liés au revenu des individus, ignorant ainsi d'autres obstacles importants. Les obstacles à l'accès de la clientèle, en effet, renvoient aux iniquités dans la prestation des services de santé, ce qui remet en question le principe d'équité et d'efficacité exigeant que tous les citoyens, sans discrimination aucune, aient la possibilité égale d'avoir le meilleur bilan de santé possible. Ce principe invite à écarter des citoyens tous les obstacles, qu'ils soient d'ordres quantitatifs ou qualitatifs.

Le droit d'accès permet également de poser la problématique de la disponibilité des soins de proximité. Cela signifie que le citoyen quelque soit sa position sur le territoire national doit pouvoir accéder rapidement aux structures de services de soins disponibles. C'est donc cette logique qui justifie l'idée des soins de « premiers recours », d'ailleurs, invoquée par l'OMS, dans son *rapport sur la santé dans le monde*, sous le signe d'un droit à l'égalité d'accès aux soins.

ii) Limitations liées aux structures organisationnelles

Il est, en outre, constaté que les obstacles à l'accès de la clientèle sont déterminés par des limitations liées aux structures organisationnelles : les premiers sont subordonnés aux seconds. Ce qui justifie l'observation de S. Bowen: « les systèmes de santé, dit-elle, qui n'assurent pas de soins équitables peuvent accroître les disparités sociales et nuire au bilan de santé. A ce jour, les politiques et les recherches sur la santé ont été axées sur l'élimination des obstacles financiers à l'accès ; les autres

obstacles n'ont pas fait l'objet d'études poussées.»⁸⁷ D'où, la nécessité de poser le problème de la répartition inéquitable non seulement des services sur le territoire mais aussi des ressources humaines disponibles.

(1) la désertification médicale

L'un des indices des obstacles liés aux structures organisationnelles renvoie à la fois à l'effectif insuffisant de personnel soignant et à la qualité des services qu'il fournit. En 1998, on estimait la population haïtienne à 7.000.000 d'habitants, à l'époque il n'y avait que 1850 Médecins pour la desservir. Ce chiffre indiquait une couverture en personnel de soins de l'ordre de 2.5 Médecins⁸⁸, une Infirmière et 2.5 Auxiliaires pour 10.000 habitants. Dès l'année 2003, alors que la population totale était de 8,476.722 habitants⁸⁹, le MSPP dénombrait seulement 730 Médecins travaillant dans le secteur public, dont 80% cantonnaient dans le Département de l'Ouest⁹⁰. 37% du total des Médecins du pays étaient des généralistes et 80% d'entre eux travaillaient au niveau des hôpitaux. Ceci est le constat des disparités dans la répartition du personnel médical et par conséquent de l'iniquité dans l'accès au soin de santé. S'est ajoutée à cette disparité quantitative dans la répartition des ressources humaines à travers le territoire du pays la faiblesse de la qualité des formations initiales et continues des professionnels.

Il convient de remarquer ici les chiffres sont loin d'être exhaustifs pour deux raisons : la première raison, c'est qu'ils sont surtout appuyés sur les professionnels du secteur public, abstraction est donc faite des professionnels du secteur privé. La seconde raison, c'est qu'il s'agit de chiffres présentés depuis l'année 2003. On serait amené à la conclusion d'une pénurie de données fiables sur l'évolution des ressources humaines dans le domaine de la santé en Haïti. Le tableau qui suit nous donne une vue verticale de la situation :

Tableau3 : Présentation des ressources humaines du secteur de la santé selon les spécialités et les professions pour l'année 2003.

⁸⁷ BOWEN (S), « Accès aux services de santé pour les populations insuffisamment servies au Canada », in *Certaines circonstances: équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées*, recueil de documents et de rapports préparés pour SANTE CANADA, Ontario, 2001, p.12.

⁸⁸ Ce chiffre varie selon le département. Par exemple dans le département de la Grande-Anse, on recensait 1 Médecin pour jusqu'à 670.000 habitants, tandis que le département de l'ouest dispose 6.5 Médecins pour 10.000 habitants.

⁸⁹ MSPP, citant IHSI, 2005, op.cit, p23.

⁹⁰ Ibid, p79.

| Spécialité/Profession | Médecins | Infirmières | Auxiliaires | Matrones |
|-----------------------|----------|-------------|-------------|----------|
| généralistes | 37% | | | |
| Gyneco-obst | 14% | | | |
| Pédiatres | 11% | | | |
| Anesthésistes | 4% | | | |
| Chirurgiens | 7% | | | |
| Dentistes | 0.86% | | | |
| Total | 1850 | 1013 | 1449 | 11000 |

Source : tableau de l'auteur, construit à partir des données de MSPP, 2005.

Ce tableau permet une idée de la situation d'Haïti par rapport à la norme de l'OPS/OMS selon laquelle il faut 25 ressources humaines pour 10000hab⁹¹. Or, tant que la situation actuelle persiste, on suppose qu'Haïti aura besoin de 40 ans pour se conformer à cette norme.

(2) le financement de la santé, un système de santé vulnérable

La complexité du problème de l'accès aux soins fait remonter jusqu'au sommet stratégique du système de la santé. Le MSPP, instrument de la puissance publique devant garantir la gestion de la santé de la population ne dispose pas d'un « budget d'investissement » à proprement parler. Il doit son existence encore aujourd'hui à un « budget de fonctionnement ». Ce fut seulement pour les périodes 1999-00, 2000-01 et 2001-02 qu'il a bénéficié d'un budget d'investissement qui représentait respectivement 6, 8 et 42% du budget total du pays⁹². En ce qui concerne le budget de fonctionnement, plus de 80% parfois est destiné à couvrir les salaires du personnel, pour une grande partie financé par l'aide multilatérale⁹³.

La part des dépenses totales publiques pour la santé, qui était en constante chute d'ailleurs, passait de 8.3% (1995-96) à 6% (1999-00) du PIB. Cette année 1999 même, la participation relative de l'Etat dans les dépenses, celle de l'internationale et des ONG avaient considérablement diminué. Cela avait pour conséquence immédiate une nette augmentation des dépenses des ménages passant de 21% (1995-96) à 48% (1999-00)⁹⁴.

⁹¹ MPCE, DSNCRP (2008-2010), opcit, p73.

⁹² MSPP opcit, p89.

⁹³ Ibid, p90.

⁹⁴ Ibid, p.89.

Déjà une décennie, depuis les années 2001-02, sur le plan national, le pouvoir public n'a pu effectivement dépenser pour la santé de chaque citoyen Haïtien plus que 59 gourdes par an⁹⁵. Excluant de cette somme le troisième niveau de la pyramide des soins, il ne reste que quarante (40) gourdes pour le citoyen en moyenne. Ce chiffre est variable selon les départements : par exemple chaque Rivartibonitien, en queue de peloton, bénéficie seulement 28 gourdes l'an. Tandis que les Nordistes en reçoivent jusqu'à 65 gourdes. Pourtant, les dépenses globales par habitant s'étaient élevées jusqu'à \$US 26 (1995-96), pour se stabiliser entre \$US22 (1996-97) et \$US24 (1999-00)⁹⁶.

Tableau4 : Répartition des dépenses publiques de santé par départements et par tête d'habitants par an.

| Départements | Total habitant (IHSI, 2003) | Total dépense/hab/an |
|--------------|-----------------------------|----------------------|
| Ouest | 2.999.663 | 35 |
| Nord | 888.983 | 65 |
| Nord-Ouest | 497.830 | 37 |
| Nord-Est | 289.205 | 47 |
| Sud | 759.345 | 55 |
| Sud-Est | 528.183 | 38 |
| Grande-Anse | 747.247 | 41 |
| Centre | 575.013 | 29 |
| Artibonite | 1.191.253 | 28 |
| Nippes | - | - |
| total | 8.476.722 | |

Source : l'auteur, à partir des données tirées de MSPP⁹⁷, 2005.

Malgré ce faible niveau des dépenses par habitant par an, le pays reçoit des aides extérieures, bien qu'en diminution continue, des bailleurs dans le cadre d'accords bi/multinationaux. Ces aides ne passent pas nécessairement par le pouvoir central, dont les formes « sont polymorphes », en ce que leur canalisation varie selon les bénéficiaires et le « MSPP n'est pas toujours informé de l'aide attribuée à la périphérie.⁹⁸ » D'où, une totale désorganisation de l'aide et des activités qu'elle permet de

⁹⁵ Ibid, p91.

⁹⁶ Ibid, p88.

⁹⁷ Il faut noter que rien n'est dit à propos du département des Nippes : soit qu'il s'agit d'un choix délibéré soit qu'il n'existait pas encore à l'époque.

⁹⁸ Ibid, p95.

réaliser. Ce qui, par la logique des conséquences, ne permet pas de constater des résultats, en termes de satisfaction des besoins de la population. Le tableau qui suit présente une idée de la situation.

Tableau 5 : représentation des aides externes à Haïti par les principaux bailleurs.

| Bailleurs | Montant (million) | Période | Activités à réaliser |
|--------------|--------------------|----------------|---|
| Fonds global | \$US 66.9 | 5ans (2003-07) | VIH/SIDA, TB, Paludisme |
| BID | \$US 22.5 | 4ans (2003-06) | |
| OPS/OMS | \$US (5, 6) et 2.5 | (1996-98)&/an | Mortalité Maternelle, réforme santé, SIS, PROMESS, vaccination, IST, PECIME, mobilisation communautaire |
| FNUAP | \$US 28 | 5ans (2002-06) | Santé sexuelle et reproductive, population et développement, |
| UNICEF | \$US 8 | 5ans (2002-06) | Prévention et control VIH/SIDA, droit à la vie et la santé de l'enfant et de la femme, Iode |
| UNDAF | \$US (84) dont 21 | 2003 | (Populations vulnérables) dont santé |
| USAID | \$US 20 | Par an | (ONG) VIH/SIDA, santé & reproduction, survie enfant, TB |
| CF | 1.5 EURO | 3ans | Formation ressources humaines, santé des jeunes, décentralisation, assistance Techn. |
| CF/CUBA | 300.000 EURO | | Soutien à 2 UCS (Bainet, Port-salut) |
| CF | 426.000 EURO | | (ONG) VIH/SIDA |
| CC | \$C 17 | 4ans | DESS en management, IST-VIH/SIDA, ESAC/CARE, assainissement |
| JAPON | \$US 8.7 | 3ans (1996-98) | |
| CUBA | | 1999-2002 | Assistance Tech., 500 bourses d'étude, université... |
| Total | | | |

Source : L'auteur, à partir des données tirées de MSPP, 2005.

b) Obstacles non financiers

Aux barrières liées au financement de la santé s'ajoutent d'autres barrières qualitatives qui agissent directement sur la perception des usagers au point de les pousser vers la médecine traditionnelle. L'un des indices des obstacles non financiers concerne l'information : cette dernière permet les premiers contacts de l'utilisateur avec le système de soins. Une défaillance à ce niveau ne facilitera pas l'accès. Le citoyen en nécessité ne disposant des informations adéquates sur les conditions d'accès ne se sentira pas confortable au moment de se présenter au prestataire. La fréquentation du patient des services de santé dépend de ses prédispositions, sa perception et ses motivations. Alors que généralement, les usagers ignorent leurs droits et devoirs, ce qui explique des mésententes parfois entre malades et prestataires.

Le manque d'accès à l'information s'allie à la perception culturelle pour intensifier le doute, la méfiance au point de rendre explosive la relation de soins. On voit les patients devenir agressifs vis-à-vis des prestataires qui à leur tour deviennent moins tolérants avec eux. La situation devient plus difficile lorsque l'analphabétisme empêche la participation qualifiée des individus dans leur prise en charge. On voit également évoluer les problématiques sanitaires dans la population par une augmentation relative des maladies liées à des styles de vie et à des comportements considérés à risques : les gens ignorent les risques encourus du fait de leurs comportements ou de leurs modes de vie.

En deuxième lieu, l'inégalité dans les rapports entre médecins et patients est également source de traitements inéquitables. La verticalité des relations, caractéristique de la rencontre entre une conscience (supériorité du Médecin) et d'une méfiance (infériorité du patient), renforce la résistance du patient et dans beaucoup de cas contribue dans l'échec des traitements. Car, il est souvent ignoré les expériences, les savoir-faire personnels des usagers, leur croyance, leurs exigences, leurs demandes implicites, leurs préférences, leurs attentes et leurs besoins particuliers.

En troisième lieu, le fonctionnement des services de soins, particulièrement en ce qui concerne la *continuité des soins*, l'horaire de fonctionnement notamment, fait abstraction des conditions d'existence de la population: les cabinets médicaux et les centres de santé, surtout en milieu rural, non seulement fonctionnent à temps partiel, mais n'informent pas leur clientèle de certaines décisions de fermeture (les jours de congés et autres raisons particulières). En plus, les établissements de soins ne prennent pas en considération les besoins particuliers de certains groupes, comme par exemple les

handicapés. Les installations ne sont pas adaptées à cette catégorie: pas de services d'accueil, de support et d'interprétation pour les sourds-muets, les estropiés et les aveugles.

II- L'OPTIMISATION NECESSAIRE DE L'INTERVENTION PUBLIQUE SANITAIRE

Depuis les années 60, les gestionnaires ou les administrateurs disposent d'un nouvel instrument pour une gestion efficace des problèmes de santé : il s'agit de la planification sanitaire. Celle-ci, parfois considéré comme «un processus d'aide à la décision », permet aux responsables de prendre des décisions plus ou moins rationnelles dans la répartition des ressources, souvent limitées, tout en garantissant l'équité dans les prestations de services et leur meilleure organisation. L'analyse que nous allons développer dans cette deuxième partie sera concentrée, d'un coté, sur les éléments qui freinent le développement d'un système de santé publique efficace en Haïti (A) et, de l'autre, explorer les moyens possibles pour améliorer l'offre de services et faciliter l'accès des citoyens (B).

A- LES FREINS AU DEVELOPPEMENT D'UN SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE EFFICACE

Avant de rentrer dans les détails relatifs au système sanitaire haïtien, du moins à l'analyse des tentatives de réponses aux affections et aux maladies de la population haïtienne, faisons un état des lieux du contexte actuel.

Haïti, terre montagneuse et de climat tropical, est un pays essentiellement agricole constitué de 20% de plaines côtières, dont la couverture végétale est moins de 2%. En 2006, la population a été estimée à environ 8.924791 habitants et une croissance annuelle de 2.2%. L'espérance de vie est de 54 ans pour les femmes, 52 ans pour les hommes⁹⁹. La population urbaine était à 28% depuis les années 1990, s'est presque doublée en 2003 atteignant 40%. Si la densité de la population est 310 habitants/km², alors que l'aire métropolitaine à elle seule abrite 37% de la population totale.

L'agriculture haïtienne, principale source d'activités de subsistance, est négligée au profit d'une « économie de marché » dominée par le secteur informel. La population active était à plus de 54% depuis 2003, tend vers l'augmentation pour renforcer le nombre des chômeurs. Et 57% des ménages haïtiens vit avec moins de \$US 1 par jour, là où la gourde haïtienne, devise nationale, se desapprecie continuellement face au dollar américain.

⁹⁹ HENRYS (Jn H), op.cit, 2003.

Les événements provoqués par le séisme de magnitude 7.3 à l'échelle de Richter, le 12 janvier 2010 – il y a eu, en l'espace de 35 secondes, 220.000 morts, 300.000 blessés ou estropiés et «plus de 500.000 personnes ont quitté les zones sinistrées pour trouver refuge dans le reste du pays.¹⁰⁰» - a radicalement changé la réalité du pays. Les principales infrastructures du pays ont été touchées, notamment des hôpitaux. Selon le MSPP 86% du nombre potentiel des employés de la santé couvrant les trois départements (Ouest, Nippes et Sud-est) les plus touchés a été recensé. Et il a répertorié 61 décès de l'effectif des ressources humaines du système, dont 15% (9) de médecins, 16% (10) d'infirmières et 11% (7) d'auxiliaires¹⁰¹.

Cette mise au point tend à montrer la distance à prendre par rapport aux données sur lesquelles sera basée notre analyse. Et ce rappel est d'autant plus important lorsque seront respectivement analysés, d'un côté, le système de soins avec ses contradictions (1), de l'autre, l'inefficacité de la politique de santé en Haïti (2).

1. Un système, des contradictions

« Un système de santé, selon TESSIER, ANDREYS et RIBEIRO, est l'organisation qui a pour but de maintenir, d'améliorer ou de recouvrer la santé de la population. »¹⁰² Cette définition a le mérite de considérer la protection de la santé de la population comme la finalité des actions de tout système de santé. Composé de structures, d'institutions, de personnels et de bâtiments, le système de santé participe à la création d'un pont entre les individus en quête d'une amélioration de la santé et leur environnement.

Compte tenu des besoins de santé toujours multiples et pluriels et des demandes de la population considérables et primordiales, il paraît difficile et même impossible à un groupe d'individus de prétendre résoudre tous les problèmes sanitaires et satisfaire les multiples attentes de la population. C'est pourquoi, il a été identifié trois niveaux de systèmes sanitaires dans un grand système : à savoir, le système moderne, le système traditionnel et le système populaire. Selon les auteurs suscités, deux facteurs permettent de définir et légitimer chaque système de soins : d'une part, le marché, en ce sens

¹⁰⁰ MPCE, HAITI: PDNA, du tremblement de terre – évaluation des dommages, des pertes et des besoins généraux et sectoriels, 2010, p.9

¹⁰¹ MSPP, Analyse des résultats du recensement des ressources humaines post-séisme, Direction des ressources humaines, 16 mars 2010.

¹⁰² S. TESSIER, J-B. ANDREYS, M.-A. RIBEIRO, *Santé publique et santé communautaire*, Paris, 1996, in Cours Population et santé : recueil de textes, op.cit.

que l'individu choisit, en fonction de son analyse personnelle et sa perception de son mal, le système qu'il juge aller dans son intérêt; d'autre part, les pressions politiques diverses qui canalisent la prise des décisions dans tel ou tel sens. Toutefois, les pressions politiques s'avèrent plus courantes dans le système de la médecine moderne¹⁰³. S'entremêlant, les deux facteurs susmentionnés contribuent fortement à empêcher le développement normal du système de santé publique en Haïti.

L'explication des freins au développement du système sanitaire haïtien remonte à ses fondements sociohistoriques enlisés dans la colonisation de l'île au XVIIe siècle. De cette époque à nos jours, des conflits violents marquent les rapports entre le système de la médecine moderne et celui de la médecine traditionnelle de source africaine. Dans notre démarche analytique, seront passés en revue le système sanitaire traditionnel haïtien, ouvert à la population (a) et le système de la médecine moderne, hippocratique maintenant encore son caractère exclusiviste (b).

a) Le système traditionnel sanitaire haïtien: largement accessible

Le système de médecine traditionnelle est celui de la « prise en charge des maladies mobilisant des personnes (ou des professionnels) mais non reconnu par les structures officielles, faisant appel à des modèles de référence cohérents structurés par l'idée magique ou religieuse du monde. »¹⁰⁴ C'est le système qui suscite l'aversion des autorités publiques des « structures officielles » de soins. En effet, il est fondé essentiellement sur un empirisme plus ou moins maîtrisé et des explications magico-religieuses du monde, où les pathologies ne sont pas considérées comme résultant seulement des aléas naturels mais dont l'explication se réfère à un univers dynamique et complexe où tout s'enchaîne et s'interpénètre.

Le système traditionnel haïtien est en ce sens le résultat d'un contexte socioculturel et historique qui investit profondément l'existence quotidienne des Haïtiens. Selon Delbeau, la pratique médicale traditionnelle en Haïti revêt d'une triple signification : elle est d'abord « une visée » (elle priorise les valeurs traditionnelles); ensuite un « résultat » (acquise et transmise de génération en génération, elle tend à garantir le bien-être des individus); et enfin « un processus » (un phénomène traversant le temps et l'espace, de l'Afrique à l'Amérique, du passé au présent, du ciel à la terre)¹⁰⁵. « Phénomène

¹⁰³ Ibid.

¹⁰⁴ Ibid.

¹⁰⁵ DELBEAU (Colonel JN-C), *Société, culture et médecine populaire traditionnelle*, Presse nationale d'Haïti, imprimerie Henry Deschamps, Port-au-Prince, 1994.

multiséculaire, multisectoriel, total, c'est-à-dire, social, économique, culturel, psychique et historique à la fois», la médecine traditionnelle se propose de satisfaire les besoins pluriels de la population¹⁰⁶.

Cette ambitieuse visée trouve racines dans un contexte historique et social difficile de l'Homme Haïtien depuis des siècles. Bien avant la colonisation française de l'île de St Domingue (1666-1804), la MT (médecine traditionnelle) a fortement prédominé les pratiques de soins dans la colonie¹⁰⁷. Avec la colonisation française, des esclaves ramenés de force d'Afrique pour travailler les terres, livrés à eux-mêmes sans assistance médicale, se débrouillèrent et développèrent leurs connaissances des affections en les traitant eux-mêmes. Confiants de leurs techniques purement empiriques, ils purent résoudre, dans la mesure du possible, leurs propres besoins sanitaires et ceux de leurs proches. En dépit des barrières érigées par les autorités publiques pour non seulement interdire cette pratique, mais aussi empêcher aux esclaves les bénéfices de la médecine scientifique strictement réservée aux « Blancs ».

Parallèlement qu'on empêchait les esclaves la pratique de la médecine traditionnelle, les médecins du régime colonial voulaient apprendre et connaître les maladies locales et leurs recettes empiriques de traitements inventées par les indigènes. Les phrases du Ministre Phélypeau de Pont Chartrain à un Français établi dans la colonie en témoignent : « C'est parmi les simples chirurgiens barbiers, que furent choisis les premiers médecins qui exercèrent aux colonies [...] Ils ne rougirent pas à emprunter certaines notions estimables aux sorciers indigènes. »¹⁰⁸ Cette déclaration venue d'un haut dignitaire de l'époque témoigne le succès des expériences médicales des noirs, du moins la réussite de la médecine traditionnelle auprès des usagers. C'est ce succès, nous semble-t-il, qui provoqué le déchainement des autorités du régime pour la stopper au moyen des décrets. Mais, malgré les ordonnances et les traités promulgués en ce sens, on n'a jamais eu les résultats escomptés. Qu'est-ce qui alors explique cet échec ?

i) un personnel diversifié présent dans la communauté

Les caractéristiques fondamentales de la médecine traditionnelle expliquent sa pérennisation dans le paysage haïtien. D'abord, c'est une pratique plurielle méticuleusement protégée, inaccessible par les personnes extérieures au système : la MT est un univers de mystères et de « secrets », de façon à ce

¹⁰⁶ Ibid, p.iv.

¹⁰⁷ Avant la colonisation française l'île était déjà sous le control des espagnoles, l'équipe de Christophe Colomb débarquée en 1492, qui exterminèrent la totalité des indiens qui y vivaient. L'histoire ne rapporte pas s'il y avait des hôpitaux disponibles. Même s'il y en avait, l'extinction des indiens ne donne pas penser qu'ils recevaient des soins nécessaires à leur état de santé.

¹⁰⁸ Cite par DELBEAU, ibid, p.14.

que tout ce qu'on avance d'elle relève de pures rumeurs. Les praticiens traditionnels ne se confient pas aux personnes qui ne sont du clan. Ensuite, le corps médical traditionnel est soigneusement catégorisé et hiérarchisé, de sorte que cette hiérarchie n'est pas visible, du moins difficilement identifiable, donnant l'impression d'une structure plate. Enfin, le caractère hétéroclite, pluriel du personnel traditionnel médical se diffère et se diversifie: il n'est pas facile de trouver un négociateur qui représente tous les praticiens traditionnels, de sorte que porter son choix sur l'un d'entre eux reste un acte arbitraire et isolé.

La médecine traditionnelle est certes une pratique basée sur des procédés magico religieux, mais le système est beaucoup plus complexe. Tout ce qui fait sa richesse, c'est la structure hiérarchique du personnel. Au sommet de la pyramide se retrouve Dieu. Après lui viennent les guérisseurs célestes, les saints ou les invisibles. Ces derniers, avant d'intervenir, recommandent du plaignant des pèlerinages, des offrandes et des messes à des endroits expressément choisis. Ils sont suivis par les loas du vaudou qui, doués de pouvoirs d'action très étendus, guérissent à partir des feuilles médicinales et d'autres procédés magiques.

Pour avoir contact avec ces personnages du monde invisible, il faudrait passer via un pont : l'homme, c'est-à-dire le personnel humain. En première position, se retrouvent les bienfaiteurs des pauvres assurant la médiation entre les guérisseurs célestes et l'Homme. Ils sont généralement des personnes généreuses, n'œuvrant que pour le bien et apportant leurs aides aux plus démunis : sont classés dans cette catégorie les « ginen » (Guinins), les prêtres, les pasteurs protestants, les hommes de l'armée céleste, etc. Ces derniers, bien qu'utilisant des simples, croient beaucoup aux prières et aux supplications. Viennent ensuite, les « guérisseurs » proprement dits. Cette catégorie est constituée de plusieurs groupes distincts selon les pratiques et les procédés. Les spécialistes (docteur feuille ou docteur deux mains, Hougan et mambo, bocor, magicien guérisseur, rebouteux, masseur, accoucheuse sage-femme, tatoueur...) font parti du premier groupe. Les auxiliaires, cependant, les marchandes de feuilles constituent un autre groupe, leur rôle parfois s'apparente à une sorte de marketing de terrain. Et enfin les professionnels (les voyants). On retrouve possiblement à l'intérieur de chacun de ces groupes une certaine hiérarchie formelle ou non formelle. Par exemple, le Hougan dispose d'assistant qu'il peut appeler « wousi kanzo », ou « payas » ...

En somme, c'est un système riche en personnels diversifiés mêlés à la population. Et qu'en est-il des résultats ou de l'efficacité du système ? C'est-à-dire des conséquences, en termes des inconvénients et avantages sociaux des pratiques traditionnelles.

ii) MT et sécurité sanitaire : ses conséquences

La médecine traditionnelle reste et demeure très présente au sein de la population, de même que les risques et les maladies existent toujours, qu'il est impossible de complètement les éliminer. A ce défi, la société s'organise de manière à donner des réponses aux problèmes de santé. Cependant, ces réponses ne sont pas toujours justes, adaptées et adéquates aux problèmes, et qu'en revanche, parfois elles créent d'autres risques. Ce qui renvoie à la problématique de la sécurité sanitaire. Cette notion, pas trop ancienne, regroupe un ensemble d'inquiétudes qui concernent autant le domaine de la santé que l'alimentation et l'environnement. En termes forts, elle pose l'impératif de « protéger le noyau vital de toutes les vies humaines, d'une façon qui améliore l'exercice des libertés et facilite l'épanouissement humain. »¹⁰⁹ Mais, dans quelle mesure la MT permet-elle de satisfaire cette obligation qu'est la protection des vies et des libertés ?

(1) Les avantages de la MT: l'efficacité et le faible coût

Il n'est pas ignoré que la MT en Haïti rend de multiples services à la population haïtienne. C'est plutôt grâce à elle, il faut bien le reconnaître, qu'une majeure partie des Haïtiens doit sa survie aujourd'hui face aux maladies et aux affections. En même temps qu'elle permet la consolidation d'une culture proprement haïtienne, elle renforce ou maintient encore les liens entre certains groupes sociaux bien déterminés et garantit plus ou moins une paix sociale. Par l'utilisation des feuilles médicinales issues des plantes et des simples, la MT se rend capable de satisfaire jusqu'à 70% des situations-problèmes de santé en Haïti¹¹⁰.

Le succès de la MT s'explique à partir de deux principaux facteurs : le premier facteur renvoie à son coût abordable et la croyance ou la confiance de la population en elle. Une étude réalisée en 2003 au niveau de 2 UCS a prouvé que la présence de la MT permet de compenser l'insuffisance et l'inefficacité des structures sanitaires formelles trop souvent inadaptées aux problèmes de santé des communautés. Encore d'autres études réalisées auprès des membres du personnel de soin des

¹⁰⁹ BELANGER M, citant le rapport de la commission de la sécurité humaine, *la sécurité humaine maintenant*, 2009, op.cit.

¹¹⁰ MSPP, 2002, pp.64-65.

structures formelles allaient confirmer le même constat. Les professionnels de santé, conscients de l'enthousiasme de la population pour la MT, estiment que ce succès s'explique par l'échec répété des traitements à l'hôpital, de la défaillance du système d'accueil, du manque d'informations, du faible niveau d'éducation, de l'importance de la superstition et de la croyance religieuse¹¹¹. Ils constatent aussi, par des observations quotidiennes, que 50 à 70% des enfants malades et 60 à 70% des adultes fréquentant les structures de soins arrivent après avoir eu recours à la MT. Force est de constater que ces professionnels de santé, tout en admettant l'importance de la MT, émettent des doutes quant à l'efficacité des soins prodigués par les praticiens traditionnels. Tandis que la population, comme pour réfuter tout argument visant à discréditer la MT, atteste son efficacité qui, selon elle, ne provoque aucun effet secondaire. Comment alors comprendre ce contraste entre deux groupes d'acteurs du système de soins? La MT peut-elle être ou non sans effets néfastes sur la santé de la population ? Nous croyons que non.

(2) les inconvénients de la MT : traditionalisme, charlatanisme et automédication

Les pratiques traditionnelles, tout comme les procédés scientifiques, ont à la fois leurs bons et leurs mauvais cotés, sans pour autant empêcher leur utilité. La première préoccupation concernant la MT, est qu'elle parait un ensemble de techniques plus ou moins statiques n'évoluant pas nécessairement vers le progrès. Elles peuvent aliéner l'existence quotidienne des gens qui trop souvent s'enfoncent dans un monde imaginaire, complexe et variable : c'est là l'enjeu de la tradition. Et Delbeau de donner le ton: « Voulant [les traditionnels] sécuriser leur groupe par un retour aux sources, ils ne parviennent souvent, ce qui est tragique de constater, qu'à lui imposer une manière de penser, de vivre ou d'agir qui a fait son temps, d'où violence, sauvagerie guerre ; ce qui constitue une évidente régression. »¹¹²

En plus du déphasage temporel des pratiques traditionnelles par rapport au caractère dynamique des problèmes, donc des réalités sanitaires, existent les risques du charlatanisme médical. Decourtiz est celui qui, en plus de soulever le risque pour la sécurité sanitaire, recommande un regard soutenu sur ceux-là qui n'ont pas de compétence adéquate, de qualification, «de vigilance et d'exactitude, et qui le plus souvent, par une routine meurtrière, se permettent d'administrer de leur chef, aux malades, des

¹¹¹ Ibid, p65.

¹¹² C'est nous qui soulignons, DELBEAU (Colonel Jn-C), op.cit, p9.

aliments, boissons et médicaments quelque fois très contraires ou même funeste à leur état. »¹¹³ Un appel tout aussi valable pour les pratiquants de la médecine moderne.

Le troisième danger, à notre avis très fondamental, pour la sécurité sanitaire demeure l' « automédication ». Celle-ci, étant définie comme « l'art de s'auto-administrer soi-même un traitement [...] »¹¹⁴, s'inscrit en réalité dans le registre de la médecine populaire. Cette dernière, en effet, regroupe « toute les actions de santé qui sont individuelles ou familiales, ne faisant appel à aucune compétence extérieure mais utilisant tout à tour des concepts appartenant aux deux grands systèmes [traditionnel et moderne] »¹¹⁵ Ce troisième univers de la médecine en Haïti connaît quasiment le même sort de la médecine traditionnelle : écartée, ignorée et méprisée des autorités publiques, elle finit par se fondre dans le système traditionnel. Pourtant, ses apports à la médecine moderne, pour laquelle elle joue le rôle d'auxiliaire, sont capitaux, si on la considère comme étant relevée de la compétence des individus (les femmes surtout) et des familles. Au lieu d'être écartée du système officiel, pourtant qui en a besoin, elle pourrait être confiée certaines tâches spécifiques, accompagné d'une politique d'éducatives à la santé.

L'automédication, en plus d'impliquer des risques à la santé des citoyens – médicaments conservés dans des conditions inadaptées, médicaments administrés à une personne sans prescription ni respecter le dosage, traiter une pathologie dont les symptômes ressemblent à un autre cas pour lequel le médicament a été prescrit –, permet aussi de compenser un ensemble de besoins. Elle présenterait des avantages relatifs au temps de consultation d'un médecin. Mais là, il faudrait penser à la motivation du malade d'aller voir un professionnel de santé: il est normal de supposer que, pour le malade, le médecin n'est pas la seule « réponse santé ». Et en plus, psychologiquement la personne ne considère pas son mal comme étant grave nécessitant l'avis d'un spécialiste. Encore faudrait-il ajouter que la personne malade se reconnaît une certaine compétence en la matière, donc une certaine confiance de son savoir-faire¹¹⁶.

En réalité la principale caractéristique du savoir-faire médical populaire et/ou traditionnel résulte de sa capacité à se construire à partir des échanges avec les proches. Ce qui, évidemment, n'est pas sans risque puisque souvent la source d'informations comme base n'est pas toujours fiable. L'information

¹¹³ DECOURTILZ cite par Delbeau, *ibid.*, p.20.

¹¹⁴ MICHOT-CASBAS (M), « L'automédication et libre accès aux médicaments, enjeu de la responsabilité et de l'éducation des patients », www.ethique.inserm.fr, décembre 2008, p1.

¹¹⁵ TESSIER, ANDREYS, RIBEIRO, *op.cit.*

¹¹⁶ MICHOT-CASBAS, *ibid.*

elle-même est constamment déformée d'émetteurs aux récepteurs. Mais, en tout état de cause, la MT montre à quel point les citoyens cherchent à avoir le control non seulement de leur environnement mais aussi de leur état de santé, à assumer, à se responsabiliser et à s'organiser de manière à résoudre leurs problèmes sanitaires.

b) Le système moderne: une médecine exclusiviste et inefficente

Le système de santé moderne est celui dont «les activités reposent sur la théorie scientifique de l'organisation du monde et de l'explication des maladies et de la santé.»¹¹⁷ Son exigence de scientificité des procédés techniques constitue le point fort de la médecine hippocratique. C'est lui, en raison de ses structures (hôpitaux et de dispensaires) et ses personnels formés mandatés (médecins, infirmières et autres), qui a officiellement la tâche de garantir la protection de la santé de la population. Ainsi, fort de cette scientificité et sa hiérarchie administrative, il conteste la validité et l'efficacité des techniques et procédés de la médecine traditionnelle arguant leur manque de scientificité. D'où, l'existence de violents conflits caractérisés surtout par une méfiance réciproques entre ces deux médecines.

i) Une médecine au service des nantis

La médecine scientifique, bien qu'étant une profession sociale, n'avait pas à l'origine, et divers observateurs le pensent, une vocation sociale. Ayant pris racines dans la bourgeoisie, elle éprouve encore de réelles difficultés à s'en libérer. Elle se trouve aujourd'hui prise dans son propre piège : alors que sa mission principale est de retarder la mort, elle a multiplié des discours suscitant de folles attentes dans la population qu'elle ne peut pas vraiment satisfaire. Selon Dombret-Klinkenberg « C'est à l'époque positiviste que sa dimension curative s'exprime avec le plus de netteté, à cette époque où les progrès des connaissances autorisent à l'humanité les folles espérances, jusque et y compris celle d'éradiquer toute souffrance.»¹¹⁸ Et Bensaïd d'ajouter : « le modèle que véhicule implicitement la médecine moderne et la société technicienne est que la mort est toujours le résultat d'un processus pathologique : s'il n'y avait pas de maladie, il n'y aurait pas de mort. »¹¹⁹

Avec la médecine haïtienne la situation est encore plus inquiétante. On pourrait remonter l'histoire jusqu'à la période coloniale, période où elle a été l'apanage tantôt des « Blancs » (les matelots et les

¹¹⁷ ibid

¹¹⁸ BURY J.A, in FASCH, op.cit.

¹¹⁹ Ibid.

soldats), tantôt de la classe possédante de la société, pour comprendre ses vrais fondements. Pendant de très longues années, marquée par la prédominance des pratiques traditionnelles, elle devint, vers les années 1846, le système de soins officiel. Cette époque rappelle aussi, écrit Delbeau, le début de la deuxième phase historique¹²⁰ de sa mise en place en Haïti. Cependant, après plus de 200 ans d'histoire, elle est encore un luxe, un système au service de la classe possédante.

Comprendre le fait que le système sanitaire haïtien soit resté jusqu'à présent foncièrement exclusiviste revient à identifier les valeurs sociales qui le sous-tendent : c'est dire que nous rentrons d'emblée dans le domaine de la planification sanitaire. D'après Blum, les valeurs sociales comme source de changement ont deux fonctions principales: 1) créer les normes et les attentes ; 2) contribuer à la formulation des buts.¹²¹ Si l'on établit le lien entre les normes de fonctionnement du système haïtien et la réalisation de buts ou des objectifs de santé, on identifiera alors clairement les valeurs sociales du système sanitaire haïtien : c'est un système qui repose essentiellement sur une logique libéraliste postulant que le marché doit se réguler lui-même. En d'autres termes, l'Etat doit faire l'économie de son intervention sur les questions sanitaires, du moins éviter de se servir de son pouvoir coercitif pour ne pas entraver la liberté d'entreprise individuelle, tout en garantissant l'égalité entre les citoyens. A-t-on besoin d'ajouter que cette logique priorise la réussite et la liberté individuelle, où la délivrance des soins sanitaires se fait selon le principe du mérite ? Toujours dans cette ligne, lorsque la situation des plus faibles se dégenère, la conscience sociale fait appel à la charité pour soutenir ceux qui n'ont pas réussi à grimper la pente.

L'égalité, suivant cette logique libérale, est déterminée par la loi du marché, se diffère de l'égalité sociale et socio-économique et de l'égalité devant les opportunités qui tendent à offrir à tout individu la même chance de départ. Le poids des valeurs libérales se fait sentir dans le système sanitaire haïtien par l'application du « laissez-faire ». L'absence des lois et d'une planification stratégique laisse constater un système « où la libre entreprise est de règle pour les établissements de santé, la population devient un marché manipulable et l'environnement plus ou moins¹²²».

¹²⁰ Sous l'occupation américaine, en 1922, elle aura connu de petits progrès et devenue l'unique pratique médicale légalement acceptée par la société, pourtant méconnue par la population qui, au contraire, accepte la médecine traditionnelle restée aux yeux des autorités politiques une pratique clandestine et informelle.

¹²¹ R PINCAULT, C. DAVELUY, « La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies », Editions Nouvelles, Ottawa, in Faculté des Sciences Humaines, *ibid.*

¹²² *Ibid.*

ii) **une médecine de faible capacité d'action**

L'organisation de l'offre des services de soins en Haïti relève donc du leadership du ministère de la santé publique et de la population (MSPP) qui travaille en étroite collaboration avec les ONG, les associations socioprofessionnelles et des cliniques privées à but lucratif. En fait, ce sont ces trois acteurs qui garantissent l'offre de soins de santé en Haïti : à savoir le secteur public, privé et mixte.

Pour ce qui concerne le secteur public, de plus en plus affaibli, il est constaté l'érosion continue de son image auprès de la population. Les services qu'il s'efforce d'offrir à la population sont non seulement insuffisants, ne sont pas de bonne qualité, mais aussi sont concentrés dans les hôpitaux et certaines régions, du moins les principales villes du pays.

Quant au secteur privé, il est divisé en deux catégories distinctes d'acteurs qui, en réalité, ne se différencient que par leurs objectifs. La première catégorie, composée des cabinets médicaux, des polycliniques et des hôpitaux privés, est dite à but lucratif. Elle limite son offre de soins à une frange de la population : ceux qui ont la capacité de payer les services. Les professionnels qui s'identifient à cette catégorie fonctionnent dans la plus totale liberté. Se considérant libéraux exerçant une profession libérale, ils sont rares à se faire enregistrer pour obtenir une autorisation légale de fonctionnement. Ils évoluent alors en marge du système de contrôle officiel et légal. Pour ce qui est de la seconde catégorie du secteur privé de soins, y regroupent toutes les organisations à but non lucratif. Leur intervention rentre plutôt dans le cadre de missions et d'objectifs pluriels et variés. Ce sont pour la plupart des religieux qui, décidés d'étendre leurs actions humanitaires, jugent nécessaire d'offrir de soins de santé à la communauté. A eux s'ajoutent les ONG nationales et internationales qui fournissent des soins spécifiquement à certaines catégories de la population bien déterminées. Leurs activités s'inscrivent alors dans un espace géographique expressément défini. En fait, si la première catégorie, à but lucratif, définit sa clientèle en fonction des profits qu'elle peut en tirer, la seconde, à but non lucratif, entreprenant des actions humanitaires ou de charité, objective des groupes défavorisés géographiquement circonscrits.

Les secteurs public et privé, dans certains cas, définissent conjointement des activités. D'où, le troisième secteur dit mixte de la santé. Ce dernier existe à partir d'un partenariat entre le public et le privé. L'Etat, via le MSPP se charge en tout ou en partie des salaires du personnel. Ces institutions

mixtes représentent donc un quart (1/4) environ des institutions sanitaires disponibles sur le territoire haïtien¹²³.

La participation de ces trois secteurs permet de répondre à 60% des demandes en soins sanitaire des citoyens. Il convient cependant de préciser que cette estimation s’est basée sur les demandes exprimées auprès des établissements et services. A notre avis, les besoins ne s’expriment pas seulement dans le cadre des relations d’échange entre les services et les usagers, du moins entre l’offre et la consommation. Cela reviendrait à réduire la demande à l’économique.

Une observation commune à toutes les institutions sanitaires, c’est le fait de mettre beaucoup l’accent sur les ressources, les structures et le professionnalisme plutôt que sur la population desservie. L’environnement est moins important dans la mesure où il est perçu comme un marché qu’on peut modifier par des techniques de marketing. Pour illustrer notre observation, prenons les premières causes de morbidité dans la population, les IRA, la diarrhée, les infections de la peau ou les lésions accidentelles, le paludisme, les traumatismes survenus suite aux accidents de la circulation, les infections pulmonaires sont des maladies liées à des environnements malsains. Et les cinq premières causes de mortalité en Haïti, sont les traumatismes, le VIH/SIDA, la diarrhée, les accidents vasculaires et cérébraux et les pathologies néonatales. Pourtant, elles ne figurent pas dans la liste des priorités des activités sanitaires définies.

Tableau 5 : présentation des principales causes de mortalité et de morbidité dans la population

| mortalité | | | morbidité | |
|-----------|-------------------------------|-----|--|---|
| rang | Maladies/symptôme | % | Maladie/symptôme | % |
| 1 | Traumatisme | 6% | IRA | |
| 2 | Maladies/ VIH | 5% | Diarrhée ou parasitose intestinale | |
| 3 | Diarrhée | 5% | Malaria | |
| 4 | Accidents cérébro-vasculaires | 5% | Infections de la peau ou lésions accident. | |
| 5 | Pathologies néonatales | 5% | HTA | |
| 6 | Causes mal définies | 44% | | |

Source : MSPP, 2005.

¹²³ HENRYS J.H, op.cit.

2. La Politique de santé : des programmes fragmentés

Haïti, après avoir adopté la déclaration d'Alma-Ata, manifeste sa volonté d'appliquer une politique nationale de santé centrée sur les soins de santé primaires (SSP), dont l'objectif serait la prise en compte de la santé de la population. En 1996, le gouvernement, dans sa déclaration de politique nationale de santé, avait en effet avoué son intention d'instituer un système fondé sur l'équité, la justice sociale et la solidarité. Le MSPP reprend cette idée qui permettrait de refonder son système sur les principes de l'équité, l'efficacité et la participation citoyenne.¹²⁴ Cette politique prioriserait donc dix axes fondamentaux, dont le but est de garantir à la population un paquet minimum de services (PMS)¹²⁵.

Ce PMS contient un ensemble de huit éléments de « soins de santé essentiels, préventifs, curatifs et promotionnels, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles »¹²⁶: 1) la prise en charge globale de l'enfant (PCGE); 2) la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et de la santé reproductive; 3) la prise en charge des urgences médicochirurgicales; 4) les soins dentaires de base; 5) la lutte contre les maladies transmissibles; 6) l'assainissement du milieu et l'approvisionnement en eau potable; 7) la disponibilité et l'accès aux médicaments essentiels; et enfin 8) l'éducation sanitaire participative¹²⁷. Mais, ce plan très ambitieux va finalement être fragmenté au profit des « programmes verticaux ».

a) Les « programmes verticaux »: un choix sociopolitique

Alors que la politique de santé nationale est fondée sur la théorie des SSP, « horizontale », les autorités sanitaires se tournent vers des « programmes verticaux ». Qu'est ce qui permet de comprendre ce revirement ? Quelle que soit la réponse doit se référer au contexte sociopolitique et économique du pays. Car la planification sanitaire est rarement une activité purement technique, elle est à la fois politique (surtout), économique et culturelle. Tel sera de notre courte analyse des différents éléments prioritaires par les responsables sanitaires haïtiens.

« Un programme de santé, selon BURY, est constitué par un ensemble de ressources réunies et mise en œuvre pour fournir à une population définie des services organisés de façon cohérente dans le temps

¹²⁴ MSPP, op.cit, 2003; MSPP, op.cit, 2005.

¹²⁵ Cette politique est une version révisée en 1999 de la politique nationale de santé élaborée en 1996.

¹²⁶ Ibid, 2003, p8.

¹²⁷ Op.cit., 2002, p10

et dans l'espace en vue d'atteindre des objectifs déterminés en rapport avec un objectif précis.¹²⁸» S'appuyant sur des données épidémiologiques et des indicateurs reflétant la perception des citoyens de leur état de santé, il permet de résoudre les problèmes de santé de la population par l'établissement des objectifs, l'identification des activités prioritaires facilitant l'atteinte des objectifs, la détermination des ressources nécessaires. Autrement dit, la planification par programme n'est pas une fin en soi, elle permet plutôt d'apporter des réponses appropriées, rationnelles et logiques aux problèmes de santé par une approche à la fois préventive et curative.

En fait, cette approche consiste à sélectionner des maladies jugées prioritaires, particulièrement dans un contexte de « pénurie de ressources ». Voilà qui théoriquement justifie le choix des gestionnaires sanitaires haïtiens à prioriser seulement six maladies affectant la population, telles la vaccination des enfants, la Tuberculose, la lèpre, la Filariose lymphatique, la malaria et les IST/VIH-SIDA.

i) Le programme élargi de vaccination (PEV)

Le PEV résulte de la prise en charge des maladies de l'enfant (PCIME), elle-même est une compression de la prise en charge globale de l'enfant (PCGE), premier élément du PMS¹²⁹. L'objectif principal du programme, selon le MSPP, est d'apporter des réponses concrètes aux problèmes de morbidité-mortalité relatifs aux maladies « immuno-contrôlables ». Car, ces maladies tuent environ 138.000 enfants chaque année avant l'âge de 5 ans¹³⁰. Sont responsables à 34,8% des décès les pathologies périnatale, dont 30% par les infections néo-natales. La morbidité infantile s'accroît plus en milieu rural qu'en urbain, atteignant 43,3% chez les enfants âgés d'un an et plus, et 23% en milieu urbain¹³¹.

En effet, le PEV vise l'éradication de la mortalité-morbidité infantile en objectivant plutôt les enfants de moins d'un an (soit environ 3,5% de la population totale), les femmes en âge de procréer (25%) et les femmes enceintes (4%) de la population totale. Ainsi, les enfants reçoivent-ils des doses vaccinales contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole, les complications de tuberculose

¹²⁸ J.B. BURY, op.cit

¹²⁹ MSPP, *Plan stratégique nationale pour la réforme du secteur de la santé*, 2005, p66 (révision de la version 2003).

¹³⁰ MSPP, *Analyse du secteur de la santé*, 2002, p51.

¹³¹ *ibid*, p.52.

et la polio. Tandis que les femmes en obtiennent cinq, trois initiales et deux en rappel contre le tétanos¹³².

Les objectifs spécifiques du PEV sont, dans un premier temps, pour la période 2003-2007, atteindre une couverture vaccinale du territoire allant jusqu'à 95% et, dans un second, éliminer le tétanos maternelle d'ici 2006 en bloquant la circulation des virus, « sauvage » et « vaccinal », de la polio et de la rougeole.

Cependant, pour causes de problèmes¹³³ multiples et d'origines diverses, ces objectifs ne sont pas atteints. La mortalité maternelle maintient sa pique malgré l'augmentation du financement jusqu'à \$US 20 million par rapport aux années précédentes¹³⁴. Alors que, l'un des OMD¹³⁵ retenus en Haïti était la réduction de 50% cette mortalité d'ici 2010, la même visée (réduire de 50%) pour la mortalité infantile.

ii) Lutte contre la Tuberculose

La tuberculose demeure l'une des 10 premières causes de mortalité dans le monde. En Haïti, depuis 2000, elle a atteint un niveau d'incidence annuelle de 180/100.000 soit 14000 nouveaux cas de TB pulmonaire à microscopie positive (TPM+) et 352/100.000 soit 27.000 cas de TB sous formes diverses. 50 à 60% des personnes vivant avec le bacille diagnostiquées sont également infectées au VIH. Cela explique le rapport étroit entre ces deux infections¹³⁶. Cependant, les chiffres doivent être pris pour ce qu'ils sont : des estimations non exhaustives. Car, en raison de la faible couverture nationale de l'offre de soins, il devient difficile de savoir avec exactitude le nombre de personnes tuberculeuses en Haïti. Mais cela n'empêche pas de reconnaître les progrès du traitement par DOT (traitement directement

¹³² Ibid, pp69-70.

¹³³ Nous analyserons dans la section qui suivra ces différents problèmes et leurs causes profondes.

¹³⁴ MPCE (Ministère de la Planification et de la Coopération Externe), *Document de stratégie nationale pour la croissance et la réduction de la pauvreté (DSNCRP, 2008-2010) : réussir le saut qualitatif*, Presse nationale d'Haïti, Port-au-Prince, 2008, p.68.

¹³⁵ Le MPCE, à travers son Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, s'interroge sur les possibilités d'atteindre les OMD en Haïti : « En Haïti, on continue à s'interroger sur les possibilités d'atteindre les cibles des objectifs du Millénaire de développement. » Sur cette base, deux hypothèses partagent la discussion sur le sujet : selon une première hypothèse, « optimiste », « étant donné qu'Haïti est un petit pays à économie ouverte pour cela certains cibles seront atteintes et d'autres non. » Selon la seconde hypothèse, plutôt pessimiste, « on doit s'attendre à ce que la plupart des cibles OMD se soient pas atteintes à l'horizon 2015 et il y a risque de faire marche arrière par rapport à des progrès déjà réalisés pour certains indicateurs. » (ELISEE (D) et ST FLEUR (S), « quel est le degré de réalisme qu'il faut donner aux OMD de la déclaration du Millénaire dans le cas d'Haïti ? », ONPES, MPCE, Haïti, juin 2009, p20.

¹³⁶ MSPP, 2002, op.cit, p72.

observé) qui a atteint une couverture territoriale de 80% en 1998 et 75% en 1999. Alors que 68% des malades reçoivent ce traitement¹³⁷.

iii) Lutte contre la Filariose lymphatique

La filariose est l'une des six maladies endémiques dans le pays faisant parti des programmes verticaux. Elle affecte la population de certaines zones jusqu'à 50% et classée actuellement la deuxième cause d'incapacité dans le monde. En 2000, des enquêtes ont révélé que la parasitose touche 119 communes sur les 135 en Haïti. Il s'ensuit que 22 de ces communes sont classées comme des zones dont le taux d'antigénémie va de 10 à 15%. Il est également révélé qu'à peu près 6 millions de personnes, abstraction faite des enfants en-dessous de l'âge deux ans et les femmes enceintes, sont à risque. Cela a convaincu le MSPP de vouloir l'élimination d'ici 2020 par des traitements de masse et s'appuyant surtout sur des campagnes de mobilisation sociale¹³⁸.

iv) Les IST/VIH-SIDA

Les statistiques placent Haïti comme l'un des pays les plus touchés de l'Amérique par le VIH/SIDA, où le taux de prévalence passait 5.2% en 1995 à 4.9% en 2001, c'est dire donc un pays d'« épidémie généralisée ». L'épidémie du VIH est à la fois variable et relative: autrefois, étaient surtout touchés les homosexuels, les drogués par injection intraveineuse et les prostitués ; aujourd'hui sont attaqués les hétérosexuels, particulièrement les démunis et en première ligne les femmes et les enfants. Il est constaté un processus de féminisation de la maladie: autrefois le ratio sexe était 5.6 hommes pour 1 femme, aujourd'hui il devient plutôt 0.8 homme pour 1 femme¹³⁹.

L'infection cause en Haïti plus de 35.000 décès par an¹⁴⁰. Situation alarmante qui incite la mobilisation des différents acteurs sociaux nationaux et internationaux dans une lutte contre l'épidémie. Cependant, malgré le réveil des pulsions altruistes chez plus d'un, elle n'est pas moins difficile à maîtriser en raison de sa complexité. Formant un pont entre les trois facteurs risque, vulnérabilité et réduction de l'impacte, elle devient un phénomène circulaire : «Le risque, la vulnérabilité et l'impact agissent les uns sur les autres pour former la dynamique de l'épidémie. Lorsque l'épidémie du VIH/SIDA s'aggrave, un cycle négatif s'établit car l'impact de l'épidémie

¹³⁷ MPCE, DSNCRP (2008-2010), opcit., p36.

¹³⁸ MSPP, 2002, opcit, pp75-76.

¹³⁹ Ibid, p70.

¹⁴⁰ Ibid, p36.

entraîne une vulnérabilité accrue – laquelle accroît le risque d’infection par le VIH – lequel accroît à son tour l’impact. »¹⁴¹

« Une riposte adéquate devrait permettre d’inverser cette dynamique : si l’impact de l’épidémie est atténué, alors la vulnérabilité peut être réduite et le risque d’infection diminuera». Malgré la révélation de la complexité du phénomène, on tente à présent de le simplifier par une causalité linéaire. Le problème réside dans l’absence d’une définition du risque, de la vulnérabilité et de l’impact qui ne peut être réductibles au VIH/SIDA pris isolément.

Mais qu’en est-il exactement, du moins de la signification réelle du choix des autorités sanitaires d’intervenir au moyen des « programmes verticaux » plutôt que de reformer le système sanitaire qui permettrait de mieux appliquer la politique de santé nationale ?

Quelques remarques ici s’imposent concernant les « programmes verticaux ». Economiquement, et généralement, ils justifient la velléité des gestionnaires sanitaires de faire une gestion rationnelle et logique des activités et des services de santé par la mobilisation organisée des ressources par rapport à un contexte de précarité socio-économique de la société. Car, selon J. M. CROUZATIER, « la stratégie verticale » présente l’avantage d’identifier un adversaire et de mesurer les résultats du combat engagé.¹⁴² » Cela explique en partie pourquoi l’OMS s’est engagée aux cotés des autorités locales dans la réalisation de ces « programmes verticaux » qui ne permettent que « des résultats très variables. » Mais, cependant, l’OMS connaît bien «le risque de détourner des moyens au profit d’équipes très spécialisées et au détriment des services de santé de base.¹⁴³ »

Il est à remarquer que toutes les activités des programmes priorités sont concentrées sur des maladies épidémiques ou endémiques financées par l’aide internationale (voir le tableau 4). Cela suppose que ce sont l’international et les acteurs locaux qui donnent le ton, c’est-à-dire que le pouvoir public est plutôt poussé à agir non seulement par l’international mais aussi par la pression (la perception de la population) de la gravité des problèmes sanitaires. En ce sens, les programmes visent donc la satisfaction des intérêts particuliers, du moins jouent un rôle de soupape, alors que l’intervention de l’Etat se confine dans une logique d’action sociale sanitaire à la fois volontaire et obligatoire. Volontaire, parce que l’Etat ne se voit pas responsable (responsabilité administrative) de l’état sanitaire de la population. Obligatoire, parce que l’opinion publique nationale et internationale l’oblige, ne serait-ce que pour redorer un peu son image. En plus, la stratégie de planification

¹⁴¹ L’ONUSIDA par MSPP, *ibid*, p71.

¹⁴² CROUZATIER (J. M.), *Droit international de la santé*, AUF, éditions des archives contemporaines, Paris, 2009, p38.

¹⁴³ *Ibid*, p37.

« verticale » n'exige pas des modifications profondes dans le système sanitaire actuel. Et qu'encore est-il facile de trouver un consensus avec les groupes de pressions (les associations médicales) et les libéraux (le secteur lucratif médical) qui ne s'intéressent pas aux grandes maladies épidémiques. En d'autres termes, la préférence des autorités sanitaires publiques pour les « programmes verticaux » est plutôt une motivation sociopolitique que technique et/ou théorique.

b) Obstacles à la réussite des activités: résultat de certaines défaillances

Toutes les activités « verticales » rencontrent presque les mêmes difficultés. Généralement, les causes ne sont pas extérieures au système. Pour l'essentiel, elles résultent des stratégies politiques et du choix des méthodes. Ainsi avons-nous pu identifier des barrières d'ordres structurels, organisationnels, financiers, logistiques et sociopolitiques.

i) Obstacles d'ordres structurels

Les premières difficultés rencontrées par les responsables de la santé sont d'ordres structurels. Cela s'explique par les faiblesses de la puissance publique qui se répercutent sur les structures de coordination et favorisent un manque d'articulation entre ces structures¹⁴⁴. Les sept (7) directions constituant le sommet stratégique n'ont pas de rôles et de fonctions clairement définis¹⁴⁵. Certaines coordinations « gèrent des programmes et qui ne sont rattachés à aucune direction centrale », ajouter l'insuffisance du nombre de ces directions par rapport à la complexité des problèmes et des besoins sanitaires de la population¹⁴⁶.

D'autres problèmes liés aux infrastructures sanitaires inadaptées : « **les hôpitaux publics et centres de santé**, en plus d'être logés dans de vieux bâtiments mal entretenus, ne disposent pas d'eau potable en permanence; les déchets solides, incluant les déchets biomédicaux et chimiques sont mal gérés; les eaux pluviales sont mal drainées causant des flaques d'eaux stagnantes gîtes de moustiques ; la gestion des eaux usées laisse beaucoup à désirer.¹⁴⁷ » Ajoutons également l'absence de suffisamment de laboratoire de santé publique dans le pays, ce qui pourrait grandement contribuer à renforcer le système de prévention, du contrôle et de la surveillance des maladies, de l'hygiène et garantir la

¹⁴⁴ MSPP, 2005, opcit.

¹⁴⁵ Le MSPP s'est dernièrement, en 2006, doté d'une loi organique où il est présenté une nouvelle du ministère (ref. Le moniteur, « décret portant sur l'organisation et le fonctionnement du ministère de la santé publique et de la population (MSPP) », 161eme année, #1, Port-au-Prince, jeudi 2 janvier, 2006.

¹⁴⁶ HENRYS J.H, opcit.

¹⁴⁷ , c'est le MSPP qui souligne, 2005, p35.

protection de l'environnement. Cela aiderait également à garantir la sécurité alimentaire, le contrôle de la qualité, etc. L'insuffisance des infrastructures influe aussi sur l'efficacité des activités du fait de l'inadéquation de laboratoires d'analyse, empêchant l'évaluation qualifiée de l'évolution des maladies à combattre. Sans oublier l'absence d'une police ou brigade sanitaire. Comme résultat final, la prise des décisions en temps opportuns se trouve entravée.

La faible couverture sanitaire et le coût élevé des services freinent aussi l'avancement normal des activités. Le programme de la lutte contre la TB en témoigne: la faiblesse de l'offre de services ne facilite pas la satisfaction des besoins-demandes exprimés par la population ni l'identification des besoins latents, non exprimés mais ressentis¹⁴⁸.

ii) Obstacles d'ordres organisationnels

A l'insuffisance des structures sanitaires s'ajoute le manque d'organisation et de coordination des activités des soins. Les différents programmes ne sont pas cohérents et discontinus par rapport aux problèmes des populations ciblées. Leur fragmentation, par l'absence d'une ligne directrice de choix, ne permet que des résultats isolés et morcelés, sans grands effets sur l'efficacité et l'efficience du système de soins. Par exemple, quel rapport y-a-t-il entre le PEV, la lutte contre la filariose et la lutte contre la TB? Qu'est-ce qui permet de les lier entre eux et par rapport à l'amélioration de l'état de santé de la population? Autrement dit, quels sont les problèmes communs des populations ciblées relatifs aux différentes activités verticales ?

Le manque de coordination et d'organisation des programmes s'explique en partie par leur caractère essentiellement curatif et institutionnel. L'attention n'est pas portée sur les problèmes réels de la population au moment de la planification. Le rôle des familles haïtiennes et les savoirs populaires ne rentrent pas en ligne de compte. Les gestionnaires n'ont jamais jugé nécessaire une franche coopération et/ou d'intégration des praticiens traditionnels dans les prises de décisions. Les quelques tentatives sont interprétées par ces derniers soit comme des mesures visant leur élimination sur le terrain soit comme une manipulation.

¹⁴⁸ MSPP, opcit, p73.

En outre, malgré l'insuffisance des ressources humaines¹⁴⁹, le processus de planification des activités n'a pas permis de repenser la réorganisation et la répartition du personnel. Alors que ce sont des activités qui nécessitent généralement une mobilisation parfois totale du personnel déjà insuffisant : elles paralysent parfois les activités routinières des établissements sanitaires. Ajouter un manque de supervision du déroulement des activités à cause d'une pénurie de ressources humaines.

Il est toutefois constaté des violents conflits au sein du personnel signes qui, entravant le déroulement des activités, témoignent la mauvaise gestion des ressources humaines par le pouvoir public. Le secteur privé lucratif, en plus, ne s'implique pas, alors que le pouvoir public ne dispose pas des moyens autres que la négociation pour faciliter sa participation.

iii) Obstacles d'ordres logistiques

La question de la logistique, le manque de matériels médicaux, d'intrants, de fourniture de laboratoire engendre la discontinuité des services. Les locaux ne sont pas adaptés (problème d'installation) ni équipés. S'ajoutent aussi des difficultés au niveau de l'approvisionnement, par manque de moyen de transport (voiture et ambulance disponibles) et de communication (téléphone ou radio de communication)¹⁵⁰.

iv) Obstacles d'ordres financiers

Ici est directement posée la vulnérabilité du MSPP. Le fait que ces programmes soient totalement ou majoritairement financés par l'aide internationale laisse planer des inquiétudes quant à leur continuité de financement. Il existe, en plus, des contraintes liées au décaissement des fonds promis : des retards sont souvent enregistrés à cause des modalités difficiles et non respectées.

v) Obstacles d'ordres sociopolitiques

L'aspect financier ou économique de la santé est étroitement lié à l'aspect sociopolitique, de façon que l'un ne marche pas sans l'autre. Car, le modèle du système sanitaire dépend du modèle politique et économique de la société, dans la mesure où la compréhension de la médecine haïtienne renvoie à la société hiérarchisée en classes sociales distinctes. Cette médecine se revendique une profession libérale

¹⁴⁹ Cette situation a été à la base de la coopération haïtiano-cubaine. Depuis 1999, Cuba offre à l'Etat Haïtien des bourses d'étude en médecine et accueille depuis lors environ 60 à 100 étudiants. Ces études s'étendent sur une plus courte période de temps, six ans, que celles en Haïti, 7 à 8 ans. En outre, Cuba fournit au système sanitaire haïtien environ 500 professionnels de la santé repartis sur le territoire national (MSPP, op.cit)

¹⁵⁰ HENRYS J.H, op.cit. ; MSPP, ibid.

et en même temps se positionne par rapport à cette idéologie. Les groupes de pressions, notamment les associations socioprofessionnelles, les distributeurs de produits pharmaceutiques, défendent toujours leurs propres intérêts et poussent le pouvoir public à négociation. D'où la lenteur accusée dans le processus des réformes d'un système à double vitesse.

En somme, la raison fondamentale de l'échec des « programmes verticaux », c'est leur niveau de technocratie. L'influence des Experts, comme l'on peut constater, dans l'orientation de la définition des activités prioritaires est trop prononcée. La « planification verticale » priorise certes la rationalité mais constitue un instrument à double tranchant aux mains des technocrates. Ces derniers laissent prédominer les structures et les ressources au détriment des intérêts de la population. Car, selon BURY : « Un modèle plus approprié semblerait en être un de compromis, c'est-à-dire celui où l'organisation établit des liens d'interactions avec son environnement. » Il est évident, en effet, que l'environnement a été absent dans la définition des activités prioritaires. Autrement dit, les difficultés des programmes s'expliquent essentiellement par un manque de volonté de prioriser les intérêts des populations bénéficiaires. D'où, la nécessité de repenser l'offre de soins par une approche nouvelle.

B- L'OPTIMISATION DE L'OFFRE DE SOINS: PRIORISER UNE NOUVELLE APPROCHE

On constate un paradoxe entre, d'un côté les velléités des autorités sanitaires par l'élaboration d'un plan de réformes qui devrait prioriser une approche « horizontale » centrées sur la santé de la population, de l'autre le système reste confiné dans une logique médicale traditionnelle axée sur les soins de santé curatifs et les symptômes cliniques. Cette approche centrée sur l'individu malade a déjà montré son échec. L'heure est alors à l'expérimentation d'une nouvelle vision qui devrait mettre le système de la santé publique en interaction étroite avec l'environnement et la population. Selon Santé Canada, qui en a fait l'expérience elle-même, cette approche nouvelle présente trois avantages : 1) soutenir la prospérité de la population, car la santé et l'économie s'interconnectent; 2) encourager la

réduction des « dépenses relatives à la santé et aux problèmes sociaux »¹⁵¹; 3) favoriser la stabilité sociale et le bien-être des citoyens¹⁵².

Cette position nous emmène donc à poser le nécessaire pilotage de l'offre de soins par la mise en place de dispositifs adaptés (1) et parallèlement de prendre des mesures (juridiques) afin de renforcer la gouvernance du système sanitaire (2).

1. La mise en place de dispositifs adaptés : assurer le pilotage de l'offre de soins

Pour rendre effectif l'accès aux soins, il reviendrait au pouvoir public de tenir compte des déterminants de la santé de la population par la mise en place de dispositifs, pour l'essentiel faciliter le pilotage de l'offre de soins, tendant, d'une part à intégrer dans la politique de santé certaines actions pouvant favoriser le bien-être à la population, de l'autre étendre le rôle des hôpitaux à l'environnement.

a) La globalisation des services de santé

La santé n'évolue pas en vase clos, et beaucoup partagent cet avis, elle est influencée par le niveau de revenu et la situation sociale des familles. Certaines recherches vont jusqu'à montrer la relation étroite entre la justice sociale, la redistribution équitable des ressources et la santé : plus une société pratique la justice sociale et l'équité, plus ses citoyens jouissent d'un meilleur bilan de santé. Ainsi, par la logique des conséquences, l'état de santé de la population devient-il le miroir des logiques politiques et économiques qui guident la prise des décisions dans ce pays.

La santé entretient ainsi des rapports dynamiques avec l'éducation. Celle-ci façonne la perception et la capacité d'évaluation de l'individu de son état de santé et de l'hygiène du milieu. Le constat est le même avec l'emploi et les conditions de travail. Les informations sur les rapports à entretenir avec l'environnement naturel, l'eau, l'air, le sol, le logement, sont aussi des facteurs déterminant l'état sanitaire d'une population, au même titre que les maladies héréditaires, le vieillissement, etc. Les habitudes et les modes de vie sont à la fois des facteurs favorables et défavorables à la santé. Aussi le réseau social de l'individu. Le Dr R CHARMANT a été très abondant en ce sens : « Evidemment le

¹⁵¹ Cette proposition serait pour étonner, pourtant la logique est simple : intervenir en amont pour réduire le flot de problèmes en aval. Les libéraux peuvent arguer qu'une approche centrée sur la santé de la population exigera beaucoup plus de ressources que l'on n'en a pas ; que cette idée résulterait d'un manque de rationalité ou de réalisme ; que l'Etat n'a pas les moyens de sa capacité pour adopter une telle approche et , de ce fait, doit éviter l'interventionnisme sanitaire.

¹⁵² SANTE CANADA, *Stratégies pour l'amélioration de la santé de la population: investir dans la santé des Canadiens*, Ottawa (Ontario), septembre 1994, p.7.

progrès de l'hygiène dans une communauté humaine est directement en rapport avec ces deux facteurs : l'éducation et l'aisance. Autrement dit, la pratique de l'hygiène pour le pauvre et pour l'ignorant se réduit à rien ou à peu de chose, l'un ne sachant pas ce que c'est ; l'autre, quand il le sait n'ayant pas les moyens d'en faire les applications courantes [...] Les mauvaises conditions sanitaires s'y donnant carrière, l'effort à faire par l'Etat, par les classes dirigeantes et possédantes pour améliorer une telle situation, semble exiger plus que de la bonne volonté.¹⁵³» L'auteur pousse en avant l'idée d'une responsabilité en ce sens : « Le devoir social et la dignité nationale exigent qu'il en soit ainsi, aussi bien que l'intérêt particulier de chacun de nous. »

En d'autres termes, la définition des politiques de santé visant les populations démunies devrait engager une lutte contre la pauvreté, l'exclusion et la précarité. Cette lutte est possible par la définition de la protection de la santé comme un service public, c'est-à-dire sa mise en place par des programmes régionaux à la prévention et aux soins et par des mesures spécifiques destinées à satisfaire les besoins des personnes défavorisées.

i) Création des programmes régionaux pour l'accès aux soins et à la prévention

Considérant l'importance de la mobilisation des acteurs du secteur sanitaire, de la connaissance des publics cibles tant que base des activités à entreprendre, que l'ouverture de l'offre de soins suppose d'aller auprès des populations les plus fragiles, le pouvoir public doit dans un premier temps concevoir un réel *plan d'action prioritaire*, et dans un autre, un *agenda pour l'action* adapté aux circonstances actuelles¹⁵⁴. Ces mesures doivent aujourd'hui mettre l'accent plus sur l'accès aux soins. L'élaboration et la coordination du plan d'action régional reviendraient aux structures déconcentrées départementales du pouvoir public. La logique d'une telle démarche, compte tenu de la proximité de ces structures avec la population, faciliterait l'objectivation de la situation locale. Et l'une des structures à laquelle confier l'opérationnalisation des programmes régionaux pour l'accès aux soins et à la prévention demeure pour l'heure l'UCS. On envisagerait, dans le cadre de ces programmes, d'une part, une nouvelle mission pour l'UCS et, d'autre part, promouvoir la culture sanitaire par la collaboration avec la médecine traditionnelle.

¹⁵³ CHARMANT (Dr R), *Vers les sommets par l'éducation et la santé*, imprimerie de l'Etat, Port-au-Prince, 1954, p43.

¹⁵⁴ MSPP, 2002, il y en a eu effectivement pour la période 2002-2003, p104.

(a) La mission socio sanitaire de l'UCS

L'implantation des UCS est accusée d'un retard qui soulève des inquiétudes quant à la volonté réelle des autorités de continuer le processus. Ces inquiétudes sont à la base d'un vibrant appel à la promulgation d'une loi sur la décentralisation du système : « les retards accumulés dans le processus d'implantation des UCS sont perçus de différentes manières par les acteurs et constituent un mauvais signal. Le ministère doit s'engager fermement dans la réalisation des activités permettant l'implantation des UCS, à savoir : promulguer le cadre juridique de la décentralisation du système, garantir la disponibilité des ressources, assurer le suivi et l'évaluation du processus.¹⁵⁵»

Encore convient-il de noter la prédominance accordée aux aspects structurels et professionnels des UCS sur les problèmes et la participation de la population. L'unité communale de santé, comme son nom l'indique, devrait se définir un cadre de coopération avec les collectivités locales. La définition de la participation claire et nette, de même que les attributions de l'UCS. Mais, les préoccupations à la professionnalisation de la santé poussent à négliger ou tout simplement ignorer la place de la commune dans l'action sanitaire et sociale. Le maire, en termes des missions légales et obligatoires envers la commune et des compétences prévues par les réglementations, intervient lui aussi dans le domaine de l'hygiène publique (désinfection, eau potable, assainissement, salubrité, etc.). Il organise également, cette fois sur une base facultative, des dispensaires, instituer un service communal d'hygiène et de santé de concert avec le département et le pouvoir central.

En matières d'aide et d'action sociales, la commune dispose de marges de manœuvres très étendue : elle introduit des politiques d'insertions sociales, mettre en œuvre des services de prestations d'aide sociale destinés aux différentes catégories de personnes vulnérables (les personnes âgées, garde de la petite enfance, centres sociaux et maisons de quartiers à l'intention des jeunes, etc.). Autrement dit, la coopération du système sanitaire avec les collectivités locales en mettant leurs compétences à la disposition des UCS faciliteraient l'amélioration de l'environnement naturel, social et culturel de la communauté. Cela reviendrait donc à considérer la protection de la santé, du moins l'offre de soins comme relever du service public.

¹⁵⁵ Ibid, p105.

(1) Promouvoir la culture sanitaire par la coopération MM/MT

De multiples recherches assorties de propositions ont été soumises à l'appréciation du MSPP concernant la collaboration entre la MT et la MM, préférable à la logique d'intégration des praticiens traditionnels. Car, il est montré que la MT dispose environ 140 à 150 prestataires pour 10000 habitants et que ses ressources sont disponibles jusqu'à 100%¹⁵⁶. Cela explique pourquoi les praticiens traditionnels bénéficient d'une notoriété auprès de la population. Cette situation de fait suppose la reconnaissance du « droit à la culture sanitaire » aux Haïtiens par la puissance publique, moyennant la compatibilité des données culturelles à la protection de la santé des citoyens. Cela signifie donc une priorité accordée à la *culture sanitaire positive* par rapport à la *culture sanitaire négative* s'avérant néfaste pour la communauté. En guise d'exemple, la « tradition de mutilation génitale féminine »¹⁵⁷ en témoigne.

La coopération MT/MM fera sentir la nécessité de « connaître particulièrement les maladies contagieuses propres au pays où l'on vit, les plus fréquentes et les plus graves ; savoir comment elles éclosent et se propagent, quelles sont les mesures préventives à prendre par l'Etat et par les particuliers pour empêcher leur apparition ou leur extension dans une communauté. ¹⁵⁸ » Elle permettra aussi « une véritable croisade, une mobilisation de toutes les forces conscientes » de la notion « pour la défense et la protection de la santé publique ». « Car, il faut arriver au plus vite à améliorer les conditions sanitaires du pays, non seulement par des travaux d'assainissement et par d'autres mesures prophylactiques, mais aussi, ce qui est tout aussi important, par une amélioration de la mentalité haïtienne, par l'avènement d'une conscience sanitaire, d'une opinion publique éclairée sur ce ses besoins et ses devoirs d'hygiène, tellement qu'elle puisse réagir d'instinct à toute atteinte à la santé. ¹⁵⁹ »

ii) Des mesures spécifiques en faveur des défavorisés

La définition de l'offre de soins comme un service public soulève des difficultés énormes au regard du droit d'accès aux soins. Selon LACHAUME, la notion de service public « se construit avec trois éléments : une activité d'intérêt général ; relevant d'une personne publique ; soumise, à des degrés variables, à un régime spécifique de droit public. » Ainsi posé, « le service public constitue une activité

¹⁵⁶ Yanick (A. D), op.cit, in Faculté des sciences humaines, op.cit.

¹⁵⁷ BELANGER M, op.cit.

¹⁵⁸ Dr CHARMANT, op.cit, p59.

¹⁵⁹ Ibid, p25.

publique, ou placée directement sous le contrôle de la puissance publique, dont l'objet est de prendre en charge des activités délaissées par l'initiative privée ou échappant à celle-ci.¹⁶⁰» L'intérêt général, dans cette ligne d'idée, comprend « le besoin de la population, donc des usagers » qui, par sa prise en compte dans les services publics, permet de réduire les inégalités sociales et aussi « de satisfaire les intérêts des usagers tout en assurant la lutte contre l'exode rurale.» Cela signifie que « la satisfaction de l'ensemble des usagers suppose une bonne organisation du service public et celle-ci implique nécessairement, d'une part, que chaque intérêt individuel exigerait que tout service public soit contenu dans des limites raisonnables et que, d'autre part, un arbitrage soit assuré entre les intérêts individuels d'utilisateur qui sont quelquefois contradictoires »¹⁶¹

Ainsi pour garantir l'accès aux soins de tous les Haïtiens indistinctement des mesures spécifiques en faveur des personnes confrontées à des situations de pauvreté extrême doivent être engagées. Parmi ces mesures, nous voulons citer titre d'exemple, parmi tant d'autres, le cas de la santé mentale et la question du paiement des frais de santé.

(1) Le cas de la santé mentale et des troubles psychosociaux en Haïti

La santé mentale et les troubles psychosociaux chez les Haïtiens doivent faire l'objet de services public dès lors que l'on considère le besoins de la population, l'une des composantes du service public, comme étant le but de ce dernier. Car, l'augmentation continue des cas psychiatriques, des troubles psychologiques et d'autres troubles relatifs à la consommation de substance psycho-actives résultant des crises sociopolitiques, du chômage, de l'insécurité sociales et politique, de la violence et de la consommation de drogues, n'inquiète pas encore les autorités sanitaires. L'hôpital de Beudet et le centre psychiatrique Mars-and Clin sont les rares structures d'accueil des malades mentaux en Haïti. Les statistiques montrent que de janvier à décembre 1997, l'hôpital de Beudet avait reçu 2088 patients en cliniques externes. Les personnes hospitalisées atteignent globalement le chiffre de 8747, dont 80% issu des milieux ruraux et 43% de femmes. En termes de pathologies, sont identifiées la schizophrénie (50%), la maniaco-dépressive (30%), la psychose (15%) et l'épilepsie (5%)¹⁶². En plus, il y a 48% de cas des troubles psychologiques chez les adolescents de 12 à 18 ans liés à l'apprentissage.

¹⁶⁰ LACHAUME J-F, op.cit, 1995, pp.907-908.

¹⁶¹ Ibid, p.914.

¹⁶² MSPP, 2003, op.cit, p.38.

La consommation de la nicotine et de l'alcool n'en sont pas sans implication. Selon une enquête réalisée par l'Association pour la Prévention de l'Alcoolisme et Autres Accoutumances Chimiques (APAAC), auprès de 2100 personnes âgées de 12-45 ans, en 1990, 25% des sondés consomment le tabac et 58% de l'alcool. Généralement, les personnes consommant ces substances perçoivent leur acte comme résultant de leurs situations socio-économiques, donc des conditions d'existence précaire.

(2) Garantir l'accès aux soins : l'exemption totale et/ou partielle des frais

L'économie a toujours été au centre des préoccupations des gestionnaires de la santé. Ceux-ci adoptent des modèles de planification sanitaire allant du laissez-faire à la planification globale, complète et systématique. Vue les observations du système haïtien, on peut affirmer qu'il y est appliqué le modèle du laissez-faire, couplé à la politique du partage des coûts. Ce qui constitue, au regard du droit public, une injustice sociale institutionnalisée vis-à-vis des personnes démunies. Car, selon le régime juridique de tout service public, il existe trois règles « classiques » à respecter: il s'agit de la continuité, l'adaptation, l'égalité, à ajouter également, la transparence, la neutralité et la participation¹⁶³. Disons six règles.

Pour ce qui concerne l'exigence de l'égalité, a-t-on besoins de rappeler ici son absence dans le système sanitaire haïtien ? Le principe de l'égalité joue certes à l'égard des agents publics du service, « mais c'est surtout à l'égard des usagers [qu'elle] présente le plus d'importance et cela pour deux raisons : ce sont eux qui bénéficient des prestations du service, ce sont eux qui paient, dans la majorité des cas, ces prestations car, sauf de très rares cas, les services publics ne sont pas gratuits et c'est donc, à leur égard, que le risque de traitement inégaux sont plus fréquents et les plus redoutables.¹⁶⁴ » Pour cela, il y possibilité d'établir, au vue de la loi, des « différences appréciables de situations », c'est-à-dire procéder à une sorte de « discrimination positive » visant à « réduire, face aux services publics, les conséquences sociales et financières ». Telle est l'idée d'une tarification spéciale de la prestation des soins en faveur des plus démunies.

Médecins du monde (MDM) a effectué une étude intéressante sur la dimension économique de l'accès aux soins dans le système de la santé haïtien, sur la période 2006-2009. C'est une étude comparative qui a permis d'observer les impacts successifs des trois politiques financières distinctes sur les coûts des dépenses sanitaires.

¹⁶³ LACHAUME J-F, op.cit.

¹⁶⁴ Ibid, p.933.

La première politique financière, dont nous utilisons le symbole PF1 pour identifier, celle actuellement en vigueur dans le système haïtien, est basée sur le partage des coûts ou le paiement direct des frais de consultation. Le patient paie généralement entre 50 à 250gdes par visite. L'observation de la PF1 a duré deux ans, allant de la période 2006-2008 ; Une deuxième politique alternative, symbolisée PF2, est basée sur l'exemption partielle des forfaits observée sur la même période 2006-2008, particulièrement en faveur des femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans (les autres usagers payent seulement 25 gourdes) ; et la troisième et dernière politique, PF3, applique l'exemption totale des frais pendant un an, 2008 à 2009¹⁶⁵.

L'objectif de l'étude était d'évaluer l'impact de chaque politique, notamment les politiques alternatives sur l'utilisation des services de santé et faire une estimation des ressources que nécessiterait la suppression du paiement direct. De ce fait, les centres de santé du département de la Grande-Anse ont été sélectionnés pour la réalisation de cette étude.

Les statistiques montrent, dans le cadre de la PF2, les rapports étroits entre la consommation, les ressources humaines et le coût du financement des médicaments: dès la première année d'application de la politique, la consommation s'élevant à 300% influe, d'une part sur les ressources humaines qui augmentent à 50% et, de l'autre sur la hausse du coût du financement des médicaments. On ne pouvait alors supposer le contraire pour la PF3, où la fréquentation des services de santé a augmenté à 302% par rapport à PF1 quelles que soient les catégories, notamment les enfants de 0-14 ans.

En revanche, PF1 a l'avantage de faciliter l'autonomie de fonctionnement des structures de santé. Le revenu tiré à 81% surtout de la vente des médicaments permet de couvrir certains frais, tels que ceux du personnel médical et de soutien et du réapprovisionnement en médicaments essentiels. Mais, en contre partie, il s'ensuit une sous-productivité des structures et de faibles services. Avec la PF3, c'est différent, la productivité des services dépasse le 15,7%/jour de la PF1 à 65,6%/jour de la PF3.

En conclusion, la politique du partage des coûts favorise plutôt les structures, dans la mesure où celles-ci deviennent moins dépendantes en garantissant un fonctionnement quotidien. Mais, en même temps, cette politique exclue certaines catégories d'usagers. Dans le contexte actuel où les autorités sanitaires veulent promouvoir «un système de santé moderne et largement accessible aux groupes vulnérables» en réalisant les OMD 4, 5 et 6 d'ici 2015¹⁶⁶ - ceux-ci concernent respectivement

¹⁶⁵ ALTARAS R, op.cit.

¹⁶⁶ MPCE, DSNCRP (2008-2010), op.cit, p68.

l'amélioration de la santé infantile, la santé maternelle et les grandes épidémies (le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose) -, la PF1 doit être supprimée pour d'autres politiques alternatives, telles que la PF2 et/ou la PF3, c'est-à-dire l'exemption totale et partielle des frais de consultations. Selon R. ALTARAS, «tout indique que la suppression des paiements directs peut avoir un impact positif sur la qualité des soins par le biais d'une meilleure gestion des structures de santé et de mesures correspondantes du côté de l'offre. »¹⁶⁷

b) L'ouverture de l'hôpital : une mission sanitaire et sociale

La mission de l'hôpital en principe est de fournir des soins aux malades, mais compte tenu les obstacles rencontrés par les personnes démunies (refus de soins par certains services hospitaliers, peur de solliciter les soins par manque d'estime de soi, absence de support, d'accompagnement ou d'accueil à l'hôpital, faible moyen économique pour supporter les coûts) d'accéder au système de soins en cas de besoin, il est nécessaire que la mission de l'hôpital s'ouvre un peu sur les dimensions sociales et culturelles afin d'accompagner ces personnes pour qui il est le dernier recours. Sa nouvelle mission sociale inclurait pour l'essentiel la lutte contre l'exclusion sociale, en diversifiant le personnel de santé avec d'autres professionnels des sciences humaines et sociales et en coopérant avec d'autres institutions dans le domaine du social, ainsi que les associations de la société civile.

i) renforcer les services de soins : création des cellules spécialisées

Dans le cadre de l'ouverture de l'hôpital ou du renforcement des services de soins plusieurs dispositifs peuvent être envisagés, parmi lesquels figure la création des « cellules spécialisées ». Les attributions principales de ces cellules seraient la facilitation de l'accès des démunis au système sanitaire, leur accompagnement dans leur quête de connaissance de leurs droits et devoirs, l'orientation des jeunes femmes en matière de contraceptions, l'accueil des enfants et des vieillards... Pour les sourds-muets et les aveugles un service d'interprétation des signes. Entre autres attributions, les cellules comprendraient un service de visites domiciliaires, des équipes de soins à l'extérieur au bénéfice des personnes dont l'état de santé l'exige et un service d'hygiène ou d'éducation pour la santé. Elles serviraient également à donner une réponse à la question de la discontinuité des soins.

L'institution des cellules spécialisées facilitera de surcroît l'ouverture du système sanitaire à d'autres professionnels qui évoluent en dehors du système de soins officiels. Sont au nombre de ces

¹⁶⁷ Ibid, p.11

intervenants les éducateurs pour la santé, les professionnels de santé communautaire, les agents de santé, les travailleurs sociaux, les Psychologues et les Sociologues. Car ils peuvent tous jouer leurs rôles dans la recherche du bien-être de l'homme haïtien.

ii) Confier de véritables mandats de santé publique aux professionnels

En plus de l'ouverture de l'hôpital par le renforcement des services, on verra la nécessité de renforcer la formation des professionnels de santé. Il ne serait nullement absurde de recruter des intervenants au sein des groupes vulnérables, notamment parmi les handicapés et/ou des personnes venues des régions vulnérables. On augmentera ainsi l'effectif des professionnels, des Administrateurs de la santé et des chercheurs.

La nécessité d'une sensibilisation continue des intervenants sur le droit des personnes démunies à la protection sanitaire. De ce fait, la conception et la dispensation des cours sur l'éthique de la différence culturelle, l'anthropologie haïtienne, la sociologie et la psychologie sociale à l'endroit des professionnels seront d'une importance capitale. On étendra le rôle des écoles de santé (école de médecine, centres de formation médicale et paramédicale) à la réussite sociale du système de la santé publique haïtien. Les écoles dispenseront des soins à la population sur la base de service à la communauté. Tel est de leur responsabilité sociale et leur effort pour se libérer d'un rôle parfois confessionnel et théorique. C'est dans cette ligne d'idées que Boelen et Heck définissent la responsabilité sociale des écoles de santé comme une « obligation d'axer l'éducation [...] la recherche et les services sur les préoccupations sanitaires prioritaires de la collectivité, de la région ou de la nation. »¹⁶⁸ Y a-t-il des cours et des recherches axées sur le VIH/SIDA dans les universités haïtiennes ?

(1) Promouvoir l'éthique professionnelle

L'inclusion d'un cours d'éthique professionnelle dans le cursus académique n'est pas sans utilité. Car, on comprend mieux les attentes implicites du patient lorsqu'on accorde une attention particulière à « l'écoute, la parole, l'empathie, la compassion raisonnable, le respect de l'autonomie et de la dignité

¹⁶⁸ BOELEN ET HECK, 1995, cités par BOWEN (S), op.cit, p.46.

de l'autre, en faisant comprendre à celui qui souffre que, tout comme le malade, il est lui aussi un homme, avec ses forces et ses faiblesses, son pouvoir et ses limites. »¹⁶⁹

2. Renforcer la gouvernance sanitaire : pour un système au service de la population

L'accès aux soins se traduisant par la délivrance d'un ensemble de prestations aux citoyens est garanti, comme nous l'avons vu, par les établissements et services de soins. Les activités de ces derniers sont partagées par les trois acteurs principaux (l'Etat, le secteur privé et le secteur mixte), sous la supervision du pouvoir central. La mission principale du MSPP se résume dans « la conception, l'élaboration de la politique nationale de santé, la mise en œuvre, en liaison avec les autres secteurs socio-économiques et démographiques, de mesurer l'application de cette politique et des stratégies susceptibles de créer les conditions adéquates pour la promotion du bien-être physique, mental et social de la population.¹⁷⁰ » Le MSPP intervient, dans le cadre de ses prérogatives de police administrative, dans le contrôle des activités se rapportant à la santé des Haïtiens, à garantir l'ordre ou l'hygiène publique, à organiser et rationaliser le secteur sanitaire. C'est donc dire qu'il a la responsabilité de la protection des droits des citoyens haïtiens (a) et l'organisation des établissements et services publics de soins de manière à garantir le respect de leurs droits (b). De ce fait, il se doit de disposer d'outils efficace afin de « planifier et élaborer des normes, évaluer et contrôler les normes et les règles établies, garantir la sécurité des soins et la protection des patients, faire respecter les normes éthiques et les principes directeurs du système. »¹⁷¹

a) La protection des droits des usagers

La protection des droits des usagers se fait selon un double niveau : d'abord, par la protection de la santé de la population, du fait d'engager des actions socio sanitaires visant l'élimination et la prévention des risques susceptibles de compromettre la santé des citoyens. Cette première démarche de la protection doit être suivie de mesures de protection judiciaire des usagers, celle-ci intervient pour sa part lorsqu'une situation a dépassé le stade de « risque de danger » à « danger effectif » pour la santé, la sécurité, la moralité et l'éducation des personnes¹⁷². Ce positionnement met le système sanitaire en lien direct avec le système judiciaire, ce qui suppose leur étroite collaboration dans la mise en place

¹⁶⁹ Une citation tirée d'un document du conseil national de l'ordre des Médecins, 2007, par BERNIER (M), dans *l'offre de soins sur l'ensemble du territoire*, rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, #1132, Assemblée Nationale, septembre 2008, p.152.

¹⁷⁰ LE MONITEUR, Article 2 du décret loi du MSPP, op.cit.

¹⁷¹ MSPP, 2003, op.cit. p100.

¹⁷² BORGETTO M. et LAFORE R, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, Monchretien, 5^e Edition, Paris, 2004, pp205-206.

des impératifs dispositifs de protection des citoyens. Et l'une des premières mesures de cette protection réside dans la création des institutions juridictionnelles par devant lesquelles les citoyens feront valoir leurs droits. Celles-ci attelleront à la fois, selon le choix ou le constat du Législateur, des juridictions spécialisées et des juridictions de droit commun, appartenant à la fois à l'ordre judiciaire et à l'ordre administratif¹⁷³. Ces institutions auront pour principale tâche la promotion de l'importance, d'un côté, du respect de l'usager et de ses droits et, de l'autre, concevoir des instruments adaptés et efficaces pour assurer sa protection.

i) Nature des droits à protéger

La liste des garanties fondamentales de l'exercice des droits et libertés des individus pourrait s'allonger jusqu'au nombre de huit au moins. Mais, en dépit de leur différence apparente, ils peuvent être résumés en deux objectifs fondamentaux, selon BORGETTO et LAFORE: à savoir, le respect de la liberté des patients et l'obligation d'un droit à l'information.

(1) Liberté du patient

Les usagers qui fréquentent les établissements et services de santé sont déjà des personnes fragilisées du fait de leur état de santé (présence de la maladie) et encore plus par leur vulnérabilité, au sens strict du terme. Cette vulnérabilité rend alors favorable l'installation d'une dépendance ou la soumission totale du patient vis-à-vis du prestataire. Ce qui constitue un obstacle à l'exercice de la liberté du patient. Il est alors important l'établissement de balises visant à garantir une certaine marge de liberté de choix des modalités de la mise en œuvre de la prise en charge.

La liberté individuelle, en effet, fait appel à un ensemble de principes fondamentaux : le respect de la dignité humaine¹⁷⁴, l'intégrité, la vie privée, l'intimité et la sécurité personnelle. Le principe du respect énoncé à différents niveaux renvoie à son tour au principe d'autonomie, en l'occurrence le libre choix, le consentement éclairé, la participation à la prise en charge, etc. En même temps que cette participation puisse être directe (par le patient lui-même) ou déléguée à un tiers.

¹⁷³ Ibid, p242.

¹⁷⁴ Le principe de la « dignité de la personne humaine », concept ethicojuridique, est l'une des notions les plus difficiles à définir, du fait de ne pas faire l'unanimité. « Selon l'acception courante, le respect de la dignité commande à ne pas instrumentaliser la personne humaine. » Mais, « deux interprétations de la notion de dignité lui font donc dire la chose et son contraire », écrit CAYLA Olivier, dans son article « dignité humaine : le plus flou des concepts », le monde, 30 janvier 2003, in CADEAU E., « l'éthique de l'action publique et métiers de la santé publique », DUETAP/EAD. Mais, cela n'empêche pas le principe de la dignité de conserver toute sa valeur dans le domaine de la jurisprudence.

(2) Droit à l'information

Le droit à l'information peut être perçu comme le corollaire de la liberté individuelle. La personne ou le sujet ne peut exercer ses droits que s'il en est informé, que s'il dispose des informations fiables et claires. Par exemple, l'usager des services de soins sera en mesure d'exercer sa liberté de choix et de participation dans la prise des décisions le concernant, lorsqu'il maîtrise les informations nécessaires. « La charte des usagers des services publics propose, quant à elle, de développer la participation des usagers au fonctionnement de ces services afin de rendre ce fonctionnement plus démocratique en améliorant l'information et en créant des conférences d'usagers. ¹⁷⁵ »

En plus de la connaissance des documents relatifs à sa prise en charge (les informations sur le contenu de son dossier médical), de la maîtrise des données de son état de santé et les informations relatives aux droits et les protections qui lui sont garantis, la personne malade dispose également d'un droit à la connaissance des voies de recours en cas litige. C'est-à-dire qu' « il doit pouvoir obtenir la sanction contentieuse de la violation de ses droits, ce qui commence par une connaissance effective des voies de recours. ¹⁷⁶ »

ii) Les modalités de la protection

Il se suffit pas de clamer les droits dont dispose le patient, mais que ces derniers soient rendus opérationnels par l'application d'un ensemble de mesures mises en place en vue de garantir le respect de ces droit au sein des établissements et services de santé. Ces mesures s'organisent alors selon deux catégories : dans une première catégorie, sont identifiés clairement les documents et les mécanismes appuyant l'encadrement des relations de l'usager avec la structure de prise en charge ; dans la seconde, sont instituées des instances internes obligatoires aux structures définies par la loi.

(1) L'encadrement des rapports patient/institution

L'un des moyens de garantir le partage des responsabilités dans les rapports usagers/établissements de soins, pour l'essentiel garantir l'exercice effectif des droits et devoirs et prévenir tous les risques de mauvais traitements, réside dans la conception d'un livret d'accueil, défini et fourni par l'établissement de santé à la personne. Le contenu du livret est défini par la loi et y est annexé le règlement de fonctionnement de l'établissement et « la charte des droits et des libertés de la personne accueillie ».

¹⁷⁵ LACHAUME J-F, op.cit, p939.

¹⁷⁶ BORGETTO et LAFORE, op.cit, p207

Appelé carnet ou livret de santé, sa conception et sa délivrance à la personne lui fait positionner en « sujet de droit » dont la protection de l'intégrité et de la dignité est garantie. L'obligation sera faite, dans ce cas, à tous les prestataires de soins, institutions publiques et privées ou cabinets médicaux, la fourniture de ce livret à la clientèle. Ceci, c'est de permettre « la transparence des services » de soins, car, depuis quelques années, il a été substitué « une transparence dans le fonctionnement des services publics à l'opacité qui avait existé jusque-là.¹⁷⁷»

(2) Les modalités de fonctionnement des établissements et services

La protection effective du patient passe par l'imposition aux établissements et services sanitaires la création des instances internes, c'est-à-dire « d'élaborer des documents encadrant leurs activités », montrant à quel point l'intérêt du patient est pris en compte. Le mode de fonctionnement des établissements et services de soins fera parti du contenu de ces documents, suivi par la mise en place d'un « conseil de la vie sociale » ou un « conseil d'établissement », on peut choisir le nom qui convient le mieux, avec pour tâche de faciliter la participation¹⁷⁸ du patient et/ou de ses proches à la prise des décisions relative à sa prise en charge. Ce conseil servirait de pont pour l'apport des praticiens traditionnels dans la prise en charge du patient. La loi détermine les conditions et les modalités de sa composition. Il sera aussi suggéré aux établissements d'établir les principes et les devoirs des patients relatifs au respect de l'environnement et aux règles de la vie collective. Et ce sera également au conseil qu'incombe cette tâche d'informer et d'éduquer les patient de ces principes. D'où, la mission d'éducation à la santé de tous les établissements et services de soins de santé.

Cependant, il faudra une certaine rationalité dans la définition des lois, puisqu' « il faudrait pratiquement raisonner service public par service public pour déterminer la part respective du droit public et du droit privé.¹⁷⁹ » C'est-à-dire qu'il y a possibilité de ne pas exiger les cabinets médicaux fonctionnant seulement quelques heures et recevant un nombre limité de patients par jour les mêmes principes des grands établissements publics de santé. La loi déterminera alors leur obligation relative à leurs modes de fonctionnement.

¹⁷⁷ LACHAUME J-F, op.cit, p936.

¹⁷⁸ A ne pas se faire d'illusion, ce qu'il faut d'ailleurs réfléchir et prendre des mesures nécessaires pour éviter le plus possible que cette préoccupation ne vraie, que les patients sont parfois sceptiques quant à la question de la participation craignant que l'Administration ne les prenne en otage et de se servir d'eux comme alibis, « de n'avoir qu'une influence minime sur les décisions relatives à la gestion des services publics et que l'administration reste la seule compétente pour prendre. » (LACHAUME, ibid)

¹⁷⁹ Ibid, p940.

b) L'organisation des établissements et services de soins

Le système sanitaire haïtien est organisé et géré selon une hiérarchie déclinant sur quatre niveaux. Au premier niveau, se situe le Gouvernement qui gère les affaires politiques et choisit les stratégies nationales d'application. C'est à lui de prendre la décision de signer ou pas les conventions internationales et de mettre à la disposition du MSPP les ressources nécessaires à son fonctionnement. Au deuxième niveau, sont placées les Directions centrales qui s'assurent des questions normatives et mettent à la disposition des autres instances du système des outils de contrôle et d'évaluation. Le troisième niveau est composé des directions départementales et des UCS qui rendent possibles non seulement le processus de décentralisation de la santé mais aussi l'atterrissage et l'applicabilité des mesures décidées par les autorités du pouvoir public. Enfin, viennent les institutions assurant l'opérationnalisation des soins de santé qui s'organisent selon un triple niveau. Le premier niveau, lui-même, se subdivise en deux échelons: (a) les soins de santé primaires de premier échelon (SSPE) qui regroupent les centres de santé avec ou sans lit et les dispensaires ; (b) et les hôpitaux communautaires de référence (HCR). Le deuxième niveau de l'opérationnalisation des soins comprend les Hôpitaux départementaux. Et le troisième niveau est constitué de l'Hôpital universitaire en Haïti.

Les travaux évaluatifs de la performance de l'autorité sanitaire nationale révèlent, en dépit de sa rigueur hiérarchique, ses difficultés à exercer son leadership et faire respecter les décisions du pouvoir central. Bien que son rôle soit fondamental pour garantir le principe d'équité et d'efficacité de l'offre de soins. Cette situation pose la nécessité d'une loi cadre pour réguler le fonctionnement des institutions de services publics sanitaires. Cette loi déterminera les conditions de la fourniture et la régulation de l'offre de soins, d'une part et définira l'impératif de coordination et de coopération entre à la fois les acteurs de la santé et les autres secteurs ayant quelque chose à voir, de près ou de loin, avec la santé des citoyens.

i) régulation des services de soins de premier recours

La régulation de l'offre de soins de premier recours passe d'abord par la définition juridique du premier recours en vue de rendre possible une véritable politique de soins de santé primaires et d'une médecine générale effectivement au service de la population haïtienne. Alors que la définition juridique du premier recours intègre la loi de la santé publique ou la « loi hospitalière ».

(1) Définition juridique du « premier recours aux soins »

Jusqu'à présent les « soins de premiers recours » ou des « soins primaires¹⁸⁰ » ne sont pas clairement définis, du moins juridiquement, sinon une simple description du « premier échelon » des soins plutôt « composé d'institutions de base offrant des soins de santé primaires (SSP) prévus par le paquet minimum de services. Ces offres comprennent des activités de promotion, de prévention et de soins curatifs délivrés essentiellement en ambulatoire.¹⁸¹ » Ici l'accent est mis sur la structure des soins. Alors que font parti de ce niveau « les cabinets médicaux et de soins [qui] concourent à la fourniture des soins de santé primaire SSP », sans pour autant poser les caractéristiques, les limitent et les conditions de la participation de ces cabinets. La définition juridique du « premier recours des soins » est en ce sens nécessaire pour éviter les confusions dans la prestation des soins. Le médecin exerçant à titre personnel, privé ou libéral connaît-il clairement quel type de service de soins ou de pathologie légalement déterminée rentrant dans sa sphère d'intervention? On voit des médecins généralistes intervenir sur des cas relevant de la compétence d'un spécialiste. Ce problème nous emmène indubitablement, par transitivité, à la définition du « médecin généraliste », sa place dans la structure des soins primaires (de premier échelon et de second échelon), c'est-à-dire son principal rôle dans la fourniture des soins de premiers recours.

(2) La loi de la santé publique ou la « loi hospitalière »

La même loi de santé publique qui permet de définir le « premier recours de soins » régira aussi le fonctionnement des hôpitaux. Elle établira non seulement le mode de cohabitation du secteur public avec le secteur privé de la santé mais aussi construira un pont entre le secteur sanitaire, social, environnemental et judiciaire. Sera donc encadrée la coexistence de la médecine moderne avec la médecine traditionnelle en cherchant leurs points communs qui peuvent aider dans l'atteinte des objectifs de santé publique préalablement fixés. Sera également, et non moins nécessaire puisque la réussite du système en dépend, élaborée et promulguée la loi régularisant la situation des UCS pour déterminer les formes et les limites de la participation des différents acteurs impliqués dans la gestion

¹⁸⁰ D'après une définition fournie par la conférence nationale de santé (française), 2007, « les soins primaires, c'est la proximité, l'accès de premiers recours au système de santé, une approche globale des patients et la porte d'entrée privilégiée vers les soins de santé secondaires et tertiaires. » Ses principales caractéristiques sont: « Premier accès avec le système de santé, accès ouvert, discipline centrée sur la personne, discipline orientée vers l'individu, la famille et la communauté, relation personnalisée dans le temps, utilisation efficiente des ressources, développement de la promotion et de l'éducation de la santé, action en santé publique. », in BERNIER (M), op.cit., p.86.

¹⁸¹ MSPP, op.cit, 2005, p203.

et la prise des décisions sur la santé de la population (l'Etat, les prestataires et la communauté ou la collectivité locale).

ii) l'impératif de coordination et de coopération

L'implantation des établissements et services de santé doit être soumise à des dispositions spécifiques déterminant leur création et leur mode de fonctionnement. Sur la base d'une convention établie entre les différents acteurs, il sera défini le mode de coopération et de coordination non seulement entre les secteurs de la santé (public et privé) mais aussi avec les autres secteurs des champs social et environnemental. Seront définis, à travers cette convention, les objectifs à atteindre, l'organisation des procédures et les moyens de concertation, particulièrement pour ce qui concerne la réalisation des activités prévues dans le plan d'action départemental ou régional. Pour cela, on y tiendra compte de la régulation des installations des cabinets privés et de l'installation des ONG de santé, etc.

(1) réguler l'installation des services privés : éviter la sur-dotation régionale

La politique du laisser faire appliqué dans le domaine de la santé a déjà montré ses faiblesses. La santé, désormais un droit, et non une marchandise, est une obligation à la charge de la collectivité. C'est pourquoi, la loi hospitalière ou la loi de la santé publique établit les règlements d'installation d'un cabinet, notamment dans l'objectif de corriger la désertification médicale de certaines zones ou régions du pays en faveur d'une forte concentration des professionnels médicaux dans l'aire métropolitaine et les principales villes de province. La délivrance d'une autorisation d'installation, d'extension ou de modification d'activité dans le domaine sanitaire tient compte de la spécificité des besoins de chaque zone, département ou région afin de corriger les obstacles à l'accès aux soins. L'une des conditions pour le demandeur d'une autorisation, c'est que le projet présenté soit compatible avec les objectifs de santé du pays et capable d'agir efficacement sur les besoins socio sanitaires identifiés et définis dans la politique nationale de santé. Cela permettra de protéger les zones sous-dotées ou les « régions vulnérables » en termes d'accès aux services de soins.

(a) intégrer le « secteur pharmaceutique informel » : l'automédication

Les médicaments restent l'un des plus grands obstacles non seulement à l'accès (coûts de plus en plus élevés), mais aussi à la sécurité sanitaire (l'automédication). Le non accès aux médicaments est

corrélatif au non accès aux soins en Haïti. L'accès aux médicaments reste un obstacle même pour les personnes de revenu élevé.

Le marché pharmaceutique en Haïti, et les chiffres ne sont pas exhaustifs, s'estime entre \$US 30 à 35 millions¹⁸². La production locale est évaluée entre 15 et 20% du marché. La part du secteur public subdivisé en entreprises publiques (35%) et entreprises mixtes (35%), est la plus grande, soit 70% du marché et le secteur privé à peine 5 à 10%. Il est observé en outre « les patients qui visitent ce secteur sont le plus souvent de la classe moyenne et aisée avec les moyens de se payer les différents coûts d'intervention. »¹⁸³ Cela ne saurait être autrement lorsque cette catégorie fréquente plus souvent les services de soins, sans que cela ne veuille pas dire que son état de santé soit plus détérioré.

Bien entendu ces chiffres ne tiennent pas compte de l'importance de l'automédication. Celle-ci occupe 15 à 20% du marché et est considérée comme un secteur important compte tenu de son rythme d'évolution. Du fait de son caractère informel, la promotion des médicaments se fait par voie de publicité invitant la population à en consommer. Ainsi le client, sans avoir une prescription de son médecin se décide-t-il en toute liberté ne serait qu'en fonction de ses liens de familiarité avec le produit et son prix. Il n'ira chez le médecin que lorsque son mal s'aggrave, du moins lorsque l'automédication ne donne pas les résultats escomptés.

Il est alors indispensable, pour ces mêmes raisons, d'engager des mesures adéquates pour faciliter l'intégration du secteur informel non seulement au moyen des lois mais aussi par l'éducation pour la santé dans l'ultime objectif de garantir le « droit d'accès aux médicaments ».

¹⁸² EDMOND (R), Ph, séminaire en marketing de produits pharmaceutiques, FARMATRIX, Faculté de médecine et de pharmacie, Port-au-Prince, octobre 2005, p.10.

¹⁸³ Ibid, p.11

CONCLUSION

Les inégalités de santé sont flagrantes dans la société haïtienne et tendent à s'accroître de plus en plus. Elles touchent et affectent chaque citoyen haïtien au plus profond de son être, de quelque manière que ce soit. Comme le disait Tocqueville : « Quand l'inégalité est la loi commune d'une société, les plus fortes inégalités ne frappent point l'œil ; quand tout est à peu près de même niveau, les moindres le blessent. C'est pour cela que le désir de l'égalité devient toujours les insatiables à mesure que l'égalité est plus grande. » De là naît notre curiosité, car ces inégalités n'allaient point sans susciter en nous le désir et la volonté d'aller scruter la question du droit d'accès aux soins des populations vulnérables. Voilà pourquoi nous avons choisi d'utiliser la notion du « droit à la santé » comme point d'appui de notre recherche, à la manière d'un prospecteur utilisant sa pioche pour creuser le sol à la recherche de l'or. Car, la vulnérabilité qui affecte le droit à l'accès aux soins des démunis s'explique par une double inégalité: d'une part, les disparités d'accès entre les personnes de revenu élevé et celles de faible revenu, de l'autre, la très forte inégalité entre les différentes régions du pays, en termes de dotation et de disponibilité des services.

S'agissant du «droit à la santé», il est constaté un silence total sur la notion dans les textes, les discours et les documents élaborés par les autorités publiques. Le caractère tabou du sujet nous a conduit alors à avancer l'hypothèse selon laquelle «soit les autorités publiques sanitaires ne considèrent pas la santé comme un droit dont dispose le citoyen soit qu'elles choisissent de l'ignorer et se détournent l'attention des besoins sanitaires des populations vulnérables». L'hypothèse une fois énoncée nous a exigé un effort de théorisation sur la notion de «droit à la santé » en raison du décalage de la notion actuellement en débat avec le contexte sanitaire haïtien.

Pour ce qui concerne les interventions des autorités publiques sanitaires, il a été constaté les freins qui empêchent la mise en place d'un système moderne de la santé publique efficace. Ces freins s'expliquent, d'une part par des conflits traditionnels qui remontent l'histoire de la colonisation française d'Haïti entre une pratique médicale scientifique de souche européenne et une pratique médicale empirique d'origine africaine : la MM et la MT. Ces conflits sont de natures diverses, à la fois politiques, culturelles, économiques et sociales. D'autre part, les programmes prioritaires ne mettent pas en première ligne les vrais besoins sanitaires de la population, du moins qu'ils ne permettent pas de satisfaire ces besoins dans toutes leurs dimensions. En plus, la réalisation des activités des «programmes verticaux » est empêchée par des barrières d'ordres structurels,

organisationnels, logistiques, financiers et sociopolitiques. Ajouter aux défaillances du système sanitaire et du choix sociopolitique des gestionnaires. En fin de compte, ce sont les groupes vulnérables, défavorisés et les plus démunis qui en payent le prix.

En revanche, il reste toujours des moyens d'engager des actions pour optimiser l'offre de soins, moyennant la priorisation d'une approche centrée sur les besoins de la population. L'adoption de cette approche exigera deux mesures majeures à entreprendre : la première mesure concerne la mise en place de dispositifs adaptés en vue d'assurer le pilotage efficace de l'offre de soins. Pour cela, il conviendra de globaliser les services de santé, d'une part et d'ouvrir l'hôpital en lui attribuant une nouvelle mission à la fois sanitaire et sociale. La seconde appelle à des actions qui visent le renforcement de la gouvernance sanitaire en mettant le système de la santé publique au service de la population. Il faudra ensuite prendre des mesures pour protéger les droits des patients et organiser les établissements et les services en conséquence. Sans oublier toutefois l'indispensable de coopération et coordination des différents acteurs et prestataires du secteur de la santé, sans oublier les autres secteurs ou ministères concernés par la protection de la santé des citoyens Haïtiens, tels que le ministère de la justice, le ministère des affaires sociales et du travail, le ministère de l'environnement et de l'agriculture, le ministère de l'intérieur et des collectivités territoriales...

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Rapports relatifs au système de la santé haïtien

ALTARAS (R), *améliorer l'accès financier aux soins de santé primaires pour les populations rurales vulnérables*, Résumé exécutif du rapport, Médecins du Monde, Port-au-Prince, oct. 2009.

HENRYS (JN. H), *compilation de données sanitaires de routine : 2001*, MSPP, janvier 2003.

MSPP, *Analyse du secteur de la santé pour la réforme*, 2003.

MSPP, *Plan stratégie du secteur de la santé pour la réforme*, Port-au-Prince, 2002.

MSPP, *Plan stratégique national pour la réforme du secteur de la santé, 2005-2010* (révision du précédent plan), Port-au-Prince, 2005.

MSPP, *Analyse des résultats du recensement des ressources humaines post-séisme*, Direction des ressources humaines, 16 mars 2010.

Autres rapports

BERNIER (M), *l'offre de soins sur l'ensemble du territoire*, rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, #1132, Assemblée Nationale, septembre 2008.

ELISEE (D) et ST FLEUR (S), « quel est le degré de réalisme qu'il faut donner aux OMD de la déclaration du Millénaire dans le cas d'Haïti ? », ONPES, MPCE, Haïti, juin 2009.

EMMUS IV (4^e enquête morbidité, mortalité et utilisation des services), Haïti, 2007.

HUNT (P), "Le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mental susceptible d'être atteint », rapport, la commission des droits de l'homme des Nations unies, Genève, 2003

MONTAS (R), *La pauvreté en Haïti : situation, causes et politiques de sortie*, CEPALC, 2005.

MPCE, *Carte de pauvreté d'Haïti*, Haïti, version 2004.

MPCE, *Document de stratégie nationale pour la croissance et la réduction de la pauvreté (DSNCRP, 2008-2010) : réussir le saut qualitatif*, Presse nationale d'Haïti, Port-au-Prince, 2008.

MPCE, *HAÏTI: PDNA, du tremblement de terre – évaluation des dommages, des pertes et des besoins généraux et sectoriels*, 2010.

OMS, *les soins de santé primaire : maintenant plus que jamais*, rapport sur la santé dans le monde, 2008.

PNUD, *la vulnérabilité en Haïti : chemin inévitable vers la pauvreté ?* Rapport national sur le développement humain, Haïti, septembre 2004.

SANTE CANADE, *Pour une population en meilleure santé : une action concrète*, Ottawa (Ontario), S.D.

SANTE CANADA, *Loi canadienne de la santé- rapport annuel (2007-2008)*, Ottawa (Ontario), 2008

SANTÉ CANADA, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens*, rapport préparé par le comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, sur demande de la conférence des Ministres de la santé, sept 1994.

VICENT (G) et Al., *la santé des personnes sans chez soi : plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*, novembre 2009.

Articles

BELANGER (M), « Introduction à un droit mondial de la santé » (extrait de l'ouvrage), AUF, Collection Savoir plus, Editions des archives contemporaines, 2009.

CADEAU (E), « Droit à la santé ? Droit à la protection de la santé ? Droit au soin ? Quel fondement ? Quelle limite ? », Communication dans le cadre des journées d'éthique du groupe nantais d'éthique dans le domaine de la santé, Nantes, janvier 2007.

CADEAU (E), cours d'« éthique de l'action publique et métiers de santé publique », Université de Nantes, année académique 2009-2010.

DAMIER (E), « les unités communales de santé (UCS) », REFIPS, vol. 5, #4, printemps, 1997.

HUE (B), « Droit médical et droit de la santé : réflexion et définition », www.droitmedical.com/perspective, novembre 2008.

MICHOT-CASBAS (M), « L'automédication et libre accès aux médicaments, enjeu de la responsabilité et de l'éducation des patients », www.ethique.inserm.fr, décembre 2008, p1.

OMS, «le droit à la santé dans les textes internationaux», fiche aide mémoire, #323, [sante et droits de l'homme](#), Genève, aout 2007.

OMS, « Droits de l'homme : le droit à la santé », [la sante et les droits de l'homme](#), Genève, aout 2007, www.aidh.org/sante/index.htm

PENNEAU (M), « le droit médical », cours de droit médical, www.droitmedical.com, janvier 2004.

Documents à caractère juridique

CEDH, *Constitution de la République d'Haïti de 1987*, Port-au-Prince, 1997.

CONSTITUTION DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, texte original, New York., juillet 1946.

COMITE DES DROITS ECONOMIQUES, SOCIAUX ET CULTURELS, « Questions de fond concernant la mise en œuvre du pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels », Conseil économique et social, Nations-Unies, Genève, aout 2000.

COMITE DES DROITS ECONOMIQUES, SOCIAUX ET CULTURELS, « *le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (art 12 du pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels)* », *Observation générale, no14*, Nation-Unies, Genève, avril 2000.

LE MONITEUR, « Décret portant sur l'organisation et le fonctionnement du ministère de la santé publique et de la population (MSPP)», Journal officiel de la république d'Haïti, 161^e année, #1, jeudi 5 janvier 2006.

OMS, *la déclaration d'Alma-Ata*, [DROIT DE L'HOMME/DROIT A LA SANTE](#), ALMA-ATA, 1978.

Ouvrages

ALEXEIEV (S), *Le socialisme et le droit : le droit dans la vie de la société*, Edition du Progrès, Moscou, 1988.

BARANES (W), FRISON-ROCHE (M-A), *La justice*, Autrement, Paris, 2002.

DELBEAU (Colonel Jn.-C.), *Société, culture et médecine populaire traditionnelle*, Presse Nationale d'Haïti, imprimerie Deschamps, 1994.

BECOUR (B), *La judiciarisation de la médecine : aspect éthique*, thèse d'éthique médicale et de santé publique, Paris V, 2002.

BISMUT (M), *Eléments pour une étude épistémologique de l'éthique médicale*, Mémoire pour le Master d'éthique médicale, Université René Descartes, Faculté de médecine, Laboratoire d'éthique médicale, Paris V, 2006.

BORGETTO (M) et LAFORE (R), *Droit de l'aide et de l'action sociales, Montchrestien*, 5e édition, Paris, 2004.

CHARMANT (Dr R), *Vers les sommets par l'éducation et la santé*, imprimerie de l'Etat, Port-au-Prince, 1954.

CROUZATIER (J. M.), *Droit international de la santé*, AUF, éditions des archives contemporaines, Paris, 2009.

EDMOND (R), *séminaire en marketing de produits pharmaceutiques*, FARMATRIX, Faculté de médecine et de pharmacie, Port-au-Prince, octobre, 2005.

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES, *Cours Population et santé : recueil de textes*, Port-au-Prince, juillet 2009.

FAURIEL (I), *Légitimité des avis rendus par 19 CCPPRB : étude de leur fonctionnement respectif, des concepts utilisés et des types d'éthique de la discussion employés*, Thèse de doctorat, Université René Descartes paris 5, Faculté de médecine Paris 5-site Necker, Décembre 2004.

GUIGUE (A), *Droit, justice, Etat : thèses et sujets*, P.U.F., Paris, 1996.

LATORTUE (Me. F.), *Le Droit du travail en Haïti*, Presses de l'imprimeur II, 3^e Edition, Port-au-Prince, sept 2008.

MOREAU (J), DROIT PUBLIC : Droit administratif, tome 2, collection COLLECTIVITES TERRITORIALES, 3eme édition, Economica, Paris, 1995.

TOULET (V), *Droit civil : obligation, responsabilité civile*, centre de publication universitaire, 1997.

WELL (A), TERRE (F), *droit civil : les obligations*, 3^e édition, Dalloz, 1980.

Principaux Sites web consultés

www.aidh.org, site où l'on trouve les dernières informations sur les activités de l'ONU concernant l'évolution du droit à la santé dans le monde.

www.asdes.fr, site du réseau ASDES.

www.droit-fondamental.com, site de publication des œuvres juridiques.

www.droit-medical.com, site où l'on publie des informations et des articles sur la question du droit médical.

www.ethique.inserm.fr,

www.wikipedia.org/responsabilité_de_l'administration , site de l'encyclopédie en ligne.

www.who.org, site de publication des œuvres de l'organisation mondiale de la santé (OMS)

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| DEDICACES..... | 2 |
| REMERCIEMENTS..... | 5 |
| LISTE DES ACRONYMES..... | 6 |
| INTRODUCTION..... | 8 |
| METHODES ET MATERIELS..... | 14 |
| I- « DROIT A LA SANTE » ET DROIT DES POPULATIONS VULNERABLES..... | 15 |
| A- «DROIT A LA SANTE », UN CONCEPT JURIDIQUE EN CONSTRUCTION..... | 15 |
| 1. Du « droit de la santé » au « droit à la santé »..... | 16 |
| a) Le droit médical et la judiciarisation de la médecine..... | 16 |
| b) Le « droit à la santé », un « concept politique matriciel »..... | 18 |
| i) Un « objectif à valeur constitutionnelle »..... | 19 |
| ii) Un droit conventionnel..... | 20 |
| 2. « Droit à la protection de la santé » : la concrétisation du « droit à la santé »..... | 21 |
| a) La construction juridique du « droit à la protection de la santé »..... | 22 |
| i) Un droit subjectif..... | 22 |
| ii) Un droit impératif ou concret..... | 24 |
| (1) Droit de l'accès aux soins..... | 25 |
| (2) Droit à la sécurité sanitaire..... | 26 |
| iii) Un droit spécial ou diversifié..... | 27 |
| b) « Droit à la protection de la santé » et les pauvres : la théorie des SSP..... | 28 |
| i) « droit à une meilleure santé pour tous : éliminer les inégalités | 29 |
| ii) Pour une « justice sociale : reformer les systèmes de santé..... | 30 |
| iii) La participation et la solidarité..... | 31 |
| B- LE DROIT DES POPULATIONS VULNERABLES : QUELLE IMPORTANCE ?..... | 33 |
| 1. Les populations vulnérables : une réalité sociale complexe..... | 34 |
| a) Populations vulnérables : principales caractéristiques..... | 35 |
| i) Un faible revenu..... | 36 |

| | | |
|--|---|----|
| ii) | Un statut social défavorisé..... | 37 |
| b) | Corriger la vulnérabilité, un nécessité de droit public..... | 38 |
| i) | La vulnérabilité : une responsabilité administrative..... | 39 |
| ii) | La réparation des populations vulnérables..... | 40 |
| 2. | Obstacles à l'accès aux soins : violation d'un droit inaliénable..... | 41 |
| a) | Obstacles financiers..... | 42 |
| i) | Limitations de l'accès de la clientèle..... | 42 |
| ii) | Limitations liées aux structures organisationnelles..... | 42 |
| (1) | La désertification médicale..... | 43 |
| (2) | Le financement de la santé : un système de santé vulnérable..... | 44 |
| b) | Obstacles non financiers..... | 47 |
| II- L'OPTIMISATION DE L'INTERVENTION SANITAIRE PUBLIQUE..... | | 48 |
| A. FREINS AU DEVELOPPEMENT D'UN SYSTEME DE SANTE EFFICACE..... | | 48 |
| 1. | Un système, des contradictions..... | 49 |
| a) | Le système traditionnel haïtien : une médecine largement accessible..... | 50 |
| i) | Un personnel diversifié présent dans la communauté..... | 51 |
| ii) | MT et sécurité sanitaire : ses conséquences..... | 53 |
| (1) | Ses avantages : faible coût et efficience..... | 53 |
| (2) | Ses inconvénients : traditionalisme, charlatanisme et automédication..... | 54 |
| b) | Le système moderne : une médecine exclusiviste et inefficente..... | 56 |
| i) | au service des nantis..... | 56 |
| ii) | de faible capacité d'action..... | 58 |
| 2. | La politique de santé : des programmes fragmentés..... | 60 |
| a) | Les « programmes verticaux » : un choix sociopolitique..... | 60 |
| i) | Le programme élargi de vaccination (PEV)..... | 61 |
| ii) | Lutte contre la tuberculose..... | 62 |
| iii) | Lutte contre la filariose lymphatique..... | 62 |
| iv) | Lutte contre les IST/VIH-SIDA..... | 63 |
| b) | Obstacles à la réussite des activités : résultat de certaines défaillances..... | 65 |
| i) | Obstacles d'ordres structurels..... | 65 |
| ii) | Obstacles d'ordres organisationnels..... | 66 |

| | | |
|------|---|----|
| iii) | Obstacles d'ordres logistiques..... | 67 |
| iv) | Obstacles d'ordres financiers..... | 67 |
| v) | Obstacles d'ordres sociopolitiques..... | 67 |

B-L'OPTIMISATION DE L'OFFRE DE SOINS : POUR UNE NOUVELLE APPROCHE..... 68

| | | |
|-----|--|----|
| 1. | La mise en place de dispositifs adaptés : assurer le pilotage de l'offre de soins..... | 68 |
| a) | La globalisation des services de santé..... | 69 |
| i) | Création des programmes régionaux pour l'accès aux soins et à la prévention.... | 70 |
| | (1) La mission socio sanitaire de l'UCS..... | 70 |
| | (2) Promouvoir la culture sanitaire par la coopération MM/MT..... | 71 |
| ii) | Des mesures spécifiques en faveurs des défavorisés..... | 72 |
| | (1) Le cas de la santé mentale et des troubles psychologiques en Haïti..... | 73 |
| | (2) Garantir l'accès aux soins : l'exemption totale ou partielle des frais..... | 73 |
| b) | L'ouverture de l'hôpital : pour une mission sanitaire et sociale..... | 75 |
| i) | Renforcer les services de soins : créer de cellules spécialisées..... | 76 |
| ii) | Confier de véritables missions de santé publique aux professionnels..... | 76 |
| | (1) Promouvoir l'éthique professionnelle..... | 77 |
| 2. | Renforcer la gouvernance sanitaire : un système au service de la population..... | 77 |
| a) | La protection des droits des usagers..... | 78 |
| i) | Nature des droits à protéger..... | 78 |
| | (1) Liberté du patient..... | 78 |
| | (2) Droit à l'information..... | 79 |
| ii) | Les modalités de la protection..... | 80 |
| | (1) L'encadrement les relations patients/institutions..... | 80 |
| | (2) Les modalités de fonctionnement des établissements et services de soins..... | 80 |
| b) | L'organisation des établissements et services de soins..... | 81 |
| i) | Régulation des services de soins de premiers recours..... | 82 |
| | (1) Définition juridique du « premiers recours aux soins »..... | 82 |
| | (2) La Loi de santé publique ou « loi hospitalière »..... | 83 |
| ii) | L'impératif de coordination et coopération..... | 83 |
| | (1) Réguler l'installation de services privés : éviter la surdotation régionale..... | 83 |
| | (2) intégrer le « secteur pharmaceutique informel » : l'automédication..... | 84 |

CONCLUSION.....85

BIBLIOGRAPHIE.....87

TABLE DES MATIERES.....92