



RÉPUBLIQUE D'HAÏTI
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION
(MSPP)

RAPPORT

DES COMPTES NATIONAUX

DE SANTÉ 2011 - 2012

Juin 2014



RÉPUBLIQUE D'HAÏTI
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION
(MSPP)

RAPPORT DES COMPTES NATIONAUX DE SANTÉ 2011-2012

Juin 2014

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	iii
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES SCHEMAS	v
LISTE DES ANNEXES	v
LISTE DES SIGLES	vii
PREFACE	1
REMERCIEMENTS	3
DÉFINITION DE QUELQUES CONCEPTS	5
AVANT-PROPOS	7
RESUME EXECUTIF	9
 CHAPITRE I. CONTEXTE DE L'ETUDE	 11
1.1 - Contexte socio-économique	12
1.2- Population et déterminants de la santé	12
1.2.1 Déterminants démographiques	12
1.2.2 Déterminants biologiques	12
1.2.3 Déterminants environnementaux	13
1.2.4 Déterminants sociaux	13
1.2.5 Déterminants économiques et financiers du secteur	13
1.2.6 Déterminants culturels	14
1.3- La situation sanitaire (OMD en Haïti)	14
 CHAPITRE 2. PRÉSENTATION DU SYSTÈME DE SANTÉ HAITIEN	 15
2.1- Administration générale du système de santé haïtien	15
2.2- Création des ressources	16
2.3- La prestation des services	16
 CHAPITRE 3. LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTE HAITIEN	 19
3.1- Les mécanismes de financement	19
3.2- La problématique du financement de la santé en Haïti	21
3.3- Les acteurs du financement	21

3.3.1- Le financement du secteur public	22	
3.3.2- Financement des ménages	22	
3.3.3- Financement de la coopération externe	22	
CHAPITRE 4 : PROCESSUS D'ELABORATION DES COMPTES NATIONAUX		
DE SANTE 2011/2012	23	
4.1- Cadre méthodologique	23	
4.1.1- Système des Comptes de Santé (SCS) 2011	23	
4.1.2- Méthodologie d'élaboration des CNS 2011/2012	24	
4.2- Collecte des données	25	
4.2.1- Collecte des données secondaires	25	
4.2.2. Collecte des données primaires	25	
4.3- Traitement et analyse des données	26	
4.4-Limites de l'étude	27	
4.5- Recommandations pour améliorer le processus d'élaboration des CNS	27	
CHAPITRE 5 : ANALYSE DES RESULTATS DES CNS 2011/2012		29
5.1- Agrégats généraux	29	
5.2- Les dépenses totales de santé	30	
5.3. Distribution des dépenses totales de santé	30	
5.4- Analyse des dépenses courantes de santé par sources de financement	31	
5.5- Analyse des dépenses courantes de santé par régimes de financement	32	
5.6- Analyse des dépenses courantes de santé par agents de financement	34	
5.7- Analyse des dépenses courantes de santé par prestataires de soins	35	
5.8- Analyse des dépenses courantes de santé par Fonction	36	
5.9- Analyse des dépenses courantes de santé par Maladie	37	
5.10- Analyse des dépenses d'investissement 2011/2012 dans le secteur de la santé	38	
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS		41
Synthèse des résultats des CNS 2011/2012	41	
Suggestions pour l'amélioration du financement du système de santé	42	
BIBLIOGRAPHIE		43

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Principaux Agrégats – CNS 2011/2012	29
Tableau 2 : Répartition de la Dépense Totale de Santé (DTS) par source de fonds.....	30
Tableau 3 : Dépenses courantes de santé par sources de fonds.....	32
Tableau 4 : Distribution des dépenses d'investissement par sources de fonds.....	38

LISTE DES SCHEMAS

Schéma 1 : Distribution de la dépense totale de santé par types de dépenses.....	31
Schéma 2 : Distribution des dépenses courantes de santé par sources de financement.....	31
Schéma 3 : Distribution des dépenses de santé par régimes de financement	34
Schéma 4 : Distribution des dépenses de santé par agents de financement	35
Schéma 5 : Distribution des dépenses de santé par prestataires	36
Schéma 6 : Distribution des dépenses courantes de santé par fonctions.....	37
Schéma 7 : Distribution des dépenses courantes de santé par maladies.....	38
Schéma 8 : Distribution des dépenses d'investissement 2011/2012.....	39

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : DEPENSES TOTALES DE SANTE:

Régimes de financement X agents de financement	47
--	----

ANNEXE 2 : DEPENSES COURANTES DE SANTE :

2.1 : Revenus des régimes de financement X régimes de financement	48
2.2 : Régimes de financement X agents de financement	49
2.3 : Revenus des régimes de financement X agents de financement	50
2.4 : Régimes de financement X fonctions	51
2.5 : Agents de financement X prestataires de services de soins	52
2.6 : Prestataires de services de soins X régimes de financement	53
2.7 : Prestataires de services de soins X fonctions	54
2.8 : Agents de financement X maladies	55

LISTE DES SIGLES

ASN	Autorité Sanitaire Nationale
BM	Banque Mondiale
CAL	Centre de santé avec lits
CICS	Classification Internationale pour les Comptes de Santé
CNS	Comptes Nationaux de Santé
CSL	Centre de santé sans lits
DG	Direction Générale
DCS	Dépense Courante en santé
DTS	Dépense Totale de santé
ECVMAS	Enquête sur les Conditions de Vie des Ménages après le Séisme
EMMUS	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
EPSSS	Enquête sur la Prestation des Services de Soins de Santé (SPA)
FA	Financing agent (Agent de Financement)
FS	Financing Source (Revenu des régimes de Financement)
HC	Health Care Function (Fonction de santé)
HCR	Hôpitaux Communautaire de Référence
HF	Financing Scheme (Régime de Financement)
HFG	Health Finance and Gouvernance (Projet d'appui au Financement de la santé et à la Gouvernance)
HP	Health Provider (Prestataire de service et de soins)
HTG	Gourde Haïtienne
ICHA	International Classification for Health Accounts
IEC	Information, Education et Communication
IHSI	Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique
ISBLM	Institution Sans But Lucratif au Service des Ménages
MSPP	Ministère de la Sante Publique et de la Population
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MGAE	Module de Gestion de l'Aide Externe
OMS	Organisation Mondiale de la Sante
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONPES	Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
PTF	Partenaire Technique et Financier
PIB	Produit Intérieur Brut
PNS	Politique Nationale de Santé
PSNRSS	Plan Stratégique National pour la Réforme du Secteur Santé

RDM	Reste du Monde
RGPH	Recensement General de la Population et de l'Habitat
SCS	Système des Comptes de la Santé
SHA	System of Health Accounts
SSPE	Service de Sante de Premier Echelon
SES	Service d'Economie de la Sante/ UEP
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience acquise
UCAONG	Unité de Coordination des Activités des ONG
UEP	Unité d'Etudes et de Planification du MSPP
USAID	United States Agency for International Development (Agence Américaine de développement)
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

PREFACE

Un système de santé performant reste l'un des objectifs du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) pour pouvoir répondre aux attentes de la population qui sont, à juste titre, très élevées en Haïti. Cette performance ne peut être atteinte sans une régulation et une planification systématique du financement du système de santé.

A titre de Ministre de la Santé Publique et de la Population, il nous revient non seulement de prendre les bonnes décisions pour assurer la qualité et l'accessibilité des services, mais aussi de rendre compte de notre action, en toute transparence. L'une des façons de le faire est de rendre disponible des données fiables sur le financement du secteur et c'est précisément l'objectif de la publication des Comptes Nationaux de Santé. Ce document préparé par l'**Unité d'Études et de Programmation** avec l'appui de Health Financing and Governance (HFG), un projet de l'USAID fournit des renseignements sur les dépenses en santé pour l'exercice 2011-2012. Je remercie ladite Organisation.

Ainsi, le Ministère de la Santé Publique et de la Population se donne les moyens d'une meilleure maîtrise du financement du système de santé. En collaboration avec ses partenaires, le MSPP mènera des réflexions poussées en vue d'aboutir à des décisions tendant à corriger le dysfonctionnement du système en évitant les duplications. Il s'assurera que les domaines stratégiques et prioritaires soient financés afin d'obtenir plus d'impact sur les communautés desservies à partir de partenariats mieux planifiés et coordonnés.

Je demeure convaincue que, malgré les défis auxquels nous faisons face, notre système de santé est en train de faire des avancées significatives dans la majorité des programmes. Il reste que les enjeux soient considérables et que de bonnes décisions soient prises pour que notre système de santé puisse être financé adéquatement au cours des prochaines décennies, sans compromettre les autres missions essentielles de l'État. Grâce à la publication annuelle des **Comptes nationaux de la santé**, le débat sur ces questions se fera dorénavant de façon plus éclairée.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population exprime un réel plaisir à partager, avec les collègues du gouvernement, les autres institutions de l'État, les partenaires du secteur santé tant nationaux qu'internationaux, les chercheurs, les étudiants et le public en général, les résultats des Comptes Nationaux de Santé 2011-2012 et invite tous ceux qui s'intéressent aux questions de Santé à en faire une utilisation rationnelle et objective dans le sens d'une amélioration réelle des conditions de vie de la population haïtienne.


Dr Florence D. GUILLAUME
Ministre

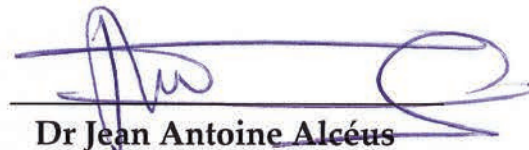
Remerciements

Ce rapport des Comptes Nationaux de Santé(CNS) 2011-2012 a été réalisé par le comité technique des CNS avec l'appui de HFG/USAID. La Direction de l'UEP entend saluer le dynamisme dont ils ont fait preuve en dépit des difficultés rencontrées aussi bien dans la collecte que dans le traitement des données.

Cet exercice des CNS est né des orientations stratégiques de la Haute Autorité du MSPP et de l'engagement de l'équipe technique coordonnée par la Direction de l'Unité d'Etudes et de Programmation (UEP) du MSPP avec la contribution de HFG et du Comité de Pilotage des CNS.

L'occasion m'est donnée de saluer la collaboration des partenaires nationaux et internationaux au nombre desquels on peut citer : l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique(IHSI), l'Observatoire National de Pauvreté et d'Exclusion Sociale (ONPES), MPCE (MGAE, UCAONG) ; l'ensemble des prestataires de soins ; les ONG, ainsi que les partenaires bilatéraux et multilatéraux qui ont bien voulu partager leurs informations sur les revenus et dépenses de santé de leurs institutions. Il faut aussi mentionner l'appui financier de l'USAID à travers le projet HFG pour la réalisation de ces comptes. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre gratitude.

Je salue également les lecteurs de ce rapport dont les critiques et suggestions contribueront à améliorer les prochains Comptes Nationaux de Santé.



Dr Jean Antoine Alcés
Directeur de l'Unité d'Etudes et de Programmation(UEP)

DÉFINITION DE QUELQUES CONCEPTS

Régimes de financement :

Les régimes de financement de la santé sont des composantes structurales des systèmes de financement de la santé, ils regroupent les principaux dispositifs de financement par lesquels les populations obtiennent des services de santé. Les régimes de financement de la santé incluent les paiements directs par les ménages pour les services et biens de santé et les dispositifs de financement de tierces parties.

Revenus des régimes de financement :

Le revenu est une accumulation de fonds d'un régime de financement de soins par des mécanismes de contribution spécifiques. Les catégories de la nomenclature sont les différents types de transactions par lesquels les régimes de financement mobilisent leurs revenus.

Formation brute de capital fixe :

La formation brute de capital dans le système de soins de santé est mesurée par la valeur totale des actifs que les prestataires de santé ont acquis au cours de la période comptable et qui sont utilisés de façon répétée ou continue pendant plus d'un an dans la production de services de santé.

Agents de financement:

Un agent de financement est une unité institutionnelle impliquée dans la gestion d'un ou de plusieurs régimes de financement. Elle peut ainsi recevoir des revenus, payer des services au nom d'un ou de plusieurs systèmes de financement, et peut être impliquée dans la gestion et la réglementation du financement de la santé.

La Gouvernance:

Supervision du système, en termes de formulation de politique, de réglementation appropriée et de suivi.

La Création de ressources:

Investissements dans les ressources humaines, les intrants et les technologies essentiels.

Financement:

Mobilisation/mise en commun de ressources pour la santé, achat de services.

Fourniture de services :

Combinaison d'apports qui font partie du processus de production de services qui résultent en interventions de santé au profit d'individus ou de la communauté; elle vise à produire un mélange de services personnels et non personnels les meilleurs et les plus efficaces, et à les rendre accessibles.

Dépenses courantes :

Dépenses de consommation finale en biens et services de santé d'unités résidentes.

AVANT-PROPOS

Depuis plusieurs années, les comptes sectoriels dans les systèmes de comptabilité nationale se sont révélés un outil très utilisé qui devient même incontournable pour présenter les flux financiers d'un secteur donné. Malgré tout, de nombreux pays ne parviennent pas encore à faire cette expérience tandis qu'une catégorie a déjà cette pratique comme acquis et que d'autres pays sont en train de l'institutionnaliser. Haïti fait partie du troisième groupe qui, après la deuxième édition de ses comptes nationaux de santé, est en train de pérenniser le processus. L'élaboration des Comptes Nationaux de Santé devient un enjeu qui interpelle à la fois le ministère et les autres acteurs qui interviennent dans le secteur soit à titre d'investisseur, soit à titre humanitaire. L'intérêt se trouve dans les informations qu'ils rapportent et les besoins qu'ils soulèvent en vue d'orienter les décisions de rentabiliser des fonds ou pour apporter une aide à une population nécessiteuse et sans ressource. Ces informations permettent de positionner les opérateurs à partir des réponses aux questions suivantes :

- 1) Qui finance les services de santé dans le pays ?
- 2) Combien d'argent est dépensé pour la santé ?
- 3) Quels biens et services a-t-on achetés ?
- 4) Qui fournit les services?

La démarche d'élaborer les CNS trouve toute son importance non seulement dans le besoin d'informations financières fiables, mais aussi et surtout de la nécessité de cerner l'ensemble des mécanismes de financement dans un système où la multiplication et la multiplicité des acteurs sont une règle. Dans la mesure où ils permettent de suivre les fonds depuis la source jusqu'à la prestation des services en passant par les différentes catégories d'intermédiaires, les comptes nationaux de santé s'imposent comme l'instrument privilégié dans le rapport global sur les dépenses du secteur de la santé. Ils sont d'autant plus importants qu'ils présentent une analyse élaborée sur chaque catégorie d'intervenant avec des recommandations liées aux faiblesses révélées par l'analyse.

Le rapport des Comptes Nationaux de santé est subdivisé en cinq chapitres. Le premier chapitre décrit le contexte socio-économique qui a prévalu en 2011/2012, et présente quelques indicateurs de santé et les déterminants qui ont influencé l'évolution du comportement des variables. Le second chapitre traite du système de santé haïtien, le troisième passe en revue les sources de financement. Le quatrième chapitre nous ramène à la méthodologie utilisée pour collecter, traiter et analyser les données tandis que le dernier chapitre qui inclut la présentation et l'analyse des résultats constitue la réponse effective qu'on adresse à travers les CNS. Les tableaux croisés des différents niveaux d'informations sont présentés dans les Annexes 1 à 9.

RESUME EXECUTIF

Les CNS permettent un suivi systématique, exhaustif et cohérent des flux financiers dans le système de santé du pays pendant une période donnée. Ils sont conçus de manière à intégrer toutes les informations qui se rattachent à ces flux et à faire ressortir les principales fonctions du financement des soins de santé. Ils permettent de mieux orienter les décisions des acteurs du secteur de la santé sur la mobilisation et la gestion des ressources ; le partage du fardeau du financement par les différentes sources ainsi que celui des risques liés au financement des dépenses des soins de santé.

L'analyse des résultats des CNS 2011/2012 peut se résumer comme suit :

- ♦ Les dépenses totales de santé sont estimées à 32,422,938,364.20 de gourdes dont 95% sont alloués aux dépenses courantes et les 5% aux investissements ; elles représentent 10% du PIB
- ♦ La Dépense de santé par habitant en Haïti au cours de la période 2011/2012 est estimée à environ 3,188 gourdes (US\$ 76), soit une hausse de 21% par rapport à l'année précédente. Cette hausse, essentiellement due à l'amélioration de l'estimation des dépenses des ménages pour l'exercice 2011/2012, confirme qu'Haïti se classe dans la catégorie des pays dont la dépense par habitant est supérieure ou égale au minimum permettant d'assurer un état de santé adéquat à la population.
- ♦ Le financement du système de santé en Haïti au cours de la période 2011/2012 a été essentiellement assuré par le secteur « non-public » (93%). En effet 63% des dépenses ont été financés par les fonds externes et 29% grâce à la contribution des ménages haïtiens.
- ♦ Près de la moitié des dépenses de santé sont réalisées grâce aux ressources mobilisées par le régime du Reste du Monde, composé d'organisations contrôlées par une juridiction étrangère, et ayant la liberté de définir les prestations à financer. Dans un tel contexte, seul un véritable leadership du MSPP pourrait garantir l'utilisation des ressources externes au financement des priorités nationales.
- ♦ Malgré les efforts réalisés par le gouvernement haïtien, sa contribution au financement du système de santé reste encore faible bien qu'en valeur nominale cette participation ait augmenté d'environ cinquante millions (50,000,000) de gourdes en 2011/2012 comparativement à l'année antérieure.
- ♦ Par ailleurs, la capacité de l'Etat à mobiliser directement des ressources extérieures pour le financement du système de santé reste encore très faible, Par exemple, les ressources mobilisées par l'Etat haïtien représentent moins de 15% des ressources extérieures mobi-

lisées par les Institutions Sans But Lucratif au Service des Ménages (ISBLM). Les efforts actuels du MSPP pour le rapportage systématique de l'utilisation des ressources reçues par les entités publiques de santé démontrent une volonté de gestion efficiente et de transparence dans la gestion des ressources allouées aux structures publiques de santé ; ce qui pourrait contribuer à terme à la mobilisation de plus de ressources externes par le régime de l'Administration publique.

- ♦ Le système de santé haïtien a montré ses limites dans sa capacité à assurer un accès aux services de soins de santé à l'ensemble de la population et à éviter celle-ci des dépenses catastrophiques en matière de santé. A peine 4% de la population, dont essentiellement les agents de l'Etat et les employés des grandes entreprises privées, est couverte par un mécanisme d'assurance maladie, abandonnant à son sort la frange la plus vulnérable, en général celle à faible revenu; qui exerce dans le secteur informel ou agricole.
- ♦ Près d'un tiers (29%) du financement de la santé est supporté par les ménages, sans une mutualisation des risques. Lorsque la maladie survient, les ménages doivent y faire face par prélèvement direct sur leur principale source de revenus ou sur leur épargne ; obligeant les plus pauvres à faire le choix douloureux du recours aux soins au risque de s'appauvrir davantage. En termes de services de santé, il est à noter que les soins de santé curatifs représentent un poids significatif (40%) dans les dépenses courantes, dont la majorité a été allouée aux services curatifs hospitaliers. Les soins préventifs ont absorbé 27% des dépenses courantes tandis que les dépenses pour l'acquisition de médicaments sont estimées à 17 %.
- ♦ Les hôpitaux et les Programmes de santé publique sont les principaux bénéficiaires du financement alloué au secteur de la santé en Haïti. Ils ont consommé au cours de l'année 2011/2012 respectivement 28% et 27% des dépenses réalisées pour le secteur de la santé en Haïti.
- ♦ Environ 5% de la Dépense Totale de Santé au cours de l'année 2011/2012 ont été consacrées aux investissements, dont 61% sont affectés à la construction des structures de soins et 4% à la réhabilitation ce qui contribue à améliorer l'offre de services qui a été sévèrement atteinte par le séisme de janvier 2010 dans la mesure où près de 35 hôpitaux et 59 centres de santé ont été endommagés ou détruits. L'acquisition d'équipements et de matériels roulant représente respectivement 13% et 11% des dépenses d'investissement. La majorité (89%) des dépenses d'investissements dans le secteur de la santé en Haïti a été financée par les fonds externes, principalement les bailleurs bilatéraux (79%) et les ONG internationales (8%) ; le reste est financé par le gouvernement.

CHAPITRE I

CONTEXTE DE L'ETUDE

1.1 - Contexte socio-économique

Après une croissance de 5.6% comparativement à l'année 2010/2011, l'économie haïtienne, a connu une croissance plutôt modérée au cours de l'exercice fiscal 2011/2012. En effet, selon les premières estimations disponibles pour l'année 2012, le Produit Intérieur Brut (PIB), à prix constant, a crû de 2.8%. Cet accroissement est inférieur à celui de l'année dernière et aux prévisions de 4.5% des autorités pour l'année 2012, mais légèrement supérieur au taux de croissance intercensitaire de la population (2.4%)

Toutefois, pour bien apprécier la performance de l'économie en 2012, il faut avoir présent à l'esprit du contexte dans lequel elle a évolué au cours de cette période. En effet, le retard enregistré dans le démarrage effectif des grands travaux de reconstruction annoncés, la sécheresse à la fois plus rude et plus longue qu'a connue Haïti pendant cette année, ajoutée au passage du cyclone Isaac, ont constitué d'énormes obstacles à la croissance de l'économie en 2012. Néanmoins, malgré ces difficultés, les agents économiques tant du secteur public que du secteur privé ont pu maintenir l'économie sur une trajectoire de croissance. En témoignent les hausses en valeur courante de 15% des recettes fiscales. Et l'on note également au niveau des prix à la consommation, une décélération de l'inflation avec un glissement annuel de 6.5% en septembre 2012 et une moyenne annuelle de 6.8%, contre respectivement 10.4% et 7.5% en 2011.

Les résultats de l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS V 2012) réalisée en 2012, montrent une amélioration significative de nombreux indicateurs par rapport à la situation en 2006 : une augmentation nette du taux d'inscription à l'école primaire, de meilleurs taux de vaccination, une couverture plus large en soins prénataux, une baisse de la malnutrition sévère chez les enfants, ainsi que des taux de mortalité infantile et juvénile. En outre, la proportion de la population utilisant des installations d'assainissement améliorées a doublé, bien que seulement un quart des Haïtiens y ait accès à ce jour. Dans d'autres domaines, il n'y a pas eu d'amélioration significative avec surtout très peu de progrès dans l'accès à des sources d'eau protégées.

1.2- Population et déterminants de la santé

La santé se définit comme étant un état de bien-être physique et mental (OMS), et doit nécessairement être analysée dans ses aspects dynamiques. Elle résulte d'un état d'équilibre entre diverses forces déterminées par l'environnement naturel et social. En d'autres termes, elle peut bénéficier de l'état de la nature et de l'intervention des organisations humaines à travers l'organisation du système de santé ou en partir. Ainsi, l'analyse des déterminants de la santé de la population haïtienne amène à tenir compte des contextes politique, socio-économique, démographique, environnemental et culturel dans lesquels évolue la population.

1.2.1 Déterminants démographiques

Il existe une corrélation entre d'une part la répartition des populations par âge, la planification familiale, la concentration urbaine et plusieurs autres facteurs démographiques et d'autre part l'état de santé des populations.

La population résidente haïtienne est évaluée à plus de dix millions (10,000,000) d'habitants avec un taux de croissance d'environ 2.5%. Les jeunes de moins de 25 ans constituent le groupe démographique majoritaire dans la mesure où ils représentent 61% de la population, ce qui les désigne comme cible prioritaire pour les programmes sociaux en général, et les programmes de santé sexuelle et reproductive en particulier. L'augmentation du taux de croissance est due particulièrement à une fécondité encore élevée (4 enfants par femme). Le taux de fécondité des adolescentes, estimé à environ 29%, reste encore très élevé malgré une certaine baisse. La population augmentera considérablement tant que les déficits actuels en matière de services de santé (PF, CCC, ...) ne sont pas comblés. Ceci pourrait constituer un risque potentiel pour l'état de santé des populations, compte tenu des limites de la capacité de l'offre des services de santé dans le pays, de l'espace territorial disponible et des capacités actuelles de production du pays.

1.2.2 Déterminants biologiques

L'état nutritionnel conditionne le niveau de santé de toute la population et le développement physique et intellectuel des enfants en particulier. Plus de la moitié de la population haïtienne (57%)¹ vivent dans l'insécurité alimentaire. Cette situation participe de la carence nutritionnelle et entretient le cycle de malnutrition. L'état nutritionnel étant un facteur influençant aussi bien le niveau de résistance des individus à toute forme d'infection que l'adhérence à certains types de traitement, il est essentiel que cette problématique soit prise en compte dans toute démarche pour améliorer l'état de santé de la population haïtienne.

1.2.3 Déterminants environnementaux

Le déboisement et la dégradation de l'environnement physique sont à la base de catastrophes naturelles (inondation, éboulement, ...) qui alimentent le tableau de morbidité et de mortalité. Il y a, d'autre part, l'urbanisation anarchique et les conditions de promiscuité

¹ PSNRSS, 2005-2010

physique qui facilitent la transmission de certaines maladies (malaria, typhoïde, choléra, IRA, IST) tandis que l'inefficacité des services publics est une cause majeure de l'insalubrité (eaux usées, assainissement, traitement et élimination des déchets) qui est une menace constante pour la santé de la population. Malheureusement encore, le climat tropical du pays est favorable à la prolifération des insectes vecteurs, propagateurs de certaines fièvres telles que la dengue, la malaria et le chikungunya. C'est le cas des anophèles et des aèdes.

La situation de l'assainissement pose de sérieux problèmes environnementaux et de santé publique. Les résultats du calcul de l'indice d'assainissement de base montrent que seulement 25 communes sur 133 bénéficient de facilités acceptables (Carte de la Pauvreté d'Haïti, 2004). À côté de la dégradation de l'environnement, les villes d'Haïti en général, l'aire métropolitaine en particulier, vivent une situation d'insalubrité sans précédent, résultant de l'absence d'un système fiable d'évacuation et de contrôle des déchets domestiques et humains. Les amas de détritiques qui jonchent les rues des villes haïtiennes constituent un milieu propice pour la reproduction de différents agents vecteurs de maladies.

1.2.4 Déterminants sociaux

L'accès aux services de santé, à l'eau potable et à l'assainissement constitue dans leur ensemble un facteur essentiel du maintien de la santé.

Les résultats de l'Enquête sur la Mortalité, la Morbidité et l'Utilisation des Services (EMMUS V) et ceux de l'Enquête Budget Consommation Ménage (EBCM), s'accordent pour faire un diagnostic, pour le moins alarmant, du niveau d'accès de la population haïtienne aux services de santé et autres services sociaux liés à la santé. On retient que les dispensaires qui offrent un paquet dérisoire de services de santé représentent plus de 50% de toutes les institutions sanitaires. En ce qui concerne l'accès à l'eau potable, il convient de souligner qu'Haïti dispose d'une quantité suffisante de ressources en eau. Le pays reçoit environ 40 milliards de m³ d'eau chaque année dont 10% seulement s'infiltrent dans le sol. On estime que moins de 10% du potentiel hydrique d'Haïti est exploité. Les résultats du calcul de l'indice d'accès à l'eau courante (Carte de la Pauvreté d'Haïti, 2004) montrent que 26 communes sur 133 (19.59%) ont une accessibilité acceptable à l'eau courante. Trois départements géographiques sont dans une situation critique, vu que la totalité de leurs communes est classée faible et très faible.

1.2.5 Déterminants économiques et financiers du secteur

La République d'Haïti est en proie à une pauvreté massive caractérisée par des inégalités importantes, avec 85% de la population vivant avec moins de deux dollars américains (2 USD) par jour (UNESCO – 2009). Les dépenses de santé représentent 3.3% du revenu des ménages (Enquête sur les Conditions de Vie en Haïti - ECVH, 2001). 9% seulement des ménages en milieu rural contre 28% dans l'aire métropolitaine estiment pouvoir faire face à leurs dépenses de santé. Dans l'ensemble du pays, 4 ménages sur 5 affirment n'être pas en mesure de satisfaire leurs besoins alimentaires. C'est dans ce contexte de pauvreté

aigue, où seulement 4% de la population a accès à l'Assurance maladie², que les malades en général attendent que leur état de santé soit détérioré pour recourir aux soins. Le cas échéant ils y renoncent sous contrainte financière, ce qui constitue une barrière à l'accès aux soins de santé.

La coopération internationale est un acteur clé du financement de la santé en Haïti. Cependant, le manque de coordination du financement externe entraîne la dispersion des ressources et l'inefficacité des dépenses dans le système. Ces fonds sont généralement utilisés pour financer les programmes verticaux en ignorant totalement les autres besoins qui pourtant serviraient au développement intégré du système de santé haïtien. Ce sont des problèmes d'allocation qui constituent de sérieux handicaps et qui réduisent les capacités du système à répondre à sa mission de production des services de soins à la population. Cette situation, loin de renforcer le système de soins et d'apporter des solutions pérennes aux problèmes de santé de la population, ne fait qu'affaiblir le système et le leadership du MSPP.

1.2.6 Déterminants culturels

Pour une couche importante de la population, l'apparition des maladies, particulièrement à manifestation spectaculaire, est attribuée à des causes surnaturelles orchestrées par un ennemi et la porte à orienter ses recherches de soins du côté du hougan qui n'a pas toujours l'expertise requise. Entre temps, le cas empire et lorsque cette situation survient, le retard du recours aux services de santé conduit le plus souvent à la mort. L'automédication constitue également un facteur important de l'augmentation de la mortalité en Haïti.

1.3- La situation sanitaire (OMD en Haïti)

Le système de santé haïtien est organisé suivant une pyramide de soins constituée sur trois niveaux pour la prise en charge des besoins de santé de la population. La présentation de quelques indicateurs clés tirés de l'EMMUS V peut nous éclairer sur l'état de santé de la population assurée par ce système. On peut citer:

- ♦ Le taux brut de mortalité a été estimé à 8.7 pour 1000 habitants en 2008³ pour l'intervalle 2010-2015.
- ♦ Le taux de mortalité infantile était de 59‰ en 2012
- ♦ La prévalence de l'anémie s'élevait à 24.5% chez les hommes, 49.3% chez les femmes et 65% chez les enfants de moins de 5 ans (EMMUSV)
- ♦ 36% des naissances ont lieu dans un établissement de santé (EMMUS V)
- ♦ La mortalité maternelle s'élève à 157 décès pour 100,000 naissances vivantes en 2013 (rapport statistique 2013).
- ♦ Le taux de prévalence du SIDA s'élevait à 2.2%.

² EMMUS IV

³ Estimation et projection de la population totale urbaine, rurale et économiquement active

CHAPITRE 2

PRÉSENTATION DU SYSTÈME DE SANTÉ HAÏTIEN

2.1- Administration générale du système de santé haïtien

L'Administration haïtienne est organisée en : Administration d'Etat et Administration des Collectivités Territoriales. L'Administration Centrale elle-même regroupe des organes tels que : les instances du pouvoir exécutif, les services techniquement déconcentrés, etc. Le MSPP est l'instance du pouvoir exécutif chargée de la formulation de la politique nationale en matière de santé dans le cadre de la politique générale définie par le chef du gouvernement. Il assure la régulation et le contrôle de toute action publique ou privée relevant du secteur santé. Le MSPP élabore des projets de lois et des règlements, prépare les décisions du gouvernement et participe à leur mise en œuvre. Il est organisé en Services centraux et en Services territorialement déconcentrés : relais administratifs du ministère, ils sont constitués par les services établis sur tout le territoire de la République pour mettre en œuvre la politique de l'administration centrale.

L'Administration du système de santé en Haïti fait face à d'importants défis qui influencent sa capacité à garantir l'accès des ménages à des soins de qualité. En effet, en dépit des efforts qui ont été réalisés ces dernières années pour améliorer la situation, le secteur de la santé connaît toujours d'énormes difficultés, surtout au niveau de l'offre des soins qui est fragmentée et peu accessible, ce qui pose un problème de contrôle de qualité pour les autorités sanitaires ; auquel s'ajoute la multiplicité des sources de fonds et la multiplication des programmes verticaux. L'absence de protocoles standardisés pour des problèmes de santé, les fréquentes ruptures de stock de médicaments et fournitures médicales, contribuent à la faible qualité des soins au niveau institutionnel.

Les faiblesses de la gouvernance du secteur se traduisent notamment par :

- ♦ Un cadre légal vieillissant, non adapté au contexte actuel alors même que les lois de ce cadre ne sont pas appliquées.
- ♦ Peu d'orientation et de contrôle des organisations non-gouvernementales.
- ♦ Une déficience quantitative et qualitative des ressources tant humaines que matérielles
- ♦ Une multiplicité d'acteurs, avec des motivations et des philosophies d'action diverses et souvent différentes de celles du ministère. Avec ce nombre important d'acteurs et d'intérêts divergents dans le secteur, il est crucial pour l'Autorité Sanitaire Nationale (ASN) d'exer-

cer un leadership sur l'ensemble des intervenants et d'assurer la coordination de toutes les interventions. Il convient de noter que ce leadership commence à se matérialiser à travers l'élaboration de la politique nationale de santé et la mise en œuvre d'un plan stratégique unique englobant tous les domaines, l'articulation du système national d'information qui est une obligation puisque les systèmes parallèles liés à des projets spécifiques ou programmes verticaux constituent des entraves à l'établissement d'un contrôle de l'ensemble du secteur qui soit fiable en vue d'un meilleur pilotage.

2.2- Création des ressources

Haïti est loin de la norme minimale de l'OMS de 25 professionnels pour 10,000 habitants. En effet, le pays compte en moyenne 5.9 médecins ou infirmières et 6.5 autres professionnels de santé pour 10,000 habitants. La disponibilité et la performance des ressources humaines pour le secteur sont conditionnées par :

- ♦ l'existence et l'application d'une planification stratégique des besoins du secteur
- ♦ un système d'accréditation des écoles de formation de professionnels de la santé
- ♦ l'application de curricula adaptée aux besoins du système de santé et la production de professionnels répondant aux profils requis pour la provision des services et soins de santé.

2.3- La prestation des services

La prestation des services dans un système suppose une forme d'organisation et de gestion de ce dernier. Dans cette logique, pour offrir des soins de santé à la population, le système de santé haïtien se plie à une dualité qu'on observe à deux niveaux : l'offre des services est assurée par la médecine traditionnelle et la médecine scientifique alors que les secteurs public et privé collaborent pour coordonner l'offre. Ainsi, le système de soins est structuré sur trois niveaux :

1) **Le niveau primaire** qui comprend trois échelons

- ♦ Échelon 1 comportant les centres communautaires de santé
- ♦ Échelon 2 comportant des centres de santé avec ou sans lit
- ♦ Échelon 3 comprenant les hôpitaux communautaires de référence

2) **Le niveau secondaire** renvoie aux hôpitaux départementaux

3) **Le niveau tertiaire** se rapporte aux hôpitaux universitaires et quelques centres spécialisés. Dans l'ensemble, le système compte 909 structures de santé réparties comme suit : 346 institutions publiques (38 %), 214 institutions privées à but lucratif (24%), 166 institutions privées sans but lucratif (18 %) et 183 institutions mixtes (20%)⁴.

Les institutions sanitaires sont réparties à travers les trois niveaux pour présenter un paquet essentiel de service par échelon à la population. Ces institutions se présentent sous quatre statuts différents à savoir les institutions publiques, privées à but lucratif, privées sans but lucratif et mixtes (partenariat public-privé). La gestion du système est assurée par une organisation pyramidale comprenant le niveau central du MSPP, les Directions Départementales qui consti-

⁴ Source : enquête SPA

tuent le niveau intermédiaire et les Unités d'Arrondissement de Santé correspondant au niveau opérationnel. Du point de vue de la planification et du développement du secteur, le système dispose d'une politique nationale de santé élaborée en 2012, d'un plan directeur paru en 2013 et de plans opérationnels. Bien qu'il reste encore beaucoup de problèmes à résoudre, certains progrès ont été réalisés. C'est le cas de la réduction de moitié de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans, la diminution de 44% de la mortalité infantile. Au moins 90% des femmes ont eu une visite prénatale et 67% quatre visites pendant leur grossesse, ce qui contribue à la réduction de la mortalité maternelle à environ 157 pour 100,000 naissances vivantes. La préparation des prestataires du secteur est assurée par les facultés ou écoles de médecine, les écoles d'infirmières, les écoles d'auxiliaires et par d'autres écoles spécialisées.

Néanmoins, à côté de la médecine scientifique, il existe la médecine traditionnelle qui dessert une part très significative de la population, surtout celle des campagnes. Encore appelée «Medsin fèy » ou « Medsin Ginen », elle représente dans 70% des cas le premier recours de la population en cas de problème de santé. La « Medsin fèy » est basée sur les plantes et fait l'objet d'une transmission de savoir très souvent familiale; elle est immédiatement accessible à la population à partir de l'automédication ou de l'intervention du cercle familial.

CHAPITRE 3

LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ HAÏTIEN

3.1- Les mécanismes de financement

L'analyse fonctionnelle du financement de la santé se base sur trois fonctions principales⁵ à savoir : la mobilisation des ressources ; la mise en commun de ces dernières et l'achat des services.

La mobilisation des ressources

Il existe une corrélation entre l'évolution du PIB et le volume de ressources mobilisées⁶. En Haïti, l'augmentation du PIB au cours des cinq (05) dernières années s'est également accompagnée d'un accroissement des dépenses de santé en proportion du PIB, passant de 5,5% du PIB en 2008 à 7,9% en 2011.

Les ressources mobilisées pour le financement du système de santé haïtien proviennent essentiellement de: l'Etat, la coopération internationale et du secteur privé. Ce dernier étant principalement constitué de la contribution directe des ménages.

Avec une dépense de santé par habitant de 2,519 gourdes (US\$ 62) en 2010-2011, celle-ci dépasse le minimum requis par l'OMS pour assurer un état de santé adéquat à la population comparée à US\$ 27 en 2005-2006.

Après la grande mobilisation de fonds par la communauté internationale au lendemain du séisme de 2010, le MSPP anticipe actuellement une baisse des ressources externes et se dote d'outils nécessaires à d'autres types de mobilisation, il s'agit de la Politique Nationale de Santé (PNS), du plan directeur et des plans opérationnels annuels. Ceux-ci lui permettent d'argumenter les besoins et d'organiser objectivement la mobilisation de ressources financières susceptibles de garantir l'accès aux soins de qualité à la population. Cette mobilisation devrait avoir en perspective l'accroissement du financement public, au moins la stabilisation du financement externe et la diminution du fardeau des ménages.

La mise en commun des ressources

Trois types de mécanismes de mise en commun des ressources existent en Haïti. Ils concernent l'assurance maladie classique (compagnies d'assurance) ; les institutions de sécurité sociale et les mécanismes d'assurance à base communautaire. Connue aussi sous

⁵ J. Kutzin en 2001

⁶ Musgrove, Zeramardini & Carrin, 2002

le nom de mutualisation, l'objectif poursuivi à travers le levier du prépaiement est de réduire la barrière financière à l'accès aux soins et de minimiser par la même occasion la précarité du paiement direct. Le faible développement des mécanismes de prépaiement en Haïti, avec uniquement 4% de couverture de la population, explique pourquoi la barrière financière demeure la principale raison de non recours aux soins en Haïti⁷.

En dépit de tout, une mise en commun de ressources est réalisée à travers des organismes de sécurité sociale tels que l'Office d'Assurance Accidents du Travail, de la Maladie et de la Maternité (OFATMA) ; l'Office National d'Assurance Vieillesse (ONA) et le Programme d'Assurance Maladie des Fonctionnaires.

L'OFATMA est un régime contributif obligatoire pour les employés du secteur privé. Il est en charge des accidents de travail, des maladies professionnelles et de la maternité. Il assure la prise en charge médicale de ses assurés à travers son propre réseau d'hôpitaux et des conventions avec d'autres prestataires de soins.

L'ONA est un mécanisme de protection sociale au bénéfice des employés du secteur privé et para-public ayant atteint l'âge de la retraite ou qui sont atteints d'incapacité physique ou mentale. Il dispose d'un programme de Soins de Santé et Prévention qui assure la prise en charge des agents à la retraite à travers des conventions de partenariat avec des prestataires de soins.

Le Programme d'Assurance Maladie des Fonctionnaires couvre les agents de l'Etat et leurs ayants droit.

Haïti compte neuf compagnies d'assurance maladie volontaire majeures, qui restent cependant inaccessibles à la majorité de la population à cause des conditions défavorables aux petites bourses mais aussi à cause de l'absence de plans d'affaires visant le développement intégré du système.

Les mécanismes d'assurance à base communautaire sont progressivement en train de s'implanter en Haïti, à l'exception de l'assurance à base communautaire mise en place par l'ONG Développement des Activités de Santé en Haïti (DASH) il y a 30 ans de cela.

A côté de ces mécanismes conventionnels de mise en commun de ressources, cohabitent les tontines. Bien que ces dernières n'aient pas pour vocation l'amélioration de l'accessibilité aux soins, elles permettent à travers leur système d'épargne, à leurs membres de recevoir de manière rotative des ressources financières non négligeables permettant de couvrir les frais médicaux lorsque le besoin se présente.

L'achat de services

Le paiement des prestataires se fait principalement par l'allocation de moyens à travers une dotation budgétaire qui est généralement déterminée par l'Administration Centrale (santé et finances) selon des critères qui se répètent d'une année à l'autre. En dehors des salaires du personnel, très peu d'institutions publiques de santé en Haïti reçoivent des crédits budgétaires pour leur fonctionnement, celui-ci étant essentiellement assuré par les recettes internes ou la Coopération externe, les ONG nationales et internationales et d'autres

⁷ EMMUS V

organisations caritatives fournissant des intrants en nature et assurant la rémunération du personnel de santé recruté pour les projets. L'achat des services se fait auprès de 909 institutions qui réalisent la couverture des besoins en soins de santé de la population en complémentarité avec la médecine traditionnelle.

A côté de la pratique d'allocation de ressources aux prestataires sans tenir compte de la qualité, ni de la quantité des services, cohabite en Haïti la pratique de la contractualisation. Elle consiste à allouer des ressources à partir des critères liés aux résultats/performance. D'autres expériences de financement basé sur les résultats sont en cours en Haïti pour l'achat des services au profit de la population.

Le financement du système de santé s'opère à travers des acteurs de trois types qui interviennent dans les dépenses visant le développement du système ou l'achat des services. Ces interventions sont opérationnalisées à travers des mécanismes de financement, de gestion, d'information et d'un système clinique. L'ensemble présente le profil de trois catégories d'acteurs : les sources de financement, les agents de financement et les prestataires. Ces opérateurs sont identifiés par le secteur public, la coopération externe et le secteur privé avec ses différentes composantes. Le poids de ces acteurs dans le financement et leur faible niveau d'adhésion à la politique nationale de santé sont porteurs d'une certaine anomalie dans la gouvernance du système.

3.2- La problématique du financement de la santé en Haïti

Dans le monde, particulièrement dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, les systèmes de santé se trouvent dans l'obligation de gérer les flux financiers associés à d'autres types d'informations comme les statistiques de services liées à l'évolution des maladies auxquelles font face les systèmes de santé. Et le pire dans les pays pauvres comme Haïti, les systèmes de santé sont largement financés par la coopération externe qui échappe au contrôle du régulateur. Malgré le manque de ressources, ces systèmes courent le risque de duplication ou d'allocation inefficace réduisant encore plus les capacités du pays à financer un système efficace et efficient produisant des soins de santé de qualité. C'est un dilemme auquel il faut apporter des solutions adéquates, qui puissent correspondre non seulement à une forte capacité de mobilisation de ressources, mais aussi à une gestion saine et optimale de ces dernières en vue d'atteindre des résultats satisfaisants pour la population. Cet objectif dépend de plusieurs facteurs auxquels on peut adjoindre les questions suivantes : Est-ce que les données disponibles permettent aux autorités sanitaires de maîtriser les mécanismes du financement afin de bien orienter les décisions répondant à des critères d'efficacité, d'efficience et d'équité ? Qui finance la santé ? Par qui transite le financement ? Qu'est-ce qu'on finance ? Pour rester cohérent avec cette vision des choses, les comptes nationaux de santé considérés comme l'outil efficace pour retracer les flux monétaires injectés dans le secteur sont élaborés pour répondre à ces différents types de questions.

3.3- Les acteurs du financement

Les acteurs du financement se divisent en trois grandes catégories. Ce sont l'Etat (secteur public), les ménages et la coopération externe.

3.3.1- Le financement du secteur public

L'Etat haïtien a pour impérieuse obligation de garantir le droit à la santé à la population haïtienne. Cette mission lui a été confiée par la Constitution qui la délègue au Ministère de la Santé Publique et de la Population, sans pour autant interdire de telles interventions de la part d'autres organismes publics. L'exécution de ce mandat par l'Etat renvoie au prélèvement des taxes et impôts sur tous les opérateurs économiques afin de pouvoir financer le budget national y compris les dépenses de santé. Les fonds du trésor public destinés à la santé et qui sont alloués au MSPP servent à financer les fonctions liées à la régulation et à la prestation des services dont une valeur très significative est orientée vers les constructions et la réhabilitation des infrastructures sanitaires.

3.3.2- Financement des ménages

La part des ménages dans le financement de la santé en Haïti est considérable. Leur apport peut être considéré comme un fardeau financier pour eux. Ils interviennent au moyen des paiements directs au moment de l'achat des services, ce qui constitue une barrière à l'accès aux soins dans la mesure où l'individu ne dispose pas d'argent au moment de se rendre à l'hôpital. C'est le même cas de figure pour l'assuré car il devra faire le paiement direct et se faire rembourser par la suite. L'utilisation d'une assurance comme paiement indirect de services se fait au moyen des cotisations versées aux compagnies d'assurances. Les coûts des soins pour les ménages sont moins élevés dans les institutions publiques que dans les structures privées. Le financement des ménages concerne exclusivement l'achat des services auprès des structures sanitaires publiques ou privées et sert à payer les médicaments et les l'honoraire des professionnels de la santé.

3.3.3- Financement de la coopération externe

En Haïti, plus de la moitié des dépenses de santé sont financées par l'aide externe. Cette réalité crée une situation de dépendance qui expose le système aux aléas des contextes économiques internationaux et le rend vulnérable par rapport à la situation économique des pays donateurs. L'aide externe regroupe les bailleurs bilatéraux, multilatéraux et les ONG internationales par lesquelles une grande partie de l'aide publique au développement destinée au secteur santé est transitée et gérée. De manière générale, les programmes verticaux sont financés par ces fonds. En plus des bailleurs traditionnels, ces dernières années, cette coopération est renforcée par la présence des partenaires Sud-Sud avec des coopérations tripartites regroupant le Brésil, le Venezuela et Cuba. Ce sont des apports très diversifiés avec notamment des assistances techniques, le don de médicaments et la participation directe dans la prestation des services.

CHAPITRE 4

PROCESSUS D'ELABORATION

DES COMPTES NATIONAUX DE SANTE 2011/2012

4.1- Cadre méthodologique

4.1.1- Système des Comptes de Santé (SCS) 2011

Les CNS permettent un suivi systématique, exhaustif et cohérent des flux financiers dans le système de santé d'un pays pendant une période donnée. Ils sont conçus de manière à intégrer toutes les informations qui se rattachent à ces flux en faisant ressortir les principales fonctions du financement des soins de santé qui sont: la mobilisation des ressources, la mise en commun des ressources et le partage des risques ainsi que l'achat des services. Par le biais de ces dimensions, les CNS sont un outil essentiel au rapportage et à l'analyse des informations financières nécessaires pour aider les parties prenantes à la prise de décision.

Les CNS sont basés sur le cadre du SCS et décrivent les flux de fonds circulant à travers un système de santé. Le SCS comprend une méthodologie standardisée qui a été testée dans un grand nombre de pays. Il est conforme à la Classification Internationale pour les Comptes de la Santé (CICS), un système de classifications qui est à trois dimensions incluant les acteurs du financement, les prestataires et les fonctions. Contrairement aux CNS 2010-2011 qui ont été élaborés avec la version des SCS 1.0 ; l'édition des CNS 2011-2012 est élaborée avec la méthodologie du SCS2011 qui est une version mise à jour en 2011 afin de mieux refléter la complexité des systèmes sanitaires dans les pays. Les nouvelles dimensions ont été ajoutées afin de prendre en compte les régimes de financement et les facteurs de production qui permettent de mieux retracer les fonctions de financement. La nouvelle méthodologie SHA2011 a pour objectif de proposer 1) un cadre pour les principaux agrégats (Dépenses courantes de santé, dépenses de formation brutes de capital, dépenses totales de santé) à la comparaison internationale des dépenses de santé ; 2) un outil qui permet de produire des données utiles au suivi et à l'analyse du système de santé ; 3) des délimitations des soins de santé harmonisées au plan international pour le suivi des dépenses et de la consommation. Les principes directeurs de SHA2011 sont la pertinence et l'utilité des besoins analytiques de la santé, la continuité avec les normes existantes et l'amélioration avec les liens vers le Système des Comptes Nationaux (SCN). Le SHA2011 est axé sur un système tri-axial pour l'enregistrement des dépenses de santé : les classifications des fonctions de soins, les

prestataires de soins de santé et les classifications des régimes de financement de la santé. Les régimes de financement de la santé sont les principaux types de dispositifs de financement par lesquels les services de santé sont achetés, par exemples : les paiements directs des ménages, l'assurance maladie sociale, l'assurance volontaire.

Afin de faciliter les comparaisons à l'échelle internationale, il existe, selon le SCS, une définition claire des dépenses devant être comptabilisées dans les CNS. Pour délimiter les CNS, la frontière de comptabilisation se fait à trois niveaux :

- 1) la fonction de la dépense qui définit les CNS comme l'ensemble des activités qui englobent les dépenses consacrées aux activités dont le but principal est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé de la population;
- 2) le niveau géographique qui prend en compte le lieu où la dépense a été effectuée;
- 3) le niveau temporel qui circonscrit les dépenses dans un temps déterminé.

Cette définition s'applique quel que soit le type d'institution ou d'entité qui fournit ou finance les soins.

Dans le domaine de la comptabilité sanitaire, les données des CNS sont synthétisées à travers plusieurs tableaux croisés. L'avantage que présente ces tableaux est de permettre de croiser des données de différentes sources à différents niveaux de la classification, tout en obtenant toujours un total identique. Ces tableaux comprennent :

- ♦ Les revenus des régimes de financement par régime de financement
- ♦ Les revenus des régimes de financement par agent de financement
- ♦ L'agent de financement par régime de financement
- ♦ L'agent de financement par prestataire
- ♦ Les régimes de financement par prestataire
- ♦ Les prestataires de services de soins par fonction
- ♦ Les régimes de financement par fonction

4.1.2- Méthodologie d'élaboration des CNS 2011/2012

L'élaboration des CNS comprend plusieurs étapes clés : la planification du processus, la collecte des données, l'analyse et la validation, la rédaction du rapport et sa dissémination. Suite à la publication des CNS2010/2011, l'équipe des CNS a établi un Comité de pilotage et élaboré un plan de travail, un calendrier et un budget pour la réalisation des CNS. L'exercice des CNS 2011/2012 a été officiellement lancé en août 2013. L'équipe s'est ensuite préparée à la collecte des données, y inclus l'identification des sources des données secondaires, la rédaction du module des dépenses de santé devant être intégré dans «l'Enquête sur les Conditions de Vie des Ménages Après le Séisme» (ECVMAS) et la finalisation des questionnaires pour les données primaires. Après le nettoyage et la validation des données, elles ont été classées selon les dimensions du SCS 2011⁸ à travers l'outil d'HAPT (Health Accounts Production Tool).

⁸ Les dimensions du SCS 2011 qui ont été analysées sont : recettes de régimes de financement, régimes de financement, agent de financement, prestataire, facteurs de production, fonction, maladie.

4.2- Collecte des données

Deux sources ont été utilisées pour la collecte des données, à savoir les sources secondaires et les sources primaires. Cette approche correspond à un besoin de diminution des coûts mais compte tenu des problèmes liés au système d'information financière, une collecte de données primaires a aussi été effectuée.

4.2.1- Collecte des données secondaires

Les données secondaires utilisées dans l'élaboration des CNS 2011/2012 proviennent des rapports du MSPP à travers la direction d'administration et du budget (DAB), du MPCE à travers MGAE pour les bailleurs et UCAONG pour les ONG, du MEF, de l'IHSI et de la DGI.

Les données relatives aux dépenses des ménages ont été collectées à partir de la base de données de l'enquête ECVMAS mise à disposition du MSPP par l'IHSI. La section suivante présente l'exploitation de ladite base de données.

4.2.2. Collecte des données primaires

La collecte de données primaires s'est imposée lorsque les données secondaires n'étaient pas disponibles ou lorsque l'équipe avait besoin d'informations complémentaires et de clarifications. Ces données ont été collectées à travers un questionnaire comprenant des questions spécifiques à l'institution par rapport à ses dépenses totales en santé, aux transferts réalisés ainsi qu'aux activités de santé exécutées.

La collecte de données primaires a été également réalisée auprès d'un échantillon des prestataires publics (trois hôpitaux départementaux et quatre centres de santé). Ces données ont permis à l'équipe de procéder à un certain niveau de désagrégation des dépenses par maladie et aussi par type de services (hospitalier ou ambulatoire). Les « clés de répartition » ont été calculées en utilisant ces données, et les ont appliquées aux dépenses des ménages.

L'ECVMAS, réalisé par l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI) - en partenariat avec la Banque Mondiale (BM) et le laboratoire de recherche français «Développement, Institutions et Mondialisation», avait pour objectif de collecter des données fiables sur les conditions de vie des ménages deux ans et demi après le séisme du 12 janvier 2010 – principalement celles portant sur les caractéristiques sociodémographiques. Ceci dans le but de mesurer l'impact du séisme sur le marché du travail et les conditions de vie des ménages y compris le niveau de pauvreté ; mesurer les progrès réalisés dans la recherche de l'atteinte de certains Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ; permettre la mise à jour des indicateurs sociaux utilisés dans la formulation des politiques publiques visant à améliorer les conditions de vie des populations ; et également fournir des données relatives à plusieurs domaines importants pour Haïti sans nécessairement mettre en œuvre d'autres enquêtes spécifiques.

A travers les questions Q28 à Q32, l'ECVMAS a appréhendé les dépenses de santé des ménages effectuées pour les frais de consultations ; l'acquisition de médicaments (inclus la pharmacopée traditionnelle) ; l'hospitalisation ; les examens et soins médicaux ; les lunettes et prothèses ainsi que le matériels de traitement. Ces données ont permis de classer les dépenses des ménages selon les dimensions : revenus des régimes de financements, régime de financement, agent de financement et fonction.

Ces dépenses de santé collectées dans le cadre de cette enquête, portent sur la période 2011/2012 et sont intégrées dans les Comptes Nationaux de Santé 2011/2012.

4.3- Traitement et analyse des données

Après la collecte des données (à l'exception des données de l'ECVMAS), plusieurs niveaux de validation ont eu lieu:

- ♦ **Contrôle de l'exhaustivité:**

l'équipe a vérifié que tous les bailleurs, ONG, assurances et employeurs ayant une dépense en santé figuraient dans les rapports ou dans la base des données⁹. Au cas où une de ces entités avait été omise dans la base des données ou n'avait pas transmis un rapport officiel, l'équipe a contacté l'entité directement afin de récupérer ces données.

- ♦ **Contrôle de qualité :**

les données ont été saisies à l'aide de l'outil Health Accounts Production Tool (HAPT), qui comporte un système intégré de blocage/alerte pour le contrôle de qualité. Et, à partir du module 6.3, la cohérence de toutes les opérations effectuées est vérifiée à travers un rapport de métadonnées pour chaque Source de données (donateurs, ONG, employeurs, assurances, gouvernements, ménages).

- ♦ **Vérification de la complétude :**

l'estimation des comptes de santé nécessite un minimum de désagrégation des dépenses en santé y compris celles concernant l'agent qui a géré les fonds, le prestataire qui a encouru des dépenses afin de fournir les services de santé, les biens ou services qui ont été achetés, les maladies liées à ces dépenses ainsi que les facteurs de production utilisés pour la prestation. Dans le cas où ces détails n'étaient pas disponibles dans les rapports officiels ou la base des données, l'équipe a cherché ces informations directement auprès des entités concernées.

- ♦ **Concordance avec la période d'analyse :**

les informations collectées sont celles spécifiques aux dépenses réalisées au cours de l'année fiscale 2011/2012. Le cas échéant, l'équipe a utilisé des clés de répartition afin d'extraire les dépenses effectives d'octobre 2011 à septembre 2012.

- ♦ **Harmonisation de la devise :**

les entités internationales, y compris les bailleurs de fonds et les ONG, opèrent souvent dans les différentes devises. Dans ce cas, leurs dépenses ont été converties en gourdes haïtiennes en utilisant le taux de change moyen de l'année 2011/2012.

La base de données SPSS de l'ECVMAS mise en ligne par l'IHSI a été exploitée telle qu'elle est. Aucune modification n'a été apportée aux données brutes publiées sur le site de l'IHSI car la période de collecte des données et la période de rappel des répondants s'accordent avec la période d'analyse des CNS.

⁹ Une règle de 80/20 est utilisée pour la collecte des données ; autrement dit, l'équipe s'est focalisée sur les entités qui représentaient 80% des dépenses afin de prioriser les efforts de collecte.

4.4-Limites de l'étude

Les limites de la présente étude sont de deux ordres : un faible niveau de désagrégation des données et la sous estimation de la contribution réelle des entreprises.

- 1- La collecte des données auprès des entreprises n'a pas eu lieu, ce qui pourrait se solder par une sous-estimation des dépenses des entreprises pour la santé de leurs employés. L'estimation des dépenses de santé s'est réalisée à travers les dépenses effectuées par les compagnies d'assurances pour couvrir leurs employés. Les compagnies d'assurance maladie représenteraient le mécanisme principal de couverture maladie par les entreprises, cependant il se pourrait que les entreprises aient recours à d'autres mécanismes dont les coûts ne sont pas pris en compte dans le présent exercice des CNS.
- 2- L'ECVMAS n'avait pas pris en compte les dimensions prestataires de soins : dépenses par type de maladie ainsi que la personnalisation des services de santé fournis. La ventilation des dépenses par prestataires, par fonctions et par maladies a été laborieuse voire impossible, aboutissant à une potentielle surestimation des dépenses de certaines catégories de prestataires et de fonctions. Les clés de répartition ont été calculées afin de désagréger les dépenses des ménages par fonction et maladie en utilisant les données des prestataires.
- 3- La distribution des dépenses par maladies n'était possible que pour certaines dépenses. Cependant, la plus grande partie des dépenses de l'Etat dans le secteur santé est allouée aux salaires qui ne sont pas ventilés par pathologie, ce qui ne permet pas de faire ressortir la véritable contribution de l'Etat aux dépenses par type de maladie. La situation est encore plus grave pour les programmes prioritaires dont le SIDA en particulier où les partenaires ne sont pas habitués à faire la ventilation des dépenses par pathologie et fonction. Par conséquent, seulement les données des bailleurs, des ONG et de quelques programmes directement liés à une pathologie ont été désagrégées par maladie. Les données secondaires ne permettent pas de ventiler les dépenses par maladies, par prestataires, ni par fonctions puisque les rapports obtenus n'ont pas été préparés dans une perspective d'élaboration des CNS.

4.5- Recommandations pour améliorer le processus d'élaboration des CNS

Pour faciliter la production des Comptes Nationaux de Santé avec une économie d'argent et de temps, il existe certains leviers sur lesquels une attention spéciale doit être apportée ou qui peuvent être utilisés plus à fond :

- 1) Mise en place d'un système d'information sanitaire fonctionnel et performant qui produit et rapporte aussi bien les statistiques de services que les statistiques de ressources.
- 2) Obtention de rapports ventilés des partenaires permettant de sortir des dépenses par domaines et par fonctions distinctement séparées. En ce sens, il est suggéré aux partenaires du secteur de la santé, surtout les bailleurs, de ne pas fournir dans leurs rapports des montants pour un couple ou même un triplet de domaines (ex : VIH/TB= 1000gdes).
- 3) Inclusion systématique des modules de santé dans toutes les enquêtes nationales afin de toujours disposer des données sur les dépenses de santé des ménages.

- 4) Renforcement de la collaboration du MSPP avec les autres institutions publiques et privées qui produisent des informations financières sur la santé.
- 5) Développement d'outils de rapportage communs qui traduisent les besoins en informations financières de chaque acteur.

CHAPITRE 5

ANALYSE DES RESULTATS DES CNS 2011/2012

5.1- Agrégats généraux

La Dépense de santé par habitant au cours de la période 2011/2012 est estimée à environ 3,188 gourdes ou US\$76, soit 21% de plus que l'année précédente, estimée à 2,520 gourdes dans les CNS 2010-2011 ou US\$63. Cette hausse, essentiellement due à l'amélioration de l'estimation des dépenses des ménages pour l'exercice 2011/2012 et à la disparition de certains programmes de gratuité qui existaient dans la période précédente, confirme qu'Haïti se classe dans la catégorie des pays dont la dépense par habitant est supérieure ou égale au minimum requis (US\$75) pour assurer un état de santé adéquat à la population. Par contre, l'état de morbidité de la population témoigne de l'irrationalité des allocations et de l'inefficacité des dépenses puisque les résultats ne correspondent pas au niveau des dépenses. Toutefois, il faut souligner que cette hausse des dépenses de santé per capita pourrait être conjoncturelle, donc ponctuelle, marquée par l'abondante aide internationale aux victimes du tremblement de terre et du choléra en 2010, dont une part significative a été effectivement décaissée et dépensée au cours de la période 2011/2012.

Tableau 1: Principaux Agrégats CNS 2011/2012

Libellé	Valeur
Population	10,170,000
PIB (Gourdes courant)	329, 036, 000, 000
Dépense Totale de Santé (Gourdes)	32, 422, 938, 367
Dépense Totale de Santé par habitant (Gourdes)	3,188
Dépense Totale de Santé par habitant (US\$)	75.91
Dépense de Santé en % du PIB	10%
Dépense du Gouvernement en % de la Dépense totale de Santé	7%
Dépense des ménages en % de la Dépense totale de Santé	29%
Dépense du Reste du Monde en % de la Dépense totale de Santé	64%
Dépense courante de santé (Gourdes)	30,660,164,102
Dépense totale d'investissement (Gourdes)	1,762,774, 265

5.2- Les dépenses totales de santé

Les dépenses totales de santé comprennent les dépenses d'investissement et les dépenses courantes. Chacune de ces composantes est analysée séparément dans le but de faire ressortir les dépenses dont l'objectif vise le développement du système et celles qui sont de nature à agir sur le maintien ou le rétablissement de la santé, donc à produire des actions immédiates sur l'état de santé de la population.

Tableau 2 : Répartition de la Dépense Totale de Santé (DTS) par sources de fonds

Source de Financement	Dépenses Totales (en gourdes)	Dépenses Totales (en \$US)	% DTS	Dépense par habitant (en \$US\$)
Etat	2,435,032,539.00	57,976,965.21	7%	5.70
Entreprises	168,227,990.00	4,005,428.33	%	0.39
Ménages	9,020,515,489.00	214,774,178.31	29%	21.12
ONGs nationales	9,561,842.00	227,662.90	0%	0.02
Reste du monde	20,789,600,504.20	494,990,488.20	64%	48.67
Total	32,422,938,364.20	771,974,722.96	100%	75.91

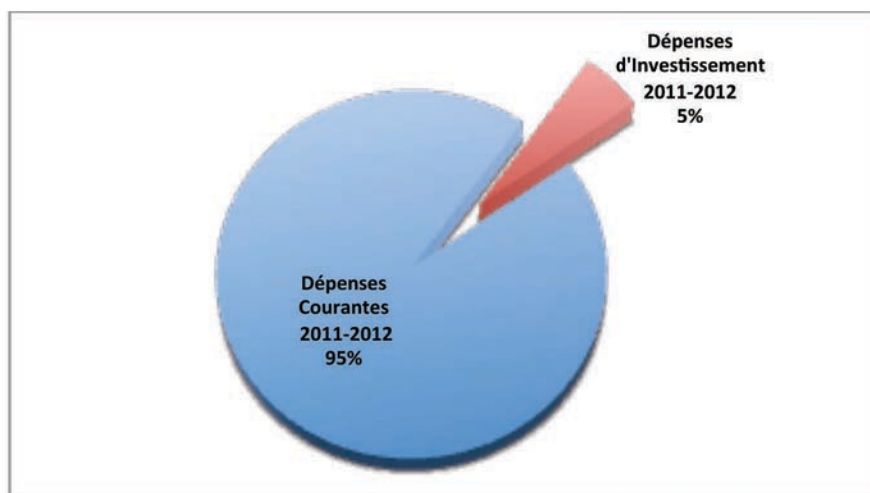
Le tableau précédent permet d'apprécier le poids des dépenses que les ménages ont dû supporter malgré le faible niveau de leurs revenus ou le taux élevé du chômage. C'est une évidence d'affirmer qu'il s'agit d'une barrière à l'accès aux soins lorsque les ménages doivent supporter 29% des dépenses de santé, soit environ quatre fois plus que celles de l'Etat. En outre, la forte contribution de la coopération externe dans le financement de ces dépenses témoigne de la vulnérabilité du système par rapport à sa dépendance à cette source de financement. Supportées à plus de 60% par les fonds externes, les dépenses de santé d'Haïti vivent au rythme des aléas ou des caprices du financement international. Cette situation devient d'autant plus alarmante que la tendance de cette aide est à la baisse avec une diminution de 5%. Elle doit interpeller l'Etat afin que puisse être envisagées des mesures anticipatives pour éviter que le fardeau ne devienne encore plus lourd pour les ménages si la tendance se confirme. Dans un tel contexte, les mesures qui s'imposent seraient que l'Etat augmente la part de ses dépenses mais le plus important est de rationaliser l'utilisation des fonds disponibles car, quel que soit le cas de figure, il n'y aura pas de sources de fonds intarissables à partir desquelles on peut toujours puiser la quantité voulue. Des analyses par composante permettront d'identifier les catégories de sources qui ont le plus supporté les dépenses, les catégories d'agents de financement qui ont géré le plus important portefeuille et les centres de coûts qui ont absorbés les dépenses des acteurs.

5.3. Distribution des dépenses totales de santé

Les dépenses totales sont réparties en deux grandes catégories. Ce sont les dépenses courantes et les dépenses d'investissement. La première catégorie vise principalement les besoins immédiats de la population et agit par conséquent sur le contrôle des pathologies à travers des mesures curatives et préventives pour le maintien de l'état de santé. La seconde renvoie un peu

plus au développement du système et à la planification des ressources. Ce sont deux groupes de dépenses complémentaires et indissociables dans la mesure où le développement équilibré du système sert à assurer efficacement le maintien de la santé.

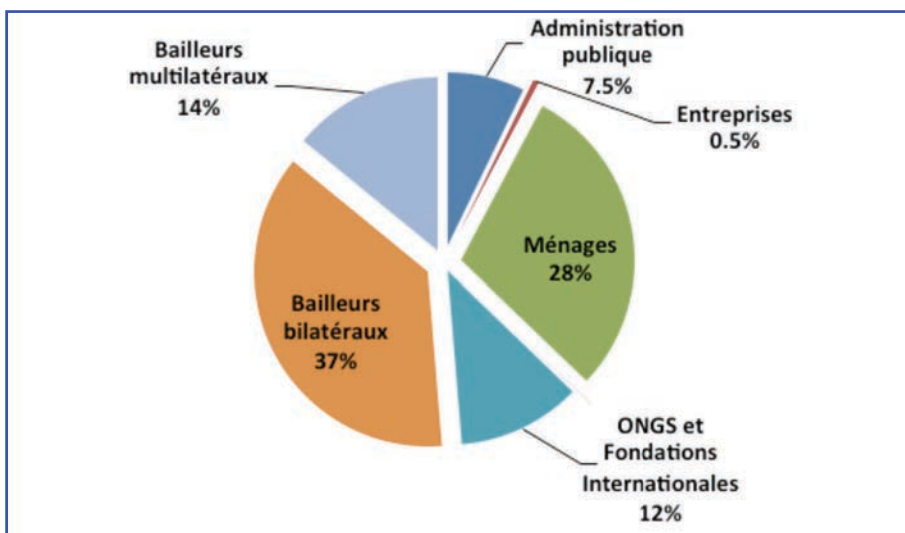
Schéma 1: Distribution de la Dépense Totale de Santé 2011/2012 par types de dépenses



5.4- Analyse des dépenses courantes de santé par sources de financement

Le financement des dépenses de santé en Haïti est assuré par trois sources principales, à savoir la coopération externe, les fonds privés et le secteur public. Les deux dernières sources supportent plus de 90% des dépenses, ce qui explique que le financement du secteur soit essentiellement assuré par le secteur non étatique. En effet 93% des dépenses de santé au cours de la période 2011/2012 ont été assurées par les fonds externes et la contribution des ménages Haïtiens.

Schéma 2 : Distribution des dépenses courantes de santé par sources de financement



La contribution de la coopération internationale aux dépenses de santé en Haïti au cours de la période 2011/2012 est estimée à 19,255,986,894 Gourdes (US\$ 458,475,878) soit 63% des dépenses courantes de santé. Le financement de la santé en Haïti est extraverti, ce qui témoigne d'une forte dépendance vis-à-vis des fonds externes et qui constitue une menace pour la pérennité du système et fragilise son développement.

Les ménages constituent la deuxième source de financement des dépenses de santé. Avec une contribution d'environ 29% à la dépense courante de santé, le ménage haïtien représente un acteur clé dans le financement de l'accès aux soins. Toutefois il est important de mentionner que l'essentiel de cette dépense est réalisé par paiement direct. Une très faible frange de la population haïtienne est couverte par l'assurance maladie dans un contexte où près de 85% de la population vit en dessous du seuil de la pauvreté. Cette situation expose la population à des dépenses catastrophiques.

Malgré les efforts du gouvernement haïtien, sa contribution au financement reste encore faible même si en valeur nominale, elle a connu une augmentation d'environ cinquante million (50,000,000) de gourdes en 2011/2012 comparativement à l'année antérieure. Cette faiblesse de la participation du secteur public dans les dépenses de santé est très préjudiciable à la population qui est obligée d'augmenter les siennes malgré sa pauvreté qui deviendra plus aigue.

Tableau 3: Dépenses Courantes de Santé par sources de fonds

Source de financement	Dépenses Courantes (Gdes)	Dépenses Courantes (US\$)	% DCS	Dépense par habitant (US\$)
Etat	2, 205,871,885	52, 520,759	7%	5.2
Entreprises	168,227,990	4, 005, 428	1%	0.4
Ménages	9,020,515,489	214, 774, 178	29%	21.1
ONG nationales	9,561,842	227, 662	0%	0.0
Reste Du Monde	19,255,986,894	458, 475, 878	63%	45.1
Total	30,660,164,101	730, 003, 907	100%	71.8

5.5- Analyse des dépenses courantes de santé par régimes de financement¹⁰

Le financement de la santé en Haïti est assuré par l'action conjuguée de plusieurs régimes ou mécanismes de financement.

Le régime des agences de coopération externe constitue le principal mécanisme de financement de la santé 2011/2012. Il est estimé à 41% des dépenses courantes de santé. En d'autres

¹⁰ Dans le cadre du Système des Comptes Santé, le régime de financement est considéré comme la base de la structure du financement d'un système de santé. Le régime décrit le mécanisme utilisé afin d'acheter les services de santé. Les régimes sont classés à la base des critères à savoir le droit aux prestations du régime, le type de cotisation, le niveau de mutualisation des risques et la nécessité d'une police d'assurance.

termes, près de la moitié des dépenses de santé en Haïti sont réalisées avec l'appui des ressources mobilisées par des Organisations contrôlées par une juridiction étrangère, et ayant donc la liberté de définir les prestations à financer. Bien que théoriquement les accords internationaux s'efforcent de garantir une bonne collaboration entre les Organisations étrangères qui gèrent les fonds, il est important qu'il y ait un véritable leadership du MSPP afin de garantir que les ressources externes mobilisées soient dirigées vers les priorités nationales de manière coordonnée. Les programmes verticaux sont une illustration de la problématique de la gestion de ce financement. Ils sont en général mis en place par les Régimes du Reste du Monde et absorbent la majeure partie des fonds au détriment de l'ensemble des autres besoins du système.

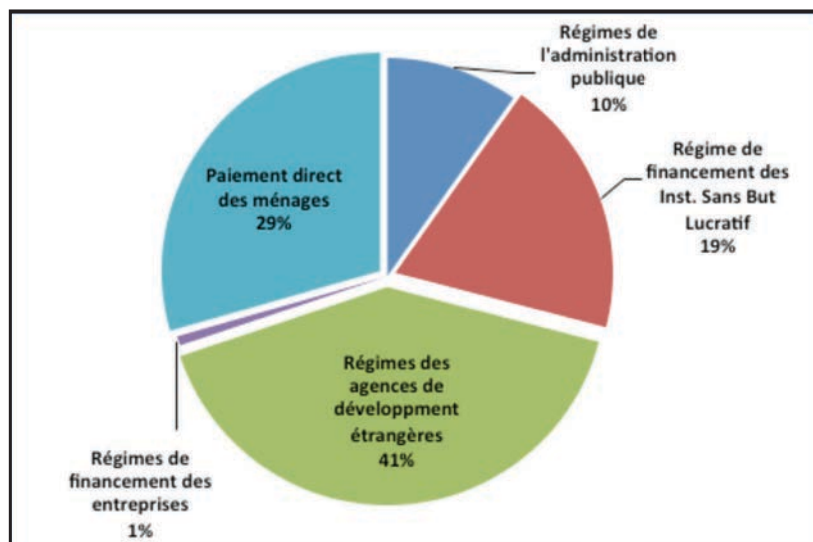
Les paiements directs constituent le second mécanisme de financement de la santé en Haïti. En Haïti, leur contribution étant estimée à 29% des dépenses courantes de santé en 2011/2012. En d'autres termes, près d'un tiers du financement de la santé est réalisé sans une mutualisation de risque. C'est un régime risqué et dangereux qui témoigne de l'absence de toute protection financière dans la mesure où, dans un contexte de pauvreté aigue, le patient ne peut se faire soigner faute d'une capacité immédiate à mobiliser des fonds nécessaires à la prise en charge de sa maladie. Ce régime est de toute manière contre-productif car s'il arrive que le patient puisse mobiliser des fonds, c'est pour s'engager dans des dépenses catastrophiques ou appauvrissantes.

Les régimes des ISBLM (ONG) représentent 19% des dépenses courantes de santé dans le pays. C'est la troisième force de financement en matière de capacité de mobilisation de ressources réalisée auprès des organisations étrangères ou des levées de fonds dans les pays d'origine de ces ONG. Reste à savoir comment optimiser ces ressources pour qu'elles soient à la fois efficaces et efficientes à travers des allocations guidées par la politique nationale de santé. La meilleure chose dans ce cas serait de freiner la course à la dépense pour se conformer à une logique de capacité d'absorption, mais d'engager cette course en mettant l'accent de préférence sur la finalité des dépenses effectuées au nom des besoins de santé de la population. Ce qui pourra permettre de mesurer le rendement des ressources engagées à travers une amélioration significative des indicateurs de santé et conduira au constat de l'efficacité tant des allocations que de ces dépenses.

Le régime de l'Administration publique, quant à lui, ne représente que 10% des dépenses courantes. Ses revenus proviennent essentiellement du Trésor public (72%) qui est alimenté par des recettes fiscales, ce qui renvoie au régime de la fiscalisation des dépenses. Elles sont utilisées majoritairement pour la prestation de service de santé à la population, mais également pour co-financer le Régime d'assurance des employés de l'Etat.

La capacité de l'Etat à mobiliser directement des ressources extérieures pour le financement du système de santé reste encore très faible, compte tenu de son inefficacité même si maintenant, les mécanismes utilisés à la place de l'Etat se montrent encore moins efficaces comme l'attestent les maigres résultats obtenus. Elle représente moins de 15% des ressources extérieures mobilisées par les ISBLM. Les efforts actuels du MSPP pour le rapportage systématique de l'utilisation des ressources reçus par les entités publiques de santé démontrent une volonté de gestion efficiente et de transparence dans la gestion des ressources allouées aux structures publiques de sante, ce qui pourrait à terme contribuer à la mobilisation de plus de ressources par le régime de l'Administration publique.

Schéma 3 : Distribution des dépenses de santé par régimes de financement



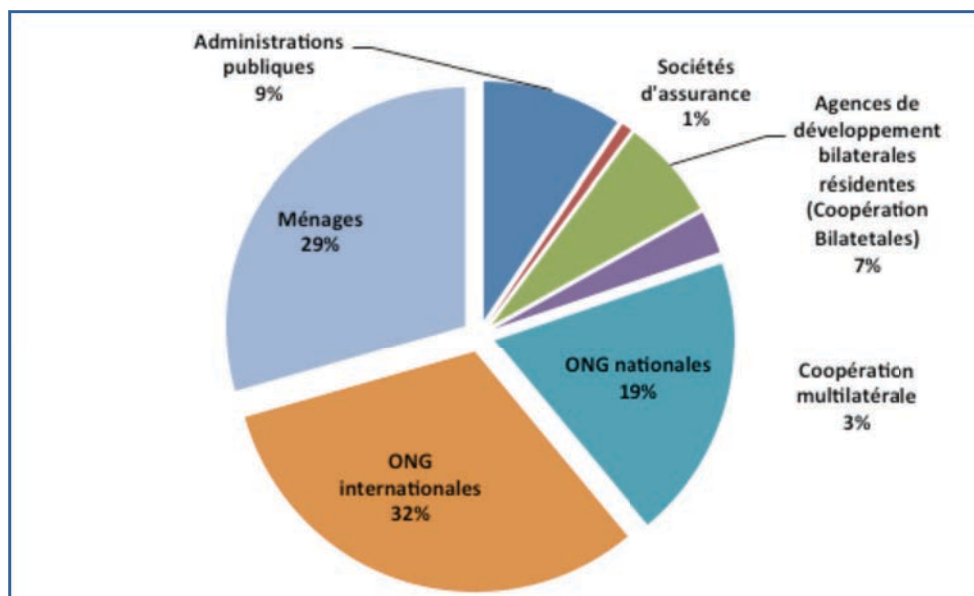
5.6- Analyse des dépenses courantes de santé par agents de financement¹¹

A l'instar du financement du système de santé, la gestion des ressources allouées au secteur de la santé en Haïti est essentiellement assurée par le secteur privé à but ou sans but lucratif. En effet 91% des dépenses pour la prestation de soins ont été réalisées au cours de la période 2011/2012 par les Agents privés et le Reste du Monde. Cela explique le faible contrôle des ressources financière par l'Administration publique, ce qui peut s'avérer néfaste pour la santé de la population et le développement du système en cas d'absence ou de faible coordination de ces dernières par l'administration publique nationale.

Les ménages gèrent environ 29% de la dépense courante de santé, constituant majoritairement des paiements directs parce que les sociétés d'assurances jouent un rôle négligeable dans la gestion du financement de la santé (1% des dépenses courantes). La mutualisation du risque maladie reste encore très faible dans le pays ; à peine 4% de la population, dont essentiellement les agents de l'Etat et les employés des grandes entreprises privée, sont couverts par un mécanisme d'assurance maladie, laissant à leur sort les tranches les plus vulnérables de la population, en général à revenue faible ou même des chômeurs; exerçant dans le secteur informel ou agricole.

¹¹ Les agents de financement sont des institutions qui gèrent un ou plusieurs régimes de financement. Ils reçoivent les fonds auprès des sources de financement et achètent les services au nom d'un ou plusieurs mécanismes de financement de la santé. Les agents peuvent acheter les services à travers leurs propres institutions, à travers d'autres entités ou à travers le remboursement des coûts des services aux patients

Schéma 4 : Distribution des dépenses de santé par agents de financement



Les Agents du Reste du Monde ont géré 41% des dépenses courantes de santé, occupant ainsi la deuxième position en terme de gestion des ressources allouées au système de santé haïtien. Environ 77% des dépenses courantes des Agents du Reste du Monde sont réalisés par les ONG internationales résidentes

La coopération internationale, malgré sa forte participation au financement du système de santé haïtien, n'a géré que 10% des dépenses courantes de santé en Haïti dont 5% en soutien aux Régimes de financement du gouvernement.

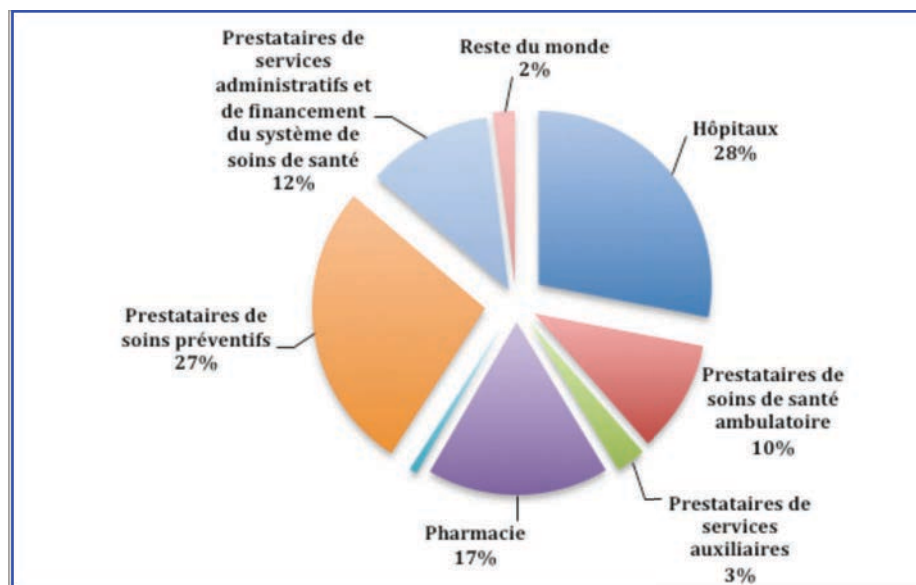
Les ressources gérées par l'Administration publique sont essentiellement utilisées pour la prestation des services et soins de santé dans les Institutions et Administrations de santé du gouvernement (98%). Elles représentent 10% des fonds dépensés dans le secteur.

5.7- Analyse des dépenses courantes de santé par prestataires de soins

Les hôpitaux et les Programmes de santé publique sont les principaux bénéficiaires du financement alloué au secteur de la santé en Haïti. Ils ont consommé au cours de l'année 2011/2012 respectivement 28% et 27% des dépenses réalisées pour ce secteur

Les hôpitaux reçoivent les fonds principalement à travers des régimes de financement des ISBL-SM nationales (51%), les ISBLSM internationales résidentes (20%) et les ménages (15%).

Schéma 5 : Distribution des dépenses de santé par prestataires



Les services administratifs et de coordination du système (Directions Centrales ; Directions Départementales ; ...) ont bénéficié de 12 % des dépenses courantes, tandis que les prestataires de soins ambulatoires, premier contact des populations, n'ont reçu que 10% des dépenses effectives de santé.

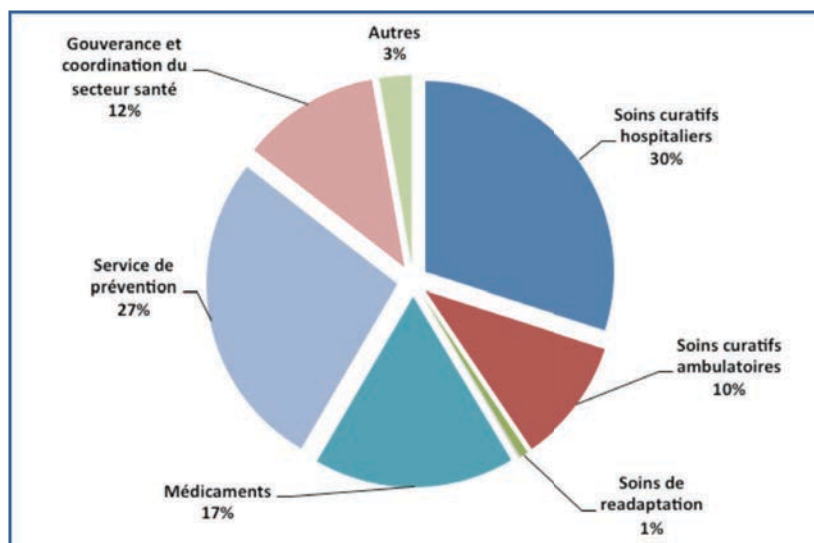
5.8- Analyse des dépenses courantes de santé par Fonction

Les résultats des CNS révèlent le poids significatif des soins de santé curatifs (40%) dans les dépenses courantes. La plus grande partie de ces dernières a été allouée aux services curatifs hospitaliers tandis que l'amélioration des indicateurs de santé dépend majoritairement des interventions de prévention et de promotion de la santé (hygiène; IEC pour les maladies transmissibles et non transmissibles; la vaccination; etc...). Cette réalité peut s'expliquer par la contrainte financière qui oblige les ménages ou même les autres acteurs du système à se préoccuper d'abord de rétablir la santé de ceux qui souffrent avant de se demander s'il est possible de faire de la prévention, c'est un conditionnement caractéristique de tout système où domine la pénurie.

Bien entendu, les soins préventifs ont bénéficié d'une part non négligeable (27%) des dépenses courantes de santé. Si cette tendance est maintenue et à condition que les dépenses soient réalisées de manière efficiente, elles devraient pouvoir influencer la morbidité due aux maladies transmissibles. Elément fondamental de la performance d'un système de santé puisqu'ils agissent sur certains déterminants, les soins préventifs n'absorbent pas les dépenses de certaines catégories d'acteurs. C'est le cas des ménages qui pourtant sont les principaux bénéficiaires des programmes de prévention. En termes économiques, les dépenses pour la prévention permettent de réduire les risques de maladies et soulagent les ménages pour ce qui est des dépenses consacrées aux soins curatifs. C'est donc une évidence que les dépenses en soins préventifs font varier à la baisse les dépenses pour les soins curatifs. Il s'agit dans ce cas d'une

relation inverse mais positive pour la population et qui pourrait servir de stratégie d'intervention en matière de dépenses pour la santé.

Schéma 6: Distribution des dépenses courantes de santé par fonctions

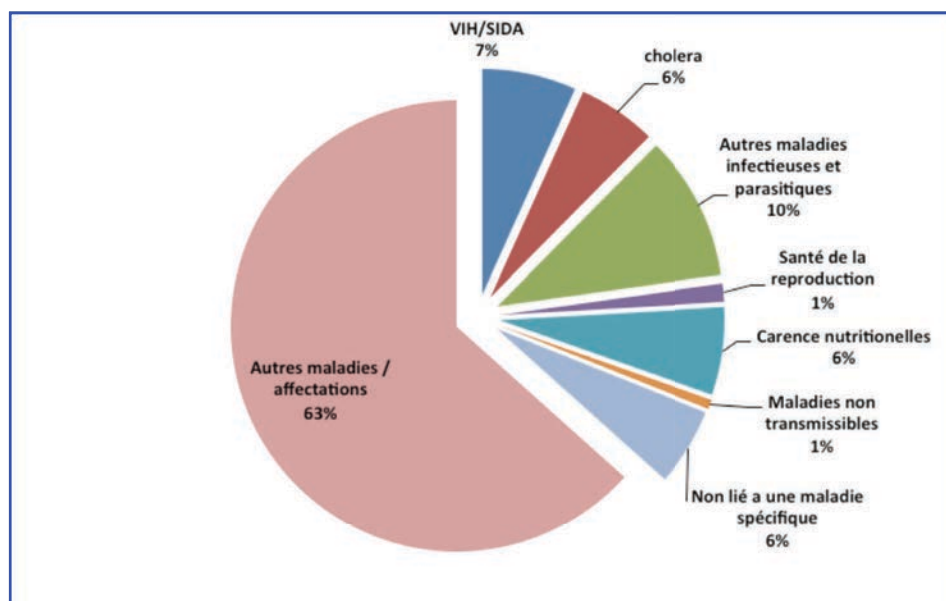


5.9- Analyse des dépenses courantes de santé par maladies

En fait, les pathologies sont les véritables cibles des dépenses s'agissant surtout des dépenses courantes. Cette partie de l'analyse révèle les faiblesses criantes des données secondaires en ce sens qu'elle montre que 69% des dépenses sont affectées aux maladies non-spécifiées et 23% aux maladies infectieuses et parasitaires, tout ceci à cause de l'agrégation des données. Le tableau des maladies présente le VIH, le choléra et la carence nutritionnelle, chacune représentant respectivement 6.75%, 5.6% et 6.25% des dépenses courantes, ce qui dénote l'ampleur de la problématique des données agrégées obtenues à partir de la collecte secondaire. Seulement un choc sans précédent aurait pu faire chuter à un tel niveau les dépenses pour le SIDA dans l'espace d'une année. Celles-ci sont en effet passées de 8,751,886,399.98 gourdes pour les comptes de 2010-2011 à 2,071,903,973 pour les comptes 2011/2012. Cette situation est également valable pour le choléra qui a mobilisé des fonds énormes tant pour la prévention que pour les soins curatifs, et qui a été l'une des rares pathologies à avoir mobilisé autant d'énergie pour la prévention. En terme réels, les dépenses de santé par maladie pour l'exercice 2011/2012 sont noyées dans les dépenses pour les maladies non-spécifiées. Par contre, la tendance à la baisse des dépenses pour le choléra est réelle parce qu'en fait, il commence à être maîtrisé et de ce fait mobilise maintenant moins de ressources par rapport à l'année antérieure.

La grande anomalie de cette structuration des dépenses par maladie correspond aux données secondaires obtenues à partir des rapports des partenaires qui n'ont pas fourni assez d'informations pour ventiler les dépenses par domaine. Cela a entraîné une sous-estimation des postes de dépenses par maladies pour finalement gonfler les dépenses pour le poste de maladies non spécifiées.

Schéma 7 : Distribution des dépenses courantes de santé par maladies



5.10- Analyse des dépenses d'investissement 2011/2012 dans le secteur de la santé

Environ 1,76 milliards de Gourdes ont été dépensées pour les investissements du secteur santé au cours de l'année 2011/2012, soit 5% de la Dépense Nationale de Santé en Haïti.

Tableau 4: Distribution des Dépenses d'Investissement par sources de fonds

Source de financement	Dépenses d'investissement (en HTG)	Dépenses d'investissement (en US\$)	%
RDM	1,392,591,669.35	33,156,944.51	79%
ONG Internationale	141,021,941.20	3,357,665.27	8%
Etat	229,160,654.45	5,456,206.06	13%
Total	1,762,774,265.00	41,970,815.83	100%

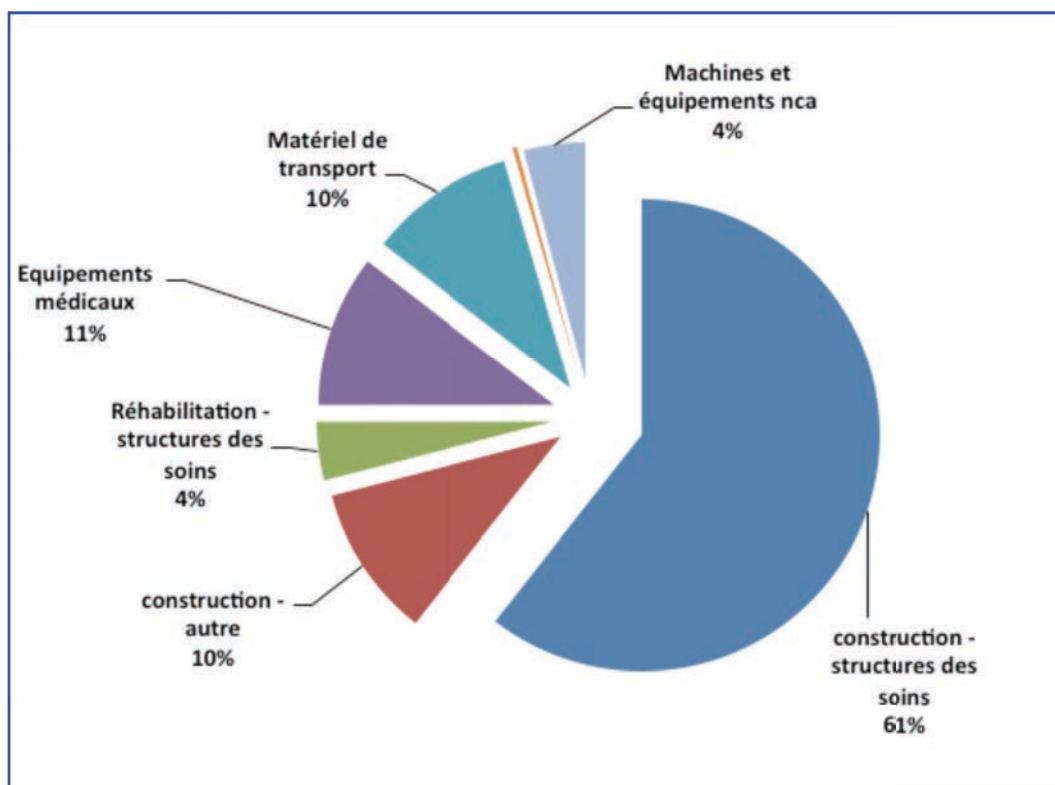
Environ 61% des dépenses d'investissement ont été affectées à la construction des structures de soins et 4% à la réhabilitation. En effet, en conséquence du séisme de janvier 2010, près de 35 hôpitaux et 59 centres de santé ont subi des dommages ou ont été détruits. Les dépenses d'investissements depuis lors ont contribué à la reconstruction de ces structures ou à leur réhabilitation. La construction des autres bâtiments (bâtiments administratifs ou des institutions formatives) a consommé 10% des dépenses des investissements pour la période.

La deuxième principale catégorie de dépenses d'investissement en 2011/2012 est constituée de dépenses en équipements. Ceux-ci représentant 13% de ces dernières.

L'acquisition de matériels de transport représente 11% des dépenses d'investissement. Elle prend en compte aussi bien l'achat de matériel de transport médicalisé (ex : ambulance) que le matériel roulant utilisé pour les programmes de santé publique et l'administration du Système de santé.

Près de 89% des dépenses d'investissements ont été financés par les fonds externes, principalement les bailleurs bilatéraux (79%) et les ISBLSM internationales (8%). Le reste a été principalement financé par le gouvernement.

Schéma 8: Distribution des Dépenses d'investissement 2011/2012



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Synthèse des résultats des CNS 2011/2012

Le financement du système de santé haïtien est caractérisé par (i) un faible contrôle de l'Etat sur l'allocation des fonds et la gestion des ressources allouées à la santé et par (ii) sa capacité limitée à assurer un accès aux soins et service de santé à l'ensemble de la population et à protéger celle-ci contre les dépenses catastrophiques. Ces comptes ont permis de visualiser la structure du financement de la santé ainsi que le poids de chaque catégorie de source dans les régimes de financement en alignant les bailleurs externes au premier plan avec 64% des dépenses, les ménages en second avec 29%, le secteur public avec 7% en dernière position des dépenses de santé du pays. Cette structure du financement de la santé est l'expression de la vulnérabilité du système face à la dépendance vis-à-vis du financement extérieur et traduit la charge que représentent les dépenses de santé pour les ménages. C'est aussi une ultime occasion qu'elle nous donne d'exposer la faible participation du secteur public dans le financement de la santé, ce qui constitue l'une des causes de la dispersion du leadership de l'autorité sanitaire nationale entre chaque partenaire qui apporte un financement significatif.

L'approche adoptée dans la gestion du financement contraste avec le discours théorique qui veut que le ministère assume le leadership du secteur. Cette approche consiste à canaliser les fonds hors du circuit public, ce qui contribue à saper l'autorité du ministère et fait de ce dernier un partenaire comme tous les autres. Il est évident que l'Etat doit faire l'effort d'accroître les fonds mis à la disposition du MSPP afin de renforcer ses capacités pour assumer le leadership du secteur mais, d'autre part, les partenaires techniques et financiers du ministère doivent se montrer cohérents en alliant la parole à l'acte dans leur collaboration avec ce dernier. A la question de savoir comment peut-on assurer le leadership d'un système dont le contrôle des ressources vous échappe ? La ou les réponses à cette question permettront à tous les acteurs d'identifier les véritables problèmes du système et de reconsidérer soit le discours, soit les actions.

L'approche consistant à attribuer la gestion des fonds aux ONG ou à d'autres agences de développement commence à montrer ses limites, d'autant plus que cela ne contribue pas forcément au renforcement du système mais à l'affaiblissement de l'autorité sanitaire. La preuve du bien fondé de cette analyse se trouve dans l'exécution d'interventions ponctuelles en dehors de toutes structures et d'infrastructures pérennes qui pourraient viser véritablement le changement des conditions sanitaires dans le pays à long terme. S'il est vrai qu'il y a un besoin de

financement, il est aussi vrai qu'on doit penser à la rationalisation du financement disponible et à l'optimisation de toutes les ressources mises à la disposition de la santé.

Une évaluation du rendement de ces ressources en dira long sur la gestion qu'on en a faite. De plus, la multiplication de tous ces intermédiaires contribue à la détournement d'une partie très significative de l'ensemble de ces fonds à des frais de gestion alors que très peu sont allés aux bénéficiaires pour la prestation; chaque niveau d'intermédiaire retient une partie des fonds pour leur gestion ce qui ne contribue guère à l'amélioration des services, voire au développement du système. La recommandation à ce niveau consisterait à réorienter les fonds vers le circuit gouvernemental et à créer des mécanismes de redditions de comptes très rigoureux, que les bailleurs peuvent exploiter dans la perspective du contrôle des fonds qu'ils octroient au secteur public afin que ce dernier puisse mieux mettre en œuvre la politique nationale de santé et assumer pleinement son rôle de leader du système. Cette approche aura la vertu d'entraîner une recherche de cohérence dans la mise en œuvre des politiques et d'éviter les duplications qui sont rendues possibles par la multiplicité des intervenants et leur indifférence par rapport à toute forme d'inefficacité.

Suggestions pour l'amélioration du financement du système de santé

La présente section propose une série de suggestions pour répondre aux différents défis susmentionnés pouvant affecter l'efficacité du financement du système de santé. Se voulant plus pratiques et pragmatiques qu'une analyse à vocation académique, les suggestions de la présente analyse vont essentiellement porter sur des actions à court et moyen terme, à savoir :

- 1- Initiation d'un débat entre le ministère et tous ses partenaires financiers afin de déterminer un point de chute pour tous les fonds qui sont disponibles pour la santé en Haïti. Le ministère sera le gestionnaire principal de ces fonds alors que les autres sources seront des sentinelles chargées de contrôler en amont et en aval des fonds engagés par l'Etat dans le cadre de ces nouvelles responsabilités.
- 2- Mobilisation de fonds additionnels par l'Etat lui-même en créant à travers la loi, de nouveaux impôts liés à toute consommation qui peut affecter la santé, à titre de nouvelles mesures visant à élargir l'assiette fiscale dans l'objectif d'augmenter la part du budget de la santé dans le budget national.
- 3- Rationalisation de l'utilisation des fonds déjà disponibles qui est, bien entendu, l'alternative la plus viable à court terme pour faire face aux défis du financement, car il est certain que toutes les sources envisageables sont déjà saturées. Dans un tel contexte, c'est l'efficacité de la gestion qui peut sauver la situation et non l'espérance d'une grande mobilisation, bien que l'optimisme doive toujours guider nos actions.
- 4- Utilisation des mutuelles de santé comme mécanisme de protection des ménages du secteur informel et des petites bourses pour aider à prévenir les dépenses catastrophiques et de réduire, de manière générale, les barrières économiques à l'accès aux soins.

BIBLIOGRAPHIE

1. A System of Health Accounts, OECD, 2000
2. Comptes Economiques, 2012, Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique, Ministère de l'Economie et des Finances.
3. Comptes Nationaux de la Santé 2010-2011, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Haïti 2013.
4. Document de stratégie nationale pour la croissance et la réduction de la pauvreté DSNCRP (2008-2010), Ministère de la Planification et de la Coopération Externe, Haïti 2007.
5. Enquête sur la Mortalité, la Morbidité et l'Utilisation des Services (EMMUS) 2012, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Haïti 2012
6. Évaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé 2013, Ministère de la Santé Publique et de la Population, March 2014.
7. Guidelines for the implementation of the SHA 2011 framework for accounting health care financing; P5 , OECD, January 2014
8. Plan Directeur de Santé, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Haïti 2013
9. Plan Stratégique National pour la Réforme du Secteur Santé 2005-2010, Ministère de la Santé Publique et de la Population, 2004
10. Plan Stratégique Intérimaire de Santé, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Haïti 2004
11. Rapport Statistiques du MSPP 2013, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Haïti 2014
12. System of health accounts 2011. World Health Organization

Annexes

ANNEXE 1 : DEPENSES TOTALES DE SANTE

REGIMES DE FINANCEMENT X AGENTS DE FINANCEMENT (CNS HAITI 2011-2012)

Distribution des Dépenses Totales de Santé par régimes de financement et par agents de financement (en Gourdes)

	Paiement direct sans partage de coûts	Régimes de financement des entreprises (sauf les prestataires de soins de santé)	Régimes de financement des ISBL-SM (à l'exception du HF.2.2.2)	Régimes de l'administration centrale	Régimes de financement du monde	Total
Agences de développement bilatérales résidentes (Coopération Bilatérales)			1,602,250.00	615,250,054.45	1,977,266,886.15	2,594,119,190.60
ISBLSM internationale résidente (ONG Internationales)				27,366,362.20	9,956,475,926.97	9,983,842,289.18
ISBLSM nationale (ONG Nationales)			6,155,610,002.44		4,709,812.12	6,160,319,814.55
Ménages	9,020,515,489.60					9,020,515,489.60
Organisations Internationales résidentes (Coopération Multilatérales)				10,067,914.00	1,219,250,089.76	1,229,318,003.76
Administration publique	-	-	-	3,215,887,809.78	-	3,215,887,809.78
Sociétés d'assurances commerciales		218,935,770.00				218,935,770.00
Total	9,020,515,489.60	218,935,770.00	6,157,212,252.44	3,868,572,140.43	13,157,702,715.00	32,422,938,367.46

ANNEXE 2 : DEPENSES COURANTES DE SANTE

2.1 REVENU DES REGIMES DE FINANCEMENT X REGIMES DE FINANCEMENT (CNS HAITI 2011/2012)

**Distribution des Dépenses courantes de santé par revenu des Régimes de Financement et par régime de financement de la Santé
(en Gourdes)**

	Administration publique	Entreprises	Ménages	ONGS Nationales	ONGS et Fon- dations Interna- tionales	Bailleurs bilaté- raux	Bailleurs multi- latéraux	Total
Régimes de l'administration publique	2,155,164,106					342,544,111	507,278,430	3,004,986,647
Régimes de financement des ISBLSM (ONG Nationale)				9,561,842	125,709,198	5,546,856,770	214,395,270	5,896,523,080
Régimes de financement du reste du monde					3,403,075,827	5,523,322,537	3,592,804,752	12,519,203,116
Régimes de financement des entreprises	50,707,780	168,227,990						218,935,770
Paiement direct des ménages			9,020,515,490					9,020,515,490
Total Général	2,205,871,886	168,227,990	9,020,515,490	9,561,842	3,528,785,025	11,412,723,418	4,314,478,451	30,660,164,102

ANNEXE 2 : DEPENSES COURANTES DE SANTE

2.2 REGIMES DE FINANCEMENT X AGENTS DE FINANCEMENT (CNS HAITI 2011/2012)

Distribution des Dépenses Courantes de Santé par régimes de financement et par agents de financement

	Régimes de transferts directs étrangers	Total
Administrations publiques		2,896,610,632
Sociétés d'assurance		218,935,770
Agences de développement bilatérales résidentes (Coopération Bilatérales)	2,055,132,703	2,055,132,703
Organisations Internationales résidentes (Coopération Multilatérales)	890,000,561	890,000,561
ISBLSM nationale (ONG Nationales)	5,880,648,282	5,890,210,124
ISBLSM internationale résidente (ONG Internationales)	9,688,758,822	9,688,758,822
Ménages		9,020,515,490
Total	18,514,540,368	30,660,164,102

ANNEXE 2 : DEPENSES COURANTES DE SANTE

2.3 REVENUS DES REGIMES DE FINANCEMENT X AGENTS DE FINANCEMENT (CNS HAITI 2011/2012)

Distribution des Dépenses Courantes de Santé par revenus des régimes de financement et par agent de financement
(en Gourdes)

	Administra- tion publique	Entreprises	Ménages	ONG National	ONGS et Fondations Internatio- nales	Bailleurs bila- téreaux	Bailleurs mul- tilatéraux	Total
Administrations publiques	2,155,164,106					244,236,011	497,210,516	2,896,610,632
Sociétés d'assurance	50,707,780	168,227,990						218,935,770
Agences de développement bila- térales résidentes (Coopération Bilatérales)						2,041,372,703	13,760,000	2,055,132,703
Organisations Internationales rési- dentes (Coopération Multilatérales)					1,000,000	443,369,920	445,630,641	890,000,561
ISBLSM nationale (ONG Nationale)				9,561,842	118,211,492	5,548,041,520	214,395,270	5,890,210,124
ISBLSM internationale résidente (ONG Internationales)					3,409,573,533	3,135,703,264	3,143,482,025	9,688,758,822
Ménages			9,020,515,490					9,020,515,490
Total	2,205, 871,886	168,227,990	9,020,515,490	9,561,842	3,528,785,025	11,412,723,418	4,314,478,451	30,660,164,102

ANNEXE 2 : DEPENSES COURANTES DE SANTE

2.4 REGIMES DE FINANCEMENT X FONCTIONS (CNS HAITI 2011/2012)

Distribution des Dépenses Courantes de Santé par Régimes de Financement et par Fonction (en Gourdes)

		Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé	Régimes de financement du Reste du Monde	Régimes de financement des entreprises	Paiement direct des ménages	Total
HC.1	Soins curatifs	1,583,387,410	8,928,042,439	218,935,770	3,572,104,791	14,302,470,410
HC.4	Services auxiliaires (non-spécifié par fonction)		16,764,448			16,764,448
HC.5	Biens médicaux (non-spécifiés par fonction)		2,132,313		5,448,410,698	5,450,543,012
HC.6	Soins préventifs	645,743,689	7,667,086,300			8,312,829,990
HC.7	Gouvernance, administration du système de santé et des financements	775,855,548	1,801,700,694			2,577,556,242
	Total	3,004,986,647	18,415,726,196	218,935,770	9,020,515,490	30,660,164,102

ANNEXE 2 : DEPENSES COURANTES DE SANTE

2.5 AGENT DE FINANCEMENT X PRESTATAIRE (CNS HAÏTI 2011/2012)

Distribution des Dépenses Courantes de Santé par agents de financement et par prestataires (en Gourdes)

	Administrations publiques	Sociétés d'assurance	Agences de développement bilatérales résidentes (Coopération Bilatérales)	Organisations Internationales résidentes (Coopération Multilatérales)	ISBLSM natio- nale (ONG Nationales)	ISBLSM internationale résidente (ONG Internationales)	Ménages	Total I
Hôpitaux	1,516,491,344	218,935,770	206,771,356	187,816,590	4,390,500,614	1,722,646,905	2,157,094,278	10,400,256,857
Prestataires de soins de santé ambulatoires	53,581,889		225,240,695	27,516,500	1,202,556,170	358,674,897	1,415,010,514	3,282,580,665
Prestataires de services auxi- liaires			53,000			16,711,448		16,764,448
Détaillants et autres presta- taires de biens médicaux			2,132,313				5,448,410,698	5,450,543,012
Prestataires de soins préven- tifs	550,681,852		1,385,438,829	674,667,471	237,257,124	5,464,784,714		8,312,829,990
Prestataires de services admi- nistratifs et de financement du système de soins de santé	775,855,548		235,496,509		59,896,216	1,506,307,969		2,577,556,242
Reste du monde (Soins à l'extérieur)						619,632,889		619,632,889
Total	2,896,610,632	218,935,770	2,055,132,703	890,000,561	5,890,210,124	9,688,758,822	9,020,515,490	30,660,164,102

ANNEXE 2 : DEPENSES COURANTES DE SANTE

2.6 PRESTATAIRES DE SERVICES DE SOINS X REGIMES DE FINANCEMENT (CNS HAÏTI 2011/2012)

Distribution des Dépenses Courantes de Santé par prestataires de soins et par régimes de financement de la santé (en Gourdes)

	Hôpitaux	Prestataires de soins de santé ambulatoire	Prestataires de services auxiliaires	Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	Prestataires de soins préventifs	Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	Reste du monde (Soins à l'extérieur)	Total
HF.1.2	1,527,935,322	55,452,088			645,743,689	775,855,548		3,004,986,647
HF.2.2.1	4,390,625,320	1,208,855,170	53,000		235,491,124	61,498,466		5,896,523,080
HF.2.2.2	2,105,666,167	603,262,893	16,711,448	2,132,313	7,431,595,176	1,740,202,228	619,632,889	12,519,203,116
HF.2.4	218,935,770							218,935,770
HF.4	2,157,094,278	1,415,010,514		5,448,410,698				9,020,515,490
	10,400,256,857	3,282,580,665	16,764,448	5,450,543,012	8,312,829,990	2,577,556,242	619,632,889	30,660,164,102

ANNEXE 2 : DEPENSES COURANTES DE SANTE

2.7 PRESTATAIRE DE SERVICES DE SOINS X FONCTION (CNS HAÏTI 2011/2012)

Distribution des Dépenses Courantes de Santé par prestataires de services de soins et par fonctions (en Gourdes)

	Hôpitaux	Prestataires de soins de santé ambulatoire	Prestataires de services auxiliaires	Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	Prestataires de soins préventifs	Prestataires de services adm. et de financement du syst.de santé	Reste du monde	Total
Soins curatifs	10,400,256,857	3,282,580,665					619,632,889	14,302,470,410
Services auxiliaires			16,764,448					16,764,448
Biens médicaux				5,450,543,012				5,450,543,012
Médicaments délivrés sur ordonnance				5,218,846,416				5,218,846,416
Appareils thérapeutiques et autres biens médicaux				231,696,596				231,696,596
Soins préventifs					8,312,829,990			8,312,829,990
Programmes d'information, d'éducation et de conseil					295,480,952			295,480,952
Programmes de vaccination					450,679,896			450,679,896
Programmes de détection précoce de maladie					134,541,665			134,541,665
Programme de suivi de l'état de santé					358,242,898			358,242,898
Planification & Gestion					49,421,864			49,421,864
Gestion des achats et des stocks					13,072,977			13,072,977
Autres surveillances épidémiologiques et programmes de lutte contre le risque et la maladie (n.c.a.)					6,939,423,611			6,939,423,611
Programmes de préparation contre les catastrophes et réponse d'urgence					71,966,127			71,966,127
Gouvernance, administration du système de santé et des financements						2,577,556,242		2,577,556,242
Gouvernance et administration du système de santé						786,259,443		786,259,443
Adm. du financement de la santé						1,791,296,798		1,791,296,798
Total	10,400,256,857	3,282,580,665	16,764,448	5,450,543,012	8,312,829,990	2,577,556,242	619,632,889	30,660,164,102

ANNEXE 2 : DEPENSES COURANTES DE SANTE

2.8 AGENTS DE FINANCEMENT X MALADIES (CNS HAITI 2011/2012)

Distribution des Dépenses Courantes de Santé par agents de financement et par maladies (en gourdes)

	Administration publique	Entreprises	Ménages	ONGS Nationales	ONGS et Fondations Internationales	Bailleurs bilatéraux	Bailleurs multilatéraux	Total
Maladies infectieuses et parasitaires	97,805,040			1,405,921	1,036,875,147	2,949,914,337	2,902,947,509	6,988,947,954
VIH/SIDA	2,015,825				185,549,896	1,283,549,158	600,789,094	2,071,903,973
Tuberculose	31,233,174					217,581,099	555,131,352	803,945,625
Paludisme					390,667	2,298,260	444,003,443	446,692,369
Maladies diarrhéiques					41,949,642	17,493,001	285,420,464	344,863,106
Maladies tropicales négligées					1,000,000	878,123		1,878,123
Maladies à prévention vaccinale	62,229				283,114,400	112,986,725	42,417,266	438,580,620
Choléra	44,766,814			1,048,741	301,265,737	556,582,518	830,263,889	1,733,927,699
Filariose	1,662,498							1,662,498
Autres maladies infectieuses et parasitaires (n.c.a.)	18,064,500			357,180	223,604,806	758,545,455	144,922,001	1,145,493,941
Santé de la reproduction	62,792,709				55,605,541	63,875,436	220,322,570	402,596,256
Affections maternelles						29,639,359	32,963,895	62,603,254
Prise en charge d'une contraception (planning familial)	16,567,023				9,940,694	29,649,438	63,268,290	119,425,444
Autres maladies et problèmes de santé liés à la santé de la reproduction (n.c.a.)	46,225,686				45,664,847	4,586,640	124,090,385	220,567,557
Carences nutritionnelles	1,152,003				211,067,807	1,120,994,936	584,087,293	1,917,302,038
Maladies non transmissibles	27,196,002				104,854,094	15,651,605	60,395,012	208,096,712
Maladies cardiovasculaires					14,593,190			14,593,190
Troubles mentaux	18,978,151						14,801,360	33,779,511
Autres maladies non transmissibles (n.c.a.)	8,217,851				90,260,905	15,651,605	45,593,652	159,724,012
Traumatismes							15,074,347	15,074,347
Autres maladies / affections (n.c.a.)	2,016,926,133	168,227,990	9,020,515,490	8,155,921	2,120,382,436	7,262,287,104	531,651,722	21,128,146,795
Total	2,205,871,886	168,227,990	9,020,515,490	9,561,842	3,528,785,025	11,412,723,418	4,314,478,451	30,660,164,102

*La reproduction de ce document a été rendue possible
grâce au support financier de l'USAID
à travers le Projet Health Finance & Governance.*

