



Public Disclosure Authorized

Public Disclosure Authorized

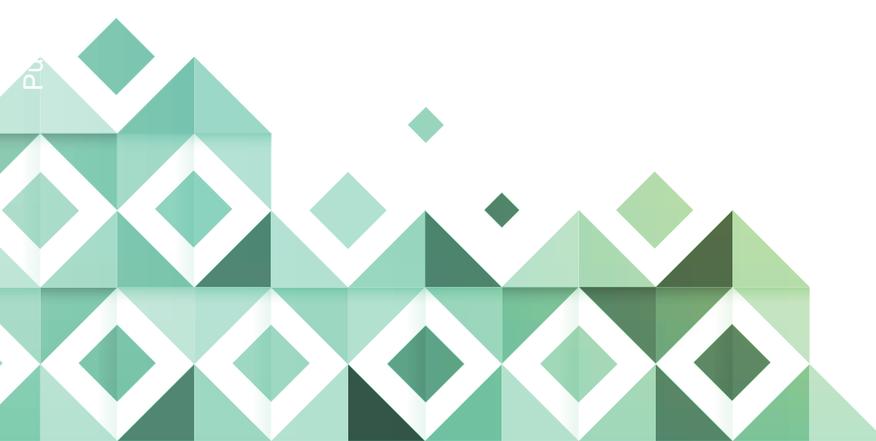
Public Disclosure Authorized

RÉSUMÉ DU RAPPORT

PHOTO CREDIT: LOGAN ABASSI UN/MINUSTAH

Mieux dépenser pour mieux soigner

un regard sur le financement
de la santé en Haïti



GRUPE DE LA BANQUE MONDIALE

Dans un contexte de catastrophes naturelles récurrentes et de graves difficultés financières, les Haïtiens se trouvent confrontés à d'immenses défis en matière de santé. Au niveau régional, les taux de mortalité maternelle et infantile sont beaucoup plus élevés en Haïti que dans d'autres pays. Les mères de familles pauvres sont moins susceptibles de bénéficier de soins dispensés par du personnel qualifié lors de leur accouchement que celles qui appartiennent à des ménages riches. La prestation de services de santé préventifs tels que l'immunisation, ne répond pas aux normes minimales. De plus, les patients contournent souvent l'offre de santé existante, faute de confiance dans le système de santé, et consultent des guérisseurs traditionnels ou achètent simplement des médicaments non réglementés. Dans un contexte de baisse de financement externe et de faibles contributions gouvernementales, Haïti doit faire face au défi de satisfaire les Objectifs de Développement Durable des Nations Unies en matière de santé, en particulier pour les plus pauvres. Il faut, par conséquent, que le fonctionnement du système de santé d'Haïti soit plus efficace, et que la prestation des services devienne plus équitable et plus accessible pour les populations vulnérables.

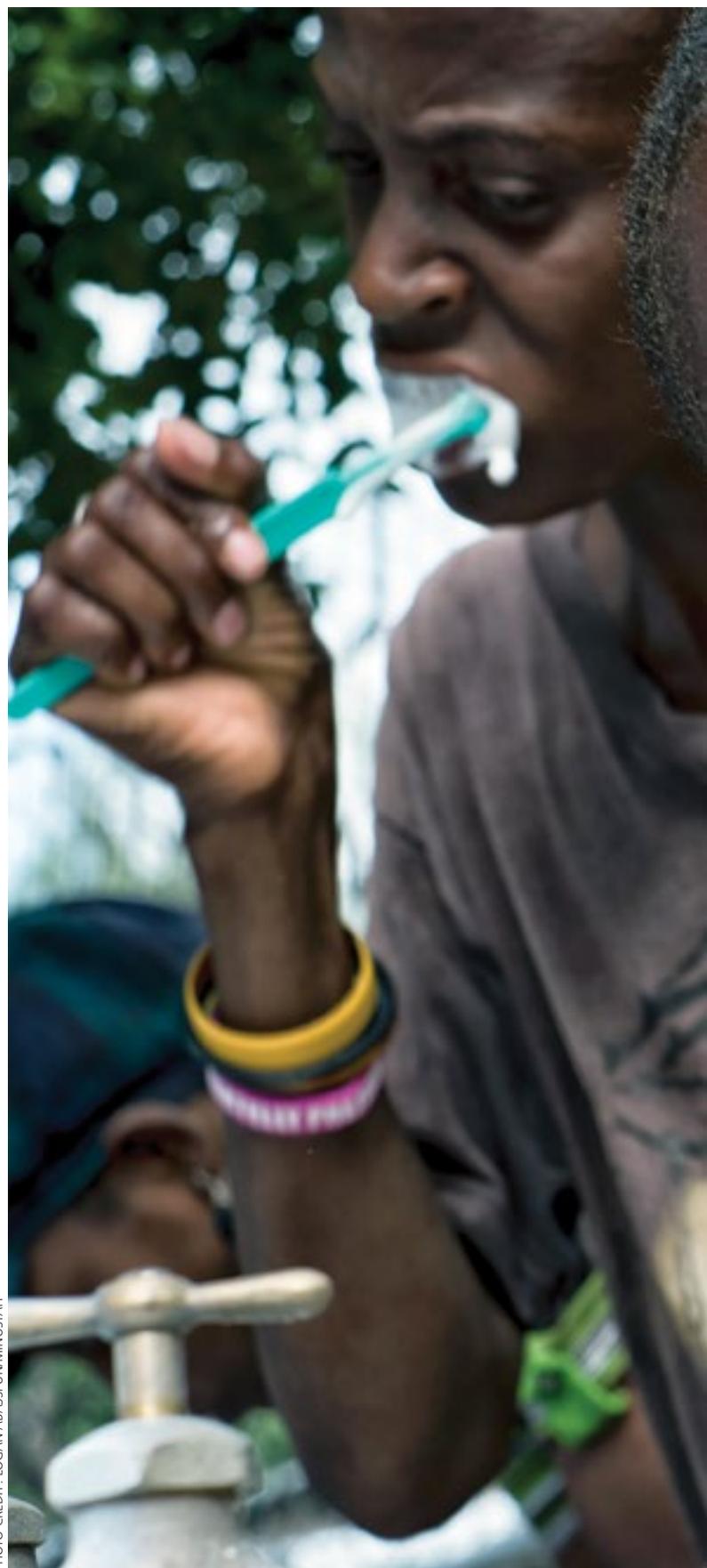


PHOTO CREDIT: LOGAN ABASSI UN/UNIMUSTAH



Les résultats de santé se sont améliorés en Haïti mais les services de base font toujours défaut

Depuis les années 1990, les résultats de santé des Haïtiens se sont considérablement améliorés. Toutefois, les mesures de l'équité et de la couverture des services ainsi que les normes en matière d'eau et d'assainissement, restent inférieures à celles de nombreux autres pays à faible revenu. Si les Haïtiens peuvent désormais s'attendre à vivre plus longtemps, l'accès aux services de santé de base fait toujours défaut. En Haïti, la proportion de mères qui accouchent dans une formation sanitaire (plutôt qu'à la maison ou sans assistance) est deux fois plus faible que celle des pays à faible revenu (37 pour cent contre 70 pour cent). Les mères sont également bien moins susceptibles d'accoucher dans une formation sanitaire si elles appartiennent au quintile de richesse le plus bas (9 pour cent), que si elles appartiennent au quintile de richesse le plus élevé (76 pour cent). Quant au taux d'enfants de moins de 24 mois ayant reçu les trois doses du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, il est de 68 pour cent, comparé à 80 pour cent dans les pays avec un niveau de développement économique similaire. Malgré ces difficultés, la mortalité maternelle et infantile a diminué d'environ de moitié entre 1990 et 2015. Toutefois, ces deux mesures de la mortalité restent respectivement cinq et quatre fois plus élevées que pour l'ensemble de la région Amérique latine et Caraïbes. Sur la base des tendances actuelles, Haïti ne satisfera pas aux objectifs de développement durable des Nations Unies visant à réduire le taux de mortalité maternelle à moins de 70 décès maternels pour 100 000 naissances et le taux de mortalité des moins de cinq ans à 24 décès ou moins pour 1 000 naissances d'ici 2030.

Le manque de couverture des services pourrait s'expliquer en partie par le fait que, par rapport à d'autres pays, l'accès physique au niveau des soins primaires est faible en Haïti. Le pays ne dispose que de 0,3 dispensaires pour 10 000 habitants, et il existe d'importantes variations entre les différents départements. Ce ratio est bien inférieur à la norme établie par le Ministère de la santé et de la population d'Haïti (MSPP), et il est également faible par rapport aux autres pays. L'accès physique au deuxième niveau de soins de santé primaires, celui des centres de santé, est meilleur, puisqu'Haïti dispose de 1,2 centres de santé pour 30 000 habitants, ce qui est comparable

aux autres pays à faible revenu. En revanche, la densité des hôpitaux communautaires de référence est très élevée en Haïti. Cependant, ces hôpitaux ne sont souvent pas suffisamment équipés pour le niveau de soins qu'ils sont censés fournir.

La qualité insuffisante des soins, en particulier pour les services de santé préventive, est un obstacle majeur à l'offre de services de santé. Seules 62 pour cent des femmes enceintes bénéficient d'exams physiques qui respectent les normes minimales, et trois prestataires de santé sur 10 omettent de demander aux patientes si elles présentent des facteurs de grossesse à risque. Seules 20 pour cent des consultations médicales de femmes enceintes intègrent des soins préventifs ou des interventions nutritionnelles essentielles telles que la supplémentation en acide folique. Les formations sanitaires obtiennent également des résultats médiocres en ce qui concerne les processus de gestion interne, ce qui pourrait expliquer le fait que le personnel soit peu préparé à fournir des soins conformes aux directives cliniques. De nombreuses institutions sanitaires fonctionnent sans aucun système de collecte de données, ce qui rend problématique le suivi, l'évaluation et la surveillance de la qualité.

Haïti a cependant vu l'espérance de vie de sa population augmenter, tout comme d'autres pays à faible revenu, mais moyennant des dépenses supérieures, ce qui révèle certaines inefficacités du système. L'espérance de vie est de 63 ans, soit huit ans de plus qu'en 1990. De nombreux pays à faible revenu, tels que le Rwanda, les Comores ou la Tanzanie, connaissent une situation similaire, sauf qu'Haïti dépense presque deux fois plus pour parvenir à ce résultat. En d'autres termes, même si Haïti dispose de ressources limitées, le pays pourrait mieux les utiliser.

Renforcer l'efficacité des prestataires de santé pour améliorer la santé des pauvres

Étant données les situations d'urgence fréquentes, le thème de l'efficacité des formations sanitaires n'a pas constitué une priorité. La succession des catastrophes naturelles et l'instabilité politique ont fait que les politiques nationales et les partenaires internationaux se sont principalement concentrés sur les besoins aigus en matière de santé ainsi que sur les



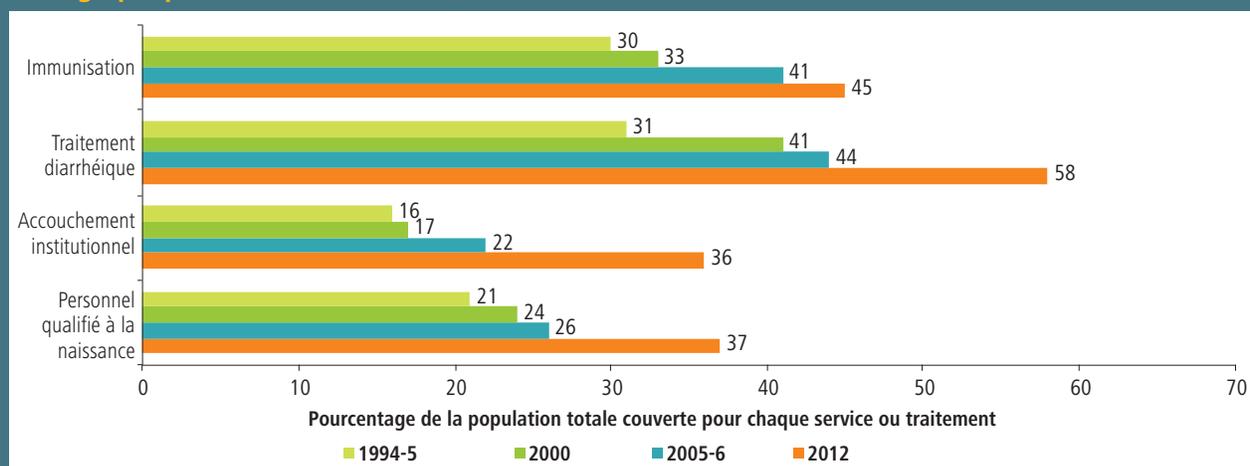
PHOTO: CREDIT: VICTORIA HAZOU UNMINUSTAH

Le choléra et l'importance des services de base

Par rapport aux autres pays à faible revenu et à la région Amérique latine et Caraïbes, Haïti obtient des résultats faibles pour les indicateurs liés à l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, ce qui est alarmant étant donné l'épidémie de choléra dans le pays. Le nombre de décès dus au choléra est nettement plus élevé chez les ménages les plus pauvres, puisque 2,4 pour cent d'entre eux ont signalé le décès d'au moins un membre du ménage, contre seulement 0,1 pour cent chez les ménages les plus riches. Les membres des ménages les plus pauvres sont 24 fois plus susceptibles de mourir du choléra que ceux des ménages les plus riches.

Haïti présente un taux de prise en charge comparativement élevé pour les enfants atteints de maladies diarrhéiques (58 pour cent), ce qui est légèrement supérieur à la moyenne des pays similaires (50 pour cent) et très légèrement inférieur à la moyenne de la région Amérique latine et Caraïbes (59 pour cent). Cet indicateur a considérablement augmenté depuis l'enquête 2005-6 de 44 à 58 pour cent en 2012 (figure 1). Cependant, 18 pour cent des enfants de moins de cinq ans continuent de mourir de maladies diarrhéiques en Haïti.

FIGURE 1. Taux de couverture des principaux services de santé préventifs et curatifs: Enquête démographique et de santé en Haïti, 1994-2012



Sources: les données proviennent des enquêtes démographiques et de santé menées au cours des années suivantes: 1994-1995, 2000, 2005-06 et 2012.

TABLEAU 1. Efficacité technique, Haïti et autres PFR

Pays	% de l'échantillon qui n'est pas efficace (<1)	Score moyen	Échantillon
Haïti	96,00% des CAL; 99,24% des CSL; 99,41% des dispensaires	0,30 pour les CAL; 0,09 pour les CSL; 0,04 pour les dispensaires	79 CAL, 265 CSL, 342 dispensaires
Burkina Faso	–	0,86	25 institutions sanitaires de SSP
Éthiopie	75%	0,57	60 postes de santé
Ghana	78%	0,88	Sélection aléatoire de 86 formations sanitaires
Guatemala	71%, mais 53% ont un score >0,9	0,78	34 postes de santé

Sources: personnel de la Banque mondiale, 2016; Akzali et al., 2008; Sebastian et Lemma, 2010; Marshall et Flessa, 2011; Hernandez et Sebastian, 2013.
Remarque: – = données non disponibles; CAL = centres de santé avec lit; CSL = centres de santé sans lit, PFR = pays à faible revenu; SSP = soins de santé primaire.

priorités à court terme, l'attention et le financement se trouvant détournés de la construction d'un système de santé durable à long terme, en faveur d'interventions d'urgence. L'ouragan Matthew d'octobre 2016 est une des récentes illustrations de cette situation dans laquelle l'état et les partenaires de développement ont focalisé leurs efforts sur les besoins urgents. L'ouragan aurait fait au moins 1000 morts, touché 1,4 million d'Haïtiens directement, et déplacé 175 000 personnes à l'intérieur du pays. La réponse post-catastrophe a souvent pris la forme d'une construction ou d'une réhabilitation des hôpitaux, sans que ne soit prévue la façon dont les coûts de fonctionnement seraient supportés, une fois passée la situation d'urgence initiale. Plus de la moitié de toutes les dépenses de santé sont allouées à des soins curatifs, plutôt que préventifs, alors que les principales causes de maladie pourraient être résolues au niveau des soins primaires.

L'efficacité des prestataires de soins de santé est très faible, en particulier au niveau primaire. Par rapport à d'autres pays à faible revenu, les institutions sanitaires d'Haïti obtiennent un score d'efficacité technique très faible: 0.04 sur 1¹ pour les dispensaires et 0.09 pour les Centres de Santé sans Lit (CSL). Si les dispensaires, qui sont le principal type d'institution sanitaire de soins de santé primaires, constituent le type de formation sanitaire le plus inefficace en Haïti, l'efficacité est également faible pour toutes les autres

formations sanitaires de taille moyenne ainsi que pour les hôpitaux (voir tableau 1 pour plus de détails sur les scores d'efficacité par catégorie et les comparaisons internationales).

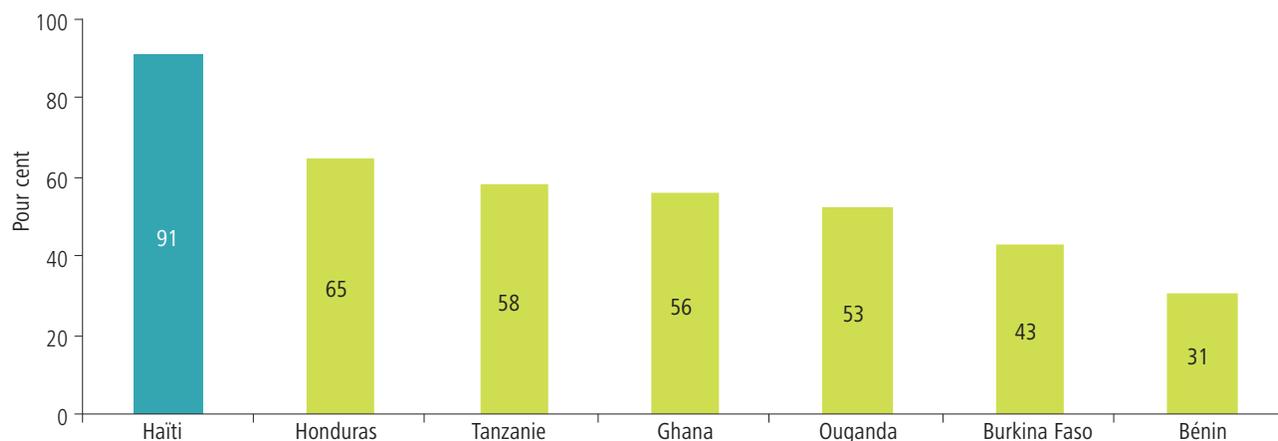
Jusqu'à 38 pour cent des dépenses totales de santé en Haïti sont consacrées au secteur hospitalier.

Cette proportion est bien supérieure à celle d'autres pays ayant un niveau de développement économique similaire. Au cours des dernières années, le Burundi, la Tanzanie et l'Afghanistan ont consacré, respectivement, 23 pour cent, 26 pour cent et 29 pour cent de leur dépense total de santé aux hôpitaux. De plus, cette plus grande proportion des dépenses dans le secteur hospitalier d'Haïti ne se traduit pas toujours par un plus grand volume de prestation des services. En fait, seuls 23 pour cent des hôpitaux en Haïti obtiennent des scores d'efficacité technique satisfaisants. Bien que la proportion des dépenses hospitalières semble plus grande, dans l'absolu, les fonds disponibles pour les hôpitaux sont très faibles. D'autres pays comme la République dominicaine ont un niveau de dépenses hospitalières plus élevé qu'en Haïti. Cependant, certains experts critiquent cette approche puisque les faibles investissements dans le niveau primaire et la prévention se traduisent par une utilisation excessive des services d'urgence et des consultations directes auprès de médecins spécialistes pour des problèmes de santé qui auraient pu être traités au niveau primaire.



1 Ce type d'analyse est réalisée à partir d'une programmation linéaire connue sous le nom d'analyse d'enveloppement des données (AED), qui est une méthode non paramétrique qui détermine le nombre de formations sanitaires comprises dans une frontière d'efficacité. Cette méthode produit un score d'efficacité technique basé sur le nombre d'intrants, tels que le personnel, les dépenses courantes, et les résultats (consultations, admissions à l'hôpital). Le score d'efficacité technique varie de 0 à 1. Un score de 1 signifie que la formation sanitaire se trouve sur la frontière d'efficacité et qu'elle est donc efficace. Un score inférieur à 1 manifeste une mauvaise performance, surtout si le score est proche de 0.

FIGURE 2. Paiement du salaire des ressources humaines en pourcentage du budget de fonctionnement du gouvernement: Haïti et une sélection de pays



Source: Adapté de *Mieux dépenser, mieux servir: une revue des finances publiques en Haïti* (2016).

En conséquence, le pays connaît des réformes visant à décongestionner les principaux hôpitaux et réduire les coûts.

La faible productivité du personnel et la faible capacité opérationnelle des institutions sanitaires sont deux facteurs clés entraînant une inefficacité de l'offre de services de santé. Par exemple, le volume des patients qui bénéficient de consultations du personnel de santé est assez faible et chaque personnel de santé ne fournit qu'une moyenne de six consultations par jour. La productivité est également négativement influencée par le cumul d'emplois (c'est-à-dire lorsque le personnel de santé public fournit des services aux patients du secteur privé pendant les heures de repos) et l'absentéisme élevé du personnel qui contribue à lui seul au gaspillage d'environ 3 millions de dollars par an. Une étude consacrée aux institutions sanitaires dans trois départements montre que le personnel de santé des institutions sanitaires de soins de santé primaires ne travaille souvent qu'à mi-temps (4 heures par jour) malgré un salaire à plein temps². Par ailleurs, la capacité opérationnelle est faible dans l'ensemble, seules 32 pour cent des institutions sanitaires fournissent des médicaments essentiels et seules 31 pour cent possèdent des équipements médicaux de base. Le fait que le MSPP alloue 90 pour cent de son budget de fonctionnement aux frais de personnel

(figure 2) signifie que les budgets de fonctionnement sont trop serrés pour assurer un approvisionnement adéquat pour ce qui est de tous les autres intrants requis pour la prestation de services. Cette situation ne favorise pas la bonne disponibilité de l'offre de services pour la population. La productivité est également réduite par un faible volume de patients en raison d'obstacles financiers (coûts de la consultation, des médicaments et des examens médicaux).

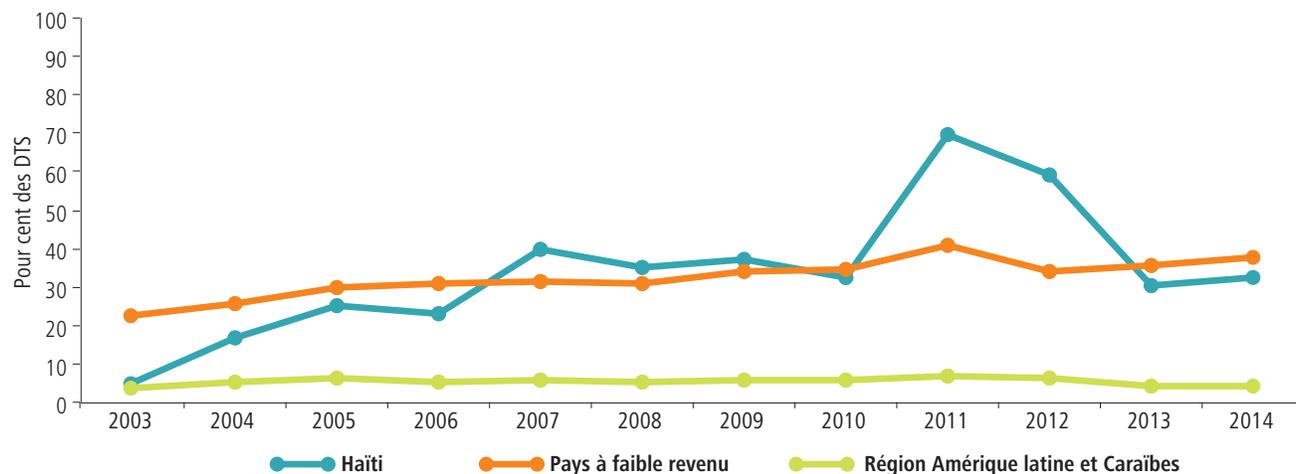
Changer le modèle du financement de la santé pour sauver des vies

Après le tremblement de terre, une grande partie du financement d'urgence externe a mis l'accent sur le renforcement des infrastructures grâce à la construction et à la réhabilitation des hôpitaux, mais les coûts d'exploitation de bon nombre de ces institutions sanitaires ne sont pas durables. Au lendemain du tremblement de terre de 2010, plusieurs investissements dans les infrastructures ont été financés par des partenaires de développement sous la forme de dons au MSPP. Les coûts opérationnels nécessaires qui ont suivi ces investissements en capital se sont révélés inabordables, posant de nouveaux défis de financement pour le secteur de la santé.



2 Cependant, il est important de souligner que le médecin qui est le mieux payé parmi les prestataires perçoit un salaire compris entre 30 000 et 40 000 gourdes par mois dans les institutions publiques pour un travail théoriquement à temps plein (entre \$500 et \$650 dollars environ, soit 3 dollars US par heure si le médecin travaille 40 heures par semaine).

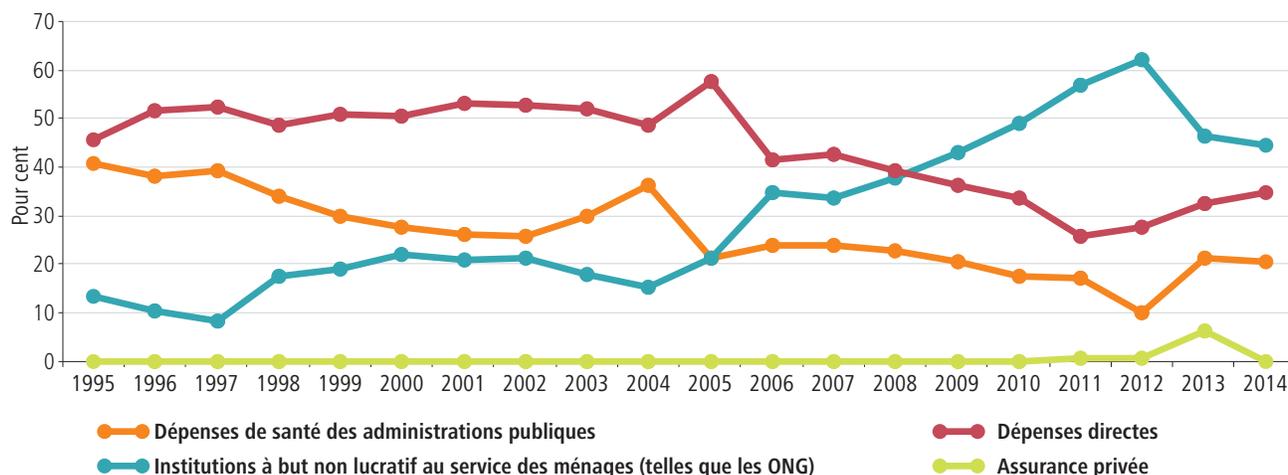
FIGURE 3. Financement extérieur en part des dépenses totales de santé: Haïti, PFR, et région ALC, 2003-14



Source: GHED 2016.

Remarque: ALC=Amérique latine et Caraïbes; PFR=pays à faible revenu; DTS=dépenses totales de santé.

FIGURE 4. Source de financement en pourcentage des dépenses totales de santé: Haïti, 1995-2014



Source: Organisation mondiale de la Santé, base de données sur les dépenses de santé mondiales: <http://apps.who.int/nha/database>.

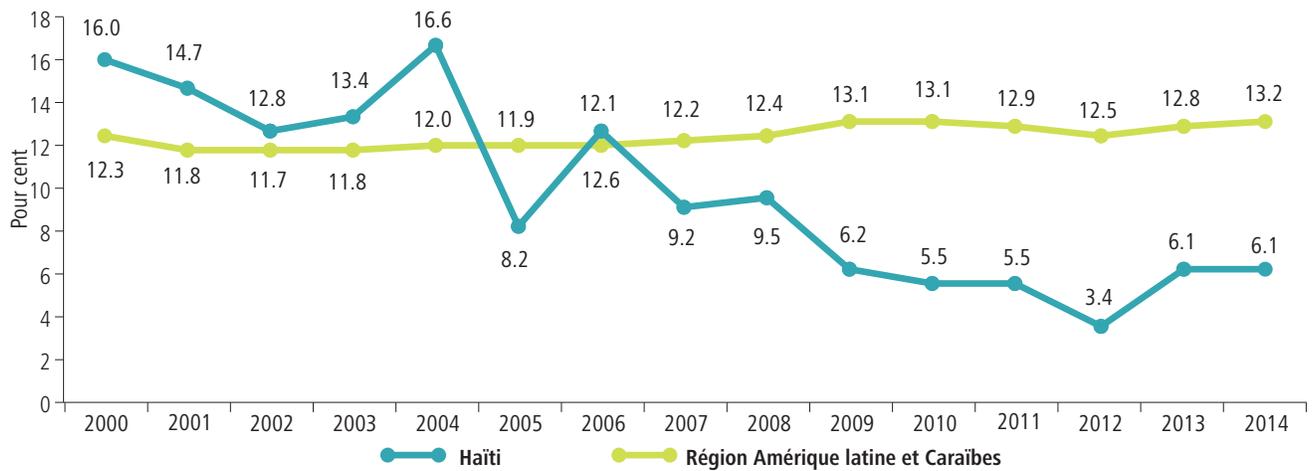
Haïti dépend du flux substantiel d'aide humanitaire, qui a fortement augmenté suite au séisme de 2010. Toutefois, au fil du temps, le financement externe a également été très volatile. Après un pic à la suite du tremblement de terre dévastateur de 2010, il a fortement diminué, le secteur de la santé figurant parmi les plus touchés (figure 3). Les dépenses gouvernementales n'ont pas compensé le déficit créé par ces fluctuations, et ont plutôt diminué de manière significative.

Bien que l'aide extérieure représente une part importante des dépenses totales de santé, la coordination des bailleurs est faible. Étant donné qu'à l'époque, Haïti n'avait pas mis en place de mécanisme de coordination solide, et que 90 pour cent du financement externe est hors budget, il a été difficile de suivre

et de planifier l'application de ces ressources au secteur de la santé. Cela signifie que le financement n'a pas été maximisé en vue d'impacts durables et positifs.

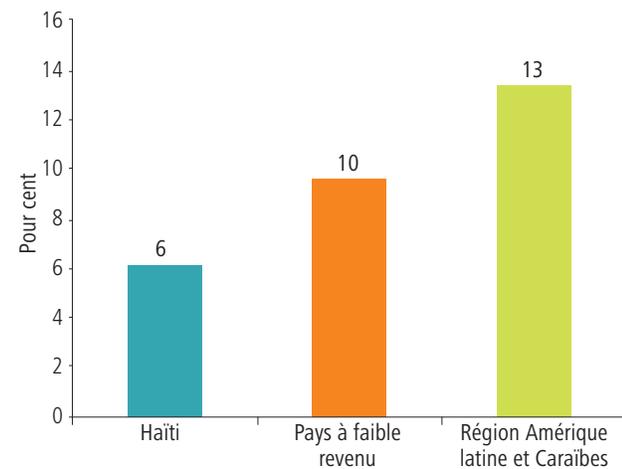
La forte proportion de l'aide extérieure à la santé a également supplanté le financement intérieur, qui a connu une tendance à la baisse. Le financement intérieur en pourcentage des dépenses totales de santé diminue régulièrement depuis les années 1990: le financement public est la plus petite source de financement pour le secteur de la santé après l'assurance privée. En 2004, il représentait 36 pour cent des dépenses totales de santé, tombant à 21 pour cent en 2015 (figure 4). Entre 2000 et 2005, le secteur de la santé en Haïti a reçu des allocations intérieures de 14 pour cent en moyenne, ce qui était similaire à la

FIGURE 5. Dépenses de santé du Gouvernement en tant que part des dépenses des administrations publiques : Haïti et région ALC, 2000-2014



Source : GHED 2016.
Remarque : ALC=Amérique latine et Caraïbes.

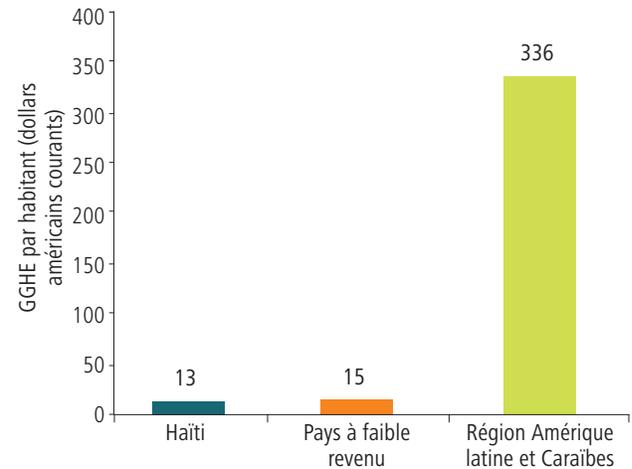
FIGURE 6. Part des dépenses publiques de santé : Haïti, pays à faible revenu et région Amérique latine et Caraïbes, 2014



Source : Organisation mondiale de la Santé, base de données sur les dépenses de santé mondiales : <http://apps.who.int/nha/database>.

moyenne de la région Amérique latine et Caraïbes (figure 5). Cependant, en 2014, le même indicateur n'atteignait plus que 6 pour cent, soit seulement la moitié de la proportion moyenne consacrée à la santé par les autres pays à faible revenu (figure 6), et ce chiffre est tombé à 4.4 pour cent au cours du budget rectificatif de l'exercice fiscal 2016/2017. Les dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB se situent à 1-2 pour cent et sont actuellement inférieures à celles de la

FIGURE 7. Dépenses publiques de santé par habitant : Haïti, pays à faible revenu et région Amérique latine et Caraïbes, 2014



Source : Organisation mondiale de la Santé, base de données sur les dépenses de santé mondiales : <http://apps.who.int/nha/database>.

moyenne des pays à faible revenu. Ce budget montre également que les dépenses publiques de santé par habitant en Haïti sont de 13 dollars, ce qui est inférieur à la moyenne de 15 dollars des pays à faible revenu. Cet indicateur est bien plus faible que la moyenne des pays voisins comme la République Dominicaine (180 dollars) ou Cuba (781 dollars) et de celle de la région Amérique latine et Caraïbes qui a une dépense publique de 336 dollars par habitant (figure 7).

Un accès équitable signifie qu'il faut prioriser les soins de santé primaires

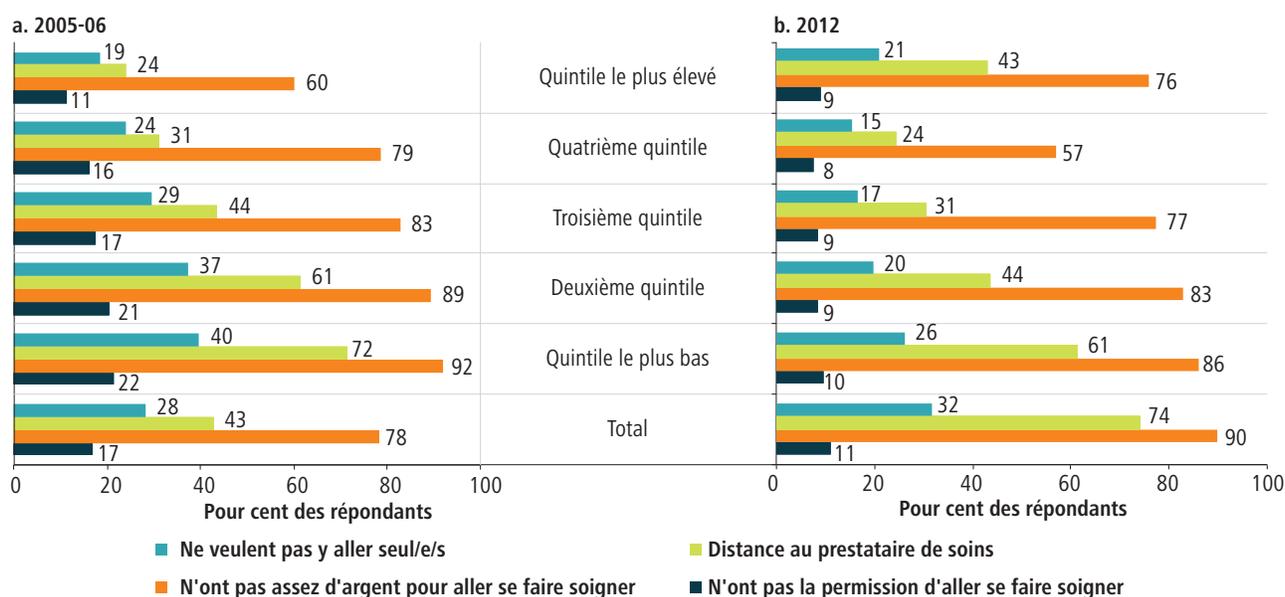
L'accès financier et géographique constituent les principaux obstacles aux soins de santé en Haïti. Presque toutes les institutions sanitaires (93 pour cent) facturent des frais d'utilisation, ce qui touche le plus durement les personnes les plus pauvres de la population. Près des deux tiers (63 pour cent) des ménages du quintile de richesse le plus faible ne consultent pas de prestataire de soins de santé parce qu'ils ne peuvent pas se le permettre. En 2012, le transport était la deuxième raison, après le financement, du faible accès des femmes âgées de 15 à 49 ans aux services de santé (figure 8).

Quand les patients doivent recevoir des soins de santé, ils se retrouvent endettés après s'être rendus dans une clinique privée ou après avoir été hospitalisés. Les paiements directs ont augmenté et sont en train de revenir au niveau qui était le leur avant le séisme, à savoir 35 pour cent des dépenses totales de santé. L'incidence des dépenses de santé catastrophiques a également augmenté, et les populations vulnérables, telles que les chômeurs, les retraités et les ménages comptant plus de trois enfants de moins de cinq ans, sont les plus touchés. Les ménages qui se rendent dans une clinique privée sont près de trois fois plus susceptibles d'encourir des dépenses de santé

catastrophiques. Ceux qui recherchent les soins d'un guérisseur traditionnel sont également deux fois plus susceptibles d'encourir des dépenses catastrophiques que les ménages qui se rendent dans un dispensaire ou un centre public. Ceci est préoccupant car les ménages du quintile de richesse le plus bas consultent généralement plus souvent un guérisseur traditionnel que les ménages du quintile de richesse le plus élevé. Pourtant, la performance des guérisseurs traditionnels n'est pas réglementée et pourrait constituer un risque pour la santé des personnes pauvres.

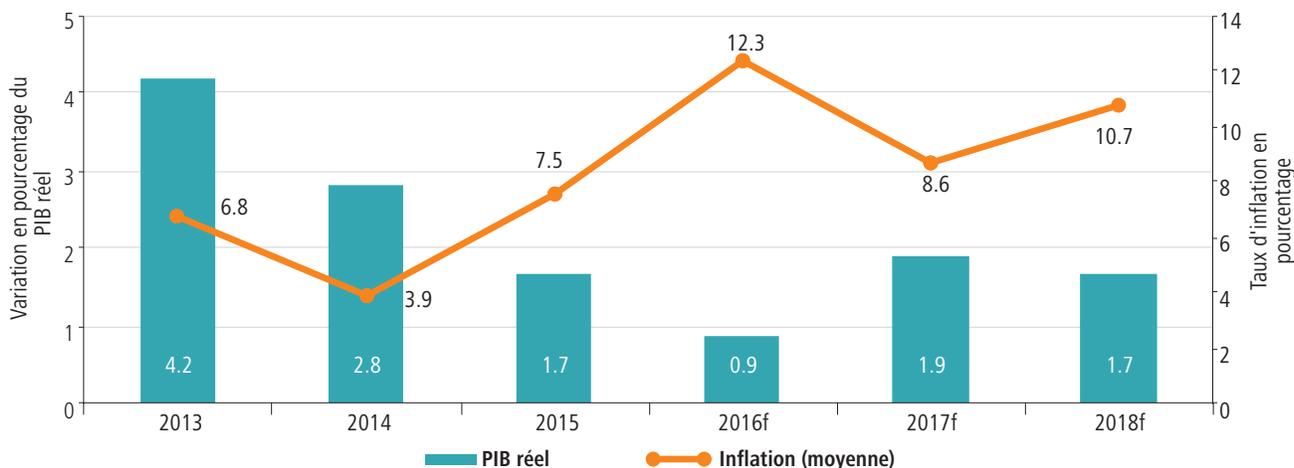
Dans les pays où les services de base font défaut (tels qu'Haïti), la couverture sanitaire universelle ne peut être atteinte que sur le long terme en priorisant les soins de santé primaires de manière à assurer un fonctionnement plus efficace et en étendant l'accès aux traitements essentiels pour les populations les plus vulnérables et les plus pauvres. Avec plus de la moitié de la population vivant avec moins de 1,90 dollar par jour et plus de 30 pour cent de chômage, les Haïtiens doivent faire face à de graves obstacles en matière d'accès et à une grande vulnérabilité quant aux dépenses de santé catastrophiques. Qualité des services et protection financière universelle sont essentielles pour éviter que les patients ne soient obligés de choisir entre l'appauvrissement en raison des dépenses directes et la privation de soins de santé en raison du coût. Pourtant, dans la mesure où 93 pour cent des travailleurs sont

FIGURE 8. Obstacles signalés à l'accès aux services de soins par quintile de richesse : Haïti, 2005-06 et 2012



Sources: DHS 2005-06, 2012. Note: La somme des pourcentages n'est pas égale à 100% puisque les répondants pouvaient invoquer plusieurs raisons pour expliquer les limitations de l'accès aux services de soins de santé.

FIGURE 9. Tendances annuelles du PIB, 2013-2015, et prévisions: Haïti, 2016-2018



Sources: Ministère de l'Économie et des Finances, Banque de la République d'Haïti, et calculs du personnel de la Banque mondiale.

dans le secteur informel, il est difficile d'établir des systèmes d'assurance maladie nationale et publique en Haïti, et il n'existe actuellement aucune politique gouvernementale permettant de protéger les populations

vulnérables contre les pertes financières liées à la santé. Les institutions prestataires de services doivent avoir les ressources nécessaires (humaines, intrants, etc.) pour garantir les services à la population.

La marche à suivre en matière de santé en Haïti

Les projections économiques indiquent que la croissance économique d'Haïti restera probablement faible. Il est essentiel d'utiliser efficacement les ressources existantes, et les sept changements stratégiques décrits ci-dessous visent à faciliter les progrès vers cet objectif. La réduction de la croissance du PIB affecte les revenus intérieurs et réduit le budget à tous les niveaux, et la santé ne fait pas exception. De plus, il est urgent d'accroître la coordination des bailleurs de fonds en mettant l'accent sur les populations les plus pauvres. Dans le même temps, le MSPP devrait continuer à s'efforcer d'accroître le financement intérieur de la santé et l'accessibilité financière pour les pauvres. Cela nécessite de prioriser les soins de santé primaires grâce à des dépenses et une dotation en personnel mieux ciblées. Une coordination sectorielle plus forte améliorerait la prestation et la qualité des services de manière générale. En fin de compte, les populations les plus vulnérables d'Haïti sont mieux servies par la planification, l'allocation et la mise en œuvre stratégiques du financement de la santé. Ce financement doit être appliqué à un ensemble bien défini de services de santé essentiels devant être fournis via des

institutions sanitaires ayant une forte capacité à traduire les intrants des services de santé en prestation de services de santé de qualité, accessibles et abordables. Il en résulte un système de santé en voie de devenir plus efficace et plus équitable, avec des flux de patients plus élevés dans des institutions sanitaires auparavant sous-utilisées, et des résultats de santé publique améliorés se traduisant par des vies sauvées.

Les sept changements stratégiques qu'Haïti pourrait prioriser pour accélérer ses progrès vers la couverture sanitaire universelle sont les suivants:

1. **Prioriser les soins de santé primaires. Rediriger une partie du financement des hôpitaux vers les soins de santé primaires, et chiffrer et hiérarchiser le Plan Directeur de santé actuel**

Pour obtenir de meilleurs résultats de santé compte tenu des ressources disponibles, les gouvernements et les partenaires de développement

devraient dépenser davantage pour les soins de santé primaires en redirigeant une partie du financement des hôpitaux. Compte tenu de la double charge de morbidité en Haïti, à savoir la coexistence des maladies transmissibles et non transmissibles en tant que principales causes de décès, il faudrait que les interventions de prévention et de promotion de la santé traitent les deux types de maladie pour produire le retour sur investissement le plus élevé.

Les ressources devraient être réorientées en fonction du Plan Directeur, qui doit être chiffré et priorisé. À l'heure actuelle, les fonds alloués au niveau départemental en Haïti s'appuient sur des valeurs établies historiquement au lieu d'être adaptés aux besoins de la population. Il faudrait que le MSPP ajuste la formule d'allocation des ressources de manière à ce qu'elle soit déterminée par les priorités définies dans le Plan Directeur ainsi que par les besoins sanitaires et socio-économiques des pauvres, les caractéristiques pertinentes du système de santé, les données actualisées concernant la charge de morbidité et la population couverte.

Le MSPP devrait diriger cet exercice de réorientation des ressources avec l'appui des partenaires de développement. Le renforcement de la prestation de services de soins de santé préventifs et primaires contribuerait maximiser la réduction des principales causes de morbidité en Haïti. À l'heure actuelle, seuls 19 pour cent des dépenses de santé visent les soins préventifs, contre 54 pour cent pour les soins curatifs. Cette réorientation des ressources des hôpitaux vers le niveau des soins primaires devrait être guidée par les données (voir le changement n° 2).

2. Accroître l'accès équitable à des soins de qualité. Mettre à jour et mettre en œuvre un outil de cartographie des institutions sanitaires en reclassifiant les institutions sanitaires afin d'améliorer la capacité opérationnelle des services et de faciliter la mise en œuvre d'un réseau de référence pratique.

Il faudrait que le MSPP élabore un outil de cartographie des institutions sanitaires de manière à: i) identifier les institutions sanitaires publiques et privées existantes; ii) déterminer leur capacité opérationnelle (principalement en termes de personnel et d'intrants); et iii) cartographier la couverture de population de chaque institution sanitaire. Pour la première étape, il s'agirait de s'appuyer sur la «carte sanitaire» déjà réalisée dans le cadre de l'enquête sur l'évaluation de la prestation des services qui est un recensement de toutes les institutions sanitaires en Haïti, et de cartographier les services réellement fournis dans chaque institution sanitaire. Les résultats d'un tel outil de cartographie permettront d'identifier les carences ou les redondances en matière de services et de déclencher une reclassification de certaines institutions. Cela ne signifie cependant pas nécessairement que de nouveaux dispensaires seront construits. En prenant en considération les priorités d'investissement qui seraient définies dans le Plan directeur (cf. le changement n° 1), certains hôpitaux communautaires de référence inefficients pourraient être transformés en centres de santé aux dépenses de fonctionnement accrues et offrir des services de promotion de la santé et des soins primaires. Dans d'autres cas, les institutions sanitaires pourraient être soit transformées en unités de soins de santé primaires, reclassées pour devenir des hôpitaux, soit se voir accorder une attention particulière afin

Capacité opérationnelle en Haïti

Haïti dispose de beaucoup moins d'infrastructures et d'équipements que les autres pays à faible revenu, ce qui affaiblit considérablement la capacité opérationnelle et la qualité des services. Seuls 32 pour cent des institutions sanitaires disposent de médicaments essentiels et 31 pour cent disposent d'équipements médicaux de base. La disponibilité de l'électricité, de l'eau et des toilettes est beaucoup plus faible en Haïti (31 pour cent) qu'au Kenya (86 pour cent) ou en Ouganda (64 pour cent). De même, la disponibilité de l'équipement minimum en Haïti (49 pour cent) est environ deux fois plus faible que celle observée au Kenya ou en Ouganda. Dans la mesure où le MSPP alloue 90 pour cent de son budget de fonctionnement aux dépenses de personnel, presque aucun budget n'est disponible pour les médicaments et les frais de fonctionnement au niveau des institutions sanitaires. Pour faire face à ces défis, le MSPP doit réaliser une cartographie des institutions sanitaires existantes (carte sanitaire) puis confirmer de façon systématique que celles-ci remplissent les critères minimaux de capacité opérationnelle. Si ces critères ne sont pas remplis, une agence d'octroi de licences gérée soit par le MSPP, soit sous-traitée à un tiers, devrait déclasser ou fermer les institutions sanitaires concernées.

d'assurer leur capacité opérationnelle. Les institutions sanitaires fusionnées seraient mieux équipées en médicaments et en matériel médical.

La reclassification des institutions sanitaires devrait être alignée sur la définition d'un système de référence cohérent et efficient. Des stratégies visant à faire face à la réduction potentielle de l'accès résultant de la reclassification des institutions devraient être envisagées, telles que l'élaboration de systèmes permettant d'offrir aux patients des possibilités de subvention du transport vers les hôpitaux. Dans le cadre de ce processus, il est essentiel de convenir d'un paquet minimum de services devant être financés et fournis au niveau primaire.

3. Dépenser plus judicieusement en ce qui concerne les hôpitaux. *Placer un moratoire sur la construction de nouveaux hôpitaux jusqu'à ce que les établissements hospitaliers existants puissent être cartographiés et qu'un programme d'octroi de licences aux hôpitaux prenant en compte les directives du Paquet Essentiel de Services ait été mis au point. Les partenaires de développement devraient financer une assistance technique pour l'accompagnement Vde la pérennisation financière des hôpitaux.*

En attendant que soient élaborés la cartographie des institutions sanitaires et un programme d'octroi de licences hospitalières prenant en compte les directives du Paquet Essentiel de Services, le ministère de la Santé devrait envisager de placer un moratoire à très court terme sur la construction de nouveaux hôpitaux. La vague de construction d'hôpitaux financée de manière externe, toujours en cours, ne s'est pas accompagnée de plans visant à soutenir les coûts opérationnels et à maintenir la prestation des services. En conséquence, les hôpitaux manquent actuellement de fonds, tandis que le MSPP n'a pas fourni suffisamment de financement pour faire face à la hausse des coûts opérationnels, ce qui a une incidence sur la capacité à assurer le recrutement du personnel, la formation et la fourniture d'équipements et de

produits médicaux. À court terme, aucun nouvel hôpital ne devrait être construit à moins qu'il ne réponde à des besoins fonctionnels ou géographiques urgents qui perdureront au-delà de la période d'urgence.

La gestion de ce problème de pérennité exige un effort urgent de la part du MSPP et de ses partenaires, de manière à:

1. **Suspendre la construction hospitalière;**
2. **Consolider l'infrastructure hospitalière existante (en fonction de la priorisation et du calcul des coûts du Plan Directeur, ainsi que des résultats de l'exercice de cartographie, cf. les changements n^{os} 1 et 2 ci-dessus);**
3. **Mettre en place une politique d'octroi de licences (c'est-à-dire définir des paramètres pour la construction ou l'agrandissement des hôpitaux);**
4. **Améliorer la performance des hôpitaux et leur pérennisation.**

Les bailleurs doivent être impliqués dans le processus visant à dépenser plus judicieusement en ce qui concerne les hôpitaux. Le MSPP devrait encourager les partenaires de développement à financer une assistance technique pour élaborer des plans d'affaires et améliorer la gestion des hôpitaux de manière à renforcer la viabilité financière des acquisitions d'hôpitaux ou des programmes hospitaliers du gouvernement.

Dans l'optique d'une meilleure utilisation du financement externe, le gouvernement peut jouer un rôle plus important d'orientation des bailleurs quant à leurs investissements, et assurer la coordination du financement et des interventions. Afin d'assurer cette fonction, une possibilité serait de renforcer les mécanismes de coopération existants et d'assurer leur bon fonctionnement. Par exemple, cela pourrait se faire au travers du renforcement de l'Unité d'Etude et de Programmation (UEP), et particulièrement de son service de coopération externe en charge de la coordination des bailleurs.

4. Améliorer l'efficacité technique au niveau des soins de santé primaires. La rentabilité de la prestation de services devrait être accrue, notamment au niveau des soins de santé primaires.

Tandis que les institutions sanitaires font l'objet d'une reclassification et que les équipements et les médicaments de base sont mieux répartis (cf. les changements n^{os} 1 et 2), il est essentiel d'améliorer l'efficacité technique. Comme indiqué précédemment, les institutions sanitaires de soins de santé primaires en Haïti sont moins efficaces que dans les autres pays à faible revenu. Toutes les catégories d'institutions sanitaires présentent une faible productivité, les dispensaires de soins de santé primaires et les centres de santé avec ou sans lits étant déjà connus pour être particulièrement inefficaces. Bien que les dispensaires soient essentiels à la prestation de soins de santé primaires en Haïti et représentent quatre institutions sanitaires sur dix, ils obtiennent de très mauvais résultats pour plusieurs indicateurs clés de capacité opérationnelle des services: personnel minimum, infrastructures de base, équipements de base et médicaments. Les dispensaires sont moins susceptibles que les autres types d'institutions sanitaires d'être entièrement équipés en médicaments nécessaires (13 pour cent), équipements (54 pour cent) et infrastructure (7 pour cent), et le volume des patients y est extrêmement bas.

L'amélioration de la rentabilité nécessitera une augmentation du flux des patients et une réforme des ressources humaines. Moins de 1 pour cent des dispensaires sont efficaces en termes de nombre de visites de patients pour un nombre donné de personnel. De fait, pour chaque ensemble de 342 dispensaires, seul un était efficace, réalisant un nombre suffisant de visites étant données les ressources en personnel. L'absentéisme, le cumul des emplois et la faiblesse de la demande émanant des pauvres contribuent à cette faible productivité et, en retour, font baisser encore davantage le nombre de patients. Les institutions sanitaires ne sont pas correctement catégorisées et les réseaux de référence ne sont pas en place (voir le changement n^o 2), entravant une amélioration de l'efficacité. Il est toutefois crucial d'assurer l'accès financier et géographique aux services afin d'encourager l'utilisation des services (et donc une productivité plus élevée).

Un des moyens possibles pour renforcer la redevabilité et ainsi accroître la productivité est de lier le

Le rôle de l'assistance technique dans l'amélioration de l'efficacité des hôpitaux

Par rapport à d'autres pays à faible revenu, Haïti obtient des résultats insuffisants en ce qui concerne l'efficacité des hôpitaux, même si 38 pour cent des dépenses totales de santé sont réalisées à ce niveau. L'élaboration d'une politique d'octroi de licences hospitalières et davantage de travail visant à améliorer les performances hospitalières sont nécessaires. Seuls 23 pour cent des hôpitaux d'Haïti sont efficaces en termes de taux d'occupation des lits, de durée moyenne de séjour et de coût unitaire par journée/lit, trois mesures de l'efficacité des soins hospitaliers. La résolution de ce problème nécessite un effort urgent pour cartographier les besoins des services hospitaliers, suspendre la construction de nouveaux hôpitaux, consolider l'infrastructure hospitalière existante, mettre en place une politique d'octroi de licences, et veiller à ce que les services hospitaliers soient fournis dans des institutions sanitaires en quantité suffisante tout en améliorant la qualité. Il est également essentiel d'explorer la façon dont la gestion des hôpitaux peut être améliorée. Une assistance technique sera nécessaire pour mettre en œuvre ces importantes réformes.

financement du personnel et des institutions sanitaires aux résultats. Le MSPP vient de commencer à mettre en œuvre un financement basé sur les résultats dans 10 pour cent des institutions sanitaires de soins primaires et va donc payer les prestataires en fonction de la couverture et de la qualité des soins. Ce modèle de financement basé sur les résultats a été mis en place en mars 2016 dans 80 institutions sanitaires de premier niveau, dont 50 sont parrainées par la Banque mondiale et 30 par l'Agence des États-Unis d'Amérique pour le développement international (USAID). Ces 80 institutions sanitaires comprennent des dispensaires, des centres de santé et des hôpitaux communautaires de référence. La décentralisation des principales décisions en matière de ressources humaines et les améliorations apportées aux pratiques de gestion des ressources humaines sont également importantes. De mauvaises conditions de travail entraînent en effet une faible satisfaction et une faible productivité du personnel médical. L'augmentation des budgets de fonctionnement hors salaires améliorerait la capacité opérationnelle et la performance globale des agents de santé. Une enquête auprès du personnel médical et des gestionnaires de la santé de trois départements a révélé que le manque de médicaments et d'équipement étaient les principales raisons de la faible motivation du personnel et du mauvais fonctionnement des institutions sanitaires. Une manière de libérer des ressources pour les médicaments, les équipements

et les fournitures médicales est de diminuer la part du personnel de soutien au sein de la masse salariale. À l'hôpital de l'Université d'État d'Haïti, 87 pour cent du budget de fonctionnement va au personnel, dont 22 pour cent sont peu qualifiés, ce qui est élevé d'après les critères de référence internationaux. Dans les institutions sanitaires publiques, le personnel administratif représente près de la moitié de la main-d'œuvre, soit un ratio élevé par rapport à d'autres pays à faible revenu. La décentralisation des ressources humaines rendrait les institutions sanitaires plus redevables, limiterait l'absentéisme et augmenterait la productivité.

La disponibilité des médicaments pourrait également être améliorée en repensant la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Des économies considérables pourraient résulter de l'amélioration de la coordination du réseau de distribution, et du ciblage de la distribution du dernier kilomètre, grâce, potentiellement, à la sous-traitance auprès des entreprises de transport locales, mise à l'essai avec succès en Haïti. Le manque de systèmes de gestion du stockage et d'information adéquats affecte la disponibilité des médicaments au niveau des institutions sanitaires. Parfois, les produits subventionnés sont détournés au niveau des dépôts régionaux et vendus aux pharmacies du secteur privé, qui revendent ensuite les produits. Les produits subventionnés se retrouvent entre les mains de prestataires privés au lieu d'être distribués à un prix subventionné ou gratuitement par une formation sanitaire publique. Du fait des ruptures de stock, les formations sanitaires publiques achètent au secteur privé et au prix du marché des médicaments normalement subventionnés.

Les départements présentant les scores d'efficacité technique les plus faibles devraient être immédiatement priorités en ce qui concerne le soutien technique et financier apporté par le MSPP et ses partenaires. Les hôpitaux gérés par des organisations non gouvernementales (ONG) sont plus efficaces que les hôpitaux publics. Les hôpitaux privés à but lucratif sont les entités les moins performantes, et ils dépensent également plus que les institutions sanitaires gérées par le MSPP et les ONG. D'autres études devraient être menées pour mieux comprendre pourquoi tel est le cas et ce qui peut être appris des hôpitaux dirigés par des ONG. Il faut que le MSPP collabore avec ces entités privées et les inclue dans le programme proposé d'octroi de licences aux institutions sanitaires/hôpitaux (cf. le changement n° 3).

5. Mieux utiliser le financement externe. Haïti devrait disposer d'une unité de coordination des bailleurs adéquatement dotée en personnel et fonctionnant correctement, qui effectue le suivi des bailleurs et la planification de la transition

Le MSSP devrait établir une unité de coordination des bailleurs adéquatement dotée en personnel et fonctionnant bien, afin d'assurer l'adhésion au Plan directeur chiffré et priorisé du MSPP (changement n° 1). Cette unité aurait pour rôle de veiller à l'harmonisation de tous les partenaires dans le cadre d'un même plan, de manière à réduire les inefficacités liées à la fragmentation du financement externe et à accroître la complémentarité et la continuité des interventions. Près de la moitié des dépenses totales de santé sont financées de manière externe, généralement hors budget, et canalisées à travers des centaines d'entités chargées de la mise en œuvre. Pourtant, il n'y a pas de mécanisme établi et régulier permettant aux bailleurs et au MSPP de discuter et de coordonner les contributions techniques et financières, ce qui porte atteinte au rôle d'intendance du MSPP et génère des inefficacités. Pour maximiser le plein potentiel de l'ensemble des contributions financières à la santé en Haïti, il faut que cette question soit abordée.

Dans la mesure où beaucoup de bailleurs réduisent leur financement ou se retirent, une unité de coordination des bailleurs fonctionnant bien réaliserait des plans de transition visant à faire correspondre les besoins du système de santé et les ressources disponibles. Il faut que les partenaires de développement soient obligés de s'inscrire auprès de cette unité. Cela permettra de construire et de gérer une base de données nationale de projets de coopération, rendant la tâche du gouvernement plus aisée en matière de processus de planification. Bien que cette unité de coordination ne constitue qu'une partie de la solution, elle contribuera à faire face à la situation actuelle dans laquelle le financement extérieur a, d'une part, alimenté une construction hospitalière qui ne saurait être durable et, d'autre part, financé une «aide d'urgence» par nature volatile et pas nécessairement en phase avec les besoins d'Haïti étant donnée sa charge de morbidité et de son infrastructure sanitaire actuelle.

Haïti devrait construire sur les exemples actuels d'harmonisation des bailleurs dans le cadre de

programmes spécifiques et élargir leurs champs d'application pour harmoniser les sources de financement externes les plus importantes dans le secteur de la santé. Le MSPP a par exemple dirigé l'élaboration d'un manuel national de financement basé sur les résultats qui harmonise des bailleurs clés tels que la Banque mondiale, l'USAID et le Fonds mondial (à partir de 2016) dans le cadre d'un mécanisme d'achat basé sur les résultats pour les soins primaires. Bien que le projet constitue un bon exemple d'harmonisation des bailleurs, l'une de ses faiblesses est qu'il reste financé à 100 pour cent par les bailleurs.

Les bailleurs clés devraient convenir avec le MSPP d'un programme visant à renforcer les pratiques de gestion des finances publiques. À moyen terme, le fait de cibler le niveau départemental et local permettrait d'augmenter considérablement l'efficacité des dépenses publiques en améliorant la planification budgétaire et l'établissement des rapports, favorisant une meilleure répartition des ressources et une plus grande prévisibilité. À court terme, des procédures harmonisées et des accords entre les partenaires quant aux niveaux des indemnités journalières et des salaires pourraient permettre de considérablement réduire les coûts de transaction. À cette fin, le Ministère de la Santé et les partenaires de développement devraient rédiger et signer un protocole d'accord afin d'identifier des normes minimales pour le financement d'urgence, telles que le fait d'inclure des exigences selon lesquelles les investissements en capital, tels que la construction d'hôpitaux, doivent être soutenus par des plans permettant d'assurer la pérennité financière à long terme.

6. Accroître les ressources pour la santé. Susciter un financement généralement plus important pour la santé en augmentant les dépenses publiques de santé grâce à une meilleure collecte des impôts et à un financement externe plus pérenne.

Haïti devrait susciter un financement généralement plus important pour la santé, notamment par le biais de sources nationales. Malgré les besoins pressants en matière de soins de santé, Haïti a connu une forte baisse des dépenses publiques dans le secteur au cours des deux dernières décennies, ce qui a entraîné une augmentation de la dépendance aux bailleurs. Cependant, le financement des bailleurs de fonds est lui-même en train de diminuer. Le gouvernement doit

planifier d'urgence un relèvement du financement intérieur pour la santé afin d'éviter que les dépenses directes ne connaissent une augmentation critique. L'augmentation des dépenses publiques en santé pourrait se faire par une augmentation généralisée de la mobilisation des ressources intérieures (par exemple, au travers de l'amélioration du taux de collecte des impôts), ou par des mesures ciblées, visant à générer des ressources destinées spécifiquement au secteur de la santé. Une manière de parvenir à cette dernière consiste à introduire des taxes affectées à la santé. En même temps que l'élargissement des ressources intérieures pour la santé, Haïti devrait également s'efforcer de travailler à un financement externe plus pérenne et conforme au Plan Directeur.

Haïti a peu de recettes fiscales eu égard à son statut économique. Il est possible d'en générer davantage. Des taxes sur l'alcool et le tabac, présentent une option intéressante permettant de mobiliser des fonds pour le secteur de la santé tout en décourageant leur consommation. Haïti ne dispose d'aucune taxe sur le tabac et le taux d'imposition est de 4 pour cent pour les spiritueux produits localement et de 16 pour cent pour l'alcool importé. En moyenne, les taxes représentent 31 pour cent du prix de vente des cigarettes dans les pays à faible revenu et 47 pour cent dans la région Amérique latine et Caraïbes, laissant penser qu'il est possible d'imposer des taxes sur ces produits en Haïti. Un montant estimatif de 8,2 millions de dollars par an pourrait être généré en appliquant une taxe sur l'alcool à 25 pour cent et affectait les recettes fiscales supplémentaires ainsi générées à la santé. Le produit d'une telle taxe représenterait une augmentation de près de 11 pour cent des dépenses publiques de santé, soit 0,76 dollar américain par habitant. Dans la mesure où la consommation de ces biens entraîne un coût disproportionné pour le secteur santé par rapport aux autres secteurs, l'affectation de telles recettes fiscales au secteur de la santé peut se justifier. L'élaboration de taxes spéciales pour la santé soulève cependant des problèmes techniques et politiques qui justifient une évaluation approfondie de ces options.

Parallèlement à l'augmentation du financement intérieur pour la santé, Haïti devrait également veiller à ce que l'allocation et l'utilisation des ressources soient optimales afin de cibler les priorités clés en matière de santé et de tirer pleinement parti du financement des bailleurs quant aux intrants essentiels de santé, telles que les vaccins.



PHOTO CREDIT : SOPHIA PARIS UNMINUSTAH

L'évolution du financement de la santé en Haïti

Les dépenses totales de santé ont augmenté au cours des vingt dernières années, principalement grâce au financement externe des ONG, alors que le gouvernement a joué un rôle de plus en plus marginal dans le financement du secteur. L'augmentation du financement extérieur a modifié la composition structurelle des dépenses de santé. En 1995, les ménages étaient les principaux financeurs du système de santé grâce aux paiements directs (46 pour cent), suivis par le gouvernement (41 pour cent) et les ONG (13 pour cent). Depuis, la part du gouvernement a diminué, passant de 41 pour cent à 21 pour cent en 2014. La même année, les paiements directs ont représenté 35 pour cent des dépenses totales de santé, tandis que les ONG et les autres institutions privées desservant les ménages représentaient 44 des dépenses totales de santé (figure 4).

Dans le passé, le secteur de la santé en Haïti recevait des allocations intérieures comprises entre 9 et 14 pour cent du budget national. Entre 2000 et 2005, les dépenses de santé du gouvernement représentaient en moyenne 14 pour cent du budget général de l'État. Au cours de la période 2006-2010, ce même indicateur était de 9 pour cent. En raison principalement du déplacement de l'aide des bailleurs de fonds au cours de la période post-séisme, les allocations budgétaires nationales à la santé en 2012 ont été considérablement réduites, tombant à 3,4 pour cent. En Haïti, les dépenses publiques de santé représentaient seulement 6,1 pour cent du total des dépenses publiques en 2014, soit bien moins que les 15 pour cent recommandés par la déclaration d'Abuja (figure 5).

La baisse du financement externe soulève des problèmes de durabilité des programmes d'investissement. De leur plus haut niveau de 2012-2013 à 2014-2015, les contributions extra budgétaires ont été divisées par 25 tandis que les contributions intra-budgétaires ont été divisées par cinq, ce qui représente une perte énorme pour le système de santé. Les fonds du trésor public ont également diminué, mais à un rythme plus lent, tandis que le budget de fonctionnement a légèrement augmenté, mais pas assez pour compenser la forte baisse du financement externe. Une grande partie des ressources externes est actuellement utilisée pour financer les coûts de fonctionnement tels que les vaccins, le personnel de santé et les produits médicaux. Avec le retrait du financement externe, le gouvernement haïtien doit commencer à payer ces dépenses récurrentes pour assurer le maintien de l'investissement en capital et le fonctionnement du système de santé. Des écarts de financement importants sont en train d'apparaître pour les coûts récurrents et ils sont susceptibles de continuer à se produire. Face à l'absence d'un système de suivi des ressources des bailleurs et de la manière dont elles sont utilisées, et face à un financement public limité, le gouvernement pourrait ne pas être en mesure de planifier ni de prendre en charge ces frais d'entretien et de fonctionnement.

Cela fait désormais un certain temps que les vaccins en Haïti sont entièrement financés par les bailleurs. Haïti diffère, à cet égard, de la plupart des autres pays à faible revenu, qui contribuent généralement au financement de l'achat des vaccins à l'aide de leurs ressources intérieures. Mais de plus en plus, les bailleurs ne financent plus entièrement les vaccins sans cofinancement du gouvernement. Il est par conséquent urgent que le gouvernement commence à allouer certains de ses propres fonds aux vaccins pour éviter toute baisse ou interruption de l'offre de vaccination. Des arguments similaires valent pour d'autres intrants et services de santé considérés comme essentiels par le gouvernement.

7. Accroître l'abordabilité des services de santé pour les populations les plus pauvres. Il est nécessaire d'évaluer la faisabilité de la suppression des frais d'utilisation pour certains services ou populations cibles (enfants de moins de cinq ans et femmes enceintes, en particulier dans les zones rurales).

La faisabilité de la suppression des frais d'utilisation pour une sélection de services, y compris la santé maternelle et infantile, devrait être évaluée. Les frais d'utilisation ont une incidence négative non seulement sur l'équité en matière d'accès, mais également sur l'efficacité des institutions sanitaires et, en fin de compte, sur les résultats en matière de santé. Presque toutes les institutions sanitaires facturent des frais d'utilisation pour combler le déficit de financement, de sorte que les dépenses de santé catastrophiques et les dépenses directes augmentent. En 2013, près d'un quart des ménages déclaraient ne pas avoir consulté de prestataire de santé lorsqu'ils étaient malades et, parmi ces ménages, 49 pour cent n'avaient pas les moyens de se soigner. En raison du taux élevé de pauvreté en Haïti, les frais d'utilisation, si faibles soient-ils, sont susceptibles de dissuader les pauvres de rechercher des soins. Les institutions sanitaires gérées publiquement sont plus nombreuses à facturer des frais d'utilisation que les institutions sanitaires dirigées par des ONG. Bien que les dispensaires soient considérés comme pro-pauvres du fait

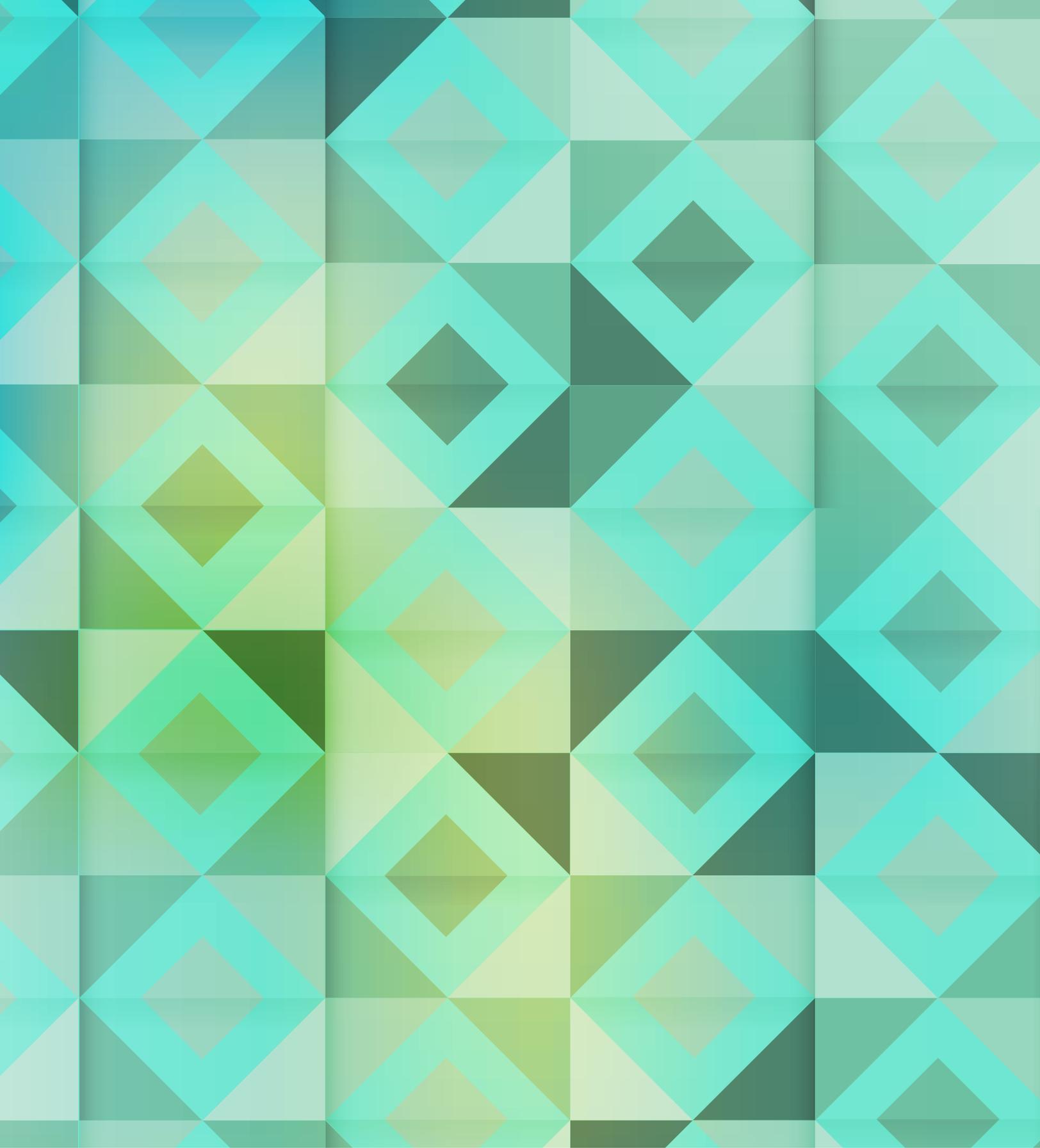
qu'ils se trouvent dans les zones rurales, où la majorité de la population est pauvre, ils accueillent un nombre plus élevé de bénéficiaires plus riches (22 pour cent des bénéficiaires appartiennent au quintile le plus élevé) que de bénéficiaires plus pauvres (18 pour cent des bénéficiaires appartiennent au quintile de richesse le plus faible). La suppression des frais d'utilisation pour les services de santé maternelle et infantile dans plusieurs institutions sanitaires de Grand'Anse a entraîné une augmentation de 200 pour cent de leur fréquentation par rapport à ce qu'elle était dans le cadre du recouvrement des coûts. Cependant, étant donné que les frais d'utilisation actuels constituent une part importante du budget de fonctionnement des institutions sanitaires, leur élimination doit être soigneusement évaluée afin de ne pas affecter la disponibilité des services fournis ni entraîner une détérioration plus grande de leur qualité.

Les mécanismes d'amélioration de l'abordabilité des services de santé pour les segments les plus pauvres de la population devraient être poursuivis.

Ces mécanismes comprennent la mise en place d'un programme de bons de transports ou la réactivation d'un fonds pour l'équité au niveau des institutions sanitaires pour protéger les populations les plus pauvres des coûts directs et indirects des soins de santé. Les cliniques mobiles et les services fournis par les agents de santé communautaires sont principalement utilisés par les pauvres et devraient être renforcés. Comme cela a été vu dans le cadre du changement n° 1, il faudrait consacrer davantage de ressources à l'expansion et au renforcement des soins communautaires.

De nouveaux flux de revenus pour les hôpitaux doivent être explorés.

D'autres sources de revenus pour le système de santé, telles que les personnes très fortunées, la diaspora haïtienne ou les organisations religieuses devraient également être examinées. Mises en commun, ces ressources additionnelles permettront par exemple d'acheter et de fournir des équipements médicaux et des produits de santé de base à la population. Par ailleurs, l'acquisition à l'échelle nationale d'équipements et de produits médicaux pourrait générer des économies significatives. À terme, ces initiatives permettront de financer des services plus abordables pour les plus pauvres et amélioreront la santé pour tous les Haïtiens.



GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE

