



# ANALYSE DE LA SITUATION DU FINANCEMENT DE LA SANTE EN HAITI VERSION 4

Janvier 2015

Cette publication a été produite pour être révisée par l'Agence Américaine pour le Développement International.  
Elle a été préparée pour le projet Health Finance and Governance Project.

## **Le projet Health Finance and Governance**

Le projet Health Finance and Governance (Financement de la Santé et Gouvernance) (HFG) de l'USAID contribuera à améliorer la santé dans les pays en développement en élargissant l'accès aux soins des populations. L'équipe du projet, sous la direction de Abt Associates, travaillera avec les pays partenaires afin d'accroître leurs ressources nationales pour la santé, de gérer ces précieuses ressources de façon plus efficace et de les aider à prendre des décisions d'achat éclairées. De fait, ce projet global d'une valeur de 209 millions de dollars sur 5 ans permettra d'augmenter l'utilisation des services de santé primaires et prioritaires, notamment en matière de VIH/SIDA, tuberculose, paludisme et de services de santé reproductive. Fondamentalement conçu afin de renforcer les systèmes de santé, le projet HFG fournira un support aux pays dans la mise en place des transitions économiques nécessaires pour atteindre une couverture de soins universels.

**Juin 2014**

**Accord coopérative No. AID-OAA-A-12-00080**

**Soumis à :** Scott Stewart, AOR  
Bureau des systèmes de santé  
Bureau pour la santé mondiale

**Citation Recommandée :** Health Finance and Governance. Juin 2014. *Analyse de la situation du financement de la santé en Haïti Version 3*. Bethesda, MD: Health Finance & Governance Project, Abt Associates Inc.



Abt Associates Inc. | 4550 Montgomery Avenue, Suite 800 North | Bethesda, Maryland 20814  
T: 301.347.5000 | F: 301.652.3916 | [www.abtassociates.com](http://www.abtassociates.com)

Broad Branch Associates | Development Alternatives Inc. (DAI) | Futures Institute  
| Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHSPH) | Results for Development Institute (R4D)  
| RTI International | Training Resources Group, Inc. (TRG)



# ANALYSE DE LA SITUATION DU FINANCEMENT DE LA SANTE EN HAITI VERSION 4



## **AVERTISSEMENT**

Le point de vue de l'auteur exprimé dans cette publication ne reflète pas nécessairement le point de vue de l'Agence américaine pour le Développement International (USAID) ou le gouvernement des Etats-Unis.



# TABLE DES MATIERES

<b>Liste des Acronymes.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Introduction .....</b>	<b>4</b>
1.1 Contexte.....	4
1.2 Objectifs et méthodologie de l'analyse de situation.....	8
1.3 Vision et priorités de la politique nationale de santé et de la PNS.....	11
<b>2. Le secteur de la santé haïtien.....</b>	<b>13</b>
2.1 Présentation du système sanitaire public haïtien .....	13
2.2 Principaux indicateurs de santé.....	21
<b>3. Le financement de la santé en Haïti .....</b>	<b>29</b>
3.1 La question de la mobilisation des ressources .....	29
3.2 La mise en commun des ressources .....	39
3.3 Achat des services et paiement des prestataires .....	44
<b>4. Conclusion.....</b>	<b>49</b>
4.1 Le manque de coordination de multiples acteurs dérégule le secteur.....	49
4.2 Accessibilité des soins.....	50
4.3 Qualité des soins et services.....	50
4.4 Allocation des ressources.....	50
4.5 Les mécanismes de mise en commun des ressources .....	51
4.6 Disponibilité de l'information .....	51
<b>5. Propositions pour améliorer le système de financement de la santé .....</b>	<b>53</b>
5.1 Mobilisation des ressources .....	53
5.2 Mise en commun des ressources.....	54
5.3 Allocation des ressources.....	55



## Liste des Tableaux

Tableau 1: Principaux indicateurs macro-économiques .....	5
Tableau 2: Principaux indicateurs démographiques.....	5
Tableau 3: Principaux indicateurs de financement de la santé, 2008-2012 .....	7
Tableau 4: Classification des axes stratégiques de financements proposés dans la PNS.....	12
Tableau 5: Établissements de soins - par niveau, 2011 .....	14
Tableau 6: Répartition des établissements de soins publics/privés par département, 2011 .....	15
Tableau 7: Couverture en lits d'hôpitaux, 2011 .....	17
Tableau 8: Couverture en ressources humaines, 2011 .....	18
Tableau 9: Taux d'espérance de vie (en nombre d'années), 2005-2012	21
Tableau 10: Taux de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes, 2005-2012 .....	21
Tableau 11: Taux de mortalité infanto-juvénile pour 1000 naissances vivantes, 2005-2012 .....	21
Tableau 12: Taux de mortalité maternelle pour 1000 naissances vivantes, 2005-2012 .....	21
Tableau 13: Principales causes de mortalité par régions géographiques, 2010.....	22
Tableau 14: Objectifs de Développement du Millénaire – Haïti.....	22
Tableau 15: Évolution du poids du secteur de la santé dans le PIB et de l'implication du gouvernement dans son financement, 2008-2012 .....	29
Tableau 16: Ressources de l'État, 2011-2013.....	29
Tableau 17: Evolution du budget, 2011-2014 (gourdes) .....	31
Tableau 18: Proportion des dépenses individuelles de santé par rapport à la consommation agrégée, 2012.....	34
Tableau 19: Dépenses individuelles de santé des ménages par type de services, 2012.....	34

## Liste des Graphiques

Figure 1: Analyse de situation du financement - représentation schématique.....	9
Figure 2: Répartition des infrastructures par Département pour 100.000 habitants, 2011 .....	15
Figure 3: Répartition des infrastructures publiques/mixtes et privées par département, pour 100.000 habitants, 2011 .....	16
Figure 4: Etablissements de santé par type de gestion (établissements privés à but lucratif inclus) .....	16
Figure 5: Couverture vaccinale nationale de DTP3, 2007-2010.....	27
Figure 6: Part des différentes sources de revenus dans le financement du secteur de la santé, 2010/2011 .....	30
Figure 7: Part de dépenses totales en santé, 2002-2011 .....	33
Figure 8: Dépenses en santé par habitant, 2002-2011 .....	33
Figure 9: Dépenses de santé catastrophiques en Haïti, en Amérique Latine et en Afrique .....	35
Figure 10: Fréquence des dépenses de santé catastrophiques a. par quintile de consommation b. par sexe et milieu géographique c. par département.....	35
Figure 11: Accessibilité financière aux services de santé par quintile de consommation.....	38
Figure 12: Proportion d'individus avec OFATMA, par quintile de consommation.....	40
Figure 13: Proportion d'individus avec OFATMA, par région .....	40
Figure 14: Répartition des dépenses du ministère de la santé par poste budgétaire, 2010-2011 .....	45
Figure 15: Distribution des fonds de santé par programmes prioritaires, 2010-2011 .....	46



# LISTE DES ACRONYMES

<b>ACDI</b>	Agence Canadienne de Développement International
<b>AFD</b>	Agence Française de Développement
<b>APD</b>	Aide Publique au Développement
<b>CAL</b>	Centre de Santé Avec Lits
<b>CBP</b>	Contrat basé sur la performance
<b>CCC</b>	Communication pour le Changement de Comportement
<b>CDAI</b>	Centre d'Approvisionnement en Intrants
<b>CDMT</b>	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
<b>CELADE</b>	Centre de Démographie Latino-Américain et de la Caraïbe
<b>CIRH</b>	Commission Internationale pour le Reconstruction d'Haïti
<b>CSL</b>	Centre de Santé Sans Lits
<b>DASH</b>	Développement des Activités de Santé en Haïti
<b>DDS</b>	Direction Départementale de la Santé
<b>DGI</b>	Direction Générale des Impôts
<b>DHS</b>	<i>Demographic Health Survey</i>
<b>DNS</b>	Dépense Nationale de Santé
<b>DRG</b>	<i>Diagnosis-related group</i>
<b>DSRP</b>	Document de stratégie nationale pour la croissance et la réduction de la pauvreté
<b>DTS</b>	Dépense Totale de Santé
<b>ECVH</b>	Enquête sur les conditions de vie en Haïti
<b>EDS</b>	Enquête démographique et de santé
<b>EMMUS</b>	Enquête sur la Mortalité, la Morbidité et l'Utilisation des Services
<b>EMR</b>	<i>Electronic Medical Record</i>
<b>FAES</b>	Fonds d'Assistance Économique et Sociale
<b>FAR</b>	Femmes d'âge de reproduction
<b>FBP</b>	Financement basé sur la performance
<b>FMI</b>	Fonds Monétaire International
<b>FNUAP</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>FNS</b>	Fonds National pour la Santé



<b>GHESKIO</b>	Groupe Haïtien d'Etude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes
<b>GSIS</b>	Gestion du Système d'Information Sanitaire
<b>GSP</b>	Groupe Santé Plus
<b>HCR</b>	Hôpitaux Communautaire de Référence
<b>HSIS</b>	<i>Haitian Strategic Information Systems</i>
<b>HUEH</b>	Hôpital de l'Université d'État d'Haïti
<b>IHE</b>	Institut Haïtien de l'Enfance
<b>IHSI</b>	Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique
<b>IDH</b>	Indice de Développement Humain
<b>IRA</b>	Infection Respiratoire Aigue
<b>IST</b>	Infections Sexuellement Transmissibles
<b>MAST</b>	Ministère des Affaires Sociales et du Travail
<b>MDM</b>	Médecins du Monde
<b>MEF</b>	Ministère de l'Economie et des Finances
<b>MESI</b>	<i>Monitoring, Evaluation, and Surveillance. Interface</i>
<b>MICT</b>	Ministère de l'Intérieur et des Collectivités Territoriales
<b>MPCE</b>	Ministère de la Planification et de la Coopération Externe
<b>MSF</b>	Médecins Sans Frontières
<b>MSH</b>	Management Sciences for Health
<b>MSPP</b>	Ministère de la Santé Publique et de la Population
<b>OFATMA</b>	Office d'Accident du Travail, Maladie et Maternité
<b>OMD</b>	Objectifs de développement du millénaire
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONA</b>	Office National d'Assurance Vieillesse
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>ONPES</b>	Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
<b>ONUSIDA</b>	Organisation des Nations Unies chargée du Sida
<b>OPS/OMS</b>	Organisation Panaméricaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé
<b>OSC</b>	Organisation de la société civile
<b>P4H</b>	<i>Pay for Health</i>
<b>PAM</b>	Programme Alimentaire Mondial
<b>PARC</b>	Projet d'Appui au Renforcement des Capacités en gestion de la santé en Haïti
<b>PCIME</b>	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
<b>PEPFAR</b>	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA

<b>PEV</b>	Programme Elargi de Vaccination
<b>PF</b>	Planification Familiale
<b>PIB</b>	Produit Intérieur Brut
<b>PMA</b>	Paquet minimum d'activités
<b>PNLT</b>	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
<b>PNS</b>	Politique Nationale de Santé
<b>PNUD</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PROMESS</b>	PROgramme de Médicaments ESSentiels
<b>PSDH</b>	Plan Stratégique de Développement d'Haïti
<b>PSNLMT</b>	Plan Stratégique National de Lutte contre les Maladies Transmissibles
<b>PSNRSS</b>	Plan Stratégique National pour la Réforme du Secteur Santé
<b>PTF</b>	Partenaires Techniques et Financiers
<b>RDM</b>	Reste du Monde
<b>PTME</b>	Prévention Transmission Mère Enfant
<b>PVVIH</b>	Personnes Vivant avec le VIH
<b>RGPH</b>	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>RH</b>	Ressources Humaines
<b>SDSH</b>	Santé pour le Développement et la Stabilité d'Haïti
<b>SES</b>	Service d'Economie de la Santé
<b>SIDA</b>	Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>SIGRH</b>	Système d'Information et de Gestion des Ressources Humaines
<b>SIS</b>	Système d'Information Sanitaire
<b>SR</b>	Santé de Reproduction
<b>SRO</b>	Solutions de Réhydratation Orale
<b>SSP</b>	Soins de santé primaire
<b>TCA</b>	Taxe sur le Chiffre d'Affaire
<b>TVA</b>	Taxe sur la Valeur Ajoutée
<b>UAS</b>	Unité d'Arrondissement de Santé
<b>UNESCO</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
<b>UNFPA</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>UEP</b>	Unité d'Etude et de Programmation
<b>USAID</b>	Agence des États-Unis pour le développement international
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine

# I. INTRODUCTION

## I.1 Contexte

Haïti se relève petit à petit du séisme de 2010 qui a causé d'importants dégâts tant d'un point de vue humain que matériel. Sur le plan matériel, les pertes ont été estimées à environ 9 Mds USD, l'équivalent de 120% du PIB<sup>1</sup> haïtien de 2009. En 2010, le pays a connu une forte récession, de l'ordre 5,4% du PIB. Cette situation exceptionnelle a eu des répercussions dans tous les secteurs et a fortement modifié la structure des agrégats macro-économiques. Elle a notamment anéanti les efforts du pays qui naguère faisait partie des pays à revenu intermédiaire, mais qui aujourd'hui se retrouve dans la catégorie des pays les moins avancés. Quatre ans après le séisme, Haïti souffre encore de problèmes structurels endémiques et de troubles sociaux et politiques récurrents.

### I.1.1 Contexte socio-économique du pays

Au cours des quinze dernières années, la croissance économique d'Haïti fut relativement modeste. De plus, cette courte période fut marquée par plusieurs récessions.<sup>2</sup> Le séisme de 2010 qui ravagea le pays est en grande partie responsable du large taux de croissance économique négatif de cette année (-5,4%) tandis que l'ouragan Sandy qui affecta surtout le secteur agricole est le principal responsable de la baisse du taux de croissance économique observée entre 2011 et 2012 (de 5,6% à 2,8%). L'observation de la Banque mondiale de la croissance en 2013 (4,3 pour cent) était mieux, mais encore modeste.<sup>3</sup> Cette situation économique précaire a bien sûr eu des répercussions sur le taux de chômage et par conséquent, sur le niveau de vie de la population. Selon le Programme des Nations Unies pour le Développement, en 2010 le taux de chômage élargi en Haïti était de 28,9% et avant même que le séisme frappe, 78% de la population vivaient avec moins de 2 dollars par jour et 54% vivaient dans une extrême pauvreté (moins de 1 dollar par jour).<sup>4</sup> Outre la pauvreté, les inégalités de revenus du pays sont aussi marquantes. En 2001, le coefficient de Gini d'Haïti était de 59,2, se classant le 7ème pays le plus inégal parmi 140 pays.<sup>5</sup> Bien que des données plus récentes sur le chômage, le niveau de vie et les inégalités de revenu ne soient pas disponibles, tout porte à croire que le contexte socio-économique d'Haïti ait empiré suite aux désastres naturels survenus en 2010 et 2012.

La structure de la population révèle une population jeune dont la moitié est âgée de moins de 22 ans, avec notamment un cinquième compris entre la tranche d'âge de 15 à 25 ans. Le séisme de 2010 a accentué le phénomène d'exode rural : les populations, notamment les jeunes, quittent de plus en plus la campagne vers la ville.

Bien que le niveau d'éducation s'améliore au fil des années pour les nouvelles générations, les résultats restent mitigés, malgré l'afflux de l'aide après le séisme. En effet, 37% des femmes et 38% des hommes parmi la population adulte n'ont pas achevé le cycle primaire.

La croissance économique a été brutalement stoppée par le séisme de 2010. Dans l'effort de reconstruction, les autorités haïtiennes ont adopté un plan de reconstruction pour le redressement et le

---

1 Le Produit Intérieur Brut est la valeur totale de la production économique d'un pays pour une année.

2 <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG> (Données accédées le 19 mars 2014)

3 <http://www.worldbank.org/en/country/haiti/overview> (11 juin 2014)

4 <http://www.ht.undp.org/content/haiti/fr/home/countryinfo/> (05 février 2015)

5 <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2172rank.html> (29 janvier 2015)

développement national. La communauté internationale s'est engagée à l'appuyer à hauteur de 10 Mds USD dans le but d'apporter une réponse proportionnelle à l'ampleur de la catastrophe.

Sous les effets combinés de la reconstruction et de l'afflux massif de capitaux sous forme d'aide internationale (16,8% du PIB en 2011), le pays a connu une croissance importante (voir Tableau 1). La croissance positive a continué en 2012 et 2013 et la projection du Fonds Monétaire International (FMI) indique que la croissance va accélérer en 2014 et 2015. Force est donc de constater que, même si la croissance est de retour, elle reste modeste eu égard aux besoins et au potentiel induit par la reconstruction post-séisme. Les défis pour le pays restent donc immenses.

En 2012, Haïti occupait le 7<sup>ème</sup> rang sur 178 de l'Indice des États dits faillis<sup>6</sup> et en 2013 le 168<sup>ème</sup> rang mondial (sur 187) au regard de son IDH.<sup>7</sup> Entre 2011 et 2013, le taux d'inflation était autour de 7%, et d'après le Fonds Monétaire Internationale, il devrait baisser en 2014 et 2015. Durant les trois dernières années, les dépenses du gouvernement dépassaient son revenu; cette tendance est prévue de se maintenir en 2014 et 2015.

**Tableau 1: Principaux indicateurs macro-économiques**

Indicateurs	Unité de mesure	2011	2012	2013	2014	2015
PIB, prix constants	% de variation	5,6	2,8	3,4	4,5	5,2
PIB/capita, prix courants	U.S. Dollars (USD)	737	758	803	844	906
PIB/capita, US PPP	USD international	1.222	1.229	1.300	1.361	1.440
Inflation, prix moyens à la consommation	% de variation	7,4%	6,8%	7,1%	4,5%	4,1%
Revenu général du gouvernement	% de PIB	29,8%	23,3%	20,7%	19,9%	19,4%
Dépenses générales du gouvernement/PIB	% de PIB	33,5%	28,4%	26,2%	26,7%	24,8%
Dette brute du gouvernement	% de PIB	12,2%	15,4%	20,4%	24,5%	27,6%

Source: Fonds Monétaire International, Perspectives de l'Economie Mondiale, Octobre 2013

La croissance de la population reste modérée (voir Tableau 2) de l'ordre de 1,3-1,4%. Un peu moins de la moitié des habitants sont en milieu rural. Deux tiers de la population sont économiquement actifs.

**Tableau 2: Principaux indicateurs démographiques**

Indicateurs	Unité de mesure	2008	2009	2010	2011	2012
Population active -Taux de participation, total	% de la population âgée de 15 à 64 ans	65%	65%	65%	65%	66%
Croissance de la population	% annuel	1,3%	1,3%	1,3%	1,4%	1,4%
Population totale	million d'habitants	9,6	9,8	9,9	10,0	10,1
Population rurale	% du total	49%	48%	48%	47%	46%

Source : Banque Mondiale

<sup>6</sup> En anglais *Failed States Index*; <http://ffp.statesindex.org/rankings-2012-sortable> (29 janvier 2015)

<sup>7</sup> Indice de Développement Humain calculé par le PNUD, <http://hdr.undp.org/en/content/table-1-human-development-index-and-its-components> (05 février 2015).

## 1.1.2 Contexte sanitaire en Haïti

À l'image des pays à faibles revenus, Haïti doit encore faire beaucoup d'efforts pour améliorer ses indicateurs de santé. Le document de Politique Nationale de Santé (PNS) de 2012 énonce une vision sur 25 ans basée sur le constat que « l'évolution vers une amélioration de l'état de santé de la population est très lente ». <sup>8</sup> La PNS fixe l'objectif global suivant : « Les Haïtiens et les Haïtiennes ont un accès équitable aux services et soins de qualité définis dans le Paquet Essentiel de Services, ajusté au besoin, tenant compte des changements dans le profil épidémiologique et démographique. » <sup>9</sup>

Au fil des années, le profil épidémiologique de la population a évolué sous l'effet de la prévalence croissante des maladies non transmissibles. Les maladies cardiovasculaires, le diabète et les néoplasies deviennent des pathologies de plus en plus fréquentes. <sup>10</sup> Néanmoins, les maladies infectieuses restent un problème majeur, comme l'indique leur poids dans la mortalité totale parmi la population du pays (53% en 2010). Les épidémies contribuent grandement au taux de mortalité relié aux maladies infectieuses. Par exemple, entre octobre 2010 et octobre 2012, une épidémie majeure de choléra causa plus de 7.400 décès sur plus de 600.000 cas de choléra. <sup>11</sup> Les changements de l'incidence et de la prévalence des maladies infectieuses et des maladies non transmissibles créent donc une double charge au niveau de la morbidité et de la mortalité. Autre point important dans l'évolution récente du profil épidémiologique: la croissance exponentielle des accidents de la circulation, liée notamment à la prolifération des motos taxi ; les traumatismes induits sont de plus en plus nombreux. <sup>10</sup>

En matière de financement pour la période s'étalant de 1998 à 2011 les dépenses de santé en pourcentage du PIB variaient entre 5,3 et 6,9 à l'exception de 2005 (4,4%) et 2011 (8,5%). <sup>12</sup> L'année 2011 étant celle du recouvrement du séisme, a connu des dépenses exceptionnelles dans le secteur de la santé. Pour cette même période (1998-2011), la dépense de santé totale par habitant se situait entre USD 20 et 46, à l'exception de 2003 (USD 17) et de 2011 (USD 58). La dépense du gouvernement en pourcentage de la dépense totale en santé variait entre 21 et 36, à l'exception de 2010 (40%) et 2011 (44%). Les moyennes pour la période 1998-2011 étaient les suivantes:

- Les dépenses totales en santé en pourcentage du PIB : 6,3%
- Les dépenses du gouvernement par rapport aux dépenses totales en santé : 32%
- Les dépenses de santé par habitant : USD 33

---

<sup>8</sup> PNS, 2012, p. 12

<sup>9</sup> PNS, 2012, p. 31

<sup>10</sup> PNS, 2012, p.2

<sup>11</sup> Barzilay, E., N. Schaad, R. Magloire, K. Mung, G. A. Boncy, J. and Dahourou, E. Mintz, M. Steenland, J. Vertefeuille, and J. Tappero (2013). Cholera surveillance during the Haiti epidemic - The first 2 years. *The New England Journal of Medicine* 368(7), 599–609

<sup>12</sup> OMS, Global Health Observatory Data Repository, 4 février 2013.

<http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> (2 février 2015)

**Tableau 3: Principaux indicateurs de financement de la santé, 2008-2012**

Indicateurs - Financement de la santé	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Niveau de financement</i>					
Dépenses de santé, total (% du PIB)	5,5%	6,5%	6,7%	8,5%	6,4%
Dépenses de santé, secteur public (% du PIB)	1,4%	2,1%	2,6%	1,8%	1,5%
Dépenses totales de santé par habitant (USD courants)	\$36,4	\$42,8	\$44,9	\$62,5	\$52,5
Total dépenses de santé publiques (% du budget total du gouvernement)	9,5%	9,5%	9,9%	5,5%	5,5%
<i>Source de financement de la santé</i>					
Part des dépenses publiques en santé en % des dépenses totales en santé	24,8%	32,7%	38,6%	21,5%	22,8%
Part des ressources extérieures en santé en % des dépenses totales en santé	38,0%	38,6%	40,0%	86,2%	66,9%
Part des paiements directs en % des dépenses totales en santé	58,3%	54,5%	39,0%	3,5%	4,5%
Part des paiements direct en santé en % des dépenses privées en santé	43,9%	36,7%	23,9%	2,8%	3,5%

Source: Banque Mondiale, Indicateurs du Développement Mondial

Les agrégats macro-économiques en santé – dans ce cas la dépense moyenne en santé par habitant – cachent des disparités en termes d'allocation des ressources mais aussi en termes d'utilisation des services, notamment les inégalités entre les plus riches et les plus pauvres et entre le milieu rural et le milieu urbain. Par exemple, les taux de mortalité post natale sont jusqu'à deux fois plus élevés parmi le quintile le plus pauvre de la population, comparé au 20% des habitants les plus aisés.<sup>13</sup> Les mêmes inégalités sont constatées au niveau de la mortalité maternelle, avec une nette différence en ce qui concerne l'accouchement assisté entre, d'une part le milieu urbain (57%) et le milieu rural (24%), et d'autre part les quintiles de revenus (quintile le plus bas 9% et quintile le plus élevé 76%).<sup>14</sup>

Concernant l'achat des services, quatre mécanismes sont à l'œuvre:

- D'abord, et avant tout, le paiement à l'acte, assumé par l'usager du service de santé tant dans le secteur public que dans le secteur ONG et privé à but lucratif ;
- Ensuite, l'appui budgétaire de l'État, fourni sous la forme d'allocation directe de fonds ou d'intrants aux prestataires de soins du secteur public. Cela permet à ces derniers de ne recouvrer auprès des utilisateurs qu'une partie du coût des prestations en médicaments, examens médicaux et actes médicaux. Il y a donc une forme de subventionnement au niveau de l'offre ;
- Puis des formes de subventionnement de certains actes spécifiques. Ces mécanismes, communément appelés « gratuité ciblée » et visant certaines populations (comme les parturientes) permettent de lever, partiellement ou totalement, la barrière financière dans l'accès aux soins.<sup>15</sup> Bien souvent, ces mécanismes de gratuité sont appuyés par les bailleurs de fonds. Ils sont mise en œuvre sur certaines parties du territoire (voir la gratuité des soins primaires par Médecins du Monde dans le

<sup>13</sup> PNS, 2012, p.4

<sup>14</sup> EMMUS, 2012

<sup>15</sup> Sans pour autant lever l'ensemble des barrières financières qui subviennent en dehors du prestataire de soins, soit en amont, soit en aval du soins, ou encore des coûts d'opportunité, liés notamment à l'absence sur le lieu de l'activité professionnelle à la fois pour le malade, mais aussi pour les accompagnants

département de la Grande Anse<sup>16</sup>) ou pour l'ensemble de la population, mais sur des périodes définies (voir l'initiative conjointe FNUAP – UNICEF – OPS/OMS<sup>17</sup>) ;

- Enfin il existe des assurances maladie formelle, à la fois privées et publiques, mais qui ne couvrent que 4% de la population, souvent des employés du secteur privé formel, ONG, etc.

D'un point de vue programmatique, le MSPP a élaboré la Politique Nationale de Santé et des ententes furent signées avec les partis politiques afin de maintenir cette feuille de route pour au moins 10 ans (2012-2022).<sup>18</sup> Cette feuille de route décline la vision de l'Etat haïtien en matière de santé.

La PNS a fixé l'objectif de réduire la morbidité et la mortalité liées aux principaux problèmes de santé identifiés et cela en mettant en place un système de santé adéquat et efficient, accessible et universel.

Les objectifs spécifiques fixés par la PNS sont :

- Établir un système sanitaire capable d'assurer la couverture sanitaire du pays ;
- Assurer le leadership du MSPP pour, d'une part, la surveillance et la garantie de la qualité de l'état de la santé de la population et d'autre part, l'application de la réglementation sanitaire et l'accréditation des prestataires de soins et des organismes formateurs en santé ;
- Assurer un financement adéquat du système de santé sur la base d'une augmentation progressive du budget national alloué à la santé ;
- Rationnaliser l'utilisation des ressources disponibles en assurant un alignement des bailleurs de fonds sur les priorités nationales dans le cadre d'un partenariat basé sur la performance et la reddition des comptes ;
- Mettre en place un système d'urgence à tous les niveaux capable de donner des réponses structurées aux dommages et problèmes de santé causés par des événements naturels ou autres ;
- Garantir l'atteinte des buts et objectifs découlant d'engagements nationaux et internationaux.

## 1.2 Objectifs et méthodologie de l'analyse de situation

La PNS a défini la vision dans le domaine de la santé pour la prochaine décennie et a édicté une politique visant à atteindre les objectifs découlant de cette vision. Cependant, elle n'a pas défini la politique de financement devant accompagner celle-ci. Pour se doter d'un système de financement adéquat garantissant une allocation optimale et équitable des ressources, ainsi qu'une protection financière pour chaque individu en cas de recours aux services de santé, il est important de bâtir une stratégie de financement adapté au contexte haïtien.

### 1.2.1 Objectifs de l'analyse de situation

Afin de pouvoir traduire de manière concrète la vision du MSPP élaborée dans la PNS et de mettre en place un système de financement adéquat, il est important de mener une analyse approfondie de la situation actuelle. Cette analyse permettra au gouvernement de bâtir une stratégie de financement de la santé. Cette dernière devra s'appuyer sur l'expérience du pays dans les trois fonctions du financement de la santé telles qu'identifiées par l'OMS. Il s'agit de la mobilisation des ressources, de la mise en commun des risques, et de l'achat de services.<sup>19</sup>

---

<sup>16</sup> Voir MdM (2008) L'accès aux soins de santé gratuit : une stratégie payante – appel au G8, Paris, 24p.

<sup>17</sup> [http://unfpahaiti.org/pdf/web\\_SR/Doc2\\_project\\_conjoint\\_SR\\_2012.pdf](http://unfpahaiti.org/pdf/web_SR/Doc2_project_conjoint_SR_2012.pdf) (29 janvier 2015)

<sup>18</sup> PNS, 2012, pp.13, 24

<sup>19</sup> OMS, 2010 et Kutzin, 2001

## A. Objectif général

A travers cette analyse de la situation, les informations utiles à l'élaboration de la stratégie de financement de la santé seront présentées. Elles constitueront le socle d'information nécessaire à la décision politique autour des questions stratégiques de financement de la santé.

## B. Objectifs spécifiques

L'analyse de la situation permettra de faire l'état des lieux par rapport :

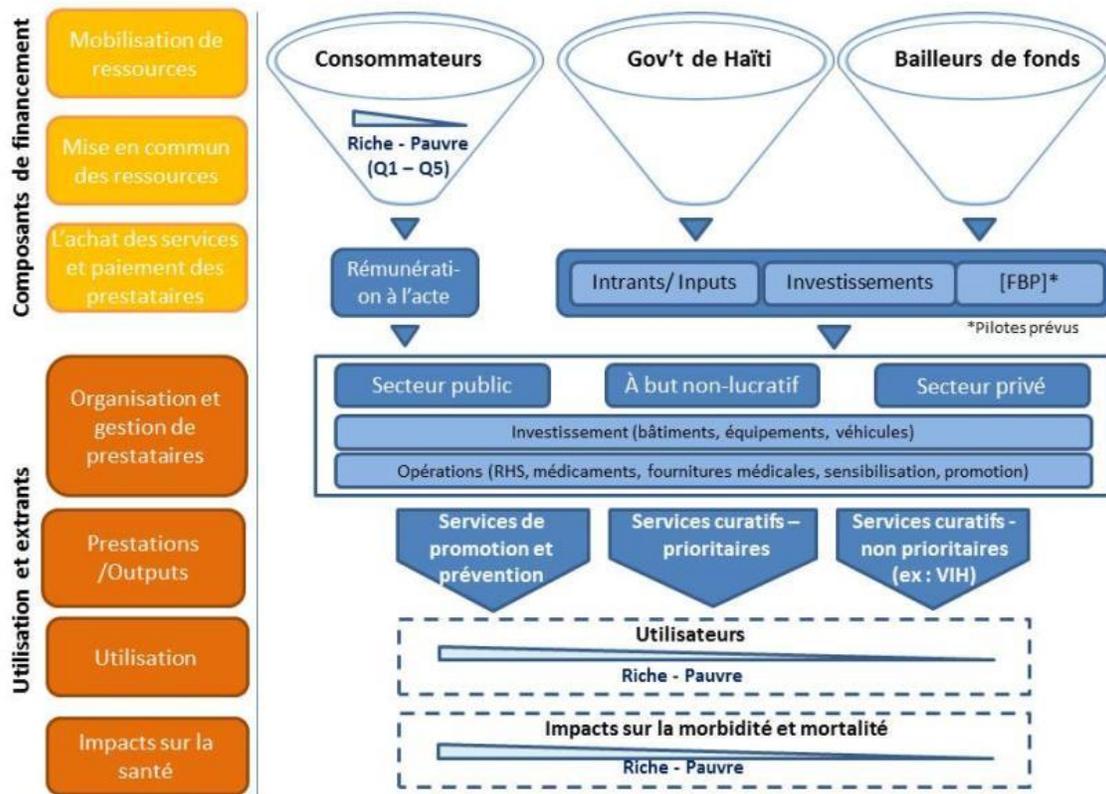
- Aux stratégies actuelles de mobilisation des ressources;
- Aux mécanismes de mutualisation des risques;
- À l'achat des services et aux modes de paiement des prestataires.

Elle montrera les lacunes actuelles mais aussi les écarts par rapport au financement requis pour atteindre les objectifs sectoriels. Les options de solution pour combler les lacunes et les écarts seront ensuite identifiées et analysées. Le choix parmi les options et possibilités guidera la définition de la stratégie. L'analyse de la situation est donc l'étape fondamentale dans l'élaboration de la stratégie de financement.

## C. Dimension de l'étude

Le schéma ci-dessous délimite le champ de l'analyse de la situation. Elle couvrira le secteur public, le secteur à but non lucratif ainsi que le secteur privé. Elle vise à établir l'adéquation entre financement et les prestations de services. Elle doit donc couvrir les trois fonctions du financement de la santé.

Figure 1: Analyse de situation du financement - représentation schématique



## 1.2.2 Méthodologie

Une approche mixte – combinant à la fois une revue de la littérature, la conduite de groupe de discussions et d’entretiens auprès des parties prenantes du système de santé – a été adoptée pour collecter les informations pertinentes pour répondre aux questions ci-dessous :

- Qui finance la santé et comment?
- Qui sont les acteurs en place ?
- Quels sont les mécanismes de protection sociale en place ?
- Quels sont les critères d’allocation des ressources ?
- Comment le gouvernement achète-t-il les services de santé ?
- Quelles sont les perceptions des différents acteurs par rapport au système de financement ?

Les étapes suivantes ont été suivies pour préparer ce rapport

1. Revue de la littérature existante sur la santé en Haïti (documents du pays et externes)
2. Recueil d’informations jugées pertinentes
3. Analyse et référence des données et des informations collectées
4. Synthèse des informations recueillies
5. Rédaction d’un document d’analyse de la situation

### A. Recension de la documentation

Les informations pertinentes obtenues pour l’analyse de la situation sont classées en quatre catégories :

- Documents relatifs au contexte du pays
- Documents provenant du MSPP
- Documents provenant des partenaires au développement
- Documents relatifs aux enquêtes auprès des ménages

Ces documents ont été lus et les informations pertinentes pour l’analyse de la situation extraites et classées en fonction du plan du rapport. La plupart des documents disponibles, tant au niveau du pays qu’au niveau international, traitent principalement, voire quasi-exclusivement de questions d’ordre budgétaire et des flux financiers au sein du secteur. Il existe peu de vision d’ensemble, et aucun rapport, à notre connaissance, n’a utilisé le cadre d’analyse de l’OMS des fonctions du financement de la santé en Haïti pour décrire la situation.

### B. Entretiens

Un groupe de travail composé du MSPP et des partenaires techniques et financiers a été organisé et s’est réuni régulièrement en 2013. Ce groupe est chargé de conduire des entretiens auprès des acteurs mais aussi de préparer les grilles d’entretien semi-directives et d’exploiter les données issues de ces entretiens. Au total, 20 entretiens ont été réalisés auprès du MSPP et de ses directions, du MEF, du MAST, du MPCE, des compagnies d’assurances, des organisations de prestation sociale et de protection sociale, des ONG, des hôpitaux et des autres institutions de santé.

### **C. Les groupes de discussion ou « focus groups »**

Afin d'avoir un regard croisé entre les prestataires et les usagers sur les paiements des services, des discussions de groupes ont été conduites au niveau des institutions sanitaires. Celles-ci ont été conduites en l'absence des prestataires pour éviter tout biais. Elles ont concernées aussi bien des groupes mixtes que des indigents, pour lesquels les prestations sont gratuites. Au total 4 focus groupes ont été tenus dans le département de l'Artibonite.

### **D. Utilisation du rapport**

Ce rapport d'analyse de la situation servira principalement comme document de base pour l'élaboration de la stratégie de financement de la santé en Haïti. Il pourra également constituer une référence pour toute recherche sur le financement de la santé dans le pays.

### **E. Limites de l'étude**

L'analyse de la situation n'a pas pour ambition de décrire de manière exhaustive tous les mécanismes et aspects dans le domaine de l'accès aux soins et de la protection sociale. Compte tenu de la diversité des sources d'information, une priorité a été donnée par le groupe de travail à celles qui portent sur le financement de la santé.

Les données présentées dans ce rapport doivent être manipulées avec précaution du fait du peu de fiabilité du système d'information en place. L'indisponibilité de données fiables nous oblige à faire plutôt une analyse qualitative que quantitative.

## **I.3 Vision et priorités de la politique nationale de santé et de la PNS**

Le MSPP s'est engagé dans une démarche de planification à long terme. Cette démarche s'est matérialisée à travers un outil de planification stratégique – la PNS – qui trace la vision du système de santé à l'horizon 2022.

En matière de financement, les axes stratégiques suivants ont été retenus dans le cadre de la PNS :<sup>20</sup>

1. Créer un fonds commun pour le financement de la santé – Fonds Nationale pour la Santé (FNS)
2. Identifier et mettre en place les mécanismes de décentralisation du budget
3. Augmenter progressivement le pourcentage du budget de santé pour atteindre 15% du budget national
4. Garantir, suivre et favoriser la complémentarité des différentes sources de financement
5. Assurer le suivi du financement du secteur
6. Mettre en place un financement basé sur la performance

---

<sup>20</sup> Politique Nationale de Santé, Juillet 2012, p.16



Le Tableau 4 montre comment les axes proposés dans la PNS s’alignent par rapport aux fonctions de financement identifiées par l’OMS en plus des aspects sur le monitoring et l’organisation du secteur.

**Tableau 4: Classification des axes stratégiques de financements proposés dans la PNS**

Mobilisation de ressources	Mise en commun des fonds	Achat des services	Monitoring	Organisation
1, 3	1	4, 6	4, 5	2,4

Source : Politique Nationale de Santé

Les autres axes déclinés par la PNS à travers des thèmes transversaux concernent indirectement les questions de financement de la santé. Ces axes sont :

- La gouvernance
- L’intégration des services
- L’information et la surveillance épidémiologique
- L’inter-sectorialité

A travers cette analyse de la situation, nous essayerons dans un premier temps de nous intéresser au contexte global socio-économique et démographique en Haïti. Ensuite suivra un diagnostic du système de santé pour mieux comprendre son organisation. Le chapitre 5 traitera des succès, des faiblesses et des opportunités par rapport aux différents mécanismes de financement de la santé existants en Haïti. Les propositions pour la stratégie de financement seront traitées dans la 6<sup>ème</sup> partie.

## 2. LE SECTEUR DE LA SANTE HAÏTIEN

### 2.1 Présentation du système sanitaire public haïtien

La pyramide sanitaire du gouvernement en Haïti comprend trois niveaux au plan administratif :

- La Coordination de l'Unité d'Arrondissement de Santé (Niveau 1) ;
- La Direction Départementale Sanitaire (Niveau 2) ;
- Le Niveau Central du MSPP (Niveau 3).

Le niveau fonctionnel public est également composé de trois niveaux, mais à la différence que les soins primaires sont dispensés à trois échelons différents. La ligne de référence est donc constituée de 5 échelons.

Au premier niveau se trouve le Centre Communautaire de Santé au niveau de la Section Communale; vient ensuite, au deuxième échelon, le Centre de Santé, qui se situe au niveau de la Commune; enfin le troisième échelon est constitué de l'Hôpital Communautaire de Référence au niveau du chef-lieu de l'Arrondissement.

Le niveau secondaire regroupe les Hôpitaux Départementaux et les cabinets médicaux de spécialité permettant un recours à des soins spécialisés.

Le niveau tertiaire est essentiellement axé sur la recherche et la formation. Il regroupe les Hôpitaux Universitaires et les Hôpitaux Spécialisés (Psychiatrie, Sanatorium, etc.). Ces institutions offrent des soins de référence au niveau national.

Dans son ensemble, le système public et privé compte 908 structures de services et de soins réparties comme suit : 278 institutions publiques (31%), 416 institutions privées (46%) et 211 institutions mixtes<sup>21</sup> (23%), 3 non-identifiées. Théoriquement, ce réseau formel est composé de 58 unités d'arrondissement de santé (UAS) ou chaque UAS dessert entre 80.000 et 140.000 habitants. En pratique toutefois, ce modèle n'est pas appliqué de manière uniforme à travers tout le pays. Le manque de ressources nécessaires pour créer et maintenir ce genre de modèle dans certaines régions est exacerbé par le fait que les délimitations des aires géographiques des UAS soient différentes de celles des zones administratives nationales.<sup>22</sup>

D'après les données rapportées par le MSPP dans le Plan Stratégique Intérimaire de Santé de 2004, 47% de la population utilisait les soins formels offerts par le système de santé public. Ce faible recourt aux soins offerts par le secteur public est expliqué par la place importante attribuée à la médecine traditionnelle ainsi que par le choix de l'option de l'offre du secteur privé en santé.

---

<sup>21</sup> "Les institutions « mixtes » sont gérées par le privé à but non lucratif et financées partiellement par le Public"; définition tirée du "Projet : améliorer la santé maternelle et infantile à travers la livraison de services sociaux intégrés" du MSPP, p.9

<sup>22</sup> *Politique Nationale de Santé*, Juillet 2012, p.9

## I. Disponibilité des infrastructures : le déséquilibre territorial

Il existe une grande concentration des HCR et des Centres de Santé dans le département de l'Ouest avec plus de 50% des HCR et 62% des centres de santé (voir Tableau 5). Dans le département du Sud-Est, il n'y a qu'un seul HCR et 17 Centres de Santé. Toutefois, dans le département de l'Ouest, il y a sept institutions qui n'ont pas pu être classées dans aucune des catégories de la pyramide sanitaire. La répartition des infrastructures par rapport aux populations des Départements est montrée à la Figure 2.

Tableau 5: Établissements de soins - par niveau, 2011

Départements	Population (2009) <sup>23</sup>	Dispensaire	CSL	CAL	HCR	Non-identifié	Total
Artibonite	1.571.020	93	13	5	11	0	122
Centre	678.626	36	10	3	5	0	54
Grand-Anse	425.878	45	4	3	3	0	55
Nippes	311.497	20	1	4	4	0	29
Nord	970.495	50	21	6	8	0	85
Nord-Est	358.277	23	6	4	2	0	35
Nord-Ouest	662.777	65	9	3	5	0	82
Ouest	3.664.620	63	146	44	56	7	316
Sud	704.760	46	10	16	11	0	83
Sud-Est	575.293	29	13	4	1	0	47
Total	<b>9.923.243</b>	<b>470</b>	<b>233</b>	<b>92</b>	<b>106</b>	<b>7</b>	<b>908</b>

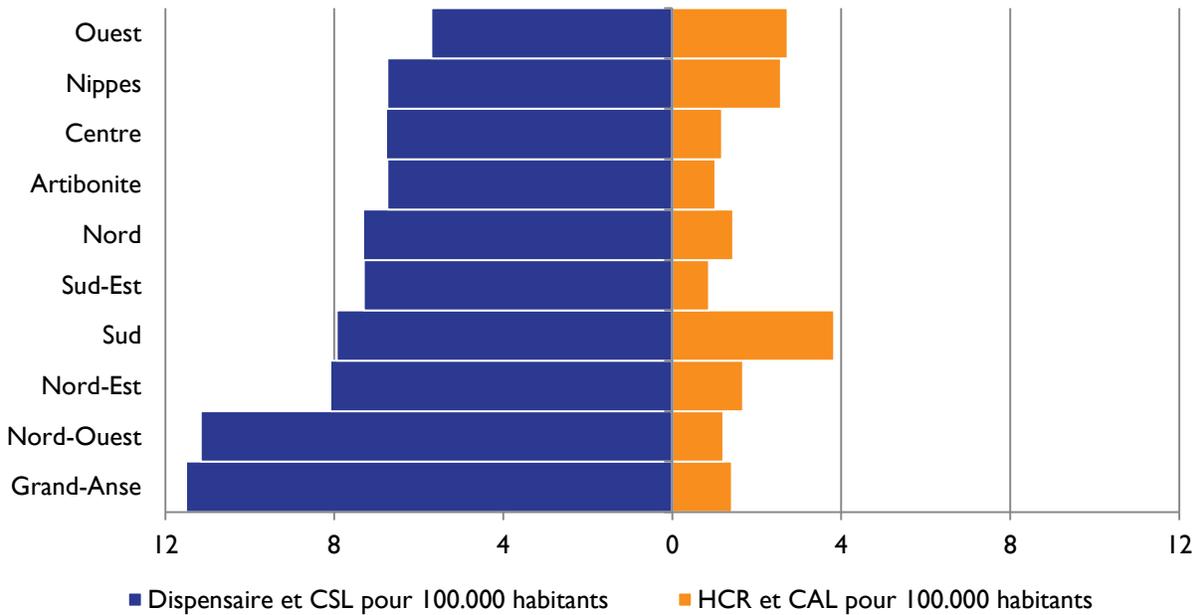
Centres de Santé Sans Lits (CSL), Centres de Santé Avec Lits (CAL), Hôpitaux Communautaires de Référence (HCR); Le statut de l'institution n'a pas été spécifié (Non-identifié)

## 2. Répartition des institutions entre le public et le privé

Les institutions privées représentent 46% alors que celles publiques ne représentent que 31% de l'ensemble des établissements de santé (voir Tableau 6). Il y en a 23% qui sont mixtes. C'est dans le département de l'Ouest que l'on trouve le plus grand nombre d'établissements privés (plus de 50%) alors que les Nippes n'en disposent que de trois, soit moins de 1% de l'offre de soins dans ce département. Par contre, toujours dans les Nippes, les institutions mixtes représentent plus de 55% des établissements de soins.

<sup>23</sup> <http://www.geohive.com/cntry/haiti.aspx> (29 janvier 2015)

**Figure 2: Répartition des infrastructures par Département pour 100.000 habitants, 2011**



Source : Rapport de la carte sanitaire du pays (septembre 2011)

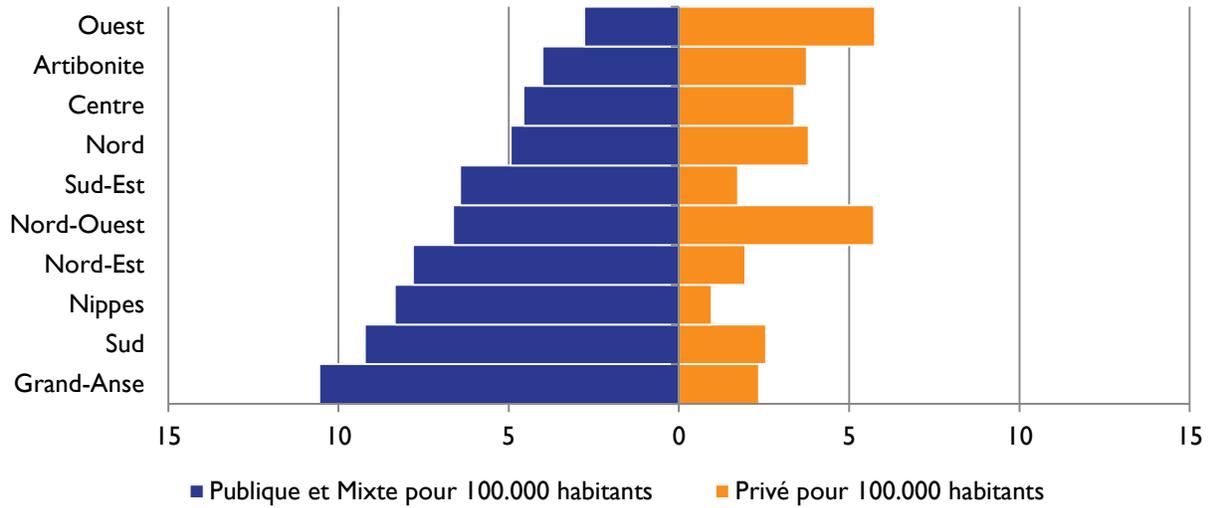
**Tableau 6: Répartition des établissements de soins publics/privés par département, 2011**

Départements	Public	Privé	Mixte	Non identifié	Total
Artibonite	34	59	29	0	122
Centre	22	23	9	0	54
Grand-Anse	36	10	9	0	55
Nippes	10	3	16	0	29
Nord	19	37	29	0	85
Nord-Est	14	7	14	0	35
Nord-Ouest	19	38	25	0	82
Ouest	60	211	42	3	316
Sud	34	18	31	0	83
Sud-Est	30	10	7	0	47
Total	278	416	211	3	908
Pourcentage	31%	46%	23%	0%	100%

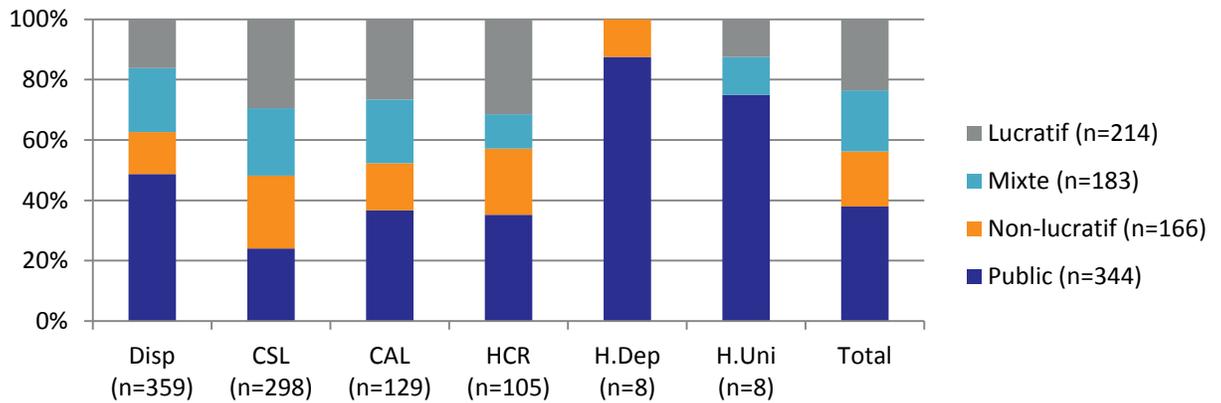
Source : Rapport de la carte sanitaire du pays (septembre 2011)

**Figure 3: Répartition des infrastructures publiques/mixtes et privées par département, pour 100.000 habitants, 2011**

Source : Rapport de la carte sanitaire du pays (septembre 2011)



**Figure 4: Etablissements de santé par type de gestion (établissements privés à but lucratif inclus)**



Disp : Dispensaires ; CSL : Centres de Santé Sans Lits ; CAL : Centres de Santé Avec Lits ; HCR : Hôpitaux Communautaires de Références ; H.Dep : Hôpitaux Départementaux ; H.Uni : Hôpitaux Universitaires

Source : Banque Mondiale, Revue de dépenses publiques, 2014

En 2011, selon la carte sanitaire, le nombre de lits d'hôpital pour 10.000 habitants était de 3 (voir Tableau 7). Dans les pays voisins des Amériques, la couverture en lits d'hôpitaux est de 24. Dans la Région européenne la couverture est de 63 et dans la Région africaine sub-saharienne la couverture est de 10. Au vu de ces chiffres, il semble qu'Haïti est encore loin du minimum requis pour une couverture hospitalière adéquate.

**Tableau 7: Couverture en lits d'hôpitaux, 2011**

Département	Nombre de lits	Population	Couverture (1Lit)
Artibonite	293	1,648,586	2
Centre	71	712,138	1
Grand-Anse	159	446,901	4
Nippes	130	326,874	5
Nord	388	1,018,411	4
Nord-Est	134	375,966	4
Nord-Ouest	70	695,502	1
Ouest	1348	3,845,570	4
Sud	213	739,565	3
Sud-Est	118	603,698	2
Total	2924	10,413,211	3

Source : Rapport de la carte sanitaire du pays (septembre 2011)

#### a. Disponibilité des ressources humaines

L'enjeu des ressources humaines en Haïti est central pour permettre au MSPP d'atteindre les objectifs définis dans la PNS.

Au niveau national, la couverture est de 1 médecin pour 8.928 habitants. Toutefois, cette moyenne nationale cache de fortes disparités géographiques que laissent déjà présagées la distribution inéquitable des structures de soins sur le territoire. Dans le Nord-Ouest par exemple, ce ratio est de 1 médecin pour 16.824 habitants, alors qu'il est de 1 pour 6.599 habitants dans l'Ouest où la grande majorité des médecins, surtout les spécialistes, est concentrée.

Les infirmiers sont quant à eux en nombre insuffisant sur l'ensemble du territoire, Haïti ayant, en moyenne, un infirmier pour 2.835 habitants. Toutefois, les disparités géographiques ne sont pas importantes pour ce personnel paramédical, sauf dans le Sud Est où il n'y a qu'un infirmier pour 5.841 habitants.

Le déficit en sages-femmes est plus net, avec une couverture nationale de 1 sage-femme pour 10.256 femmes en âges de procréer. Dans l'Artibonite, les Nippes et le Nord Ouest, le déficit est énorme. Une sage-femme couvre jusqu'à 30.000 femmes en âge de procréer. Ce déficit constitue un frein énorme à la réduction de la mortalité maternelle.

**Tableau 8: Couverture en ressources humaines, 2011**

Départements	Population	FAR <sup>1</sup>	Catégorie			Ratio Haïti		
			Infirmières	Médecins	Sage femmes	Infirmières <sup>2</sup>	Médecins <sup>3</sup>	Sage femmes <sup>4</sup>
Artibonite	1.674.870	441.663	320	109	14	5.234	15.366	31.547
Centre	723.492	190.785	164	88	28	4.412	8.222	6.814
Grand-Anse	454.026	119.727	153	42	5	2.967	10.810	23.945
Nippes	332.084	87.571	82	31	3	4.050	10.712	29.190
Nord	1.034.648	272.837	471	119	18	2.197	8.695	15.158
Nord-Est	381.960	100.723	150	51	4	2.546	7.489	25.181
Nord-Ouest	706.591	186.328	138	42	6	5.120	16.824	31.055
Ouest	3.906.880	1.030.244	1.843	592	170	2.120	6.599	6.060
Sud	751.356	198.133	306	71	16	2.455	10.582	12.383
Sud-Est	613.323	161.733	105	40	8	5.841	15.333	20.217
Total	10.579.230	2.789.744	3.732	1.185	272	2.835	8.928	10.256

<sup>1</sup>Femmes d'âge de reproduction

<sup>2</sup>Population : Infirmières

<sup>3</sup>Population : Médecins

<sup>4</sup>FAR : Sage femmes

Note : Les OMS normes pour les ratios sont 300 pour les infirmières, 10,000 pour les médecins, et 300 pour les sages femmes.

Source : Rapport statistique 2013, mai 2014

Toute politique de financement de la santé devrait considérer la distribution des ressources humaines dans l'espace mais aussi les modes de leur déploiement et rétention dans les zones défavorisées.<sup>24</sup>

## 2.1.1 Rôle du Ministère de la Santé Publique et de la Population

La mission première du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) est de « garantir à tous les citoyens sans distinction le droit à la vie, à la santé et leur assurer, dans toutes les collectivités territoriales, les moyens appropriés pour la protection, le maintien et le rétablissement de leur santé ». <sup>25</sup>

À cet effet, il a la responsabilité de garantir une offre de soins et des services de santé de qualité sur l'ensemble du territoire. Il doit surtout définir la politique de santé, les orientations stratégiques et les modalités de leur mise en œuvre. Il assure des fonctions tant de coordination et de régulation de l'ensemble du système, y compris le secteur privé que de prestation de services à travers le réseau public de soins. Pour atteindre sa mission, Le Ministère de la santé définit la politique de santé, met en place des infrastructures, recrute du personnel, achète les intrants et affecte, à ses différents services, programmes et directions, les fonds alloués par l'Etat et par les partenaires.

<sup>24</sup> Plan Directeur de Santé 2012-2022, MSPP (Octobre 2013)

<sup>25</sup> Politique Nationale de Santé, 2012, p.12

## A. Relations entre le MSPP et les ONG

L'État Haïtien reconnaît qu'à côté des efforts des entités publiques et de l'appui des partenaires techniques et financiers (PTFs), la participation des ONGs nationales et internationales et l'implication de la société civile sont des composantes essentielles à prendre en compte pour la planification et la gestion des activités de santé. D'où l'importance de fixer les normes et mécanismes d'articulation et de coordination.

Le Ministère du Plan et de la Coopération Externe a, sur ce point, fait de grandes avancées en publiant le document de « Cadre et Mécanismes de Coordination de l'Aide Externe », qui pose les bases du partenariat entre les ONGs et l'État. Il revient au MSPP d'adapter ce cadre spécifique de coopération pour le secteur de la santé.

Il existe également des mécanismes de concertation et de coordination mis en place par les ONGs elles-mêmes dans le secteur sanitaire, comme le comité de coordination des ONGs internationales en Haïti.<sup>26</sup> Ce dernier a mené notamment des actions de plaidoyer assez efficaces pour assurer que les engagements des bailleurs internationaux, suite au séisme de 2010, soient remplis.<sup>27</sup>

Le rôle des Organisations Non Gouvernementales est donc reconnu dans le secteur de la santé au même titre que les structures publiques de soins. L'appui des ONG peut s'exercer à tous les niveaux du système de soins et du processus de gestion dans le respect de la politique de santé et du Plan Directeur et de la carte sanitaire. Le défi reste cependant de s'assurer que leurs activités soient effectivement en harmonie avec les politiques sanitaires nationales, les Plans de santé nationaux et départementaux.

### 2.1.2 Rôle de la Direction Départementale de la Santé (DDS)

La Direction Départementale de la Santé représente le niveau d'application de la politique de santé. Son rôle est défini dans le Décret organique portant sur l'organisation et le fonctionnement du MSPP, publié au journal officiel en 2006.<sup>28</sup> Il y est prévu que la DDS remplisse les attributions suivantes :

- Mettre en œuvre la politique sanitaire du gouvernement dans leur département sanitaire respectif ;
- Planifier les actions nécessaires à la mise en œuvre de la politique définie par le Ministère de la santé ;
- Organiser en collaboration avec les Directeurs des Hôpitaux Départementaux et Hôpitaux Communautaires de Référence (HCR), les coordinations des UAS et les équipes cadres du département l'offre des soins préventifs et curatifs telle que définie par le Ministère de la Santé Publique et de la Population (Paquet Essentiel de Services) ;
- Coordonner toutes les activités des services et établissements sanitaires publics et privés de leur département respectif ;
- Assurer la supervision et le contrôle des structures sanitaires publiques et privées du département ;
- Coordonner les activités de toutes les associations ou organisations s'occupant de la santé dans le département en particulier les Organisations Non Gouvernementales de santé.

---

<sup>26</sup> <http://www.ccoayiti.org/> (3 février 2015)

<sup>27</sup> [http://www.lemonde.fr/idees/article/2012/01/11/tenons-les-engagements-pris-en-faveur-d-haiti\\_1627920\\_3232.html](http://www.lemonde.fr/idees/article/2012/01/11/tenons-les-engagements-pris-en-faveur-d-haiti_1627920_3232.html)

<sup>28</sup> [http://www.ifrc.org/docs/IDRL/Haiti/Decret\\_organique\\_MSPP.pdf](http://www.ifrc.org/docs/IDRL/Haiti/Decret_organique_MSPP.pdf) (30 janvier 2015)

### 2.1.3 Relations entre le MSPP et le MEF

Le MEF est l'entité publique qui collecte les ressources pour l'Etat. Il est le premier niveau d'allocation des ressources de l'Etat aux différents ministères techniques. Après le cadrage macro-économique, il procède à l'arbitrage budgétaire entre les ministères. Le budget définitif est alloué aux départements ministériels par le parlement à travers une loi des finances.

#### A. Étapes de préparation du budget

Le budget est préparé à deux niveaux: (1) entre le MSPP et le MEF en ce qui concerne le budget de fonctionnement et (2) avec le Ministère de la Planification et de la Coopération Externe en ce qui concerne le budget d'investissement. Au niveau du MSPP, il est demandé à chaque direction centrale et départementale d'exprimer ses besoins en fonction de ses priorités mais aussi en fonction de l'appui des partenaires. Au cours de cette première étape, il est toutefois demandé à chaque direction de faire un premier niveau d'arbitrage. La direction de l'administration du budget (DAB) du MSPP consolide tous les besoins exprimés, et procède à un arbitrage à son niveau avant de transmettre la demande budgétaire globale au MEF. Ce second arbitrage, bien que n'ayant pas de critères d'allocation des ressources claires, tient compte des priorités du Ministre et du Programme d'Investissement Public.

#### B. Détermination des budgets : qui, quoi, comment ?

Une fois le projet de budget transmis au MEF, celui-ci procède à un arbitrage entre les différents ministères. Le principe de base du MEF est qu'il faut tout au moins maintenir le niveau du budget de l'exercice en cours. Partant de là, l'arbitrage ne portera en fait que sur le montant additionnel du budget qu'il faut répartir parmi les ministères. Cet arbitrage est basé sur l'historique budgétaire du ministère, ainsi que sur sa capacité d'absorption, c'est-à-dire sa capacité à dépenser les montants alloués, mais surtout sur la lettre de cadrage budgétaire qui définit les priorités de l'Etat.

#### C. Problèmes de respect des délais par le MEF

Un des problèmes identifiés par les ministères techniques est celui de la lenteur de décaissement des fonds attribués. Cependant, pour mieux honorer les engagements des ministères, le MEF souhaiterait avoir de plus amples informations sur la saisonnalité des dépenses, afin de rendre disponible les ressources en temps souhaité. Le MEF travaille aussi dans une optique de programmation glissante à moyen terme sur trois ans (CDMT) afin de pouvoir procéder par priorisation dans l'allocation des budgets.

Une fois l'arbitrage est terminé, l'exécutif envoie au parlement le projet de budget avec notification aux ministères. Compte tenu de la spécificité des problèmes de santé publique, le parlement peut procéder à un ajustement et à une revue du budget du MSPP.

Après notification des crédits accordés au MSPP, celui-ci procède en interne à la ventilation du budget par rubrique.

## 2.2 Principaux indicateurs de santé

### 2.2.1 Les indicateurs pays

Haïti présente les indicateurs de santé les plus faibles en Amérique latine, bien qu'ils soient comparables aux pays de même niveau de revenu. D'après le Tableau 9, l'espérance de vie en Haïti est du même ordre que celle dans les autres pays à faible revenu, mais équivaut à environ douze ans de moins que l'espérance de vie dans les autres pays d'Amérique latine. Le Tableau 10 révèle pour sa part que le pays d'Amérique latine accusant le taux de mortalité infantile le plus important est Haïti, bien que ce taux soit similaire dans les autres pays à faible revenu. Après avoir atteint un pic en 2010, le taux de mortalité infantile est retombé à un niveau inférieur à celui d'avant 2010. Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a connu la même évolution et, à l'exception de 2010, le taux en Haïti a été plus bas que dans les autres pays pauvres, comme l'indique le Tableau 11. Le Tableau 12 montre enfin que le taux de mortalité maternelle en Haïti est plus important que les mêmes taux dans les autres pays d'Amérique latine. Le taux de mortalité maternelle a baissé entre 2005 et 2010 et reste plus bas que dans les autres pays à faible revenu.

**Tableau 9: Taux d'espérance de vie (en nombre d'années), 2005-2012**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Haïti	59,3	59,8	60,3	60,9	61,4	61,9	62,3	62,7
Amerique latine	72,9	73,2	73,4	73,7	73,9	74,2	74,4	74,6
Pays à faible revenu	58	58,5	59,1	59,6	60,2	60,7	61,2	61,6

Source : Banque Mondiale, Indicateurs du Développement Mondial

**Tableau 10: Taux de mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes, 2005-2012**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Haïti	65,5	64	62,6	61,2	59,9	72,7	57,3	56
Amerique latine	21	20,1	19,3	18,5	17,8	17,5	16,5	15,8
Pays à faible revenu	71,1	68,3	65,6	63,1	60,7	58,7	56,5	54,5

Source : Banque Mondiale, Indicateurs du Développement Mondial

**Tableau 11: Taux de mortalité infanto-juvénile pour 1000 naissances vivantes, 2005-2012**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Haïti	89,7	87,4	85,2	83,1	81	174,4	77	75
Amerique latine	25	23,9	22,9	22	21,1	22,6	19,5	18,8
Pays à faible revenu	109,1	104	99,1	94,5	90,2	87,4	82,7	79,1

Source : Banque Mondiale, Indicateurs du Développement Mondial

**Tableau 12: Taux de mortalité maternelle pour 1000 naissances vivantes, 2005-2012**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Haïti	470	—	—	—	—	420	—	—
Amerique latine	93	—	—	—	—	88	—	—
Pays à faible revenu	610	—	—	—	—	500	—	—

Source : Banque Mondiale, Indicateurs du Développement Mondial

Le Tableau 13 nous indique d'une façon générale que le 1<sup>er</sup> tier, par ordre décroissant, des principales causes de mortalité sont dominées par les maladies non transmissibles, les maladies cardio-vasculaires, et les maladies infectieuses et parasitaires.

**Tableau 13: Principales causes de mortalité par régions géographiques, 2010**

	Haïti	Amérique Latine et Caraïbes	Pays en développement
1	Forces de la nature	Maladie cardiaque ischémique	L'attaque d'apoplexie
2	L'attaque d'apoplexie	L'attaque d'apoplexie	Maladie cardiaque ischémique
3	Maladie cardiaque ischémique	Infections des voies respiratoires	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
4	Infections des voies respiratoires	Le diabète	Infections des voies respiratoires
5	Maladies diarrhéiques	Forces de la nature	Maladies diarrhéiques
6	Le diabète	La violence interpersonnelle	VIH/SIDA
7	La tuberculose	Broncho-pneumopathie chronique obstructive	Le paludisme
8	La violence interpersonnelle	La maladie chronique du rein	Blessures
9	L'anémie ferriprive	Blessures	La tuberculose
10	Cardiopathie hypertensive	La cirrhose du foie	Le diabète

Source: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), « Carte Thermique de la Charge Mondiale de Morbidité »

## 2.2.2 Indicateurs des OMD

Le gouvernement haïtien a souscrit aux objectifs suivants dans le domaine de la santé sur les objectifs de développement du millénaire (OMD) 4, 5 et 6:

- OMD4 : Réduire la mortalité infantile de 2/3 entre 1990 et 2015
- OMD 5 : Réduire de ¾ le taux de mortalité maternelle d'ici 2015
- OMD 6 : Arrêter la propagation du VIH/SIDA et maîtriser le paludisme et autres maladies graves d'ici 2015

**Tableau 14: Objectifs de Développement du Millénaire – Haïti**

Objectif	Indicateurs de référence	Indicateurs actuels (2012)	Cible 2015
<b>4. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans</b>			
Taux de mortalité infanto-juvénile (sur 1000 naissances)	156,1 (1990)	88	50,4
Taux de mortalité infantile (sur 1000 naissances)	109,1 (1990)	59	36,4
<b>5. Améliorer la santé maternelle</b>			
Taux de mortalité maternelle (sur 100 000 naissances)	470 (2005)*	420 (2010)*	
Pourcentage de naissances dont l'accouchement a été assisté par un prestataire de santé qualifié	24,2% (1990)		
Prévalence des contraceptifs (%)	22% (2000)	35%	
Taux de naissance chez les adolescentes (sur 1000 naissances)	86 (2000)	66	

Objectif	Indicateurs de référence	Indicateurs actuels (2012)	Cible 2015
Couverture en soins prénatals : au moins une visite prénatale (%)	79% (2000)	90%	100%
Couverture en soins prénatals : quatre visites prénatales ou plus (%)	44% (2000)	67%	100%
<b>6. Combattre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies</b>			
Prévalence du VIH dans la population des 15-24 ans	1% (2005)	0,9%	
Utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels à haut risque pour la tranche d'âge 15-24 ans (hommes):		66,3%	100%
Utilisation du condom au cours des derniers rapports sexuels à risques pour la tranche d'âge 15-24 ans (femmes) :		55%	100%
Proportion de la population de 15-24 ans ayant une connaissance approfondie du VIH/sida	32% (2006)	35%	100%
Ratio de fréquentation scolaire des orphelins par rapport à la fréquentation scolaire des non-orphelins âgés de 10 à 14 ans	76,7% (2006)	91,8%	100%
Traitement antipaludique chez les enfants fiévreux	5% (2006)	2,5%	

Source : UNICEF, Rapport OMD 2013, Haïti : un nouveau regard.

\* Source : Banque Mondiale, Statistiques Santé, nutrition et population

Au regard des résultats déjà atteints, il apparaît que l'Haïti est encore loin d'atteindre ses cibles dans le cadre des OMD.

## 2.2.3 Accès aux services de santé

### A. Les régimes d'assurance-maladie existants

Il existe différents régimes d'assurance-maladie en Haïti. Cependant, aucun d'entre eux n'est obligatoire. Il y a deux grands types de mécanismes : les assurances de type assurance sociale, qui sont en général parapubliques, et les assurances commerciales, en général à visée lucrative. Ces mécanismes s'intéressent : (1) aux fonctionnaires de l'État, principalement à travers le Groupe Santé Plus, et (2) aux employés du secteur privé, à travers l'Office d'Accident du Travail, Maladie et Maternité (OFATMA). Bien que n'étant pas formellement documenté, le taux de couverture en protection sociale ne dépasse pas 20% de la population.

D'après les données recueillies par l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique, en 2003 le taux de couverture de la population en assurance santé était de 3,1%.<sup>29</sup> Cette proportion est très basse quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques des populations qui ont mené à ce résultat.

### B. Accès géographique

Si l'on croise les informations contenues dans le Plan Directeur du MSPP et les différentes bases de données disponibles en Haïti,<sup>30</sup> le diagnostic est clair : la situation en terme d'accessibilité géographique aux services de santé et autres services sociaux liés à la santé est difficile pour la majorité de la population haïtienne. L'Enquête sur la Mortalité, la Morbidité et l'Utilisation des Services (EMMUS) IV de 2005 a estimé la population vivant à moins de 5 kms d'un prestataire de soins, elle évalue cette accessibilité institutionnelle aux services de santé à 60%.

<sup>29</sup> Projet : améliorer la santé maternelle et infantile à travers la livraison de services sociaux intégrés. MSPP, août, 2012

<sup>30</sup> EMMUS V; Enquête Budget Consommation Ménage; Carte de la Pauvreté d'Haïti, version 2004

L'EMMUS V de 2012 est moins claire sur l'accessibilité géographique mais indique que 43% des femmes interrogées évoquent la distance pour atteindre les services de santé les plus proches comme étant une barrière à l'utilisation des services. Ce chiffre est quelque peu en contradiction avec le niveau d'accessibilité aux soins de vaccination, puisque 75% des nouveau-nés ont reçu leur première injection de vaccination BCG (comme les vaccinations font partie de la provision communautaire).<sup>31</sup> Néanmoins, ces indicateurs restent partiels.

## 2.2.4 Utilisation des services santé

Bien que la littérature n'ait pas identifié de manière spécifique le taux d'utilisation des services, les indicateurs ci-dessous peuvent nous donner une idée sur celle-ci.

Le nombre moyen de visites auprès de prestataires des soins de santé par habitant en 2012 est de 0,55%.<sup>32</sup> Cela signifie que seulement un peu plus de la moitié de la population a eu à recourir aux institutions au moins 1 fois au cours d'une année. Mais en pratique, ceci exprime le nombre total de consultations qui ne tient pas compte du nombre de fois qu'un patient ait fréquenté une institution de soins, quelle que soit la pathologie. Le taux de couverture en CPNI est de 42%.<sup>33</sup> En outre parmi les femmes qui ont fait la 1<sup>ère</sup> CPN, seulement 32% ont eu à le faire au cours du 1<sup>er</sup> trimestre. La conséquence est un taux d'achèvement très faible en CPN (17%). Le taux d'accouchements en milieu assisté est 51%.<sup>34</sup> Ce déficit indique l'ampleur de la tâche en matière de réduction de la mortalité maternelle.

## 2.2.5 Les médicaments et produits pharmaceutiques

### A. Disponibilité des médicaments essentiels

#### a. Politique nationale du médicament

Bien que la politique nationale pharmaceutique ne soit pas encore validée, le MSPP dispose d'une liste de produits qui entrent dans la catégorie des médicaments essentiels et qui sont censés répondre aux besoins du pays. Les niveaux d'approvisionnement par niveau sont également définis. Le principal instrument du gouvernement pour la mise en œuvre de la politique pharmaceutique est constitué par PROMESS et par la liste des médicaments essentiels dont la plus récente version date de 2012 et comprend de 214 dénominations communes internationales (DCI). PROMESS est le Programme de Médicaments Essentiels de la République d'Haïti. PROMESS a été initié par l'OPS/OMS en 1992 pendant la période de l'embargo, suite à la faillite du précédent système d'approvisionnement des pharmacies communautaires (AGAPCO). Il a été fondé grâce aux contributions financières de la Banque Mondiale, de Coopérations bilatérales (France, Suisse, Hollande, USAID, Canada) et multilatérales (UNICEF, UNFPA, Commission Européenne), tous représentés au sein du Comité de Gestion. Ce Comité est présidé actuellement par la Ministre de la Santé Publique et de la Population. Son objectif est d'assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels et dispositifs médicaux de qualité pour les institutions médicales publiques et privées à but non lucratif en Haïti.

---

<sup>31</sup> La situation des enfants dans le monde 2014 en chiffres : chaque enfant compte (UNICEF), p.43

<sup>32</sup> Grandes Réalisation MSPP 2013. p. 126 ; récupéré à partir de :

<http://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/Grandes%20R%C3%A9%20l%20alisations%20MSPP%202013.pdf> (30 janvier 2015)

<sup>33</sup> Grandes Réalisation MSPP 2013. p. 37 ; récupéré à partir de :

<http://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/Grandes%20R%C3%A9%20l%20alisations%20MSPP%202013.pdf> (30 janvier 2015)

<sup>34</sup> Ibid.

Le système public d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques en Haïti devrait donc, en principe, reposer sur cette Centrale Nationale d'Achat (PROMESS) et les Centrales Départementales d'Approvisionnement en Intrants (CDAI) dépendant du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) avec un système de recouvrement des coûts des produits pharmaceutiques.

PROMESS assure l'entreposage des médicaments, sert de centrale d'achat auprès de laquelle les CDAI s'approvisionnent. Les institutions publiques et privées à but non lucratif s'approvisionnent également, du moins en partie, auprès de PROMESS. En plus que l'effort PROMESS, de nombreux projets de santé comportent des composantes liées à l'accès aux médicaments, à l'usage rationnel des produits et à la promotion de la pharmacie humanitaire.

Malgré tout cela, depuis une dizaine d'années, l'approvisionnement des produits pharmaceutiques a vu l'augmentation constante du nombre de partenaires financiers et techniques impliqués. Ceci notamment pour des produits pour la prise en charge des maladies et des programmes prioritaires (VIH/SIDA, paludisme et tuberculose, vaccinations, etc.), ce qui a contribué à multiplier et à fragmenter les structures d'approvisionnement et les circuits de distribution ainsi que les procédures techniques et financières utilisées pour les achats. Moins de 10% des partenaires financiers utilisent PROMESS pour l'achat des produits pharmaceutiques qu'ils financent et moins de 8% respectent la liste nationale des médicaments essentiels.<sup>35</sup>

Trois petits producteurs de médicaments exercent en Haïti (4C, Farmatrix et Pharval), leur part de marché est modeste. A côté de PROMESS, il existe une quarantaine d'importateurs et de grossistes privés qui approvisionnent le secteur privé, hospitalier et pharmacies. Les difficultés d'accès et l'absence d'un cadre strict de contrôle et de régulation des importations et des ventes des produits pharmaceutiques laissent le champ libre à l'auto-médication, aux ventes illégales et parallèles de médicaments, aggravées et encouragées par le coût relativement élevé des consultations médicales et des prescriptions pharmaceutiques.

b. Définition des marges et recouvrement des coûts

Les marges bénéficiaires sur la vente des produits pharmaceutiques et les médicaments recommandée est de 10 à 12% pour les CDAI et 15% pour les institutions sanitaires. Toutefois, cette marge n'est pas respectée du fait que le prix de revient des produits au niveau des institutions de soins dépasse le prix de vente recommandé. Les établissements de soins se trouvent obligés d'augmenter le taux de marge au-delà de 20%.

Il n'y a pas de définition explicite de l'utilisation des recettes issues de la vente des médicaments. De ce fait, les recettes sont mises dans la caisse de l'établissement de soins, et souvent utilisées pour régler d'autres dépenses, en dehors des médicaments. La conséquence est que le renouvellement du stock initial pose souvent problème, ce qui entraîne des ruptures d'approvisionnement. Pour acquérir des médicaments, les populations sont obligées de recourir dans le secteur privé, les prix y sont chers. Ces défaillances ont pour effet néfaste de développer un marché parallèle du médicament, très peu contrôlé à ce jour.

c. Les défis auxquels est confronté l'approvisionnement en médicaments

---

<sup>35</sup> OMS/OPS : [Cartographie des systèmes d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques en Haïti](#) (2012; 50 pages). Données accédées le 30 janvier 2015.

En somme, le MSPP ne parvient toujours pas à garantir la disponibilité permanente des médicaments de bonne qualité et à un coût accessible aux populations. Plusieurs raisons à cela, comme :<sup>36</sup>

- Faible participation de l'Etat au financement des produits pharmaceutiques
- Peu d'assistance technique aux structures périphériques d'approvisionnement public
- Rupture fréquentes de médicaments et produits pharmaceutiques
- Marges bénéficiaires non respectées
- Non respect de la liste des médicaments essentiels et du rôle de PROMESS
- Existence de nombreux circuits parallèles d'approvisionnement
- Part élevé du financement par les usagers et les familles des médicaments
- Absence de politique définissant les règles d'utilisation des recettes issues de la vente des médicaments

d. Disponibilité des vaccins

Avec un budget estimatif de 114.4 million USD, le Programme Élargi de Vaccination (PEV) dispose d'un plan pluriannuel 2011-2015 (voir l'Encadré I pour ses objectifs).

**Encadré I : Objectifs du PEV**

- Porter au niveau national, la couverture des moins d'un an pour tous les vaccins du PEV à 90 % au moins, à l'exception du BCG 1 ;
- Porter la couverture vaccinale des femmes enceintes par le dT 2 + à 80% au moins ;
- Maintenir le pays libre de la circulation des virus de polio, rougeole et de rubéole ;
- Éliminer le Tétanos maternel et néonatal ;
- Introduire de nouveaux vaccins (Pentavalent, Rota virus et Pneumocoque) dans le PEV de routine ;
- Assurer une surveillance adéquate des maladies immuno-contrôlables dans 100 % des départements ;
- Réduire de 50 % le taux d'abandon DTPI-DTP3 ;
- Disposer d'un système de gestion des vaccins et intrants fiable et efficient ;
- Disposer d'un système de chaîne de froid fonctionnel toute l'année dans au moins 80% des institutions participant au PEV ;
- Atteindre 80% de conformité aux normes de sécurité des injections et de gestion des déchets dans au moins 80 % des institutions ;
- Disposer de personnels aux capacités renforcées en ce qui concerne les fonctions de planification stratégique et opérationnelle, de suivi et d'évaluation de la DPEV et des DS dans le cadre du programme ;
- Disposer et mettre en œuvre à tous les niveaux le Plan intégré de communication.

Source : Plan pluriannuel PEV 2011-15

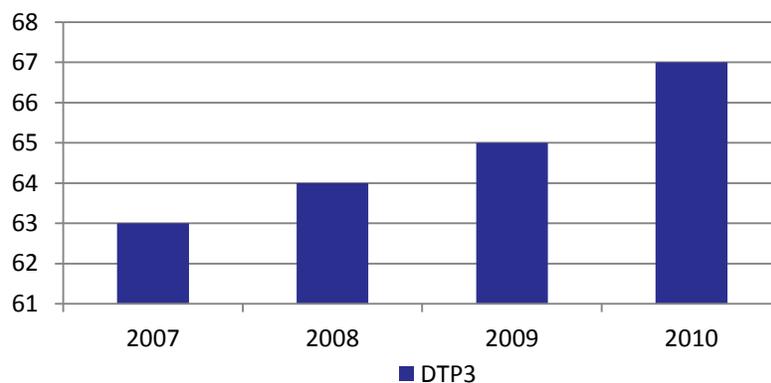
<sup>36</sup> Ibid.

Le PEV est principalement financé par les partenaires au développement et plus particulièrement l'OMS, l'UNICEF, le Brésil et le fonds GAVI. Avec l'introduction de nouveaux vaccins tels que le Pentavalent, le Brésil se retire comme source de financement en plus au profit du GAVI. De 2008 à 2010, il y avait une nette amélioration dans la couverture vaccinale des différents antigènes passant de 63% à 67% du DTP3 (voir Figure5).<sup>37</sup> Les données les plus récentes sur ces couvertures (2011-2012), bien que rapportées par une autre source (l'Organisation Mondiale de la Santé), indiquent que cette tendance se maintient. Toutefois, les objectifs de couverture (90%) du programme ne sont pas toujours atteints.

Les défis identifiés au niveau du PEV restent nombreux:<sup>38</sup>

- Maintenir la chaîne du froid pour assurer la conservation des antigènes
- Gérer le problème de l'accessibilité géographique
- Coordonner la multitude d'acteurs qui sont aujourd'hui engagés dans le PEV
- Assurer un financement durable pour faire face à la cherté des intrants
- Développer un système d'information adéquat et efficace pour suivre les résultats du PEV
- Résoudre les problèmes d'acheminement des vaccins, qui occasionne des ruptures fréquentes dans la périphérie alors que les stocks sont disponibles au niveau central
- Relancer l'offre en stratégie avancée
- Renforcer les organes de gestion et les outils de monitoring et d'évaluation

**Figure 5: Couverture vaccinale nationale de DTP3, 2007-2010**



Source: Estimations de la couverture vaccinale de l'OMS et l'UNICEF

<sup>37</sup> En 2007, le vaccin RR fut introduit en projet pilote, ce qui explique le haut taux rapporté pour cette année

<sup>38</sup> MSPP-PEV : PPAC 2011-2015, Mai 2011

## 2.2.6 Système d'information sanitaire

Le système d'information sanitaire est composé de trois volets : (1) le système public de gestion des données de routine, (2) le système parallèle géré par les programmes, et (3) le secteur privé avec ses propres canaux.

Bien que le système soit en reconstruction, les différentes bases de données ci-dessous sont fonctionnelles:

- HSIS pour les données de routine y compris la surveillance épidémiologique
- Carte sanitaire
- SIGRH pour la gestion des données sur les ressources humaines
- MESI pour la gestion des données du VIH, Santé maternelle, Tuberculose, Soins communautaires, Surveillance
- EMR pour la gestion des données sur les patients

Les sources d'information sur différents aspects du financement de la santé en place sont :

- Les comptes nationaux de santé : le MSPP est à son 2<sup>ème</sup> exercice (2006-2007 et 2010-2011). Celui de 2011-2012 est en cours de réalisation. Ils nous donnent les informations sur l'origine des fonds, leur utilisation et la manière dont ils sont gérés. Toutefois, compte tenu du contexte de 2010, l'interprétation des résultats de l'exercice de 2010-2011 doit se faire avec beaucoup de prudence.
- Enquête sur les conditions de vie des ménages : la dernière enquête réalisée en 2003 n'incluait pas les dépenses de santé des ménages. Cependant, celle en cours en 2013 permettra d'apprécier les dépenses de santé des ménages.
- L'EMMUS : elle collecte, analyse, et diffuse des données démographiques et sanitaires portant en particulier sur la fécondité, la planification familiale, la santé et l'état nutritionnel de la mère et de l'enfant, certaines maladies transmissibles telles que le choléra, le paludisme, et le VIH/Sida.

### A. Indicateurs de qualité

Jusqu'à ce jour, le MSPP n'a pas encore mis en place des indicateurs qui permettent de mesurer la qualité des services. Un certain nombre de projets et d'initiatives soutenus par le Canada et les Etats-Unis<sup>39</sup> sont en cours pour mettre en œuvre un système de collecte et d'analyse de données sur la qualité des services et prestation de soins en Haïti.

---

<sup>39</sup> URC-USAID : Quality Health Services for Haiti (Services de Santé de Qualité pour Haïti – SSQH) North Project, 2013-2016

### 3. LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ EN HAÏTI

Comme annoncé dans l'introduction, nous nous proposons d'utiliser la grille d'analyse élaborée par J. Kutzin en 2001,<sup>40</sup> et reprise depuis par l'OMS pour analyser la question du financement de la santé en Haïti. Elle se veut descriptive, et propose une analyse fonctionnelle du financement de la santé, identifiant trois fonctions principales que sont la mobilisation des ressources, la mise en commun des ressources et les modalités d'achats de soins, qui incluent les questions de l'allocation de ressources et du paiement des prestataires.

#### 3.1 La question de la mobilisation des ressources

Il existe une relation entre le niveau de développement et le niveau de mobilisation des ressources pour la santé dans un pays. La corrélation a en effet été montrée à maintes reprises entre niveau de PIB et volume de ressources mobilisé.<sup>41</sup> En Haïti, bien que la variation du PIB ne soit pas régulière, on dénote une augmentation du PIB sur le long terme, et donc des dépenses de santé. Cette croissance des dépenses de santé est d'autant plus nette que la part des dépenses de santé dans le PIB a augmenté en valeur relative, passant de 5,5% du PIB en 2008 à 6,4% en 2012. La santé représente donc une partie non négligeable du produit intérieur. Durant cette même période, la part des dépenses publiques dans les dépenses totales de santé a cru de manière plus significative en 2009 et 2010, mais a encore baissé, passant à 22,8% en 2012.

**Tableau 15: Évolution du poids du secteur de la santé dans le PIB et de l'implication du gouvernement dans son financement, 2008-2012**

	2008	2009	2010	2011	2012
Dépenses Totales de Santé par rapport au PIB	5,5%	6,5%	6,7%	8,5%	6,4%
Dépenses Publiques en Santé par rapport aux dépenses de santé totales	24,8%	32,7%	38,6%	21,5%	22,8%

Source : Banque Mondiale, Indicateurs du Développement Mondial

Toutefois, au regard de la collecte des recettes fiscales, les prévisions budgétaires mérite une attention spécifique. Haïti présente une situation particulière : elle est celle d'une dépendance très forte aux ressources extérieures, les revenus de l'État sont en effet largement financés par l'aide extérieure. Néanmoins, cette aide extérieure diminue de façon constante lorsque l'on s'éloigne du séisme, comme nous le montre le Tableau 16.

**Tableau 16: Ressources de l'État, 2011-2013**

Ressources du gouvernement central	2011		2012		2013	
	%	MUSD	%	MUSD	%	MUSD
Revenus internes	43%	968	54%	1.011	57%	1.203
Dons	56%	1.241	45%	838	42%	888

Source : FMI

<sup>40</sup> Kutzin, 2001

<sup>41</sup> Musgrove, Zeramdini, & Carrin, 2002

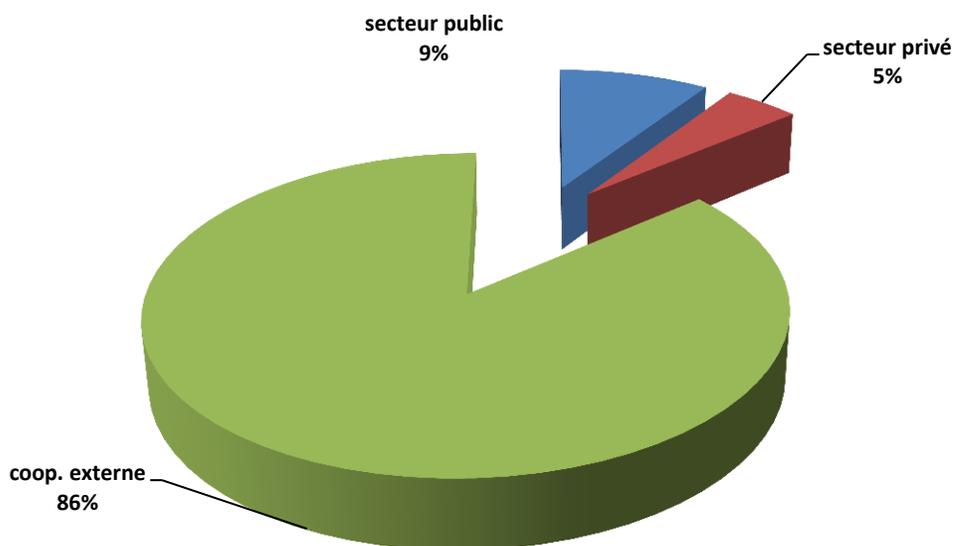
Or, la situation des finances publiques au cours du troisième trimestre 2013 a été marquée par la décision du Ministère de l'Économie et des Finances de réviser à la baisse les prévisions de recettes pour l'exercice en cours. Les prévisions pour l'exercice 2012-2013, qui tablaient préalablement sur une recette globale de 52 milliards de gourdes, ont été revues à la baisse pour être fixées à 44 milliards de gourdes, soit une baisse de 15%.

### 3.1.1 Origines des ressources

Le financement du secteur de la santé provient essentiellement de trois sources : l'État, l'aide extérieure et le secteur privé. Au niveau du secteur privé, la majeure partie des ressources financières proviennent essentiellement des ménages à travers les paiements directs. La figure ci-dessous indique que l'aide externe est la principale source de financement du secteur de la santé. Cela s'explique en partie par l'effet du séisme de 2010 et de la mobilisation de la communauté internationale.

Avec une dépense de santé par habitant de 2.519 gourdes (USD 62), en 2010-2011, celle-ci dépasse le minimum estimé par l'OMS pour assurer un état de santé adéquat à la population comparée à USD 27 en 2005-2006.<sup>42</sup> Ce niveau relativement élevé s'explique par le niveau exceptionnel des dépenses de reconstruction et de remise en fonction des services de santé, financé en grande partie par l'aide extérieure.

**Figure 6: Part des différentes sources de revenus dans le financement du secteur de la santé, 2010/2011**



Source : Comptes Nationaux de la Santé 2010/2011

<sup>42</sup> Comptes Nationaux de la Santé 2005-2006 qui estimaient en moyenne à 1 072,87 gourdes (USD 27.32) les dépenses totales de santé par habitant

## A. Le budget de l'Etat

L'Etat finance la santé à travers son budget par la collecte de l'impôt sur les revenus et les activités des contribuables et des entreprises. Cependant l'essentiel des recettes fiscales (entre 60 et 70%) provient des taxes sur les importations (taxe sur le chiffre d'affaires : Taxe sur le Chiffre d'Affaire (TCA) + droits de douanes). En effet, la TCA n'est essentiellement perçue que sur les produits importés et, selon le ministère des finances, 60% des entreprises ne paieraient pas cette taxe. Ce ministère étudie d'ailleurs l'instauration d'une véritable Taxe sur la Valeur Ajoutée (TVA), en substitution de la TCA.

En plus de la taxe classique sur les produits, l'Etat prélève une taxe spéciale sur certains produits spécifiques tels que les produits cosmétiques, l'alcool et le tabac. Toutefois, aucune de ces recettes fiscales spécifiques n'est affectée exclusivement à la santé.

D'après les agents de la Direction Générale des Impôts (DGI), bien que le niveau de taxation soit faible et l'assiette fiscale étroite, beaucoup de contribuables continuent à passer entre les mailles du filet, notamment en province. L'assiette d'imposition et l'évasion fiscale sont de vrais problèmes de finances publiques en Haïti.

## B. Évolution du budget

De manière générale, le budget total de l'Etat consacré à la santé, composé de dépenses de fonctionnement et d'investissement, a évolué de manière irrégulière entre 2011 et 2014. La quasi-totalité des fluctuations est due à l'irrégularité de l'aide extérieure en faveur des investissements. Un pic a été observé en 2012-2013, sans doute en réponse aux besoins de reconstruction après le séisme. Le budget de fonctionnement quant à lui n'a cessé d'augmenter durant cette période même si le rythme demeure faible. En effet, les dépenses de fonctionnement donnent une idée de la valeur des ressources de l'Etat utilisées pour la prestation de services dans l'année. La structure du budget montre que le budget de fonctionnement est entièrement financé à partir des recettes publiques alors que celui d'investissement est couvert par l'aide extérieure. Le budget de fonctionnement dont 90% est consacré au paiement des salaires du personnel, est exécuté quasiment à 100%. Ceci ne semble pas être le cas pour le budget d'investissement. Une des raisons pouvant expliquer cette situation est la faible capacité d'absorption du MSPP et la lourdeur des procédures de décaissement des partenaires. Il faut ajouter aussi le fait que le plus souvent les investissements se réalisent sur plusieurs années alors que le montant total est inscrit sur une année.<sup>43</sup>

Tableau 17: Evolution du budget, 2011-2014 (gourdes)

	2011-2012		2012-2013		2013-2014
	Prévision	Dépenses	Prévision	Dépenses	Prévision
<b>Fonctionnement:</b>					
Personnel	1.997.113.960	1.913.985.038	2.339.403.701	2.332.399.259	2.517.386.463
Autres	204.422.864	193.619.330	251.834.559	234.452.788	313.491.464
sommaire	2.201.536.824	2.107.604.368	2.591.238.260	2.566.852.046	2.830.877.927
<b>Investissement:</b>					
Trésor Public	570.000.000	114.000.000	532.000.000	156.718.017	700.000.000
Aide externe	6.065.811.755	na	8.970.872.478	na	3.418.409.604
sommaire	6.635.811.755	na	9.502.872.478	na	4.118.409.604
Grand total	8.837.348.579	na	12.094.110.738	na	6.949.287.531

Source : UEP/ MSPP

<sup>43</sup> Ministère des Finances

### **C. Ressources de la coopération externe**

Les ressources des bailleurs et des partenaires arrivent au MSPP sous la forme de dons et/ou de prêts. Ceci à travers le MPCE ou directement au MSPP.

Ces financements externes ciblent principalement deux rubriques : les investissements et le soutien général aux programmes verticaux. Dans le cadre des programmes verticaux, les partenaires les financent à travers des agences d'exécution qui peuvent être des organes des NU, des firmes privées ou des ONGs. Les domaines qui reçoivent le plus de financement de la coopération externe en Haïti sont le VIH, la tuberculose, la malaria, le choléra, la santé maternelle et infantile. À elles seules, ces interventions ciblées ont représenté une dépense de 16 455 million de gourdes, soit plus de 64% des dépenses totales de santé.<sup>44</sup>

Ainsi l'aide de la France en faveur de la santé transite par des canaux multilatéraux (OMS, UNICEF, UNITAID, FNUAP, HCR, fonds multilatéraux : GAVI, GF) mais aussi par des outils bilatéraux et un soutien à des projets avec des ONG et collectivités locales. Il en est de même pour le financement par la Commission Européenne (plus de 250 millions d'Euros d'aide totale depuis 2010) et la coopération canadienne (total de l'aide : autour de 500 millions de dollars canadiens depuis 2010). L'aide des Etats-Unis est plus ciblée et gérée en lien avec des ONGs et les collectivités locales. On note l'arrivée de nouveaux pays comme le Brésil, le Venezuela et Cuba.

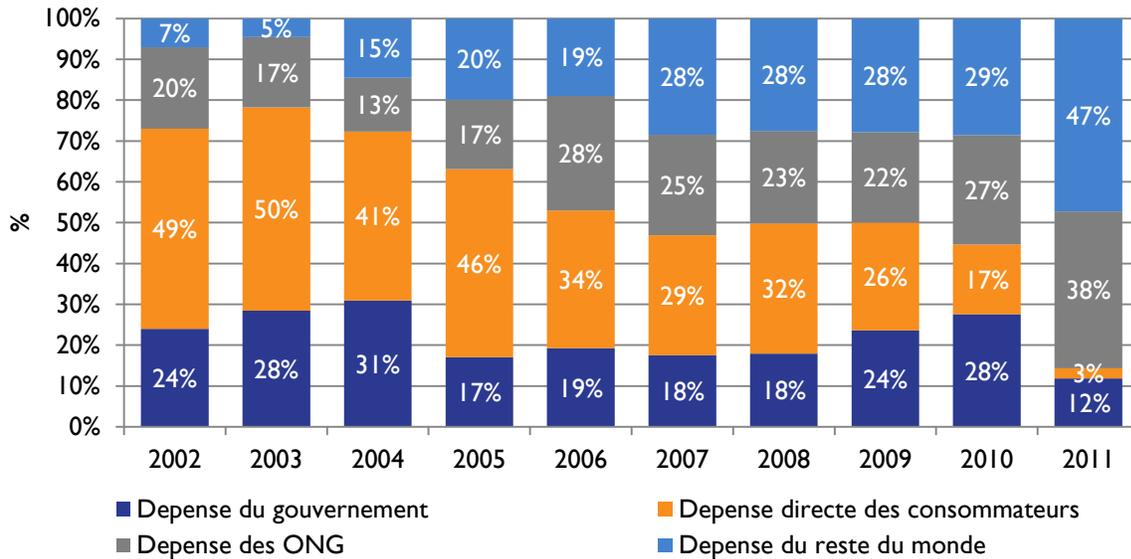
### **D. Les dépenses de santé des ménages**

Les données des Comptes Nationaux de Santé (CNS) de la base de données de l'OMS (Figures 7 et 8) montrent que les dépenses en santé des ménages ont diminué, en pourcentage, par rapport aux dépenses totales en santé : 50% environ en 2002, 26% en 2009. Cette baisse est encore plus forte en 2010 (17%) et 2011 (3%), cela s'explique par le séisme et la perturbation économique qui l'a suivi. Il est à prévoir que les tendances économiques pré-séisme réapparaissent une fois que la croissance économique sera de retour en 2014 et au-delà. Malgré le fait que la proportion des dépenses totales en santé des ménages ait baissé entre 2002 et 2009, le montant des dépenses des ménages par habitant a augmenté de 304 à 640 gourdes pour ensuite chuter en 2011 à 115 gourdes. Là encore, on pourrait s'attendre à ce que le niveau de dépenses de santé des ménages remonte avec le redressement de l'économie Haïtienne.

---

<sup>44</sup> MSPP Documents annexes au budget 2012-2013

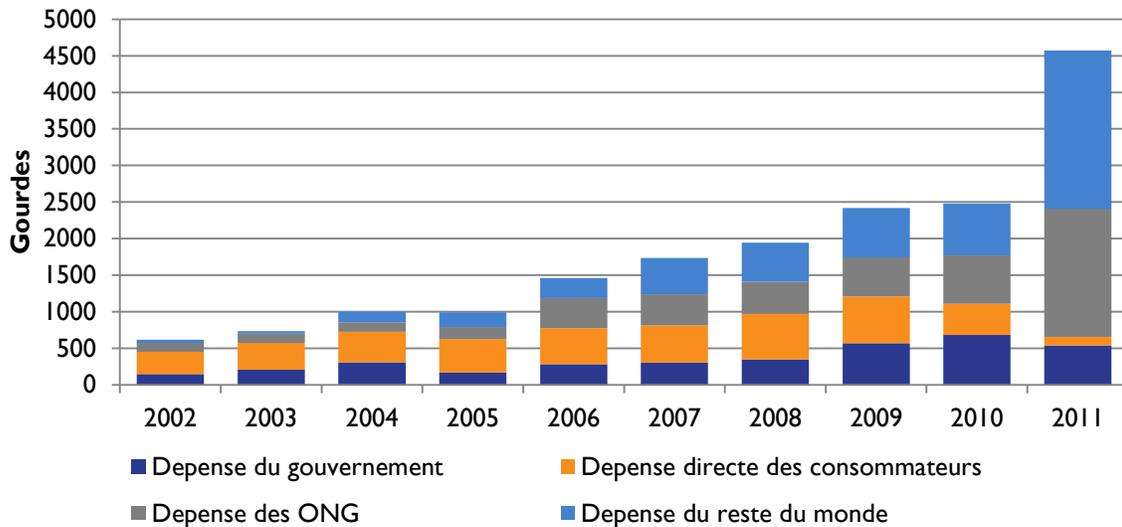
**Figure 7: Part de dépenses totales en santé, 2002-2011**



Source: WHO

Les données de l’OMS et des CNS reprises dans la Figure 8 indiquent une élévation temporaire de l’aide extérieure du secteur des ONG et des bailleurs de fonds (intitulé « reste du monde » en termes CNS) en 2010 et 2011. Cette forte augmentation de l’aide externe a plus que compensé la baisse des dépenses de santé des ménages et du gouvernement en 2010 et 2011. Les dépenses totales en santé par habitant ont augmenté de 1.746 à 2.411 gourdes entre 2009 et 2011. Il faut noter qu’une grande partie de l’aide externe pour la santé a été consacrée à la reconstruction des infrastructures sanitaires plutôt qu’aux dépenses fonctionnelles de prestation de services.

**Figure 8: Dépenses en santé par habitant, 2002-2011**



Source: WHO

Les personnes vivant dans l'extrême pauvreté accordent une plus grande proportion de leurs dépenses totales à la santé, en comparaison avec les « non-pauvres » et « pauvres modérés ». En considérant les dépenses par habitant, les femmes dépensent plus que les hommes et les habitants en milieu urbain plus que ceux en milieu rural.

**Tableau 18: Proportion des dépenses individuelles de santé par rapport à la consommation agrégée, 2012**

	% dépenses individuelles de santé par rapport à la consommation agrégée	Moyenne annuelle des dépenses individuelles de santé par tête, Gourdes	Moyenne annuelle des dépenses individuelles de santé par tête, USD
Total	1.8%	664	16
Non-pauvres	1.8%	1.666	28
Pauvres extrêmes	1.9%	213	5
Pauvres modérés	1.7%	379	9
Femmes	n/a	703	17
Hommes	n/a	623	15
Urbains	n/a	880	21
Ruraux	n/a	465	11

Source: Banque Mondiale, L'estimation de la pauvreté dans le secteur de la santé, 2014

Les dépenses de santé des ménages sont principalement consacrées à l'achat des médicaments (60%), tandis que les consultations, hospitalisations et examens ne représentent à eux tous que 37% des dépenses totales de santé des ménages (Tableau 19).

**Tableau 19: Dépenses individuelles de santé des ménages par type de services, 2012**

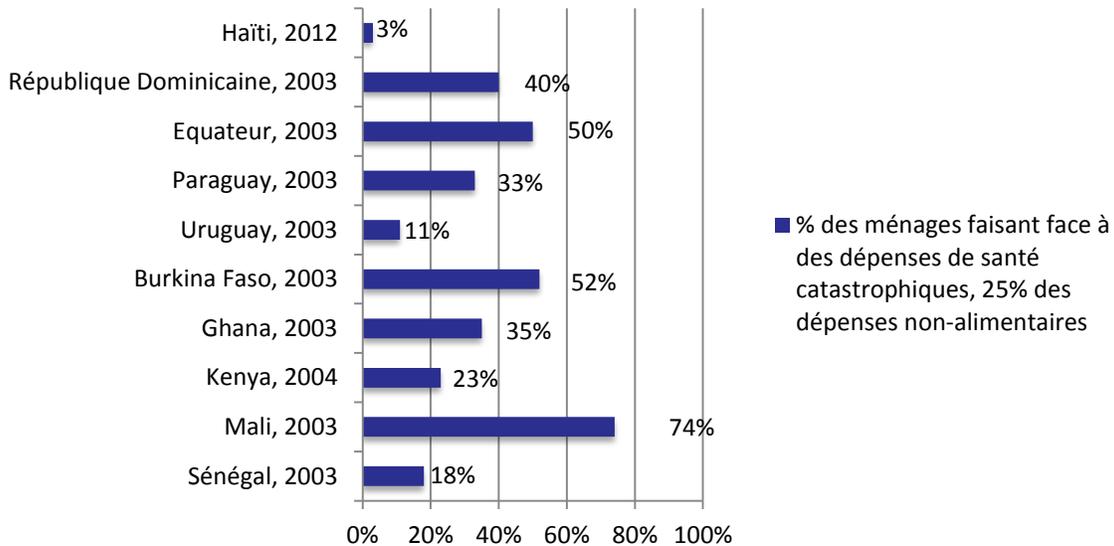
	Montant en Gourdes	Montant en USD	Proportion
Hospitalisation	G 386	\$9	12%
Consultation	G 484	\$12	15%
Examen	G 305	\$7	10%
Prothèses & Lunettes	G 88	\$2	3%
Matériels de Traitement	G 19	\$0.4	1%
Médicaments	G 1,891	\$45	60%
TOTAL	G 3,175	\$75	100%

Source: Banque Mondiale, L'estimation de la pauvreté dans le secteur de la santé, 2014

Les dépenses de santé catastrophiques, qui correspondent aux dépenses de santé qui dépassent la consommation non-alimentaire de 25%, concernaient environ 3,4% des ménages haïtiens en 2012. Ce nombre – un indicateur fréquent du niveau de protection financière d'un pays (où plus les dépenses catastrophiques sont faibles, plus il y a de protection) – est faible parmi les pays à faible revenu et les pays d'Amérique latine (Figure 9). Ceci peut être lié aux niveaux élevés de financements extérieurs du secteur de la santé après le séisme de 2010, qui ont réduit considérablement et temporairement les dépenses individuelles, ou aux niveaux bas d'utilisation des services en Amérique Latine et dans les autres pays à faible revenu. En Haïti, la fréquence des dépenses de santé catastrophiques varie selon le niveau de revenu, le sexe, la localisation géographique et le département de chacun: les dépenses de santé catastrophiques sont les plus importantes pour le deuxième quintile le plus bas; elles concernent davantage les femmes que

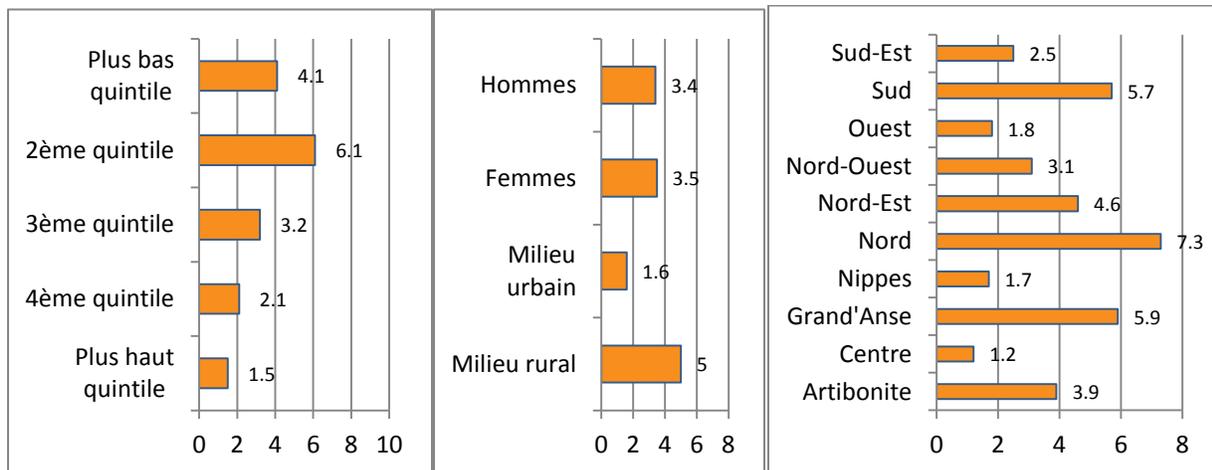
les hommes, les populations rurales que les populations urbaines, et sont plus importantes dans les départements Nord, Grand Anse et Sud (Figure 10).

**Figure 9: Dépenses de santé catastrophiques en Haïti, en Amérique Latine et en Afrique**



Source: Banque Mondiale, L'estimation de la pauvreté dans le secteur de la santé, 2014

**Figure 10: Fréquence des dépenses de santé catastrophiques a. par quintile de consommation b. par sexe et milieu géographique c. par département**



Source: Banque Mondiale, L'estimation de la pauvreté dans le secteur de la santé, 2014

La contribution des ménages au financement de la santé prend la forme de paiement direct des prestations ou des biens de santé, soit au forfait soit à l'acte. Pour certains services prioritaires et/ou certains groupes de la population il y a une gratuité partielle ou totale.

## E. Le paiement au forfait

Certains prestataires pratiquent *le paiement au forfait*.<sup>45</sup> Ce mode de paiement est plus fréquent dans les institutions appuyées par les églises et la coopération cubaine. Le patient paie un montant fixe, quel que soit son niveau de consommation de soins et de produits. Ce paiement donne accès à la consultation, aux examens médicaux et aux médicaments. Bien souvent, le montant du paiement avoisine les 100 gourdes soit USD 2,2.

## F. La tarification à l'acte

La tarification à l'acte et le paiement par l'utilisateur au point de service, est probablement la modalité la plus utilisée tant dans le secteur public que dans le secteur privé. Dans le secteur public, selon les décisions du MSPP édictées dans le plan stratégique de 2005, tous les services fournis au niveau des institutions sanitaires publiques sont soumis à un paiement à l'acte pour aboutir à un certain niveau de co-financement du soin par le patient. Le gouvernement a donc opté pour une stratégie dite du **cost-sharing** (partage des coûts). Du fait qu'aucune étude de coût n'ait été réalisée pour déterminer les coûts des prestations, les institutions sont libres de fixer leurs tarifs. En principe, cela donne aux institutions la possibilité de recouvrer un montant suffisant pour couvrir leurs coûts. Cependant elles ne disposent pas de compétences pour définir une stratégie de tarification cohérente. Le résultat est que les prix sont fixés de manière assez aléatoire et anarchique dans la plupart des formations sanitaires. Cela est particulièrement le cas en zone rurale: les montants demandés ne permettent pas de recouvrer à 100% les coûts additionnels subis par la structure. Les institutions étant libres d'établir leurs prix, il a été constaté une grande disparité dans les tarifs pratiqués au niveau des diverses institutions (entre 10 et 250 gourdes pour les frais de consultation). On sait que tout paiement par les patients freine la demande de soins et érige une barrière financière à l'utilisation des services de santé notamment pour les populations vulnérables ou démunies.

Les ONG sont dans une situation similaire à celle des formations sanitaires publiques. Certaines ONG reçoivent des subventions externes pour certains intrants, mais sont obligées de pratiquer le recouvrement des coûts en complément. Les ONG sont aussi sans capacité adéquate d'analyse de coûts pour l'élaboration et la mise en application de tarifs cohérents.

Dans le secteur privé à but lucratif, la tarification à l'acte est systématique. Les formations sont donc dans une logique de recouvrement de tous les coûts de la prestation. Le patient paie pour l'ensemble des services et produits qu'il consomme.

## G. Les systèmes d'exemptions partielles ou totales

Ces mécanismes consistent en des exemptions ciblées des frais de consultation pour des groupes spécifiques<sup>46</sup> alors que les soins restent payants pour les autres catégories de la population. Il existe également des mécanismes de gratuité dite partielles dans des formations sanitaires où le patient doit s'acquitter des frais de consultation mais bénéficie d'une exemption pour les autres prestations, médicaments essentiels et analyses médicales par exemple.

---

<sup>45</sup> Le paiement au forfait a en général, deux effets contraires : d'un côté, il permet au patient de contrôler les dépenses, et donc de limiter le risque financier, et surtout réduire l'incertitude quant au montant à dépenser. Par contre, il pourrait entraîner des pratiques de rationnement des soins de la part du prestataire, surtout lorsqu'aucune autre source de financement n'est disponible pour combler un déficit potentiel au niveau du prestataire.

<sup>46</sup> Ainsi en est-il des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans ou des personnes vivant avec le VIH (PVIH) et des patients atteints de la tuberculose ou du paludisme.

Les critères d'exonération sont établis à la discrétion de la formation sanitaire, bien souvent, sur décision du directeur ou de l'administrateur. Ces exemptions peuvent entraîner d'importants déficits financiers, en l'absence de sources complémentaires de financement.<sup>47</sup>

Au regard de l'application de la politique de recouvrement des coûts, les questions suivantes se posent :

- Comment assurer la pérennité de la prestation de services au moment où les recettes propres ne permettent pas de recouvrer totalement les dépenses, surtout dans l'hypothèse, de plus en plus vraisemblable, du retrait des partenaires ?
- Comment assurer la qualité des services si les recettes ne permettent pas de couvrir entièrement les coûts du renouvellement du stock de médicaments et d'intrants, du paiement de certains personnels dits communautaires, et de l'entretien des locaux ?

En réponse à ces questions, certaines populations suggèrent d'utiliser les systèmes de solidarité traditionnelle dans un cadre plus formel et de permettre ainsi aux populations d'accéder aux soins en payant aux institutions des montants et tarifs suffisants pour pouvoir continuer à assurer les services sans dépendre d'aucun partenaire.

## **H. Perception des populations sur le paiement par les usagers**

Les groupes de discussion conduits avec les utilisateurs des services à Gonaïves pour cette analyse de la situation ont permis de mieux comprendre la mise en œuvre de la politique de tarification.

Leurs perceptions se résument comme suit :

### **I. Accessibilité aux soins**

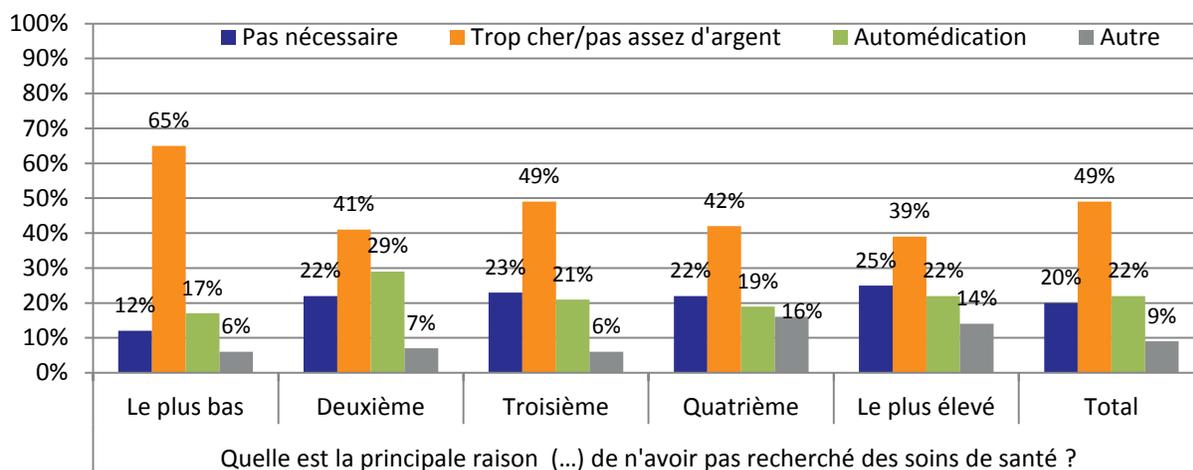
Malgré l'application du recouvrement des coûts, les populations ont toujours accès aux soins en dépit de leurs faibles ressources. Mieux encore, elles comprennent l'intérêt de cette politique qui permet aux institutions de générer des ressources et de relever le plateau technique et assurer son fonctionnement.

---

<sup>47</sup> D'après les discussions avec le personnel des établissements de soins à Gonaïves où un tel système est en place, le manque à gagner occasionné par les exonérations se situeraient entre 20 et 40% des recettes propres des structures. A cet endroit, les taux de recouvrement des recettes propres sur les dépenses de fonctionnement ne dépassent jamais 75%.

Le manque d'accès financier est la principale raison pour laquelle les populations ne recourent pas aux services de santé, particulièrement au sein du quintile le plus pauvre (Figure 11).

**Figure 11: Accessibilité financière aux services de santé par quintile de consommation**



Source: Banque Mondiale, L'estimation de la pauvreté dans le secteur de la santé, 2014

## 2. Qualité des soins

La préoccupation majeure des populations concerne la qualité des soins. En effet, le problème soulevé par les participants révèle un problème central de mise en œuvre des politiques facilitant l'accès financier aux soins. Quand la barrière financière est levée, même partiellement, la demande tend à augmenter rapidement dans un premier temps, mais ensuite l'offre ne suit pas. Des mécanismes de rationnement implicite se mettent alors en place : un temps d'attente extrêmement long au niveau des formations sanitaires, une surcharge de travail pour le personnel, une gratuité « aléatoire » en fonction des stocks disponibles d'intrants. Les formations sanitaires n'ont pas les moyens suffisants, sur la seule base de leurs recettes propres, pour pallier les défaillances de l'État en matière de recrutement du personnel. Une femme disait « si j'avais les moyens, je ne viendrais pas ici car j'ai quitté chez moi depuis 6h et je suis encore là à 15h ». Une autre femme déclare « très souvent, il n'y a pas de médicaments et nous sommes obligés d'aller les acheter dans le privé ».

## 3. Capacité du système à mobiliser plus de revenus

Dans le passé, l'absence d'une planification à long terme ne permettait d'avoir une vision cohérente des besoins du secteur. Aujourd'hui, avec le développement de la PNS, du plan directeur et des plans opérationnels annuels, le MSPP dispose d'outils pour le plaidoyer et la négociation auprès des pouvoirs publics et des bailleurs.

Il est certain que l'on assistera à une baisse de la contribution des bailleurs de fonds après le pic d'aide pour la reconstruction. En revanche, le gouvernement pourra accroître les recettes fiscales en augmentant les prélèvements obligatoires qui ne sont que de 12,8% du PIB

actuellement (ce qui est faible) pour les passer à 15% en 2017.<sup>48</sup> Du côté des dépenses, l'objectif est de maintenir les dépenses courantes à 11% du PIB afin de libérer des ressources supplémentaires pour les dépenses sociales et d'investissement.

Les perspectives d'une croissance économique progressivement retrouvée et le maintien ou l'augmentation de la part des dépenses publiques de santé dans le budget du gouvernement sont aussi des pistes solides à étudier et à poursuivre pour mobiliser des ressources additionnelles de manière régulière et pérenne. Du côté des usagers et de la population, la relance perceptible de l'économie donnera un plus grand pouvoir d'achat à la population qui avait atteint un niveau très bas avec les effets du tremblement de terre. Cette amélioration du pouvoir d'achat rendra le recouvrement partiel des coûts moins lourd tout en rendant possible une capacité additionnelle de contribution aux dépenses de santé.

## 3.2 La mise en commun des ressources

En Haïti, il existe différents mécanismes de mise en commun des ressources : certains à travers l'assurance classique, d'autres à travers des institutions de sécurité sociale, ou encore à travers des formes d'assurance à base communautaire. Cependant tous ces mécanismes confondus ne couvrent qu'une faible fraction de la population.

D'après le Ministère des Affaires Sociales et du Travail, le nombre de personnes ayant une couverture médicale ne dépasse guère 20% de la population, tous mécanismes confondus. Au-delà de cette estimation de la couverture, l'objectif de la mutualisation des fonds est surtout de réduire la barrière financière à l'accès aux soins. Cela fait partie des recommandations faites par l'OMS en 2010<sup>49</sup> pour assurer une meilleure protection financière des populations, avec la promotion du prépaiement.

### 3.2.1 Les institutions de protection sociale

Il existe trois principales institutions de protection sociale en Haïti. L'Office d'Assurance des Accidents du Travail, de la Maladie et de la Maternité (OFATMA), l'Office Nationale d'Assurance Vieillesse (ONA) et le Groupe Santé Plus (GSP) qui gère un contrat de l'État pour l'assurance maladie des fonctionnaires.

#### A. L'OFATMA

L'OFATMA, organisme autonome de Sécurité Sociale dont l'autorité de tutelle est le Ministère des Affaires Sociales et du Travail, gère, selon la loi instituant cet organisme de 1967,<sup>50</sup> les assurances, accidents du travail, maladie et maternité. C'est un régime contributif obligatoire du secteur privé auquel contribuent plus les employeurs que les employés.<sup>51</sup> La cotisation demandée pour l'assurance maladie et maternité est payée par l'employeur et varie par secteur de travail. Par exemple, elle est de 2% du total des salaires mensuels payés par une entreprise commerciale, 3% pourcent pour les entreprises industrielles et 6% pour les entreprises minières. Bien que cette cotisation soit payée par les employeurs, son fardeau peut être transféré aux employés en ajustant leurs salaires à la baisse afin de ne pas affecter les résultats financiers. Les employés ne contribuent pas de manière directe à l'assurance maladie et

---

<sup>48</sup> Le principal moyen envisagé par le Ministère des Finances est l'élargissement de l'assiette fiscale, notamment à travers le remplacement de la TCA par la TVA, la baisse des exemptions et des subventions sur les produits pétroliers notamment. Il est aussi envisagé de travailler sur l'efficacité de l'administration fiscale, tant en matière de recouvrement que de gestion des finances publiques, à travers notamment la mise en place d'un compte unique, la professionnalisation des administrations ou encore la lutte contre la corruption.

<sup>49</sup> World Health Organisation, 2010

<sup>50</sup> <http://www.ofatma.gouv.ht/pages/2-survol-historique.php> (30 janvier 2015)

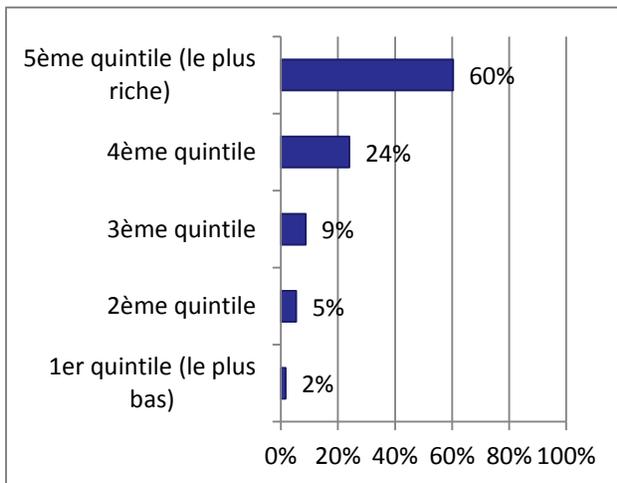
<sup>51</sup> Office Nationale d'assurance Vieillesse – Loi du 28 août 1967

maternité, mais ils contribuent à part égale avec l'employeur à d'autres mesures de protection telles l'assurance vieillesse et l'assurance contre les accidents en milieu de travail. Cette cotisation varie de 2% à 6% dépendamment du niveau de revenu. Depuis sa création, L'OFATMA s'est limité aux mesures décrites ci-haut et n'a pas étendu son champ de compétences à l'ensemble des responsabilités qui lui sont attribuées par la loi.

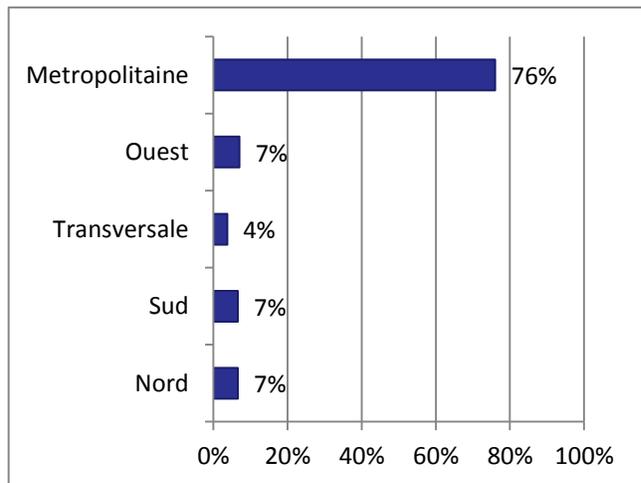
Actuellement, cet organisme couvre 100.000 bénéficiaires, bien en-deçà de sa population cible, ce qui signifie que, malgré un caractère obligatoire, nombre d'entreprises ne satisfont pas à leur obligation de contribution pour leurs employés. La majorité des bénéficiaires (84%) appartiennent aux deux quintiles de la population les plus riches, et plus de trois quarts (76%) des bénéficiaires viennent de la même région : Métropolitaine (Figures 12 et 13).

En termes de prestation de soins, l'OFATMA dispose de son propre réseau de cliniques à travers lesquelles se fait la prise en charge. En plus de ses cliniques, il contractualise également d'autres prestataires de soins. Le modèle mis en place par l'OFATMA lui permet d'assurer la prise en charge de ses assurés et de générer des ressources internes à travers la prestation de services pour ceux qui ne sont pas bénéficiaires de la couverture de l'OFATMA. Toutefois, ce modèle ne sépare pas les fonctions entre l'offre de soins et la demande et ne couvre qu'un paquet limité de bénéfices.

**Figure 12: Proportion d'individus avec OFATMA, par quintile de consommation**



**Figure 13: Proportion d'individus avec OFATMA, par région**



Source : Banque Mondiale, Revue de dépenses publiques, 2014

## **B. L'Office Nationale d'Assurance Vieillesse**

L'Office National d'Assurance Vieillesse (ONA) est une institution dont la mission principale est d'assurer aux employés du secteur privé ayant atteint l'âge de la retraite ou qui sont atteints d'incapacité physique ou mentale une pension leur permettant de faire face aux besoins les plus essentiels. Ses ressources proviennent essentiellement de la contribution obligatoire des employeurs (6% du salaire) et des employés (6% du salaire). Il couvre en 2013 72.000 personnes dont 2000 retraités.<sup>52</sup> Il dispose d'un programme de Soins de Santé et prévention qui assure la prise en charge des retraités. Il contractualise avec les prestataires pour qu'ils puissent offrir les services aux nécessiteux ayant droit et se faire rembourser par la suite.

## **C. La prise en charge médicale des fonctionnaires de l'État à travers le groupe GSP**

L'État assure la prise en charge des frais médicaux de ses fonctionnaires. Pour cela, le gouvernement a établi un partenariat public-privé ; l'administration de cette assurance ayant été confiée à une firme privée dénommée Groupe Santé Plus (GSP). Elle couvre environ 60.000 personnes. C'est un modèle d'assurance obligatoire avec possibilité de remboursement des patients ou de paiement des prestataires sur la base du tiers payant. Les cotisations sont calculées au prorata des revenus.

Dans sa mise en œuvre, le partenariat GSP/Gouvernement est confronté aux problèmes suivants :

- 1) Certaines prestataires refusent la logique de tiers-payant et exigent des patients un paiement direct et un remboursement ultérieur par l'organisme, si l'assuré fait les démarches nécessaires. Certains fonctionnaires, ne pouvant assumer ces frais, s'abstiennent de recourir aux soins dont ils ont besoin.
- 2) Certains des fonctionnaires des zones rurales n'ont accès qu'à des institutions publiques de soins, peu fonctionnelles et peu équipées.

## **D. La caisse d'assistance sociale**

La caisse d'assistance sociale verse une aide financière à une frange de la population très démunie et prend en charge les frais médicaux de ces personnes. Malheureusement, les critères d'éligibilité pour bénéficier de l'aide de la caisse et les prestations effectivement offertes ne sont pas bien définis. Cette caisse est financée à partir des prélèvements suivants : 1% sur les salaires des employés du secteur public, 1% sur les salaires des employés du secteur privé. Il s'agit donc d'une caisse de solidarité des salariés vis-à-vis vis des populations les plus démunies.

---

<sup>52</sup> Systèmes de protection sociale en Amérique latine et Caraïbes: Haïti, Mars 2013

## 3.2.2 Les compagnies assurance médicales

Haïti dispose de neuf compagnies privées qui offrent une prestation d'assurance maladie volontaire. Ces assurances maladies couvrent 4% de la population.<sup>53</sup> Cependant, cette couverture est très déséquilibrée en fonction du pouvoir d'achat des différents groupes de la population. En effet, le plus bas quintile est couvert à 0,5%, tandis que celui le plus élevé est à 12%. Cette couverture varie aussi en fonction du milieu de résidence. En milieu urbain, il est de 6,4 % et de 1,5% en milieu rural.<sup>54</sup>

En fonction du plan souscrit, les paquets de service offerts prennent en charge la consultation, l'hospitalisation, les médicaments et parfois même les évacuations sanitaires à l'étranger. Pour les risques légers, il existe un système de co-paiement au moment de la consommation du service. Les gros risques sont le plus souvent pris en charge intégralement.

## 3.2.3 Les mécanismes d'assurance à base communautaire

Beaucoup d'initiatives d'assurance à base communautaire sont en train d'être mise en œuvre. Un exemple est lié à la construction de l'Hôpital de Mirebalais. La communauté desservie par l'hôpital est en train de s'organiser en mutuelles de santé afin de pouvoir garantir l'accessibilité des soins aux populations même si les soins ne seront désormais plus gratuits.

En plus, l'ONG Développement des Activités de Santé en Haïti (DASH), qui a plus de 30 ans d'existence, a mené une expérience d'assurance maladie. À travers son réseau de cliniques, DASH fournit des prestations de soins gratuits à ses membres, inscrits d'une façon volontaire par groupe en fonction du paquet de services souscrit. Les primes sont établies en fonction du paquet couvert : USD 1 pour le plan 1, USD 5 pour le plan 2 et USD 10 pour le plan 3 par membre et pour une période de 6 mois de couverture. Le modèle cible les travailleurs du secteur formel et informel par adhésion collective automatique – c'est-à-dire les travailleurs organisés par groupe. Il est également ouvert à tout autre groupe de personnes capable de payer la prime. Il faut noter que DASH a mis en place des règles pour faire face à la sélection adverse, qui limite son impact en termes de protection sociale : les personnes malades, celles âgées de plus de 60 ans et celles de moins de 6 mois ne sont pas éligibles.

---

<sup>53</sup> EMMUS V, Juin 2013

<sup>54</sup> Ibid.

### Encadré 2 : Etude de cas de l'hôpital de Pignon

Construit sur un apport mixte de capitaux (bailleurs et communauté), l'hôpital de Pignon a développé un modèle communautaire qui lui permet d'assurer son fonctionnement. Ce modèle est basé sur les concepts suivants :

- Le sentiment d'appartenance
- La participation communautaire
- Le paiement en fonction des capacités des patients
- Le partenariat externe

Un label de services de qualité est soutenu par la formation continue du personnel par des professionnels de niveau international rendant de nombreux services disponibles et les prestations accessibles.

Le sentiment d'appartenance de l'hôpital à la communauté fait de lui un investissement à préserver, ceci se manifeste à travers la transparence dans la gestion et dans le processus de prise de décision. Avec la participation communautaire, les populations s'investissent physiquement dans les travaux de l'hôpital, réduisant ainsi les charges directes de l'hôpital mais aussi le tarif des prestations.

Ce sentiment d'appartenance et le système de renforcement des compétences continu participent également à la rétention des personnels de l'hôpital.

Un système de relais communautaires est en place pour identifier les personnes indigentes, celles dans l'incapacité de payer leurs soins de santé et pour les exempter du paiement.

Les tarifs des prestations sont déterminés sur la base de la moyenne des tarifs à Port au Prince. De ce tarif moyen, un pourcentage est appliqué (le plus souvent 1/3) pour être le prix direct de l'acte, le reste étant subventionné. Ceci rend les prestations à Pignon très accessibles et attire de plus en plus de patients qui viennent de l'ensemble du pays. Cette tarification ne permet cependant à l'hôpital de prendre en charge que 38% des coûts. Cela oblige l'hôpital de compléter le budget par les dons de la communauté et des partenaires. Cet effort est facilité par un ensemble de facteurs : la qualité des soins, la participation communautaire et la gestion transparente.

Compte tenu de son expérience de solidarité et de participation communautaire, l'hôpital voudrait développer dans la zone un système d'assurance maladie à base communautaire pour pouvoir maintenir l'accessibilité et le standard de qualité de ses services.

## 3.2.4 Le modèle de participation communautaire

Il existe également d'autres modèles de délivrance de soins, qui intègre une fonction mutualisation des fonds de façon implicite avec un volet participation communautaire et appui extérieur (voir l'encadré Y pour un exemple). Ces expériences sont ponctuelles, mais sont des exemples intéressants en Haïti. Elles rencontrent un succès populaire important, qui mérite que l'on y accorde plus d'attention.

### A. D'autres exemples de mise en commun des ressources en Haïti

Deux systèmes informels de mise en commun des ressources existent en Haïti : le « **SOL** » et le « **SABOTAGE** ». Ces deux systèmes permettent de collecter et d'épargner une somme conséquente d'argent. L'expérience « **Konbit** » montre l'esprit communautaire solidaire qui pourrait servir comme base pour le développement des actions de mise en commun des ressources pour la santé.

Le « **SOL** » est une forme haïtienne de tontine : elle permet à un groupe d'individus qui se font confiance mutuellement de cotiser de manière régulière, afin de verser la contribution de chacun des membres à tour de rôle. Ceci concerne à la fois ceux qui ont des revenus fixes et ceux qui n'en ont pas.

Le « **SABOTAGE** » quant à lui permet aux acteurs du secteur informel de placer de petites sommes d'argent (entre 25 et 100 Gourdes/jour) selon une fréquence déterminée auprès de commerçants ou d'autres qui développent un business sur une courte période assortie d'un intérêt. Compte tenu du potentiel d'acteurs dans ce secteur (environ 4 millions d'individus), une masse importante d'argent est collectée et épargnée. Elle pourrait aider à la mise en place d'un fonds de solidarité santé ou à payer des primes d'assurance à base communautaire.

Les « **Konbit** » système d'organisation du travail basé sur la solidarité et l'entre-aide communautaire. La communauté utilise ce système dans le cadre des travaux agricoles. Ainsi, ils s'unissent pour s'appuyer mutuellement dans les travaux champêtres à tour de rôle. Quelqu'un qui n'est pas membre du Konbit pourra en bénéficier mais devra alors payer pour le service rendu. Ce système de solidarité pourra être utilisé comme base pour la mise en place de mutuelles de santé.

## 3.3 Achat des services et paiement des prestataires

### 3.3.1 Allocation des ressources aux structures de santé

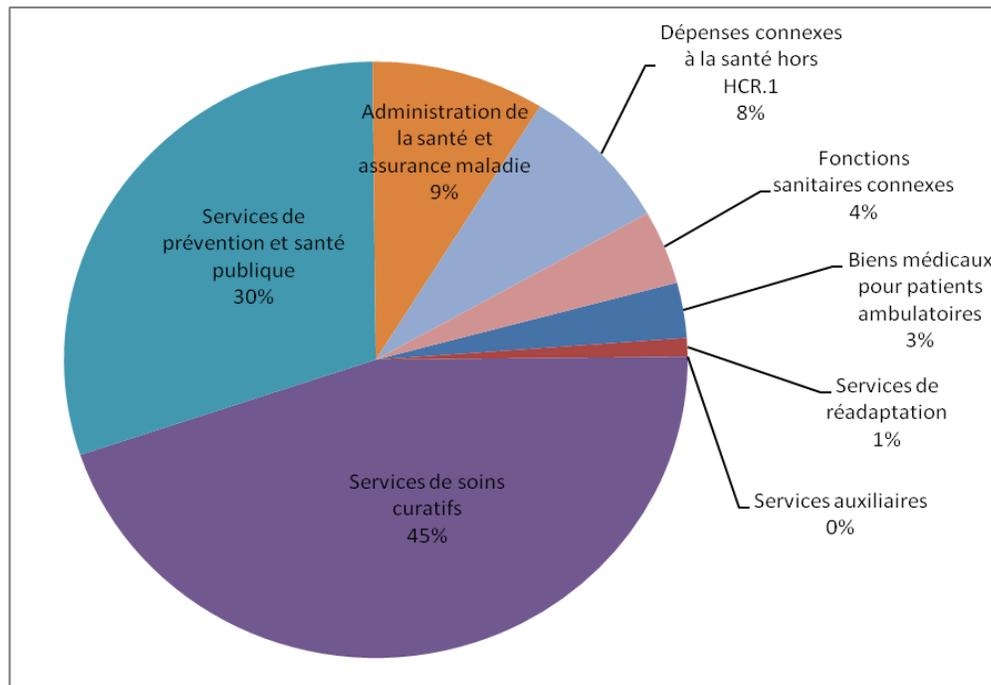
Les fonds du trésor public en santé alloués au MSPP servent généralement à financer : (1) la prestation à travers ses différentes infrastructures sanitaires, (2) l'investissement, souvent concentré sur des réhabilitations et des constructions d'établissements publics de soins et (3) les fonctions normatives liées à la régulation.

La plus grande partie des dépenses gouvernementales de santé a été allouée aux hôpitaux (36%), tandis que près d'un quart des dépenses vont aux centres de santé (23%), 11% aux directions centrales, et 1% aux institutions annexes y compris les institutions de formation.<sup>55</sup>

---

<sup>55</sup> Par exemple l'Ecole Nationale d'Infirmières de Port-au Prince et l'Ecole d'Infirmières et des Sages-femmes

**Figure 14: Répartition des dépenses du ministère de la santé par poste budgétaire, 2010-2011**



Source : Rapport des Comptes Nationaux De Santé 2010 – 2011 (MSPP)

Les fonds de la coopération externe sont le plus souvent alloués directement aux programmes sous forme de subventions pour le fonctionnement, les médicaments, l'investissement et le paiement au personnel.

L'allocation des ressources tant au niveau géographique qu'au niveau des services ne répondent pas à des critères explicites rendant difficiles l'appréciation de l'efficacité de l'allocation des ressources. Par exemple, les activités curatives ont consommé 45% des dépenses de santé en 2010 (voir Figure 8) par rapport aux activités préventives qui ont consommé 30%.

La définition de critères clairs et objectifs d'allocation des ressources au niveau central, par exemple en fonction du profil épidémiologique, de la répartition de la population et la disponibilité des infrastructures (et bien d'autres facteurs) permettrait une affectation des ressources plus équitable et constituerait un levier important pour tenter de réduire les inégalités en santé, à la fois spatiales et sociales.

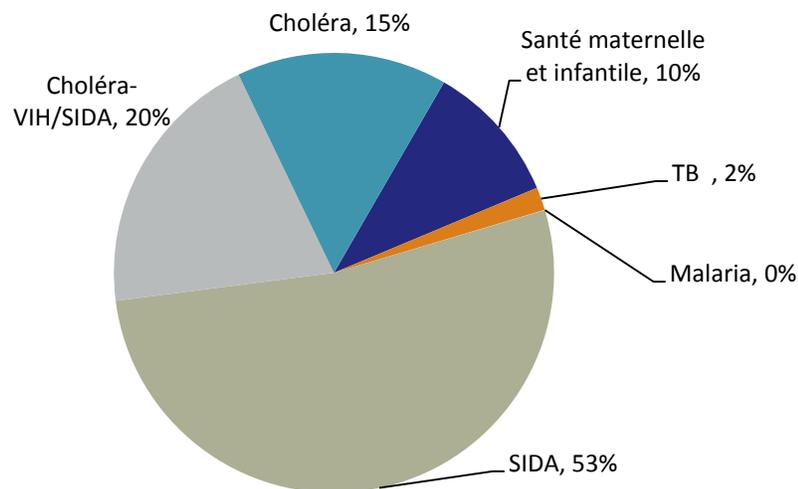
### 3.3.2 Utilisation du budget de l'État à travers les programmes verticaux

Les programmes verticaux représentent une partie importante de la dépense totale de santé. Trois grands programmes consomment une grande partie de l'argent mobilisé, bien souvent sur financement de la coopération externe. La Figure 9 montre qu'en 2010-2011 :

- Le SIDA demeure de loin la maladie la plus financée en Haïti. Il consomme à lui seul plus de la moitié des financements du secteur de la santé (53% plus une partie des fonds dirigés vers les interventions Choléra-VIH/Sida, 20%) ;

- Le choléra, qui a fait son apparition après le séisme, a mobilisé également beaucoup de financement (15%, plus une partie des 20% consacrée aux interventions Choléra-VIH/Sida) ;
- La santé maternelle et infantile, qui est une composante importante dans le cadre des OMD, représente environ 10% des dépenses engagées par le MSPP, sans compter les interventions que bénéficient les mères et les enfants qui tombent sous le financement VIH/Sida (PTME) ou encore Malaria.

**Figure 15: Distribution des fonds de santé par programmes prioritaires, 2010-2011**



Source : Rapport des Comptes Nationaux De Santé 2010 – 2011 (MSPP)

Il faut souligner, encore une fois, les limites de l'analyse ci-dessus basée sur les comptes nationaux de la santé 2010-11, du fait de l'aspect exceptionnel de la période post-séisme et du problème de la fiabilité des systèmes d'information en période post-crise.

### 3.3.3 Paiement des prestataires

Le mécanisme le plus important de paiement des prestataires par le MSPP est l'allocation par ligne budgétaire et la fourniture des intrants en nature. Les personnels de santé perçoivent des salaires<sup>56</sup> qui ne sont pas directement liés à la quantité ou la qualité de prestations servies. Les médicaments sont envoyés aux formations sanitaires de la centrale d'achat ou des autres lieux de stockage gérés par les programmes verticaux, en fonction de demandes exprimés et de la disponibilité, mais pas en fonction des besoins réels ou des soins fournis.

En plus de l'allocation par ligne budgétaire la politique de « recouvrement des coûts » a été instaurée par le MSPP au cours des années 90. Elle introduit dans les formations publiques le paiement à l'acte par le biais des frais de consultation (frais de dossier médical allant de 50 à 250 gourdes), et des tarifs variables pour l'achat des médicaments et les examens paramédicaux (lorsque ces derniers sont disponibles). Cependant, cette politique est diversement appliquée dans les institutions sanitaires (voir la discussion de mobilisation de ressources des consommateurs ci-dessus). Le recouvrement des coûts (paiement à l'acte) est aussi pratiqué par la grande majorité des formations ONG.

<sup>56</sup> Les salaires représentaient 91% des dépenses du MSPP en 2010/11 et sont prévues de prendre 89% des dépenses du MSPP en 2012/13.

### Encadré 3 : Projet Manman ak Timoun en Santé

Le Projet Manman ak Timoun en Santé a pour objectif l'amélioration de la santé maternelle et juvénile sur l'ensemble du territoire national. De manière plus spécifique, le projet vise à :

- Accroître l'accès à l'ensemble des prestations garanties pour les femmes en âge de procréer et les enfants de moins de 5 ans en assurant la gratuité des soins ;
- Améliorer la qualité des services de santé fournis ;
- Mettre en œuvre avec les établissements des contrats basés sur la performance ;
- Renforcer ou mettre en œuvre le réseau de soins à partir de la communauté (Agents de Santé Communautaire Polyvalents et équipes de santé de la famille) en intégrant les institutions de premier niveau (« modèle de Carrefour »).

À travers un mécanisme de contractualisation, ce projet a signé des conventions avec 17 hôpitaux qui assurent la fourniture de soins prénatals, de soins obstétricaux, postnatals et la prise en charge médicale des enfants de moins de 5 ans dans leurs aires de responsabilité. En plus des actes médicaux, le paquet de soins couverts inclut également les médicaments et les examens nécessaires de laboratoire. Sur une phase de 18 mois, ce projet a permis une amélioration significative des indicateurs de santé maternelle et infanto-juvénile. Au niveau des hôpitaux cibles, le pourcentage d'accouchements assistés par du personnel médical qualifié est passé de 36% à 60% des parturientes de l'aire administrative de responsabilité par exemple.<sup>1</sup>

Le projet rembourse les hôpitaux sur la base de tarifs établis par une étude de coût initiale. Pour éviter le phénomène de demande induite et de surfacturation, le plafond de remboursement était arrêté au niveau d'activités des formations sanitaires auparavant par mois majorée de 10%.

Avec l'argent généré, les hôpitaux ont pu investir dans la qualité des soins, avec le recrutement de personnel additionnel pour assurer la continuité des services ou encore l'amélioration du plateau technique proposé.

L'arrêt de ce projet constitue une véritable préoccupation pour les institutions et les populations car la gratuite avait eu un impact positif sur la demande de soins obstétricaux et infanto-juvéniles. Le personnel recruté à travers cette initiative commence à être remercié car les institutions ne peuvent plus assurer le paiement de ce personnel. L'impact, cette fois-ci négatif sur les publics cibles et sur le taux de fréquentation, semble immédiat. Il y a donc une corrélation claire entre paiement à l'acte et accès aux soins.

#### A. Contractualisation

La contractualisation est une forme d'allocation de ressources basée sur des critères précis de performance. À cet effet, une expérience pilote de financement basé sur les résultats est en cours. Pour l'achat des services, la contractualisation se fait à deux niveaux: le MSPP signe un contrat de performance avec les DDS qui à leur tour, signent des contrats avec les institutions sanitaires.

L'inscription de cette intervention dans les chantiers du MSPP témoigne de l'intérêt accordé à ce mode de financement du système de santé. Son ancrage au niveau du MSPP (cabinet de la ministre) est un avantage qui pourra faciliter sa mise en œuvre. Toutefois, la faiblesse du système d'information risque d'être un grand handicap pour la mise en œuvre du FBR. L'absence d'un système de vérification communautaire de la performance ne permettra pas de pouvoir

mesurer la satisfaction des utilisateurs des services pour lesquels les prestataires reçoivent des bonus.

Une expérience de contractualisation pour les soins maternels et infantiles est résumée dans l'Encadré 4.

#### **Encadré 4 : Financement basé sur la performance<sup>57</sup>**

Initié depuis octobre 2010 et développé par MSH/SDSH et financé par l'Agence Américaine de Développement, USAID. On retrouve ce programme dans tous les départements sanitaires du pays à raison de deux sites par département.

Certaines dépenses sont remboursées par le programme au niveau des institutions sur une base de performance de cette institution.

Le programme ne finance pas directement les soins. Ils aident en quelque sorte le MSPP à rendre certains services disponibles comme les soins maternels et de CDV. Sur la base des indicateurs de performance certaines dépenses sont remboursées.

#### **L'impact sur l'accès et la qualité des soins**

On n'a pas observé un impact réel sur la qualité des soins. Ce programme influence beaucoup plus la gestion et le fonctionnement des institutions car il vise la performance globale.

Il favorise une augmentation de l'utilisation des services préventifs surtout comme la vaccination et la planification familiale. La capacité d'accueil est souvent dépassée et le personnel ne suit pas toujours malgré les « incitatifs » de gestion.

Le personnel pense qu'il travaille trop et cela entraîne certaine démotivation. Etant donné l'orientation communautaire de ce programme, il y a une augmentation de la satisfaction des personnes dans les postes de santé situés souvent dans des zones très reculées.

---

<sup>57</sup> Genesis: Étude des effets des politiques nationales de financement sur l'accès aux soins de santé dans les départements Sanitaires du Sud, la Grand' Anse et le Nord-Ouest, 2012.

## 4. CONCLUSION

Le financement de la santé en Haïti est marqué par un contexte post-séisme où l'effort international de reconstruction du pays a eu un grand impact. Ceci a modifié, de façon transitoire, la structure du financement de la santé. Les ONG et les organismes de la coopération internationale sont devenus les plus grands acteurs du secteur de la santé, remplaçant à ce titre l'État. Ce modèle n'est que temporaire. Cette multitude d'intervenants injectent certes un volume conséquent de ressources dans le système de santé mais imposent chacun leurs conditions et leurs méthodes, en plus de celles édictées par l'État Haïtien. Le MSPP a publié la PNS en 2012 qui définit une vision à long terme pour le système de santé en Haïti, mais il ne fournit que quelques idées sur le système de financement pour accompagner et soutenir cette vision.

Les questions majeures aujourd'hui sont les suivantes :

- Comment évoluera le financement de la santé au fur et à mesure que l'on s'éloigne du contexte du tremblement de terre ?
- Quel est le système adéquat de financement de la santé à long-terme ?
- Quelles sont les modes de financement permettant d'assurer la pérennité et l'efficacité du système ?

### 4.1 Le manque de coordination de multiples acteurs dérégule le secteur

Le manque de coordination de différents acteurs dérégule à tous les niveaux le secteur de la santé. Le MSPP aimerait jouer le rôle d'organisateur (steward) du financement du secteur mais actuellement sa capacité de mobiliser des ressources internes et de gérer le financement du secteur de la santé reste très limitée.

Une part importante des ressources financières passe de la population aux prestataires privés à but lucratif et aux ONG sous forme de paiements directs, et une partie des fonds vont directement de la population aux prestataires publics par le biais de co-paiements. Ces co-paiements sont fixés d'une façon anarchique sans connaissance et calcul des coûts réels. Cela a lieu dans un contexte où les mécanismes de régulation et d'évaluation au niveau de l'Etat, des professionnels et des usagers sont faibles voire impuissants. Les aides externes sont aussi largement en dehors du contrôle du MSPP. Les PTF offrent et négocient des projets et des fonds avec le MSPP, mais ce dernier n'est pas en position de refuser ces propositions et leurs apports de fonds. Les aides externes apportés par et pour les ONG ne sont pas connues d'une façon systématique par le MSPP (objectifs, valeur, affectation aux programmes, répartition géographique, délais, etc.).

En plus, la structure du financement actuel ne permet pas beaucoup de mise en commun des fonds. L'assurance OFATMA ne couvre que certains services (les accidents de travail et la maternité) et un bon nombre d'entreprises privées n'y participent pas. Même si l'OFATMA pourrait couvrir l'ensemble des employés du secteur privé et leurs familles avec un paquet de bénéfices plus large, la majorité de la population Haïtienne ne serait pas couverte en raison de la faible part de l'emploi formel. En outre, les employés du secteur privé ne sont pas ceux qui ont le plus besoin de protection sociale. Il en est de même pour la couverture du Groupe Santé Plus (GSP) pour les fonctionnaires de l'Etat, l'Office nationale d'assurance-vieillesse (ONA) pour les retraités, et l'assurance maladie privée. Ces trois mécanismes d'assurance ne couvrent que des populations limitées en nombre et aussi relativement

aisées. Il y a certes des tentatives pour promouvoir l'assurance à base communautaire (mutuelles de santé) en Haïti, mais elles restent modestes et très limitées.

Le MSPP utilise les méthodes classiques d'allocation de ressources aux prestataires des soins : lignes budgétaires affectés à l'achat des intrants fournis en nature (médicaments, équipements, locaux, personnels) aux formations sanitaires. Les ressources allouées ne sont pas en fonction ni de la quantité ni de la qualité des soins fournis. Il y a quelques expériences et projets pour un financement basé sur les résultats dans certains départements. Les performances de ces projets sont diversement appréciées et doivent faire l'objet d'analyses approfondies.

En matière de modalité de paiement, les prestataires privés à but lucratif et ceux des ONG sont payés plus ou moins à l'acte par les consommateurs, il en est de même pour les centres publics (payé par le biais des co-paiements). Ce mélange de mécanismes de paiement des prestataires n'est pas guidé par une stratégie cohérente. Les modalités de paiement en place n'incluent pas du tout la capitation ou le paiement par groupe de traitement (type *diagnosis-related group* (DRG)), utilisés par beaucoup d'autre pays.

## 4.2 Accessibilité des soins

L'EMMUS V et les autres enquêtes montrent que, pour la très grande majorité de la population, les soins de santé sont inaccessibles. Les groupes de discussion montrent que, si la qualité était assurée, la participation financière demandée ne serait pas une barrière majeure pour la majorité (mais elle reste une barrière pour les plus pauvres). Les politiques de gratuité ciblée ou de subventions initiées par l'État avec l'appui des partenaires facilitent l'accès aux soins. Une politique d'exonération pour les indigents est appliquée au niveau des établissements de soins, le plus souvent sans critères explicites cohérents. On note cependant que là où il y a exemption totale, la fréquentation est nettement plus élevée que dans les centres où le recouvrement de coûts est appliqué.

## 4.3 Qualité des soins et services

Les recettes propres des formations sanitaires, souvent utilisées pour payer les salaires du personnel communautaire, assurer l'entretien des institutions et renouveler le stock de médicaments et d'intrants, demeurent faibles et sont insuffisantes pour faire face à l'ensemble de besoins de formations. Cela a des effets néfastes sur les structures de santé: non-recrutement de personnel technique, non-entretien des locaux et surtout des ruptures fréquentes de stocks de médicaments. Nos interactions avec les utilisateurs des services de santé nous ont permis de confirmer ces problèmes récurrents auxquels font face les prestataires de soins : manques de personnel qualifié et de médicaments, délais d'attente assez longs et locaux mal entretenus. L'absence d'indicateurs de qualité ne permet pas d'évaluer le niveau de la prise en charge des patients. Toute porte à croire que dans les établissements publics, du fait des problèmes mentionnés ci-dessus, la qualité laisse beaucoup à désirer. La qualité des services publics de santé révèle souvent la qualité générale du système, jouant ainsi le rôle de régulateur. Si la qualité des services publics est bonne et que les prix ne sont pas trop élevés, le secteur privé s'aligne s'il veut survivre. Par contre, quand la qualité des soins est mauvaise dans le secteur public, on constate que le secteur privé n'est pas très incité à délivrer des soins adéquats et de qualité.

## 4.4 Allocation des ressources

Le plus souvent, les ressources de l'État sont affectées au MSPP sur une base historique et non sur une base programmatique. En plus, l'analyse de la situation montre que la répartition des ressources au sein du secteur n'est pas toujours en adéquation avec l'ambition d'efficacité et d'équité du système. D'abord, parce que les ressources vont beaucoup plus aux activités curatives que préventives. Ensuite, parce que

les programmes verticaux ciblant le VIH et le choléra concentrent plus de 70% des ressources, alors que le poids de ces patients dans la morbidité nationale reste relativement faible. Le taux de prévalence du VIH/Sida est de 2,1% par exemple.<sup>58</sup> Enfin, le paiement des salaires du personnel pèse plus de 90% dans le budget de fonctionnement de l'État. L'allocation des ressources des partenaires se fait le plus souvent directement aux établissements de soins, en fonction des objectifs des PTF.

Un autre constat majeur est la concentration des ressources humaines dans le département Ouest alors que d'autres départements ont des taux de couverture en personnel très faible. De la même manière que les ressources humaines, les équipements sont inégalement répartis, ils sont principalement concentrés dans le département Ouest.

## 4.5 Les mécanismes de mise en commun des ressources

Il existe de nombreux mécanismes traditionnels de solidarité et d'entraide au sein de la population haïtienne, particulièrement, pour les travaux de récolte, les tontines, et dans le domaine de la microfinance. Cette expérience à travers les **SOL**, les **SABOTAGE** et les **KONBIT** peut constituer un socle solide pour développer des mécanismes de protection mutuelle, notamment d'assurance à base communautaire. D'autres initiatives privées innovantes, comme le model DASH, ont permis à beaucoup de groupes sociaux de bénéficier d'une forme implicite d'assurance maladie.

Les institutions de protection sociale restent marginales par rapport au risque maladie. L'OFATMA, l'ONA et la caisse d'assistance sociale ne couvrent qu'une faible partie de la population haïtienne (au maximum 20% de la population).

## 4.6 Disponibilité de l'information

Le système d'information en reconstruction ne permet pas de bien mesurer la performance du système. Les outils de collecte qui constituent le 1<sup>er</sup> niveau du système d'information ne sont pas disponibles partout, ce qui rend la collecte primaire de données difficile. Ceci pose plus généralement le problème de complétude, d'exhaustivité et de promptitude de l'information. Pour le rapportage des indicateurs de services, l'information est quelque fois disponible au niveau opérationnel mais non compilée et traitée au niveau central. Le suivi financier, quant à lui, est quasiment absent du système d'information.

---

<sup>58</sup> <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/haiti/> (30 janvier 2015)



# 5. PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER LE SYSTÈME DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Cette analyse de la situation révèle qu'il n'y a pas un système adéquat de financement de la santé en Haïti. A l'insuffisance des ressources mobilisées s'ajoutent le faible taux de mise en commun des fonds et d'utilisation de ressources, aggravé par le mécanisme passif de leur allocation aux établissements et formations sanitaires publics.

Cependant, la documentation grise au niveau du MSPP et des partenaires, ainsi que les organes de concertation entre les acteurs indiquent des pistes de réflexion qui pourront être explorées afin d'augmenter les ressources du système, rendre leur accès plus équitable et leur utilisation plus efficiente. Dans une étape ultérieure de ce travail, ces pistes et d'autres propositions seront évaluées quant à leurs aptitudes à former une stratégie de financement cohérente. Elles sont présentées ici uniquement pour alimenter la réflexion.

## 5.1 Mobilisation des ressources

- Développer une stratégie de plaidoyer pour que la santé soit une priorité dans l'allocation de ressources budgétaires de l'Etat surtout quand il s'agit de ressources supplémentaires. Avec le système de planification à moyen terme, des objectifs opérationnels doivent y être rattachés. Ce cadre doit être un outil de plaidoyer qui permettra au MSPP de disposer de plus de ressources au niveau du budget national. Ceci sera facilité s'il y a un élargissement de l'assiette fiscale qui permettrait à l'État Haïtien de disposer de plus de recettes ;
- Définir une politique claire de tarification des actes médicaux : aujourd'hui, ni les décideurs, ni les prestataires ne savent combien coûte un acte médical. La méconnaissance du coût des actes ne permet pas de mettre en œuvre une bonne politique de tarification. La mise en œuvre de cette politique passe par une détermination des barèmes des tarifs mais aussi par la définition de modalités d'utilisation des recettes issues de cette tarification ;
- Diversifier les sources de revenus, notamment en impliquant d'avantage le secteur privé formel dans la prise en charge de son personnel : promouvoir le partenariat public- privé est probablement une des stratégies les plus prometteuses en termes de mobilisation de revenus additionnels pour le secteur de la santé. Il faut donc définir une stratégie de façon concertée pour permettre à ce que cette source soit rendue disponible, sans pour autant créer un frein à l'activité économique ;
- Améliorer la gestion des finances publiques : l'augmentation des ressources du MSPP est conditionnée par une utilisation efficiente des ressources déjà disponibles. En effet, il est clair que, dans un dialogue avec le Ministère des Finances, le MSPP ne sera crédible que s'il montre ses efforts continus et ses capacités réelles pour améliorer l'efficacité du système. Cela passe par une allocation rationnelle, mais également une utilisation efficiente des ressources, que ce soit en termes de ressources humaines ou de ressources financières.

- La répartition des ressources humaines doit se faire en fonction des besoins prioritaires (degré de couverture). Les conditions nécessaires à une telle répartition doivent être identifiées rapidement, afin d'agir en amont sur la stratégie en terme de formation des personnels de santé, mais également en aval, en définissant des incitatifs à la mobilité et des stratégies de rétention des personnels. Cela améliorera la motivation des personnels et leurs performances au travail.

## 5.2 Mise en commun des ressources

- Mise en place d'un fonds national de développement social : l'Etat s'est engagé à mettre en place un Fonds National de Solidarité Santé. Il devra fédérer tous les mécanismes de gratuité et de subventionnement des services de santé. La mise en place de ce fond unique d'assistance maladie devrait permettre une meilleure coordination entre les interventions, mais également le développement d'une stratégie plus cohérente pour améliorer l'accès des populations aux soins de santé, dans un souci constant d'équité.
- L'objectif de la décentralisation est de rapprocher l'administration des contribuables. Ceci devrait se traduire par une plus grande implication des citoyens dans l'effort de santé, tant dans la gestion que dans le financement des services. Dans cet effort de participation communautaire, l'assurance à base communautaire pourrait être une stratégie envisageable. L'expérience du Rwanda<sup>59</sup> en la matière montre qu'un élément central est la volonté politique. Cette stratégie doit être nationale, avec l'ensemble des mécanismes de support nécessaires, préconditions pour que ces instruments contribuent de façon significative à la fois à la gestion et au financement équitable du système. Si ce préalable n'est pas rempli, les résultats des assurances à base communautaire resteront faibles.<sup>60</sup> Cette stratégie pourrait être envisagée étant donné le potentiel d'épargne existant au niveau du SOL et du Sabotage. L'expérience communautaire en matière de micro-crédit pourrait être mise à contribution dans le cadre du développement de la micro assurance santé afin de voir comment coupler les remboursements avec les primes d'assurance communautaire.
- La réorganisation des mécanismes de protection sociale doit être une action prioritaire pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle. L'OFATMA, principale agence de sécurité sociale du pays, n'arrive toujours pas à couvrir sa population cible. Cet organisme pourrait se concentrer sur le financement de la demande et éventuellement abandonner la prestation de services pour éviter une confusion des rôles. Dans sa réorganisation, il devra intégrer la caisse de d'assistance sociale aussi et travailler en étroite collaboration avec l'ONA et la fonction publique pour l'assurance des personnes âgées et les salariés de la fonction publique.

---

<sup>59</sup> P4H, 2011

<sup>60</sup> Gnawali et al., 2009; Saksena, Antunes, Xu, Musango, & Carrin, 2010; Soors, Devadasan, Durairaj, & Criel, 2010

## 5.3 Allocation des ressources

- Le MSPP est en train de mener une expérience pilote de contractualisation avec les prestataires publics de soins. Cette expérience, si elle est concluante, devrait permettre une allocation plus efficiente des ressources, et peut-être plus équitable également en fonction des termes du contrat. Elle devrait être étendue rapidement aux prestataires ONG et privés à but lucratif dans la mesure où 75% de la prestation de service est assurée par ces institutions. Sa mise en œuvre devra veiller à la séparation claire des fonctions – entre achat et prestation - mais aussi à la mise en place de mécanismes de vérification communautaire, qui permettent non seulement un retour important sur la satisfaction des patients, et donc sur la performance des prestataires contractualisés, mais également permettent de contrôler les fraudes et constituent un incitatif intéressant à une plus grande implication des populations.
- Le programme de vaccination est totalement financé par des partenaires extérieurs. Dans un souci de pérennisation, le MSPP gagnerait à inscrire une ligne budgétaire pour la vaccination. Cette ligne pourra aussi prendre en charge le paiement de la contrepartie du fonds GAVI qui est présentement financée par le CDC. Pour une meilleure performance du PEV, la chaîne de froid devra également être renforcée. Les fonds du GAVI relatifs au RSS peuvent être utilisés en conséquence.
- Le MSPP dans ses chantiers voudrait développer un Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) comme outil d'allocation de ressources en fonction des objectifs. Cet outil permettrait d'accroître la visibilité des besoins du secteur public et de promouvoir une allocation plus efficiente des ressources en fonctions des objectifs.







BOLD THINKERS DRIVING  
REAL-WORLD IMPACT