



Public Disclosure Authorized

Public Disclosure Authorized

Public Disclosure Authorized

Public Disclosure Authorized

Mieux dépenser pour mieux soigner

un regard sur le financement
de la santé en Haïti



GRUPE DE LA BANQUE MONDIALE

Clause de non-responsabilité :

Ce volume est un produit du personnel de la Banque internationale pour la reconstruction et le développement / Banque mondiale. Les résultats, interprétations et conclusions exprimées dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les vues des directeurs exécutifs de la Banque mondiale ou des gouvernements qu'ils représentent. La Banque mondiale ne garantit pas l'exactitude des données incluses dans ce travail. Les limites, couleurs, dénominations et autres informations figurant sur l'une quelconque des cartes du présent travail n'impliquent aucun jugement de la part de la Banque mondiale concernant le statut juridique d'un territoire, ni l'approbation ou l'acceptation de ces limites.

Déclaration de droit d'auteur :

Le contenu de cette publication est protégé par le droit d'auteur. Le fait de copier et / ou de transmettre une partie ou la totalité de ce travail sans autorisation peut constituer une violation de la loi applicable. La Banque internationale pour la reconstruction et le développement / Banque mondiale encourage la diffusion de son travail et autorise normalement rapidement la reproduction partielle du travail.

Pour obtenir la permission de photocopier ou de réimprimer toute partie de ce travail, veuillez envoyer une demande comprenant toutes les informations nécessaires au Copyright Clearance Center, Inc., 222, Rosewood Drive, Danvers, MA 01923, États-Unis d'Amérique, no de téléphone 978-750-8400, télécopie 978-750-4470, <http://www.copyright.com/>.

Toutes les autres questions concernant les droits et les licences, y compris les droits subsidiaires, doivent être adressées au Bureau de l'éditeur, La Banque mondiale, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, États-Unis d'Amérique, télécopie 202-522-2422, email pubrights@worldbank.org.

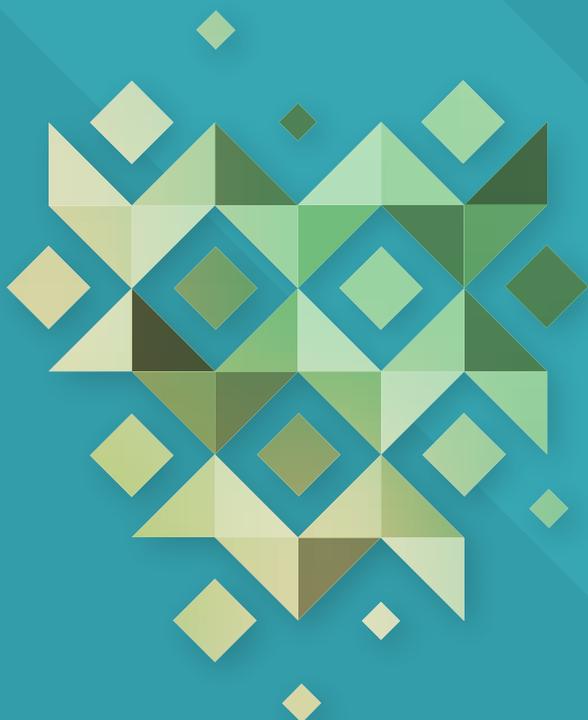


Table des matières

REMERCIEMENTS	5
ABRÉVIATIONS	6
RÉSUMÉ	8
INTRODUCTION	16
CONTEXTE	20
RÉSULTATS DE SANTÉ ET SYSTÈME DE SANTÉ	26
Principaux résultats de santé	26
Aspects clés du système de santé en Haïti	31
FINANCEMENT DE LA SANTÉ	36
Mobilisation des ressources	36
Mutualisation	47
Achats	51
ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ	54
ANALYSE DE L'EFFICIENCE	64
PRINCIPALES CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	84
A. Recettes intérieures	90
B. Analyse statistique de l'accès aux services de soins de santé	96
C. Méthodologie et approche de l'analyse de l'efficacité des services de santé en Haïti	99
BIBLIOGRAPHIE	104

Tous les montants en dollars sont exprimés en dollars américains, sauf indication contraire.



Remerciements

Ce rapport a été préparé par Eleonora Cavagnero, Marion Cros, Ashleigh Dunworth et Mirja Sjöblom. D'importantes contributions ont également été apportées par Nicolas Collin dit de Montesson, Alexo Esperato, Louise Estavien, Nelta Joseph, François Staco et Isabelle Simeon. Nous souhaitons exprimer notre reconnaissance à Pierre Bonneau, Daniel Dulitzky, Michelle Keane, Sunil Rajkumar, Raju Singh, et Kanae Watanabe, pour leurs commentaires sur une version antérieure du présent rapport. Kasia Antoine et Ibrahim El Ghandour ont apporté un soutien précieux concernant l'interprétation et la compréhension de l'ensemble des données BOOST ainsi que d'autres sources de données nationales. Notre reconnaissance va également à Maria Stella de Castro Lobo pour ses conseils sur l'analyse de l'efficacité, à Clarissa Behar et à Sabra Ledent pour leur excellent soutien concernant l'édition et la traduction de ce rapport, ainsi qu'aux examinateurs Sarah Alkenbrack, Jean Kagubare et Ajay Tandon, pour leurs commentaires sur une version antérieure du rapport.

La présente étude a été conçue en partenariat avec le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) en Haïti. Nous remercions tout particulièrement la Ministre de la Santé Publique et de la Population, Dr. Marie Greta Roy Clément, et son cabinet ainsi que le directeur de l'Unité d'Évaluation et de Programmation (UEP), Dr. Jean-Patrick Alfred, et ceux de l'Unité de Contractualisation (UC) et de l'Unité de Gestion de Projet (UGP) du PASMIS, Dr. Johnny Calonges et Dr. Wedner Pierre pour leurs soutiens inestimables. Nous sommes infiniment reconnaissants au Comité Technique sur le Financement de la Santé ainsi qu'aux nombreux professionnels et gestionnaires du système de santé qui ont pris part au processus et ont fourni un appui technique et un soutien logistique tout au long de cette étude. Nous reconnaissons également avec gratitude le soutien financier et technique apporté par le « Global Solutions Group sur le Financement de la Santé » de la Banque mondiale.

ABRÉVIATIONS

AED	Analyse d'enveloppement des données
ALC	Amérique latine et Caraïbes
ANC	Soins prénatals (<i>antenatal care</i>)
ANOVA	Analyse de la variance (<i>analysis of variance</i>)
APD	Aide publique au développement
ASC	Agent de santé communautaire
AVCI	Année de vie corrigée du facteur d'invalidité
AVP	Années de vie perdues
BID	Banque interaméricaine de développement
CAL	Centre de santé avec lits
CDAI	Centre départemental d'approvisionnement en intrants
CNMP	Commission nationale des marchés publics
CNS	Comptes nationaux de la santé
CONAM	Coordination Nationale de l'Assurance Maladie
CSL	Centre de santé sans lits
CSU	Couverture sanitaire universelle
DASH	Développement des activités de santé en Haïti
DD	Dépenses directes
DDS	Direction Départementale Sanitaire
DMS	Durée moyenne de séjour
DPS	Diagnostic-pays systématique
DSC	Dépenses de santé catastrophiques
DTC	Diphtérie, tétanos, coqueluche
DTS	Dépenses totales de santé
ECVMAS	Enquête sur les conditions de vie des ménages après le séisme
EMMUS	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
EPSSS	Évaluation de la prestation des services de soins de santé
ET	Efficience technique
FBR	Financement basé sur les résultats
FIM	Fonds d'investissement multilatéral
FNE	Fonds national pour l'éducation
GAVI	Alliance du Vaccin (<i>Global Alliance for Vaccines and Immunizations</i>)
GBD	Charge mondiale de la morbidité (<i>Global Burden of Disease</i>)
GFF	Mécanisme de financement mondial (<i>Global Financing Facility</i>)
GFP	Gestion des finances publiques
GGE	Dépenses des administrations publiques (<i>General Government Expenditure</i>)
GGHE	Dépenses de santé des administrations publiques (<i>General Government Health Expenditure</i>)
GHED	Base de données sur les dépenses de santé mondiales (<i>Global Health Expenditure Database</i>)
HD	Hôpital départemental
HU	Hôpital universitaire
IPS	Indicateur de prestation de services

MNT	Maladie non transmissible
MPCE	Ministère du Plan et de la Coopération externe
MSH	<i>Management Sciences for Health</i>
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
ODD	Objectif de développement durable
OFATMA	Office d'Assurance Accidents du Travail, Maladie et Maternité
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
OPS	Organisation Panaméricaine de la Santé
PESS	Paquet essentiel de services de santé
PDS	Plan Directeur de la Santé
PFR	Pays à faible revenu
PH	Petit hôpital
PIP	Programme d'investissement public
PNS	Politique Nationale de Santé
PSE	Paquet de services essentiels
RDP	Revue des dépenses publiques
RH	Ressources humaines
SARA	Évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services (<i>Service Availability and Readiness Assessment</i>)
SDI	Schéma directeur informatique
SDSH	Santé pour le développement et la stabilité d'Haïti
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIS	Système d'information sanitaire
SOUC	Soins obstétricaux d'urgence complets
SRO	Solution de réhydratation orale
SSP	Soins de santé primaires
TBP	Tableau de bord prospectif
TMI	Taux de mortalité infantile
TMM	Taux de mortalité maternelle
TMM5	Taux de mortalité des moins de cinq ans
TOL	Taux d'occupation des lits
TRO	Thérapie de réhydratation orale
UAS	Unité d'arrondissement de santé
UPE	Unité de Planification et d'Évaluation
USAID	Agence des États-Unis d'Amérique pour le développement international (<i>United States Agency for International Development</i>)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WASH	Eau, assainissement et hygiène (<i>Water, Sanitation and Hygiene</i>)
WDI	Indicateurs du développement mondial (<i>World Development Indicators</i>)

RÉSUMÉ

Le présent rapport vise à formuler une vision à long terme pour le secteur de la santé en Haïti de manière à accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU), un objectif clé de la Politique Nationale de Santé du Gouvernement (MSPP, 2012). Cependant, l'instabilité politique et les catastrophes naturelles fréquentes ont entravé les progrès vers cet objectif. Le récent ouragan Matthew, qui a frappé Haïti en octobre 2016, a ravagé le système de santé du pays, causant, selon les estimations, au moins 1000 décès, et affectant plus de 1,4 million de personnes. De telles catastrophes ont influencé le gouvernement et les partenaires de développement, les obligeant à se focaliser sur la satisfaction des besoins urgents à court terme. Cette étude vise à prendre du recul, à évaluer le système de financement de la santé en Haïti, et à identifier les obstacles les plus importants et les opportunités en vue d'accélérer les progrès à long terme vers la CSU et les objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé et adoptés par les Nations Unies. Le rapport compile les études et les informations existantes, et fournit une nouvelle analyse d'un plus grand ensemble de données, y compris les données de financement des hôpitaux. Il s'agit, à notre connaissance, de la première tentative d'évaluation systématique du financement de la santé en Haïti.



PHOTO CREDIT: VICTORIA HAZOU UNMINUSTAH



RÉSULTATS

Bien que les principaux indicateurs de santé d'Haïti affichent de nets progrès depuis les années 1990, les résultats restent bien inférieurs à ceux de nombreux pays à faible revenu, en particulier en termes de couverture des services essentiels et d'équité dans l'accès à la santé. Entre 1990 et 2015, la mortalité maternelle et infantile a diminué de moitié environ. Pour atteindre les ODD, il faut pourtant que les taux de mortalité maternelle et des enfants de moins de cinq ans baissent encore de 80 et de 64 pour cent respectivement d'ici 2030. Par rapport aux autres pays à faible revenu (PFR), les taux de couverture des services de base sont faibles en Haïti. Par exemple, selon la dernière Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS) de 2012 en Haïti, la couverture des accouchements institutionnels était de 37 pour cent (contre 70,5 pour cent pour la moyenne des PFR) (Joseph et al., 2016), et le pourcentage d'enfants de moins de 24 mois ayant reçu les trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) était de 68 pour cent (contre 80 pour cent en moyenne pour les PFR). La couverture des services était considérablement plus faible pour les quintiles de richesse les plus faibles, les accouchements institutionnels étant par exemple huit fois plus fréquents (76 pour cent) pour le quintile de richesse le plus élevé que pour le quintile de richesse le plus bas (9 pour cent). Cette disparité dans l'utilisation des services reflète les inégalités dans les indicateurs de santé en Haïti. 31 pour cent des enfants du quintile de richesse le plus bas ont, par exemple, connu un retard de croissance, contre seulement 6 pour cent des enfants du quintile de richesse le plus élevé (EMMUS, 2012).

Dans l'ensemble, les dépenses de santé en Haïti sont élevées par rapport à celles des PFR, mais les résultats de santé ne sont pas sensiblement meilleurs, ce qui indique une faible efficacité générale du secteur de la santé. Les dépenses totales de santé (DTS) en Haïti représentent 7,6 pour cent du produit intérieur brut (PIB), ce qui est supérieur à la moyenne des PFR (5,7 pour cent) et comparable à la moyenne de la région Amérique latine et Caraïbes (ALC) (7,2 pour cent). Les DTS par habitant en Haïti sont de 131 dollars internationaux, ce qui est beaucoup plus élevé que

la moyenne des PFR (93 dollars), mais beaucoup plus faible que la moyenne de la région ALC (1 113 dollars)¹. L'optimisation des ressources est cependant faible, le niveau des dépenses en Haïti étant beaucoup plus élevé que dans d'autres pays aux taux de mortalité maternelle et infantile similaires ou inférieurs, tels le Rwanda (125 dollars), ou l'Érythrée (51 dollars)². Cela met en évidence les problèmes de faible rendement du secteur de la santé en Haïti.

L'efficacité des prestataires de santé pourrait être grandement améliorée. La capacité opérationnelle des institutions sanitaires pose problème à tous les niveaux de soins, et la productivité du personnel de santé existant est très faible. Une analyse de l'efficacité avec laquelle les intrants sont transformés en services de santé révèle qu'Haïti obtient de très faibles scores d'efficacité technique par rapport aux autres PFR (Zere et al., 2006; Akzaili et al., 2008; Sebastian et Lemma, 2010; Marshall et Flessa, 2011; Hernandez et Sebastian, 2013; Kirigia et Asbu, 2013; Jehu-Appiah et al., 2014; et Osmani, 2015). Les dispensaires et les centres de santé sans lits (CSL) sont les institutions sanitaires les plus inefficaces (score d'efficacité technique de 0,04 et de 0,09 sur 1 respectivement), alors que les centres de santé avec lits (CAL) et hôpitaux sont relativement plus efficaces (score d'efficacité technique respectivement de 0,30 et de 0,42 sur 1). Ainsi, les unités de soins primaires sont peu performantes. D'autres indicateurs mesurant l'efficacité au niveau des hôpitaux (tels que le taux d'occupation des lits) confirment également cette tendance pour les secteurs secondaire et tertiaire. La faible productivité du personnel contribue à expliquer l'inefficacité des institutions sanitaires. Dans les dispensaires, CSL et CAL, le personnel médical ne voit que six patients par jour en moyenne (Banque mondiale, USAID et MSPP, 2013). La productivité est également négativement influencée par l'absentéisme, qui contribue au gaspillage d'environ 3 millions de dollars par an (MSPP, à paraître³) ainsi que par le cumul d'emplois des professionnels de la santé. Une étude des institutions sanitaires dans trois départements démontre que le personnel médical des institutions sanitaires de soins de santé primaires (SSP) ne travaille que quatre heures par jour en moyenne, alors qu'il perçoit un salaire à temps complet (Banque mondiale, USAID et MSPP, 2013). De plus, la faible capacité



1 Ces chiffres sont exprimés en dollars internationaux (parité de pouvoir d'achat PPP), en prix constants de 2011).

2 Indicateurs du développement dans le monde (WDI) 2016, Banque mondiale, <http://data.worldbank.org/products/wdi>.

3 Ce document, qui a été élaboré en partenariat avec l'Agence des États-Unis d'Amérique pour le développement international (USAID) n'a pas encore été publié. Il a été rédigé en septembre 2014.

opérationnelle des institutions sanitaires entrave également leur productivité : seuls 32 pour cent des institutions sanitaires fournissent des médicaments essentiels, et seuls 31 pour cent possèdent des équipements médicaux de base⁴. Le fait que le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) alloue 90 pour cent de son budget de fonctionnement aux frais de personnel signifie que les budgets de fonctionnement sont trop serrés pour assurer un approvisionnement suffisant en médicaments et équipements essentiels⁵. Parmi les facteurs clés contribuant à la faible productivité des hôpitaux figurent le dysfonctionnement du système de référence et le faible taux d'utilisation des services.

Bien que le retour sur investissement soit plus élevé pour les soins primaires, les allocations de ressources aux soins hospitaliers continuent d'être importantes, ce qui est l'une des raisons de la faiblesse de l'optimisation des ressources. Haïti ne consacre actuellement que 19 pour cent de ses dépenses totales de santé aux soins préventifs, contre 54 pour cent aux soins curatifs. De plus, le nombre de dispensaires (qui sont des institutions sanitaires clés pour la prestation de soins primaires) par habitant est bien inférieur à la moyenne des autres PFR, tandis que le ratio des hôpitaux communautaires de référence⁶ par habitant est beaucoup plus élevé (MoHSW, 2008 ; Awate, 2014 ; Ujoh et Kwaghsende, 2014). Pourtant, les trois principales causes d'années de vie corrigées du facteur d'invalidité (AVCI) en Haïti, à savoir le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les infections respiratoires aiguës et la diarrhée, pourraient toutes être traitées au moyen d'interventions de soins de santé préventifs et primaires. Ceci indique qu'il serait beaucoup plus rentable d'accroître la couverture des services de promotion et de prévention au niveau des soins primaires que de maintenir la densité actuelle d'hôpitaux par habitant.

Les inefficiences sous-jacentes au financement aussi bien intérieur qu'extérieur sont exacerbées

par la fragmentation et le manque de coordination de l'aide extérieure. Après le tremblement de terre de 2010⁷, une grande partie du financement externe d'urgence s'est concentrée sur le renforcement des infrastructures, et en particulier sur la construction et la réhabilitation des hôpitaux. Haïti ne disposant pas d'un mécanisme de coordination solide à l'époque, et 90 pour cent du financement externe étant extrabudgétaire, il a été difficile de suivre, de surveiller et de planifier l'utilisation de ces ressources dans le secteur de la santé. Par conséquent, ce financement n'a pas été optimisé en vue d'obtenir des impacts positifs et viables sur le long terme. Au lendemain du tremblement de terre, plusieurs investissements de capitaux dans les infrastructures ont été financés par les partenaires de développement sous forme de dons au MSPP. Depuis, les frais de fonctionnement engendrés par ces investissements de capitaux se sont avérés insoutenables pour le MSPP, ce qui a créé de nouveaux défis pour le financement du secteur de la santé. En d'autres termes, la réponse aux situations de catastrophe naturelle a souvent pris la forme de construction ou de réhabilitation d'hôpitaux, sans qu'il n'existe de planification de la couverture des frais de fonctionnement après la phase d'urgence initiale. Par conséquent, les hôpitaux n'ont pas, à l'heure actuelle, les ressources nécessaires pour assurer la prestation des services de santé, et le MSPP n'est pas en mesure de faire face à l'augmentation constante des frais de fonctionnement, ce qui affecte sa capacité à assurer le recrutement du personnel, sa formation ainsi que l'approvisionnement du pays en équipements médicaux et médicaments.

Pour les Haïtiens les plus pauvres, les soins de santé sont inaccessibles. Suite au tremblement de terre de 2010, les paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé sont tombés à 26 pour cent (2011), soit environ 10 pour cent de moins qu'en 2009⁸. Toutefois, ce rapport montre que les paiements directs ont augmenté régulièrement au cours des années qui



4 Banque mondiale, 2015a.

5 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 par heure si le médecin travaille 40 heures par semaine).

6 La densité des dispensaires et des hôpitaux communautaires de référence (HCR) a été estimée à l'aide de l'ensemble de données de l'EPSSS 2013, Institut Haïtien de l'Enfance, et ICF International, <http://dhsprogram.com/what-we-do/survey/survey-display-442.cfm>. Les petits hôpitaux ont été inclus dans le calcul de la densité des hôpitaux communautaires. Bien que les petits hôpitaux ne soient pas classés comme hôpitaux communautaires de référence, ce regroupement s'explique par le fait que leurs capacités d'accueil et leurs personnels sont similaires. Selon l'EPSSS, il y avait 40 HCR et 65 petits hôpitaux en 2013.

7 Un séisme catastrophique de magnitude 7,0 a frappé Haïti en 2010. Plus de 100 000 Haïtiens sont morts et des millions de personnes ont été déplacées. Les dommages causés à l'infrastructure ont été considérables, le séisme a détruit environ 105 000 maisons et en a endommagé plus de 208 000. Il a également rendu plus de 1 300 établissements d'enseignement et 50 centres de santé et hôpitaux complètement inutilisables (Banque mondiale, 2010a).

8 Base de données sur les dépenses de santé mondiales (GHED), Organisation mondiale de la Santé, <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>.

ont suivi, pour atteindre 35 pour cent des DTS en 2014⁹. L'incidence des dépenses de santé catastrophiques (DSC)¹⁰ a également augmenté et les populations vulnérables, telles que les personnes hospitalisées, les chômeurs et les ménages comptant plus de trois enfants de moins de cinq ans, sont les plus touchées¹¹. Presque toutes les institutions sanitaires (93 pour cent) font payer des frais d'utilisation, ce qui frappe le plus durement les segments les plus pauvres de la population. Près de deux tiers (63 pour cent) des ménages du quintile de richesse le plus faible ne consultent pas de professionnel de la santé, ne pouvant pas se le permettre.

Le système de financement de la santé en Haïti a connu des changements profonds au cours des deux dernières décennies, en particulier depuis le séisme de 2010. Au cours des vingt dernières années, le financement public des soins de santé a fortement diminué en Haïti, tandis que le financement externe a augmenté. Entre 1995 et 2014, les dépenses publiques de santé en tant que part des dépenses totales de santé, ont diminué de moitié, passant de 41 pour cent à 21 pour cent¹². Le financement externe de la santé a atteint le niveau record d'environ 70 pour cent des DTS en 2011 du fait de l'important afflux de l'aide d'urgence en réponse au tremblement de terre. Toutefois, en raison de la forte baisse du financement externe ces dernières années, qui n'est pas compensée par l'augmentation du financement public, les ménages supportent une charge croissante de frais de santé, ce qui a de graves conséquences sur les segments les plus pauvres de la population.

Recommandations : sept changements stratégiques

Sur la base de ces conclusions, nous avons identifié sept changements stratégiques qui permettraient d'accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle en Haïti :

1. Prioriser les soins de santé primaires. Rediriger une part du financement des hôpitaux vers les

soins de santé primaires et chiffrer et prioriser le Plan directeur de santé (PDS) existant pour guider le financement futur. Tandis qu'Haïti connaît une transition épidémiologique, elle subit également le double fardeau de la maladie qui accompagne ce changement, les principales causes de morbidité et de mortalité étant désormais attribuables aux maladies transmissibles et non transmissibles. Étant donné que les modèles de soins primaires et les services de santé préventifs ciblent les causes profondes des maladies transmissibles aussi bien que non transmissibles, ce sont eux qui permettraient d'obtenir le taux de rendement le plus élevé. Le MSPP et les partenaires de développement devraient conduire l'élaboration d'un *dossier d'investissement* commun (ou plan stratégique) pour guider les investissements dans le secteur et transférer les ressources vers le niveau des soins primaires. Un tel document prendrait le Plan directeur existant et le paquet essentiel de services de santé (PESS) comme points de départ, et prioriserait et chiffrerait quelques domaines de focalisation ou interventions sur lesquels le MSPP et les partenaires de développement concentreraient leur financement. Des modèles novateurs et rentables de prestation des soins de santé, en particulier au niveau communautaire, devraient être envisagés et des indicateurs permettant de mesurer les progrès vers la CSU devraient être intégrés au dossier d'investissement.

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 les re-classifiant afin d'améliorer la disponibilité des services et de faciliter la mise en œuvre d'un réseau de référence pratique. Les institutions sanitaires devraient être correctement re-classifiées et une carte sanitaire (cartographie des institutions sanitaires) basée sur la population devrait être mise à jour pour assurer systématiquement que toutes les institutions sanitaires incluses dans le réseau de référence répondent à des critères minimaux en termes de disponibilité des services, qui varient selon le type d'institution sanitaire. Le MSPP devrait



9 Base de données sur les dépenses de santé mondiales (GHED), Organisation mondiale de la Santé, <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

10 Un ménage qui consacre au moins 25 pour cent de sa consommation non-alimentaire à la santé est considéré comme encourant des dépenses de santé catastrophiques ou comme rencontrant des difficultés financières liées à la santé (OMS et Banque mondiale, 2015).

11 Enquête sur les Conditions de Vie des Ménages après le Séisme (ECVMAS) 2013, Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique, <http://catalog.ihsn.org/index.php/catalog/5360>.

12 Base de données sur les dépenses de santé mondiales (GHED), Organisation mondiale de la Santé, <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>.

donc mettre au point un outil de cartographie des institutions sanitaires afin : (1) d'identifier les institutions sanitaires publiques et privées existantes ; (2) de déterminer leur capacité opérationnelle (principalement en termes de personnel et d'intrants) ; et (3) de déterminer la couverture de population de chaque institution sanitaire. La première étape s'appuierait sur la carte sanitaire existante issue de l'enquête d'Évaluation de la prestation des services de soins de santé (EPSSS) menée en 2013 qui recensait toutes les institutions sanitaires en Haïti et cartographiait les services effectivement fournis dans chaque institution sanitaire. Les conclusions de ce travail permettraient d'identifier les lacunes et les redondances concernant les services, et de re-classifier certaines institutions sanitaires. Il ne s'agirait cependant pas nécessairement de construire de nouvelles institutions sanitaires. En prenant en compte les priorités d'investissement définies dans le Plan directeur (voir la recommandation n° 1), certains hôpitaux communautaires de référence inefficients pourraient être transformés en centres de santé offrant des services de promotion de la santé ainsi que des soins de santé primaires. Dans d'autres cas, certaines institutions sanitaires pourraient être converties en unités de soins de santé primaires, élevées au rang d'hôpitaux, ou se voir accorder un appui particulier de manière à assurer leur capacité opérationnelle. Les institutions sanitaires ainsi fusionnées seraient mieux équipées en médicaments et en matériel médical. Pour cet exercice, il serait crucial de disposer d'un paquet essentiel bien défini de services de santé à financer au niveau des soins primaires.

- 3. Dépenser de façon plus judicieuse en ce qui concerne les hôpitaux.** À court terme, le MSPP devrait envisager de placer un moratoire sur la construction de nouveaux hôpitaux jusqu'à ce que l'infrastructure existante puisse être cartographiée et qu'un programme d'octroi de licences aux hôpitaux prenant en compte les directives du Paquet Essentiel de Services été mis au point. Le MSPP devrait également encourager les partenaires de développement à financer une assistance technique pour les hôpitaux. La vague de construction d'hôpitaux financée par des fonds externes, toujours en cours, n'a pas été accompagnée de plans permettant de couvrir les frais de fonctionnement de ces hôpitaux ni de maintenir leurs prestations de services. Par conséquent, les hôpitaux ne disposent pas

actuellement des ressources de base pour assurer la prestation des services, et le MSPP n'a pas assez de fonds pour faire face à cette augmentation des frais de fonctionnement, ce qui affecte sa capacité à recruter, à former du personnel, ainsi qu'à acheter des équipements médicaux, des médicaments et des consommables de base. Dans l'immédiat, aucun nouvel hôpital ne devrait être construit, sauf si la construction répond à des besoins fonctionnels ou géographiques urgents qui resteront une réalité au-delà de la période d'urgence. L'assistance technique devrait se concentrer sur l'élaboration de plans d'affaires permettant d'assurer la viabilité financière des infrastructures hospitalières en train d'être ou ayant été transférées au Gouvernement. De nouvelles stratégies de génération de revenus pour les hôpitaux devraient être envisagées. Celles-ci pourraient se baser sur les patients disposés à payer des premiums pour des services additionnels, la mise en œuvre de stratégies de réduction des coûts hospitaliers, et/ou des sources de revenus alternatives provenant de personnes très fortunées, de la diaspora, ou d'organisations religieuses.

- 4. Améliorer l'efficacité technique au niveau des SSP.** La rentabilité de la prestation de services devrait être accrue en réformant la gestion des ressources humaines, en offrant une meilleure disponibilité et une meilleure utilisation des intrants (en particulier les médicaments) et en servant davantage de patients, notamment au premier niveau de soins. Malgré la reclassification des institutions sanitaires et la meilleure distribution des équipements de base et des médicaments (recommandations n° 1 et 2), il est essentiel d'améliorer l'efficacité technique. L'accroissement de la rentabilité nécessitera une augmentation du flux de patients et une réforme des ressources humaines (avec notamment la décentralisation de certaines décisions) afin de réduire l'absentéisme et d'améliorer le recrutement et les conditions de travail. Les institutions sanitaires offrant des soins primaires en Haïti sont moins efficaces que celles des autres pays à faible revenu. Cette faible productivité s'explique en partie par les niveaux élevés d'absentéisme et de cumul d'emplois du personnel de santé. Cette situation est probablement exacerbée par la faiblesse de la demande de soins de santé en raison du coût des services. Les institutions sanitaires ne sont pas correctement catégorisées et les réseaux de référence ne sont pas en place (voir la recommandation n°

2), ce qui entrave l'amélioration de l'efficacité. Un des moyens possibles pour renforcer la redevabilité et ainsi accroître la productivité est de lier le financement du personnel et des institutions sanitaires aux résultats. Ainsi, le financement basé sur les résultats (FBR) pourrait servir d'outil pour améliorer la productivité des ressources humaines et rendre les institutions sanitaires plus redevables en termes de résultats, comme en témoignent les premiers résultats du projet pilote prometteur du programme national de FBR actuellement mis en œuvre. La disponibilité des médicaments pourrait également être améliorée grâce à la réorganisation de la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Le fait de renforcer la coordination du réseau de distribution et de se concentrer sur la distribution du «dernier kilomètre», en sous-traitant, éventuellement, à des entreprises de transport locales, ce qui a été essayé avec succès en Haïti, pourrait permettre de réaliser des économies considérables.

5. Mieux utiliser le financement externe. Pour accroître l'impact et faire respecter un plan chiffré et priorisé, Haïti devrait disposer d'une unité de coordination des bailleurs de fonds dotée d'un personnel suffisant et fonctionnel pour assurer le suivi et la planification de la transition. Cette unité de coordination des bailleurs entretiendrait, entre autres, la base de données nationale des projets de coopération et veillerait à la complémentarité des interventions, et à ce que les plans de transition (lors du retrait des bailleurs, en particulier) assurent la cohérence entre les besoins du système de santé et les ressources disponibles. Le MSPP devrait également assurer l'enregistrement des partenaires de développement auprès de l'unité de coordination des bailleurs (d'autres pays ont appliqué cette pratique par décret). À court terme, les partenaires de développement devraient commencer à mettre en commun les financements extérieurs *de manière virtuelle* autour du paquet essentiel de services de santé et des interventions clés identifiées dans le Plan directeur chiffré et priorisé. Certains partenaires ont lancé ce processus pour un ensemble limité de services dans le cadre du programme de FBR. Dans l'attente d'un tel processus, tous les

bailleurs devraient suivre un modèle standard d'élaboration des rapports qui serait défini par l'unité de coordination des bailleurs (avec les partenaires de développement). Parallèlement, le MSPP et les partenaires devraient renforcer les structures de gestion des finances publiques (GFP) afin que puisse être mis en place un mécanisme SWAp¹³ ayant pour but de mutualiser le financement externe futur et de renforcer les capacités au niveau départemental (y compris la planification, la budgétisation, le suivi et l'élaboration des rapports). À court terme, des procédures harmonisées et des accords entre partenaires sur le niveau des indemnités journalières et des salaires pourraient 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'entente afin de définir des normes minimales pour le financement d'urgence, qui comprendraient le fait d'exiger, par exemple, que les grands investissements de capitaux tels que les hôpitaux soient soutenus par des plans d'affaires viables sur le long terme.

6. Augmenter les ressources pour la santé. Compte tenu de la diminution des financements extérieurs, il est particulièrement important d'accroître les ressources nationales pour la santé et de veiller à ce que les allocations répondent aux besoins prioritaires tout en tirant parti du financement des bailleurs pour des éléments essentiels tels que les vaccins. En dépit des besoins pressants en matière de soins de santé, Haïti a connu une forte baisse des dépenses publiques dans le secteur de la santé au cours des deux dernières décennies, et une augmentation conséquente de la dépendance aux bailleurs. Dans le passé, 9 à 14 pour cent du budget national étaient alloués au secteur de la santé en Haïti. En 2014, la part des dépenses publiques consacrée à la santé ne représentait plus que 6,1 pour cent du total des dépenses publiques, soit bien moins que les 15 pour cent¹⁴ recommandés par la Déclaration d'Abuja, pour tomber à 4,4 pour cent seulement pour le budget rectificatif de 2016-17. Cependant, le financement des bailleurs de fonds est lui-même en train de diminuer. Le gouvernement doit planifier d'urgence un relèvement



13 Approche sectorielle (*Sector Wide Approach*, SWAp) en matière de politique sanitaire.

14 En 2011, les chefs d'État africains ont approuvé la Déclaration d'Abuja, qui vise à allouer 15 pour cent des dépenses totales d'un gouvernement à la santé. Cet objectif peut être considéré comme ambitieux, car il n'est actuellement atteint que par certains pays.

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. L'une des manières d'y parvenir est d'introduire des taxes affectées à la santé. Dans l'un et l'autre cas, le MSPP devrait constituer un dossier solide destiné au Ministère de l'Économie et des Finances (MEF) en faveur de l'investissement dans le secteur de la santé. Pour cela, il est essentiel de démontrer une augmentation de la rentabilité des investissements de santé, une amélioration des taux d'exécution du budget, et une vision permettant d'accélérer les progrès vers la CSU. Du côté des recettes externes, Haïti devrait s'efforcer d'accroître le financement extérieur et de mobiliser les partenaires autour d'une contribution plus durable et conforme au Plan directeur, ce qui implique de travailler à des stratégies de financement à long terme pour parvenir à la CSU. Enfin, en Haïti, les vaccins sont désormais entièrement financés par les bailleurs de fonds, à la différence de la plupart des pays à faible revenu, et il faut que cela change. Sans un cofinancement gouvernemental significatif, les bailleurs ne pourront pas continuer longtemps à financer les vaccins dans le pays.

7. Accroître l'abordabilité des services de santé pour les pauvres. Il est nécessaire d'évaluer la faisabilité de la suppression des frais d'utilisation pour

certaines services ou populations cibles (telles que les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, en particulier dans les zones rurales). 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. Par conséquent, les dépenses directes des ménages et donc les dépenses de santé catastrophiques, augmentent. En 2013, près d'un quart des ménages ont déclaré 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. Toutefois, étant donné que les frais d'utilisation représentent actuellement une part importante des budgets de fonctionnement des institutions sanitaires, leur suppression doit être soigneusement évaluée afin de ne pas affecter la disponibilité ni détériorer encore davantage la qualité des services fournis. Il faudrait poursuivre la mise en place de mécanismes visant à accroître l'abordabilité des services de santé pour les plus démunis. Parmi ces mécanismes figurent notamment un programme de bons de transport ou la relance du fonds de roulement au niveau des institutions sanitaires pour protéger 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 surtout utilisés par les pauvres et devraient être renforcés. Conformément à la recommandation n° 1, il faudrait allouer davantage de ressources pour élargir et renforcer les soins communautaires afin de progresser vers la CSU.

INTRODUCTION

Le présent rapport décrit comment Haïti peut accélérer et poursuivre les progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU). Un objectif clé de la Politique Nationale de Santé (PNS) d'Haïti est de parvenir à la couverture universelle (MSPP, 2012)¹⁵. Cependant, l'instabilité politique d'Haïti et la forte récurrence des catastrophes naturelles, telles que l'ouragan Matthew d'octobre 2016, qui aurait entraîné la mort d'au moins 1000 personnes, 1,4 millions de personnes étant directement touchées et 175 000 personnes déplacées¹⁶, ont eu tendance à diriger l'attention des partenaires de développement nationaux et internationaux vers la satisfaction des



15 La Politique Nationale de Santé 2012 formule la vision de parvenir à la prestation universelle d'un ensemble essentiel de services de santé (MSPP, 2012) au cours des vingt-cinq prochaines années.

16 Ce rapport a été principalement rédigé avant que l'ouragan Matthew ne s'abatte sur Haïti en 2016. Cependant, les défis systémiques au secteur de la santé en Haïti n'ont pas changé. De plus, même avant l'ouragan Matthew, les tendances montraient que le financement extérieur connaissait une baisse considérable, après la forte hausse connue à la suite du tremblement de terre de 2010, et que la croissance économique était en train de ralentir en 2016. La croissance économique a elle aussi ralenti en 2016. Depuis l'ouragan Matthew, les projections de croissance économique pour 2017 sont encore plus pessimistes, et les recettes intérieures et budgets de tous les secteurs, y compris la santé, seront en baisse. Bien qu'il y ait eu une hausse temporaire, restée modeste cependant, du financement d'urgence dans le cadre de la riposte à l'ouragan, en 2017, le financement extérieur devrait revenir au niveau qui était le sien avant l'ouragan. Par conséquent, l'analyse et les recommandations de politique présentées dans ce rapport restent valides pour la période post-ouragan Matthew et sont donc pertinentes pour le Gouvernement et les partenaires dans le cadre de l'élaboration des efforts de reconstruction.

PHOTO CREDIT: SOPHIA PARIS UN/IMMUNISTAH





besoins d'urgence et les mesures à court terme. La présente analyse vise à réorienter cette approche vers une vision à long terme pour le secteur. Ce faisant, elle identifie un ensemble de contraintes critiques à surmonter et de possibilités à saisir pour se diriger vers la CSU. Les recommandations formulées dans ce rapport sont destinées à guider non seulement le Gouvernement, mais aussi les partenaires de développement, qui jouent un rôle important dans la promotion du système de soins de santé en Haïti.

La CSU est une cible dynamique qui comprend des dimensions telles que la couverture et la qualité des services ainsi que la protection financière. Pour des pays comme Haïti, où la couverture des services de santé de base est faible, la CSU devra être atteinte progressivement. Il faut d'abord prioriser et renforcer le premier niveau de soins de santé afin de permettre une intensification continue des services essentiels aux populations pauvres et vulnérables. L'accroissement du nombre de personnes ayant accès aux services de santé est une dimension importante de la CSU. La qualité des services en est une autre, tout comme la protection financière pour tous. Les pays doivent éviter de placer les personnes ayant besoin de services de santé dans la position d'avoir à choisir entre renoncer aux soins de santé en raison de problèmes financiers ou accepter l'appauvrissement pouvant résulter des dépenses directes.

Ce rapport décrit ces dimensions importantes, y compris le niveau de couverture des soins de santé¹⁷, l'équité de l'accès aux services de santé¹⁸, et la protection financière¹⁹ en Haïti. Il aborde également les trois fonctions de base du financement des soins de santé: (1) *la mobilisation des ressources*, soit le fait de percevoir suffisamment de revenus pour

fournir aux individus un paquet de services de santé assurant de manière équitable, efficiente et financièrement durable, une protection financière contre les dépenses de santé catastrophiques liées à la maladie ou aux blessures; (2) *la mutualisation*, à savoir la gestion de ces revenus de manière à mettre en commun les risques de santé de façon équitable et efficiente; et (3) *l'achat*, à savoir le fait de faire en sorte que le paiement ou l'achat des services de santé soit effectué de manière efficiente. La présente étude met un accent supplémentaire sur la mesure de l'optimisation des ressources dans le secteur de la santé en Haïti en examinant la capacité du système de santé à transformer les ressources en services de santé se traduisant par de meilleurs résultats de santé pour la population.

Cette étude compile des informations existantes et analyse des données récentes. Les questions incluses dans le modèle d'Évaluation du système de financement de la santé²⁰ ont été utilisées comme point de départ de l'étude. Le rapport se fonde également sur l'analyse effectuée pour l'évaluation de la pauvreté et la Revue des dépenses publiques (RDP) en Haïti. Des analyses complémentaires portent sur l'étude des déterminants des dépenses de santé catastrophiques (DSC) et des moteurs de l'inefficience (ressources humaines comprises). De plus, de nouvelles données ont été recueillies sur le financement hospitalier, et une analyse de l'efficience a été réalisée pour toutes les institutions sanitaires. Une nouvelle analyse a également été réalisée à l'aide de l'Enquête 2013 sur les conditions de vie des ménages après le séisme (ECVMAS) et l'ensemble de données BOOST²¹.

L'objectif du présent rapport est aligné avec les engagements pris récemment en faveur de la CSU



- 17 La couverture comprend des indicateurs relatifs aux soins préventifs, tels que les besoins en matière de planification familiale, au moins quatre consultations prénatales, les vaccinations, et les sources d'eau améliorées. De plus, la couverture des services de santé comprend des indicateurs de services curatifs tels que le traitement de l'hypertension, le traitement du diabète, la détection de la tuberculose, l'accouchement assisté par du personnel qualifié, et la thérapie antirétrovirale.
- 18 L'équité de la couverture est mesurée en évaluant la couverture des services de prévention et de traitement par quintile de richesse.
- 19 La protection financière est évaluée en examinant la proportion des ménages qui consacrent un certain seuil (dans le présent rapport, 25 pour cent, qui est le seuil habituellement utilisé) de leurs dépenses non alimentaires aux soins de santé ou qui sont appauvris en raison de dépenses directes.
- 20 Ce modèle a été récemment mis au point par le Health Financing Global Solutions Group de la Banque mondiale.
- 21 Les ensembles de données et enquêtes suivants ont été utilisés dans la présente étude et y sont cités sous une forme abrégée: BOOST—base de données sur les dépenses budgétaires publiques, Banque mondiale, <http://wbi.worldbank.org/boost/boost-initiative>; EDS—Enquête démographique et de santé, Agence des États-Unis d'Amérique pour le Développement International, <http://www.dhsprogram.com/>; ECVMAS—Enquête sur les Conditions de Vie des Ménages après le Séisme, Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique, <http://catalog.ihsn.org/index.php/catalog/5360>; GHED—Base de données sur les dépenses de santé mondiales, Organisation mondiale de la Santé, <http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/>; GBDCOMpare—Charge mondiale de morbidité, Institut de métrologie sanitaire et d'évaluation, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>; MGAE—Module de gestion de l'aide externe, Haïti; MPCE—Ministère de la Planification et de la Coopération Externe; SNPPGD—Système national de planification, de programmation et de gestion du développement, <https://haiti.amsite.net/portal/>; EPSSS—Évaluation de la prestation des services de soins de santé, Institut Haïtien de l'Enfance et ICF International, <http://dhsprogram.com/what-we-do/survey/survey-display-442.cfm>; WDI—Indicateurs du développement dans le monde, Banque mondiale, <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

aux niveaux mondial et national. L'objectif de ce rapport est conforme aux objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies ainsi qu'à la stratégie de la Banque mondiale pour éliminer l'extrême pauvreté et stimuler la prospérité partagée. Le fait de parvenir à la CSU, où toutes les personnes sont effectivement couvertes par les services de santé essentiels et où aucune ne souffre de difficultés financières excessives dues à la maladie, constitue un élément clé de l'atteinte de ces deux objectifs. L'objectif de ce rapport est également conforme au Diagnostic-Pays Systématique (DPS) ainsi qu'au Cadre de Partenariat Pays pour les exercices 2016-19 pour Haïti, notamment dans le domaine stratégique du renforcement du capital humain, avec pour objectif l'accroissement de l'accès aux services de santé. Le rapport a été conceptualisé avec le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) et les principaux intervenants

du système de santé en Haïti, et complète d'autres activités d'analyse en cours.

Le rapport est organisé en sept grands chapitres.

Le chapitre 2 contextualise le rapport global en présentant le contexte macroéconomique et budgétaire du pays. Le chapitre 3 décrit les résultats de santé et le système de santé, et le chapitre 4 se tourne ensuite vers le financement de la santé et discute de la mobilisation des ressources (financement intérieur, extérieur et privé), de la mutualisation, et de l'achat. Le chapitre 5 examine l'accès aux services de santé, et le chapitre 6 décrit l'efficacité du système de santé pour ce qui est de la production des services nécessaires à la population. Enfin, le chapitre 7 examine les principales conclusions de l'étude, décrit les changements stratégiques clés nécessaires pour parvenir à la CSU en Haïti, et propose des recommandations politiques.

CONTEXTE

Haïti est l'un des pays les plus inégalitaires au monde et la plus grande partie de la population est pauvre. Haïti se classe 163^e sur 187 pays selon l'indice de développement humain et reste le pays le plus inégalitaire de la région Amérique latine et Caraïbes (ALC) (Gini, 0,6). La pauvreté s'élève à environ 59 pour cent de la population, 24 pour cent de la population vivant dans l'extrême pauvreté en 2012, de sorte que près de 6,3 millions d'Haïtiens ne peuvent pas subvenir à leurs besoins de base et que 2,5 millions ne peuvent même pas couvrir leurs besoins alimentaires (Banque mondiale, 2016b). Compte tenu des seuils internationaux de pauvreté, 54 pour cent de la population vivent avec moins de 1,90 dollar par jour et 71 pour cent de la population avec moins de 3,10 dollars par jour²². En 2014, seuls 25 pour cent de la population avaient accès à l'électricité, ce qui est globalement inférieur à la moyenne des pays à faible revenu (PFR), et le taux de chômage en Haïti restait l'un des plus élevés de la région ALC, à 30,1 pour cent (Banque mondiale, 2015g). Haïti a également le plus faible taux de participation de la population active dans la région : seuls 60 pour cent des personnes en âge de travailler participent au marché du travail, par rapport, par exemple, à 70 pour cent pour la République dominicaine voisine (Banque mondiale, 2015g). Quatre-vingt-treize pour

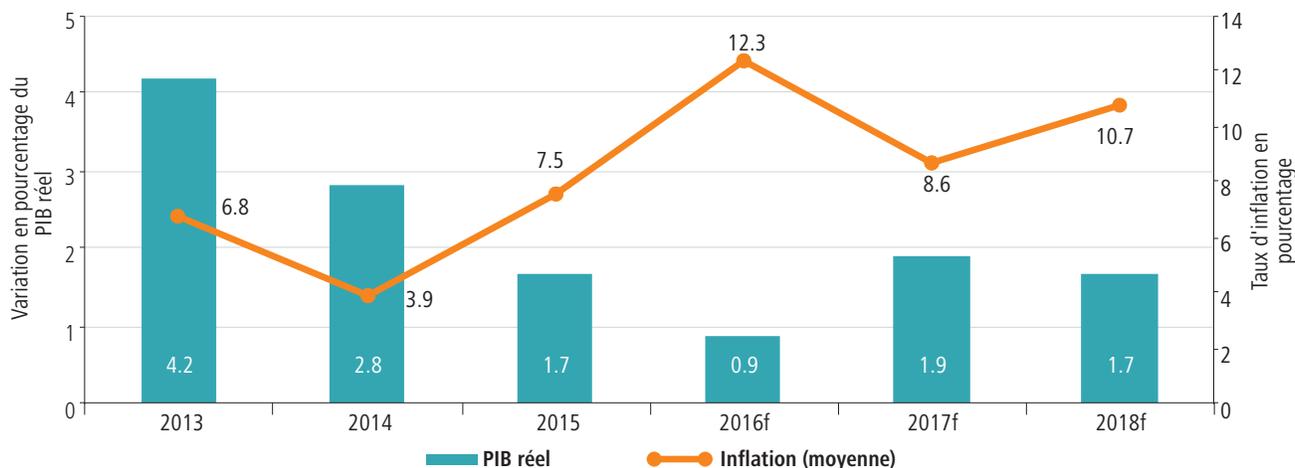
22 Les nouveaux seuils de pauvreté internationaux sont maintenant fixés à 1,90 dollar et 3,10 dollars pour la pauvreté extrême et modérée en se référant aux prix de 2011. Auparavant, ces valeurs étaient de 1,25 dollar et 2,50 dollars, respectivement.



PHOTO CREDIT: VICTORIA HAZOU UNW/UNJUSTAH



FIGURE 2.1: Tendances annuelles du PIB, 2013-15, et prévisions: Haïti, 2016-18



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

cent de la population travaillent dans le secteur informel (Herrera et al., 2014), ce qui rend difficile la mise en place d'un système national et public d'assurance santé, parce que ces mécanismes exigent la perception de taxes sur une main-d'œuvre formelle. Seuls 5 pour cent de la population sont inscrits à un programme d'assurance santé obligatoire (voir le chapitre 4), et ces personnes sont principalement des travailleurs du secteur formel. Il n'existe pas de politique gouvernementale pour protéger les populations vulnérables contre les pertes financières liées à la santé.

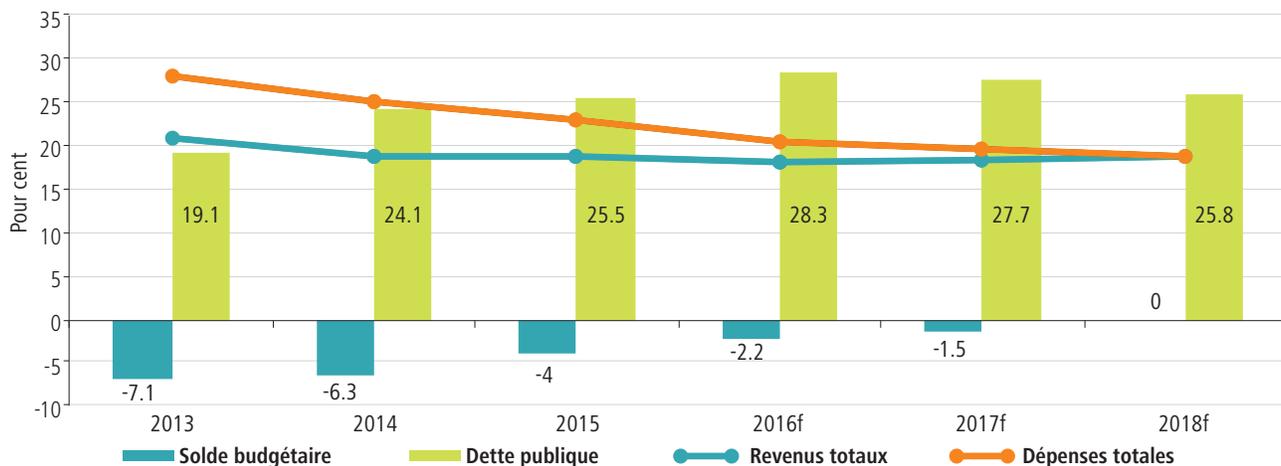
En 2016, la croissance économique a ralenti en Haïti. Il se pourrait que l'économie rebondisse en 2017, mais la croissance du produit intérieur brut (PIB) restera faible. En 2014, le revenu national brut d'Haïti (RNB) par habitant était de 800 dollars, ce qui en faisait un pays à faible revenu. Entre 1999 et 2014, le taux de croissance annuel moyen du PIB d'Haïti était de 1,27 pour cent, mais après le séisme de 2010 (en 2011 et 2014), la croissance moyenne a augmenté pour atteindre 3,85 pour cent. Ce taux dépassait celui de la croissance de la région Amérique latine et Caraïbes (ALC) (2,99 pour cent), mais restait inférieur au taux de croissance moyen des autres PFR (6,31 pour cent) (WDI 2015). En réponse à l'inflation et à l'érosion des réserves internationales (figure 2.1), la croissance du PIB a commencé à ralentir en 2014 en Haïti et a continué à décélérer jusqu'à tomber à 0,9 pour cent en 2016.

La réduction de la croissance du PIB affecte les recettes intérieures et réduit le budget disponible pour tous les secteurs, notamment la santé. Le ralentissement de l'économie limite les possibilités

d'accroître le financement public pour le secteur de la santé à court terme. Toutefois, les projections indiquent que le PIB pourrait rebondir en 2017 (figure 2.1), ce qui présenterait une occasion d'accroître les contributions du Gouvernement en faveur d'un financement équitable et efficient de la santé pour la couverture sanitaire universelle (CSU) à moyen terme. Cela dit, les prévisions pour 2017 et 2018 indiquent que la croissance du PIB restera inférieure au taux de 2014, l'espace budgétaire étant de ce fait limité quant à l'élargissement du financement du secteur de la santé.

L'amélioration de la perception des impôts est une façon d'accroître les recettes intérieures pour la santé, cependant, tandis que la mobilisation fiscale a augmenté après le tremblement de terre, elle devait diminuer en 2016. De 2005 à 2015, les recettes en pourcentage du PIB ont augmenté de 50 pour cent, passant de 13,1 à 18,3 pour cent du PIB (Banque mondiale, 2016a). Cette amélioration provenait principalement des dons extérieurs, qui sont passés de 3,5 pour cent du PIB en 2005 à 12,1 pour cent en 2010. Les recettes fiscales se sont également améliorées, passant de 9,6 pour cent du PIB en 2005 à 13,6 en 2015, mais il était prévu qu'elles redescendent à 13,5 pour cent du PIB en 2016. Depuis 2015, le déficit budgétaire est resté inférieur à 3 pour cent du PIB (Banque mondiale, 2016a). Les dépenses publiques ont fait un bond de 13,5 pour cent du PIB en 2005 à 23,2 pour cent du PIB en 2015 (Banque mondiale, 2016a). Les dépenses publiques et les recettes ont initialement augmenté après le séisme de 2010, mais toutes deux devraient tomber à 18,6 pour cent en 2018. De plus, la récente baisse de la mobilisation des recettes intérieures oblige maintenant à une baisse substantielle

FIGURE 2.2: Compte fiscal en pourcentage du PIB : Haïti, 2013-18



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

de l'investissement public (qui devrait être de 6,3 pour cent du PIB pour cet exercice, comparé aux 9,6 pour cent de l'exercice précédent) (cf. figure 2.2).

Haïti perçoit peu de recettes fiscales compte tenu de sa situation économique, mais il lui est possible d'en percevoir davantage. Le ratio impôt-PIB d'Haïti (13,7 pour cent) est le deuxième plus faible de tous les pays de la région ALC, et n'est que légèrement meilleur comparé à celui de la moyenne des PFR. Son ratio impôt-PIB est en effet 1,07 fois plus élevé que celui des PFR, tandis que son PIB par habitant est 1,36 fois plus élevé que la moyenne des PFR, ce qui indique qu'Haïti perçoit relativement peu d'impôts compte tenu de sa situation économique, et que son ratio impôt-PIB devrait être plus élevé. Si le pays augmente son ratio impôt-PIB afin qu'il atteigne 15 pour cent²³, il pourrait augmenter ses recettes fiscales de 18 dollars par habitant, soit 2 pour cent du PIB (FMI, 2016) (voir l'annexe A pour une discussion plus détaillée des recettes intérieures). Comme indiqué dans la Revue des dépenses publiques (RDP) d'Haïti (Banque mondiale, 2016a), le régime fiscal du pays nécessite d'importantes réformes. Il est actuellement régressif, car les recettes fiscales du pays dépendent fortement des impôts indirects, qui affectent les consommateurs indépendamment de leur niveau de revenu. Il se peut également qu'Haïti n'exploite pas pleinement son potentiel de recettes provenant de l'impôt sur le revenu des sociétés et des personnes (Banque mondiale, 2016a). Il est donc possible

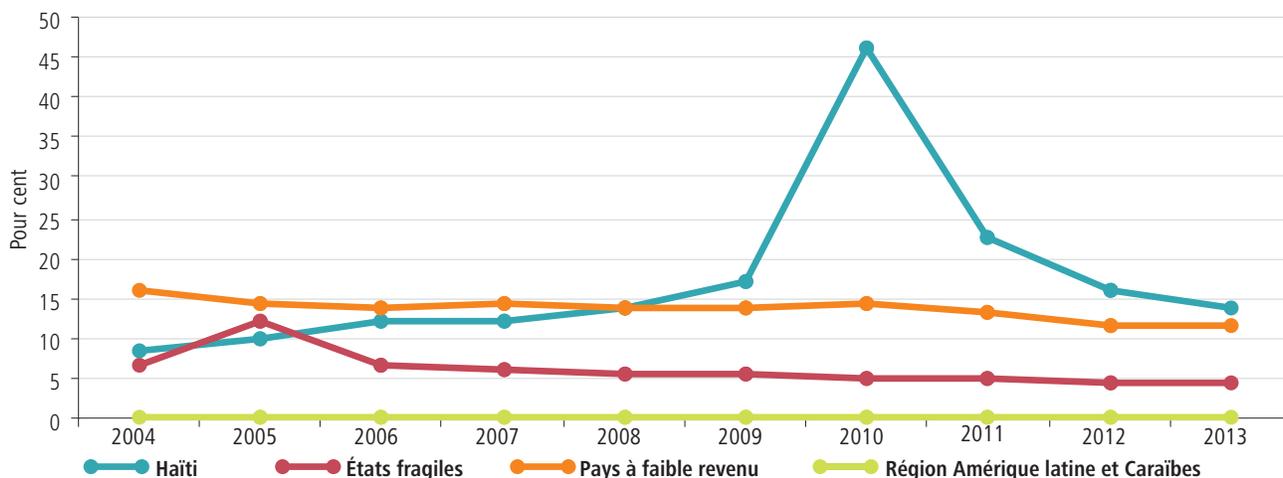
de percevoir davantage d'impôts, mais cela pourrait ne pas être réalisable à court terme.

Le secteur de la santé est très dépendant du financement extérieur. Ce dernier étant désormais en baisse, il faut que le Gouvernement prévoie d'augmenter le financement national pour la santé afin d'éviter une hausse des dépenses directes des ménages. Aussi bien dans les états fragiles que dans les PFR, l'aide publique au développement (APD) nette en pourcentage du PIB a diminué au cours de la dernière décennie (figure 2.3). L'APD a, en revanche, augmenté de 50 pour cent au cours de la même période en Haïti. Elle a atteint un sommet après le séisme de 2010, mais a diminué depuis. Bien que la disponibilité de l'aide des bailleurs ait permis à Haïti de financer une expansion dans les secteurs sociaux, elle a également accru la dépendance du Gouvernement à l'égard du financement des bailleurs au fil du temps. En 2010, l'aide étrangère représentait 16 pour cent du financement des secteurs sociaux, passant à 45 pour cent en 2012 (Singh et Barton-Dock, 2015). La santé, l'éducation, et la protection sociale sont les secteurs les plus dépendants de l'aide en Haïti. Il faut gérer la transition entre les niveaux élevés de financement extérieur destiné au secteur de la santé après le séisme et les niveaux inférieurs de financement extérieur observés maintenant. Bien que d'importants gains d'efficacité puissent être réalisés dans le secteur de la santé (voir le chapitre 6), le Gouvernement doit également commencer à prévoir d'augmenter le



23 Quinze pour cent est une référence arbitraire mais c'est celle qu'il est habituellement suggéré d'atteindre. Les ratios de 20 et 25 pour cent peuvent en effet être difficiles à réaliser en raison de contraintes administratives et de contraintes liées aux capacités (Heller 2005, 2006; FMI, 2011).

FIGURE 2.3: Aide publique au développement nette en pourcentage du PIB: Haïti, 2004-13



Sources : WDI et calculs du personnel de la Banque mondiale.

Remarque : La part de l'aide publique au développement nette dans le revenu national brut des pays de l'ALC tombait en dessous de 1 pour cent pour chaque intervalle annuel sur le graphique. Commencant à 0,34 pour cent en 1995, elle culminait à 0,37 pour cent en 1996, pour terminer à 0,17 pour cent en 2014. ALC=Amérique latine et Caraïbes; PFR=pays à faible revenu.

financement national pour la santé afin de compenser la baisse de l'aide extérieure et de protéger les pauvres contre une augmentation des dépenses directes.

Les taxes visant l'alcool et le tabac représentent une option intéressante permettant de percevoir une quantité importante de revenus pour le secteur de la santé tout en décourageant la consommation de ces produits. Plusieurs pays ont recours à des taxes sur l'alcool et les cigarettes pour réduire le taux de prévalence de la consommation de tabac et d'alcool et augmenter les recettes du secteur de la santé. Haïti n'a pas actuellement de 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 détail des cigarettes dans les PFR, et 47 pour cent dans la région Amérique latine et Caraïbes (OMS, 2015), si bien qu'il est possible d'augmenter les taxes sur ces produits en Haïti. Un minimum estimé de 8,2 millions de dollars par an pourrait être perçu pour le secteur de la santé, si Haïti augmentait la taxe sur l'alcool²⁴ à 25 pour cent, et la fléchait à la santé (cf. le tableau A.3 de l'annexe A). Les recettes issues d'une telle taxe représenteraient une croissance de près de 11 pour cent des dépenses de santé du Gouvernement par habitant, soit 0,76 dollar par habitant. Il est difficile d'estimer les revenus potentiels qui pourraient être générés

par une augmentation des taxes sur le tabac, dans la mesure où les chiffres de ventes ne sont pas connus (Josephson et Bode, 2013). Ces taxes pourraient accroître la prévisibilité du financement du secteur de la santé, tout en réduisant la consommation d'alcool et de cigarettes, ce qui permettrait ainsi d'améliorer la santé de la population et de réduire les dépenses de santé. Étant donné que la consommation de ces produits entraîne un coût disproportionné pour le secteur de la santé par rapport à d'autres secteurs, l'affectation des recettes fiscales provenant de la consommation de ces produits au secteur de la santé se justifie.

L'affectation des revenus générés par de telles taxes au secteur de la santé soulève des questions techniques et politiques qui justifient une évaluation approfondie. Une telle démarche pourrait nettement contribuer à accroître les recettes nationales de ce secteur; cependant, le succès de la perception de ces taxes exigera une capacité et une information administratives suffisantes, ainsi que l'alignement des entreprises et des lobbies du tabac et de l'alcool. Cela dit, la capacité administrative est un problème pour la mise en œuvre de plusieurs réformes fiscales potentielles en Haïti. Une étude plus approfondie devrait être menée pour évaluer la faisabilité politique de telles réformes tels que la contrebande transfrontalière.



24 Les estimations concernant les recettes sont fondées sur les données de ventes pour le rhum et la bière pour un choix de marques, car les données concernant les ventes d'alcool à l'échelle du pays ne sont pas facilement disponibles.



RÉSULTATS DE SANTÉ ET SYSTÈME DE SANTÉ

Principaux résultats de santé

Malgré les progrès réalisés par Haïti au cours de la dernière décennie quant aux Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 2015 liés à la santé, il reste encore beaucoup à faire pour atteindre les objectifs de développement durable (ODD) 2030 liés à la santé. Le taux de mortalité maternelle en Haïti (TMM) est passé de 670 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 359 en 2015 (soit une baisse de 46 pour cent), tandis que les taux de mortalité infantile (TMI) et de mortalité des moins de cinq ans (TMM5) ont chuté de 48 pour cent et 52 pour cent, respectivement (tableau 3.1). Les ODD visent à réduire le TMM à moins de 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, et le TMM5 à 25 décès, ou moins, pour 1000 naissances vivantes d'ici 2030. Pour atteindre ces objectifs d'ici 2030, il faudra qu'Haïti réduise encore son TMM actuel de 80 pour cent supplémentaires et le TMM5 de 64 pour cent. Haïti a connu une variation annuelle moyenne du pourcentage de la mortalité maternelle de 2,2 entre 1990 et 2015, et a réduit son TMM de 29 pour cent entre 2000 et 2015 (figure 3.1). Sur la base de ces tendances, Haïti n'est pas actuellement en voie d'atteindre l'ODD concernant le TMM d'ici 2030.

PHOTO CREDIT: LOGAN ABASSI UNW/UNISTAH





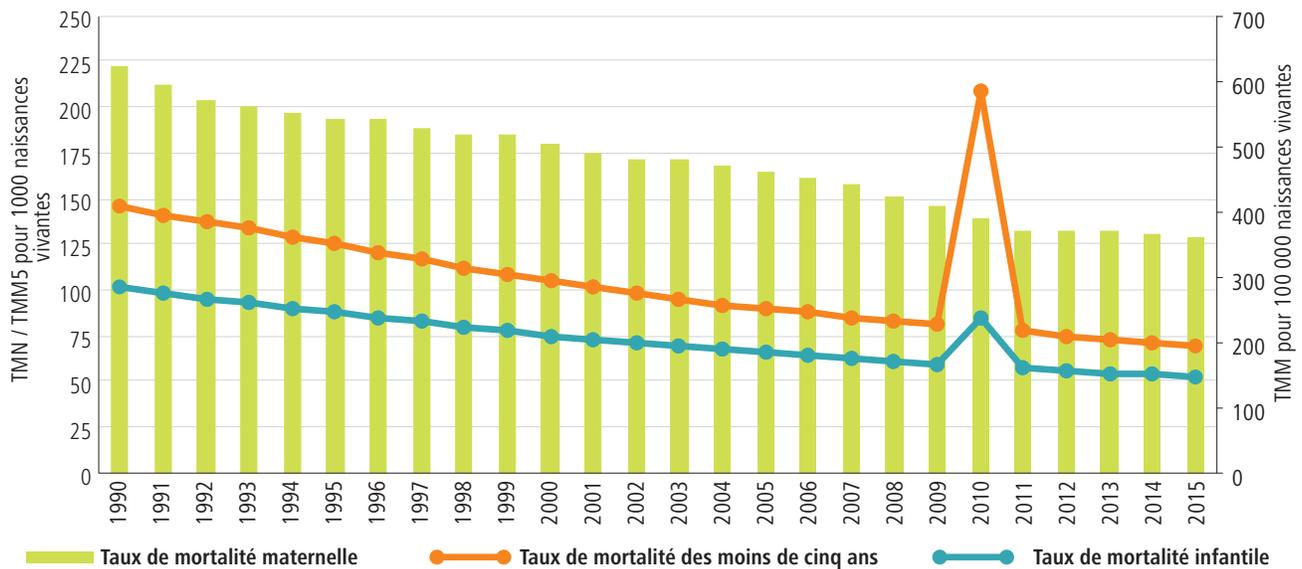
TABLEAU 3.1 : Comparaison des résultats de santé en Haïti, dans les PFR et dans la région ALC : 1990, 2000, 2013, 2015

	1990	2000	2013	2015	ODD 2030	% changement, 1990–2015
<i>Taux de mortalité maternelle</i>					< 70	
Haïti	670	510	380	359		-46 %
PFR	900	740	450	495		-45 %
Région ALC	110	81	68	69		-37 %
<i>Taux de mortalité infantile</i>					–	
Haïti	100	85	54	52,2		-48 %
PFR	104	74	52	53,1		-49 %
ALC	33,7	21,7	12,4	15,9		-53 %
<i>Taux de mortalité des moins de cinq ans</i>					25	
Haïti	144	104	72	69		-52 %
PFR	166	134	76	76,1		-54 %
ALC	42	36	14	18,8		-55 %

Sources : OMS, 2016 ; EMMUS 2000, 2005-06, 2012.

Remarque : –=non disponible ; ALC=Amérique latine et Caraïbes ; PFR=pays à faible revenu ; ODD=objectifs de développement durable.

FIGURE 3.1 : Tendances des TMM, TMM5, et TMN : Haïti 1990-2015



Source : OMS, 2016.

Remarque : TMM5=taux de mortalité des moins de cinq ans ; TMM=taux de mortalité maternelle ; TMN=taux de mortalité néonatale.

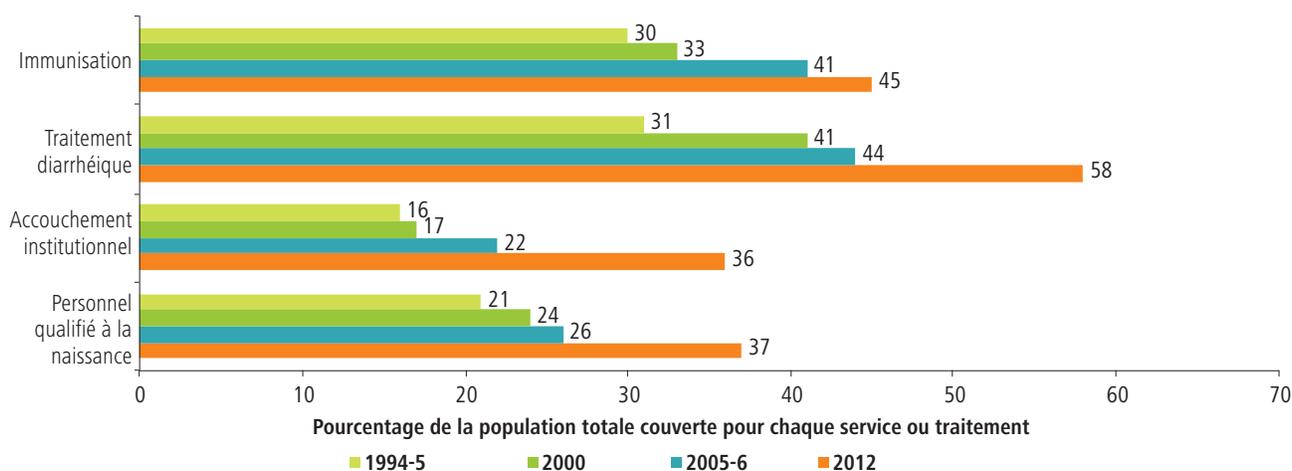
En dépit d'améliorations substantielles, des inégalités subsistent, les quintiles économiques les plus pauvres ayant de moins bons résultats de santé que les quintiles les plus riches. Pour les années 2005-06 et 2012, des progrès importants ont été accomplis en

matière de mortalité infantile pour le quintile le plus bas, le deuxième quintile et le troisième quintile²⁵. Toutefois, l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS) 2012 montre d'importantes inégalités en matière de résultats de santé, les quintiles



25 De façon surprenante, l'EDS 2012 montre que la mortalité infantile a augmenté pour le quatrième quintile et le quintile de richesse le plus élevé. Le séisme de 2010 peut permettre de l'expliquer, puisqu'il a touché la région métropolitaine où les ménages sont relativement plus riches que ceux du reste du pays.

FIGURE 3.2: Tendances des indicateurs de services clés de santé préventive et curative selon le taux de couverture: Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS) en Haïti, 1994-2012



Sources: EMMUS 1994-95, 2000, 2005-06, 2012.

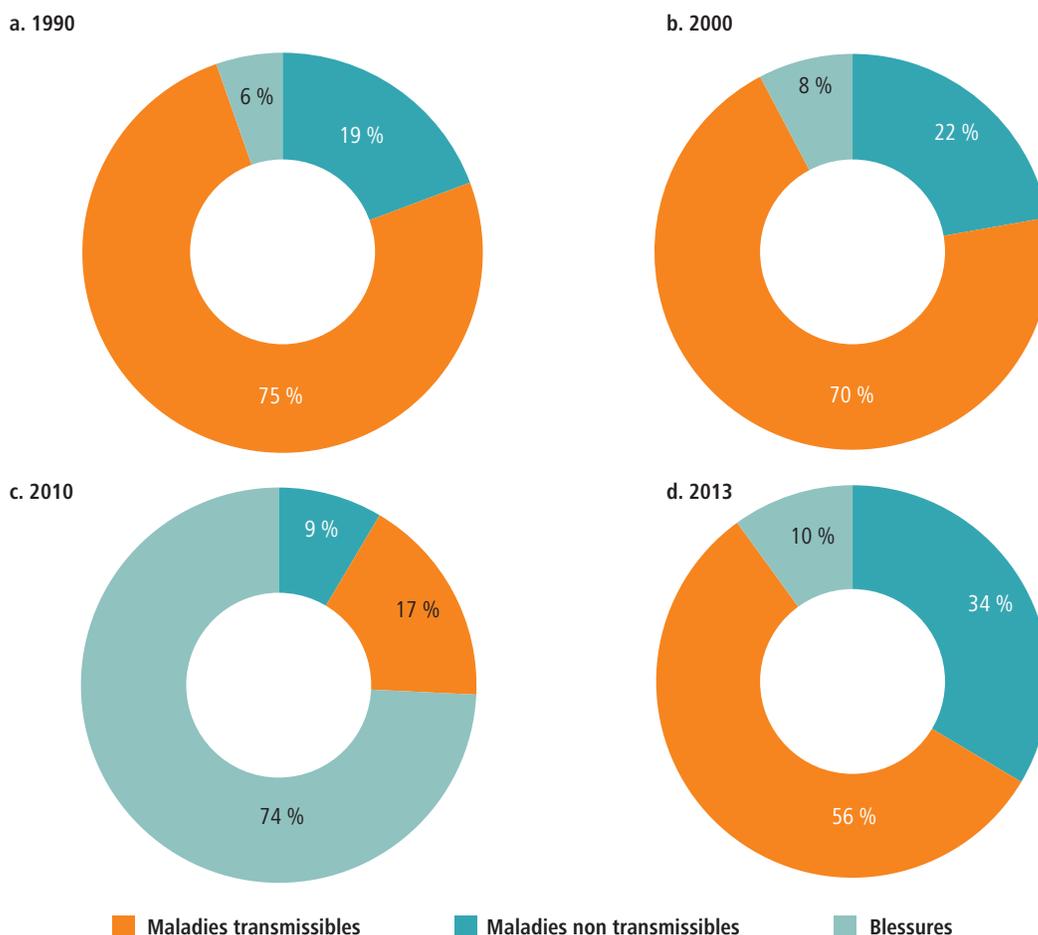
les plus bas se portant plus mal. En 2012, le taux d'insuffisance pondérale et le taux de retard de croissance étaient respectivement de 17 pour cent et 31 pour cent pour le quintile de richesse le plus bas, contre 3 pour cent et 6 pour cent, respectivement, pour le quintile le plus riche (EMMUS 2012). De plus, le nombre de décès dus au choléra était beaucoup plus élevé chez les ménages du quintile de richesse le plus pauvre que chez les ménages du quintile le plus riche. 2,4 pour cent des ménages du quintile le plus pauvre comptaient en effet un membre mort du choléra, tandis que seul 0,1 pour cent des ménages du quintile le plus riche rapportait un tel résultat (EMMUS 2012). Le membre d'un ménage du quintile de richesse le plus bas était donc 24 fois plus susceptible de mourir du choléra, que celui d'un ménage du quintile le plus riche.

La couverture des services de santé clés a augmenté au cours des deux dernières décennies et la charge de morbidité est en train de passer des maladies transmissibles aux maladies non transmissibles. Entre 1994-95 et 2012, les accouchements assistés par du personnel qualifié ont augmenté de 76 pour cent, les accouchements dans une institution sanitaire (également appelés accouchements institutionnels), de 125 pour cent, le traitement de la diarrhée, de 87 pour cent, et la couverture vaccinale, de 50 pour cent (figure 3.2). Si la proportion d'années de vie perdues (AVP) attribuables aux maladies transmissibles dominait encore en 2013, elle est cependant passée de 75 pour cent à 56 pour cent entre 1990 et 2013 (figure 3.3). Par contraste, la proportion d'AVP

imputables aux maladies non transmissibles (MNT) a augmenté, passant de 19 pour cent à 34 pour cent entre 1990 et 2013. En 2010, cependant, la charge de morbidité exprimée en AVP présentait un changement radical marqué par des causes associées à des blessures dues au tremblement de terre. Tandis que cette mesure représentait 6 pour cent des AVP en 1990, elle s'était en effet envolée, atteignant 74 pour cent en 2010, avant de redescendre à 10 pour cent en 2013 (figure 3.3). L'accès aux services clés de santé préventive et curative s'est amélioré en Haïti au cours des deux dernières décennies, et mise à part l'anomalie de distribution suite au séisme de 2010, la proportion d'AVP attribuables aux maladies transmissibles a diminué en conséquence, tandis que le pourcentage d'AVP attribuées aux maladies non transmissibles a considérablement augmenté.

En comparaison avec d'autres pays à faible revenu (PFR), Haïti a encore beaucoup de progrès à faire sur plusieurs indicateurs de couverture sanitaire universelle relatifs à la santé infantile et maternelle, ainsi qu'à l'eau et à l'assainissement. Trois indicateurs clés de santé maternelle sont importants pour suivre les progrès faits pour réduire la mortalité maternelle: (1) le pourcentage de besoins non satisfaits de planification familiale; (2) le pourcentage de femmes enceintes recevant les quatre visites de soins prénatals (ANC) recommandées; et (3) le pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un accouchement institutionnel ou de personnel qualifié à l'accouchement. Haïti affiche des résultats peu satisfaisants

FIGURE 3.3: **Années de vie perdues (AVP) selon les causes: Haïti, 1990, 2000, 2010, 2013**



Source: IHME 2015.

pour les trois indicateurs: 67 pour cent des femmes enceintes en Haïti reçoivent quatre visites prénatales (contre 48 pour cent pour les PFR et 90 pour cent pour la région ALC); 35 pour cent des femmes de 15-49 ans font état de besoins non satisfaits de planification familiale en Haïti (contre 22 pour cent pour les PFR et 10,7 pour cent pour la région ALC); et seuls 37 pour cent des femmes enceintes en Haïti bénéficient d'un accouchement institutionnel (par rapport à 70,5 pour cent pour les PFR, et plus de 75 pour cent en zone rurale et 90 pour cent en zone urbaine pour la région ALC) (OMS, 2015; Joseph et al., 2016; et FNUAP, 2016). De plus, seuls 68 pour cent des enfants de moins de 24 mois en Haïti reçoivent les trois doses du vaccin diphtérie, tétanos et coqueluche (DTC) (contre 80 pour cent pour les PFR et 90 pour cent pour la région ALC) (OMS, 2015). La coqueluche, qui pourrait facilement être prévenue par la vaccination DTC, provoque encore 3 pour cent des décès d'enfants de moins de cinq ans en Haïti (OMS,

2013). De plus, sur l'ensemble du pays, seuls 62 pour cent des personnes utilisent des sources améliorées d'eau potable et 24 pour cent ont recours à des pratiques d'assainissement amélioré. L'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) restent au cinquième rang du classement opéré par le *Global Burden of Disease* (GBD) pour 2013 concernant les principaux facteurs de risque pour les années de vie corrigées du facteur d'invalidité (AVCI) en Haïti. Comparée aux PFR et aux pays de la région ALC, Haïti affiche de mauvais résultats pour les indicateurs WASH, ce qui est préoccupant étant donné l'épidémie de choléra dans le pays (Banque mondiale, 2015g). Parmi les enfants de moins de cinq ans souffrant de diarrhée en Haïti, 58 pour cent reçoivent un traitement, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne des PFR (50 pour cent) et juste en dessous de la moyenne de la région ALC (59 pour cent). Pourtant, 18 pour cent des enfants de moins de cinq ans meurent toujours de maladies diarrhéiques, de sorte que la marge de progression reste

TABEAU 3.2 : Taux de couverture en santé maternelle et infantile selon l'indice de richesse: Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS) en Haïti, 2005-06, 2012

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Total
<i>EMMUS 2005–06</i>						
Vaccination	34	40	45	37	56	41
Traitement des IRA	27	31	41	40	40	35
Traitement de la diarrhée	34	38	47	54	54	44
Naissance assistée par du personnel qualifié	—	—	—	—	—	54
Personnel qualifié	—	—	—	—	—	26
Accouchement dans une institution sanitaire	5	8	17	35	58	22
<i>EMMUS 2012</i>						
Vaccination	Q1	Q2	Q3	v	Q5	Total
Vaccination	43	46	52	42	41	45
IRA	23	32	36	52	52	38
Enfants atteints de diarrhée ayant bénéficié de TRO (ou de SRO à la maison)	57	52	59	61	62	58
Mères ayant bénéficié de +4 visites prénatales de tout agent de santé	—	—	—	—	—	67
Naissances assistées par un agent de santé qualifié en obstétrique	—	—	—	—	—	37
Accouchement en institution sanitaire	9	20	38	51	76	36

Sources : EMMUS 2005–06 et 2012.

Remarque : La vaccination se réfère aux enfants de 12-23 mois qui sont complètement vaccinés. —=chiffre non disponible; IRA=infection respiratoire aiguë; SRO=solution de réhydratation orale; TRO=thérapie de réhydratation orale.

importante. Tous ces indicateurs pourraient être grandement améliorés par des interventions de soins de santé primaires de qualité. Ces indicateurs corroborent ainsi la conclusion que les ressources allouées aux services de santé préventive sont insuffisantes.

Les inégalités de santé persistent pour la couverture des services préventifs et curatifs. Comme le montre le tableau 3.2, la répartition des enfants complètement vaccinés âgés de 12-23 mois selon le quintile d'indice de richesse s'est améliorée entre 2005-06

et 2012, mais les inégalités persistent encore pour d'autres services. En 2012, pour le quintile de richesse le plus élevé, ce sont ainsi environ 52 pour cent des enfants atteints d'infections respiratoires aiguës (IRA) qui ont reçu un traitement, contre 23 pour cent pour le quintile de richesse le plus bas. De plus, les accouchements institutionnels étaient huit fois plus fréquents (76 pour cent) dans le quintile de richesse le plus élevé que dans le quintile le plus bas (9 pour cent). Cette disparité d'utilisation reflète l'inégalité des résultats de santé décrite précédemment.

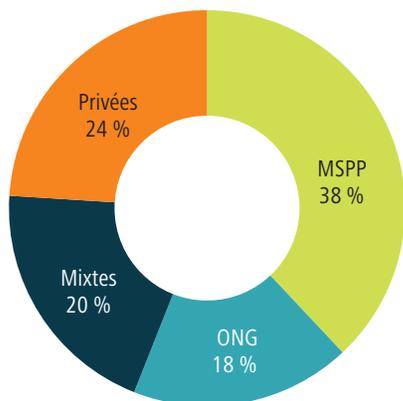
Aspects clés du système de santé en Haïti

Organisation

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) peine à coordonner et à superviser la prestation des services de santé, et le système de référence fonctionne mal. Le rôle du MSPP de surveillance de l'ensemble du système de santé doit être renforcé. 38 pour cent des institutions sanitaires sont dirigées par le MSPP, et 20 pour cent sont gérées

conjointement par le MSPP et les ONG, soit un total de 58 pour cent (figure 3.4). 61 pour cent de toutes les institutions sanitaires sont situées en zone rurale, et la plupart d'entre elles sont gérées par le MSPP. Aussi bien les institutions sanitaires des ONG que les institutions sanitaires privées à but lucratif sont surreprésentées dans la région métropolitaine (figure 3.5). 50 pour cent des institutions sanitaires privées à but lucratif et 55 pour cent des institutions sanitaires des ONG sont

FIGURE 3.4: Institutions sanitaires selon la propriété : Haïti, 2013



Source : EPSSS 2014.
Remarque : MSPP=Ministère de la Santé Publique et de la Population ; ONG=organisation non gouvernementale.

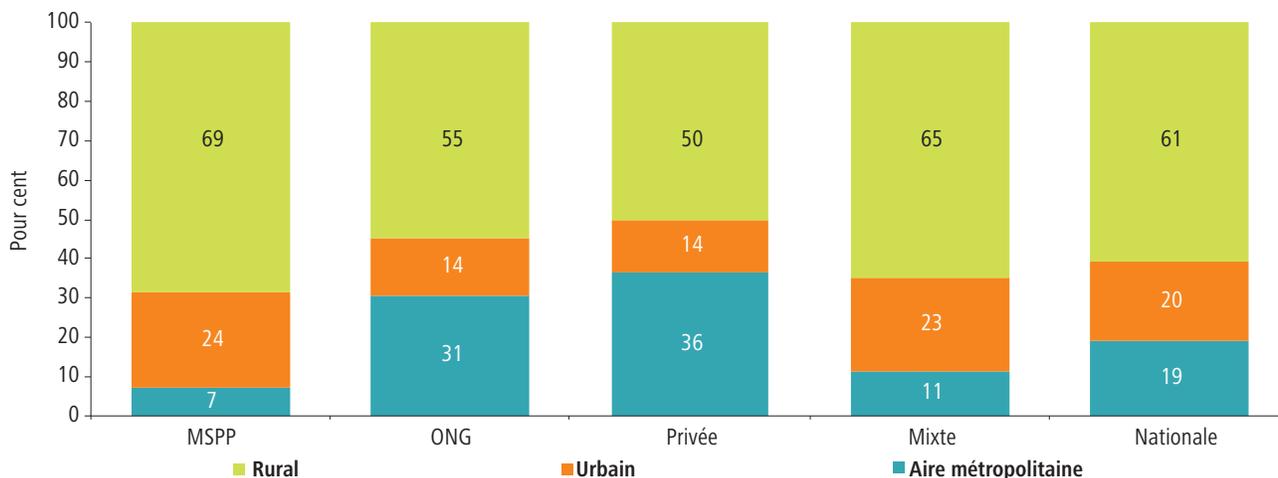
cependant situées en zone rurale. Dans l'ensemble, les institutions sanitaires privées ne sont pas redevables en matière de prestation de services, et ne soumettent pas systématiquement de rapports au MSPP. Le système formel de prestation de services de santé comporte trois niveaux : les dispensaires, centres de santé, et HCR, les hôpitaux départementaux et les hôpitaux de référence/universitaires. Toutefois, le système de référence ne fonctionne pas (seuls 6 pour cent des références sont effectuées correctement), si bien que les rôles théoriques attribués à chaque niveau de cette structure pyramidale ne sont pas remplis.

Efforts déployés pour mettre en place un paquet essentiel de services de santé

Les cycles récurrents de catastrophes naturelles et d'instabilité politique ont orienté l'attention du gouvernement Haïtien vers les interventions d'urgence, loin des réformes structurelles clés de la santé. Étant donné que 96 pour cent de la population est susceptible d'être exposée à deux risques ou plus (Banque mondiale, 2014), et étant donné que les catastrophes naturelles se produisent fréquemment en Haïti, l'attention et le financement du MSPP et des partenaires de développement se trouvent détournés du suivi des réformes structurelles du système de santé vers les interventions d'urgence. Un autre obstacle majeur aux réformes du système de santé est l'instabilité politique. Depuis 1986, Haïti fait face à une succession d'administrations publiques de courte durée. Le gouvernement entrant, nouvellement élu, vient de prendre ses fonctions en février 2017.

En attendant, des réformes de l'organisation du système de prestation de soins de santé ont été adoptées au cours des dernières années, mais doivent être mises en œuvre. En 2012, la politique nationale de santé a stipulé la création d'un certain nombre de nouvelles unités pour améliorer le système de prestation de services. Des unités d'arrondissement de santé (UAS) devaient être mises en place pour surveiller le niveau primaire : hôpitaux communautaires de référence (HCR), centres de santé avec lits (CAL), centres de santé sans lits (CSL), et dispensaires. Cependant, la mise en

FIGURE 3.5: Institutions sanitaires selon la propriété et le lieu : Haïti, 2013



Source : EPSSS 2014.
Remarque : MSPP=Ministère de la Santé Publique et de la Population ; ONG=organisation non gouvernementale.

place des UAS a été lente et, dans la pratique, l'organisation du système de prestation de services n'a pas changé de façon significative au cours des dernières années.

L'absence d'un paquet de services de santé priorisé et chiffré affaiblit l'offre de services de santé.

En 2015, le MSPP a chargé un groupe de travail de mettre à jour le paquet minimum de services de santé de 2006 pour en faire un paquet essentiel de services (PES). Toutefois, les services offerts par le PES ne sont pas priorisés et comprennent la plupart des services déjà fournis par le système (et même d'autres qui ne sont pas fournis actuellement, tels que les traitements de fertilité). De plus, le PES n'a pas été chiffré, rendant sa mise en œuvre difficile, compte tenu des contraintes budgétaires. Le PES n'indique pas aux prestataires de services quels services prioritaires devraient être fournis, ni à quel niveau ni avec quelles normes, ce qui entrave sa mise en pratique.

La mauvaise qualité des soins dans le domaine des soins cliniques préventifs affecte également grandement l'offre de soins.

Seuls 62 pour cent des femmes enceintes font l'objet d'exams physiques répondant aux normes minimales de soins, qui devraient inclure entre autres la mesure de la hauteur de l'utérus ainsi que de la taille du fœtus. De plus, 3 prestataires de santé sur 10 ne s'enquêtent pas des facteurs de risque pour la grossesse durant les interactions avec la patiente. Seuls 20 pour cent des consultations médicales de femmes enceintes intègrent des services de soins préventifs, tels que des conseils sur le nombre minimum de visites prénatales, ou la dispensation d'interventions nutritionnelles essentielles, telles que la supplémentation en acide folique (SPA, 2014). La récente évaluation du tableau de bord prospectif²⁶ des institutions sanitaires en Haïti a révélé que dans l'ensemble, les institutions sanitaires obtiennent des scores

faibles pour les processus de gestion interne (Banque mondiale, 2015a). Ces indicateurs mesurent la façon dont les superviseurs ou les gestionnaires effectuent différents processus au sein de l'institution sanitaire. La faiblesse des scores obtenus pour les processus de gestion des institutions sanitaires peut expliquer la faible capacité opérationnelle du personnel concernant la fourniture de soins selon des lignes directrices cliniques. De nombreuses institutions sanitaires (46 pour cent) fonctionnent sans aucun système de collecte de données, ce qui rend difficiles le suivi et l'évaluation ainsi que la supervision de la qualité.

Capacité opérationnelle des services

Les dispensaires, qui sont essentiels à la prestation de soins primaires en Haïti, obtiennent des scores très médiocres pour plusieurs indicateurs clés de capacité opérationnelle.

L'analyse des données de l'EPSSS a permis de développer un tableau de bord prospectif évaluant la capacité opérationnelle à fournir des services de santé essentiels pour quatre dimensions: le personnel minimum, les infrastructures de base, les équipements de base, et les médicaments (Banque mondiale, 2015a)²⁷. L'une des principales conclusions de cette évaluation est que les dispensaires souffrent d'un grave manque de capacité opérationnelle des services; seuls 2 pour cent d'entre eux satisfont aux critères de la pleine capacité opérationnelle des services. Plus largement, 6 pour cent ($n=54$) de toutes les institutions sanitaires ($n=907$) en Haïti sont pleinement en mesure de fournir des services essentiels minimaux. Les dispensaires sont moins susceptibles que d'autres types d'institutions sanitaires d'être entièrement équipés en médicaments (13 pour cent), équipements (54 pour cent) et infrastructures (7 pour cent) nécessaires²⁸. Pour l'infrastructure et les médicaments, la capacité opérationnelle des services augmente pour



26 Le présent rapport utilise un tableau de bord prospectif (TBP) pour évaluer la capacité opérationnelle des intrants pour la prestation de services, et qui peut être appliqué dans différents pays à des fins de comparaison.

27 La définition du personnel minimum se base sur le paquet essentiel de services de santé d'Haïti et varie selon le type d'institution sanitaire. Conformément à la méthodologie de la Banque mondiale en matière d'indicateurs de prestation de services (IPS) (Banque mondiale, 2014), l'infrastructure était jugée adéquate si l'institution sanitaire avait accès à l'électricité, à une source d'eau améliorée, ainsi qu'à des sanitaires améliorés. Conformément à l'IPS, les institutions sanitaires satisfaisaient aux exigences de base concernant l'équipement si elles disposaient d'un stéthoscope, d'un thermomètre, d'un tensiomètre et d'une balance. Enfin, les institutions sanitaires étaient considérées comme ayant un accès de base aux médicaments essentiels si, au moment de l'enquête, elles disposaient d'au moins la moitié des 14 médicaments de la liste de l'évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services (SARA) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2010b).

28 De façon inattendue, 98 pour cent des dispensaires disposent du minimum de personnel exigé, ce qui est bien plus que pour tout autre type d'institution sanitaire. Cette constatation découle probablement de la diversité des définitions du « minimum de personnel ». Par exemple, alors qu'un/e auxiliaire/infirmier/ère est considéré/e comme constituant le minimum de personnel suffisant pour les dispensaires, le reste des institutions sanitaires exige au moins un médecin, or le nombre de médecins est limité en Haïti.



les niveaux plus élevés de soins. Au niveau des dispensaires, le volume des patients est extrêmement faible ; le débit moyen de patients par dispensaire est d'environ un par heure, soit huit patients par jour (Banque mondiale, 2015a). Sur la base de ces résultats, les dispensaires disposant d'une équipe complète de personnel sont susceptibles, faute d'intrants essentiels, de ne pas fournir les services de santé de base aux patients qui y recherchent des soins. Étant donné que les dispensaires représentent 4 institutions sanitaires sur 10 ($n=359$), ils doivent être priorités si un processus d'amélioration de la capacité opérationnelle est mis en œuvre à court terme en Haïti.

Haïti a beaucoup moins d'infrastructures et d'équipement de base que d'autres pays à faible revenu.

La proportion d'institutions sanitaires en Haïti qui obtiennent des scores satisfaisants pour l'ensemble des normes comparatives internationales est très faible à la fois en termes absolus et par rapport aux normes internationales. L'analyse des données de prestation de services collectées en Haïti, au Kenya et en Ouganda

corrobore cette conclusion. Elle met également en évidence des niveaux inégaux de capacité opérationnelle des services dans les institutions sanitaires d'Haïti pour l'ensemble des indicateurs individuels de capacité opérationnelle des services. La disponibilité d'infrastructures de base (électricité, eau, et assainissement) est beaucoup plus faible en Haïti (31 pour cent) qu'au Kenya (86 pour cent) ou en Ouganda (64 pour cent) pour tous les types d'institutions sanitaires pour lesquels les données sont disponibles (des dispensaires aux HCR). De même, la disponibilité de l'équipement minimum en Haïti (49 pour cent) représente environ la moitié de celle observée au Kenya (77 pour cent) et en Ouganda (82 pour cent)²⁹. En revanche, 73 pour cent des institutions sanitaires en Haïti ont obtenu des scores satisfaisants pour l'évaluation de la capacité opérationnelle des services concernant la dotation en personnel (IHE et ICF international, 2014). Le fait de repérer la cause de ces faiblesses de performance constituera une étape essentielle du processus d'amélioration de l'efficacité technique dans les institutions sanitaires en Haïti.

◇◇◇◇◇

29 Estimations du personnel de la Banque mondiale, 2016, sur la base de l'ensemble de données de l'EPSSS 2013-2014.



FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Mobilisation des ressources

Haïti bénéficie d'un niveau élevé de ressources pour le secteur de la santé par rapport aux autres pays à faible revenu (PFR), mais ce niveau reste beaucoup plus faible que dans la région Amérique latine et Caraïbes (ALC). En 2014, les dépenses totales de santé (DTS) en Haïti étaient de 131 dollars par habitant en dollars internationaux³⁰, tandis que pour les PFR et la région ALC les moyennes étaient de 91 dollars et 1112 dollars, respectivement. Pour la même année, les dépenses de santé par habitant mesurées en dollars constants (2010) étaient de 61 dollars en Haïti, contre 37 dollars en moyenne pour les PFR (figure 4.1) et 714 dollars pour les pays de la région ALC. Lorsque les DTS étaient mesurées en pourcentage du PIB, Haïti obtenait une valeur supérieure à la moyenne des PFR. En 2014, les DTS en Haïti représentaient 7,6 pour cent du PIB, ce qui est supérieur à la moyenne de 5,7 pour cent pour les PFR, et comparable à la moyenne de 7,2 pour cent pour les pays de la région ALC. Toutefois, même si le niveau des DTS est relativement élevé (en pourcentage du PIB) par rapport aux autres PFR, les DTS ont eu tendance à baisser depuis la période post-tremblement



30 Prix constants de 2011, ajustés en parité de pouvoir d'achat (PPA).

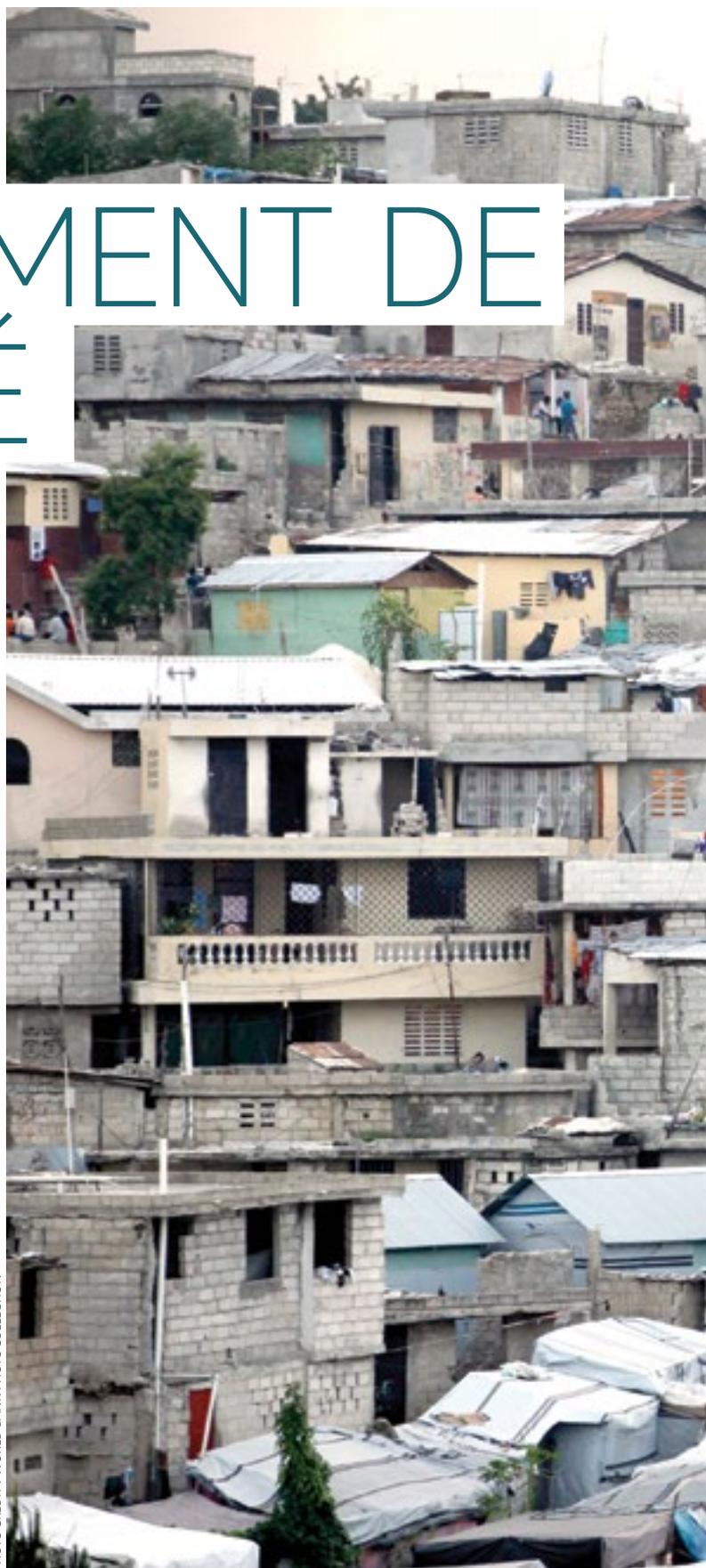


PHOTO CREDIT : WORLD BANK PHOTOCOLLECTION

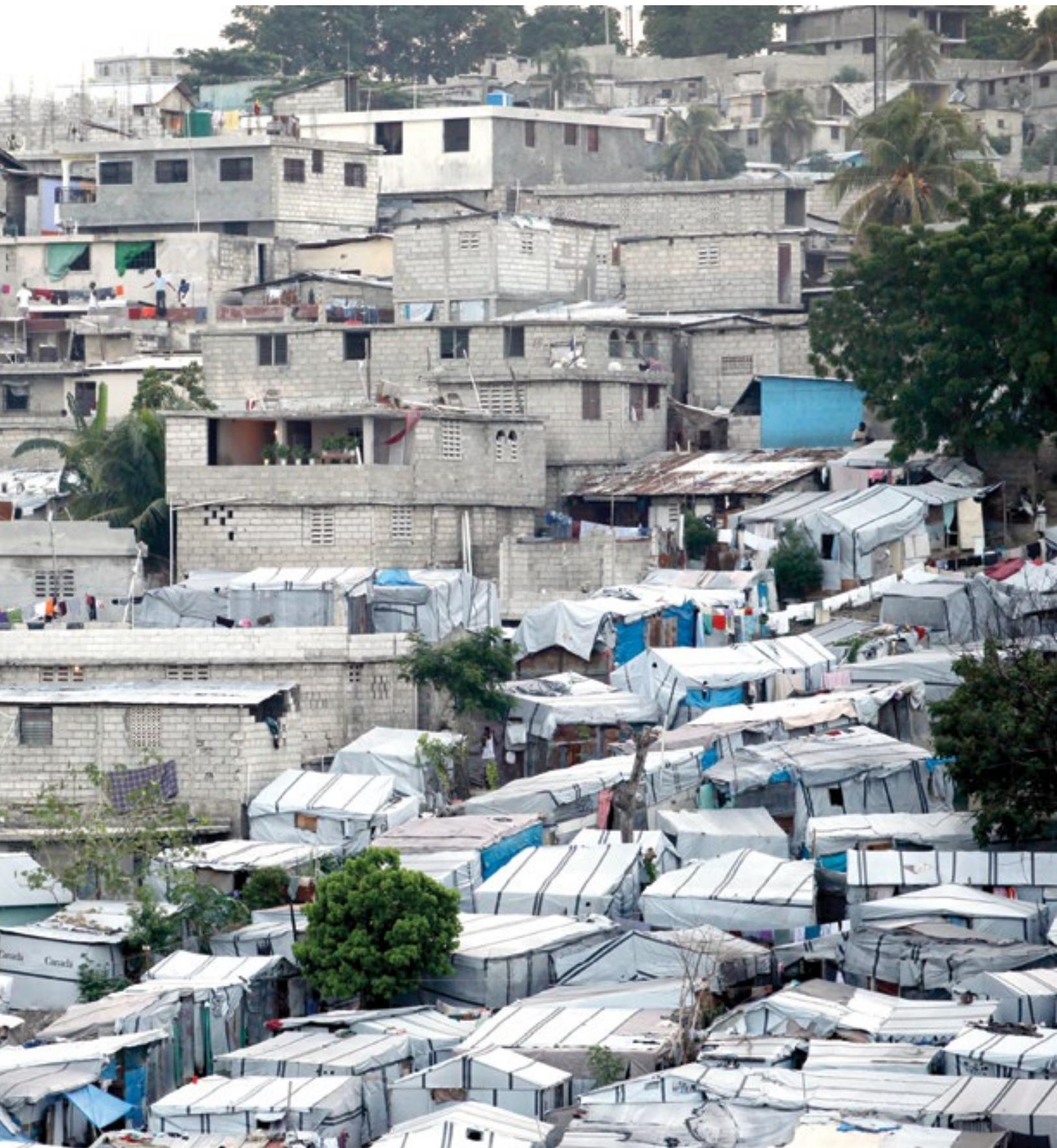
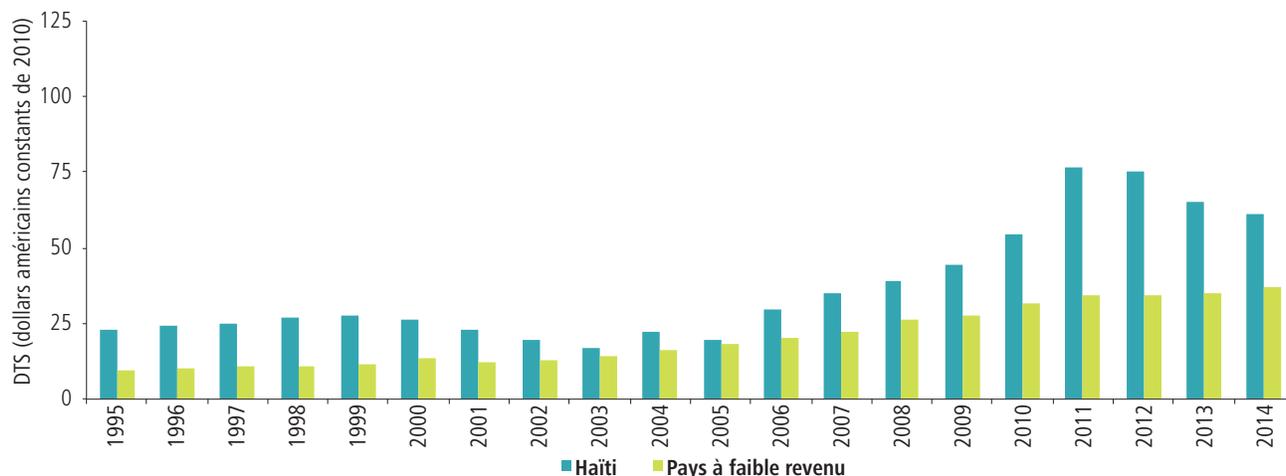


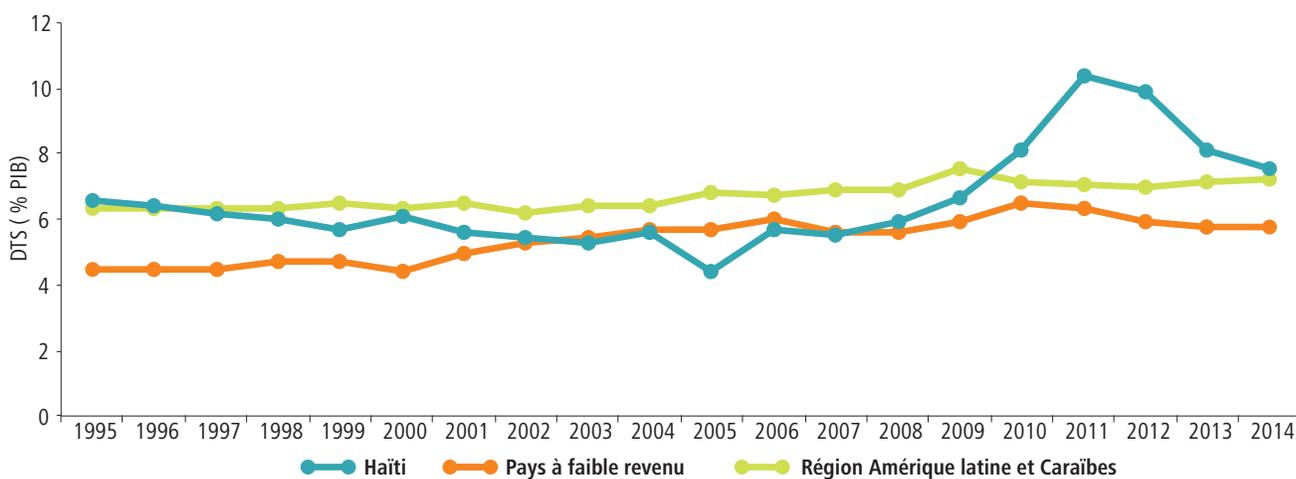
FIGURE 4.1 : Dépenses totales de santé (DTS) par habitant : Haïti et les PFR, 1995-2014



Source : GHED, 2016.

Remarque : PIB=produit intérieur brut ; ALC=Amérique latine et Caraïbes ; PFR=pays à faible revenu.

FIGURE 4.2 : Dépenses totales de santé (DTS) en pourcentage du PIB : Haïti, PFR, et région ALC, 1995-2014



Sources : données extraites de la base de données du WDI de 2016 et GHED.

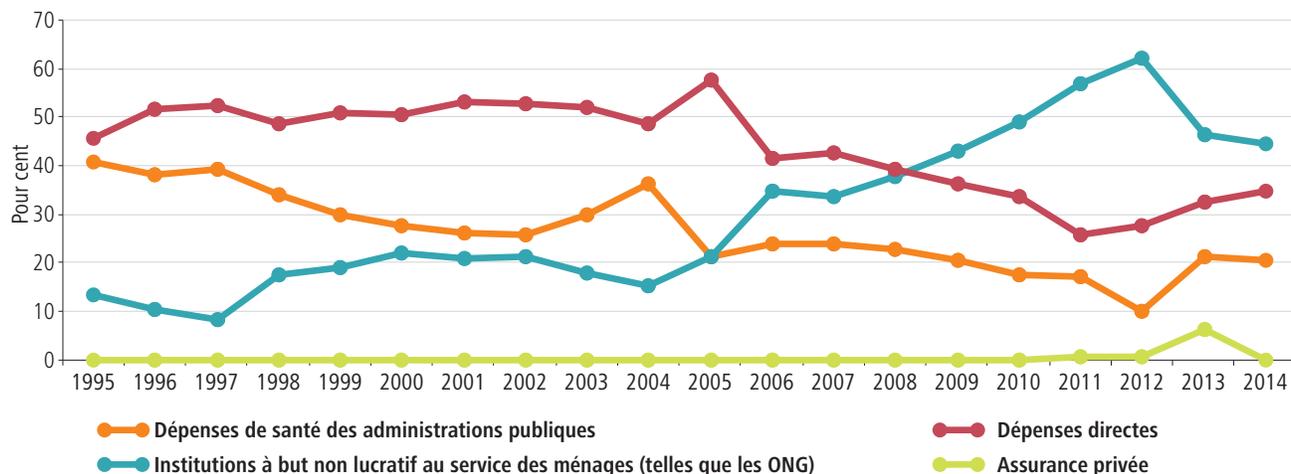
Remarque : PIB=produit intérieur brut ; ALC=Amérique latine et Caraïbes ; PFR=pays à faible revenu.

de terre, puisqu'elles atteignaient 10,4 pour cent (en pourcentage du PIB) en 2011 (figure 4.2). Cela révèle la forte volatilité des DTS suite aux fluctuations économiques et aux catastrophes naturelles qu'a connues le pays.

Si l'on adopte une perspective à plus long terme, les dépenses totales de santé ont augmenté au cours des 20 dernières années, grâce au financement extérieur des organisations non gouvernementales (ONG), alors que le Gouvernement a joué un rôle de plus en plus marginal dans le financement du secteur. La plus grande partie du financement externe a été acheminée via des institutions à but non lucratif au service des ménages, telles

que les ONG. Ainsi, l'augmentation du financement extérieur a changé la composition structurelle des dépenses totales de santé. En 1995, les ménages étaient les principaux financeurs du système de santé par le biais des dépenses directes (46 pour cent des DTS), suivis par le Gouvernement (41 pour cent des DTS) puis par les ONG (14 pour cent des DTS) (cf. figure 4.3). Entre 1995 et 2014, la proportion du financement apportée par le Gouvernement a considérablement diminué, passant de 41 pour cent à 21 pour cent. Au cours de la même période, la part des dépenses directes a également diminué, passant de 46 pour cent à 35 pour cent, tandis que la part du financement des ONG a considérablement augmenté, passant de 14 pour cent à 45 pour cent, principalement

FIGURE 4.3: Évolution de la part des dépenses totales de santé par source de financement: Haïti, 1995-2014



Source: GHED, 2016.

Remarque: Selon la méthodologie des Comptes nationaux de la santé (CNS) suivie par l'Organisation mondiale de la Santé, le total des dépenses de santé se compose des dépenses publiques de santé et des dépenses privées. Ces dernières comprennent les dépenses directes, les institutions à but non lucratif au service des ménages, telles que les organisations non gouvernementales (ONG), et les assurances privées. Ainsi, la somme des quatre variables indiquées dans la figure 4.3 ci-dessus constitue les dépenses totales de santé.

en raison de l'augmentation du financement extérieur. La participation des ONG a commencé à prendre plus d'ampleur en 2004, suite au coup d'État d'Aristide, atteignant 35 pour cent en 2006. Elle a ensuite augmenté de nouveau, atteignant 62 pour cent des DTS en 2012, après le tremblement de terre, puis a considérablement diminué au cours des dernières années. Parallèlement, la baisse des dépenses de santé des administrations publiques (GGHE) s'est accélérée: celles-ci représentaient 36 pour cent des DTS en 2004, pour tomber à 21 pour cent en 2015. En 2014 les paiements directs des ménages en Haïti étaient similaires à ceux des autres PFR. En moyenne, cependant, la diminution de ces paiements a été régulière dans les PFR, alors qu'en Haïti les paiements directs des ménages ont diminué de façon significative suite à l'afflux de financements extérieurs, mais sont en hausse depuis 2012. Cela est principalement dû à la baisse de financement extérieur des ONG ainsi qu'au fait que le Gouvernement n'a pas suffisamment augmenté les ressources pour compenser la baisse de l'aide extérieure.

Le taux de croissance des dépenses totales de santé a été très volatil. Le manque de prévisibilité pose un défi à la planification à long terme pour atteindre les

objectifs du secteur de la santé. Le taux de croissance annuel réel des DTS par habitant a beaucoup fluctué entre 2003 et 2013, avec des pics en 2004, 2006, et 2010 correspondant à des crises politiques ou à des phénomènes de catastrophes naturelles. De 2003 à 2013, le taux annuel moyen de croissance réelle des dépenses de santé en Haïti était de 16 pour cent, variant de -27 pour cent à 53 pour cent. La grande volatilité des DTS (due principalement à la volatilité du financement des bailleurs de fonds) rend difficile la création de plans d'investissement à long terme.

Utilisées de manière efficiente, les DTS actuelles par habitant seraient suffisantes pour fournir un paquet de services de santé de base. Un exercice de calcul des coûts pour le paquet minimum de services du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) en 2006 (USAID, 2011) a montré que le coût unitaire réel de prestation du paquet de services³¹ était de 5 dollars par habitant, et le coût normatif³², de 9,50 dollars par habitant. Le coût du paquet a été déterminé à partir des dépenses des institutions sanitaires et des coûts associés aux médicaments dont il est fait don par le biais de programmes verticaux. À supposer qu'il faille 9,50 dollars par habitant pour fournir un paquet de services de santé de base au premier niveau



31 Le coût unitaire réel reflète ce que les institutions sanitaires dépensent aujourd'hui pour traiter les patients au premier niveau de soins.

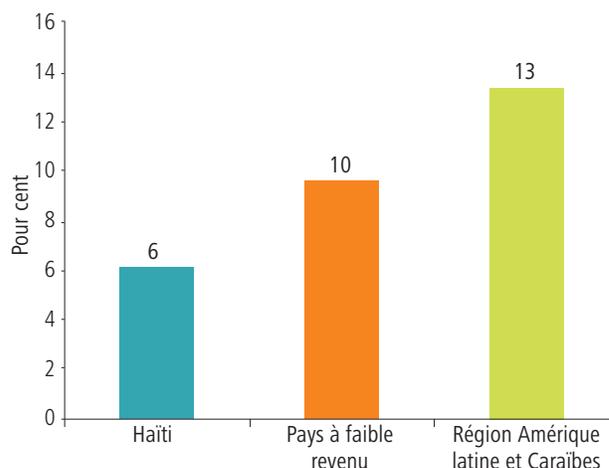
32 Le coût normatif est le coût du paquet minimum de services requis afin que toutes les personnes bénéficient d'un accès au traitement et à la prévention, estimé sur la base des taux de prévalence.

de soins, cela représenterait 8 pour cent des DTS. De même, les estimations mondiales de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) indiquent que 50 dollars par habitant permettraient d'assurer l'accès à un paquet de soins de santé essentiels (Cavagnero et al., 2008; OMS, 2001)³³. Même si ces estimations globales plus élevées sont utilisées, Haïti dispose de ressources suffisantes pour financer un paquet de services de santé de base, mais il faudrait que toutes les sources de financement (public, privé et externe) soient regroupées et utilisées de manière efficiente à cette fin.

Financement public

Par rapport aux autres PFR, la part du financement public dans les dépenses totales de santé d'Haïti est très faible. Comme montré précédemment, le financement public des DTS constitue la plus petite source de financement, en dehors de l'assurance privée, qui est négligeable en Haïti. Dans les années 1990, la part du financement public était plus élevée, mais elle n'a cessé de diminuer. En 2014, le total des dépenses publiques de santé était d'environ 6000 millions de gourdes haïtiennes (HTG)³⁴ (en comptant le budget de fonctionnement, le trésor public, et le financement extérieur intra-budgétaire), soit environ 1 pour cent du PIB. Les dépenses de santé des administrations publiques (GGHE) en pourcentage du PIB sont restées stationnaires à 1-2 pour cent et sont actuellement inférieures à celles de la moyenne des PFR. Étant donné que les GGHE incluent à la fois le financement public et le financement extérieur intra-budgétaire, il est possible qu'une partie de la diminution des GGHE en tant que pourcentage des DTS soit entraînée par une baisse du financement extérieur intra-budgétaire. En 2014, la santé représentait 6 pour cent des dépenses gouvernementales totales, soit près de la moitié de la moyenne des PFR (figure 4.4). Il est donc nécessaire que le Gouvernement augmente ce financement public et double ce ratio afin d'atteindre le niveau moyen des PFR. De plus, en 2014 les GGHE d'Haïti par habitant étaient de 13 dollars, ce qui est inférieur à la moyenne de 15 dollars des PFR (figure 4.5).

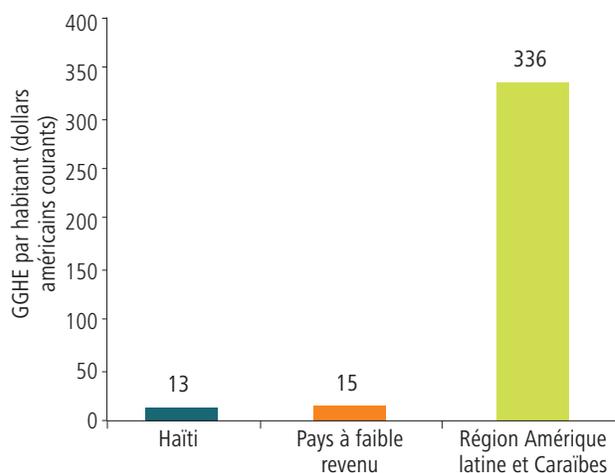
FIGURE 4.4 : Dépenses de santé du Gouvernement en part des dépenses des administrations publiques (GGE) : Haïti, PFR et région ALC, 2014



Source : GHED 2016.

Remarque : ALC=Amérique latine et Caraïbes ; PFR=pays à faible revenu.

FIGURE 4.5 : Dépenses de santé du Gouvernement par habitant : Haïti, PFR, et région ALC, 2014



Source : GHED 2016.

Remarque : GGHE=dépenses de santé des administrations publiques (*General Government Health Expenditure*); ALC=Amérique latine et Caraïbes ; PFR=pays à faible revenu.

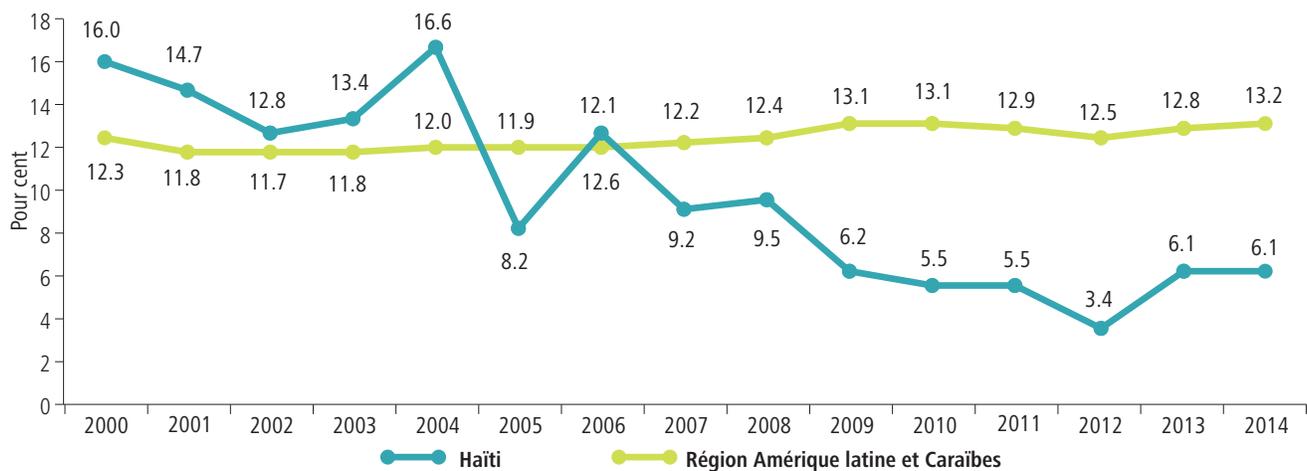
La part du budget allouée au secteur de la santé a diminué au fil du temps. Dans le passé, le secteur de la santé recevait entre 9 et 14 pour cent du budget total du Gouvernement. Entre 2000 et 2005, la part du budget général du Gouvernement allouée au secteur



33 L'estimation de l'OMS est de 34 dollars en prix de 2001, ce qui correspondrait à 50 dollars en prix de 2014, selon un calcul effectué en suivant une méthode similaire à celle utilisée par Cavagnero et al. (2008).

34 Ce chiffre a été annualisé pour l'année civile 2014 en raison du fait qu'en Haïti, l'exercice financier va d'octobre à septembre. D'octobre 2013 à septembre 2014, le budget de fonctionnement, le trésor public, et le financement extérieur intra-budgétaire, s'élevaient à 3059 millions de dollars, 612 millions de dollars, et 3418 millions de dollars, respectivement, et d'octobre 2014 à septembre 2015, le budget de fonctionnement, le trésor public, et le financement extérieur intra-budgétaire s'élevaient à 3321 millions de dollars, 534 millions de dollars et 1760 millions de dollars, respectivement (*Le Moniteur*, 2014, 2015).

FIGURE 4.6: 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.

de la santé était en effet de 14 pour cent en moyenne, soit un pourcentage similaire à celui de la moyenne des pays de la région ALC, relativement stable, et situé entre 12 et 13 pour cent (figure 4.6). Toutefois, entre 2006 et 2010, ce même indicateur est tombé à 9 pour cent en Haïti. 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 ont encore diminué en 2012, n'atteignant plus que 3,4 pour cent. En 2014, les dépenses gouvernementales en matière de santé représentaient seulement 6,1 pour cent du total des dépenses publiques en Haïti, soit bien moins que les 15 pour cent recommandés par la Déclaration d'Abuja. De plus, ce pourcentage a continué de baisser, certaines sources indiquant que la part des dépenses publiques totales allouées à la santé dans le budget 2016-17 n'est que de 4,5 pour cent.

La plus grande partie du financement intérieur est allouée au paiement des salaires. Le budget de la santé publique se compose du budget de fonctionnement et du financement extérieur intra-budgétaire, tous deux exécutés par le MSPP, ainsi que du budget d'investissement public (trésor public), qui est exécuté par le Ministère du Plan et de la Coopération Extérieure (MPCE). Le budget du Gouvernement se compose principalement du budget de fonctionnement, qui

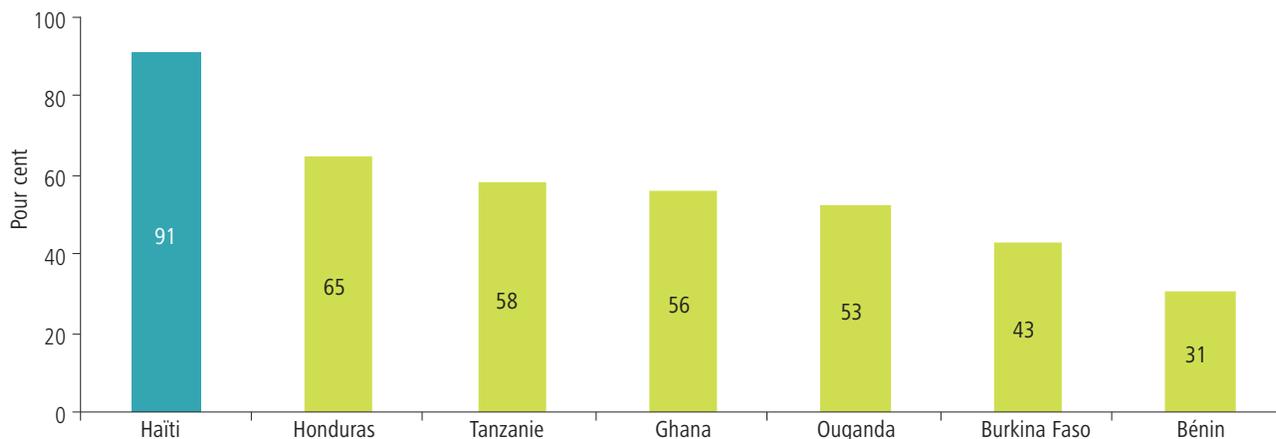
s'élevait à 3059 millions de gourdes haïtiennes (HTG), soit 68 millions de dollars américains³⁵, pour l'exercice 2014-15, et représentait en moyenne 84 pour cent du budget public au cours des cinq dernières années. De l'exercice 2010-11 à l'exercice 2013-14, le budget de fonctionnement a augmenté de 50 pour cent, passant de 2040 millions d'HTG à 3059 millions d'HTG, et le budget d'investissement a augmenté de 7 pour cent, passant de 570 millions d'HTG à 612 millions d'HTG. Le MSPP consacre une part importante de son budget de fonctionnement aux frais de personnel, qui en représentaient environ 90 pour cent en moyenne entre l'exercice 2006-07 et l'exercice 2013-14. D'autres pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire allouent une part plus faible de leur budget de fonctionnement (hors budget d'investissement sur fonds publics) aux ressources humaines. L'on peut citer l'exemple du Honduras (65 pour cent), du Ghana (58 pour cent), de la Tanzanie (58 pour cent), de l'Ouganda (53 pour cent), du Burkina Faso (43 pour cent), et du Bénin (22 pour cent)³⁶ (cf. la figure 4.7). En raison de la forte proportion de ressources nationales allouées à la masse salariale, le financement des dépenses de fonctionnement non salariales, y compris les dépenses consacrées à des intrants tels que les vaccins ou les médicaments, qui constituent des éléments critiques du système de santé, sont très faibles en Haïti.



³⁵ En utilisant un taux de change de 45 HTG par USD.

³⁶ Ces chiffres sont le résultat des calculs de la Banque mondiale sur la base des revues des dépenses publiques de la Tanzanie (2012), du Ghana, (2010), de l'Ouganda (2006-07), du Burkina Faso (2005) et du Bénin (2004). Les RDP de certains pays tels que le Honduras, le Ghana, le Burkina Faso et la Tanzanie ne précisent pas si le financement des bailleurs de fonds était inclus dans le budget d'investissement. Ces comparaisons doivent donc être interprétées avec prudence.

FIGURE 4.7 : Paiement des salaires des ressources humaines en pourcentage du budget de fonctionnement du Gouvernement: Haïti ainsi qu'un choix d'autres pays, diverses années



Source : Adapté de la Banque mondiale, 2016a.

Remarque : Exclusion faite du budget d'investissement intérieur.

Depuis plusieurs années, des éléments clés du système de santé, tels que les vaccins, sont entièrement financés par les bailleurs externes, sans aucun co-financement du gouvernement, à la différence de la plupart des pays à faible revenu. D'un point de vue stratégique, il faut que cela change, sans quoi certains de ces bailleurs suspendront ou réduiront de façon significative leur financement des vaccins en Haïti. Pour les principaux financeurs des vaccins tel que l'Alliance du Vaccin (GAVI), le cofinancement des vaccins à travers le budget national du gouvernement est un prérequis pour que le programme soit maintenu. Les montants de cofinancement requis sont faibles, ils sont en effet bien inférieurs aux contributions de GAVI, et la plupart des pays à faible revenu satisfont à cette exigence. Dans le cas d'Haïti, des exceptions ont été accordées afin que le programme puisse continuer malgré l'absence de cofinancement du gouvernement mais il est très improbable que de telles exceptions soient accordées de nouveau dans un futur proche. C'est pourquoi il est essentiel que le Gouvernement commence à assurer ce co-financement requis à travers une ligne budgétaire spécifique qui rende les fonds nécessaires effectivement disponibles. Dans le passé, une telle ligne budgétaire avait parfois été introduite mais en pratique, aucune ressource n'avait jamais été mise à disposition à ce titre. Un financement interne mis à disposition de cette manière aurait essentiellement un effet mobilisateur de ressources additionnelles bien

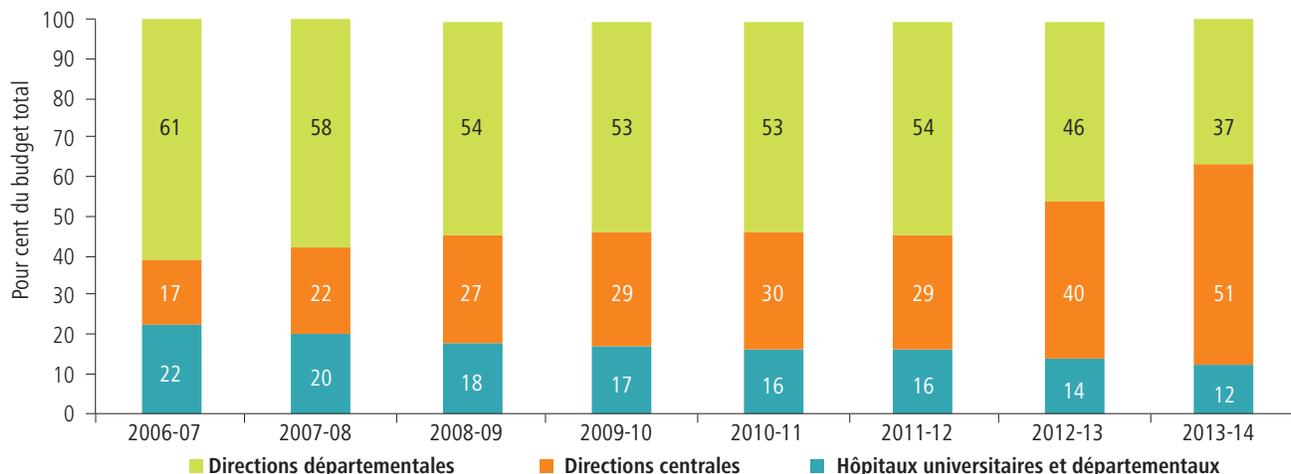
plus important pour GAVI et d'autres bailleurs. Cela vaut également pour d'autres domaines du secteur de la santé que le Gouvernement considère comme essentiels.

Une part croissante du budget de la santé publique est allouée au niveau central. Les directions départementales sanitaires (DDS) recueillaient 61 pour cent du budget de fonctionnement³⁷ du MSPP en 2006-07, mais leur budget a considérablement diminué en 2013-14, principalement en raison du fait que les ressources ont été transférées aux directions centrales. En 2006-07, 17 pour cent du budget de fonctionnement était affecté au niveau central, contre 51 pour cent en 2013-14. À ce jour, les causes précises de ce changement en matière d'allocations budgétaires demeurent incertaines. Toutefois, selon des études récentes, le gouvernement central dispose d'une capacité d'intendance limitée en matière de prestation de services de santé (Durham et al., 2015), et la proportion des fonds consommés pour les coûts administratifs et d'intendance est plus grande lorsque ces fonds sont affectés au niveau central plutôt que départemental (Josephson et Vinyals, 2012). Par conséquent, une centralisation accrue du budget opérationnel du MSPP présente un risque pour le financement de la prestation des services. Les hôpitaux universitaires et spécialisés ont également reçu une plus petite partie du budget de fonctionnement entre 2006-07 (22 pour cent)



37 Aucune information n'est disponible sur la distribution du trésor public entre les directions centrales, les DDS, et les hôpitaux universitaires/spécialisés.

FIGURE 4.8: Répartition en pourcentage du budget du MSPP par direction : Haïti, 2006-07 à 2013-14



Source : Banque mondiale, 2016a.

Remarque : Le budget comprend uniquement le budget de fonctionnement. Le trésor public n'est pas ventilé par direction. MSPP=Ministère de la Santé Publique et de la Population.

et 2013-14 (12 pour cent) (cf. la figure 4.8). Le budget destiné aux directions centrales, hôpitaux universitaires et DDS, n'est pas alloué en fonction des besoins, de la population ou de la pauvreté, et, comme mentionné précédemment, environ 90 pour cent de ce budget sert à payer les salaires.

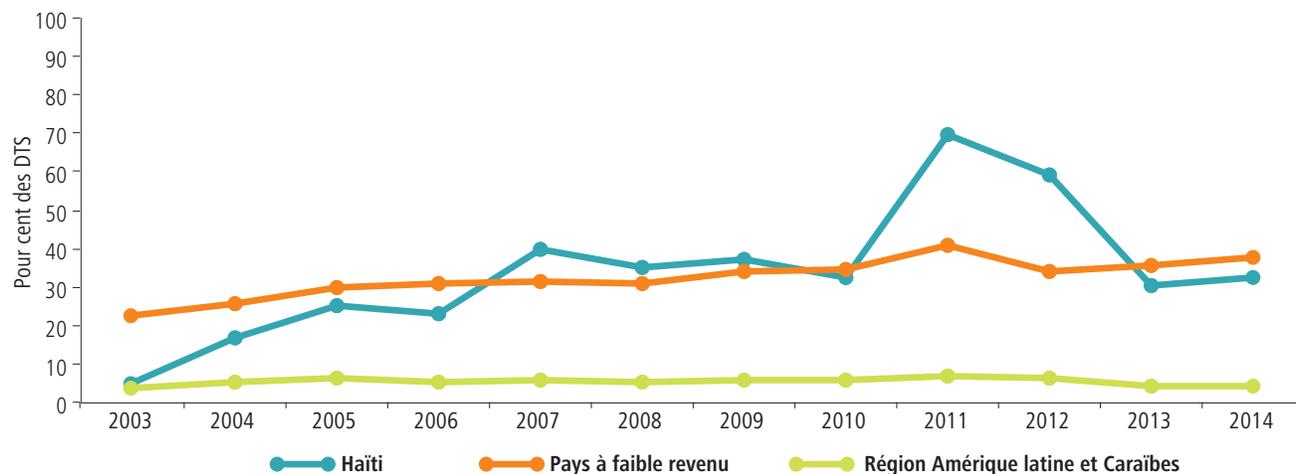
Il n'existe pas de principe directeur clair ou applicable concernant le montant des dépenses publiques à consacrer au secteur de la santé. La Politique Nationale de Santé 2012 prévoit, conformément à la Déclaration d'Abuja de 2001, que le Gouvernement devrait allouer 15 pour cent des dépenses publiques générales au secteur de la santé. Cependant, dans la pratique, il n'existe pas de cadre juridique concernant les dépenses publiques consacrées au secteur de la santé. Le plafond budgétaire de tous les secteurs est déterminé par l'évaluation du Programme d'investissement public (PIP). Chaque année, en octobre, le Ministère de l'Économie et des Finances (MEF), le Ministère de la Planification et de la Coopération Externe, ainsi que la Primature, discutent de la structure du budget. Le résultat de cette réunion est une « lettre-cadre », qui définit des plafonds indicatifs de crédit (à la fois d'investissement et de fonctionnement) pour chaque secteur, sur la base d'un travail technique préliminaire. Le Premier Ministre envoie cette lettre-cadre à chaque secteur. Le MPCE consolide alors le PIP en février, sur la base de la lettre-cadre, et le communique au MEF, qui finalise le budget global des « conférences budgétaires » auxquelles participent tous les ministères de tutelle. Au cours de ces conférences, le MEF examine les plafonds de chaque secteur avant

qu'ils ne soient soumis au Conseil des Ministres. Après avoir été soumis au Conseil des Ministres, le Premier ministre soumet le budget au Parlement en vue d'un vote en mai. La justification d'un financement supplémentaire est guidée par les priorités du gouvernement en place. Du fait que les bailleurs externes ont augmenté leur contribution au secteur de la santé au cours de la dernière décennie, le Gouvernement haïtien a peu été incité à augmenter la part du budget alloué au secteur de la santé.

Financement privé

Le financement privé inclut les dépenses directes des ménages, les institutions à but non lucratif au service des ménages (telles que les ONG) et les assurances privées, qui comprennent les paiements de services directs par des sociétés privées. Les dépenses de santé privées constituent la principale source de financement en Haïti. Elles représentaient environ 80 pour cent des DTS en 2014. Il s'agissait pour environ 35 pour cent d'entre elles de dépenses directes des ménages, pour moins de 1 pour cent, d'assurances privées, et pour les 44 pour cent restants, d'institutions à but non lucratif au service des ménages. Ces dernières correspondent principalement au financement des ONG en Haïti, car celles-ci jouent un rôle important tant pour le financement que pour la prestation des services de santé. La part du financement des ONG est passée de 14 pour cent des DTS en 1995, à 44 pour cent en 2014. Les dépenses directes sont tombées d'environ 50 pour cent au début des années 2000, à

FIGURE 4.9: 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.

26 pour cent en 2011. Mais en 2014, en raison de la baisse du financement extérieur après le tremblement de terre, les dépenses directes des ménages sont remontées à 35 pour cent. Il semble ainsi y avoir une relation inverse entre les dépenses directes et le financement des bailleurs de fonds/ONG.

Les dépenses directes des ménages ont augmenté de 36 pour cent de 2011 à 2014, tirées principalement par les dépenses consacrées aux médicaments (82 pour cent) et aux frais de consultation/utilisation (60 pour cent). Les personnes ayant encouru des dépenses directes de santé ont déboursé 664 HTG en moyenne en 2012. En 2013, ce chiffre avait augmenté de 55 pour cent, passant à 1032 HTG (ECVMAS 2012 et 2013) (cf. le chapitre 5 pour plus de détails). Cette augmentation des dépenses directes non seulement décourage et retarde l'utilisation des services de santé en cas de besoin, mais risque également de faire basculer les personnes dans la pauvreté, ou de les faire s'y enfoncer plus profondément encore. Les dépenses directes limitent également la capacité redistributive des systèmes de financement de la santé à permettre que les ressources soient allouées en fonction des besoins plutôt que de la capacité à payer.

Une analyse de l'impact des dépenses directes sur le bien-être des ménages apparaît dans le chapitre 5 consacré à l'accès aux services de santé.

Financement extérieur

Une hausse importante du financement extérieur³⁸ a suivi le tremblement de terre de 2010 en Haïti, mais ce financement baisse désormais de façon spectaculaire. Le financement extérieur a commencé à augmenter en 2003-04, pour atteindre son apogée à la suite du tremblement de terre de 2011, lorsqu'il représentait 69 pour cent des DTS. De 2003 à 2014, le financement extérieur en part des DTS a augmenté de façon significative en Haïti, beaucoup plus que dans les PFR, mais en présentant une plus grande volatilité (figure 4.9). Le financement extérieur a cependant diminué de façon spectaculaire depuis 2011, passant de 69 pour cent des DTS en 2011, à 33 pour cent des DTS en 2014, ce qui est inférieur à la moyenne de 38 pour cent des DTS pour les PFR.

La baisse du financement extérieur soulève la question de la durabilité des programmes d'investissement. Les contributions aussi bien



38 Le financement extérieur comprend toute l'aide extérieure disponible dans un pays. Il peut financer, entre autres, des contributions gouvernementales intra-budgétaires (c'est-à-dire qu'il fait partie de la variable des « dépenses de santé des administrations publiques » de la figure 4.3) et le secteur privé, par exemple, via des organisations à but non lucratif telles que les ONG (autre variable de la figure 4.3). Ainsi, le financement extérieur fait partie du financement public et privé discuté dans les sections précédentes. Cependant, étant donné l'importance du financement extérieur en Haïti, cette sous-section a été jugée nécessaire. Veuillez noter qu'en raison du fait que la grande majorité de l'aide extérieure est canalisée par les ONG, le modèle trouvé pour la variable « financement extérieur » de la figure 4.9 est similaire à la variable « institutions à but non lucratif au service des ménages » (telles les ONG) de la figure 4.3.

TABLEAU 4.1 : Fonds extérieurs intra- et extrabudgétaires pour la santé en pourcentage de l'ensemble des fonds externes pour la santé : Haïti, 2010-11 à 2014-15

Millions d'HTG

	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15
Budget de fonctionnement	2040	2209	2591	3059	3321
Trésor public, PIP (intra-budgétaire)	570	372	532	612	434
Financement extérieur, PIP (intra-budgétaire)	–	–	8947	3418	1760
Financement extérieur, MGAE (extrabudgétaire)	47 110	117 016	234 884	185 241	9060
Fonds extérieurs intra-budgétaires pour la santé, en % de l'ensemble des fonds extérieurs destinés à la santé (extrabudgétaire)	–	–	4 %	2 %	19 %
Fonds extérieurs extrabudgétaires pour la santé, en % de l'ensemble des fonds extérieurs pour la santé	–	–	96 %	98 %	81 %

Sources : Le Moniteur; BOOST 2015; base de données du MGAE pour la santé, <https://haiti.ampsite.net>.

Remarque : –=non disponible; MGAE=Module de gestion de l'aide externe; PIP=Programme d'investissement public.

intra- qu'extrabudgétaires des bailleurs de fonds, sont en baisse depuis 2012-13. De leurs plus hauts niveaux, de 2012-13 à 2014-15, les contributions extrabudgétaires ont été divisées par 25, tandis que les contributions intra-budgétaires ont été divisées par cinq (cf. le tableau 4.1), 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 diminution du financement extérieur. Une grande partie des ressources extérieures est actuellement utilisée pour financer les coûts de fonctionnement tels que les vaccins, le personnel de santé et les produits médicaux (MSPP, 2014). Le ratio des dépenses de fonctionnement / dépenses en capital, est légèrement plus élevé pour les programmes du secteur de la santé (73 pour cent) que pour ceux des autres secteurs. Avec le retrait des financements extérieurs, le Gouvernement haïtien doit commencer à payer ces dépenses récurrentes pour assurer le maintien de l'investissement en capital ainsi que 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, car le financement extérieur diminue rapidement en Haïti. 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 peut ne pas être en mesure de planifier ni prendre en charge les frais d'entretien et de fonctionnement des institutions sanitaires.

Le financement extérieur de la santé est en grande partie extrabudgétaire, avec une supervision limitée du Gouvernement. Ni le Trésor ni le MEF ne surveillent les dépenses financées par les bailleurs de fonds. Dans le but d'améliorer son suivi, le Ministère du Plan et de la Coopération Extérieure a commencé à regrouper les informations sur les projets financés par les bailleurs de fonds à travers son Module de Gestion de l'Aide Externe (MGAE), créé en 2009, et qui dispose de données à partir de 2010. En moyenne, 95 pour cent du financement extérieur était extrabudgétaire au cours des trois dernières années³⁹, bien que ce



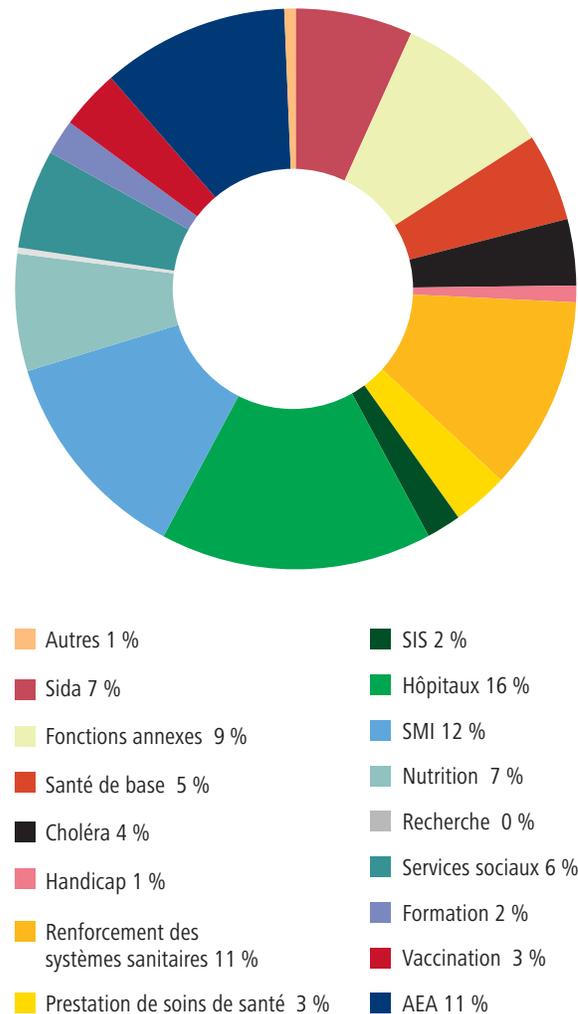
39 Le soutien extrabudgétaire apporté aux projets comprend le financement de projets menés conjointement avec le secteur privé et les ONG, ainsi que de certains projets mis en œuvre par les bailleurs et les organisations multilatérales. Dans la mesure où le MEF n'est pas impliqué dans la gestion de ce type de soutien, il est exclu de toute discussion de planification ou de collaboration, si bien que les bailleurs peuvent plus facilement contrôler la sélection du type de projets à financer ainsi que le calendrier de la mise en œuvre. Les financiers choisissent cette approche pour contourner les règles existantes en matière d'exécution du budget, pour éviter les plafonds budgétaires macroéconomiques, pour se conformer aux lignes directrices des pays bailleurs, pour renforcer la société civile ou parce qu'ils sont convaincus que les organismes gouvernementaux sont inefficients ou corrompus. Le fait que cette approche de financement ait recours à des systèmes de gestion financière extérieurs aux structures gouvernementales existantes est susceptible de créer des unités de mise en œuvre parallèles (Stierman et al., 2013).

pourcentage ait tendu à baisser, passant de 96 pour cent à 81 pour cent de 2012-13 à 2014-15 (tableau 4.1)⁴⁰. En l'absence d'un mécanisme fonctionnel de coordination des bailleurs de fonds, il est difficile au MSPP de canaliser efficacement ce financement extérieur conformément au Plan directeur de santé, en raison du fait, également, que ce plan n'a été ni chiffré ni priorisé.

Le financement extérieur doit être davantage coordonné et aligné sur la charge de morbidité en Haïti. Il est difficile de suivre la façon dont le financement extérieur est utilisé en Haïti. Chaque bailleur de fonds a sa propre politique concernant le décaissement, l'approvisionnement et les systèmes d'audit, et beaucoup effectuent les versements directement aux prestataires de services ou aux ONG (qui travaillent directement avec les prestataires de services), contournant ainsi le MSPP, avec, de plus, des coûts de transaction élevés. Après compilation des informations concernant les programmes clés des bailleurs de fonds dans le secteur de la santé, la présente étude a révélé que le financement extérieur pourrait être mieux aligné sur la charge de morbidité en Haïti. La réhabilitation hospitalière représente la plus grande part du financement extérieur, soit 16 pour cent (un cinquième) (cf. figure 4.10). Et pourtant, les trois principales causes concernant les années de vie corrigées du facteur d'invalidité, à savoir le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les infections respiratoires aiguës, et la diarrhée, pourraient être traitées grâce à des interventions de soins de santé préventifs et primaires plutôt que des services fournis au niveau des hôpitaux.

Les exemples existants d'alignement des bailleurs de fonds concernant des programmes spécifiques, devraient être exploités et mis à l'échelle par le MSPP, de sorte qu'Haïti puisse harmoniser les sources extérieures de financement pour la santé. À l'heure actuelle, les activités des partenaires externes ne sont pas entièrement coordonnées, ce qui rend difficile la planification et la mise en œuvre des programmes sectoriels de santé. La Table Sectorielle, qui rassemble le Ministre de la Santé et les bailleurs de fonds pour discuter des défis du système de santé, ne se réunit pas régulièrement. Bien que des efforts

FIGURE 4.10 : Part des fonds extérieurs pour la santé engagés pour des programmes axés sur des maladies spécifiques : Haïti, 2014



Source : Estimations faites à partir de la base de données du MGAE, 2016.

Remarque : Sida=Syndrome d'immunodéficience acquise; SIS=Systeme d'information sanitaire; SMI=Santé maternelle et infantile; AEA=Approvisionnement en eau et assainissement.

intermittents aient été faits pour coordonner le financement des bailleurs de fonds (tels que la décision de cartographier la contribution des bailleurs aux agents de santé communautaires d'après leur localisation), la Table Sectorielle fonctionne souvent comme un mécanisme pour les demandes ad hoc et urgentes. En conséquence, elle n'a pas conduit à une prise de décision commune par le MSPP et les bailleurs de fonds.



40 Cette baisse s'explique par le fait que le financement extrabudgétaire a diminué de 25 pour cent, tandis que le financement extérieur intra-budgétaire a diminué de 5 pour cent, et le financement du trésor public de 1,2 pour cent. Ainsi, le financement intra-budgétaire représentait une part plus importante de l'ensemble du financement extérieur pour le secteur de la santé.

Des expériences positives d'alignement des bailleurs concernant certains programmes spécifiques ont vu le jour. Le MSPP a, par exemple, dirigé l'élaboration d'un manuel national de financement basé sur les résultats (FBR), qui aligne des bailleurs clés tels que la Banque mondiale, l'Agence des États-Unis d'Amérique pour le Développement International (USAID), et le Fonds

mondial (à partir de 2016) concernant un mécanisme d'achat basé sur les résultats pour les soins primaires. Les mêmes mécanismes et indicateurs sont utilisés. Bien que ce projet de FBR constitue un bon exemple d'alignement des bailleurs, une faiblesse de cette approche est qu'elle est encore à 100 pour cent financée par les bailleurs de fonds.

Mutualisation

Les mécanismes de prépaiement actuels sont largement insuffisants en Haïti et ne couvrent qu'une faible part de la population. Un aspect important de la CSU est de passer de la dépendance envers les paiements directs comme principale source de financement à des sources mises en commun et prépayées (tableau 4.2). La mutualisation comprend les assurances prépayées ainsi que les dépenses du Gouvernement, qui constituent une forme de mutualisation implicite où le prépaiement se fait sous forme de taxes. Cependant, comme indiqué plus haut, les dépenses publiques sont une source relativement faible de financement et ne représentent que 6 pour cent des dépenses des administrations publiques (GGE). Les régimes d'assurance prépayée sont insuffisamment développés et couvrent moins de 5 pour cent de la population. La majorité des personnes qui sont couvertes par une assurance maladie vivent dans la région métropolitaine. L'Office d'Assurance Accidents du Travail, Maladie et Maternité (OFATMA) couvre environ 5 pour cent de la population, et d'autres mécanismes communautaires de financement de la santé couvrent moins de 1 pour cent. Peu d'informations sont disponibles sur les assurances commerciales, à part le fait qu'il existe neuf régimes privés d'assurance volontaire en Haïti (Wright, 2015). On ne dispose cependant pas d'informations claires concernant le nombre d'inscrits ni la population cible. Les initiatives d'assurance maladie volontaire lancées par *Partners in Health* (PIH) et le Développement des Activités de Santé en Haïti (DASH), sont les mécanismes communautaires d'assurance santé les plus connus. Grâce au financement de la Banque interaméricaine

de développement (BID), le DASH offre une carte de santé prépayée basée sur le marché et à faible coût, qui donne à 100 000 Haïtiens ayant un faible revenu un accès limité à des soins de santé de base de qualité (BID, 2013). En 2013, le DASH⁴¹ couvrait 40 000 personnes (*Le Nouvelliste*, 2013), soit 0,04 pour cent de la population, mais il visait à couvrir 100 000 personnes, soit 1 pour cent de la population. Le taux de couverture des régimes d'assurance prépayés est similaire à celui de nombreux PFR, et bien inférieur à celui des pays voisins (cf. le tableau 4.3 pour un examen détaillé des systèmes existants).

L'OFATMA est le principal assureur santé en Haïti. Il s'agit d'une institution publique autonome sous la tutelle administrative du Ministère des Affaires sociales⁴². La mission de l'OFATMA est de gérer les régimes d'assurance contre les risques liés à la santé, aux accidents et à la maternité. L'OFATMA a commencé par offrir une assurance contre les accidents du travail (depuis 1967) pour le secteur privé, puis a élargi son champ à l'assurance maternité en 1975, mais celle-ci n'a été mise en pratique qu'en 2014. Ce régime d'assurance sociale est obligatoire pour tous les travailleurs, selon une loi de 1967. Cependant, les entreprises ne l'ont pas toutes souscrit pour leurs employés. Aujourd'hui, l'OFATMA couvre jusqu'à 5 pour cent de la population et vise quatre groupes : (1) 88 000 fonctionnaires et les personnes à leur charge (environ 440 000 personnes au total, en supposant que les ménages comprennent 5 membres) : pour eux, ce régime est obligatoire et sa gestion a été transférée du secteur privé à l'OFATMA



41 En 2003, le Fonds multilatéral d'investissement (MIF), qui fait partie du Groupe de la Banque interaméricaine de développement, a approuvé un don de 827 807 dollars pour un projet avec le DASH (MIF 2013). En 2013, le DASH a inscrit 40 000 patients. Les fonds de la BID ont été particulièrement utiles à la promotion du DASH ainsi que pour informer la population des avantages présentés par les mécanismes de prépaiement.

42 L'OFATMA est également supervisé par la Coordination Nationale de l'Assurance Maladie (CONAM), ainsi que par CARROSSE, qui est le conseil d'administration.

TABEAU 4.2 : Caractéristiques des systèmes de financement de la santé, Haïti

	Dépenses publiques financées par les recettes générales	OFATMA	Assurance santé privée	Régime d'assurance maladie volontaire (DASH)	Dépenses directes des ménages
Population cible et part de la population couverte	Ensemble de la population (mais environ 40 pour cent de la population n'a pas accès aux services de santé et de nutrition essentiels)	Environ 5 pour cent de la population (440 000 personnes), soit 88 000 fonctionnaires et les personnes qui sont à leur charge, les employés du secteur privé et les personnes à leur charge, ainsi que 2000 personnes du secteur informel	Non connue mais estimée être < 1 pour cent	Non connue mais estimée être < 1 pour cent; généralement, secteur informel	Plus de 93 pour cent des institutions sanitaires facturent des honoraires; ceux qui ne sont pas couverts par d'autres régimes
Mode de participation	Ouverte à l'ensemble de la population	Obligatoire pour les fonctionnaires, volontaire pour le secteur privé et le secteur informel	Volontaire	Volontaire	Volontaire, dépend de la volonté du ménage de payer
Source des revenus	Taxes (le régime fiscal est actuellement régressif car les recettes fiscales du pays dépendent fortement des impôts indirects), ainsi que le financement externe	Cotisations à l'assurance maladie non liées au risque Deux régimes offrant divers services : un régime pour les employés gagnant moins de 25 000 HTG et un régime pour les employés gagnant plus de 25 000 HTG Fonctionnaires : 30 pour cent sont financés par les fonctionnaires, et 70 pour cent sont financés par le Gouvernement Secteur privé : 3 pour cent sont prélevés sur le salaire de l'employé et 3 pour cent sont payés par l'entreprise; il en va de même pour le secteur informel Secteur informel	Primes	Différents paquets de services à un coût compris entre 68 HTG (1 \$) et 685 HTG (10 \$) par mois Avantage santé (pilote) : frais de 1500 HTG pour six mois Don de la BID couvrant les frais de commercialisation	Volontaire : revenu disponible des ménages et épargne

en 2014; (2) les employés d'entreprises privées ayant passé un accord : l'assurance contre les accidents est obligatoire, mais les entreprises ne la souscrivent pas toutes pour leurs employés et le nombre d'employés bénéficiant d'une assurance contre la maladie et les accidents du travail n'est pas connu; (3) les employés du secteur informel qui sont syndiqués au sein d'une organisation/d'un syndicat: ce régime est volontaire

et ne couvre que 400 personnes, qui travaillent à l'aéroport (casquettes rouges) ainsi que 100 femmes et les personnes à leur charge⁴³; et (4) les employés du secteur formel (volontaire) (OFATMA, 2015).

Le financement de l'OFATMA est fragmenté. Une taxe mensuelle de 3 pour cent est prélevée sur les salaires des employés du secteur privé, et est complétée



43 Ce régime, connu sous le nom *Kat wòz konbit solidarite* ou Carte rose, ne sera pas prolongé, car l'OFATMA n'a pas reçu la subvention du Gouvernement à cet effet (2 pour cent du budget du Gouvernement).

	Dépenses publiques financées par les recettes générales	OFATMA	Assurance santé privée	Régime d'assurance maladie volontaire (DASH)	Dépenses directes des ménages
Niveau de mutualisation et de redistribution	National	National, mais couvrant principalement l'Ouest, et pas de mutualisation distincte entre les régimes des fonctionnaires et ceux du secteur privé		Niveau du régime	Pas de mutualisation interpersonnelle
Cofinancement	93 pour cent des institutions sanitaires font payer des frais d'utilisation	50 HTG pour aller chez le médecin généraliste, et 100 HTG pour aller chez un spécialiste; 20 pour cent pour les services paramédicaux (laboratoire, médicaments, radiographie)	Variable selon les régimes	Ticket modérateur de 75 HTG pour avoir accès à des médicaments génériques et des analyses de laboratoire gratuits (Avantage santé)	Cofinancement entier (il n'y a pas de prépaiement)
Prestations	Le paquet de prestations n'est pas mis en œuvre, de sorte qu'il varie selon les régions en fonction de la disponibilité et de la capacité opérationnelle. Il y a un rationnement implicite.	Assurance maladie: consultation des SSP, examen de laboratoire, médicaments, séjour à l'hôpital, visites régulières à l'hôpital, frais de maternité, soins dentaires et préventifs, transport en ambulance, soins optiques; les soins préventifs ne sont pas couverts. Assurance professionnelle: accident, perte d'un membre, frais funéraires. Les prestations varient selon le statut professionnel.	Variable selon les régimes	Soins préventifs et services de SSP de base ainsi que chirurgie	s. o.
Système de Référence	Système de référence, en théorie, mais il n'est pas mis en œuvre	Référence non requise	Inconnu	Référence requise	Pas de référence requise

Source: Banque mondiale, 2016a.

Remarque: s. o.=sans objet; DASH=Développement des Activités de Santé en Haïti; HTG=gourde haïtienne; BID=Banque interaméricaine de développement; OFATMA=Office d'Assurance Accidents du Travail, Maladie et Maternité; SSP=Soins de santé primaires.

par le même pourcentage payé par les employeurs. Cette taxe couvre les employés et les personnes à leur charge. Les fonctionnaires cotisent jusqu'à 30 pour cent de la prime, et le MEF, jusqu'à 70 pour cent. Les travailleurs informels paient 100 HTG par mois pour une adhésion individuelle. Ce financement est censé être complété par une allocation publique de 600 HTG par personne (OFATMA, 2015), mais elle n'a pas encore été fixée (Lamaute-Brisson, 2015). Bien que l'OFATMA gère quatre groupes, il est organisé en deux

ensembles. Le régime des fonctionnaires constitue un ensemble, et l'ensemble regroupant les cotisations des secteurs formel et informel est géré séparément. Étant donné qu'il n'existe pas de mutualisation croisée entre ces deux fonds, les dispositifs d'égalisation des risques sont limités. La viabilité financière des régimes gérés par l'OFATMA est également discutable. La prime des régimes de fonctionnaires n'a, par exemple, pas changé en 15 ans, et l'OFATMA ne sait pas exactement combien de fonctionnaires font partie du programme,

Tableau 4.3 : Couverture de l'assurance maladie en Haïti et dans d'autres pays

	Population couverte		Paquet de prestations	Protection financière (niveau des dépenses directes en pourcentage des dépenses totales de santé)	
	Cible	Assurance maladie ou services subventionnés par le Gouvernement			
		Assurés (%)			Non assurés (%)
Ghana	Ensemble de la population	54	46	Complet	27
Indonésie	Ensemble de la population	63	37	Complet	38
Rwanda	Ensemble de la population	92	8	Complet	22
Vietnam	Ensemble de la population	42	58	Complet	58
Haïti	Fonctionnaires, avec élargissement au secteur privé formel	5	95	Incomplet	41
Inde	Personnes en dessous de la ligne de pauvreté	8	92	En milieu hospitalier (avec pilote externe)	61
Kenya	Secteur formel	20	80	En milieu hospitalier (avec pilote externe)	43
Mali	Ensemble de la population	3	97	Complet	53
Nigéria	Fonctionnaires, avec élargissement au secteur informel	3		Complet	59

Source : Banque mondiale, 2016b ; adapté de Lagomarsino et al., 2012.

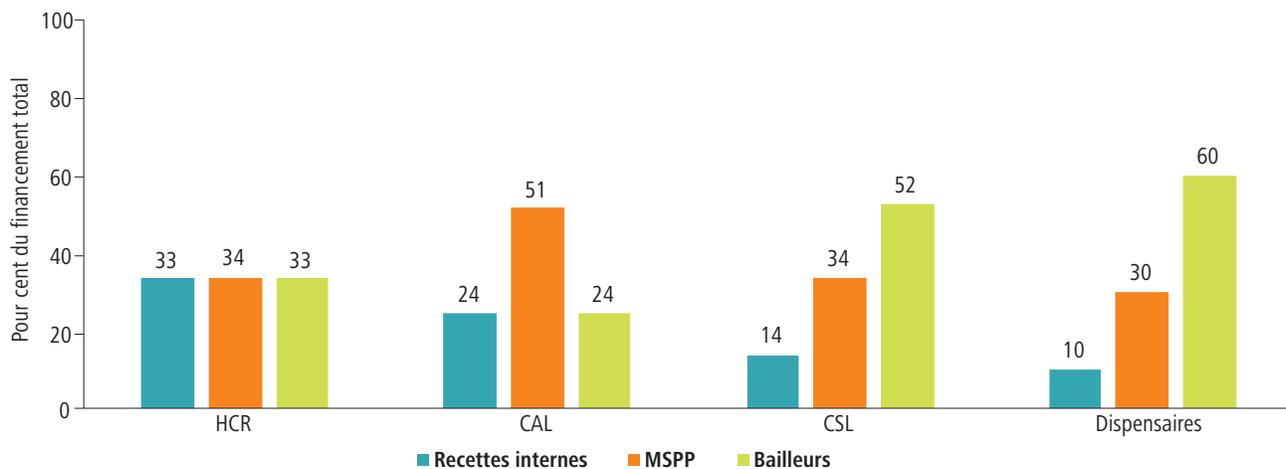
parce que cette information n'a pas été fournie par le Gouvernement. Ainsi, l'OFATMA ne sait pas si le programme est financièrement viable à partir des cotisations des employés et du MEF. Parce que l'OFATMA est perçu comme une entité de gestion plus qu'un assureur, il ne dispose pas de mécanisme permettant d'améliorer le régime des fonctionnaires. De plus, le MEF a souvent du retard dans ses remboursements à l'OFATMA, ce qui pose des problèmes de solvabilité et entraîne des retards dans les paiements aux prestataires. Cette situation affecte l'image de l'OFATMA, car les prestataires perçoivent ce retard comme relevant de la responsabilité de l'OFATMA.

L'OFATMA offre plusieurs paquets de prestations qui varient en fonction du salaire de l'assuré. Toutefois, les soins préventifs ne sont pas couverts. Deux régimes existent pour le secteur privé, l'un étant destiné aux employés gagnant 25 000 HTG ou moins par mois, et l'autre, destiné aux employés gagnant plus de 25 000 HTG par mois. Les trois régimes destinés aux fonctionnaires sont basés sur le salaire de l'assuré. Dans

l'ensemble, aussi bien les secteurs formel qu'informel auraient droit aux services suivants : consultations de soins de santé primaires, examens de laboratoire, médicaments, hospitalisation, visites régulières à l'hôpital, frais de maternité, soins dentaires et préventifs, transport en ambulance, et soins optiques (OFATMA, 2015). Les soins préventifs ne sont cependant pas couverts. Ceux qui gagnent moins de 25 000 HTG doivent rembourser moins que ceux qui gagnent plus. Les patients ayant une assurance OFATMA bénéficient de services dans les établissements de l'OFATMA, qui comprennent trois hôpitaux et un réseau de 37 institutions sanitaires. Pour éviter la demande induite par le prestataire, il existe une quote-part de 50 HTG par consultation externe, et de 100 HTG par visite chez un spécialiste. Les fonctionnaires et les employés du secteur privé doivent payer 20 pour cent du montant total des services paramédicaux (laboratoire, radiographies, et médicaments).

L'assurance maladie de l'OFATMA exclut les chômeurs et est moins inclusive en ce qui concerne les personnes à la charge des travailleurs informels.

FIGURE 4.11 : Financement des institutions sanitaires de soins de santé primaires par source (HTG) : Haïti, 2013



Sources : Banque mondiale, USAID, et MSPP 2013.

Remarque : CAL=centre de santé avec lits; CSL=centre de santé sans lits; HCR=hôpital communautaire de référence; HTG=gourde haïtienne; MSPP=Ministère de la Santé Publique et de la Population.

Cette assurance maladie n'est offerte qu'à ceux qui sont employés, ce qui est problématique, car le taux de chômage en Haïti est de 30,1 pour cent (Singh et Barton-Dock, 2015), alors que ce sont les chômeurs qui sont les plus susceptibles d'encourir des dépenses de santé catastrophiques (DSC). L'OFATMA a tenté à titre expérimental de passer un contrat avec des associations de travailleurs informels. Il semble toutefois difficile d'étendre ce programme, et la façon dont les personnes à la charge des travailleurs informels sont incluses dans le programme, pose problème⁴⁴.

Le renforcement des capacités de gestion efficiente des régimes d'assurance existants serait

indispensable pour une expansion future de la couverture. En 2013, l'OFATMA est parvenu à faire baisser le temps nécessaire pour rembourser le prestataire de six mois à 45 jours, grâce à la mise en place d'un logiciel de gestion des demandes de règlement. Toutefois, l'OFATMA ne dispose pas de compétences internes assurantielles ou actuarielles qui lui permettraient d'estimer le coût des services de santé qu'il couvre, ou la prime par habitant, en fonction du nombre d'inscrits. En 2013, l'OFATMA s'est appuyé sur une entreprise pour procéder à une telle analyse, mais idéalement ce travail devrait être fait en interne ou en partenariat avec une organisation pouvant renforcer les capacités techniques de l'OFATMA.

Achats

Les achats stratégiques sont limités en Haïti en raison de la fragmentation des flux de financement de la santé et du système de prestation de services. Toutes les institutions sanitaires, indépendamment de leur statut de propriété, rendent compte aux directions

départementales sanitaires. La plupart des institutions sanitaires reçoivent un financement basé sur les intrants, et provenant d'un certain nombre de sources. Une étude portant sur 45 institutions sanitaires de soins de santé primaires (SSP), menée par la Banque



44 Les enfants des travailleurs du secteur informel et ceux des travailleurs de l'économie formelle n'ont pas un accès égal à l'assurance maladie. Les fonctionnaires et les travailleurs de l'économie formelle ont droit à la prise en charge gratuite de quatre personnes. En revanche, les travailleurs du secteur informel doivent payer une cotisation mensuelle de 55 HTG par enfant. Dans la mesure où la plupart des travailleurs du secteur informel sont pauvres (ils vivent avec 2,25 dollars ou moins par jour) et ont en moyenne cinq personnes à charge (ECVMAS 2012), le fait de payer 100 HTG par mois plus 275 HTG (55 HTG par personne à charge), les pousserait à consacrer 10 pour cent de leur salaire à la santé chaque mois, ce qui est nettement supérieur à la taxe de trois pour cent prélevée sur les travailleurs salariés.

mondiale dans trois départements en 2013, a révélé que les institutions sanitaires dépendent généralement de trois sources de financement : divers bailleurs de fonds (source principale), le MSPP/le financement public, et les recettes internes/les frais d'utilisation (figure 4.11). En raison de la complexité des structures de propriété et de la fragmentation des flux financiers vers les institutions sanitaires, les achats stratégiques sont limités dans la pratique.

Parce qu'il n'existe pas de paquet de prestations priorisées, chaque prestataire fournit tous les services qu'il juge nécessaires. En l'absence d'achats stratégiques, les ONG et les prestataires privés ne fournissent pas nécessairement de services alignés sur le paquet minimum de services de santé défini en 2006 par le MSPP. En théorie, les institutions sanitaires du MSPP sont censées mettre en œuvre ce paquet, mais personne ne vérifie que tel est le cas. Comme mentionné précédemment, le MSPP a récemment élaboré un paquet essentiel de services (PES), mais ce paquet n'a ni été priorisé ni chiffré. Habituellement, les paquets de services de santé essentiels (PESS) mettent l'accent sur la santé génésique, la santé maternelle et infantile (SMI), les maladies non transmissibles (MNT) et la santé mentale. En Haïti, le PES va au-delà de cette liste de services de base (OMS, 2008). Par exemple, le nouveau projet de PES offre des traitements en matière de fertilité et de cancer⁴⁵. De plus, le PES ne fournit pas de vue d'ensemble des intrants nécessaires (médicaments et équipements, en particulier) par niveau de soins (dispensaire, centre de santé, HCR). Le PES est donc différent de son prédécesseur, qui comprenait au moins une liste de médicaments et d'équipements par niveau, ainsi que le nombre minimum de personnel par niveau. Étant donné qu'aucun système de santé, celui d'Haïti y compris, ne dispose de suffisamment de fonds pour couvrir tous les services pour tous les citoyens, il est très peu probable que le PES puisse être mis en œuvre dans la pratique, à moins qu'il ne soit priorisé et fasse l'objet d'une estimation des coûts.

Les institutions sanitaires ont une autonomie financière limitée, et les prestataires rendent peu compte des résultats aux acheteurs. Les institutions sanitaires du MSPP ne reçoivent pas d'allocations budgétaires qu'elles pourraient utiliser. Au lieu de cela, le MSPP paie les salaires du personnel de santé au niveau

départemental via les directions financières départementales. Pour le reste, les institutions sanitaires du MSPP doivent formuler des demandes auprès de la direction départementale sanitaire, afin de payer les dépenses non salariales telles que les services, les médicaments et les fournitures. Les institutions sanitaires du MSPP comptent habituellement sur les frais d'utilisation pour acheter les médicaments et les fournitures médicales.

Dans la mesure où ces institutions sanitaires n'ont pas de contrôle sur un budget, elles sont peu en mesure d'utiliser des ressources pour améliorer la prestation des services. Les institutions sanitaires de second niveau du MSPP, telles que les HCR et les hôpitaux, ont plus de poids, car elles reçoivent des fonds des autorités financières départementales destinés aux dépenses non salariales. Pour les institutions sanitaires des ONG, le mécanisme typique de paiement des prestataires utilisé par l'ensemble des ONG locales et internationales chargées de la prestation des services de santé est celui des postes budgétaires. Traditionnellement, le siège social d'une ONG gère les aspects financiers des institutions sanitaires, rémunère le personnel, et gère le décaissement pour les lignes spécifiques. Les agents de santé recrutés par les ONG reçoivent des salaires plus élevés que le personnel recruté par le MSPP, en particulier en ce qui concerne les médecins. Dans une étude menée dans trois départements (Centre, Nord-Est et Nord-Ouest), les médecins recrutés par les ONG étaient payés 58 pour cent de plus que les médecins recrutés par le MSPP. Il se peut que cette incitation contribue à la plus grande productivité du personnel médical dans les institutions sanitaires des ONG, tel que confirmé par l'ensemble des données de l'Évaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé (EPSSS) (cf. la discussion des ressources humaines au chapitre 6).

Les achats stratégiques sont également limités au sein de l'OFATMA. Il n'y a pas de système d'accréditation entre l'OFATMA et ses institutions sanitaires et hôpitaux sous contrat. Quarante-trois médecins sont affiliés à l'OFATMA, ainsi que quatre laboratoires, trois pharmacies, et deux fabricants de lunettes (OFATMA, 2015). Les institutions sanitaires et les médecins perçoivent une quote-part des patients au moment de la prestation de services. L'OFATMA rembourse ensuite le



45 Le paquet de services essentiels n'a été lancé et rendu accessible au public qu'en septembre 2016.

prestataire de la différence. L'OFATMA offre une incitation financière aux médecins qui reçoivent des patients assurés dans un hôpital de l'OFATMA.

Le MSPP a récemment renforcé des outils devant encourager la réactivité des prestataires-acheteurs. Il a développé plusieurs outils pour contrôler les ressources et la production de services de santé au niveau national. Chaque institution sanitaire, indépendamment de son type, doit présenter aux directions départementales sanitaires un rapport sur l'utilisation des services de SSP, qui est transmis à l'Unité de planification et d'évaluation (UPE) au MSPP, pour y être soumis à un contrôle de qualité et un suivi. Grâce à son nouveau système d'information de gestion de la santé (SISNU), le MSPP peut mieux surveiller la prestation des soins. Par exemple, l'UPE procédera à un suivi auprès des directions départementales sanitaires dans le cas de données incohérentes ou d'une faiblesse alarmante des indicateurs de couverture de l'utilisation des services clés de santé.

Plusieurs ONG financées par l'USAID ont amélioré la couverture des services en passant un contrat avec des prestataires sur la base du financement basé sur les résultats (FBR). Grâce à un financement de l'USAID, Management Sciences for Health (MSH) a sous-traité la prestation de services de santé pour l'ensemble des 27 ONG à travers le projet Santé pour le Développement et la Stabilité d'Haïti (SDSH) à partir de 2007. MSH a non seulement sous-traité les services, mais a également mis en œuvre des mécanismes de financement basés sur la performance. Elle a travaillé avec chaque ONG afin de fixer des objectifs de prestation de services et des incitations sur la base de la performance historique de l'organisation, et de se mettre d'accord sur un budget. MSH déboursait 95 pour cent du financement budgétisé aux ONG sur une base trimestrielle après avoir reçu les informations nécessaires (telles que les rapports de données et un plan d'action), conservant 5 pour cent du financement budgétisé

pour des incitations. Ainsi, l'ONG recevait le pourcentage le plus faible (95 pour cent) du financement budgétisé si elle n'atteignait aucun de ses objectifs de service, et le pourcentage le plus élevé (105 pour cent) si elle atteignait tous les objectifs ciblés fixés par SDSH pour la fin de chaque année. Une évaluation de 2009 a révélé que les institutions sanitaires des ONG faisant partie de ce dispositif obtenaient de meilleurs résultats que celles du reste d'Haïti en termes de couverture vaccinale complète, de soins prénatals, d'accouchements assistés, et de soins postnatals (Eichler, Auxila et Pollock, 2001 ; Eichler et Levine, 2009). Une étude plus récente a confirmé ces conclusions et a montré que l'ajout d'incitations basées sur la performance, de formation et d'assistance technique, destinées aux institutions sanitaires non gouvernementales en Haïti, permettait une augmentation de 39 pour cent des services clés sur une période de trois ans. Pour les enfants de moins de 1 an et les femmes enceintes, les augmentations de services étaient à la fois statistiquement significatives et d'ampleur importante, à savoir de 1,7 à 2,2 fois les taux de base (Zeng et al., 2013).

Le MSPP a récemment commencé à mettre en œuvre le FBR dans 10 pour cent des institutions sanitaires de SSP environ et commencera à payer les prestataires en fonction de la couverture et de la qualité des soins. Du fait de la mise en œuvre du FBR en mars 2016, quatre-vingt institutions sanitaires de SSP (50 financées par la Banque mondiale et 30 parrainées par l'USAID) sont payées via un mécanisme de paiements basés sur la production. Les 80 institutions sanitaires de SSP comprennent les dispensaires, les centres de santé et les hôpitaux communautaires de référence. Cinquante pour cent du financement sera alloué pour améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé, et jusqu'à 50 pour cent du financement total servira à payer le personnel de santé sur la base d'une grille d'indicateurs combinant des mesures de quantité et de qualité des soins (MSPP, 2014) (pour plus de détails, voir le chapitre 6).

ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ

Le taux d'utilisation des services ambulatoires en Haïti était faible en 2013, puisqu'il était d'environ 0,5 visites par personne et par an. Le MSPP a estimé à 0,58 le nombre de visites par personne en 2014-15 (MSPP, 2016), ce qui confirme une utilisation relativement faible. Toutefois, il existe de grandes variations selon les départements, et ce n'est que dans les départements de l'Ouest, du Nord et du Nord-Est que l'utilisation est plus élevée que la moyenne nationale. Deux départements, le Sud-Est et l'Artibonite, présentent des taux d'utilisation très faibles, avec moins de 0,4 visites par personne (IHE et ICF International, 2014).

Abordabilité

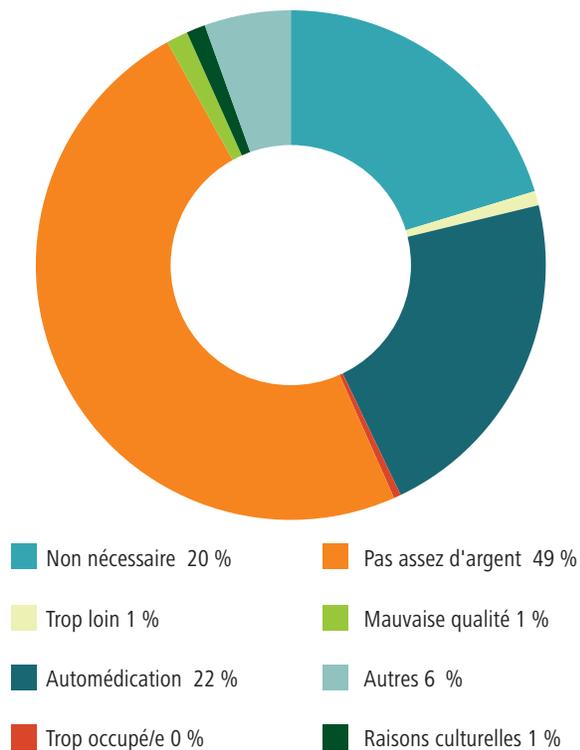
L'abordabilité est l'une des principales causes de la faible utilisation des services ambulatoires. En 2013, 24 pour cent des ménages déclaraient ne pas avoir consulté de prestataire de santé lorsque malades (ECVMAS, 2013). Parmi ceux-ci, 49 pour cent n'avaient pas consulté de prestataire faute de pouvoir se permettre de payer des soins (figure 5.1). Une faible accessibilité a également été constatée dans d'autres études en Haïti. Une étude indique par exemple que la plus grande partie de l'échantillon a déclaré ne pas recourir à des accoucheuses traditionnelles ni se rendre dans une institution sanitaire, lors de l'accouchement,

PHOTO CREDIT: LOGAN ABASSI / UNIMINUSTAH





FIGURE 5.1 : Obstacles cités à l'utilisation des services de santé en part des répondants à l'enquête : Haïti, 2012



Sources : Estimations de la Banque mondiale sur la base de l'ECVMAS, la Banque mondiale, et l'ONPES 2012; EMMUS 2012.

en raison du coût (Urrutia et al., 2012). La suppression des frais d'utilisation pour les services de santé maternelle et infantile dans plusieurs institutions sanitaires de Grand'Anse a conduit à une augmentation de 200 pour cent de leur fréquentation par rapport à ce qu'elle était dans le cadre du recouvrement des coûts (Altaras, 2009).

L'abordabilité est un problème particulièrement aigu pour les pauvres, dont les deux tiers n'ont pas recherché de soins en 2013. En 2013, 66 pour cent des ménages du quintile de richesse le plus bas n'avaient pas recherché d'aide médicale en raison du manque d'argent, contre 39 pour cent pour le quintile le plus riche, et 49 pour cent au niveau national

(Tableau 5.1). Une analyse plus approfondie a confirmé que les ménages plus aisés étaient davantage susceptibles de consulter un prestataire lorsque malades (estimations de la Banque mondiale basées sur l'ECVMAS 2013)⁴⁶. Du fait que les pauvres consultent moins souvent un prestataire de santé, leur niveau de DSC⁴⁷ est inférieur à celui du quintile le plus riche. Dans l'ensemble, l'incidence des DSC a augmenté pour toutes les catégories socio-économiques et géo-spatiales de 2012 à 2013, sauf pour le quintile le plus bas (figure 5.2). En effet, de 2012 à 2013, le quintile de richesse le plus bas a vu ses dépenses directes diminuer, alors que tous les autres quintiles de richesse ont vu leurs dépenses directes augmenter, en particulier les troisième et quatrième quintiles de richesse (tableau 5.2). La baisse des dépenses directes du quintile le plus bas pourrait s'expliquer par le fait que les plus pauvres n'utilisent pas directement les services de santé en cas de besoin, car ils savent qu'ils ne peuvent pas se permettre de les payer. 66 pour cent des ménages du quintile le plus bas renoncent en effet aux services de santé en raison de leur coût. Une analyse plus poussée confirme que l'appartenance aux quintiles les plus élevés ainsi qu'au troisième quintile est associée aux DSC en Haïti. Des études d'autres pays, tels que la Bolivie (Aguilar Rivera, Xu et Carrin, 2006) et l'Argentine (Cavagnero et al., 2006), confirment ces résultats et montrent que les ménages à revenu plus élevé sont davantage susceptibles de faire face à des DSC que les ménages les plus pauvres, tout simplement parce que les ménages les plus riches sont prêts à dépenser plus d'argent pour les services de santé.

L'abordabilité constitue un problème pour des services spécifiques. Les ménages encourrent des DSC du fait qu'ils se rendent dans une clinique privée ou subissent une hospitalisation. Une première analyse montre que la moyenne des dépenses directes des ménages est la plus élevée pour les hôpitaux et les médicaments (tableau 5.3). Une analyse de régression plus approfondie (voir les détails dans le tableau B.2 de l'annexe B) révèle deux des principales caractéristiques associées aux DSC. Premièrement, les ménages qui se rendent dans une clinique privée sont presque



46 Veuillez vous reporter à l'annexe B pour une analyse plus détaillée de l'accès.

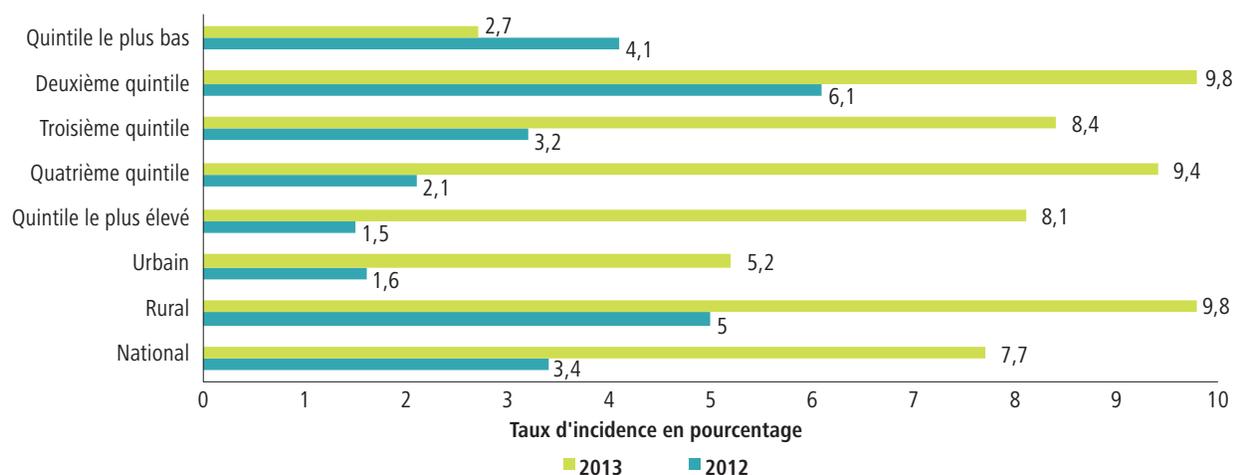
47 Les dépenses de santé catastrophiques sont une façon de mesurer la protection financière. Les dépenses de santé sont dites catastrophiques si les ménages consacrent un certain seuil de leur revenu ou de leur consommation non alimentaire à la santé. Les DSC sont considérées comme une mesure clé de la protection financière parce qu'elles évaluent si un système de santé est en mesure de protéger ses citoyens contre des difficultés financières extrêmes (Murray et al., 2003). Dans la présente étude, les DSC ont été estimées en utilisant le logiciel ADePT et sur la base de l'Enquête sur les Conditions de Vie des Ménages après le Séisme (ECVMAS). Un ménage encourt des DSC lorsqu'il alloue 25 pour cent ou plus de 25 pour cent de sa consommation non-alimentaire à la santé.

TABLEAU 5.1 : Comportements de santé et obstacles financiers à l'accès aux soins de santé par quintile de richesse : Haïti, 2013

Quintiles de richesse	Problèmes de santé signalés dans les 30 derniers jours (%)	N'ont pas recherché de soins pour des problèmes de santé signalés (%)	N'ont pas recherché de soins car « trop cher » (%)
Quintile le plus bas	16	35	66
Deuxième quintile	13	25	46
Troisième quintile	20	28	53
Quatrième quintile	18	17	42
Quintile le plus élevé	20	17	39
Niveau national	18	24	49

Source : Estimations de la Banque mondiale sur la base de l'ECVMAS 2013, de la Banque mondiale, et de l'ONPES 2014.

FIGURE 5.2 : Taux d'incidence des dépenses de santé catastrophiques par quintile de richesse : Haïti, 2012 et 2013



Source : Estimations de la Banque mondiale à partir des ECVMAS 2012 et 2013, en utilisant AdePT.

TABLEAU 5.2 : Dépenses directes de santé, par ménage et par habitant, selon le quintile de richesse : Haïti, 2012 et 2013

Quintiles de richesse	Par ménage			Par habitant		
	2012	2013	% changement	2012	2013	% changement
Quintile le plus bas	1498,57	1398,12	-7 %	189,46	162,23	-14 %
Deuxième quintile	2588,97	3409,05	32 %	340,49	405,99	19 %
Troisième quintile	2698,28	5773,08	114 %	437,14	797,51	82 %
Quatrième quintile	2999,27	5751,42	92 %	543,92	863,47	59 %
Quintile le plus élevé	6907,17	10845,31	57 %	1608,06	2249,90	40 %

Source : Estimations de la Banque mondiale à partir des données des ECVMAS 2012 et 2013.

Remarque : Les dépenses directes comprennent les frais d'utilisation pour les consultations, les frais d'hospitalisation, les médicaments, les fournitures médicales et les services auxiliaires, les prothèses et les lunettes. Ces montants sont exprimés en gourdes haïtiennes.

TABLEAU 5.3 : Dépenses de santé annuelles moyennes par habitant : Haïti, 2012 et 2013

	2012	2013	Taux de croissance
Total santé	664	1032	55 %
Hôpitaux	1197	844	-29 %
Lunettes	867	721	-17 %
Fournitures médicales	511	631	23 %
Consultations	205	327	60 %
Médicaments	758	1380	82 %
Examens de laboratoire	302	349	16 %

Source : Estimations de la Banque mondiale à partir des ECVMAS 2012 et 2013
Remarque : Ces montants sont exprimés en gourdes haïtiennes.

trois fois plus susceptibles d'encourir des DSC, ce qui est statistiquement significatif. Deuxièmement, les ménages dont l'un des membres est allé à l'hôpital au cours des 12 derniers mois sont trois fois plus susceptibles que les autres d'encourir des DSC ($p < 0,001$). Le lien entre les DSC, les prestataires privés, et l'hospitalisation, est bien documenté dans la littérature existante (Adhikari, Maskay et Sharma, 2009; Li, 2012; Brinda, Andres et Enemark, 2014). Les ménages qui consultent un guérisseur traditionnel sont également deux fois plus susceptibles d'encourir des DSC que les ménages se rendant dans un dispensaire public ou un centre de santé ($p < 0,05$). Il pourrait y avoir là matière à préoccupation, dans la mesure où les ménages

des quintiles de richesse les plus bas consultent plus souvent des guérisseurs traditionnels que les ménages des quintiles de richesse les plus élevés (tableau 5.4). Pourtant, la performance des guérisseurs traditionnels n'est ni réglementée ni surveillée et pourrait présenter des risques pour la santé des pauvres. Il existe également un lien entre les DSC et l'accès aux services spécialisés (tels que l'ophtalmologie). L'accès aux services spécialisés peut entraîner des coûts élevés en raison de l'achat de médicaments et des frais de consultation dans les hôpitaux.

Facteurs socio-économiques

Les facteurs socio-économiques influencent également le comportement de recours aux soins et la probabilité d'encourir des dépenses de santé catastrophiques, tandis que l'assurance maladie ne fait qu'inciter le recours aux soins. Les ménages dont le chef est une personne inactive sont 1,5 fois plus susceptibles de consulter un prestataire de soins de santé en cas de maladie que ceux dont le chef est une personne ayant un emploi ($p < 0,001$), ce qui reflète le fait que ces ménages comptent plus de membres âgés de plus de 65 ans, qui ont donc davantage besoin de services de santé (cf. les tableaux B.1 et B.2 de l'annexe B pour plus de détails sur les données décrites ici). Les ménages qui comptent une personne âgée (de 65 ans ou plus) sont 1,6 fois plus susceptibles d'encourir des

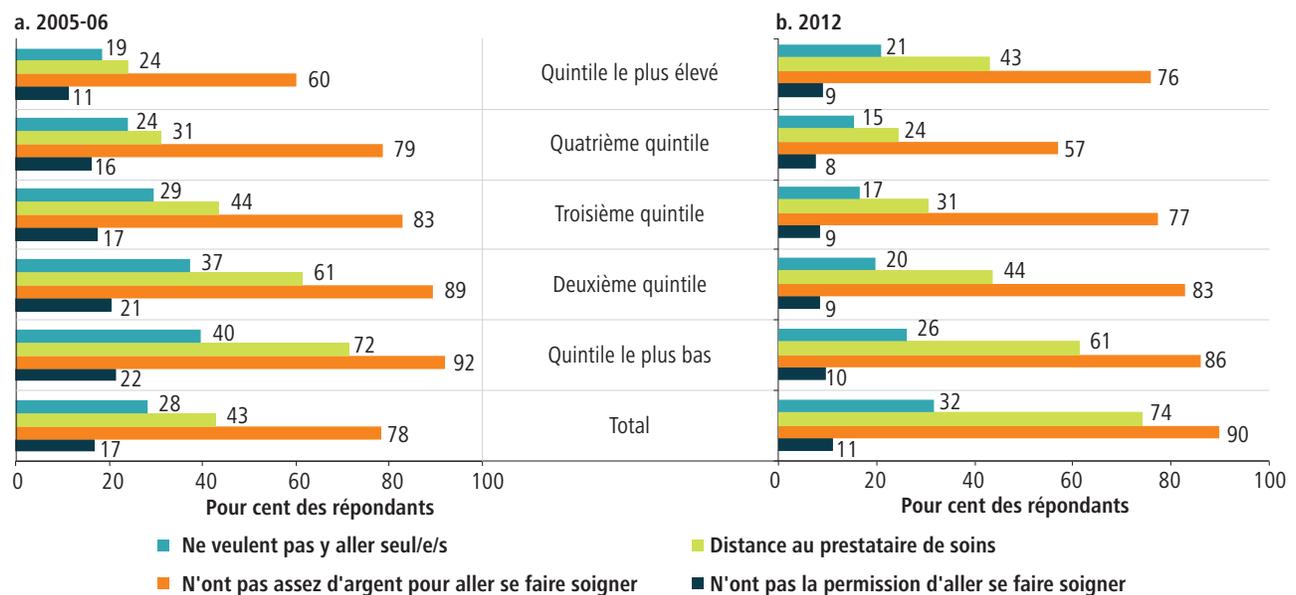
TABLEAU 5.4 : Utilisation des services de santé par quintile de richesse : Haïti

Pour cent

Quintiles de richesse	Dispensaire public	Hôpital public	Agent de santé communautaire	Guérisseur traditionnel	Prestataire privé	Pharmacie	Marchand ambulancier de médicaments	Autres	Total
Quintile le plus bas	23	23	13	6	17	1	9	5	100
Deuxième quintile	18	29	6	9	20	3	10	8	100
Troisième quintile	18	27	6	6	28	4	7	5	100
Quatrième quintile	18	28	4	5	31	5	4	5	100
Quintile le plus élevé	14	26	3	3	40	5	6	5	100
Total	18	27	6	6	28	4	7	5	100

Source : Estimations de la Banque mondiale sur la base de l'ECVMAS 2013.

FIGURE 5.3: Obstacles signalés à l'accès aux services de soins par quintile de richesse: Haïti, 2005-06 et 2012



Source: EMMUS 2005-06 et EMMUS 2012.

DSC ($p < 0,05$) que les autres. Comparés aux ménages dont le chef est une personne ayant un emploi, ceux dont le chef est une personne inactive ou au chômage sont environ deux fois plus susceptibles d'encourir des DSC ($p < 0,01$ et $p < 0,05$, respectivement). De plus, les ménages qui comptent deux ou plus enfants de moins de cinq ans sont 1,5 fois plus susceptibles de rechercher des soins ($p < 0,001$) et 1,7 fois plus susceptibles d'encourir des DSC ($p < 0,05$) que les ménages sans enfants. Qui plus est, les ménages dirigés par une personne ayant commencé mais non terminé ses études primaires, sont 1,3 fois plus susceptibles de rechercher des soins ($p < 0,005$) et 2,1 fois plus susceptibles d'encourir des DSC ($p < 0,001$) que les ménages dirigés par une personne n'ayant reçu aucune éducation. Les ménages dirigés par une personne ayant une assurance maladie sont 3,5 fois plus susceptibles ($p < 0,001$) de rechercher des soins que ceux qui sont dirigés par une personne n'ayant pas d'assurance maladie. Toutefois, le fait d'avoir une assurance santé ou non n'est pas associé à une plus grande probabilité d'encourir des DSC. Les ménages vivant en zone urbaine sont environ moitié moins susceptibles ($p < 0,05$) d'encourir

des DSC que ceux vivant en zone rurale. Bien que ce modèle statistique explique environ un cinquième des déterminants des DSC, les déterminants du comportement en termes de recherche de soins sont beaucoup plus complexes, et il est difficile d'inclure toutes les variables explicatives, telles que la distance aux institutions sanitaires ou les facteurs culturels⁴⁸.

Le problème de la distance représente un autre obstacle majeur aux soins en Haïti, et il pourrait être résolu par un système de santé communautaire amélioré et un système de référence fiable. L'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS) de 2012 a souligné que le transport était la deuxième raison, après le financement, du faible accès des femmes de 15-49 ans aux services de santé, et que 74 pour cent des personnes n'avaient pas recherché de soins en raison de la distance (figure 5.3⁴⁹). Plusieurs études sur les comportements en termes de recherche de soins de santé en lien avec la santé maternelle et infantile, confirment que la distance entrave l'accès aux services de santé en particulier dans les zones rurales. Parmi les 2030 personnes



48 Le modèle statistique concernant les déterminants du comportement en termes de recherche de soins permet de tirer moins de conclusions que celui sur l'incidence des DSC. Dans l'ensemble, R au carré, dans le modèle précédent, reste faible, à 8 pour cent.

49 La distance n'était pas perçue comme un obstacle majeur à l'accès aux services de soins de santé dans l'enquête ECVMAS, ce qui peut s'expliquer de deux manières: tout d'abord, la population interrogée diffère dans les deux enquêtes. Dans l'ECVMAS, c'est le chef de ménage qui était interviewé, tandis que dans l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS), les personnes interviewées étaient des femmes âgées de 15-49 ans. Ensuite, en ce qui concerne les raisons pour lesquelles les ménages ne vont pas voir le médecin en cas de maladie, l'ECVMAS proposait davantage de réponses possibles, alors que l'EMMUS n'en proposait que très peu.

ayant déclaré avoir des diarrhées dans le département du Nord, les deux tiers n'ont pas consulté de prestataire en raison de la distance. En ce qui concerne la santé maternelle, seuls 55 pour cent des ménages ruraux vivent à moins de 10 kilomètres d'une institution sanitaire offrant des soins obstétricaux d'urgence de base, contre 90 pour cent des ménages en zone urbaine (EMMUS 2012). Alexandre et al. (2005) confirment également qu'un long temps de voyage et une plus grande distance aux centres en zone rurale font obstacle à des visites de soins prénatals (ANC) répétées. Cela ne signifie pas, cependant, que le système ait besoin de plus d'institutions sanitaires, mais plutôt qu'il faut améliorer le système de référence grâce à un transport adéquat. Le renforcement du système communautaire pourrait également améliorer l'accès aux services de soins de santé primaires (SSP) de base, y compris les services de santé maternelle et infantile.

La religion et les pratiques culturelles semblent également influencer sur les comportements en termes de recherche de soins. Les données de l'ECVMAS 2013 indiquent que les aspects culturels jouent un rôle marginal pour ce qui est d'influencer le comportement en termes de recherche de soins en Haïti. Selon l'ECVMAS, sur 438 patients malades, 1 pour cent n'avait pas consulté de prestataire pour des raisons culturelles. Toutefois, les enquêtes quantitatives telles que l'ECVMAS, ne saisissent pas toujours le rôle des pratiques culturelles pour ce qui est d'influencer le comportement de recherche de soins. Plusieurs études qualitatives mettent en évidence le rôle de la religion, des pratiques de vaudou, ainsi que d'autres facteurs culturels en ce qui concerne les comportements de recherche de soins en Haïti. Par exemple, une étude portant sur les déterminants de la recherche de soins pour des problèmes de santé mentale dans les régions rurales d'Haïti a révélé que 32 pour cent des répondants choisissaient Dieu comme premier choix de soins, suivi par les cliniques et les hôpitaux (Wagenaar et al., 2013). Une analyse descriptive du comportement de recherche de soins des femmes enceintes a constaté que leur prise de décision de recours aux soins était guidée par des croyances fondamentales sous-jacentes au sujet du vent / mauvais air ainsi que par la nécessité d'obtenir une autorisation de leur mari pour toute action. Dans d'autres cas, même si les mères reconnaissaient que l'infection du cordon ombilical constitue une menace potentielle pour la santé des nouveau-nés, elles justifiaient souvent, à tort, cette menace à l'aide d'une explication mythique, ou

basée sur les pratiques vaudou plutôt que sur la théorie des microbes (Walsh et al., 2015).

Face à un problème de santé, près de la moitié de la population se rend chez un prestataire public. Selon l'ECVMAS 2013, 45 pour cent des ménages en moyenne se rendent dans une institution sanitaire publique en cas de maladie, avec peu de variation entre les gradients économiques (tableau 5.5). Une autre partie importante des ménages consultent un prestataire privé (28 pour cent), la prévalence étant beaucoup plus élevée parmi le quatrième quintile ainsi que le quintile de richesse le plus élevé. Ceci pourrait expliquer la prévalence plus élevée des DSC parmi les ménages plus riches. Bien que les frais d'utilisation soient plus élevés chez les prestataires privés que dans les institutions sanitaires du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), un cinquième des ménages du quintile de richesse le plus faible se rend dans une institution sanitaire privée en cas de maladie. En attendant, ce même quintile de richesse a plus souvent recours à un agent de santé communautaire (ASC) ou à des cliniques mobiles que les quintiles les plus élevés. Le quintile de richesse le plus bas et le deuxième quintile présentent également une incidence plus élevée d'achat de leurs médicaments auprès de marchands ambulants, que le quatrième quintile et le quintile le plus élevé, en raison, certainement, du fait que leurs prix sont plus bas que ceux des pharmacies. Ce constat, ainsi que le fait que 22 pour cent des ménages ne se rendent pas dans des institutions sanitaires, en raison de pratiques d'auto-traitement, pourrait expliquer pourquoi les médicaments constituent la dépense directe la plus élevée (voir le tableau 5.3). La prévalence des consultations de guérisseurs traditionnels est également plus élevée parmi les quintiles de richesse les plus bas (le quintile le plus bas, ainsi que les deuxième et troisième quintiles) que parmi les quintiles de richesse les plus élevés (le quatrième quintile et le quintile le plus élevé).

Pourtant, les institutions sanitaires publiques, y compris les dispensaires publics, accueillent une plus grande part de bénéficiaires plus riches, ce qui démontre que les institutions sanitaires publiques ne sont pas favorables aux pauvres. Parmi les ménages qui se rendent dans des dispensaires publics, 18 pour cent appartiennent au quintile de richesse le plus bas, 17 pour cent au deuxième quintile, 21 pour cent au quatrième quintile, et 22 pour cent au quintile le

TABLEAU 5.5 : Taux d'incidence de la participation aux services de santé par quintile de richesse : Haïti, 2013*Pour cent*

	Quintile de richesse le plus bas	Deuxième quintile de richesse	Troisième quintile de richesse	Quatrième quintile de richesse	Quintile de richesse le plus élevé	Total
Dispensaire public	18	17	22	21	22	100
Hôpital public	13	17	22	22	26	100
Agent de santé communautaire et accoucheuse traditionnelle	34	15	21	14	16	100
Guérisseur traditionnel	14	26	28	19	13	100
Prestataire privé	9	10	18	24	39	100
Pharmacie	5	11	23	28	34	100
Marchand de médicaments	18	16	33	10	23	100

Source : Estimations de la Banque mondiale sur la base de l'ECVMAS 2013.

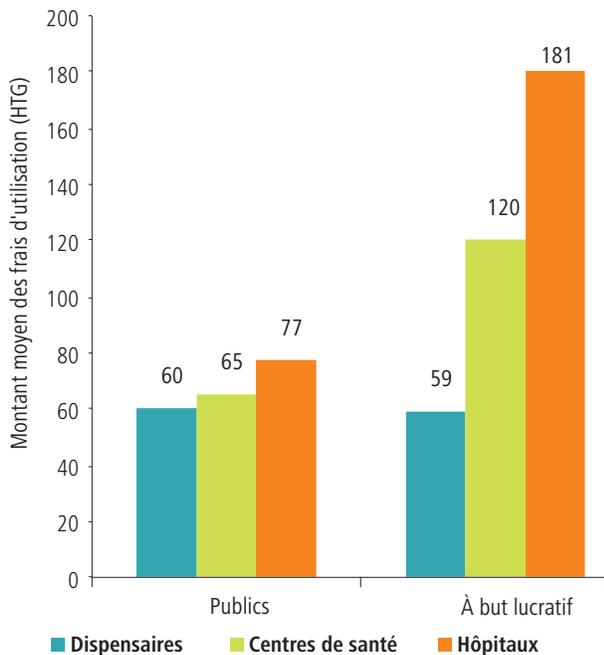
plus élevé (tableau 5.5). Ce constat est frappant, car les dispensaires sont généralement considérés comme étant pro-pauvres du fait qu'ils sont situés en zone rurale, où la majorité de la population est pauvre, selon la dernière évaluation de la pauvreté (Banque mondiale, 2014). De plus, davantage de bénéficiaires du quatrième quintile et du quintile de richesse le plus élevé, se rendent dans des hôpitaux publics. Les seuls services qui semblent clairement pro-pauvres sont les interventions de santé communautaire mises en œuvre par des organisations non gouvernementales (ONG) et par le MSPP, plus d'un tiers des bénéficiaires de ces services appartenant aux quintiles de richesse les plus bas (tableau 5.5). Enfin, le fait qu'une proportion importante (près de 70 pour cent) des ménages achetant des médicaments auprès de marchands ambulants, appartienne aux trois quintiles de richesse les plus bas (estimations de la Banque mondiale à partir de l'EPSSS 2013), constitue un sujet de préoccupation. Tout aussi inquiétante est la forte proportion de personnes appartenant au quintile de richesse le plus bas ainsi qu'aux deuxième et troisième quintiles, qui se rendent auprès de guérisseurs traditionnels. Ni les services des marchands ambulants, ni ceux des guérisseurs traditionnels, ne sont surveillés, et leurs tarifs sont peu connus. Il existe donc un risque que certaines personnes parmi les pauvres paient des sommes d'argent importantes pour des traitements inefficients.

Les institutions sanitaires gérées publiquement sont plus nombreuses à facturer des frais d'utilisation que les institutions sanitaires des ONG. La proportion des institutions sanitaires du MSPP qui font payer des frais d'utilisation courants (près de 94

pour cent) est plus élevée que celle des institutions sanitaires des ONG (85 pour cent), ce qui explique pourquoi les institutions sanitaires du MSPP ne sont pas nécessairement pro-pauvres (IHE et ICF International, 2014). De plus, la proportion de dispensaires qui facturent des frais d'utilisation courants (95 pour cent) est plus élevée que celle des hôpitaux (90 pour cent) et des centres de santé (93 pour cent) (EPSSS, 2013). Cette différence pourrait refléter le fait que les hôpitaux et les centres de santé reçoivent généralement plus de financement du Gouvernement et des bailleurs de fonds, tandis que les dispensaires ont généralement des budgets de fonctionnement très réduits, et dépendent donc souvent exclusivement des frais d'utilisation pour toutes les dépenses de fonctionnement (à l'exception des salaires).

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. Selon les estimations de la Banque mondiale pour 2013 (figure 5.4), les dispensaires et les institutions sanitaires du MSPP facturaient des frais d'utilisation inférieurs à ceux des hôpitaux et des institutions sanitaires privées. En moyenne, les frais d'utilisation pratiqués par les institutions sanitaires du MSPP pour les visites prénatales étaient inférieurs à ceux pratiqués par le secteur privé à but lucratif (figure 5.4). Cependant, l'existence de frais d'utilisation, même faibles, au niveau des dispensaires publics, peut dissuader les personnes extrêmement pauvres, qui représentaient 24 pour cent de la population en 2012, de consulter un professionnel de la santé. En moyenne, une visite de soins prénatals coûte 60 HTG (1,50 dollar)

FIGURE 5.4: Montant moyen des frais d'utilisation payés par les patients pour les services de soins prénatals (ANC): Haïti, 2013



Source: Estimations de la Banque mondiale à partir de l'ensemble de données sur les soins prénatals, 2013.

Remarque: HTG=gourde haïtienne.

dans un dispensaire, et 77 HTG (1,60 dollar) à l'hôpital⁵⁰. Les personnes extrêmement pauvres vivent avec moins de 1,25 dollar par jour. Ainsi, les frais d'utilisation au niveau d'un dispensaire correspondent à plus d'un jour de consommation, sans compter les autres frais (tels que le transport) ainsi que le coût d'opportunité du fait de rechercher des soins (tel que le revenu perdu du fait de l'absence au travail pour cause de maladie). De plus, ces données montrent qu'il n'existe pas de politique de tarification cohérente, car les frais sont presque les mêmes pour les dispensaires et les hôpitaux, ce qui incite à tort les patients à rechercher des soins directement au niveau des hôpitaux et contribue à l'inefficience du système.

Du fait que les segments les plus pauvres de la population n'ont pas les moyens de payer des soins de santé, ils renoncent à ces soins. C'est pourquoi les dépenses de santé catastrophiques ne plongent qu'une faible proportion de la population dans la

pauvreté. De fait, les données montrent que des dépenses de santé élevées font basculer 0,7 pour cent des ménages dans une pauvreté modérée, et 1 pour cent dans l'extrême pauvreté (voir le tableau 5.6)⁵¹. La faiblesse de ces chiffres reflète le faible niveau des DSC en Haïti. Cependant, face au retrait des bailleurs de fonds, la proportion des ménages appauvris par les DSC est susceptible d'augmenter.

Parmi les diverses stratégies auxquelles ont recours les ménages en Haïti pour faire face aux dépenses de santé, le fait de puiser dans son épargne ou d'emprunter de l'argent auprès des amis et de la famille sont les principales stratégies utilisées. En 2012, dans l'ensemble, 32 pour cent des ménages ayant eu un problème de santé ont puisé dans leur épargne pour payer les services de santé, 11 pour cent ont reçu un soutien financier de leurs parents ou amis, et 16 pour cent leur ont emprunté de l'argent (tableau 5.7). La proportion des ménages qui font face à des problèmes de santé sans recourir à aucune stratégie particulière pourrait refléter la prévalence des DSC. Ces ménages réalisent des dépenses directes et subissent une réduction immédiate de leurs dépenses non-alimentaires. En moyenne, en 2012, 6 pour cent de la population ne disposait d'aucune stratégie particulière pour faire face aux problèmes de santé lorsqu'ils en rencontraient (tableau 5.7).

Très peu de mécanismes de protection et d'assistance sociale sont en place pour protéger les populations vulnérables contre les DSC et les chocs de santé. Les ménages dont les chefs sont au chômage, qui n'ont pas reçu d'éducation, ou sont à la retraite, et les ménages comptant des personnes âgées et des enfants, semblent être les principales populations touchées par les DSC. Ces populations ne sont couvertes par aucun mécanisme de protection sociale. Seuls les travailleurs salariés du secteur formel ont accès aux régimes limités de l'assurance sociale (santé, retraite, invalidité) en Haïti (Banque mondiale, 2016a). En attendant, seuls 2,6 pour cent des personnes âgées ont accès à une pension (vieillesse, invalidité), mais 92 pour cent d'entre elles vivent en zone urbaine, alors que la plupart des pauvres vivent en zone rurale. Le



⁵⁰ Sur la base du taux de change de 2013.

⁵¹ L'analyse a respectivement utilisé les seuils de pauvreté de 1,25 dollar et 2,5 dollars pour la pauvreté extrême et modérée. L'analyse devra être mise à jour en tenant compte des nouvelles lignes de pauvreté de 1,90 dollar et 3,10 dollars pour la pauvreté extrême et modérée récemment mises au point par la Banque mondiale. Ainsi, l'appauvrissement dû aux dépenses de santé sera plus important que ce qui est présenté ici.

TABLEAU 5.6 : Appauvrissement résultant des dépenses de santé, selon la ligne de pauvreté : Haïti, 2012

	Avant paiements de santé	Après paiements de santé	Variation en points de pourcentage (pp)	Variation en pourcentage
Pauvreté modérée				
Nombre de personnes touchées par la pauvreté	58,6% ^a	59,3 %	0,7 pp	1 %
Écart de pauvreté (HTG)	7361	7548	187 pp	3 %
Extrême pauvreté				
Nombre de personnes touchées par la pauvreté	23,7 %	24,7 %	1 pp	4 %
Écart de pauvreté (HTG)	1168	1226	58 pp	3 %

Source : AdePT, en utilisant l'ECVMAS 2012.

Remarque : HTG=gourde haïtienne. La catégorie «avant paiements de santé» comprend les dépenses de santé aussi bien récurrentes qu'exceptionnelles.

TABLEAU 5.7 : Part des répondants à l'enquête déclarant recourir à diverses stratégies pour faire face aux pertes financières découlant des problèmes de santé par quintile de richesse : Haïti, 2012

Pour cent

	Quintile de richesse					Total
	Quintile le plus bas	Deuxième quintile	Troisième quintile	Quatrième quintile	Quintile le plus élevé	
Épargne	20	22	28	42	42	32
Aide alimentaire des parents / amis	3	6	3	2	3	3
Soutien financier des parents / amis	13	10	13	10	10	11
Réduction de la consommation alimentaire	4	4	5	3	1	3
Prêt de parents / amis	20	17	13	13	18	16
Prêt de banques / magasins	4	4	3	4	1	3
Vente de bétail et d'actifs agricoles	14	13	8	3	4	8
Activités spirituelles	5	1	2	2	2	2
Aucune stratégie	5	5	7	4	7	6
Autres stratégies	13	17	16	17	12	15
Total	101	100	100	100	100	100

Source : Calculs de la Banque mondiale à partir de l'ECVMAS 2012.

système d'aide sociale, principalement composé de bourses, d'aide alimentaire, et d'autres transferts, est faible et ne couvre que 8 pour cent de la population.

Le soutien est très fragmenté et peu de soutien existe pour les enfants de moins de cinq ans (Banque mondiale, 2016a).

ANALYSE DE L'EFFICIENCE

Efficiences allocatives

Comparé à d'autres pays à faible revenu, le secteur de la santé est relativement bien doté en ressources en Haïti, sans pour autant que les résultats de santé en soient nettement meilleurs, ce qui montre une faible efficacité globale. Selon des estimations basées sur des modèles récents, le taux de mortalité maternelle (TMM) de 2015 en Haïti s'élève à 359 décès pour 100 000 naissances vivantes⁵². Le TMM moyen dans tous les pays à faible revenu (PFR)⁵³ (496) est beaucoup plus élevé, et plus de la moitié (21) des PFR présentent des estimations du TMM plus élevées qu'Haïti (figure 6.1). Haïti semble donc être relativement bien placée en comparaison de contextes de pays similaires. Cependant, les dépenses totales de santé (DTS) d'Haïti par habitant⁵⁴ (130,80 \$) pour



52 Sauf indication contraire, toutes les données concernant le TMM, le TMI et les DTS citées dans ce paragraphe, ont été extraites de la base de données des dépenses mondiales de santé de l'Organisation mondiale de la Santé (voir <http://apps.who.int/nha/database> pour les mises à jour les plus récentes) via la base de données de 2016 sur les indicateurs du développement dans le monde, à la Banque mondiale.

53 Aux fins du présent rapport, l'expression «pays à faible revenu» désigne les 30 pays relevant de la catégorie de faible revenu définie par la Banque mondiale.

54 Les dépenses totales de santé sont la somme des dépenses de santé publiques et privées en tant que part de la population totale. Elles couvrent la prestation de services de santé (préventifs et curatifs), les activités de planification familiale, les activités de nutrition et l'aide d'urgence destinée à la santé, mais elles ne comprennent pas l'approvisionnement en eau ni l'assainissement. Les données sont exprimées en dollars internationaux convertis selon les taux de parité de pouvoir d'achat (PPA) de 2011.

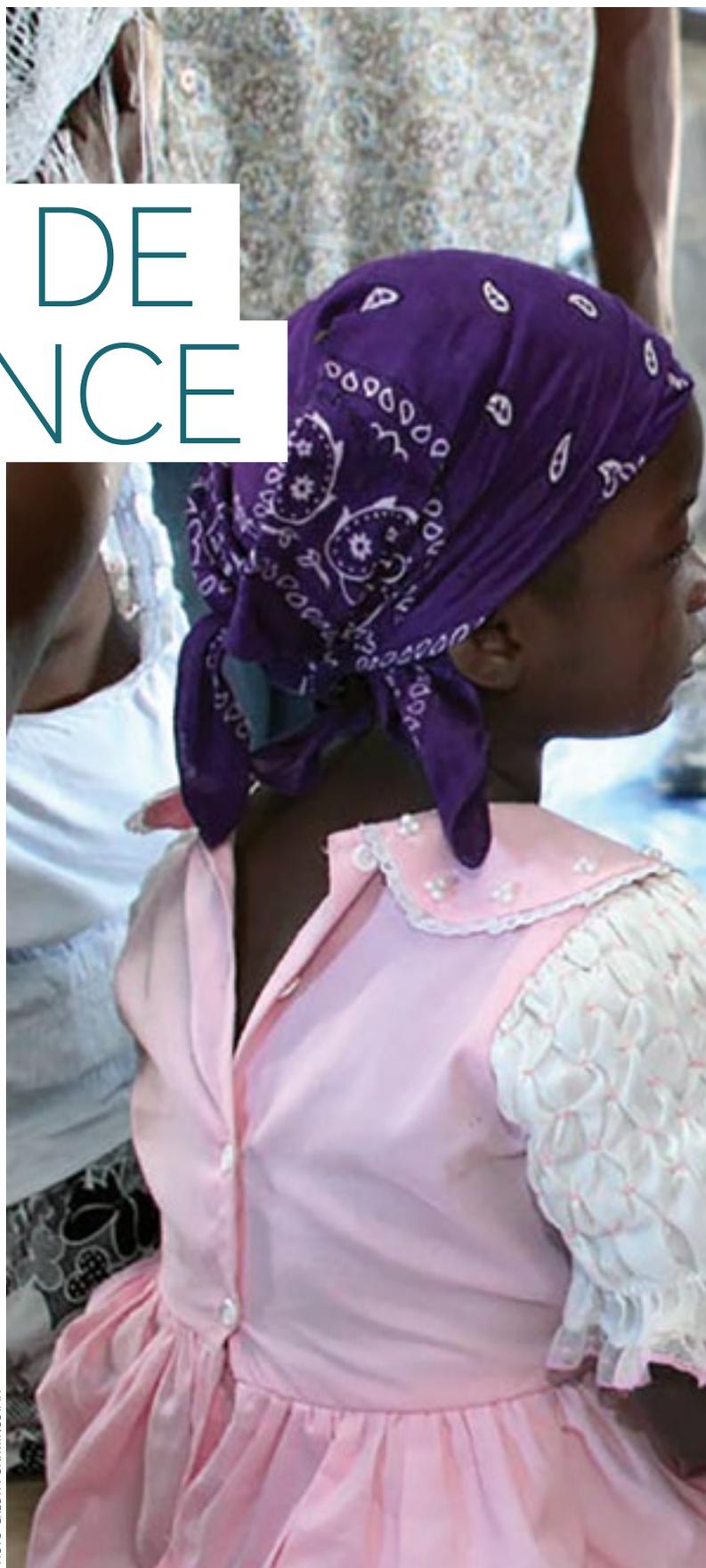
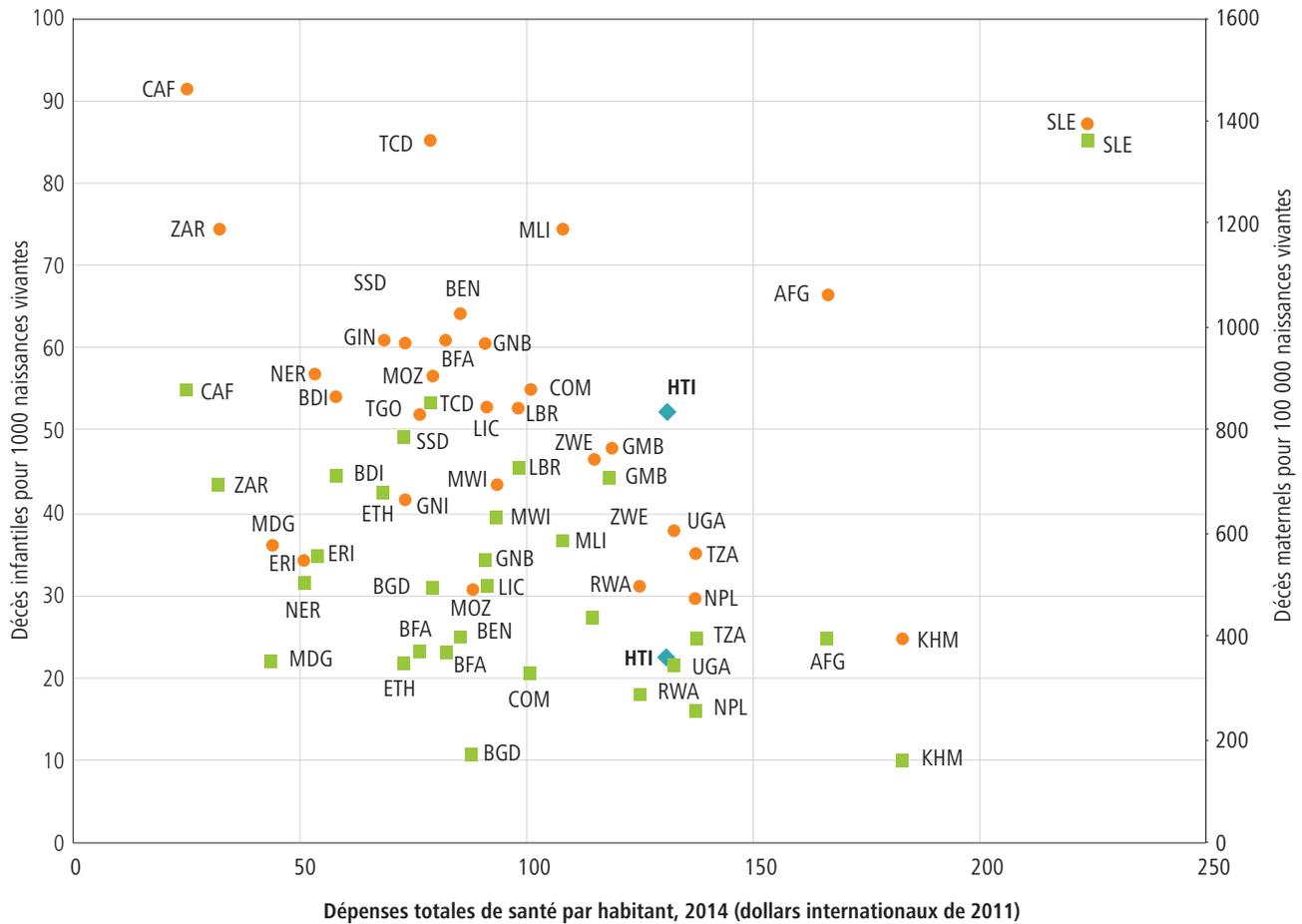


PHOTO CREDIT: UN/WMINSTAH



FIGURE 6.1 : Taux de mortalité infantile et taux de mortalité maternelle par rapport aux dépenses totales de santé par habitant : PFR et Haïti, 2014-15



● Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes) 2015

■ Taux de mortalité maternelle (estimation modélisée, pour 100 000 naissances vivantes) 2015

Source : Données tirées des bases de données WDI 2016 et GHED.

Remarques : Les dépenses totales de santé sont exprimées en dollars internationaux de 2011, ajustés en fonction de la PPA. Pour les codes de pays, voir http://www.nationonline.org/oneworld/country_code_list.htm. PFR=pays à faible revenu; PPA=parité du pouvoir d'achat.

2014 sont les septième plus élevées de celles de tous les PFR (qui varient de 25 \$ à 223,70 \$) et presque 1,5 fois plus élevées que la moyenne des DTS de 2014 (91,30 \$) pour l'ensemble des PFR. De plus, le taux de mortalité infantile (TMI) de 2015 en Haïti est de 52,2 décès pour 1000 naissances vivantes, ce qui est proche du TMI moyen pour l'ensemble des PFR (53,1 décès pour 1000 naissances vivantes) et le 19^e TMI le plus élevé pour l'ensemble des PFR. En revanche, les dépenses totales de santé de 2014 par habitant dans les quatre PFR dont le TMM se situe dans une fourchette de 15 pour 100 000 de plus ou de moins que le TMM d'Haïti, à savoir Madagascar (353), l'Éthiopie (353), le Togo (368) et le Burkina Faso (371), sont beaucoup plus faibles, à 43,70 \$, 73 \$, 76,30 \$ et

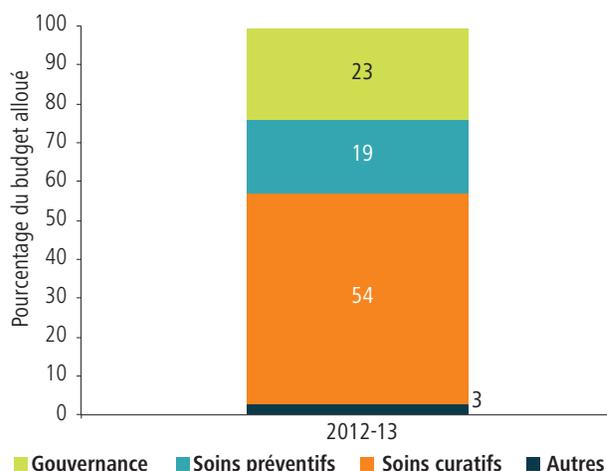
82,3 \$, respectivement. Les TMI de 2014 dans les PFR ayant des niveaux de dépenses totales de santé par habitant semblables à ceux d'Haïti, à savoir le Rwanda (125), et l'Ouganda (132,6), sont considérablement inférieurs au TMI d'Haïti, puisqu'ils sont respectivement de 31,1 et 37,7 décès pour 1000 naissances vivantes (figure 6.1).

Une faible efficacité allocative peut être l'une des explications de la faible performance du secteur de la santé. Étant donné la charge de la morbidité en Haïti, les ressources doivent être transférées des soins curatifs vers les soins préventifs. Les trois principales causes des années de vie corrigées du facteur d'invalidité (AVCI) en Haïti sont le virus de l'immunodéficience

humaine (VIH), les infections respiratoires aiguës et la diarrhée, qui pourraient être traités par des interventions de soins de santé préventifs. Selon le dernier exercice des Comptes nationaux de la santé (CNS) (2012-13), l'allocation destinée aux soins préventifs est de 19 pour cent des DTS, tandis que l'allocation destinée aux services curatifs est près de trois fois plus élevée, puisqu'elle est de 54 pour cent (figure 6.2). Les partenaires de développement partagent la responsabilité de la façon dont les ressources sont allouées, car les bailleurs de fonds ont fourni 52 pour cent des DTS en 2012-2013 (CNS, 2012-2013)⁵⁵. À l'avenir, il faut que le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) et les bailleurs de fonds tiennent compte de la charge de la morbidité en Haïti lors de la prise de décisions concernant l'investissement dans le secteur de la santé. Compte tenu de la double charge de la morbidité en Haïti, à savoir la coexistence des maladies transmissibles et non transmissibles (MNT) en tant que principaux facteurs de mortalité, les interventions de prévention et de promotion de la santé permettraient d'obtenir le taux de retour sur investissement le plus élevé, car de telles interventions portent aussi bien sur les maladies infectieuses que sur les priorités émergentes liées aux MNT. Par exemple, le rendement des programmes de promotion de la santé est estimé être de 3 à 10 dollars pour chaque dollar investi (Coe et de Beyer, 2014).

Alors que les ressources devraient être allouées aux soins préventifs, une question majeure est de savoir comment financer les coûts d'exploitation et d'entretien de l'infrastructure existante de l'hôpital, qui joue un rôle important pour les soins curatifs⁵⁶. Après le tremblement de terre de 2010, la plus grande partie du travail de construction et de réhabilitation des hôpitaux a été effectuée par les bailleurs de fonds (MSPP, 2016). Étant donné le caractère d'urgence de la situation, peu a été fait pour comprendre les implications financières à long terme du fonctionnement de ces hôpitaux. Divers bailleurs de fonds ont désormais commencé à mener des plans d'affaires pour aider le MSPP à élaborer une image

FIGURE 6.2 : Total des dépenses récurrentes de santé par fonction : 2012-13, Haïti



Sources : MSPP 2014, 2015a.

Remarque : DTS=dépenses totales de santé.

plus complète des flux financiers des hôpitaux, mais ces activités restent fragmentées. Les principaux résultats de ces études indiquent par exemple qu'il faudrait 15 millions de dollars au Gouvernement d'Haïti pour faire fonctionner l'hôpital de Mirebalais (Baruwa, 2015). Une autre étude montre qu'il faudrait encore 12 millions de dollars pour faire fonctionner l'hôpital universitaire national (AEDES, 2016). Ne serait-ce que pour ces deux hôpitaux, le montant total requis représenterait 40 pour cent du budget de fonctionnement alloué par le Gouvernement à la santé, lequel, comme mentionné précédemment, finance principalement la masse salariale du Gouvernement. Ainsi, la question de savoir comment financer les coûts de fonctionnement des infrastructures hospitalières existantes, reste un défi.

Au niveau des soins primaires, l'augmentation des dépenses de fonctionnement et la reclassification de certains hôpitaux communautaires de référence⁵⁷ non performants en institutions sanitaires de soins primaires à un niveau inférieur, devraient être les priorités. Par rapport aux autres pays, l'accès physique aux soins primaires⁵⁸ est faible en Haïti. Le



55 Veuillez noter que les CNS tiennent compte de l'exercice haïtien, qui va de septembre à octobre. C'est la raison pour laquelle ce pourcentage est un peu différent de celui de la figure 4.9, qui utilise la base de données Global Health de l'OMS, selon laquelle les fonds externes représentent 59% des DTS en 2012.

56 Voir le tableau 7 des CNS 2012-2013 (MSPP, 2015b).

57 Il existe 40 hôpitaux communautaires de référence (HCR) en Haïti et 65 «petits hôpitaux». Ces derniers sont de la même taille que les HCR selon les données de l'EPSSS, de sorte que ces deux catégories d'hôpitaux peuvent être regroupées. Si cela n'est pas spécifiquement mentionné, les «petits hôpitaux» sont supposés être comptés avec les hôpitaux communautaires de référence.

58 Les données indiquent que certaines institutions ne sont pas correctement classées en Haïti. Par exemple, plusieurs institutions qui sont classées comme étant des centres de santé fonctionnent comme des dispensaires.

pays ne dispose que de 0,3 dispensaire pour 10 000 habitants, avec de grandes variations par département (figure 6.3). Ce ratio est nettement inférieur à la norme fixée par le MSPP dans sa carte sanitaire, ainsi que par rapport à d'autres pays. Par exemple, l'état du Maharashtra, en Inde, compte un «Subcenter» (qui est comparable à un dispensaire en Haïti) pour 5 000 habitants (Awate, 2014), et au Libéria, le gouvernement gère une clinique de santé pour chaque bassin de population de 5 000 à 10 000 habitants (MoHSW, 2008). L'accès physique des Haïtiens aux centres de santé, qui constituent le deuxième niveau de soins de santé primaires, est meilleur: Haïti dispose de 1,2 centre de santé pour 30 000 habitants, ce qui est comparable aux autres PFR (MOHSW, 2008; Awate, 2014). Par contraste, la densité des hôpitaux communautaires de référence est très élevée en Haïti par rapport aux références internationales: 1,4 hôpital communautaire de référence pour 150 000 habitants, contre 1 pour 150 000-250 000 habitants dans les autres PFR (MoHSW, 2008; Awate, 2014; Ujoh et Kwaghsende, 2014). Le ratio actuel des hôpitaux communautaires par rapport à la population en Haïti dépasse également la norme fixée par le MSPP (2006). Le Gouvernement devrait étudier la possibilité de convertir les hôpitaux communautaires de référence peu performants en institutions sanitaires de soins primaires à un niveau inférieur.

Toutes les institutions sanitaires en Haïti, ainsi que les voies de référence souhaitables entre institutions sanitaires, devraient être cartographiées, département par département, afin de guider les décisions d'investissement. De plus, le transfert des ressources des hôpitaux vers le niveau des soins primaires devrait être guidé par des données. Par exemple, les départements tels que l'Artibonite, qui ont une faible densité de centres de santé, de dispensaires et d'hôpitaux communautaires de référence, devraient être priorités. Toutefois, cela ne signifie pas nécessairement qu'il faille construire de nouveaux dispensaires. Au lieu de cela, certaines institutions sanitaires inefficaces (telles que les hôpitaux communautaires de référence) pourraient être converties de manière à offrir des services de promotion de la santé ainsi que des services de soins primaires. Au cours de ce processus, il est essentiel de se mettre d'accord sur un paquet minimum de services qui seront financés et fournis au niveau des soins primaires. Comme indiqué précédemment, très peu de dispensaires disposent des ressources nécessaires pour offrir des services de prévention et fournir

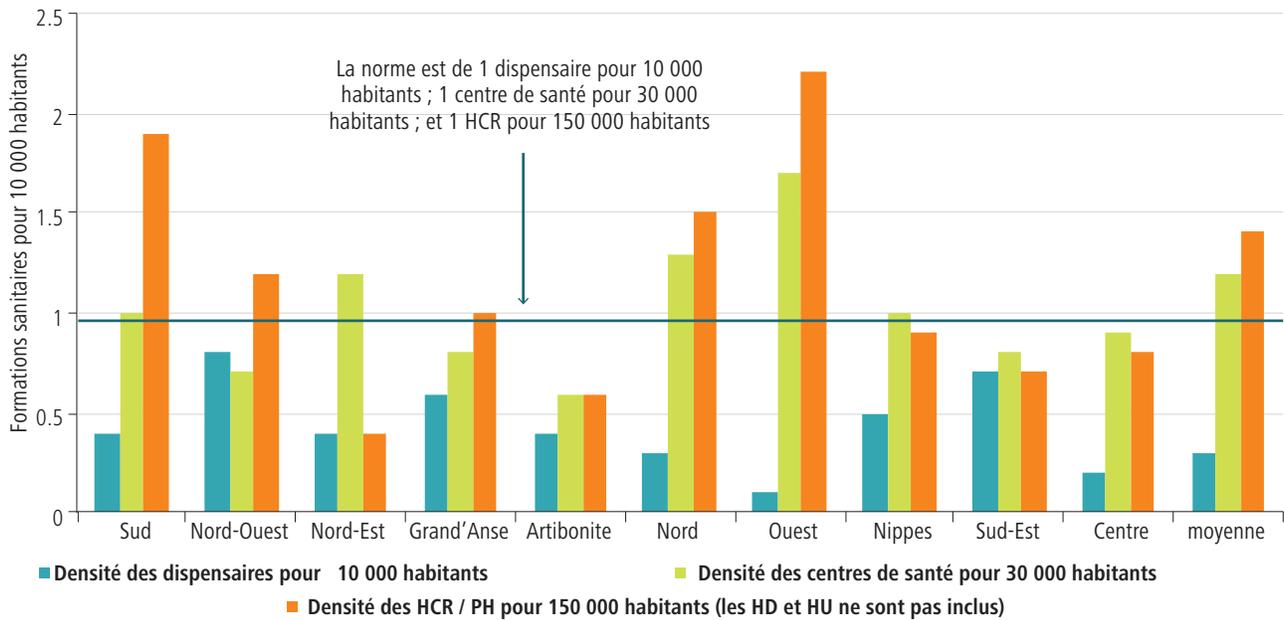
des services de référence vers les niveaux de soins supérieurs. Il n'existe en effet actuellement pas de ligne budgétaire pour les soins de santé primaires dans le budget de fonctionnement du MSPP. À l'avenir, il sera important d'en prévoir, car cela est essentiel pour augmenter la capacité opérationnelle des services concernant la prestation d'un paquet minimum de services convenus (voir la discussion sur la capacité opérationnelle des services au chapitre 3). Un point de départ pour cet exercice serait de cartographier toutes les institutions sanitaires, les services qu'elles devraient fournir, ainsi que les voies de référence.

Les allocations de financement du niveau central vers le niveau départemental devraient également être guidées par l'introduction d'une formule de répartition fondée sur des principes d'équité et d'efficacité. Habituellement, le MSPP et ses partenaires de développement déterminent les allocations aux départements sur la base des allocations historiques (le budget de l'année précédente). La figure 6.4 montre, pour chaque département, l'allocation du MSPP pour 10 000 habitants, le nombre de pauvres pour 10 000 habitants, ainsi que les indicateurs de santé. Elle illustre le fait que la répartition du budget de fonctionnement ne correspond pas nécessairement aux besoins de la population. Par exemple, les dépenses annuelles de l'Artibonite pour 10 000 habitants sont de 12 000 gourdes haïtiennes (HTG) contre 14 000 HTG dans le Nord. Et pourtant, l'Artibonite compte plus de pauvres pour 10 000 habitants, une densité plus faible de personnel médical, et une moindre couverture et moins d'accouchements institutionnels que le Nord. À l'avenir, il faudra que l'allocation des ressources, à la fois par le MSPP et les partenaires de développement, soit guidée par une formule de répartition logique tenant compte de la charge de morbidité, des caractéristiques des systèmes de santé et de la population du département en question.

Efficiences techniques

La résolution des problèmes d'accès exigera d'augmenter la productivité des dispensaires. En Haïti, 359 dispensaires, dotés d'au moins un/e infirmier/ère ou un/e aide infirmier/ère (ou les deux), fournissent des services de prévention (EPSSS, 2013). Comme décrit précédemment, la densité des dispensaires pour 10 000 habitants est très faible. Bien qu'il soit recommandé d'augmenter le nombre de dispensaires, cette

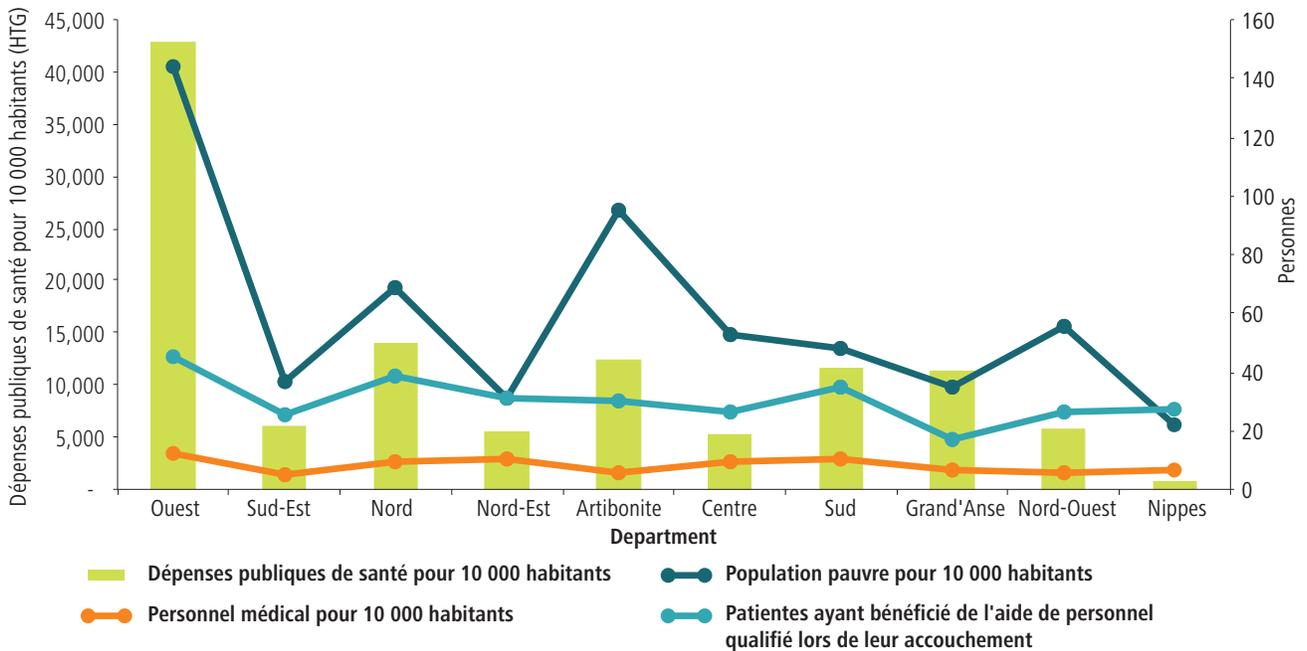
FIGURE 6.3: Densité des infrastructures sanitaires : Haïti, 2013



Source: Estimations de la Banque mondiale à partir de l'EPSS 2014.

Remarque: HD=hôpital départemental; CS=centre de santé; HCR=hôpital communautaire de référence; HU =hôpital universitaire; PH=petit hôpital. La carte sanitaire implique qu'un dispensaire couvre une sous-commune (10 000 habitants), tandis qu'un centre de santé couvre une commune (30 000 habitants en moyenne). Il devrait y avoir un HCR par arrondissement, couvrant une population comprise entre 150 000 et 250 000 habitants (MSPP, 2006). Les HCR comprennent les petits hôpitaux, qui comptent presque le même nombre de lits que les HCR.

FIGURE 6.4: Relation entre les dépenses de santé du Gouvernement, la pauvreté, l'offre en santé, et la couverture au niveau départemental: Haïti, 2012-13



Sources: Estimations de la Banque mondiale à partir de BOOST, 2016; Banque mondiale, 2014; DHS, 2012; EPSS, 2013.

Remarque: Les dépenses de santé du Gouvernement ont été rapportées pour l'exercice 2012-13 et n'incluaient que le budget de fonctionnement. La prévalence des pauvres pour 10 000 habitants est tirée de l'Évaluation de la pauvreté en Haïti par la Banque mondiale, qui s'appuie sur l'ECVMAS 2012. La densité du personnel médical a été estimée sur la base de l'EPSS 2013, et les données concernant la part des accouchements assistés par du personnel qualifié sont tirées de l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS).

mesure ne résoudra pas à elle seule le problème de l'accès. Une analyse de l'efficacité de la prestation de services au niveau des soins de santé primaires selon une méthode d'analyse d'enveloppement des données (AED) (encadré 6.1) a révélé que moins de 1 pour cent des dispensaires étaient efficaces en termes de nombre de visites de patients pour un nombre donné de personnel. De fait, pour chaque 342 dispensaires, seul 1 était efficace, c'est-à-dire qu'il recevait un nombre suffisant de visites par rapport au nombre de personnel disponible. En Haïti, le score moyen d'efficacité technique (ET) des dispensaires est de 0,04, ce qui est beaucoup plus faible que les scores d'études similaires sur l'efficacité technique au niveau des postes de santé / dispensaires, en Éthiopie, par exemple, ou au Guatemala (tableau 6.1).

La densité des centres de santé (CSL et CAL) est similaire à celle des autres PFR, mais leur performance est beaucoup plus faible en Haïti. Haïti dispose de 129 centres de santé avec lits (CAL) et de 298 centres de santé sans lits (CSL) qui fournissent des services diagnostiques, curatifs et préventifs. Les CSL et les CAL disposent d'au moins un médecin et d'au moins un technicien de laboratoire pour fournir les services de diagnostic, même si les CSL n'offrent pas tous ces services, et ne sont pas non plus tous dotés d'un personnel complet. La densité des centres de santé pour 30 000 habitants est suffisante en Haïti. Toutefois, les CSL et les CAL produisent peu en comparaison des ressources qui leur sont données, en particulier en ce qui concerne les CSL. Seuls 4 pour cent des CAL et moins de 1 pour cent des CSL utilisaient leurs ressources de manière efficace, ayant le bon nombre de personnel et de lits (uniquement pour les CAL) pour le nombre de visites et d'admissions produites. Le score d'efficacité technique moyenne était de 0,30 pour les CAL et de 0,09 pour les CSL. Ces scores restent cependant faibles en comparaison de ceux provenant d'études similaires sur l'efficacité technique au niveau des centres de santé (tableau 6.1).

Par rapport aux autres PFR, Haïti obtient des résultats médiocres quant à l'efficacité de ses hôpitaux,

TABLEAU 6.1 : Efficacité technique, Haïti et autres PFR

Pays	% de l'échantillon à n'être pas efficace (< 1)	Score moyen	Échantillon
Haïti	96,00 %, CAL ; 99,24 %, CSL ; 99,41 %, dispensaires	0,30, CAL ; 0,09, CSL ; 0,04, 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 institutions sanitaires
Guatemala	71 %, mais 53 % obtiennent 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 : —=non disponible ; CAL=centre de santé avec lits ; CSL=centre de santé sans lits ; PFR=pays à faible revenu ; SSP=soins de santé primaires. Voir le tableau C.1 de l'annexe C pour des statistiques descriptives des échantillons de dispensaires et de centres de santé et plus de détails sur le score d'analyse d'enveloppement des données.

malgré le fait que 38 pour cent de ses dépenses totales de santé⁵⁹ leur soient consacrées. Il est nécessaire d'élaborer une politique d'octroi de licences aux hôpitaux et de poursuivre les efforts pour améliorer la performance de ces derniers. Les hôpitaux en Haïti ne sont pas très performants, surtout les hôpitaux départementaux et les petits hôpitaux, leur score moyen étant de 0,36 (tableau 6.2). L'accès physique aux soins secondaires — HCR et petits hôpitaux (PH) — est élevé (figure 6.3). Toutefois, le score moyen d'efficacité technique des hôpitaux est assez faible (0,49), comparé à celui d'autres pays (figure 6.5). Seuls 23 pour cent des hôpitaux en Haïti sont efficaces, c'est-à-dire qu'ils obtiennent un score d'ET égal à 1. Le taux d'occupation des lits (TOL)⁶⁰ en Haïti, la durée moyenne de



59 Veuillez noter que les CNS 2012-2013 indiquent que les dépenses hospitalières représentent 42 pour cent des dépenses de santé récurrentes. En ajoutant les dépenses de capital aux dépenses récurrentes, ce qui permet ainsi d'estimer les dépenses totales de santé (DTS), les dépenses hospitalières représentent 38 pour cent des DTS.

60 Le TOL est le pourcentage de lits officiels occupés par des patients hospitalisés pour une période de temps donnée. En général, plus le taux d'occupation est élevé, plus les recettes de l'hôpital le sont aussi.

ENCADRÉ 6.1

Définition de l'efficacité technique et méthodologie de l'AED en Haïti

Dans le secteur de la santé, l'efficacité technique consiste à atteindre un niveau maximal de consultations ou d'admissions dans une institution sanitaire pour un niveau donné d'intrants (Street et al., 2011). Deux cas de figure se présentent : (1) une efficacité technique axée sur les intrants, qui vise à déterminer la proportion d'intrants (personnel et autres dépenses) devant être utilisés pour produire un certain nombre de consultations ; et (2) une efficacité technique axée sur les extrants, qui mesure le nombre de consultations supplémentaires possibles sans avoir à changer le nombre d'intrants de l'institution sanitaire (Coelli, 1996).

La programmation linéaire, connue sous le nom d'analyse d'enveloppement des données (AED), est une méthode non paramétrique qui détermine le nombre d'institutions 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 l'institution 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. Initialement appliquée dans le secteur industriel, cette méthode est de plus en plus utilisée dans le secteur de la santé pour mesurer l'efficacité technique des hôpitaux ou des institutions sanitaires de soins de santé primaires.

En Haïti, plusieurs analyses AED ont été menées, utilisant toutes des ensembles de données de l'EPSSS. C'est le modèle axé sur les extrants qui a été choisi parce que nous voulions savoir quelle pourrait être la production des institutions sanitaires en utilisant les ressources disponibles. Deux analyses AED distinctes ont été menées : l'une pour les dispensaires, les centres de santé sans lits (CSL), et les centres de santé avec lits (CAL), c'est-à-dire le niveau des soins de santé primaires (SSP), et l'autre pour les hôpitaux ou les institutions sanitaires secondaires et tertiaires.

Au niveau des SSP, une analyse AED distincte a été réalisée pour les dispensaires, les CSL, et les CAL, car les extrants de ces trois types d'institutions sanitaires ainsi que leurs normes de dotation en personnel, diffèrent : les dispensaires se concentrent sur les visites préventives et ne disposent que d'un/e infirmier/ère ou d'un/e aide infirmier/ère ; les CSL fournissent aussi bien des services curatifs que préventifs ; et les CAL assurent des consultations préventives et curatives, ainsi que l'hospitalisation. Les intrants des dispensaires et CSL comprenaient le nombre de personnel médical. En ce qui concerne les CAL, les intrants comprenaient le nombre de personnel médical et de lits, et les extrants comprenaient le nombre de consultations et d'admissions. En raison de données manquantes dans l'ensemble de données de l'EPSSS, l'échantillon comprenait 342 dispensaires (sur 359), 265 CSL (sur 298) et 72 CAL (sur 129).

L'AED au niveau des hôpitaux a été réalisée pour un échantillon de 78 hôpitaux (sur 121). Diverses valeurs étaient manquantes, en particulier en ce qui concerne les extrants. De plus, plusieurs hôpitaux offrant des services spécialisés ont été exclus, tels l'hôpital de Médecins sans Frontières, qui fournit des soins intensifs aux patients souffrant de brûlures, ou de petits hôpitaux ne fournissant que des accouchements. Les intrants comprenaient quatre catégories distinctes de personnel médical (impossible au niveau des SSP, où il y a moins de personnel) : médecin, infirmier/ère, aide infirmier/ère assistant/e, et technicien/ne de laboratoire. Les extrants comprenaient les consultations et les admissions. Quatre catégories d'hôpitaux ont été incluses : les HCR, les petits hôpitaux (équivalents aux HCR), les hôpitaux départementaux, et les hôpitaux universitaires. Étant donné que dans les hôpitaux universitaires, les médecins consacrent une partie de leur temps à l'enseignement, des scores d'efficacité technique inférieurs étaient attendus pour ces institutions sanitaires. Cependant, cela n'a pas été le cas en Haïti, où les hôpitaux universitaires obtenaient en fait quelques-uns des scores d'efficacité technique les plus élevés de toutes les institutions sanitaires.

séjour (DMS)⁶¹, et le coût unitaire par journée/lit⁶², qui sont trois indicateurs de l'efficacité des soins hospitaliers, mettent également en évidence la faible efficacité des hôpitaux (les données utilisées pour estimer ces trois indicateurs proviennent de l'étude des

hôpitaux, voir annexe C). Parmi ces indicateurs, Haïti obtient de meilleurs résultats pour la DMS (figure 6.6). Cependant, le TOL d'Haïti est de 29 pour cent, ce qui est nettement plus faible que dans les autres PFR (figure 6.7). La faiblesse du TOL contribue au coût



61 La DMS fait référence à la moyenne pour tous les patients au cours de la période, du nombre de jours calendaires à compter du jour de l'admission des patients jusqu'au jour de leur sortie.

62 Ce rapport permet de faire une macro-évaluation des coûts des hôpitaux en estimant le coût unitaire d'une journée d'hospitalisation (équivalent d'une journée/lit) et donne une indication du coût total en ressources par lit. Le coût unitaire par équivalent d'une journée lit est obtenu en divisant le coût annuel total par le nombre total d'équivalents journée/lit. L'équivalent journée/lit comprend à la fois les cas ambulatoires et les cas d'hospitalisation. Les visites ambulatoires ont été converties en équivalents journée/lit en utilisant la méthodologie de Shepard, Hodgkin et Anthony (2000), dans laquelle une visite ambulatoire est équivalente à 0,32 cas d'hospitalisation.

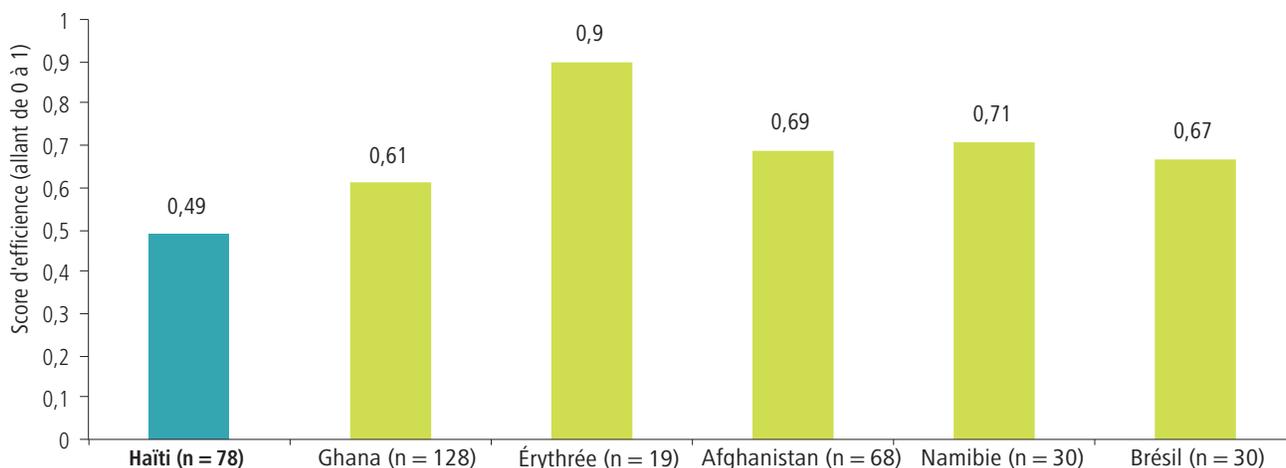
TABLEAU 6.2 : Capacité d'accueil (nombre de lits) et score d'efficacité technique selon le type d'hôpital : Haïti, 2013

Institution sanitaire	Nombre	Nombre total de lits	% de lits	Nombre de lits (moyenne)	Nombre de lits (médiane)	Score d'efficacité technique (moyenne)
Hôpital universitaire (HU)	6	1249	17 %	156	107	0,52
Hôpital départemental (HD)	6	722	10 %	90	82	0,36
Hôpital communautaire de référence (HCR)	32	1977	27 %	49	38	0,52
Petit hôpital (PH)	34	3256	45 %	50	26	0,36
Échantillon	78	7198	100 %	59	40	0,49

Source : Estimations de la Banque mondiale sur la base de l'EPSSS 2014.

Remarques : Les petits hôpitaux ne relèvent pas d'une catégorie d'hôpitaux particulière, telle que les HCR, HD ou HU, mais peuvent être classés comme HCR, puisqu'ils ont un nombre moyen similaire de lits. Il y a 121 hôpitaux au total en Haïti selon l'ensemble de données de l'EPSSS (2013), répartis comme suit : 8 HU, 6 HD, 40 HCR et 65 PH. Toutefois, pour cette analyse, les données manquaient pour 43 hôpitaux, d'où le résultat de la première colonne du tableau. Voir le tableau C.2 de l'annexe C pour des statistiques descriptives de l'échantillon des hôpitaux.

FIGURE 6.5 : Répartition des scores d'efficacité technique : Hôpitaux en Haïti et pays de comparaison, diverses années



Sources : Pour Haïti, les données proviennent d'un échantillon de 22 hôpitaux pour lesquels la Banque mondiale a recueilli des statistiques hospitalières et des données financières de février à avril 2016; pour le Ghana (données de 2005) : Jehu-Appiah et al., 2014; pour l'Érythrée (données de 2007) : Kirigia et ASBU, 2013; pour l'Afghanistan (données de 2012) : Osmani, 2015; pour la Namibie (données de 1998-2001) : Zere et al., 2006; et pour le Brésil (données de 2003-06) : Lob et al., 2010.

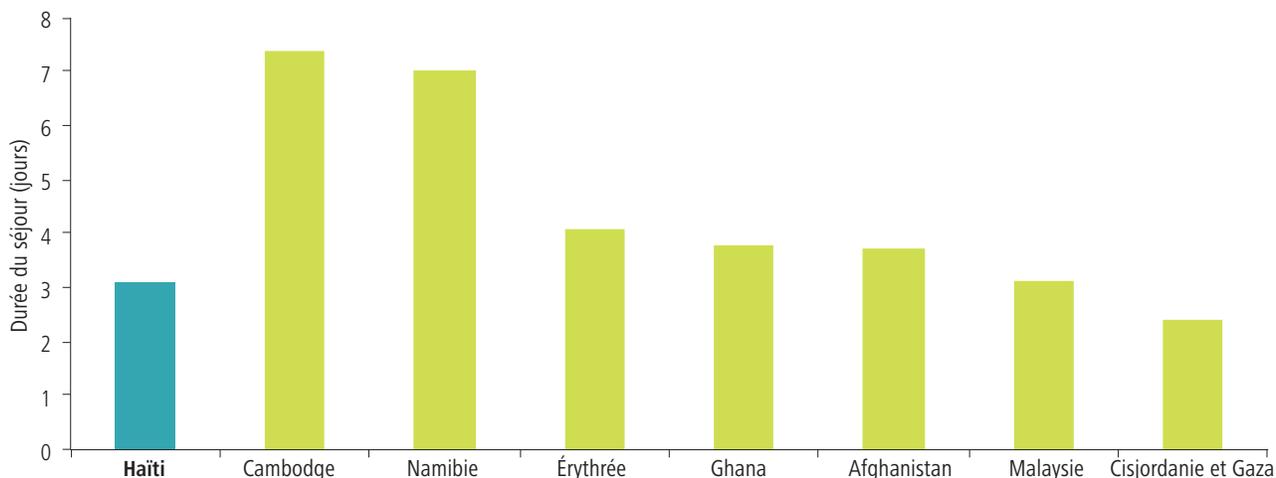
unitaire élevé de 76 dollars pour une journée d'hospitalisation⁶³, soit beaucoup plus qu'au Cambodge, au Guatemala ou aux Philippines, par exemple, qui présentent tous trois un produit intérieur brut (PIB) par habitant plus élevé (figure 6.8). La faible efficacité des hôpitaux haïtiens est particulièrement alarmante compte tenu du fait que 38 pour cent des DTS sont alloués au niveau hospitalier en Haïti (MSPP, 2015a). En

termes absolus, ce chiffre représente 11 221 millions HTG, soit 260 millions de dollars, pour l'exercice 2012. Bien que les hôpitaux représentent souvent jusqu'à 50 pour cent des DTS (MSH, 2001), Haïti dépense plus que les 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 (2015), 26 pour cent (2012),



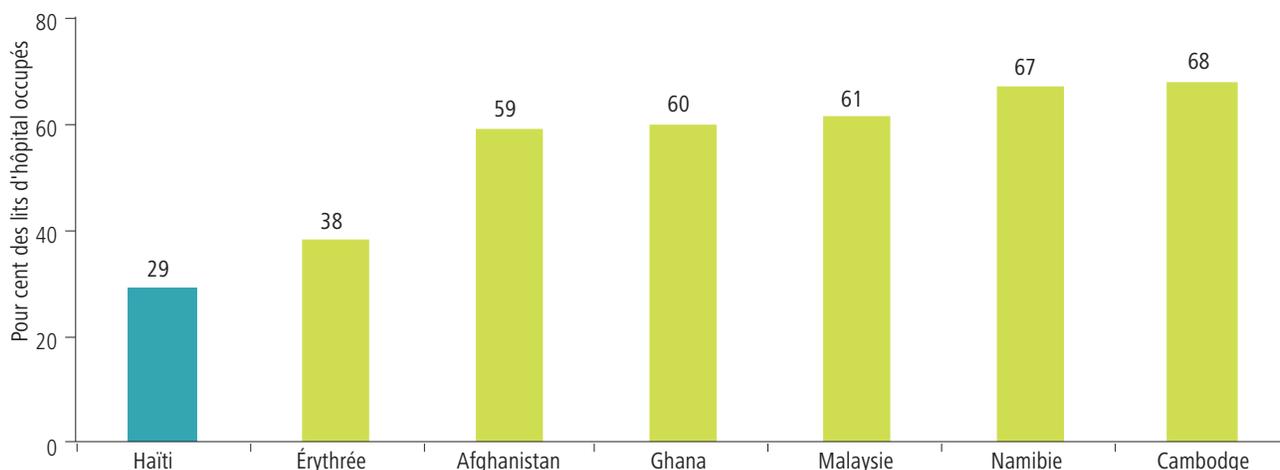
63 Le coût unitaire par journée d'hospitalisation est généralement deux fois plus élevé dans un hôpital de référence (hôpitaux départementaux et universitaires) que dans un hôpital de district / communautaire. Baruwa et al. (2015). Dans l'hôpital universitaire de Mirebalais, le coût unitaire par patient hospitalisé varie de 41 dollars à 188 dollars. Ainsi, les résultats de la macro-évaluation des coûts de l'étude des hôpitaux communautaires de référence et des petits hôpitaux sont alignés avec Baruwa et al. (2015), étant donné que le coût unitaire par journée/lit est compris entre 41 et 188 dollars.

FIGURE 6.6: Durée moyenne du séjour: Haïti et pays de comparaison, diverses années



Sources : Haïti : Estimations de la Banque mondiale à partir de l'EPSSS 2014 ; Cambodge (données de 2007) : Collins, Gupta, et Sovannarith, 2009 ; Namibie (données de 2000-01) : Zere et al., 2006 ; Erythrée (données de 2013) : Ministère de la Santé, 2014 ; Ghana (données de 2009) : Saleh, 2013 ; Afghanistan (données de 2012) : Osmani, 2015 ; Malaysia (données de 2010) : Nwagbara et Rasiah 2015 ; Cisjordanie et Gaza (données de 2006-12) : Hamidi, 2016.

FIGURE 6.7: Taux d'occupation des lits: Haïti et pays de comparaison, diverses années



Sources : Haïti : Estimations de la Banque mondiale à partir de l'EPSSS 2014 ; Erythrée (données de 2013) : Ministère de la Santé, Érythrée, 2014 ; Afghanistan (données de 2012) : Osmani, 2015 ; Ghana (données de 2009) : Saleh, 2013 ; Malaysia (données de 2010) : Nwagbara et Rasiah 2015 ; Namibie (données de 2000-01) : Zere et al., 2006 ; Cambodge (données de 2007) : Collins, Gupta, et Sovannarith, 2009.

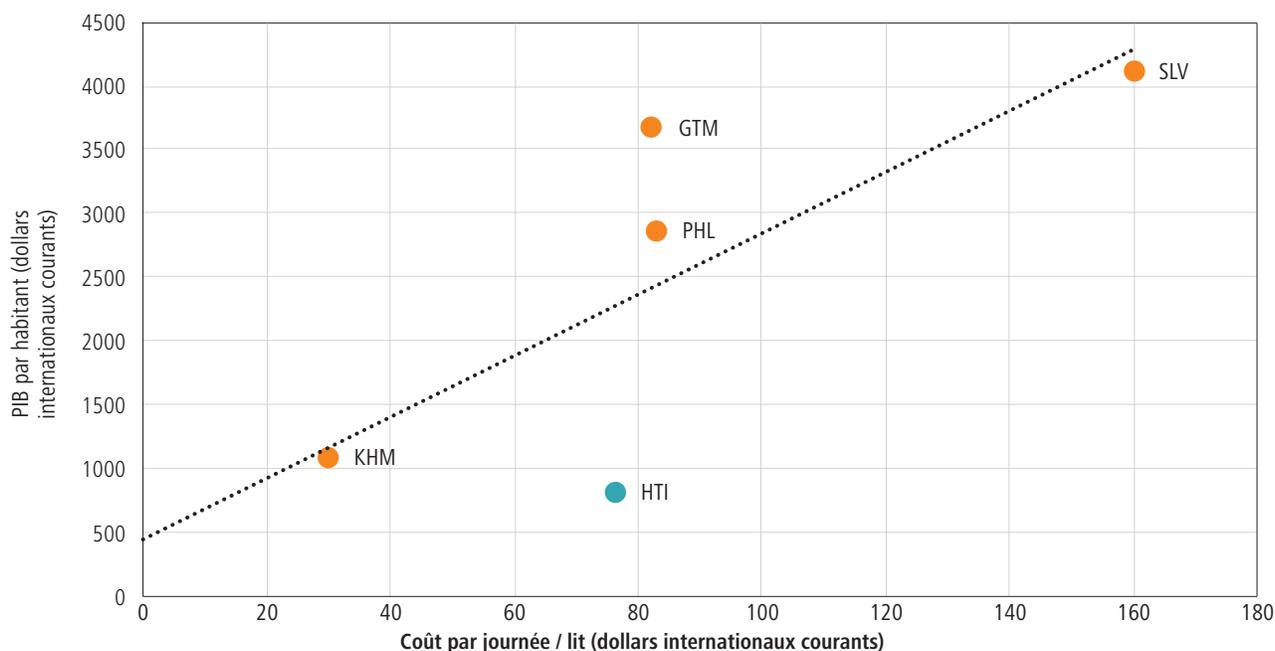
et 29 pour cent (2013) de leurs DTS aux hôpitaux⁶⁴. Ce qui est plus préoccupant est que les dépenses au niveau des hôpitaux en Haïti ne semblent pas se traduire par une amélioration de la production. Cette faible efficacité est certainement due à un trop grand nombre de petits hôpitaux, qui, même s'ils sont classés comme étant des hôpitaux, sont dépourvus des services hospitaliers et équipements de base. La résolution de ce problème exigera de fournir un effort urgent visant à mettre en place une politique d'octroi de licences,

freiner la construction de nouveaux hôpitaux, consolider l'infrastructure existante des hôpitaux, cartographier les hôpitaux nécessaires, et veiller à ce que les services hospitaliers soient fournis dans des institutions sanitaires sélectionnées, où le volume nécessaire des soins puisse être obtenu afin d'améliorer également la qualité des soins hospitaliers. Il est également important d'examiner comment la gestion des hôpitaux peut être améliorée. Une assistance technique sera nécessaire pour mettre en œuvre ces réformes.



64 Voir les rapports des Comptes nationaux de la santé du Ministère de la Santé et des Affaires sociales, République de Tanzanie (2012) ; Ministère de la santé publique, Afghanistan (2013) ; et Ministère de la santé publique, Burundi (2015).

FIGURE 6.8: Relation entre le coût unitaire par journée/lit et le PIB par habitant: Haïti et autres pays, diverses années



Sources : Haïti (HTI, données de 2013) : estimations de la Banque mondiale à partir de l'EPSSS 2014 ; Cambodge (KHM, données de 2005) : Suaya et al., 2009 ; Guatemala (GTM, données de 2006) : Suaya et al. 2009 ; El Salvador (SLV, données de 2005) : Suaya et al., 2009 ; Philippines (PHL, données de 2011) : Largo 2012.
 Remarque : Il est important de noter que le coût unitaire par journée / lit peut refléter le statut économique du pays ; il a tendance à être plus élevé dans les pays qui sont plus riches, peut-être en raison des coûts plus élevés de la main-d'œuvre. Le coût unitaire par équivalent journée / lit est de 76,34 dollars en moyenne, ce qui représente 9,2 pour cent du PIB par habitant (élevé). Cela est certainement dû à un faible taux d'occupation des lits et à des coûts élevés.

Facteurs influant sur l'efficacité technique : Propriété et géographie

Au niveau des SSP, les institutions sanitaires gérées par les organisations non gouvernementales (ONG) fonctionnent mieux que les autres institutions sanitaires. Les leçons tirées de la façon dont sont gérées ces institutions sanitaires fonctionnant bien, devraient être appliquées à toutes les institutions sanitaires. Le score d'ET ne varie pas beaucoup selon la propriété au niveau des SSP, bien que les ONG semblent obtenir un meilleur score d'efficacité dans les CSL et les dispensaires, tandis que le MSPP obtient un meilleur score pour les CAL (cf. le tableau C.3 de l'annexe C). Cela confirme les résultats d'une étude précédente, qui montrait que l'assistance technique était associée à une augmentation de l'utilisation des SSP de 35 pour cent sur trois ans (Zeng et al., 2013). Cependant, la corrélation entre le score d'ET et la propriété n'est significative qu'au niveau des CSL ($p < 0,10$) (cf. le tableau C.4 de l'annexe C). Le score d'ET varie peu selon la localisation au niveau des CSL et des dispensaires, mais les CAL des zones urbaines et métropolitaines ont des scores d'ET plus élevés que dans les zones rurales

(cf. le tableau C.3 de l'annexe C), ce qui est confirmé par la corrélation entre le score d'ET et la localisation au niveau des CAL ($p < 0,05$) (cf. le tableau C.4 de l'annexe C). Cela peut s'expliquer par la hausse de la demande dans les zones urbaines et métropolitaines par rapport aux zones rurales. Les pratiques de gestion des types d'institutions sanitaires obtenant des scores d'ET plus élevés, devraient être étudiées et intégrées dans toutes les institutions sanitaires, lorsque possible.

Il faudrait consolider une sélection d'hôpitaux de soins secondaires afin de réaliser des économies d'échelle pour les soins hospitaliers. Comme vu précédemment, Haïti dispose d'un grand nombre d'hôpitaux par habitant par rapport aux autres PFR. Haïti compte en effet 1,14 hôpitaux pour 100 000 habitants (estimations basées sur l'EPSSS, 2013), soit une densité environ deux fois plus élevée que celle des PFR, de 0,08 hôpitaux pour 100 000 habitants (OMS, 2015). Pour les lits d'hôpital, cependant, le scénario est inversé. Haïti compte environ 6,4 lits pour 10 000 habitants, contre une moyenne de 21 pour les PFR (estimations de la Banque mondiale en s'appuyant sur l'ensemble de données de l'EPSSS, 2013 ; OMS, 2015). Le fait d'avoir moins de lits pour un grand nombre

CARTE 6.1 : Hôpitaux de soins secondaires efficaces et inefficients, Haïti



Source : Estimations de la Banque mondiale à partir de l'EPSSS, 2014.

d'hôpitaux, et donc une offre hospitalière éparpillée, peut contribuer à limiter le flux des patients dans les institutions sanitaires en Haïti, ce qui peut, en retour, expliquer le faible score d'ET des hôpitaux. Comme le souligne la théorie des économies d'échelle⁶⁵, un secteur hospitalier dans lequel les petites entités doivent chacune fournir (et assumer) des services diagnostics et administratifs distincts, est susceptible de faire augmenter les coûts et d'entraîner une baisse de la productivité. Le secteur hospitalier en Haïti est sujet à de telles inefficiences. Un faible débit de patients rend également difficile le maintien d'un haut niveau de maîtrise des compétences du personnel médical. Avec le temps, ce problème peut entraîner une mauvaise qualité des soins, et une moindre sécurité des patients. Ces constats et observations quant au secteur hospitalier d'Haïti plaident fortement pour la réduction ou la consolidation des hôpitaux de soins secondaires (HCR et petits hôpitaux devenus CAL) en vue de générer des gains d'efficacité. Les hôpitaux figurant sur la carte 6.1 sont codés par couleur, de manière à différencier ceux

qui sont efficaces (en vert) de ceux qui sont inefficients (en rouge). Cet exercice de cartographie met en évidence des groupes d'hôpitaux inefficients qui pourraient être regroupés pour concentrer les ressources et les capacités en un nombre plus réduit d'institutions sanitaires plus performantes. Dans plusieurs départements, tels que le Nord-Ouest, l'Artibonite et l'Ouest, plusieurs hôpitaux secondaires inefficients sont situés à proximité les uns des autres, de sorte qu'ils pourraient être regroupés, afin que leur productivité augmente.

Les hôpitaux gérés par les ONG fonctionnent mieux que les hôpitaux du MSPP, tandis que les hôpitaux privés à but lucratif sont les entités les moins performantes. Conformément aux conclusions concernant les variations de la performance selon la propriété aux niveaux des dispensaires et des cliniques, les hôpitaux gérés par les ONG fonctionnent mieux (score d'ET de 0,6) que ceux gérés par le MSPP (score d'ET de 0,47), et les hôpitaux privés à but lucratif (score d'ET de 0,41) (cf. le tableau C.5 de l'annexe C). Le niveau élevé



65 Cette théorie de la microéconomie décrit le fait qu'à mesure que les opérations hospitalières augmentent, le coût par unité de production diminue. Par conséquent, un secteur hospitalier comprenant plusieurs petites unités hospitalières opérationnellement indépendantes est associé à des coûts plus élevés par unité de production.

TABLEAU 6.3 : Scores d'efficacité technique par type d'institution sanitaire : Haïti, 2016

	Score d'efficacité technique				
	CAL	CSL	Dispensaires	Hôpitaux	Total
Sud	0,24	0,05	0,03	0,35	0,67
Nord-Ouest	0,19	0,02	0,04	0,48	0,73
Nord-Est	0,37	0,07	0,03	0,28	0,75
Grand'Anse	0,33	0,08	0,04	0,34	0,79
Artibonite	0,32	0,17	0,05	0,34	0,88
Nord	0,27	0,08	0,03	0,53	0,91
Ouest	0,26	0,09	0,05	0,52	0,92
Nippes	0,16	0,04	0,03	0,7	0,93
Sud-Est	0,26	0,05	0,05	0,63	0,99
Centre	0,57	0,1	0,09	0,5	1,26
Moyenne du score d'efficacité technique	0,30	0,09	0,04	0,49	0,92

Source : Estimations de la Banque mondiale à partir de l'EPSSS 2014.

Remarques : Les valeurs ombrées tombent en dessous de la moyenne de l'ET pour la catégorie concernée. CAL=centre de santé avec lits; CSL=centre de santé sans lits; ET=efficacité technique.

d'assistance technique fournie par les ONG pourrait influencer aussi bien la capacité de gestion de système que la capacité opérationnelle des services. Cependant, cette association n'est pas statistiquement significative au niveau des hôpitaux. Il faudrait donc mener d'autres études pour mieux expliquer ces différences entre les niveaux de performance.

Les hôpitaux privés à but lucratif ne sont pas seulement les moins performants, ils dépensent également plus que les hôpitaux du MSPP et des ONG⁶⁶.

Il est conseillé au MSPP de collaborer avec ces entités privées et de les inclure dans le programme d'octroi de licence hospitalière proposé. Dans l'ensemble, le coût unitaire par journée d'hospitalisation est plus élevé (117 dollars) pour les hôpitaux gérés par le secteur privé à but lucratif que pour les hôpitaux gérés par le MSPP (48 dollars) ou les ONG (61 dollars), et la corrélation entre le coût unitaire et la propriété est statistiquement significative. L'analyse de régression montre ainsi que les hôpitaux gérés par des prestataires privés à but lucratif donnent une augmentation du coût unitaire par journée / lit de 109 pour cent, comparés à ceux qui sont gérés par le MSPP ($p < 0, 05$) (cf. le tableau C.8 de l'annexe C). La faible efficacité des hôpitaux privés à but lucratif pourrait s'expliquer par le grand nombre

de petits hôpitaux enregistrant un nombre comparativement plus faible d'admissions et de consultations, qui pourrait lui-même résulter du coût unitaire élevé de l'admission. Les hôpitaux privés à but lucratif enregistrent toutefois le TOL le plus élevé (en comparaison de celui des hôpitaux des ONG et du MSPP) ainsi que la DMS la plus élevée, ce qui contribue au coût unitaire élevé par journée / lit. Pour améliorer la performance des hôpitaux privés, ces entités devraient être incluses dans le programme proposé d'octroi de licence hospitalière.

Certains départements, qui obtiennent de plus mauvais scores d'efficacité technique (ET), devraient être immédiatement prioritaires pour le MSPP et ses partenaires.

En liant le score d'ET à chaque type d'institution sanitaire, il est possible d'évaluer l'efficacité technique par département (tableau 6.3). Le score global moyen d'ET est de 0,92. Six départements se situent en dessous de cette moyenne : le Sud (0,67), le Nord-Ouest (0,73), le Nord-Est (0,75), Grand'Anse (0,79), l'Artibonite (0,88) et le Nord (0,91). Les bailleurs de fonds et le MSPP devraient concentrer leurs efforts sur ces départements, car la rentabilité pourrait y être améliorée. Le département du Sud compte un nombre anormalement élevé d'hôpitaux pour 150 000



66 L'analyse ayant recueilli les données financières au niveau des hôpitaux, comprenait un échantillon de 22 petits hôpitaux (PH) et hôpitaux communautaires de référence (HCR). Cf. le tableau C.6 de l'annexe C pour des statistiques descriptives de l'échantillon de l'étude.

TABEAU 6.4 : Salaire moyen annuel du personnel médical en Haïti et dans une sélection de pays, diverses années

Dollars américains

	Haïti (Public)	Haïti (ONG)	Burkina Faso (Public)	Rwanda (Public)
	2013	2013	2014	2011
Médecin	10 415,2	15 328,4	9 469,5	—
Infirmier/ère	5 659,5	6 214,0	5 754,0	5 445,1
RNB (2014)	800	800	700	590
<i>Ratio du salaire au RNB par habitant</i>				
Médecin	13,0	19,2	13,5	—
Infirmier/ère	7,1	7,8	8,2	7,9

Source : Estimations de la Banque mondiale en s'appuyant sur la Banque mondiale, l'USAID, et le MSPP, 2013 ; Appaix, Henry et Badjeck, 2015 ; Collins et al., 2011.

Remarques : —=non disponible. Les chiffres comprennent toutes les indemnités monétaires, y compris les revenus des per diem, mais excluent les autres revenus privés, ainsi que les prestations non-monétaires. En Haïti, le salaire moyen d'un médecin dans le secteur public a été calculé sur la base de 14 observations et de 12 observations pour les infirmiers/ères ; dans le secteur privé, la moyenne pour les médecins était basée sur 14 observations et 52 pour les infirmiers/ères. Les observations proviennent de données recueillies dans 3 départements (Banque mondiale, USAID, et MSPP, 2013). Au Burkina Faso, la moyenne provient des estimations données dans sept districts (Appaix, 2015). Au Rwanda, la moyenne est estimée sur la base de sept institutions sanitaires (Collins et al., 2012). RNB=revenu national brut ; ONG=organisation non gouvernementale.

habitants, mais ces hôpitaux produisent peu (leur score d'ET est de 0,35, tandis que le score moyen d'ET des hôpitaux à l'échelle nationale est de 0,49). De plus, les scores d'ET des CAL, des CSL, et des dispensaires du Sud se situent en dessous de la moyenne globale des scores d'ET des mêmes catégories, et la même analyse pourrait être faite pour le Nord-Ouest. Le Nord-Est et la Grand'Anse enregistrent de très mauvaises performances aux niveaux des dispensaires, des CSL, et des hôpitaux, mais des performances relativement meilleures au niveau des CAL, par rapport aux moyennes nationales. L'accent devrait donc d'abord être mis sur l'évaluation de la capacité opérationnelle des services hospitaliers, puis sur le fait de fusionner certains d'entre eux ou de les mettre à niveau. Dans l'Artibonite, où les scores d'ET sont les plus faibles, le MSPP et les partenaires de développement devraient prioriser la capacité opérationnelle des services et la gestion des processus aux niveaux des dispensaires et des hôpitaux.

Les facteurs de l'offre qui influent sur l'efficacité technique / la performance des institutions sanitaires

Au niveau des SSP, le personnel médical ne voit que six patients par jour. L'absentéisme et le cumul d'emplois en dehors de l'institution sanitaire sont les principaux moteurs de la faible productivité des ressources humaines, et conduisent à un gaspillage des ressources. Le nombre de six patients par jour vus par le personnel médical des institutions sanitaires de premier niveau de soins de santé primaires est faible par rapport aux chiffres obtenus dans les autres PFR (Banque mondiale, 2015a)⁶⁷. La faible productivité du personnel médical peut également être la raison pour laquelle Haïti est mal située dans les comparaisons internationales qui prennent en compte la corrélation entre la densité de personnel médical et les extrants et résultats de santé clés⁶⁸. La faible productivité est souvent causée par des niveaux élevés d'absentéisme, qui sont liés à des opportunités génératrices de revenus en dehors de l'institution sanitaire (OMS, 2006). En Haïti, dans les départements du Centre, du Nord-Ouest, et du Nord-Est, plus d'un tiers du personnel médical a



67 Voir la Revue des dépenses publiques 2015 de la Banque mondiale en Haïti, pour poursuivre la discussion (Banque mondiale, 2016a).

68 Il existe par exemple une corrélation entre la densité du personnel médical et la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié dans les PFR (corrélation : 0,66, $P < 0,001$). Pourtant, Haïti obtient de très mauvais résultats (37 pour cent des naissances sont assistées par du personnel qualifié) par rapport aux autres PFR, tels, par exemple, que le Libéria (61 pour cent), le Mali (57 pour cent), ou le Mozambique (54 pour cent), tout en ayant une densité de personnel médical plus élevée que ces pays : la densité du personnel médical pour 10 000 habitants est de 2,8 au Libéria, de 5,1 au Mali et de 4,5 au Mozambique (OMS, 2015), tandis qu'elle est de 9,5 en Haïti (estimations de la Banque mondiale basées sur l'EPSSS, 2014).

un second emploi (Banque mondiale, USAID et MSPP, 2013), et ceux qui ont un second emploi passent moins de temps à travailler dans l'institution sanitaire ($p < 0,05$) (cf. le tableau C.9 de l'annexe C). Les salaires des médecins et des infirmiers/ères du secteur public en Haïti sont comparables à ceux dans les PFR⁶⁹ (tableau 6.4). Les retards de paiement démotivent le personnel, et les agents de santé qui subissent des retards de paiement sont davantage susceptibles d'avoir un niveau plus élevé d'absentéisme (cf. le tableau C.9). Sans surprise, l'absentéisme produit un énorme gaspillage de ressources dans le système de santé. Par exemple, le budget de fonctionnement 2014 d'Haïti pour la santé s'élevait à 68 millions de dollars, dont 90 pour cent (61,2 millions de dollars) ont servi à payer les salaires du personnel. Si l'on estime que la perte de productivité s'élève à 50 pour cent, tandis que le personnel est payé pour une productivité à temps plein⁷⁰, c'est alors la moitié des dépenses annuelles d'Haïti de 61,2 millions de dollars, soit environ 30,6 millions de dollars de son budget de fonctionnement pour la santé, qui est gaspillée chaque année. De plus, une perte d'environ 30,6 millions de dollars représente environ 4,7 pour cent des DTS d'Haïti, qui s'élèvent à 650 millions de dollars (estimations de la Banque mondiale sur la base des CNS, 2012-2013). Une étude récente de l'Agence des États-Unis d'Amérique pour le développement international (USAID) estime que l'absentéisme coûte à lui seul 3 millions de dollars au secteur public (USAID, à paraître) chaque année.

Le fait de lier le financement du personnel et des institutions sanitaires individuelles à la production de résultats par le biais de mécanismes de financement basés sur les résultats (FBR)⁷¹ est une manière possible de renforcer la redevabilité en termes de résultats, et d'augmenter la productivité des ressources humaines. Les données montrent que les interventions sanitaires qui sont basées sur des

mécanismes de FBR entraînent une augmentation de la productivité des ressources humaines et de la redevabilité dans la prestation de services (Fritsche, Soeters et Meessen, 2014). Le pilotage initial du programme national de FBR en Haïti donne des résultats très prometteurs (encadré 6.2). Bien que ces résultats soient préliminaires, ce mécanisme de paiement semble clairement avoir un impact sur la production des ressources humaines dans le contexte haïtien.

La mise à l'échelle du FBR en Haïti doit s'accompagner d'une décentralisation des décisions clés en matière de ressources humaines ainsi que d'une amélioration des pratiques de gestion des ressources humaines. Les pratiques de recrutement et les importants investissements en ressources ne sont pas totalement décentralisés et les structures de santé ont peu à dire dans ce domaine de prise de décision, qui nécessite l'approbation des directions départementales de la santé (DDS) ou des ONG. Bien que le personnel médical soit nommé par les directions départementales de la santé, les nominations aux postes de direction sont faites par le MSPP au niveau central. Toutefois, les institutions sanitaires gèrent et dépensent les recettes générées par la collecte de frais d'utilisation sur place.

Les systèmes existants de gestion de la performance sont faibles. En moyenne, seuls 30 pour cent des institutions sanitaires tiennent des réunions de gestion, et 70 pour cent des institutions sanitaires reçoivent des visites de supervision du personnel au niveau départemental (EPSSS, 2014). De plus, les protocoles cliniques sont rarement disponibles (Banque mondiale, 2015a), ce qui peut contribuer à une faible redevabilité du personnel en matière de qualité des soins. Dans l'ensemble, les réformes de la santé combinant l'autonomie des institutions sanitaires, la redevabilité, la gestion des ressources humaines, l'assurance de la qualité,



69 Une approche commune consiste à mesurer les salaires des agents de santé par rapport au revenu national brut (RNB) moyen par personne (McCoy et al., 2009). En Haïti, en 2013, les médecins gagnaient 13 fois plus que le RNB par personne, alors que les infirmiers/ères gagnaient environ 7,1 fois le RNB par personne dans le secteur public. À titre de comparaison, les infirmiers/ères gagnent 8,2 fois le RNB par personne au Burkina Faso et 7,9 fois au Rwanda, d'où un salaire légèrement plus élevé que pour Haïti. Les médecins gagnent 13,5 fois le RNB par personne au Burkina Faso, ce qui est de nouveau comparable à Haïti, où le ratio était de 13.

70 Une étude de l'USAID, de la Banque mondiale et du MSPP menée en 2013 dans les départements du Nord-Ouest, du Nord-Est et du Centre a révélé que le personnel médical (pour un échantillon de 200 médecins, infirmiers/ères et infirmiers/ères auxiliaires) travaillait en moyenne quatre heures par jour, soit 50 pour cent du temps.

71 Le financement basé sur les résultats (FBR) est défini comme un transfert d'argent ou de biens matériels à un destinataire, conditionné à la réalisation d'une action mesurable, ou d'un objectif de performance prédéterminé (Eichler et Levine, 2009). Appliqué au secteur de la santé, le FBR a contribué à améliorer l'utilisation des services de santé maternelle et infantile, ainsi que les fonctions clés du système de santé dans plusieurs pays à faible revenu. L'expérience montre que cette approche (1) communique clairement aux prestataires de services de santé quelles sont les priorités du Gouvernement et permet de veiller à ce que les institutions continuent à mettre suffisamment l'accent sur les interventions de prévention ainsi que sur les pauvres; (2) permet de se focaliser de façon décentralisée sur les intrants pour la production de résultats tangibles; (3) renforce les systèmes de suivi et d'évaluation; (4) renforce la décentralisation de la prise de décision; et (5) augmente la productivité et la redevabilité quant à la prestation des services. Toutes ces qualités sont essentielles aussi bien pour améliorer les résultats en santé maternelle et infantile que pour renforcer le système de santé (Fritsche, Soeters et Meessen, 2014).

ENCADRÉ 6.2

Résultats préliminaires du pilote de financement basé sur les résultats (FBR)

Depuis 2013, le MSPP dispose d'une Unité de contractualisation (UC) chargée de la mise en œuvre du FBR au niveau national. L'UC, qui bénéficie du soutien de la Banque mondiale et du projet de l'USAID / LMG (leadership, management et gouvernance), pilote le FBR dans le département du Nord-Est depuis août 2014. En 2016, l'UC a commencé à mettre en œuvre le FBR dans 80 sites répartis dans sept départements. Les fonds de FBR seront utilisés de deux manières : (1) au moins 30 pour cent des fonds de FBR permettront d'améliorer le fonctionnement et la qualité des services (formation, stratégies avancées au niveau de la communauté, et petits investissements) ; et (2) jusqu'à 70 pour cent du total des fonds seront utilisés pour payer des primes récompensant les performances individuelles.

Les résultats du projet pilote dans le Nord-Est sont prometteurs. La couverture des services a augmenté pour presque tous les indicateurs entre août 2014 et décembre 2015 (tableau B.6.2.1). La diarrhée est la deuxième cause de décès chez les enfants de moins de cinq ans, et le nombre d'enfants atteints de diarrhée et ayant été traités, a augmenté de 500 pour cent. Seuls les soins prénatals ont diminué au cours de la même période. Il se pourrait que le personnel médical ait ciblé des services spécifiques et n'ait pas réussi à améliorer tous les services. Bien qu'un rapportage plus élevé ait dû favoriser ces résultats positifs, ces résultats sont si considérables qu'il est probable que le FBR a joué un rôle dans cette amélioration. L'évaluation continue de l'impact du programme de FBR se fera avec une plus grande rigueur scientifique.

TABLEAU B.6.2.1 : Couverture sanitaire dans six institutions sanitaires du pilote de FBR dans le Nord-Est d'Haïti, 2014 et 2016

	Août-oct. 2014	Oct.-déc. 2016	% changement
Cas de diarrhée traités	22	132	500 %
Référence vers le niveau de soins suivant	8	100	1150 %
Tests nutritionnels pour les enfants de 6-59 mois	987	1494	51 %
Vaccination complète des enfants < 12 mois	77	136	77 %
Accouchements institutionnels	18	26	44 %
Quatrième visite de soins prénatals effectuée	40	23	-43 %
Visite postnatale à domicile pendant les jours 0-3	77	201	161 %

Sources : EPSSS, 2014 ; Banque mondiale, 2016a.

et les incitations financières, contribuent à la performance supérieure des institutions sanitaires (Abzalova et al., 1998 ; Barber, Bonnet, et Bekedam, 2004). Dans le cadre du modèle national de FBR en Haïti, le niveau central donne aux institutions sanitaires des fonds basés sur les résultats. Par le biais d'un contrat formel, la DDS lie la perception des paiements à la prestation de résultats spécifiques en matière de services de santé, ce qui est la base du mécanisme d'incitation financière du FBR. De plus, la DDS est tenue de maintenir un contrôle régulier de la performance pour confirmer la performance des institutions sanitaires. Cela facilite une plus grande autonomie des institutions sanitaires quant à l'utilisation des ressources financières, et soutient la

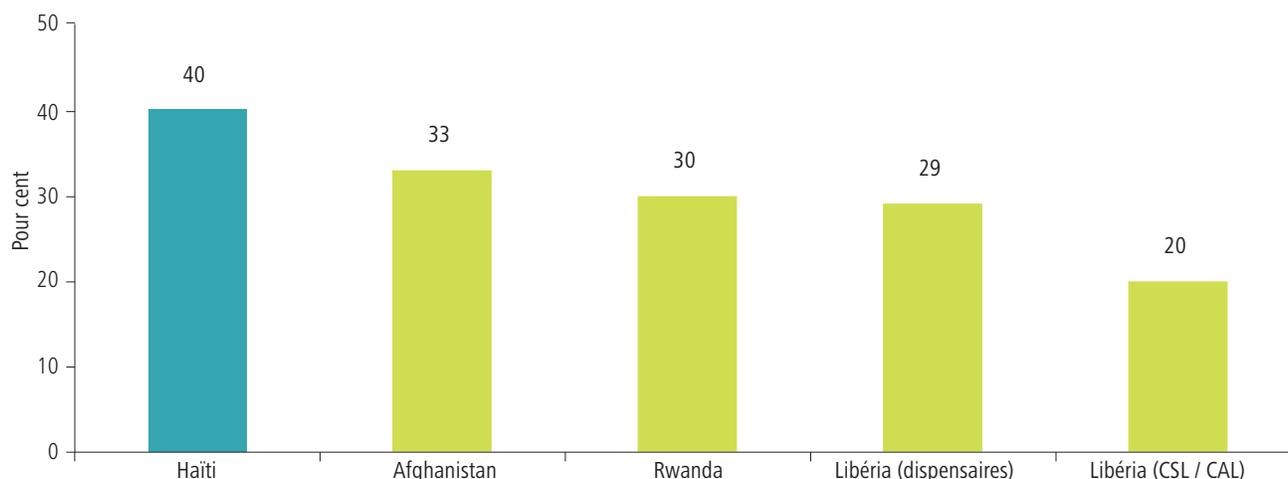
motivation en engageant le personnel médical de façon plus intensive. À travers l'initiative nationale de FBR, Haïti a déjà augmenté les niveaux d'autonomie des institutions sanitaires dans plusieurs départements. Pour étendre ce modèle, l'unité de contractualisation chargée du FBR et les directions des ressources humaines et de la planification du MSPP doivent parvenir à un consensus sur les réformes actuelles des ressources humaines en santé et avancer de façon collaborative.

Des conditions de travail⁷² médiocres conduisent à une faible satisfaction et à une faible productivité du personnel médical. L'augmentation du budget de fonctionnement non salarial permettrait d'améliorer la



72 Les conditions de travail comprennent la disponibilité du matériel et des fournitures, les infrastructures, les services de soutien, la réglementation du travail et les lignes d'autorité, ainsi que la prise de décision. Ce sont là des déterminants importants de la satisfaction au travail et de la performance des institutions sanitaires (Dieleman et Harnmeijer, 2006).

FIGURE 6.9: Personnel administratif en pourcentage du nombre total de personnel institutionnel dans les institutions sanitaires de soins primaires: Haïti et pays de comparaison, diverses années



Sources : MSPP, 2014a ; Banque mondiale, 2016a ; Haïti : Cros et Zeng, 2014 ; Afghanistan : Ministère de la Santé, Afghanistan, 2003 ; Rwanda : Collins et al., 2011 ; Libéria : Wang, Young et Connor, 2009.

Remarque : CAL=centre de santé avec lits ; CSL=centre de santé sans lits.

capacité opérationnelle des services et la performance globale des agents de santé. Selon une enquête auprès du personnel médical et des gestionnaires de la santé dans trois départements, le manque de médicaments et de matériel et les possibilités limitées de formation constituaient les principales raisons de la faible motivation du personnel médical et du non fonctionnement des institutions sanitaires (Banque mondiale, USAID et MSPP, 2013). Bien que l'indice relatif au matériel des institutions sanitaires et la disponibilité d'une source d'eau améliorée ne soient pas corrélés de manière significative avec les scores d'ET dans le secteur des SSP en Haïti, des associations positives existent entre l'indice concernant les médicaments dans les CAL et la disponibilité de l'électricité dans les CSL et le score d'ET (cf. le tableau C.4 de l'annexe C). Comme indiqué plus haut, la capacité opérationnelle des services est très faible en Haïti. Il faudrait, pour l'améliorer, augmenter le budget récurrent non salarial, afin de rendre disponibles d'autres intrants tels que les médicaments, le matériel, et les fournitures médicales, nécessaires à la production des services de santé. Au cours de la dernière décennie, 90 pour cent du budget de fonctionnement d'Haïti était alloué aux salaires (BOOST, 2016), ce qui est très élevé par rapport au niveau des PFR (Banque mondiale, 2016a). L'une des manières de dégager des ressources pour les intrants complémentaires, consiste à s'attaquer au problème du niveau élevé du personnel de soutien dans la masse

salariale. En ce qui concerne l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti (HUEH), 87 pour cent du budget de fonctionnement va à la masse salariale (BOOST, 2016), et 22 pour cent du personnel est peu qualifié, ce qui est élevé par rapport aux référentiels internationaux (Consortium AEDES, 2016). Dans les institutions sanitaires publiques, le personnel administratif représente près de la moitié de la population active (MSPP, 2014a). Une autre étude a révélé que le personnel administratif représentait 40 pour cent du total du personnel institutionnel au niveau des SSP (Cros et Zeng, 2014). Ce rapport semble également élevé en comparaison de ceux des PFR (figure 6.9).

La disponibilité des médicaments pourrait également être accrue en améliorant la gestion de la chaîne d'approvisionnement. Au cours des quelques dernières années, les sept différentes chaînes d'approvisionnement parallèles mises en place après le tremblement de terre de 2010, ont lentement été regroupées en deux chaînes d'approvisionnement principales. Cependant, davantage pourrait être fait pour améliorer la gestion de la chaîne logistique (cf. encadré 6.3). D'importantes économies pourraient être réalisées en améliorant la coordination du réseau de distribution et en se concentrant sur l'amélioration de la distribution du dernier kilomètre⁷³. Une approche possible est d'externaliser la distribution aux entreprises de transport local, ce qui a déjà été mis à l'essai avec succès en Haïti.



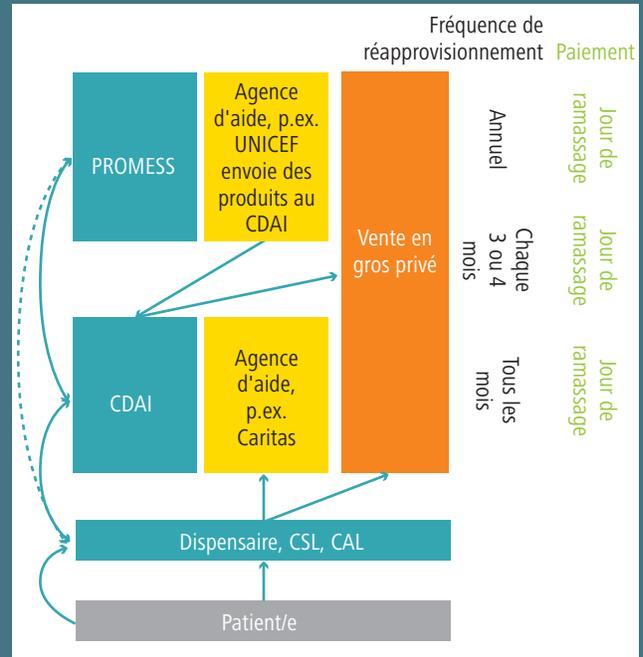
73 Le « dernier kilomètre » est un terme utilisé en planification de la gestion de la chaîne d'approvisionnement pour décrire le mouvement des marchandises à partir d'un centre de transport vers une destination finale au niveau de l'institution sanitaire.

ENCADRÉ 6.3

La chaîne d'approvisionnement des médicaments en Haïti

Haïti dispose d'un système de chaîne d'approvisionnement à trois niveaux. Les institutions sanitaires récupèrent les produits dans un entrepôt régional (Centre Départemental d'Approvisionnement en Intrants, CDAI). Le CDAI stocke les produits qui sont spécifiquement liés aux programmes de santé subventionnés dans le pays, et qui sont distribués gratuitement par le Programme des Médicaments Essentiels (PROMESS)¹ géré par l'OPS à partir de Port-au-Prince. Les CDAI et les institutions sanitaires se procurent également des produits supplémentaires auprès des bailleurs de fonds et des grossistes privés. La figure B.6.3.1 illustre ce processus. Les cases bleues représentent le secteur public, les cases orange, le secteur de l'aide étrangère, et la case violette, le secteur privé à but lucratif. La direction des flèches indique quel groupe est responsable du transport. Un dispensaire, par exemple, va chercher des produits chez un grossiste. Parmi les exceptions, figure le cas où les programmes gérés par les organismes d'aide, livrent des stocks aux magasins régionaux, soit régulièrement, soit dans le cadre d'une campagne pour un programme de santé spécifique, tel que la planification familiale. Certaines institutions sanitaires vont directement chercher des stocks au PROMESS. Le secteur privé à but lucratif joue un rôle clé dans la disponibilité des produits en Haïti. Il y a trois fabricants locaux immatriculés, 35 grossistes immatriculés basés à Port-au-Prince, et 129 pharmacies agréées privées à but lucratif (OPS, 2012). Plus de 400 pharmacies non agréées fonctionnent également dans la région métropolitaine (OPS, 2012). Il existe également un marché informel (et donc non réglementé) en plein essor, tant pour l'achat que pour la vente de produits pharmaceutiques.

FIGURE B.6.3.1 : Chaîne d'approvisionnement des institutions sanitaires en Haïti



Source : Johnson, Laverty et Sjöblom, 2014, sauf indication contraire.

Remarque : CAL = centre de santé avec lits ; CDAI = Centre Départemental d'Approvisionnement en Intrants ; CSL = centre de santé sans lits ; PROMESS = Programme des Médicaments Essentiels.

Certains produits médicaux ne sont pas distribués par les partenaires de développement, et, pour combler cette lacune dans l'inventaire, les institutions sanitaires doivent compter sur un flux de trésorerie régulier pour faciliter les achats externes. Toutefois, la persistance des déficits dans ce flux de trésorerie exige des voyages plus fréquents et plus courts auprès des fournisseurs de produits médicaux et entraîne des coûts de distribution plus élevés. La mauvaise gestion du stockage et la faiblesse des systèmes d'information du Programme des médicaments essentiels (PROMESS)⁷⁴, affecte également la disponibilité des médicaments au niveau des

institutions sanitaires. De fait, les données semblent indiquer que les médicaments initialement destinés à la distribution subventionnée dans les institutions sanitaires publiques, sont interceptés et siphonnés hors des dépôts régionaux des centres départementaux d'approvisionnement en intrants (CDAI), et vendus aux pharmacies du secteur privé qui revendent ensuite ces mêmes produits à un prix plus élevé. Les ruptures de stock au CDAI obligent ensuite les institutions sanitaires privées à acheter les médicaments au prix du marché. Surtout, cette pratique réduit l'accès des patients aux médicaments subventionnés.



74 La chaîne d'approvisionnement publique en charge des médicaments essentiels (et gérée par l'Organisation panaméricaine de la Santé, OPS).

TABLEAU 6.5 : Changements prévus concernant les admissions et les consultations pour l'ensemble des institutions sanitaires, Haïti

	Nombre actuel d'admissions	Nombre projeté d'admissions	% de différence	Nombre actuel de consultations	Nombre projeté de consultations	% de différence
Échantillon	1176	4524	285 %	16 908	42 210	150 %
<i>Catégorie d'institution sanitaire</i>						
Hôpital universitaire	7716	25 878	235 %	56 916	138 827	144 %
Hôpital de district	2868	16 187	464 %	18 624	74 141	298 %
Hôpital communautaire de référence	1086	3417	215 %	15 168	37 636	148 %
Petit hôpital	816	2865	251 %	9090	33 076	264 %

Source : Estimations du personnel de la Banque mondiale, 2016.

Remarque : Ce tableau est le résultat de l'AED des hôpitaux basée sur l'ensemble de données de l'EPSSS, 2013. Ce tableau met en évidence de combien les hôpitaux devraient augmenter leur productivité (nombre d'admissions et de consultations), étant donné leurs ressources actuelles, pour être efficaces. Les hôpitaux communautaires de référence (HCR), par exemple, compte tenu de leurs ressources actuelles, devraient tripler leur nombre d'admissions et doubler leur nombre de consultations pour rester efficaces. En d'autres termes, les HCR devraient augmenter leurs admissions et consultations de 215 pour cent et 148 pour cent, respectivement, pour être performants.

Facteurs de la demande faisant obstacle à l'efficacité technique / la performance

Bien que les politiques portant sur la prestation de soins de santé soient essentielles à l'amélioration significative de la performance des soins de santé en Haïti, des mécanismes devraient être mis en place pour stimuler la demande de services de santé. Ceux-ci peuvent inclure des cliniques mobiles, des agents communautaires, ou la suppression des frais d'utilisation pour certains services, en particulier pour les pauvres. Les centres de santé, en particulier dans les zones rurales, affichent des scores d'efficacité technique plus faibles, parce que les gens qui vivent dans ces zones sont plus pauvres et ne peuvent pas se permettre de se rendre dans les institutions sanitaires. L'amélioration de l'efficacité des institutions sanitaires de SSP nécessiterait des mécanismes stimulant la demande. Tout d'abord, des cliniques mobiles pourraient être organisées par les CSL et les CAL, parce que deux tiers des utilisateurs de cliniques mobiles et de services communautaires sont pauvres. De telles stratégies, utilisées dans le programme de Santé pour le Développement et la Stabilité d'Haïti (SDSH), ont contribué à accroître l'utilisation des services de santé maternelle et infantile (Eichler, Auxila

et Pollock, 2001 ; Eichler et Levine, 2009 ; Zeng et al., 2013). Cependant, une telle approche nécessiterait un financement supplémentaire pour couvrir les indemnités journalières du personnel clinique ainsi que le transport. Ensuite, les agents de santé communautaires peuvent jouer un rôle déterminant dans la référence des patients vus au niveau communautaire vers des niveaux de soins plus élevés. À l'heure actuelle, des discussions sont en cours sur l'élargissement du champ de pratique des agents de santé communautaires. En troisième lieu, et tel que discuté dans la section consacrée à l'accès, la suppression des frais d'utilisation pour certains services aidera à stimuler la demande de services pour les pauvres.

La plupart des hôpitaux ont de faibles niveaux de productivité (tableau 6.5). Le fait de renforcer le système de référence, de fournir un système de transport subventionné destiné aux patients pauvres faisant l'objet d'une référence, et de subventionner les frais de service, pourrait contribuer à accroître la demande de services hospitaliers. L'augmentation du nombre d'admissions est essentielle à l'amélioration de l'efficacité au niveau des hôpitaux, tant que les mécanismes utilisés à cette fin ne font pas que les patients sautent le niveau des soins primaires. Trois mécanismes permettront d'augmenter la demande de services hospitaliers. Le premier consiste à renforcer le système de référence⁷⁵



75 Un système de référence fait en sorte que les patients puissent recevoir des soins appropriés à leur condition, et de haute qualité, au moindre coût et dans l'institution sanitaire la plus proche possible (Jamison et al., 2006).

afin que les patients soient orientés du niveau des soins de santé primaires vers les hôpitaux communautaires, ou des hôpitaux communautaires vers les hôpitaux départementaux ou universitaires. Le programme de FBR fournit actuellement des incitations pour les références aux niveaux des dispensaires, des centres de santé, et des hôpitaux communautaires de référence. Par conséquent, le changement de comportement est susceptible de se produire au niveau de l'offre. Au niveau de la demande, les systèmes de files d'attente devraient être repensés de manière à séparer les patients faisant l'objet d'une référence, des autres, afin d'accélérer les références et d'accroître la compréhension des patients concernant la raison d'être des références en matière de traitement (Jamison et al., 2006). Pour ce qui est du deuxième mécanisme, il est bien connu que le transport constitue dans l'ensemble le facteur dissuasif clé de l'accès aux services hospitaliers pour les pauvres dans les PFR (Kloos, 1990 ; Martey et al., 1998) et en Haïti (EMMUS, 2012). Des politiques devraient

améliorer les systèmes de transport des centres de santé vers les hôpitaux, pour ce qui est des services faisant l'objet de référence. Une telle démarche sera plus rentable au niveau des hôpitaux communautaires ou départementaux, comme pour les cas compliqués d'enfants souffrant de diarrhée, de maladies respiratoires aiguës, ou pour les césariennes. Le troisième mécanisme est la suppression des frais d'utilisation pour les services clés sélectionnés (et faisant l'objet de référence) au niveau des hôpitaux. Les pertes financières découlant de la suppression des frais d'utilisation pour les services sélectionnés pourraient être financées par des subventions croisées entre les riches et les pauvres, comme cela a été suggéré pour les hôpitaux de référence de Mirebalais (Baruwa et Meline, 2014)⁷⁶. D'autres options incluent des bons de santé et des fonds d'équité pour la santé. Au Cambodge, par exemple, des césariennes sont offertes gratuitement aux pauvres dans les hôpitaux publics grâce à un mécanisme de bons (Noirhomme et al., 2007).



76 Baruwa et al. (2014) ont proposé de recourir à des subventions croisées à l'hôpital universitaire de Mirebalais, pour des services tels que la radiologie, la physiothérapie, ou les services de chirurgie, entre ceux qui ont les moyens de les payer et les pauvres. Une telle politique est valide et devrait être appliquée aux services de référence uniquement pour dissuader les pauvres de consulter un hôpital universitaire pour un service qui pourrait être traité au niveau des SSP ou des hôpitaux de district.

PRINCIPALES CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les principales conclusions du présent rapport ont fait apparaître sept changements stratégiques prioritaires, qui sont présentés ci-dessous, accompagnés de recommandations sur les prochaines étapes à suivre en vue d'accélérer et de soutenir les progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU) en Haïti.

CHANGEMENT N° 1 : Prioriser les soins de santé primaires.

Rediriger une part du financement des hôpitaux vers les soins de santé primaires et chiffrer et prioriser le Plan directeur de santé (PDS) existant pour guider le financement futur.

PRINCIPALES CONCLUSIONS

Le renforcement de la prestation des services de prévention et de soins de santé primaires (SSP) aiderait à faire face aux trois principales causes d'années de vie corrigées du facteur d'invalidité (AVCI) en Haïti, mais seuls 19 pour cent des dépenses totales de santé (DTS) vont aux soins préventifs et plus de la moitié (54 pour cent) vont aux soins curatifs.

Bien que les bonnes pratiques montrent que les ressources devraient être allouées en fonction des besoins de la population, l'allocation des fonds au niveau départemental en Haïti se fait sur la base de valeurs historiques.

Il y a 1,4 hôpital communautaire pour 150 000 habitants en Haïti, mais seulement 0,3 dispensaire pour 10 000 habitants. Par rapport aux moyennes des pays à faible revenu (PFR), la densité des institutions sanitaires en Haïti est beaucoup plus élevée pour les hôpitaux et plus faible pour les dispensaires. De plus, les dispensaires sont désavantagés par leur faible capacité opérationnelle globale.

RECOMMANDATIONS

Une étape clé de la mise en œuvre de ce changement stratégique consiste à prioriser et chiffrer le Plan Directeur en se concentrant sur les soins de santé primaires. Cette priorisation et ce chiffrage doivent se faire en fonction de la charge de morbidité en Haïti et prendre en compte les services inclus dans le Paquet Essentiel de Services de Santé (PESS).

Sur la base de ces priorités, le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) élaborerait, avec l'appui des partenaires de développement, un « dossier d'investissement » destiné à guider les investissements ainsi que les contributions techniques et financières du gouvernement et des partenaires de développement vers le secteur de la santé.

Le MSPP devrait superviser la mise en œuvre du cadre élaboré dans le dossier d'investissement, et les partenaires de développement joueraient un rôle de soutien concernant les composantes techniques et financières.

Le MSPP devrait ajuster la méthode d'allocation des ressources pour intégrer une formule dérivée des besoins de santé et des variables socio-économiques (en particulier pour cibler les populations les plus pauvres), des caractéristiques pertinentes du système de santé, des données mises à jour concernant la charge de morbidité, ainsi que de la taille de la population couverte.

CHANGEMENT N° 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 re-classifiant les institutions sanitaires afin d'améliorer la disponibilité des services et de faciliter un système de référence pratique.

PRINCIPALES CONCLUSIONS

La capacité opérationnelle des services est très faible en Haïti aussi bien en termes absolus que par rapport aux normes internationales. Seuls 32 pour cent des institutions sanitaires disposent de médicaments essentiels, et seuls 31 pour cent des institutions sanitaires disposent de l'équipement médical de base. Étant donné que le MSPP alloue 90 pour cent de son budget de fonctionnement aux frais de personnel, il ne reste quasiment pas de budget pour les médicaments et les frais de fonctionnement au niveau des institutions sanitaires.

Dans certaines zones, il n'y a pas d'institutions sanitaires ni de services de santé, alors que dans d'autres, il existe des redondances. De plus, certaines institutions sanitaires ne remplissent pas les critères minimums correspondant à leur niveau de services (c'est-à-dire que leur classification ne reflète pas les services qu'elles offrent réellement). Une reclassification de certaines institutions sanitaires est donc nécessaire.

Le système de référence actuel n'est pas fonctionnel. Seules 6 pour cent des références se font correctement.

RECOMMANDATIONS

Le MSPP devrait développer un outil de cartographie des institutions sanitaires afin : (1) d'identifier les institutions sanitaires publiques et privées existantes ; (2) de définir leur capacité opérationnelle (principalement en termes de ressources humaines et d'intrants) ; et (3) d'établir la couverture géographique de chaque institution sanitaire. La première étape consisterait à s'appuyer sur la carte sanitaire existante. Les conclusions d'un tel outil de cartographie permettront d'identifier les interruptions de services ainsi que les redondances et de susciter la reclassification de certaines institutions sanitaires.

Le MSPP devrait ensuite confirmer systématiquement que toutes les institutions sanitaires incluses dans le réseau de référence satisfont à des critères minimaux en termes de capacité opérationnelle, ces critères variant selon le type d'institution sanitaire.

En prenant en compte les priorités d'investissement définies à partir du Plan Directeur (voir le changement n°1), certains HCR inefficients pourraient être transformés en centres de santé. Dans d'autres cas, certaines institutions sanitaires pourraient être transformées en centres de soins de santé primaires, ou élevées au statut d'hôpital, ou bien recevoir une attention particulière de manière à en assurer la capacité opérationnelle. Les institutions sanitaires fusionnées seraient mieux équipées en médicaments et en matériel médical.

Cette reclassification des institutions sanitaires devrait concorder avec la définition d'un système de référence cohérent et efficient. Cela impliquerait, entre autres, d'envisager des stratégies telles qu'un système de subvention des moyens de transports pour les patients nécessitant des soins en hôpital. Dans le cadre de ce processus, il est essentiel de convenir d'un paquet minimum de services qui seront financés et fournis au niveau primaire.

CHANGEMENT N° 3 : Dépenser de façon plus judicieuse en ce qui concerne les hôpitaux.

Placer un moratoire sur la construction de nouveaux hôpitaux jusqu'à ce que l'infrastructure existante puisse être cartographiée et qu'un programme d'octroi de licences aux hôpitaux ait été mis au point. Les partenaires de développement devraient financer une assistance technique pour les hôpitaux.

PRINCIPALES CONCLUSIONS

Le financement extérieur, particulièrement élevé après le séisme de 2010, a alimenté la (re)construction des hôpitaux. Cependant, ces investissements de capitaux n'ont pas été accompagnés de plans concernant la façon de maintenir la prestation des services dans ces unités. Par conséquent, le MSPP peine à faire face à l'augmentation des frais de fonctionnement.

La construction des hôpitaux n'a pas été alignée sur les besoins ou les lacunes reflétés dans la carte sanitaire mais s'est plutôt faite de façon opportuniste.

RECOMMANDATIONS

Le MSPP devrait envisager de placer un moratoire sur la construction de nouveaux hôpitaux. Ce moratoire prendrait effet immédiatement et durerait jusqu'à ce qu'un exercice de cartographie des hôpitaux ait été réalisé, 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. La reconstruction liée à des situations d'urgence telles que celle déclenchée par l'ouragan Matthew devrait être permise.

Une agence d'octroi de licences gérée par le MSPP ou confiée à un tiers devrait être établie pour octroyer une licence aux institutions sanitaires répondant aux critères minimaux. Celles qui n'y répondent pas devraient être déclassées ou fermées. Au niveau des hôpitaux, cela permettrait au MSPP de rationaliser le nombre d'hôpitaux et, potentiellement, de convertir certains hôpitaux communautaires en institutions sanitaires de niveau inférieur. Les institutions sanitaires privées à but lucratif devraient être incluses dans le programme d'octroi de licences.

Pour accroître la surveillance des institutions sanitaires privées à but lucratif / des organisations non gouvernementales (ONG) par le MSPP, des contrats officiels devraient être mis en place avec les institutions sanitaires autorisées.

Haïti devrait également encourager les partenaires de développement à financer une assistance technique qui guiderait l'élaboration des plans d'affaires, ce qui pourrait renforcer la viabilité financière des acquisitions imminentes d'hôpitaux (ou programmes) par le Gouvernement.

De nouvelles sources de revenus pour les hôpitaux, telles que des unités de luxe ou des contributions provenant de patients riches aussi bien en Haïti qu'à l'étranger, ainsi que de la diaspora ou d'organisations religieuses, devraient être envisagées.

CHANGEMENT N° 4: Améliorer l'efficacité technique au niveau des SSP.

La rentabilité de la prestation de services devrait être accrue en réformant les ressources humaines, en offrant une meilleure disponibilité et utilisation des intrants et en servant davantage de patients, notamment au niveau des SSP.

PRINCIPALES CONCLUSIONS

Toutes les catégories d'institutions sanitaires ont une faible productivité. Haïti affiche l'un des scores d'efficacité technique les plus faibles pour tous les niveaux d'institutions sanitaires par rapport aux autres PFR. Les institutions sanitaires de soins primaires (dispensaires, centres de santé sans lits (CSL) et centres de santé avec lits (CAL), sont particulièrement inefficaces. Les principales mesures de la productivité des hôpitaux, telles que le taux d'occupation des lits (TOL) montrent qu'Haïti obtient des résultats médiocres par rapport à d'autres pays.

Cette faible efficacité s'explique en partie par la faible productivité du personnel médical (le personnel médical réalise en moyenne 6 visites par jour au niveau des SSP), l'absentéisme (d'un coût estimé à environ 3 millions de dollars par an), et le cumul d'emplois (dans certains départements, le personnel médical consacre un tiers de son temps à un deuxième emploi en dehors des institutions sanitaires mais continue d'être payé à plein temps).

Haïti n'utilise pas le potentiel de force de travail dont elle dispose dans le secteur de la santé. Il semble y avoir un manque de personnels qualifiés de niveau intermédiaire, tels que responsables cliniques et personnels infirmiers.

La faiblesse de l'utilisation et, par conséquent, de la demande de services de santé constitue un autre facteur clé contribuant à la faible productivité.

RECOMMANDATIONS

Pour améliorer la productivité des ressources humaines (RH), certaines décisions en matière de RH devraient être décentralisées de façon à augmenter la redevabilité des institutions sanitaires en matière de résultats, limitant ainsi les problèmes d'absentéisme et de faible productivité. Le pilote du programme de financement basé sur les résultats (FBR) affiche des résultats prometteurs en termes d'augmentation de la productivité des RH. Si ces premiers résultats se confirment, le programme devrait être étendu à l'ensemble du pays. Le MSPP devrait également mettre en place des cadres réglementaires de manière à renforcer la gestion des ressources humaines en santé, ce qui contribuera à réduire la double pratique, l'absentéisme, et le nombre de travailleurs fantômes.

Pour améliorer la disponibilité et l'accès aux médicaments subventionnés, il faudrait étudier davantage le problème de la distribution « sur le dernier kilomètre ». La gestion du stockage et le renforcement du système d'information au niveau des Centres Départementaux d'Approvisionnement en Intrants (CDAI) devraient également être mis en œuvre de manière à éviter le détournement de produits subventionnés.

La mutualisation des achats d'équipements et produits médicaux au niveau national pourrait générer des économies importantes, ce qui pourrait alors aider à financer des services de santé plus accessibles pour les patients les plus pauvres.

Il est nécessaire de procéder à des recherches supplémentaires de manière à comprendre les conditions du marché en matière d'importation, de vente en gros et de distribution des produits pharmaceutiques.

Le MSPP et les bailleurs devraient se concentrer sur des mécanismes permettant d'améliorer la demande de services au niveau des institutions sanitaires, et en particulier des dispensaires (cf. le changement n°7). De tels mécanismes pourraient permettre d'en augmenter l'efficacité et l'utilisation par les populations pauvres. L'accent devrait être mis sur les hôpitaux publics, parce qu'ils affichent les plus faibles taux d'occupation des lits, mais aussi parce que les segments les plus pauvres se rendent plutôt dans les hôpitaux publics que privés.

CHANGEMENT N° 5 : Meilleure utilisation du financement externe.

Mettre en place une unité de coordination des bailleurs de fonds dotée d'un personnel suffisant et fonctionnel pour assurer le suivi des bailleurs et la planification de la transition de manière à accroître l'impact et faire respecter le Plan Directeur.

PRINCIPALES CONCLUSIONS

Le financement externe représente au moins un tiers des dépenses totales de santé. Le financement externe est particulièrement fragmenté, 90 pour cent de ce financement étant extrabudgétaire et acheminé par l'intermédiaire de nombreux acteurs différents. Les taux d'exécution budgétaire sont inférieurs à 80 pour cent pour le financement externe.

Cette fragmentation limite le contrôle du MSPP concernant l'utilisation de ce financement externe.

Il n'existe pas de mécanisme régulier et établi qui permettrait aux bailleurs et au MSPP de discuter et de coordonner leurs contributions techniques et financières au secteur. Les mécanismes existants n'ont pas encore donné de résultats en termes d'alignement des partenaires autour de la mise en œuvre du Plan Directeur.

L'aide d'urgence forme une part importante du financement extérieur. Elle est volatile et a eu tendance à se concentrer sur la construction d'hôpitaux, ce qui n'est pas nécessairement ce dont Haïti a besoin compte tenu de sa charge de morbidité et des infrastructures de santé existantes. Dans de nombreux cas, ces investissements ne prennent pas en compte les frais de fonctionnement à venir qui leur sont associés. Le MSPP, compte tenu des ressources dont il dispose, ne peut pas couvrir les frais de fonctionnement de nombre des institutions sanitaires ayant été construites (ou réhabilitées) après le tremblement de terre.

RECOMMANDATIONS

Le MSPP devrait superviser les investissements des partenaires de développement et rechercher leur soutien quant à un dossier d'investissement chiffré et priorisé (cf. le changement n° 1). L'une des façons de le faire est de créer une unité de coordination des bailleurs qui soit adéquatement dotée de personnel et efficace, et qui, entre autres choses : (1) tiendrait à jour la base de données nationale des projets de coopération ; et (2) veillerait à ce que les plans de transition (du fait, en particulier, du retrait de nombreux bailleurs) appartiennent aux besoins du système de santé et aux ressources disponibles. Le MSPP devrait également s'assurer que tous les partenaires de développement s'inscrivent auprès de l'unité de coordination des bailleurs. 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

À plus court terme, les partenaires de développement devraient commencer à mettre en commun les financements extérieurs de manière virtuelle autour du paquet essentiel de services de santé (PESS). Certains partenaires ont entrepris ce processus pour un ensemble limité de services dans le cadre du programme de FBR.

À plus long terme, les principaux bailleurs devraient travailler avec le MSPP à renforcer les structures de gestion des finances publiques (GFP) du MSPP ou d'entités telles que l'Unité de gestion de Projet (UGP) du MSPP, actuellement utilisée par plusieurs bailleurs de fonds. Ils devraient également travailler ensemble à l'élaboration d'un manuel commun de GFP dans le but de créer assez de confiance pour canaliser davantage de ressources budgétaires par le biais d'un mécanisme d'approche sectorielle (SWAp). Une telle modalité impliquerait l'harmonisation des procédures de GFP ainsi qu'un accord concernant le niveau des per diem, des salaires, etc. Cela permettrait de réduire considérablement les coûts de transaction du financement externe.

Ce même accord ou protocole d'accord (PA) devrait contenir des informations détaillées concernant le financement d'urgence. Ce PA pourrait élaborer des normes minimales visant à améliorer la durabilité du financement d'urgence. Pourraient par exemple être incluses des exigences visant au soutien des grands investissements (hôpitaux) par des plans de viabilité à long terme.

CHANGEMENT N° 6 : Augmenter 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.

PRINCIPALES CONCLUSIONS

Les dépenses de santé des administrations publiques ont connu une forte baisse au cours des deux dernières décennies en Haïti.

Le Gouvernement est fortement dépendant du financement externe (cette dépendance aux bailleurs a augmenté particulièrement après le tremblement de terre de 2010), mais ce financement externe a fortement diminué au cours des dernières années, tandis que les dépenses directes des ménages ont augmenté.

Les dépenses de santé récurrentes liées à l'approvisionnement en vaccins, aux salaires, et aux produits médicaux, sont en grande partie financées par des ressources externes qui déclinent rapidement.

Alors que d'importants gains d'efficacité peuvent être réalisés dans le secteur de la santé (cf. le changement n° 4), davantage de ressources sont nécessaires pour maintenir et améliorer les résultats de santé à l'avenir. Le Gouvernement doit commencer à planifier l'augmentation du financement national de la santé pour compenser la baisse de l'aide extérieure et protéger les pauvres contre l'augmentation des paiements directs de santé. A court terme, le MSPP doit également attirer des financements extérieurs pérennes.

Cela fait un certain temps maintenant, que les vaccins en Haïti sont entièrement financés par les bailleurs, et Haïti diffère, à cet égard, de la plupart des autres PFR qui contribuent avec leurs propres financements aux vaccins. Mais de plus en plus, ces bailleurs ont des difficultés à continuer de financer les vaccins dans le pays sans aucun cofinancement du Gouvernement. Il est donc urgent pour le Gouvernement de commencer à allouer certains de ses fonds propres aux vaccins. Des arguments similaires s'appliquent à d'autres éléments jugés essentiels par le Gouvernement.

RECOMMANDATIONS

Un dossier solide devrait être constitué en faveur de l'investissement du Ministère de l'Économie et des Finances (MEF) dans le secteur de la santé. Il est essentiel de montrer une augmentation de la rentabilité, d'améliorer les taux d'exécution du budget, de renforcer la confiance du MEF et d'expliquer la vision du secteur quant à l'accélération des progrès en direction de la couverture sanitaire universelle (CSU).

Comme indiqué dans la Revue des Dépenses Publiques (RDP), des réformes générales du système d'imposition devraient être mises en place pour accroître la mobilisation des recettes destinées à la santé ainsi qu'à d'autres secteurs.

Le MSPP est en train d'élaborer une stratégie de financement de la santé à long terme. Ce travail devrait se poursuivre, y compris la mise en œuvre d'une telle stratégie. Cette stratégie devrait, entre autres, envisager des moyens non conventionnels pour générer des recettes destinées au secteur de la santé. Il conviendrait par exemple d'envisager de :

Mettre en place des mécanismes pour permettre à la diaspora haïtienne d'envoyer directement des fonds vers des mécanismes de prépaiement des soins de santé ou d'autres formes de transferts fléchés destinés aux dépenses de santé des destinataires. Ces dernières années, ces fonds ont représenté environ un cinquième du produit intérieur brut (PIB) d'Haïti.

Voir le MSPP établir une coopération stratégique avec des personnes ayant d'importants revenus en Haïti ou à l'étranger pour financer des institutions sanitaires ou des programmes spécifiques.

Mettre à l'étude une taxe fléchée sur l'alcool et le tabac, et déterminer quels segments de la population bénéficieraient ou non d'une taxe d'accise, ainsi que la faisabilité de la mise en œuvre.

Mettre à l'étude la possibilité de recevoir davantage de financement externe. Haïti pourrait par exemple être sélectionnée pour faire partie de la prochaine série de pays devant recevoir le soutien du Mécanisme de financement mondial (*Global Financing Facility, GFF*) à l'appui de l'agenda « chaque femme, chaque enfant ». Le GFF ne constitue pas uniquement une source de financement supplémentaire, il s'agit en effet, de façon plus importante, d'un partenariat aidant à réunir les partenaires externes autour d'un projet d'investissement et à travailler sur des stratégies de financement à long terme pour atteindre la couverture sanitaire universelle.

Haïti devrait veiller à ce que le financement intérieur destiné à la santé soit dépensé de manière à répondre aux principales priorités et soit également « intelligent » sur le plan stratégique, en tirant parti du financement des bailleurs pour des produits essentiels tels que les vaccins. Pour ce faire, une ligne budgétaire nationale relative aux vaccins doit être mise en place et maintenue, et des fonds importants doivent être mis à disposition au titre de cette ligne budgétaire. Une approche similaire devrait être adoptée concernant d'autres éléments considérés par le Gouvernement comme essentiels.

CHANGEMENT N° 7 : Accroître l'abordabilité des services de santé pour les pauvres.

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

PRINCIPALES CONCLUSIONS

Les paiements directs de santé des ménages représentent 35 pour cent des dépenses totales de santé.

En raison de la réduction du financement externe et du faible niveau des dépenses de santé des administrations publiques, presque toutes les institutions sanitaires (93 pour cent) facturent des frais d'utilisation aux patients. Par conséquent, les ménages doivent assumer une charge croissante du financement du système de santé, avec une augmentation des dépenses directes et des dépenses de santé catastrophiques (DSC) observées au cours des dernières années.

Cette situation soulève des questions d'accessibilité, et les plus pauvres se trouvent privés de soins de santé du fait du prix élevé. 63 pour cent des ménages appartenant au quintile de richesse le plus bas ne consultent pas de professionnel de santé en cas de maladie parce qu'ils ne peuvent pas se le permettre financièrement.

Ce manque d'abordabilité pourrait expliquer la faiblesse des taux d'utilisation des services et son impact sur la faiblesse de la productivité.

RECOMMANDATIONS

Évaluer la faisabilité de la suppression des frais d'utilisation associés à la prestation des services de santé essentiels. Il faudrait en particulier se concentrer sur la suppression des frais associés aux services de santé essentiels visant les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

Étant donné que les plus pauvres ont davantage recours aux cliniques mobiles et aux services fournis par le personnel de santé communautaire que le reste de la population, davantage de ressources devraient être allouées à l'expansion et au renforcement des soins communautaires, qui devraient constituer un élément clé de la priorisation des soins de santé primaires (voir le changement n° 1).

Les mécanismes d'amélioration de l'abordabilité des services de santé pour les segments les plus pauvres de la population devraient faire partie du dossier d'investissement (élaboré à partir d'un Plan Directeur budgétisé et priorisé). Ces mécanismes comprendraient la mise en place d'un programme de bons de transports pour les patients 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. La levée des obstacles financiers devrait stimuler l'utilisation des services de santé, qui, s'ils sont de qualité, permettront de faire progresser les résultats de santé, ce qui est le but ultime du système de santé.

ANNEXES

A. Recettes intérieures

La mobilisation des recettes intérieures s'est améliorée en Haïti. L'amélioration récente des recettes fiscales a été alimentée par une augmentation du revenu intérieur et des recettes provenant de la taxe de vente collectée à Port-au-Prince (tableau A.1). De plus, un nouvel instrument fiscal a été introduit au cours de l'exercice 2012. Le Fonds National pour l'Éducation (FNE), qui est financé par la taxation des appels téléphoniques et transferts d'argent internationaux, soutient le Programme de Scolarisation Gratuite et Universelle (PSUGO).

Et pourtant, la mobilisation des recettes intérieures reste faible par rapport aux pays voisins et aux autres pays à faible revenu. Le ratio impôts / produit intérieur brut (PIB) d'Haïti est également toujours le deuxième plus bas (13,7 pour cent) de tous les pays de la région, et son ratio est seulement légèrement meilleur que celui des pays à faible revenu PFR (cf. le panneau a de la figure A.1). En 2012, 24 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire

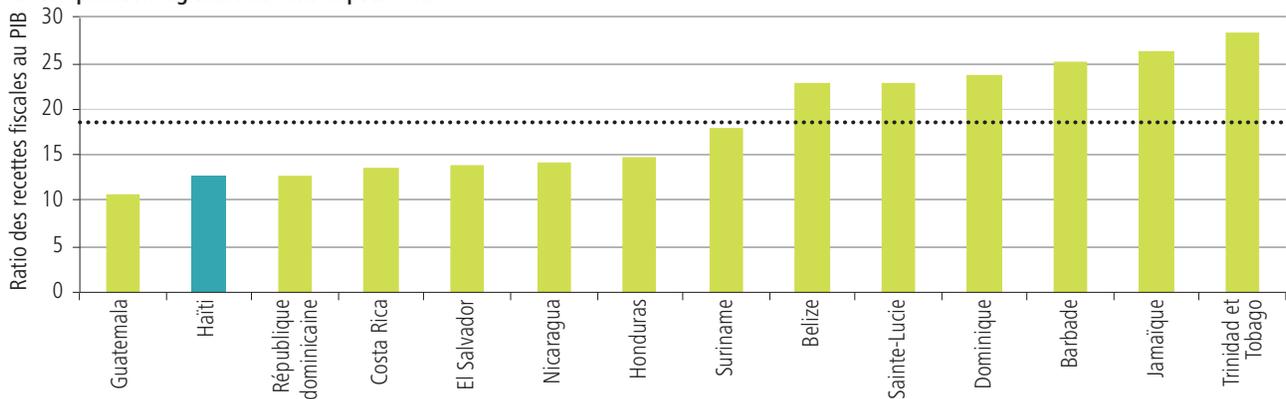
TABLEAU A.1 : Catégories fiscales en pourcentage du PIB : Haïti, 2009-15

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Recettes fiscales	11,2	11,8	12,8	12,8	12,7	12,5	13,7
Taxes intérieures	7,4	7,3	8,1	8,6	8	8,5	8,9
Impôts sur les bénéfices (Port-au-Prince seulement)	2,3	2,2	2,5	3	2,6	2,9	3,1
Taxes intérieures dans les provinces	0,5	0,4	0,4	0,5	0,5	0,7	0,7
Taxes d'accise	0,7	0,5	0,3	0,3	0,3	0,2	0,8
Taxes de vente	3,5	3,2	3,7	3,7	3,7	3,6	3,3
Autres taxes (Port-au-Prince seulement, y compris les écarts)	0,5	0,9	1,2	1	1	1,1	1,1
Droits de douane (y compris les frais d'inspection)	3,3	4,3	4,5	4,2	3,9	3,4	4,1
Autres (y compris le FNE)	0,4	0,2	0,3	0,1	0,8	0,6	0,6

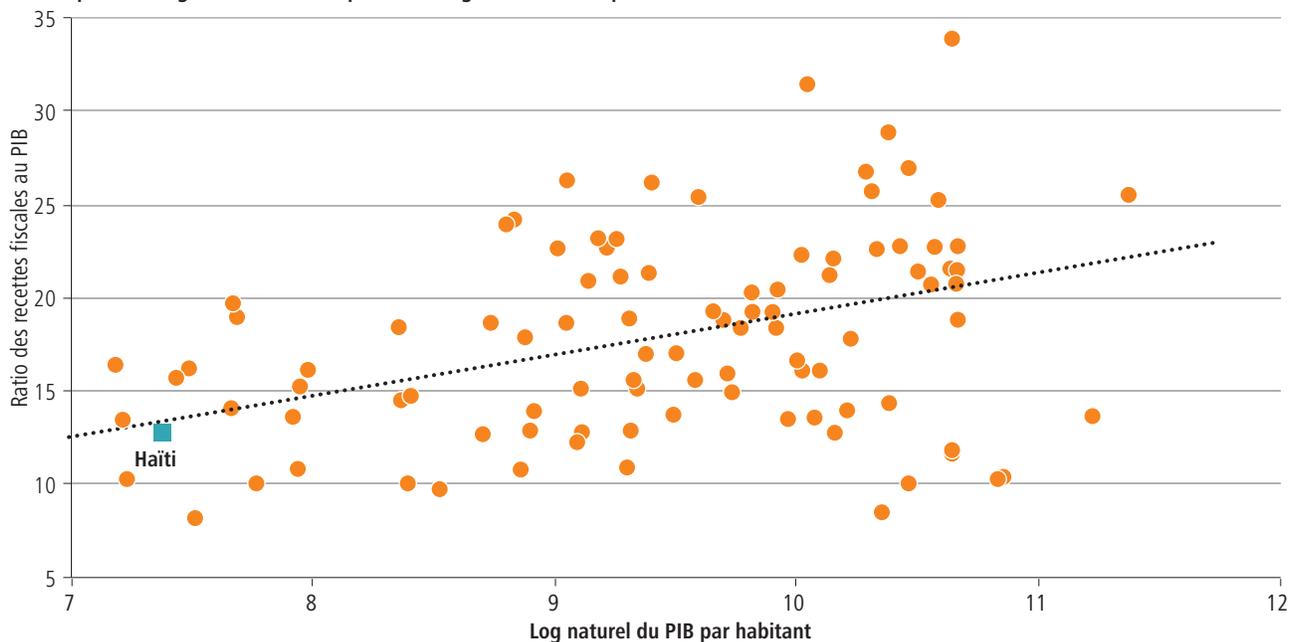
Sources : Ministère de l'Économie et des Finances, Banque de la République d'Haïti, Fonds monétaire international et calculs du personnel de la Banque mondiale.
Remarque : FNE=Fonds National pour l'Éducation.

FIGURE A.1: Ratio impôts/PIB en Haïti et dans une sélection de pays

a. Comparaison régionale du ratio impôts / PIB



b. Comparaison régionale du ratio impôts / PIB (log naturel du PIB par habitant)



Source : Adapté de la Banque mondiale, 2016a.

de la tranche inférieure présentaient un ratio impôts/PIB inférieur à 15 pour cent (Banque mondiale, 2016a), ce qui constitue un seuil de référence arbitraire, mais qu'il est souvent suggéré d'atteindre⁷⁷. Le ratio impôts/PIB d'Haïti est 1,07 fois plus élevé que celui des PFR, mais son PIB par habitant est 1,36 fois plus élevé que la moyenne des PFR. Compte tenu de sa situation économique, Haïti devrait avoir un ratio impôts/PIB plus élevé, comme le montre le panneau b de la figure A.1, où Haïti se trouve en dessous de la ligne ajustée. Si le ratio impôts/PIB d'Haïti augmentait jusqu'à atteindre 15 pour cent, le pays augmenterait ses recettes fiscales de 18 dollars par habitant, soit 2 pour cent du PIB (cf. le tableau A.2).



77 Compte tenu des contraintes administratives et de capacité, les ratios impôts/PIB de 20 ou 25 pour cent peuvent être difficiles à atteindre (Heller 2005, 2006 ; FMI, 2011).

TABLEAU A.2 : Efforts fiscaux : Haïti et pays de comparaison, 2015

	Impôt (% du PIB)	PIB par habitant (dollars)	Recettes fiscales supplémentaires par habitant si perception des impôts de 15 % du PIB (dollars)	Recettes fiscales supplémentaires par habitant si perception des impôts de 20 % du PIB (dollars)
PFR	12,8	605	23	58
LAC	17,0	9279	–	427
ACM	15,5	5840	–	343
Haïti	13,7	824	18	59

Source : Estimations de la Banque mondiale à partir de Banque mondiale, 2016a.

Remarque : –=sans objet; ACM=Amérique centrale et Mexique; ALC=Amérique latine et Caraïbes; PFR=pays à faible revenu.

TABLEAU A.3 : Revenus supplémentaires provenant des taxes fléchées sur les spiritueux, Haïti

	Rhum	Bière
Ventes mondiales avant taxes	12 000 000 \$	33 377 406 \$
Élasticité-prix de la demande de spiritueux	–1,5	–0,3
Taxe potentielle	25 %	25 %
Produits de la taxe	1 312 500 \$	6 946 673 \$
Revenus générés par habitant	0,12 \$	0,64 \$
Dépenses de santé du Gouvernement par habitant	7 \$	7 \$
Dépenses de santé du Gouvernement par habitant, taxe comprise	7,12 \$	7,64 \$
Taux de croissance des dépenses de santé du Gouvernement par habitant	1,71 %	9,14 %

Sources : Estimations du personnel de la Banque mondiale à partir de l'étude documentaire de l'élasticité des prix et des ventes de spiritueux en Haïti (Josephson et Bode, 2013); estimations de la population pour Haïti en 2013 : Banque mondiale 2016a; dépenses de santé du Gouvernement par habitant en 2013 : OMS, 2015.

En Haïti, les impôts destinés au secteur de la santé pourraient permettre de traiter les externalités négatives tout en générant une quantité importante de recettes pour le secteur. Plusieurs pays ont recours à des taxes sur l'alcool et les cigarettes pour réduire le taux de prévalence de leur consommation et générer des recettes pour le secteur de la santé. Malgré la prévalence de la consommation du tabac, qui s'élève à 8 pour cent de la population en Haïti, il n'y a pas de taxe sur le tabac. Haïti a signé la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte anti-tabac le 23 juillet 2003, mais elle n'a pas encore ratifié cette Convention. Les taux d'imposition sur les spiritueux sont de 4 pour cent pour ceux qui sont produits localement et de 16 pour cent pour les importations. Toutefois, aucune des taxes perçues sur les spiritueux n'est fléchée vers le secteur de la santé. En moyenne, les taxes représentent 31 pour cent du prix de détail des cigarettes dans les PFR et 47 pour cent de ce prix dans la région Amérique latine et Caraïbes (ALC) (OMS, 2015). En Haïti, une taxe de 25 pour cent sur l'alcool, fléchée vers la santé, pourrait produire environ 8,2 millions de dollars de revenus annuels pour le financement de la santé sur la base des estimations de vente de la bière Prestige et du rhum Barbancourt (tableau A.3). Le produit d'une telle taxe représenterait un taux de croissance de 24 pour cent des dépenses de santé du Gouvernement, soit 1,64 dollar par habitant (tableau A.3). L'estimation des recettes s'est appuyée sur les chiffres des ventes pour une sélection de marques de rhum et de bière, les données nationales concernant la vente et la consommation d'alcool n'étant pas facilement disponibles. Les estimations des ventes de tabac ne sont pas connues, mais une grande société de tabac basée en Haïti, représentait 97,8 pour cent des parts de marché en 2012 (Josephson et Bode, 2013). Les « taxes sur le péché » pourraient accroître la prévisibilité du financement et affecter les comportements à risque, améliorant de ce fait la santé.

L'affectation des taxes à la santé soulève des questions techniques et politiques qui justifient une évaluation approfondie. L'affectation de taxes sur le tabac ou l'alcool, par exemple, au secteur de la santé, pourrait contribuer à mobiliser des recettes nationales pour ce secteur, notamment en Haïti, où le financement externe

TABLEAU A.4 : **Résumé des réformes fiscales, Rwanda et El Salvador**

	Rwanda	El Salvador
Réforme administrative	<p>1997 : Création de l’Autorité fiscale Rwandaise pour superviser les processus d’imposition</p> <p>2003 : Adoption d’un système logiciel pour soutenir les opérations de douane, les processus financiers et la vérification des contribuables</p> <p>2011 : Mise en œuvre d’un mécanisme d’enregistrement fiscal électronique</p>	<p>1990-2000 : Modernisation des opérations fiscales et douanières</p> <p>Mi-2000 : Amélioration de la gestion des structures et des politiques fiscales en prenant des mesures pour améliorer le respect des obligations fiscales, atténuer la fraude, et améliorer l’efficacité</p>
Réforme des politiques	<p>2001 : Élargissement de l’assiette de la TVA, puis finalement, remplacement des taxes de vente existantes par la TVA ; mise en place d’une nouvelle taxe d’accise</p> <p>Mi-2000 : Mise en œuvre d’une législation renforçant les processus de recouvrement des impôts et instituant des sanctions pour fraude fiscale, renforçant ainsi le respect des obligations fiscales</p>	<p>1990-2000 : Adoption de multiples réformes des politiques fiscales et commerciales existantes ; en particulier, adoption de réformes élargissant l’assiette fiscale et remplacement de la taxe de vente par la TVA</p> <p>2012 : Augmentation des taux appliqués à l’impôt sur le revenu ainsi qu’à certaines taxes d’accise</p>
GGHE en % des GGE	19 %	18 %
Ratio impôts/PIB (%)	Près de 15 % en 2015	15,40 %
Soutien politique	<p>Au Rwanda, la Stratégie de développement économique et de réduction de la pauvreté I pour 2008-2012, a établi des objectifs explicites à long terme pour augmenter le ratio des dépenses publiques de santé aux dépenses publiques totales de 12 à 15 pour cent avant 2012.</p>	<p>En El Salvador, la mise en œuvre de la loi de 2007 sur la création du système national de santé a présenté l’objectif du Gouvernement d’étendre la couverture des soins de santé et de réduire les inégalités en matière de santé.</p>

Sources : Nakamura et Williamson, 2015 ; Heredia-Ortiz, 2016.

Remarque : GGE=dépenses des administrations publiques (General Government Expenditure) ; GGHE=dépenses de santé des administrations publiques (General Government Health Expenditure) ; TVA=taxe sur la valeur ajoutée.

doit être remplacé par des ressources intérieures dans un proche avenir. Le succès de la perception des « taxes sur le péché » exige cependant des capacités administratives et des informations suffisantes, ainsi que l’alignement des entreprises et des lobbies de tabac et d’alcool. Cela dit, les capacités administratives constituent un problème pour plusieurs réformes fiscales potentielles en Haïti. Parmi les autres préoccupations valides figure le fait que le fléchage des taxes pourrait réduire l’allocation discrétionnaire du Ministère de la Santé et de la Population (MSPP) (Banque mondiale, 2014), mais aussi être régressif, étant donné que les pauvres et les non pauvres paieraient le même montant de taxes. Il présente toutefois un avantage, à savoir que les jeunes et les pauvres ont tendance à réagir plus que d’autres en ne commençant pas à fumer ou en fumant moins (Savedoff et Alwang, 2015). Les taxes fléchées sur les biens de luxe seraient plus progressives, mais elles sont connues pour mobiliser moins de revenus que les impôts directs, tels que ceux sur le revenu (Banque mondiale, 2016a). Une étude plus approfondie devrait ainsi être menée afin d’évaluer la faisabilité politique de telles réformes.

Les PFR et la région Amérique latine et Caraïbes (ALC) se sont déjà penchés sur le respect des obligations fiscales et l’élargissement de l’assiette fiscale pour améliorer la mobilisation des ressources. Les enseignements tirés du Rwanda et du Salvador sur la mobilisation des recettes pour le secteur de la santé montrent l’importance des réformes administratives et d’orientation ainsi que des réformes politiques. Aussi bien au Rwanda qu’au

TABLEAU A.5 : **Résumé des options fiscales possibles pour étendre les revenus en Haïti**

Option	Avantages	Inconvénients	Faisabilité dans d'autres pays	Haïti
Taxes sur le tabac et l'alcool	Permettrait d'augmenter les dépenses intérieures de 23 % Encouragerait un mode de vie sain	Régressivité Lobbies s'y opposeraient Exigerait des capacités administratives	Argentine, Colombie, El Salvador, Guatemala, Jamaïque, Madagascar, Népal, Panama	Justifiées comme luttant contre une externalité négative Nécessaires pour engager le dialogue avec les « familles d'affaires » propriétaires d'entreprises spécialisées dans la fabrication d'alcool
TVA	Nombreux	Régressivité Exigerait des capacités administratives	Ghana (2,5 %) ; la TVA couvre les deux tiers des recettes de la NHIA. Lancée au Salvador et au Rwanda, mais pas réservée à la santé	Le remplacement de la TCA par la TVA est en cours ^a (non réservée à la santé)
Produits de luxe	Seraient limités	Progressivité	Cameroun, Chili, République du Congo, France, Ile Maurice, Madagascar, Mali, Niger, et République de Corée	Peut-être des taxes sur les vols commerciaux, mais elles sont plus difficiles à justifier en tant que taxes liées à la santé
Taxes sur les transferts d'argent et les appareils et services mobiles	Fournit une source de revenus pas chère et stable au Gouvernement		Gabon, Ghana, Philippines, Ouganda, République démocratique du Congo, Sénégal	Déjà utilisées dans le secteur de l'éducation

Source: Cotlear et al., 2015.

Remarque: NHIA=Autorité nationale d'assurance maladie (National Health Insurance Authority); TCA=Taxe sur le Chiffre d'Affaires; TVA=taxe sur la valeur ajoutée.
a. Du fait que la déductibilité est appliquée aux ventes consécutives, intrants compris, la taxe sur le chiffre d'affaires érode la compétitivité des entreprises haïtiennes. Un travail technique est actuellement en cours pour déterminer la transition de la TCA vers une TVA régulière (en supprimant par exemple les restrictions relatives à la déductibilité, en construisant une gestion saine des remboursements, ou en introduisant un taux zéro pour les exportateurs) ainsi qu'un calendrier pour sa mise en œuvre. Selon une analyse de la Banque mondiale (Banque mondiale, 2016a), pour neuf pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (tranche inférieure), les recettes fiscales en pourcentage du PIB ont augmenté, passant d'environ 13 à 14,6 pour cent du PIB dans les trois ans ayant suivi l'introduction de la TVA.

Salvador, le soutien politique élevé, le respect des obligations fiscales et les réformes élargissant l'assiette fiscale, ont été les principaux moteurs de la réussite des réformes fiscales et de la mobilisation accrue des ressources destinées au secteur de la santé (tableau A.4).

Le fait de percevoir des taxes sur le tabac et l'alcool est une manière prometteuse de générer des revenus supplémentaires pour le secteur de la santé, mais il faudra procéder à une analyse plus approfondie (tableau A.5). Le remplacement de la taxe sur le chiffre d'affaires par une taxe sur la valeur ajoutée (TVA) constitue une autre option adoptée par

plusieurs pays à revenu faible et intermédiaire tels que le Rwanda et le Salvador, pour accroître la mobilisation des ressources nationales. Des efforts de réforme fiscale sont en cours en Haïti. Les taxes sur les produits de luxe tels que les vols commerciaux peuvent être plus difficiles à mettre en œuvre que les taxes sur l'alcool et les produits du tabac. Contrairement à ces dernières, les taxes sur les produits de luxe ne permettent pas de faire face aux externalités négatives, qui peuvent aider à générer un soutien public et politique en faveur de la réforme fiscale. Plusieurs PFR ont envisagé d'administrer des taxes sur les transferts d'argent et les appareils et services mobiles. Toutefois,

Haïti administre déjà de telles taxes pour subventionner des services dans le secteur de l'éducation, ce qui exclut l'application de ces taxes au sein du secteur de la santé. Enfin, Haïti pourrait également mobiliser des recettes fiscales en élargissant l'assiette de l'impôt sur le revenu des particuliers et des entreprises. Le fait,

par exemple, de réformer la structure de la tranche d'imposition appliquée aux niveaux de revenu du 91^e percentile et des percentiles supérieurs, permettrait d'augmenter efficacement le taux d'imposition global sur le revenu des particuliers de 12 pour cent (Banque mondiale, 2016a).

B. Analyse statistique de l'accès aux services de soins de santé

TABLEAU B.1 : Déterminants du comportement de recherche des soins en Haïti, 2013

Variable dépendante: est allé/e voir un/e professionnel/le de la santé lorsque malade (oui = 1 ; non = 0)	Coefficient	Odds ratio	Erreur standard	P > z	[Intervalle de confiance de 95 %]	
<i>Zone (vs. zone rurale)</i>						
Zone urbaine	-0,1593	0,8527	0,0700	0,0520	0,7260	1,0015
<i>Département (vs. Artibonite)</i>						
Centre	0,1601	1,1736	0,1344	0,1620	0,9376	1,4690
Grand'Anse	-0,6211	0,5373	0,0784	0,0000	0,4037	0,7152
Nippes	-0,9810	0,3749	0,0648	0,0000	0,2672	0,5262
Nord	-1,2403	0,2893	0,0437	0,0000	0,2152	0,3889
Nord-Est	-2,0205	0,1326	0,0310	0,0000	0,0838	0,2098
Nord-Ouest	-1,7064	0,1815	0,0332	0,0000	0,1268	0,2598
Ouest	-1,3518	0,2588	0,0259	0,0000	0,2127	0,3148
Sud	-0,4592	0,6318	0,0837	0,0010	0,4873	0,8191
Sud-Est	-1,0375	0,3543	0,0553	0,0000	0,2610	0,4810
<i>Nombre de personnes âgées dans le ménage (vs. pas de personnes âgées)</i>						
1 personne âgée de plus de 65 ans	0,3126	1,3670	0,1124	0,0000	1,1635	1,6061
2 personnes âgées de plus de 65 ans	0,4245	1,5288	0,2156	0,0030	1,1597	2,0155
<i>Nombre d'enfants de moins de cinq ans dans le ménage (vs. pas d'enfants)</i>						
1 enfant de moins de cinq ans	0,2610	1,2982	0,0935	0,0000	1,1273	1,4951
2 ou plus enfants de moins de cinq ans	0,4065	1,5016	0,1371	0,0000	1,2555	1,7958
<i>Genre de la personne à la tête du ménage (vs. ménage dirigé par un homme)</i>						
Femme	0,0532	1,0546	0,0707	0,4270	0,9248	1,2026
<i>Statut professionnel de la personne à la tête du ménage (vs. employé)</i>						
Au chômage	-0,0022	0,9978	0,1033	0,9830	0,8145	1,2223
En inactivité	0,4526	1,5725	0,1417	0,0000	1,3178	1,8763
<i>Niveau d'instruction de la personne à la tête du ménage (vs. n'a pas reçu d'éducation)</i>						
Études primaires non terminées	0,2427	1,2747	0,1084	0,0040	1,0790	1,5059
Études primaires terminées mais études secondaires non terminées	0,1008	1,1061	0,1076	0,3000	0,9141	1,3384
Études primaires et secondaires terminées	0,1420	1,1526	0,1110	0,1400	0,9544	1,3920
<i>Statut d'assurance de la personne à la tête du ménage (vs. pas d'assurance)</i>						
Assuré/e	1,2459	3,4643	0,6286	0,0000	2,4276	4,9438
<i>Quintile de dépenses (vs. 1er quintile)</i>						
Deuxième quintile	0,2364	1,2666	0,1429	0,0360	1,0154	1,5800
Troisième quintile	0,6372	1,8912	0,2090	0,0000	1,5228	2,3487
Quatrième quintile	0,7625	2,1437	0,2485	0,0000	1,7080	2,6906
Cinquième quintile	0,8496	2,3386	0,2937	0,0000	1,8283	2,9914
Constante	-2,025382	s. o.	0,1371	0,0000	-2,2941	-1,7567

Source: Estimations de la Banque mondiale à partir de l'ECVMAS 2013.

Remarque: s. o. = sans objet. Le premier quintile est le plus pauvre, et le cinquième est le plus riche. Le nombre d'observations = 10879; prob. > chi2 = 0,0000; pseudo R2 = 0,0830.

TABLEAU B.2 : Déterminants des dépenses de santé catastrophiques (DSC) en Haïti en 2013

Déterminants	Coefficient	Odds Ratio	Erreur standard	P > z	[Intervalle de confiance de 95 %]	
<i>Zone (vs. zone rurale)</i>						
Zone urbaine	-0,5074	0,6021	0,1360	0,0250	0,3868	0,9372
<i>Département (vs. Artibonite)</i>						
Centre	-1,4308	0,2391	0,0738	0,0000	0,1305	0,4380
Grand'Anse	-2,1367	0,1180	0,0519	0,0000	0,0499	0,2794
Nippes	-1,1891	0,3045	0,1639	0,0270	0,1061	0,8743
Nord	-2,0607	0,1274	0,0731	0,0000	0,0413	0,3924
Nord-Est	-0,5367	0,5847	0,3320	0,3450	0,1921	1,7795
Nord-Ouest	0,2720	1,3126	0,5106	0,4840	0,6124	2,8137
Ouest	-1,2744	0,2796	0,0728	0,0000	0,1678	0,4659
Sud	-1,2389	0,2897	0,1100	0,0010	0,1377	0,6096
Sud-Est	-1,4518	0,2341	0,0992	0,0010	0,1021	0,5370
<i>Nombre de personnes âgées dans le ménage (vs. pas de personnes âgées)</i>						
1 personne âgée de plus de 65 ans	0,4912	1,6342	0,3659	0,0280	1,0538	2,5344
2 personnes âgées de plus de 65 ans	0,0652	1,0674	0,4061	0,8640	0,5064	2,2500
<i>Nombre d'enfants de moins de cinq ans dans le ménage (vs. pas d'enfants)</i>						
1 enfant de moins de cinq ans	0,1304	1,1393	0,2401	0,5360	0,7538	1,7219
2 ou plus enfants de moins de cinq ans	0,5685	1,7656	0,4227	0,0180	1,1044	2,8228
<i>Genre de la personne à la tête du ménage (vs. ménage dirigé par un homme)</i>						
Femme	-0,3017	0,7396	0,1355	0,1000	0,5164	1,0592
<i>Statut professionnel de la personne à la tête du ménage (vs. employé)</i>						
Au chômage	0,6385	1,8937	0,4937	0,0140	1,1361	3,1565
En inactivité	0,7792	2,1797	0,5178	0,0010	1,3682	3,4723
<i>Niveau d'instruction de la personne à la tête du ménage (vs. n'a pas reçu d'éducation)</i>						
Études primaires non terminées	0,7376	2,0910	0,4721	0,0010	1,3433	3,2549
Études primaires terminées mais études secondaires non terminées	-0,1063	0,8991	0,2510	0,7030	0,5202	1,5540
Études primaires et secondaires terminées	0,1199	1,1274	0,2953	0,6470	0,6747	1,8839
<i>Statut d'assurance de la personne à la tête du ménage (vs. pas d'assurance)</i>						
Assuré/e	0,1025	1,1079	0,5044	0,8220	0,4539	2,7043
<i>Quintile de dépenses (vs. 1er quintile)</i>						
Deuxième quintile	0,2116	1,2357	0,4306	0,5440	0,6241	2,4465
Troisième quintile	0,8907	2,4368	0,7860	0,0060	1,2950	4,5854
Quatrième quintile	0,2028	1,2248	0,4268	0,5610	0,6187	2,4247
Cinquième quintile	1,0561	2,8751	1,0374	0,0030	1,4175	5,8315
<i>La personne est allée à l'hôpital (vs. n'est pas allée à l'hôpital)</i>	1,1947	3,3026	0,8665	0,0000	1,9748	5,5232

Déterminants	Coefficient	Odds Ratio	Erreur standard	P > z	[Intervalle de confiance de 95 %]	
<i>Type de problème de santé (vs. fièvre/paludisme)</i>						
Diarrhée	-0,6076	0,5447	0,2824	0,2410	0,1971	1,5049
Accident	0,3443	1,4109	0,6558	0,4590	0,5674	3,5089
Problème dentaire	-0,0829	0,9204	0,7367	0,9170	0,1917	4,4183
Problème de peau	0,6170	1,8534	0,8235	0,1650	0,7758	4,4277
Problème oculaire	1,0598	2,8858	1,2047	0,0110	1,2733	6,5404
Hypertension	0,0023	1,0023	0,3757	0,9950	0,4808	2,0896
Fièvre typhoïde	-0,4008	0,6698	0,3627	0,4590	0,2317	1,9360
Ulcère	-0,2282	0,7959	0,5173	0,7250	0,2227	2,8448
Troubles ORL	1,5505	4,7139	4,1184	0,0760	0,8506	26,1246
Diabète	-0,8892	0,4110	0,4471	0,4140	0,0487	3,4662
Méningite	0,2885	1,3344	1,4675	0,7930	0,1546	11,5183
Grossesse	-0,3080	0,7349	0,3608	0,5300	0,2807	1,9239
Autre	-0,2520	0,7772	0,1637	0,2320	0,5143	1,1745
<i>Type d'institution sanitaire (vs. dispensaire public)</i>						
Hôpital public	0,2498	1,2838	0,3411	0,3470	0,7626	2,1610
Agent de santé communautaire	-0,2431	0,7842	0,4288	0,6570	0,2685	2,2901
Tradipraticien	0,7560	2,1297	0,8029	0,0450	1,0172	4,4588
Dispensaire privé	-0,1419	0,8677	0,2796	0,6600	0,4614	1,6318
Cliniques/polycliniques privées	0,9976	2,7117	0,7677	0,0000	1,5569	4,7231
Pharmacie/Opticien	0,3763	1,4569	0,6305	0,3850	0,6239	3,4024
Vendeurs ambulants	-0,4544	0,6348	0,2809	0,3040	0,2667	1,5111
Autre	-0,5810	0,5593	0,2975	0,2750	0,1972	1,5865
Constante	-2,2928	S. O.	0,4445	0	-3,1642	-1,4215

Source : Estimations de la Banque mondiale à partir de l'ECVMAS 2013.

Remarque : s. o. = sans objet. Le premier quintile est le plus pauvre, et le cinquième est le plus riche. Le nombre d'observations = 1704; prob. > chi2 = 0,0000; pseudo R2 = 0,1762.

TABEAU B.3 : Frais d'utilisation habituels selon la propriété et le type d'institution sanitaire : Haïti, 2013

Frais d'utilisation habituels	Oui	Non	Total	Pourcentage
<i>Propriété</i>				
Gouvernement / publique	320	22	342	94 %
ONG et institutions sanitaires de missions / confessionnelles	321	28	349	92 %
Privée à but lucratif	207	7	214	97 %
<i>Type d'institution sanitaire</i>				
Tous hôpitaux	109	12	121	90 %
Centres de santé	398	28	426	93 %
Dispensaires	341	17	358	95 %
Total	848	57	905	94 %

Source : Estimations de la Banque mondiale à partir de l'EPSSS 2013.

Remarque : Les « centres de santé » comprennent les centres de santé avec lits (CAL) et les centres de santé sans lits (CSL). « Tous hôpitaux » comprennent les hôpitaux communautaires de référence (HCR), les hôpitaux, les hôpitaux départementaux et les hôpitaux universitaires. ONG = organisation non gouvernementale.

C. Méthodologie et approche de l'analyse de l'efficacité des services de santé en Haïti

Échantillon de l'étude de macro estimation concernant les hôpitaux : Haïti, 2016

En Haïti, les directions départementales de la santé (DDS) et le Ministère de la Santé Publique et de la Population surveillent les informations concernant les statistiques hospitalières aux niveaux départemental et central. Cependant, la qualité n'est généralement pas vérifiée. Ce n'est que récemment que l'Unité de Planification et d'Évaluation (UPE) du MSPP a commencé à former des employés au niveau des hôpitaux pour traiter les données relatives aux statistiques hospitalières. En conséquence, l'équipe d'étude a décidé de recueillir des statistiques hospitalières pour un échantillon représentatif d'hôpitaux. Compte tenu des contraintes budgétaires d'Haïti et du fait que 87 pour cent des hôpitaux sont des hôpitaux communautaires de référence (HCR) ou de petits hôpitaux (PH), l'équipe a choisi au hasard un échantillon de 22 HCR et PH dans les 10 départements en fonction de leur nombre total de HCR et PH (stratégie d'échantillonnage proportionnel à la taille). L'échantillon compte donc davantage de HCR et de PH de l'Ouest. Certaines données ont un caractère limité en raison de l'absence de données relatives au congé dans quelques hôpitaux, ces données n'ayant donc pas pu être saisies lorsque l'équipe a estimé la durée moyenne de séjour. De plus, les données concernant les patients hospitalisés ainsi que celles sur la durée de séjour ont manqué pendant plusieurs mois dans quelques hôpitaux. En conséquence, aussi bien le taux d'occupation des lits que la durée moyenne de séjour ont été annualisés en fonction des données disponibles. Les données ont été recueillies dans les 22 hôpitaux de février à avril 2016. Cependant, dans deux hôpitaux, la collecte des données n'a pas pu se faire de manière complète.

TABLEAU C.1 : Statistiques descriptives et scores d'efficacité technique, niveau des soins de santé primaires : Haïti, 2013

	CAL (min.-max.)	CSL (min.-max.)	Dispensaires (min.-max.)
Échantillon	72	265	342
Nombre de personnel	17 (1-205)	7 (1-49)	2 (1-22)
Nombre de lits	16 (2-174)	–	–
Nombre de visites	8242 (156-57 060)	6122 (12-75 780)	2755 (12-64 800)
Nombre d'admissions	683 (12-15 136)	–	–
Score d'efficacité technique	0,30 (0,01-1)	0,09 (0,00-1)	0,04 (0,00-1)
Nombre d'unités efficaces	4	1	1
Pourcentage d'unités efficaces	4 %	< 1 %	< 1 %

Source : Estimations du personnel de la Banque mondiale à partir de l'EPSSS 2013.

Remarque : –=données non disponibles ; CAL=centre de santé avec lits ; CSL=centre de santé sans lits.

TABLEAU C.2 : Statistiques descriptives des hôpitaux : Haïti, 2013

Variable (n = 78)	Moyenne	Déviations standard	Min.	Max.
Sorties	2741	5192	60	28800
Consultations en ambulatoire	22 343	21 467	12	119 880
Médecins	15	15	1	88
Infirmiers/ères	23	29	1	164
Infirmiers/ères auxiliaires	17	18	-	80
Technicien/nes de laboratoire	7	5	-	23
Lits	61	65	3	400

Source : Estimations de la Banque mondiale à partir de l'EPSSS 2013.

Remarque : –=données non disponibles. Il y avait 121 hôpitaux, mais il manquait des données pour 43 hôpitaux. L'échantillon était donc formé de 78 hôpitaux.

TABLEAU C.3 : Score d'efficacité technique des institutions sanitaires de soins de santé primaires selon le département, la propriété, et la situation géographique : Haïti, 2013

	CAL	CSL	Dispensaires
Moyenne de l'efficacité technique	0,30	0,09	0,04
<i>Département</i>			
Artibonite	0,32	0,17	0,05
Centre	0,57	0,10	0,09
Grand'Anse	0,33	0,08	0,04
Nippes	0,16	0,04	0,03
Nord	0,27	0,08	0,03
Nord-Est	0,37	0,07	0,03
Nord-Ouest	0,19	0,02	0,04
Ouest	0,26	0,09	0,05
Sud	0,24	0,05	0,03
Sud-Est	0,26	0,05	0,05
<i>Propriété</i>			
MSPP	0,35	0,07	0,04
ONG	0,28	0,11	0,05
Privée à but lucratif	0,26	0,08	0,04
<i>Situation géographique</i>			
Rurale	0,22	0,10	0,04
Urbaine	0,40	0,09	0,06
Métropolitaine	0,36	0,08	0,06

Source : Estimations du personnel de la Banque mondiale à partir de l'EPSSS 2014.

Remarque : CAL=centre de santé avec lits; CSL=centre de santé sans lits; MSPP=Ministère de la Santé Publique et de la Population; ONG=organisation non gouvernementale.

TABLEAU C.4 : Corrélation entre le score d'efficacité technique et les covariables, secteur des soins de santé primaires, Haïti

		CAL	CSL	Dispensaires
Département	ANOVA	1,39	3,61***	1,02
Situation géographique	ANOVA	4,32**	0,61	0,16
Propriété	ANOVA	0,51	2,40*	0,64
Index des médicaments	Corrélation	0,21*	0,06	0,02
Index des équipements	Corrélation	0,05	0,01	0,08
Source d'eau améliorée	Corrélation	0,09	0,09	0,01
Électricité	Corrélation	0,10	0,10*	0,04

Source : Estimations du personnel de la Banque mondiale à partir de l'EPSSS 2013.

Remarque : Électricité : combine générateur fonctionnel et carburant disponibles aujourd'hui; définitions de l'électricité et des sources d'eau améliorées : EPSSS 2013; Indices des médicaments et des équipements : développé conformément à la méthodologie SARA de l'OMS (OMS, 2010a). Des statistiques bivariées ont été appliquées à chacun des trois ensembles de données suivants concernant les institutions sanitaires de SSP : les CAL, les CSL et les dispensaires. ANOVA=analyse de variance; CAL=centre de santé avec lits; CSL=centre de santé sans lits; SARA=Évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services (*Service Availability and Readiness Assessment*).

*p < 0,10; ** p < 0,05; ***p < 0,01.

TABLEAU C.5 : Scores d'efficacité technique des hôpitaux selon la propriété et le type d'institution sanitaire : Haïti, 2013

	Moyenne	Déviati on standard	Min.	Max.
Type d'institution sanitaire				
Hôpital universitaire	0,52	0,41	0,08	1
Hôpital départemental	0,36	0,31	0,11	1
Hôpital communautaire de référence	0,52	0,31	0,08	1
Petit hôpital	0,48	0,34	0,03	1
Propriété				
MSPP	0,47	0,33	0,08	1
ONG	0,60	0,36	0,06	1
Privée	0,41	0,28	0,03	1

Source : Estimati ons du personnel de la Banque mondiale à partir de l'EPSSS 2013.

Remarque : HCR=hôpital communautaire de référence ; MSPP=Ministère de la Santé Publique et de la Population ; ONG=organisation non gouvernementale.

TABLEAU C.6 : Scores d'efficacité technique des hôpitaux selon le département, la propriété et la catégorie : Haïti, 2013

	Propriété				Catégorie			
	Score du département (n)	MSPP	ONG	Privée	Hôpital universitaire	Hôpital départemental	Hôpital communautaire de référence	Petit hôpital
Ouest	0,42 (34)	0,43	1	0,27	0,41	–	0,67	0,42
Nord	0,50 (10)	0,52	0,49	0,45	1	0,28	0,52	0,38
Nord-Ouest	0,45 (6)	0,49	0,40	0,59	–	–	–	–
Nord-Est	0,28 (1)	0,28	–	–	–	0,28	–	–
Centre	0,34 (5)	0,28	1	–	0,22	0,23	0,74	–
Artibonite	0,23 (7)	0,23	0,07	0,67	–	0,11	0,23	0,06
Sud	0,26 (7)	0,23	0,63	0,17	–	–	0,23	0,27
Grand'Anse	0,24 (3)	0,17	0,68	–	–	–	0,24	–
Nippes	0,80 (3)	0,80	–	–	–	1	0,55	–
Sud-Est	0,63 (2)	0,63	–	–	–	0,26	–	1

Source : Estimati ons de la Banque mondiale à partir des données de l'EPSSS 2013.

Remarque : –=données non disponibles ; MSPP=Ministère de la Santé Publique et de la Population ; ONG=organisation non gouvernementale.

TABLEAU C.7 : Statistiques descriptives de la macro estimation pour l'échantillon des hôpitaux : Haïti, 2016

Dépenses annuelles	Moyenne ± écart type	Médiane
	32 572 841 HTG ± 30 958 809 HTG (678 600 \$ ± 644 975 \$)	20 476 426 HTG (426 592 \$)
Nombre de personnel	93 ± 62	88
Part du personnel administratif et de soutien	43,65 % ± 10 %	43,5 %
Nombre de lits	26 ± 16	25
Nombre d'admissions	998 ± 784	785
Nombre de consultations externes	18 104 ± 11 597	15 485
Taux d'occupation des lits	29,85 % ± 16,83 %	28 %
Durée moyenne de séjour	3,19 ± 2,09	2,8
Coût unitaire par équivalent journée/lit	3664 HTG ± 2992,2 HTG (76,34 \$ ± 60,88 \$)	3058 HTG (63,61 \$)
Taux de récupération	36,23 % ± 36,64 %	38 %

Source : Estimations du personnel de la Banque mondiale sur la base de données recueillies dans 22 hôpitaux.

Remarque : HTG=gourde haïtienne.

TABLEAU C.8 : Déterminants du coût unitaire par équivalent journée/lit : Haïti, 2016

Log du coût unitaire	Coefficient	Erreur standard	Valeur t
Propriété (MSPP)			
ONG	0,113	0,291	0,39
Privée	1,089	0,418	2,58**
Part du recouvrement des coûts	-0,704	0,313	-2,25
Région (Ouest)			
Nord	-0,419	0,437	-0,96
Sud	0,001	0,383	0,00
Taux d'occupation des lits	-0,564	0,648	-0,87
Durée moyenne de séjour (jours)	0,045	0,080	0,57
Part des services de consultation externe	-0,021	0,045	-0,48
Part des coûts de main-d'œuvre directe (par rapport aux frais généraux)	-1,747	1,432	-1,22
Constante	5,012	1,398	3,58**

Source : Estimations de la Banque mondiale à partir des données de l'EPSSS 2013.

Remarque : La variable dépendante est le logarithme du coût unitaire. MSPP=Ministère de la Santé Publique et de la Population ; ONG=organisation non gouvernementale.

*p < 0,10; **p < 0,05; ***p < 0,01; R au carré, 0,70.

TABEAU C.9 : Analyse de régression, variable dépendante : nombre d'heures travaillées par jour, Haïti

Variable	Variable dépendante : nombre d'heures travaillées par jour	
	Coefficient	Erreur standard
<i>Département (variable omise : Nord-Ouest)</i>		
Nord-Est	-0,293*	0,156
<i>Situation géographique (variable omise : urbaine)</i>		
Rurale	-0,367	0,235
<i>Type d'institution sanitaire (variable omise : dispensaire)</i>		
Centre de santé sans lits (CSL)	-0,398	0,205
Centre de santé avec lits (CAL)	-0,248	0,222
<i>Hôpital communautaire de référence (HCR)</i>		
Hôpital communautaire de référence (HCR)	-0,504	0,234
<i>Catégorie d'emploi (variable omise : médecin)</i>		
Infirmier/ère	0,064	0,210
Infirmier/ère auxiliaire	0,039	0,190
<i>Statut professionnel (variable omise : fonctionnaire)</i>		
Contrat passé	-0,064	0,164
<i>Retard dans le paiement du salaire (variable omise : salaire payé avec retard)</i>		
Le salaire n'a pas été payé avec retard	0,226*	0,123
Second emploi	-0,23*	0,125
<i>Manque de médicaments (variable omise : ne constitue pas un obstacle)</i>		
Fait obstacle à la prestation de services de santé	-0,064	0,178
<i>Manque d'équipements (variable omise : ne constitue pas un obstacle)</i>		
Fait obstacle à la prestation de services de santé	-0,278	0,217
R au carré		0,16
Nombre d'observations (nombre de personnel médical)		

Source : Estimations du personnel de la Banque mondiale basées sur l'évaluation des ressources humaines par le projet de Leadership, gestion et gouvernance (*Leadership, Management, and Governance project*), un projet collaboratif mené par la Banque mondiale, l'USAID et le MSPP, 2013.

Les résultats font état d'une analyse de régression.

Remarque : CAL=centre de santé avec lits; CSL=centre de santé sans lits; HCR=hôpital communautaire de référence.

*p < 0,10; **p < 0,05; ***p < 0,01.

BIBLIOGRAPHIE

- Abzalova R., C. Wickham, A. Chukmaïtov, et T. Rakhïpbekov. 1998. «Reform of Primary Health Care in Kazakhstan and the Effects on Primary Health Care Worker Motivation: The Case of Zhezkazgan Region.» Major Applied Research 5, document de travail n°3, Partnerships for Health Reform Project, Bethesda, MD, Abt Associates.
- Adhikari, S. R., N. M. Maskay, et B. P. Sharma. 2009. «Paying for Hospital Based Care of Kalaazar and Economic Consequences.» *Health Policy Plan* 24: 12939.
- AEDES Consortium. 2016. «Préparation de la future organisation et accompagnement de l'ouverture du nouvel HUEH: Hôpital de L'Université d'État d'Haïti. Synthèse du projet.» Port-au-Prince, Haïti.
- Agence nationale de coordination pour la population et le développement (National Coordinating Agency for Population and Development, NCAPD) [Kenya], Ministère des services médicaux (Ministry of Medical Services, MOMS) [Kenya], Ministère de la santé publique et de l'assainissement (Ministry of Public Health and Sanitation, MOPHS) [Kenya], Bureau national des statistiques du Kenya (Kenya National Bureau of Statistics, KNBS) [Kenya], et ICF Macro. 2011. *Kenya Service Provision Assessment Survey 2010*. Nairobi, NCAPD, MOMS, MOPHS, KNBS, et ICF Macro. <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/SPA17/SPA17.pdf>.
- Aguilar Rivera, A. M., K. Xu, et G. Carrin. 2006. «The Bolivian Health System and Its Impact on Health Care Use and Financial Risk Protection.» Document de travail n° 7: 1–30, Groupe Bases factuelles et information à l'appui des politiques, Département du Financement des systèmes de santé, Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- Akazili J., M. Adjuiik, S. Chatio, D. Kanyomse, A. Hodgson, M. Aikins, et J. Gyapong. 2008. «What Are the Technical and Allocative Efficiencies of Public Health Centers in Ghana?» *Ghana Medical Journal* 42 (4): 149–55.
- Alexandre, P. K., G. Saint-Jean, L. Crandall, et E. Fevrin. 2005. «Prenatal Care Utilization in Rural Areas and Urban Areas of Haiti.» *Revista Panamericana de Salud Pública* 18 (2): 84–92.
- Alphonse, R. 2016. «Seuls 5% des dépenses publiques allouées à la santé en Haïti, déplore la Banque mondiale.» *Le Nouvelliste*, 19 juillet. <http://lenouvelliste.com/lenouvelliste/article/161110/Seuls-5-des-depenses-publiques-allouees-a-la-sante-en-Haiti-deploire-la-Banque-mondiale#sthash.1ZHAICBG.dpuf>.
- Altaras, R. 2009. «Increasing Financial Access to Primary Health Care for the Rural Poor: A Study on Changes in Health Service Use and Costs Following the Removal of User Fees in the Grande Anse, Haiti.» France, Médecins du Monde, avec l'appui de la Commission européenne, Direction générale de la protection civile européenne et des opérations d'aide humanitaire (ECHO).
- Appaix, O., P. E. Henry, et A. Badjeck. 2015. «Évaluation Indépendante du Programme de Pays: Burkina Faso 2011–2015.» New York, Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), décembre.
- Araujo, J. M. M. Brueckner, M. Clvijo, E. Vostroknutova, et K. Wacker. 2014. «Benchmarking the Determinants of Economic Growth in Latin America and the Caribbean.» Rapport 91015-ALC, Washington, DC, Banque mondiale.
- Awate, P. 2014. «Primary Health Care System in India—Structure and Services.» Présentation PowerPoint par Pradip Awate, Directeur adjoint des Services de Santé, Maharashtra, publié en ligne le 28 juillet.
- Banque Interaméricaine de Développement (IDB). 2013. «Correspondence with Multilateral Investment Fund from the Secretary on September 4, 2013. Subject: Haiti. Nonreimbursable Technical-Cooperation for the Project *Carte Avantage Santé*—Expansion of Basic Healthcare Services to Low-income Populations through a Pre-paid Health Services Card.» <https://www.gtai.de/GTAI/Content/DE/Trade/Fachdaten/PRO/2013/11/Anlagen/PRO201311.pdf?v=1>.
- Banque mondiale. 1999. *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington, DC, Banque mondiale.
- _____. 2004. *Benin Enhancing the Effectiveness of Public Spending. A Review of Three Sectors*. Washington, DC, Banque mondiale.
- _____. 2005a. *Burkina Faso: The Budget as Centerpiece of PRSP Implementation, Public Expenditure Review*. Région Afrique 2005. Washington, DC, Banque mondiale.
- _____. 2005b. *Natural Disaster Hotspots: A Global Risk Analysis*. Disaster Risk Management Series n° 5. Washington, DC, Banque mondiale.
- _____. 2008. *Haiti—Public Expenditure Management and Financial Accountability Review (PEMFAR): Improving Efficiency of the Fiscal System and Investing in Public Capital to Accelerate Growth and Reduce Poverty*. Revue des dépenses publiques (RDP). Washington, DC, Banque mondiale.
- _____. 2010a. *Haiti Earthquake PDNA (Post-Disaster Needs Assessment): Assessment of Damage, Losses, General and Sectoral Needs*. Washington, DC, Banque mondiale. <http://documents.worldbank.org/curated/en/355571468251125062/Haiti-earthquake-PDNA-Post-Disaster-Needs-Assessment-assessment-of-damage-losses-general-and-sectoral-needs>.
- _____. 2010b. *Public Expenditure Tracking and Service Delivery Survey—Education and Health in Honduras*. Bureau régional Amérique latine et Caraïbes, Banque mondiale.
- _____. 2011. *United Republic of Tanzania Public Expenditure Review 2010*. Washington, DC, Banque mondiale.
- _____. 2012. «Health Equity and Financial Protection Datasheets: Latin America and Sub-Saharan Africa 2012.» <http://www.worldbank.org/povertyandhealth>.
- _____. 2014. *Reflections for Evidence-Based Policy Making*. Washington, DC, Banque mondiale. <http://documents.worldbank.org/curated/en/2014/01/24142063/investing-people-fight-poverty-haiti-reflections-evidence-based-policy-making>.

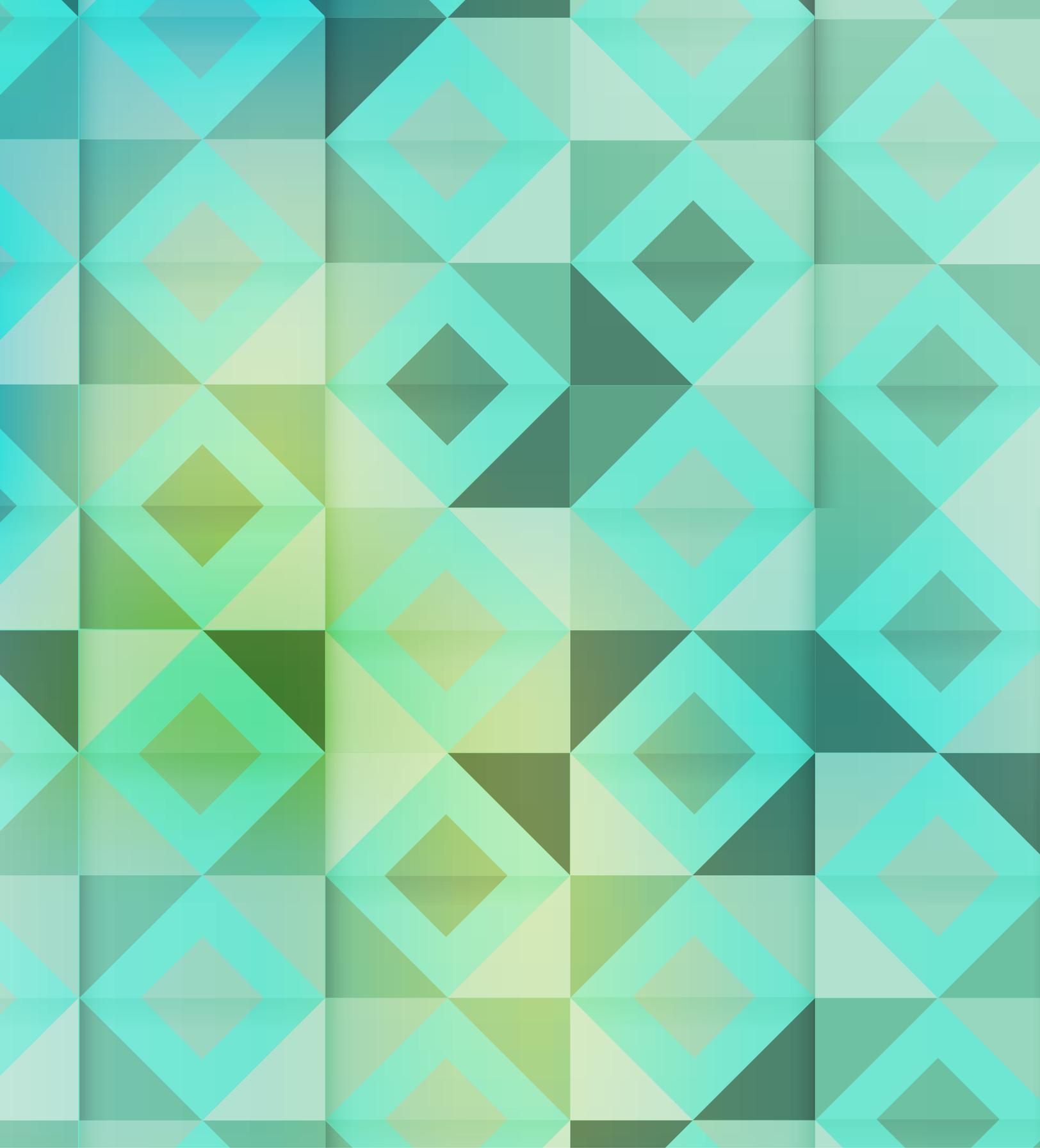
- _____. 2015a. «The Balanced Scorecard: Basic Indicators of Haiti's Health System.» Manuscrit non publié, Washington, DC, Banque mondiale.
- _____. 2015b. *Better Spending, Better Services: A Review of Public Finances in Haiti. Public Expenditure Review (PER)*. Vol. 1. Washington, DC, Banque mondiale. <http://documents.worldbank.org/curated/en/2015/09/24984747/haiti-towards-greater-fiscal-sustainability-equity-discussion-public-finance>.
- _____. 2015c. *Doing Business 2016: Going Beyond Efficiency*. Washington, DC, Banque mondiale.
- _____. 2015d. *Doing Business Economy Profile 2016: Haiti*. Washington, DC, Banque mondiale.
- _____. 2015e. «Innovative Health Financing Initiatives. How Much Can They Contribute To Financial Sustainability of Health Systems?» Réunion de l'équipe de gestion du HNP GP du Global Solutions Area sur le financement de la santé, février. Banque mondiale.
- _____. 2015f. «Republic of Haiti: Towards Greater Fiscal Sustainability and Equity: A Discussion of Public Finance.» GMFDR–Amérique latine, Rapport n° ACS14253, Washington, DC, Banque mondiale.
- _____. 2015g. *Indicateurs du développement dans le monde 2015*. Washington, DC, Banque mondiale.
- _____. 2016a. *Better Spending, Better Services: A Review of Public Finances in Haiti. Public Expenditure Review (PER)*. Vol. 2. Washington, DC, Banque mondiale. <http://documents.worldbank.org/curated/en/2016/06/26527828/better-spending-better-services-review-public-finances-haiti-vol-2>.
- _____. 2016b. *Indicateurs du développement dans le monde 2016*. Washington, DC, Banque mondiale.
- Banque mondiale et Société financière internationale (IFC), Région Amérique latine et Caraïbes. 2012. «Interim Strategy Note for the Republic of Haiti for FY13-14. Report No. 71885-HT.» Unité de gestion de pays d'Haïti, Région Amérique latine et Caraïbes, 27 septembre.
- Banque mondiale et Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. 2014. *Investing in People to Fight Poverty in Haiti: Reflections for Evidence-based Policy Making*. Washington, DC, Banque mondiale.
- Banque mondiale, USAID (Agence des États-Unis d'Amérique pour le développement international), et MSPP (Ministère de la Santé et de la Population, Haïti). 2013. «Study on Human Resources and Health Spending in the Nord-Est, Plateau Central et Nord-Ouest Health Departments. An Exercise Conducted to Estimate the Amount of the Incentive Based on Performance under the Performance-Based Financing (PBF).» Juin.
- Barber S., F. Bonnet, et H. Bekedam. 2004. «Formalizing Under-the-Table Payments to Control Out-of-Pocket Hospital Expenditures in Cambodia.» *Health Policy and Planning* 19 (4): 199–208.
- Barro, R., et J. Lee. 2000. «International Data on Educational Attainment Updates and Implications.» Document de travail n° 7911 du NBER, Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research.
- Baruwa, E., et M. Meline. 2014. *Developing Haiti's First Health Financing Strategy*. Bethesda, MD, Health Finance and Governance Project, Abt. Associates.
- Brinda, E. M., A. R. Andres, et U. Enemark. 2014. «Correlates of Out-of-Pocket and Catastrophic Health Expenditures in Tanzania: Results from a National Household Survey.» *BMC International Health and Human Rights* 5 (14): 5.
- Buigit, S., R. Ettarh, et D. Amendah. 2015. «Catastrophic Health Expenditure and Its Determinants in Kenya Slum Communities.» *International Journal for Equity in Health* 14: 46.
- Burgert, Clara R., et Debra Prosnitz. 2014. «Linking DHS Household and SPA Facility Surveys: Data Considerations and Geospatial Methods.» DHS Spatial Analysis Report No. 10. <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/SAR10/SAR10.pdf>.
- Buss, T. F. 2013. «Foreign Aid and the Failure of State Building in Haiti under the Duvaliers, Aristide Preval, and Martelly.» Document de travail 104/2013, WIDER.
- Cahn, D., et R. Clifford. 2013. «Health, Safety and Environmental Issues in Haiti.» Document de travail n° IDB-DP-343 de l'Unité chargée des sauvegardes environnementales, Washington, DC, Banque interaméricaine de développement, décembre.
- Calvin, D., J. Lohi, et E. R. Bulmer. 2014. «Haiti Systematic Country Diagnostic. Trade Background Note.» Document d'information DPS, Washington, DC, Banque mondiale.
- Cavagnero, E., G. Carrin, K. Xu, et A. M. Aguilar-Rivera. 2006. «Health Financing in Argentina: An Empirical Study of Health Care Expenditure and Utilization.» Innovations en matière de financement de la santé: Série documents de travail n° 8, Fundación Mexicana para la Salud/Instituto Nacional de Salud Pública.
- Cavagnero, E., B. Daelmans, N. Gupta, R. Scherpbier, et A. Shankar. 2008. «Assessment of the Health System and Policy Environment as a Critical Complement to Tracking Intervention Coverage for Maternal, Newborn, and Child Health.» *The Lancet* 371 (9620): 1284–13.
- Coe, G., et J. de Beyer. 2014. «The Imperative for Health Promotion in Universal Health Coverage.» *Global Health Science and Practice* 2 (1): 10–22.
- Coelli, T. J. 1996. «A Guide to DEAP: Version 2.1: A Data Envelopment Analysis (Computer) Program.» Coordination Nationale de la Sécurité Alimentaire (CNSA) (2011), Enquête Nationale sur la Sécurité Alimentaire (ENSA).
- Coello, Barbara, Gbemisola Oseni, Tanya Savrimootoo, et Eli Weiss. 2014. *Rural Development in Haiti: Challenges and Opportunities*. Washington, DC, Banque mondiale.
- Collier, P. 2007a. *The Bottom Billion: Why the Poorest Are Failing and What Can Be Done about It*. New York, Oxford University Press.
- _____. 2007b. *Post-Conflict Recovery: How Should Policies Be Distinctive*. Oxford, Centre pour l'étude des économies africaines.
- Collins, D, P. Gupta, et E. Sovannarith. 2009. «Cost Projections for the Complementary Package of Activities for Referral Hospitals: Ministry of Health, Royal Government of Cambodia.» Arlington, VA, Basic Support for Institutionalizing Child Survival (USAID/BASICS) pour l'Agence des États-Unis d'Amérique pour le Développement International (USAID).
- Collins, D., J. L. Mukunzi, Z. Jarrah, C. Ndizaye, P. Kayobotsi, C. Mukantwali, B. Nzeyimana, et M. Cros. 2011. «Management Sciences for Health.» Soumis à l'Agence des États-Unis d'Amérique pour le Développement International (USAID) par le Projet intégré de renforcement du système de santé, Rwanda Health Service Costing: Health Centre Analysis.
- Cotlear, D., S. Nagpal, O. Smith, A. Tandon, et R. Cortez. 2015. *Going Universal: How 24 Developing Countries Are Implementing Universal Health Coverage Reforms from the Bottom Up*. Washington, DC, Banque mondiale. http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSPIB/2015/09/10/090224b0830cc77911_0/Rendered/PDF/Going0universa0s0from0the0bottom0up.pdf
- Cros, M., et W. Zeng. 2014. «Measuring Efficiency of Primary Health Care Facilities in Haiti Using Data Envelopment Analysis (DEA).» Présentation d'une affiche lors du 3^e Colloque mondial sur la

- recherche en systèmes de santé, Cape Town, 30 septembre– 3 octobre.
- Deininger, K., et P. Mpuga. 2004. «Economic and Welfare Effects of the Abolition of Health User Fees: Evidence from Uganda.» Document de travail de recherche sur les politiques n° 3276, Washington, DC, Banque mondiale.
- Dieleman, M., et J. W. Harnmeijer. 2006. «Improving Health Worker Performance: In Search of Promising Practices.» Base factuelles et information à l'appui des politiques, département des Ressources humaines pour la santé, Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Durham, J., M. Michael, P.S. Hill, et E. Pavignani. 2015. «Haiti and the health marketplace: the role of the private, informal market in filling the gaps left by the state.» *BMC Health Serv. Res.* 15: 424. Publié en ligne le 28 septembre 2015.
- Echevin, D. 2011a. «Livelihoods and the Allocation of Emergency Assistance after the Haiti Earthquake.» Document de travail de recherche sur les politiques n° 5851, Washington, DC, Banque mondiale.
- _____. 2011b. «Vulnerability and Livelihoods before and after the Haiti Earthquake.» Document de travail de recherche sur les politiques n° 5850, Washington, DC, Banque mondiale.
- Eichler, R., P. Auxila, et J. Pollock. 2001. «Output-Based Health Care: Paying for Performance in Haiti. Public Policy in the Private Sector.» Note n° 236, Washington, DC, Banque mondiale.
- Eichler, R., et R. Levine, éd. 2009. *Performance Incentives for Global Health: Potential and Pitfalls.* Center for Global Development. Baltimore, Brooking Institution Press.
- Enfolien. 2015. «Développement du Système de l'Assurance de l'OFATMA—Les Orientations Stratégiques.» http://www.enfolien.net/index.php?option=com_content&view=article&id=122%3Adocumentaire-developpement-du-systeme-dassurance-de-lofatma-les-orientations-strategiques&catid=37%3Aorganismes-autonomes&Itemid=87&showall=1.
- FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population). 2016. «Universal Access to Reproductive Health: Progress and Challenges.» https://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/UNFPA_Reproductive_Paper_20160120_online.pdf.
- Fonds monétaire international (FMI). 2011. *Revenue Mobilization in Developing Countries.* Washington, DC, FMI.
- _____. 2016. *World Economic Outlook.* Washington, DC, IMF, avril.
- Fritsche, G. B., R. Soeters, et B. Meessen. 2014. *Manual de pago por desempeño.* Washington, DC, Banque mondiale.
- Gertler, P., et J. Hammer. 1997. «Strategies for Pricing Publicly Provided Health Services.» Document de travail de recherche sur les politiques n° 1762, Washington, DC, Banque mondiale.
- Hamidi, S. 2016. «Measuring Efficiency of Governmental Hospitals in Palestine Using Stochastic Frontier Analysis.» *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 14: 3.
- Heller, P. 2005. «Understanding Fiscal Space.» Document de politique du FMI, Département des finances publiques, Washington, DC, Fonds monétaire international.
- _____. 2006. «The Prospects of Creating 'Fiscal Space' for the Health Sector.» *Health Policy and Planning* 21 (2): 75–79.
- Heredia-Ortiz, E. 2016. «DAI. Mobilizing Tax Revenue and Prioritizing Health Spending in El Salvador—A Case Study.» USAID/Health Finance and Governance Program, Agence des États-Unis d'Amérique pour le Développement International, Washington, DC.
- Hernandez, A. R., et M. S. Sebastian. 2013. «Assessing the Technical Efficiency of Health Posts in Rural Guatemala: A Data Envelopment Analysis.» *Global Health Action*, n° 7.
- Herrera, J., N. Lamaute-Brisson, D. Milbin, F. Roubaud, C. Saint-Macary, C. Torelli, et C. Zanuso. 2014. «L'Évolution des conditions de vie en Haïti entre 2007 et 2012. La réplique sociale du séisme.» Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique, DIAL, Paris et Port-au-Prince.
- Hughes, J., A. Glassman, et W. Gwenigale. 2012. «Innovative Financing in Early Recovery: The Liberia Health Sector Pool Fund.» Document de travail n° 288, Washington, DC, Center for Global Development.
- Institut Haïtien de l'Enfance (IHE), ICF International, et MSPP (Ministère de la Santé Publique et de la Population, Haïti). 2014. *Haiti Service Provision Assessment 2013.* Fairfax, VA, ICF International.
- Institut Haïtien de l'Enfance et ICF International. 2014. *Évaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé, (EPSSS) Haïti 2013.* Rockville, MD, IHE et ICF International.
- Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF International. 2013. *Enquête Démographique et de Santé du Bénin 2011–2012.* Calverton, MD, INSAE et ICF International.
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International. 2012. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso, 2010.* Calverton, MD, INSD et ICF International.
- Institut national de la statistique et des recensements (INEC) et Ministère de la Santé (MINSa). 2002. *Encuesta Nacional de Salud y Demografía 2001.* Calverton, MD, Macro International, octobre.
- Jamison, D. T., J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, David B. Evans, Prabhat Jha, et al. 2006. *Disease Control Priorities in Developing Countries.* 2^e éd. Washington, DC, Banque mondiale et Oxford University Press. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/7242>.
- Jehu-Appiah, C., S. Sekidde, M. Adjui, J. Akazili, D. D'Almeida, F. Nyonator, R. Baltussen, et al. 2014. «Ownership and Technical Efficiency of Hospitals: Evidence from Ghana Using Data Envelopment Analysis.» *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 12: 9.
- Jha, P., et R. Peto. 2014. «Global Effects of Smoking, of Quitting and of Taxing Tobacco.» *New England Journal of Medicine* 370: 60–68.
- Johnson, B. G., M. Laverty, et M. Sjöblom. 2014. «Assessment: Haiti. Field Validation of RBF—Supply Chain Bottleneck Assessment Tool, July 21–28, 2014.» William Davidson Institute de l'Université du Michigan et Groupe de la Banque mondiale, Washington, DC.
- Joseph, G., I. C. Mohnsam da Silva, F. C. Wehrmeister, A. J. D. Barros, et C. G. Victora. 2016. «Inequalities in the Coverage of Place of Delivery and Skilled Birth Attendance: Analyses of Cross-Sectional Surveys in 80 Low and Middle-Income Countries.» *Reproductive Health* 13: 77.
- Josephson, E. et L. Vinyals. 2012. «An Assessment of the Haitian MSPP's Readiness to Establish a Contracting Function.» Institute for Collaborative Development, Bethesda, MD.
- Josephson, E., et M. Bode. 2013. *Fiscal Space Analysis for Haiti.* Washington, DC, Banque mondiale.
- Kirigia, J. M., et E. Z. Asbu. 2013. «Technical and Scale Efficiency of Public Community Hospitals in Eritrea: An Exploratory Study.» *Health Economics Review* 3: 6.
- Kloos, H. 1990. «Utilization of Selected Hospitals, Health Centres and Health Stations in Central, Southern and Western Ethiopia.» *Social Science and Medicine* 31: 1003–19.
- Lagomarsino, G., A. Garabrant, A. Adyas, R. Muga, et N. Otoo. 2012. «Moving towards Universal Health Coverage: Health Insurance.» *The Lancet* 380 (9845): 933–43.

- Lamaute-Brisson, N. 2013. «Social Protection Systems in Latin America and the Caribbean: Haiti.» Document de projet pour la Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC).
- _____. 2015. «Promotion and Social Protection of Childhood and Adolescence in Haiti.» Document de projet pour la Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC).
- Largo, F. M. 2012. «A Macro-Costing Analysis of Hospitals in the Philippines.» Université de San Carlos, Cebu, Philippines.
- Le Moniteur, journal officiel de la République d'Haïti. 2014. Budget national de la République d'Haïti pour l'exercice 2013–2014, 169^e année–n^o spécial n^o 2, 1 octobre, 2014. Port-au-Prince, Les Presses nationales d'Haïti.
- _____. 2015. Présentation générale des ressources budgétaires, 170^e année – n^o spécial n^o 2, 27 mars 2015, Port-au-Prince: Les Presses nationales d'Haïti.
- Le Nouvelliste. 2013. «Profile of Dr. Ronald Laroche, Digicel Entrepreneur of the Year Finalist.» 22 novembre. <http://lenouvelliste.com/lenouvelliste/article/124252/Profile-of-Dr-Ronald-Laroche-Digicel-Entrepreneur-of-the-Year-finalist.html>.
- Li, Y., Q. Wu, L. Xu, D. Legge, Y. Hao, L. Gao, N. Ning, et al. 2012. «Factors Affecting Catastrophic Health Expenditure and Impoverishment from Medical Expenses in China: Policy Implications of Universal Health Insurance.» *Bulletin of the World Health Organization* 90: 664–71.
- Lobo, M. S. C., Y. A. Ozcan, A. C. M. Silva, M. P. E. Lins, et R. Fiszman. 2010. «Financing Reform and Productivity Change in Brazilian Teaching Hospitals: Malmquist Approach.» *Central European Journal of Operations Research* 18 (2): 141–52.
- Marshall, P., et S. Flessa. 2011. «Efficiency of Primary Care in Rural Burkina Faso. A Two-Stage DEA Analysis.» *Health Economics Review* 1: 5–10.
- Martey, J., J. Djan, S. Twum, E. Browne, et S. Opoku. 1998. «Referrals for Obstetric Complications from Ejisu District, Ghana.» *West African Journal of Medicine* 17: 58–63.
- Masiye, F., J. M. Kirigia, A. Emrouznejad, L. G. Sambo, A. Mounkaila, D. Chimfwembe, D. Okello, et al. 2006. «Efficient Management of Health Centres Human Resources in Zambia.» *Journal of Medical Systems* 30 (6): 473–81.
- McCoy, D., S. Chand, et D. Sridhar. 2009. «Global Health Funding: How Much, Where It Comes From and Where It Goes.» *Health Policy and Planning* 24 (6): 407–17.
- McPake, B., N. Brikci, G. Comet, A. Schmidt, et E. Araujo. 2011. «Removing User Fees: Learning from International Experience to Support the Process.» *Health Policy and Planning* 26: ii104–ii117.
- MIF (Fonds multilatéral d'investissement). 2012. Access to Basic Services Agenda Review. Washington, DC, MIF.
- _____. 2013. «MIF and DASH to Facilitate Prepaid Health Services for Low Income Populations in Haiti.» Annonce de projet, 17 septembre. <http://www.fomin.org>.
- Ministère de l'Économie et des Finances, Haïti. 2011. *Manuel de procédures d'élaboration du Budget*. Port-au-Prince, Direction générale du budget, Ministère de l'Économie et des Finances.
- Ministère de la Santé, Afghanistan. 2003. *A Basic Package of Health Services for Afghanistan 2003/1382*. Kabul, Gouvernement de l'État de transition islamique d'Afghanistan.
- Ministère de la Santé, Érythrée. 2014. «Eritrea Health Sector Strategic Development Plan (HSSDP 2012–2016). Mid-Term Review. 3rd November–19th November 2014. Final Report.» http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/eritrea/final_mtr_report_eritrea.pdf.
- Ministère de la Santé, Ouganda, et Macro International. 2008. «Uganda Service Provision Assessment Survey 2007.» Kampala, Ministère de la Santé et Macro International. <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/SPA13/SPA13.pdf>.
- Ministère de la Santé, République fédérale démocratique d'Éthiopie. 2010. «Health Sector Development Program IV.» Octobre.
- Ministère de la Santé et des Affaires sociales, République du Libéria. 2008. «Basic Package of Health and Social Welfare Services for Liberia.» Gouvernement du Libéria, juin. <http://liberiamohsw.org>.
- Ministère de la Santé et des Affaires sociales, République du Libéria. 2015. «Investment Plan for Building a Resilient Health System in Liberia: 2015 to 2021.» Gouvernement du Libéria, Version 15, avril. <http://pages.au.int>.
- Ministère de la Santé et des Affaires sociales, République-Unie de Tanzanie. 2012a. «Directorate of Policy and Planning, Health Sector Public Expenditure Review, 2010/11.» Dar es Salaam, Tanzanie et Health Systems 20/20, Abt Associates, juillet.
- _____. 2012b. «National Health Accounts 2010 with Sub-accounts for HIV and AIDS, Malaria, Reproductive and Child Health.» Dar es Salaam, Health Systems 20/20, mai.
- Ministère de la Santé publique, Afghanistan. 2013. «Afghanistan National Health Accounts with Subaccounts for Reproductive Health 2011–2012.» Projet de politique de santé, octobre.
- Ministère de la Santé publique, Burundi. 2015. «Comptes de la Santé au Burundi: 2012–2013.» Bujumbura.
- MSH (Management Sciences for Health). 2001. «Using Performance-Based Payments to Improve Health Programs.» *The Manager* 10.
- MSPP (Ministère de la Santé Publique et de la Population), Haïti. 2006. «Le Paquet Minimum de Services.» Port-au-Prince.
- _____. 2009. *Haiti Global Fund Facility Survey 2008*. Genève: Fonds mondial.
- _____. 2012. «Politique Nationale de la Santé.» Port-au-Prince.
- _____. 2014a. «Évaluation des Ressources Humaines des Institutions Sanitaires du Secteur Public (ERHIS 1).» Document non encore publié.
- _____. 2014b. «Manuel de politiques, normes et procédures de gestion des ressources humaines.» Bureau de Gestion et des Ressources Humaines, MSPP, Port-au-Prince, décembre.
- _____. 2015a. «Les Grandes Réalisations 2014–15. Tomes 1 & 2.» Port-au-Prince.
- _____. 2015b. «Rapport des Comptes Nationaux de Santé: 2012–2013.» Unité d'Études et de Programmation (UEP).
- _____. 2016. «Les Grandes Réalisations 2014–15. Tome 3.» Port-au-Prince.
- MSPP (Ministère de la Santé Publique et de la Population), IHE (Institut Haïtien de l'Enfance), et ICF International. 1994. *Demographic and Health Survey*. Calverton, MD, MSPP, IHE, et ICF International.
- _____. 2000. *Demographic and Health Survey*. Calverton, MD, MSPP, IHE, et ICF International.
- _____. 2006. *Demographic and Health Survey*. Calverton, MD, MSPP, IHE, et ICF International.
- _____. 2013. *2012 Haiti Mortality, Morbidity, and Service Utilization Survey: Key Findings*. Calverton, MD, MSPP, IHE, et ICF International.
- MSPP (Ministère de la Santé Publique et de la Population), IHSI (Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique), OMS (Organisation mondiale de la Santé), et USAID (Agence des États-Unis d'Amérique pour le développement international). 2008. *Haiti National Health Accounts, HIV and AIDS, Tuberculosis, and Malaria Subaccounts 2005–2006*. Port-au-Prince, MSPP.

- Murray, C. J., B. Shengelia, N. Gupta, S. Moussavi, A. Tandon, et M. Thieren. 2013. «Validity of Reported Vaccination Coverage in 45 Countries.» *The Lancet* 362: 1022–27.
- Nakamura, Y., et A. Williamson. 2015. «Government Health Spending and Tax Reform in Rwanda 2000–2013: A Case Study.» Washington, DC, Results for Development Institute, Agence des États-Unis d'Amérique pour le développement international.
- _____. 2016. «Results for Development Institute. Government Health Spending and Tax Reform in Rwanda 2000–2013: A Case Study.» USAID/Health Finance and Governance Program, Agence des États-Unis d'Amérique pour le développement international, Washington, DC.
- Noirhomme, M., et al. 2007. «Improving Access to Hospital Care for the Poor: Comparative Analysis of Four Health Equity Funds in Cambodia.» *Health Policy and Planning* 22: 246–62.
- Nwagbara, V. C., et R. Rasiah. 2015. «Rethinking Health Care Commercialization: Evidence from Malaysia.» *Globalization and Health* 11: 44.
- OFATMA (Office d'Assurance Accidents du Travail, Maladie et Maternité). 2015. «Programme Assurance Maladie et Maternité.» Présentation PowerPoint, mai 2015.
- Okwere, P., A. Tandon, S. Sparkes, J. McLaughlin, et J. G. Hoogeveen. 2010. «Fiscal Space for Health in Uganda.» Document de travail n° 186, Africa Human Development Series, Washington, DC, Banque mondiale.
- OMS (Organisation mondiale de la Santé). 2001. «Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development.» *Report of the Commission on Macroeconomics and Health*. Genève, OMS.
- _____. 2002. *World Health Survey. A Household Questionnaire*. Bases factuelles et information à l'appui des politiques. Genève, OMS.
- _____. 2004. «The Impact of Health Expenditure on Households and Options for Alternative Financing.» Rapport EM/RC51/4, Comité régional pour la Méditerranée orientale, Le Caire, OMS.
- _____. 2006. *Travailler ensemble pour la santé – Rapport sur la santé dans le monde 2006*. Genève.
- _____. 2008. «Essential Health Packages: What Are They For? What Do They Change?» Séminaires de l'OMS sur la prestation de services, Projet de mémoire technique n° 2, Genève.
- _____. 2010a. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Rapport de la Commission sur la macroéconomie et la santé. Genève, OMS.
- _____. 2010b. *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies*. Genève, OMS.
- _____. 2010c. *WHO Technical Manual on Tobacco Tax Administration*. Genève, OMS.
- _____. 2010d. *Rapport sur la santé dans le monde 2010 – Le financement des systèmes de santé: le chemin vers une couverture universelle*. Genève, OMS.
- _____. 2011. *The Abuja Declaration: Ten Years On*. Genève, OMS.
- _____. 2013a. «Enforcing Bans on Tobacco Advertising, Promotion and Sponsorship.» Dans *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic*. Genève, OMS.
- _____. 2013b. *Rapport sur la santé dans le monde 2013: La recherche pour la couverture sanitaire universelle*. Genève, OMS.
- _____. 2013c. *Statistiques sanitaires mondiales 2013*. Genève, OMS.
- _____. 2014a. «Haïti.» *NHA Report 2005–2006*. <http://www.who.int/nha/country/hti/en/>.
- _____. 2014b. «Haïti: Health Profile.» Genève, mai.
- _____. 2014c. *Initiative Pour un Monde Sans Tabac. Taxation des produits du tabac*. Genève, OMS.
- _____. 2014d. *Initiative Pour un Monde Sans Tabac. Taxation du tabac: Un financement novateur des systèmes de santé*. Genève, OMS.
- _____. 2014e. «Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank and the United Nations Population Division.» Genève.
- _____. 2015. *Statistiques sanitaires mondiales 2015*. Genève, OMS.
- _____. 2016. *Statistiques sanitaires mondiales 2016*. Genève, OMS.
- OMS (Organisation mondiale de la Santé) et Banque mondiale. 2013. «Monitoring Progress towards Universal Health Coverage at Country and Global Levels: A Framework.» Document de travail conjoint OMS/Banque mondiale n° 1.
- _____. 2015. *Tracking Universal Health Coverage: First Global Monitoring Report*. Genève, OMS.
- Osier, D., S. D'Almeida, M. O. George, J. M. Kirigia, A. O. Mensah, et L. H. Kainyu. 2005. «Technical Efficiency of Public District Hospitals and Health Centers in Ghana: A Pilot Study.» *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 3: 9.
- Osmani, A. R. 2015. «Technical and Scale Efficiency of District Hospitals in Afghanistan: A Data Envelopment Analysis Approach.» <https://www.researchgate.net>.
- OPS (Organisation Panaméricaine de la Santé). 2012. *Regional Outlook and Country Profiles: Health in the Americas*. Washington, DC, OPS.
- Page, A.-L., I. Ciglenecki, E. R. Jasmin, L. Desvignes, F. Grandesso, J. Polonsky, et al., 2015. «Geographic Distribution and Mortality Risk Factors during the Cholera Outbreak in a Rural Region of Haiti, 2010–2011.» *PLoS Neglected Tropical Diseases* 9 (3): e0003605.
- Powell-Jackson, T., K. Hanson, et D. McIntyre. 2012. «Fiscal Space for Health: A Review of the Literature.» Document de travail n° 1, Resilient and Responsive Health Systems (RESYST).
- Ramachandran, R., et J. Walz. 2012. «Haïti: Where Has All the Money Gone?» Document de politique n°004 du CGD, Washington, DC, Center for Global Development. <http://www.cgdev.org/content/publications/detail/1426185>.
- Royaume du Maroc. 2014. «Revue des dépenses publiques. Secteur de la santé.» Rapport n°86115-MA, Washington, DC, Banque mondiale.
- Saleh, K. 2012. *A Health Sector in Transition to Universal Coverage in Ghana*. Washington, DC, Banque mondiale.
- _____. 2013. *The Health Sector in Ghana: A Comprehensive Assessment*. Directions in Development: Human Development. Washington, DC, Banque mondiale.
- Savedoff, W. 2016. *Tobacco Taxes: Good for Public Health, Good for Fiscal Revenues*. Washington, DC, Banque mondiale.
- Savedoff, W., et A. Alwang. 2015. «The Single Best Health Policy in the World: Tobacco Taxes.» Document de politique du CGD, Washington, DC, Center for Global Development.
- Schneider, P. 2007. «Provider Payment Reforms: Lessons from Europe and America for South Eastern Europe.» Document de travail de SNP, Washington, DC, Banque mondiale, octobre.
- Sebastian, M. S., et H. Lemma. 2010. «Efficiency of the Health Extension Programme in Ethiopia: A Data Envelopment Analysis.» *BMC International Health and Human Rights* 10 (16).
- Shepard, D. S., D. Hodgkin, et Y. E. Anthony. 2000. *Analysis of Hospital Costs: A Manual for Managers*. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Singh, Raju Jan, et Mary Barton-Dock. 2015. *Haïti: Toward a New Narrative*. Diagnostic-pays systématique. Washington, DC, Banque mondiale.

- Stierman, E, F. Ssengooba et S. Bennett. 2013. «Aid alignment: a longer term lens on trends in development assistance for health in Uganda.» *Globalization and Health* 2013, 9:7.
- Street, A., J. O'Reilly, P. Ward, et A. Mason. 2011. «DRG-Based Hospital Payment and Efficiency: Theory, Evidence, and Challenges.» Dans *Diagnosis Related Groups in Europe. Moving towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*, édité par R. Busse, A. Geissler, W. Quentin, et M. Wiley, 93–114. Copenhague, Série de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.
- Su, T. T., B. Koaita, et S. Flessa. 2006. «Catastrophic Household Expenditure for Health Care in a Low Income Society: A Study from Nouna District, Burkina Faso.» *Bulletin of the World Health Organization* 84: 217.
- Suaya, J. A., D. S. Shepard, J. B. Siqueira, C. T. Martelli, L. C. S. Lum, L. H. Tan, S. Kongsin, et al., 2009. «Cost of Dengue Cases in Eight Countries in the Americas and Asia: A Prospective Study.» *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 80: 846–55.
- Ujoh, F., et F. Kwaghsende. 2014. «Analysis of the Spatial Distribution of Health Facilities in Benue State.» *Nigeria Scientific and Academic Publishing* 4 (5): 210–18.
- Urrutia, R. P., D. Merisier, M. Small, E. Urrutia, N. Tinfo, et D. K. Walmer. 2012. «Unmet Health Needs Identified by Haitian Women as Priorities for Attention: A Qualitative Study.» *Reproductive Health Matters* 20 (39): 93–103.
- Valdmanis, V. G., M. D. Rosko, et R. L. Mutter. 2008. «Hospital Quality, Efficiency, and Input Slack Differentials.» *HSR: Health Services Research* 43: 5, Partie II.
- Verner, D. 2008. «Making Poor Haitians Count: Poverty in Rural and Urban Haiti Based on the First Household Survey for Haiti.» Document directeur de recherche n° 4571, Washington, DC, Banque mondiale.
- Wagenaar, B. H., B. A. Kohrt, A. K. Hagaman, K. E. McLean, et B. N. Kaiser. 2013. «Determinants of Care Seeking for Mental Health Problems in Rural Haiti: Culture, Cost, or Competency.» *Psychiatric Services* 64 (4): 366–72.
- Walsh, S., K. Norr, G. Sankar, et H. Sipsma. 2015. «Newborn Cord Care Practices in Haiti.» *Global Public Health* 10 (9).
- Wang, H., D. Young, et C. Connor. 2009. *Synthesis of Health Financing Studies and Alternative Health Financing Policies in Liberia*. Bethesda, MD, Health Systems 20/20 project, Abt Associates.
- Wang W., R. Winter, L. Mallick, L. Florey, C. Burgert-Brucker, et E. Carter. 2015. *The Relationship between the Health Service Environment and Service Utilization: Linking Population Data to Health Facilities Data in Haiti and Malawi*. DHS Analytical Studies n° 51. Rockville, MD, ICF International.
- White, K., et al. 2006. «Health Seeking Behavior among Pregnant Women in Rural Haiti.» *Health Care for Women International* 27: 822–38.
- Wright, J. 2015. *Health Finance and Governance Project. Essential Package of Health Services Country Snapshot: Haiti*. Bethesda, MD, Health Finance and Governance Project, Abt Associates.
- Xu, K. 2005. «Distribution of Health Payments and Catastrophic Expenditures Methodology.» Document de travail n° 2, Organisation mondiale de la Santé, Genève.
- Yang, F. 2013. «Health Beliefs and Contraception Use in Leogane, Haiti: A Qualitative Study.» Durham, NC, Duke University Libraries. <http://dukespace.lib.duke.edu/dspace/handle/10161/7326>.
- Zeng W., M. Cros, K. Dilley, et D. Shepard. 2013. «Impact of Performance-Based Financing on Primary Health Care Services in Haiti.» *Health Policy and Planning* 28: 596–605.
- Zere, E., T. Mbeeli, K. Shajngula, C. Mandlhate, K. Mutirum, B. Tjivambi, et W. Kapenambili. 2006. «Technical Efficiency of District Hospitals: Evidence from Namibia Using Data Envelopment Analysis.» *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 4: 5.



GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE

