

**PROGRAMME DE FORMATION EN MANAGEMENT ET GESTION
DES SERVICES DE SANTÉ EN HAÏTI**

(DESS-MGSS)

TRAVAIL DE FIN PROGRAMME

**LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ HAÏTIEN,
DANS UNE PERSPECTIVE DE RÉFORME**

Présenté par :

Joceline Brunache

Judith Duradis

Marie Huguette Gaspard

Linda Liataud

Juillet 2003
Promotion 2002-2003

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	4
Résumé.....	5
1) Introduction	6
2) Méthodologie.....	7
3) Évolution du financement de la santé dans le monde	8
3.1) Les théories et concepts du financement de la santé.....	8
3.2) Les grands courants de financement de la santé.....	10
4) Essentiel de la politique nationale de santé du MSPP	11
5) Financement de la santé en Haïti.....	12
5.1) Les sources de fonds	12
5.1.1) Les sources publiques	12
5.1.2) Les sources privées	13
5.1.3) La coopération externe	13
5.2) La protection sociale et la fonction assurance en Haïti	14
5.3) Les modalités de paiement : paiement privé et paiement public	16
5.3.1) Le paiement privé	16
5.3.2) Le paiement public	17
6) Principaux enjeux du financement de la santé en Haïti	20

7) Adéquation du système de financement de la santé actuel à la réforme	21
7.1) Faisabilité économique du projet d'implantation des UCS	21
7.2) Adéquation à l'offre de soins (PMS)	21
7.3) Adéquation à la politique de décentralisation	22
7.4) Adéquation à la politique d'intégration des institutions des UCS	22
8) Proposition d'un plan de financement de la santé en Haïti	23
8.1) Stratégies de mobilisation des ressources	24
8.1.1) Renforcer le système d'assurance obligatoire	24
8.1.2) Encourager la création de mutuelles	24
8.1.3) Promouvoir la création d'un fond départemental	25
8.2) Stratégies pour une meilleure utilisation des ressources	26
8.2.1) Etablir un bon système de tarification	26
8.2.2) Fournir des incitatifs aux professionnels de la santé	27
8.2.3) Assurer la distribution et promouvoir l'utilisation de médicaments essentiels.....	27
8.2.4) Canaliser l'aide externe	27
9) Conclusion	28
Bibliographie	29
Liste des sigles	33
Annexes	34

LISTE DES SIGLES

AEDES	: Agence Européenne pour le Développement et la Santé
CIDEF	: Centre International d'Études Françaises
BM	: Banque Mondiale
CAPS	: Centre d'Analyse Politique et Sociale
CDS	: Centres pour le Développement et la Santé
CREDES	: Centre de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé
DDS	: Direction Départementale Sanitaire
GSP	: Groupe Santé Plus
HAS	: Hôpital Albert Schweitzer
MAS	: Ministère des Affaires Sociales
MEF	: Ministère de l'Économie et des Finances
MSPP	: Ministère de la Santé Publique et de la Population
OCDE	: Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OFATMA	: Office Accident Travail Maladie et Maternité
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PEV	: Programme Élargi de Vaccination
PIB	: Produit Intérieur Brut
PMS	: Paquet Minimum de Services
PNUD	: Programme des Nations Unis pour le Développement
SR	: Santé de la Reproduction
TB	: Tuberculose
UCS	: Unité Communale de Santé

REMERCIEMENTS

La rédaction d'un travail de recherche n'est jamais l'œuvre d'une seule personne. Qu'il nous soit donc permis de remercier tous ceux qui d'une manière ou d'une autre, nous ont aidé à réaliser cet essai.

Nous présentons nos plus vifs remerciements au Docteur Junot Felix et Monsieur Uder Antoine, pour leur inestimable concours et leur judicieux conseils.

Nos remerciements s'étendent également aux responsables de la Direction Financière et Administrative du MSPP ainsi qu'à Madame Arnelle Thelusma qui ont bien voulu mettre certains documents à notre disposition.

RESUME

Le système de financement de la santé en Haïti est essentiellement basé sur le paiement direct des services par les familles. Il ne répond pas aux objectifs de la réforme en cours à savoir: équité, justice sociale et solidarité. Les ménages contribuent en majorité pour 36%, les recettes publiques à travers le budget national représentent 16%, les ONG participent à 20% et les bailleurs à 28%. La protection sociale est insuffisante et les systèmes d'assurance existants ne profitent pas aux démunis.

Les fonds publics couvrent les services curatifs au détriment des soins préventifs, dont l'impact sur la santé de la population est plus bénéfique. Les faiblesses de la gouverne du système, la pauvreté, l'absence de coordination entre les sources de fonds et la non identification des activités à financer par les différents acteurs sont à l'origine de l'inefficacité et de l'inéfficiency du système.

Le modèle de financement proposé est la combinaison d'une assurance nationale obligatoire pour le secteur formel, d'une assurance nationale de proximité et d'une assistance sociale bien ciblée.

1) Introduction

Haïti est l'un des pays les plus pauvres du tiers monde et le plus pauvre du continent. Il affiche l'indicateur de développement humain le plus bas (0.44 en 2000) et un revenu par habitant de US\$460. Selon les dernières enquêtes démographiques de l'an 2000, sa population atteint le seuil de 8.304.064 dont la catégorie 0-24 ans représente 60%. Haïti est le pays d'Amérique où le taux de mortalité est le plus élevé. L'espérance de vie à la naissance est relativement réduite à 53.3 ans. Au cours des dernières décennies, le PIB par habitant a diminué à un rythme de 1.1% par an. Haïti connaît à l'heure actuelle une situation sanitaire des plus alarmantes avec des indicateurs de santé qui témoignent de la faiblesse de l'offre de soins et de la paupérisation de la population dont la situation économique ne fait que s'aggraver au fil du temps. La succession de régimes totalitaires, centralisés «non intéressés au développement socio-économique du pays»¹ et l'instabilité politique qui en découle, la mauvaise gouvernance et l'insécurité sont autant de facteurs déterminants de la dégradation économique du pays dont les conséquences sur la santé sont indéniables.

L'appauvrissement de la majorité de la population l'empêche de satisfaire ses besoins les plus élémentaires en matière de santé, d'éducation et d'alimentation. Le taux d'emploi de 45% en 1999, a probablement diminué avec l'aggravation de la situation économique. Les inégalités sociales sont flagrantes: 80% de la population rurale vit en deçà du seuil de pauvreté (Banque Mondiale); 4% de la population possède 65% des richesses de tout le pays. Le pouvoir d'achat de la population diminue et paradoxalement, la contribution directe des ménages devient prédominante car le système de financement de la santé en Haïti, ne garantit pas la couverture universelle et uniforme. Le taux de morbidité assez élevé (21% à 36%) est aggravé par le faible niveau socio-économique des ménages et l'inaccessibilité géographique des structures sanitaires.

Le système de santé tel qu'il est organisé arrive difficilement à rendre accessibles des soins de qualité à tous les citoyens à cause d'une gestion défailante et d'une mauvaise répartition des ressources (Banque mondiale et AEDES): 40% de la population n'a pas accès aux soins de santé de base et plus de 50% de la population n'a pas accès aux médicaments de manière satisfaisante; la desserte en eau potable est encore faible, 51% pour l'ensemble du pays en 2000 (PNUD 2001). Actuellement le SIDA dont les conséquences économiques sont désastreuses, est la première cause de décès en Haïti et la séroprévalence est de 4.6%. Quant à l'état de santé des femmes et des enfants, des insuffisances certaines sont à signaler: 44% de femmes bénéficient du nombre minimal de visites requis avant l'accouchement, 76.3% des accouchements ont lieu à domicile, ce qui témoigne d'un taux d'utilisation des services relativement faible; un cinquième des enfants pesés à la naissance présente des insuffisances pondérales et un quart accuse un retard de croissance. Ces lacunes sont si importantes qu'en Haïti, on enregistre les plus forts taux de mortalité maternelle (523 décès pour 100.000 naissances vivantes) et infantile des Amériques: soit 32%, 48%, 80% et 42% de taux de mortalité néonatale, postnatale, infantile et juvénile, respectivement.

¹ Analyse de la situation , Haïti, 1998 avec actualization en 1999, p 7

Dans le contexte économique actuel: ajustement structurel, ampleur de la dette externe (1,170 millions de dollars US)², réduction de l'aide externe, baisse de la production nationale, Haïti semble prise dans une trappe à pauvreté; et compte tenu de la relation positive entre le niveau de revenu par tête d'un pays et l'état de santé moyen de sa population, la société haïtienne arrivera t-elle à rompre le cercle vicieux des inégalités économiques et des inégalités de santé? Pourra t-elle relever le défi de financer adéquatement les soins de santé d'une population dont le nombre et les besoins ne cessent de croître? Le maintien du mode de financement actuel peut-il vraiment garantir l'atteinte des objectifs de santé fixés par le Ministère?

2) Méthodologie

Un tableau si sombre nous porte à réfléchir sur ses causes et à jeter un regard critique sur la gouverne du système de santé haïtien, plus précisément sur son système de financement. Le manque de ressources bien que fondamental, ne saurait constituer le seul facteur déterminant, quand on sait que des pays de même niveau économique, présentent souvent des différences notables de leurs indicateurs de santé. Les résultats de santé à Cuba sont bien meilleurs, à certains égards, que ceux de certains pays à revenu élevé, en dépit des contraintes budgétaires liées à l'embargo économique imposé depuis plusieurs années. Qu'a-t-on planifié en terme de financement pour la santé après les multiples démarches de réformer le système de santé en Haïti? Quels mécanismes de solidarité a-t-on institués pour réduire l'inéquité financière?

L'expérience de terrain nous porte à nous interroger sur la compatibilité du système de financement actuel avec les objectifs de la réforme. Les rencontres avec les acteurs du milieu, la consultation de documents, la collecte des données financières et une revue de la littérature nous permettront de faire le point sur la question. A cause de certaines contraintes (rareté d'études récentes, difficultés à rencontrer des informateurs-clé), notre analyse ne sera certes pas très exhaustive, mais nous permettra d'identifier quelques forces et faiblesses, afin de proposer des éléments de solutions.

3) Evolution du financement de la santé dans le monde

Avant de présenter succinctement l'évolution des différents modes de financement de la santé et les expériences internationales, nous passerons en revue les principales théories et quelques concepts du financement de la santé définis dans la littérature.

3.1) Les théories et concepts du financement de la santé

La maladie est une cause d'incertitude quant à son évolution et d'inquiétude face au risque d'appauvrissement qu'occasionne sa prise en charge ou son traitement: c'est une condition qui oblige souvent les familles à encourir des dépenses imprévues qui les ruinent. Aussi, parmi tous les facteurs qui influencent le taux d'utilisation ou l'accessibilité des services de santé, on doit compter les ressources financières. Ce sont elles qui déterminent la capacité des individus à payer les soins offerts ou encore la

² Mémoire présenté par le Gouvernement d'Haïti, Troisième Conférence des Nations Unies sur les Pays les Moins Avancés, Avril 2001, p 12

capacité d'un Etat à faire face aux dépenses du système de santé. Le système de financement représente avec les systèmes de gestion, d'information et le système clinique, le quatrième pilier de la gouverne d'un système de santé. «Le financement de la santé a pour objet de dégager des fonds et de donner aux prestataires les incitations financières appropriées pour que toutes les personnes aient accès à des services de santé publique et des soins individuels efficaces » (OMS, 2000). Un système de financement performant doit permettre au système de santé d'atteindre ses objectifs de productivité, d'équité, d'efficacité et d'efficience.

Le financement s'opère à travers trois principales fonctions: (1) *Le prépaiement ou la collecte des fonds* des ménages, de donateurs ou d'organisations se fait par le biais d'impôts, de cotisations obligatoires ou facultatives, de l'aide externe et de dons. Le prépaiement favorise la répartition du risque financier et permet une dissociation de la collecte et de l'utilisation des fonds propice à l'atteinte de l'équité. Il est préférable au paiement direct qui est contraire à l'équité, car il empêche ceux qui ont des moyens limités d'accéder aux soins et renforce les incertitudes tant pour les patients que pour les prestataires. (2) *La mise en commun des ressources collectées*, repose sur la solidarité. Elle ne tient pas compte des revenus et favorise le partage des ressources pour une répartition égale des risques entre tous les participants. Les cotisations obligatoires des caisses de sécurité sociale ou d'assurance publique, constituent les fonds de financement public; tandis que les cotisations volontaires et facultatives recueillies par les assurances privées (commerciales ou non), ainsi que les paiements effectués par le patient directement aux prestataires, représentent les sources de financement privé. (3) *Les stratégies d'achat* visent à déterminer les interventions à financer en fonction des priorités établies, à choisir les prestataires et les meilleurs mécanismes de paiement pour améliorer la réactivité, l'équité financière et l'efficience du système. Elles peuvent se décider au niveau de l'administration générale garante des droits des citoyens et qui s'engage à financer les interventions prioritaires pour l'Etat; en cas de défaillance de l'administration générale, celles-ci se font par des acheteurs en conformité avec la politique de santé.

Le financement de la santé, vise avant tout à protéger les individus les plus vulnérables contre les risques financiers liés aux maladies et à leur garantir un accès équitable à des soins de qualité. En effet, la maladie entraîne une perte de niveau de vie en raison des coûts des traitements, de la perte des revenus du travail voire de la perte d'emploi de l'individu malade; et si la mort s'en suit, il en résulte également la perte définitive de revenus futurs. Dans ce même ordre d'idées, les maladies chroniques et invalidantes réduisent les aptitudes au travail entraînant des pertes économiques et une dévalorisation du capital humain. Un revenu décent favorise une meilleure alimentation et un revenu élevé, l'accès à de meilleures conditions de travail et aux soins de santé, alors qu'un faible revenu est souvent un obstacle au financement de la santé et d'autres besoins comme l'éducation dont le niveau influe sur le niveau de santé. D'où l'importance de la solidarité pour remédier aux injustices des systèmes.

3.2) Les grands courants de financement de la santé

Au cours des ans, dans la plupart des pays, le principe de la solidarité a été à l'origine de multiples démarches visant à pourvoir aux besoins de santé de tous les individus, et à protéger les plus vulnérables et défavorisés des risques financiers liés aux maladies. Déjà

en 1789, la Déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen garantissait le droit de tous les citoyens à la sécurité sociale en ces termes: *"Les secours publics sont une dette sacrée. La société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler"*. A la fin du 19eme siècle, pour remédier à l'insuffisance de l'assistance ou de l'assurance volontaire en Allemagne, le chancelier Bismarck, lance l'idée des assurances sociales, obligatoires et nationales pour les salariés, alimentées par les cotisations patronales et salariales. Après la seconde guerre mondiale, Beveridge, en Angleterre, propose un système de protection sociale universelle, uniforme, financé par la fiscalité et placé sous l'autorité unique de l'Etat. En 1948, ces principes sont repris dans les articles 22 et 25 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme qui prône la protection de tous les citoyens indistinctement et pas seulement des défavorisés. Ces deux grands courants vont influencer l'évolution de la protection sociale et du financement des systèmes de santé à travers le monde. Un troisième modèle libéral qui se différencie des premiers, est celui de l'assurance volontaire privée aux Etats-Unis: l'Etat prenant à sa charge les plus démunis, laissant à la majorité le choix de recourir à des assurances privées.

Les modèles d'origine se sont transformés au fil du temps pour répondre aux exigences conjoncturelles de chaque pays qui évoluent sans cesse. Le choix d'un système de financement par une société, est en effet conditionné par des facteurs économiques, idéologiques et culturels, historiques et les pressions externes, qui en déterminent les caractéristiques propres. Dans la plupart des pays de l'OCDE, la santé est essentiellement financée par les fonds publics (75% en moyenne) soit par la fiscalisation générale (Norvège, Finlande, Danemark) soit par le système d'assurance ou de sécurité sociale obligatoire (France, Autriche). Aux Etats-Unis, par contre, l'Etat contribue seulement à 40%³. Dans les pays en voie de développement, comme le nôtre, le financement public est très insuffisant et inférieure à la moyenne (10% du PIB) recommandée par l'OMS, la charge incombant aux familles d'assumer leurs dépenses de santé. Avec la crise économique mondiale, tous les systèmes connaissent de grandes difficultés à satisfaire les besoins des populations, en dépit de l'augmentation inquiétante des dépenses en santé, des progrès technologiques et de l'amélioration des connaissances; situation qui porte les décideurs à travers le monde, à réviser l'organisation et le mode de fonctionnement des systèmes de financement.

Dans les pays développés, les déficits importants enregistrés, font que la maîtrise des coûts est actuellement un sujet de grande préoccupation et incite à la diminution de la charge de l'Etat. Dans les pays en voie de développement, les avis sont partagés: d'aucuns sont favorables à une augmentation du budget alloué au secteur santé, tandis que d'autres sont plutôt partisans d'une plus grande participation communautaire aux dépenses de santé et s'interrogent sur les façons de mobiliser des ressources supplémentaires de la population sans compromettre l'équité sociale et appauvrir les familles. Le dilemme est de concilier l'équité, l'efficience, la participation communautaire et la qualité des services.

En Haïti, à quel point le co-financement communautaire serait-il possible compte tenu du niveau de pauvreté en zone rurale (80%) et de l'ampleur des coûts indirects (transport, logement) occasionnés par la mauvaise répartition géographique des points de prestation dans ces régions ? L'administration générale a-t-elle les moyens de sa politique?

³ JONSSON B. "Réforme des systèmes de santé: la volonté de changement", chap 2, p 16, tableau 2.1

4) Politique Nationale de Santé du MSPP

La politique de santé haïtienne s'inspire de trois principes: équité, justice sociale et solidarité. Elle a pour objectif fondamental d'améliorer de façon durable l'état de santé de la population, à travers une approche globale et dynamique de la santé et la prestation de soins de qualité.

Elle s'appuie sur les axes stratégiques suivants:

- La dispensation de soins de santé primaire sous forme d'un Paquet Minimum de Services avec emphase sur l'efficacité et l'efficience
- Le renforcement institutionnel tant au point de vue technique que logistique
- La mise en place d'un système de réseau intégré des institutions sanitaires (UCS)
- La décentralisation administrative et la responsabilisation des différents niveaux de gestion
- La participation communautaire
- Le développement d'espace de coordination multisectorielle et intra sectorielle
- La recherche orientée vers la résolution de problèmes

En considérant les différents axes stratégiques qui constituent la base de cette politique de santé et les objectifs visés par le MSPP, comment est financé le système de santé?

5) Financement de la santé en Haïti

Le financement de la santé est indissociable des ressources financières. En matière de santé, la provenance des fonds et le degré de participation du privé et du public a tout aussi d'importance que leur redistribution et permet de juger de l'équité financière du système. A partir d'une brève description nous tenterons de présenter notre modèle de financement de la santé.

5.1) Les sources de fonds

Les principales sources de financement du secteur de la santé en Haïti sont: les recettes publiques, les revenus des ménages, l'assistance externe et les autres ressources (*Annexe 1*).

Les ménages viennent en tête et contribuent pour 36% aux dépenses de santé; ils payent les consultations, les médicaments et les examens de laboratoire. L'Etat investit 16% à travers son budget global pour financer les salaires, les frais de fonctionnement et les investissements. Le reste des fonds provient des ONG (20%) et des bailleurs (28%) sous forme d'aide bilatérale et multilatérale. Ils supportent les investissements, les médicaments essentiels, les matériels et équipements médicaux, les activités des programmes prioritaires et la politique de santé du Ministère (*Annexe 2*).

5.1.1) Les sources publiques.

Le Ministère de la Santé assure le financement des services de santé à partir du budget reçu du Ministère des finances. Le budget de la santé représente 9% du budget national pour l'exercice 2001-2002; il est alimenté par les impôts et les taxes, et alloué par douzième au MSPP par le MEF selon les disponibilités financières de l'Etat. Ce processus

de décaissement est long, complexe et sujet à de multiples contraintes qui peuvent le faire durer deux (2) à trois (3) mois. (CAPS 1998). D'autres ressources étrangères sous forme de dons, de prêts ou d'aides budgétaires viennent en support. Le MSPP fournit des allocations aux institutions autonomes, aux directions centrales et départementales qui assurent la répartition aux différentes institutions sanitaires publiques, privées à but non lucratif .

Au sein du MSPP, les décisions budgétaires sont très hiérarchisées et se prennent au niveau central sans tenir compte des réalités locales; le degré d'autonomie des responsables des institutions sanitaires publiques est faible et par voie de conséquence ils ne sont pas tenus de rendre des comptes. Il est à noter que l'Etat est le propriétaire de la plupart des hôpitaux du pays (67%) et des centres de santé sans lits (59%), les institutions privées étant minoritaires, il n'en demeure pas moins que la qualité de la prestation dans les institutions publiques est peu satisfaisante à cause de l'irrégularité des allocations, de la faible utilisation des structures et de la corruption. Les établissements du secteur public assurent seulement 30% environ des services; le secteur privé sans but lucratif (ONG), 30 %; les institutions à but lucratif, 10%; et enfin il existe un secteur hybride (exploité par le secteur privé, mais partiellement financé par des fonds publics) qui fournit 30% des services⁴.

5.1.2) Les sources privées

Selon une enquête de la Banque Mondiale réalisée en 1997, la dépense annuelle de santé par habitant se chiffrait à US \$25 répartis comme suit: \$3,5 (budget national), \$ 7,5(aide internationale), \$ 5(secteur associatif), \$ 9 (population). L'apport des familles haïtiennes au financement du système de santé est majeur et trois fois supérieur au montant dépensé par l'Etat par habitant (*Annexe 4*).

Il provient des :

- Revenus des ménages par le paiement direct;
- Cotisations à la caisse d'assurance sociale de l'OFATMA qui se fait sur la base d'une contribution salariale et patronale à un taux qui diffère suivant le type d'entreprise.
- Cotisations à la caisse d'assurance des agents de la fonction publique calculée au prorata des salaires et instituée en 1998
- Dons des particuliers aux institutions sanitaires locales ou départementales.

5.1.3) La coopération externe.

Le système de santé est très dépendant de l'aide externe. Une vingtaine de bailleurs de fonds constituent un partenariat avec le MSPP à partir de dons et de prêts. Ils participent aux frais d'investissement et au financement intégral de tous les programmes prioritaires (TB, SIDA, SR, PEV, Malaria, PCIME, Nutrition...) sous forme d'assistance technique, achat de médicaments, formation du personnel etc. La coopération externe s'exerce par une filière officielle ou non officielle. Dans le premier cas, les fonds sont injectés dans le secteur public via le MSPP et dans le second, directement aux ONG, aux directions départementales et à certaines institutions publiques ou privées. (*Annexe 5,6,7*).

⁴ Rapport d'évaluation de programme-pays Haiti, Banque Interamericaine de Developpement, Mars 2003, p55

5.2) La protection sociale et la fonction assurance en Haïti

En Haïti la protection sociale est très insuffisante. Bien que la sécurité sociale soit garantie par l'article 22 de la constitution, les gouvernements n'assurent pas les plus défavorisés contre la faim, les déboires liés au chômage, à la vieillesse ou à certains handicaps psychomoteurs. La part du prépaiement dans les dépenses totales est réduite et a une incidence négative sur l'équité. La fonction de mise en commun des ressources qui favorise une meilleure répartition des risques financiers liés aux maladies est très négligée par la société et peu développée.

Les principales assurances maladies en Haïti sont:

- *Le plan d'assurance pour les fonctionnaires publics et leurs dépendants : GSP* représentant moins de 1% de la population. C'est un modèle d'assurance obligatoire avec possibilité de remboursement des patients ou de paiement des prestataires sur la base du tiers payant. Les cotisations ne sont pas liées aux risques et sont calculées au prorata des revenus. Bien que cette formule soit préférable au paiement direct, il comporte quand même des risques d'inaccessibilité aux soins et augmente les disparités sociales dans la mesure où: 1) les prestataires exigent souvent des patients un paiement direct qui leur sera remboursé ultérieurement par le tiers-payant; frais que ne peuvent honorer que ceux qui ont les moyens et qui portent les autres à s'abstenir de rechercher les soins dont ils ont besoin. 2) les fonctionnaires publiques des zones rurales n'ont accès qu'à des institutions publiques peu fonctionnelles. 3) l'Etat pourvoit une subvention à cette caisse pour une catégorie déjà privilégiée de la population, dont la majorité se trouve dans le département de l'ouest, délaissant ainsi les plus déshérités. Ce qui est une injustice sociale par rapport à la population des autres départements et par rapport à la grande majorité qui ne bénéficie d'aucune forme d'assurance-maladie.
- *Les caisses communautaires* sont peu développées en Haïti. Seulement deux organisations expérimentent aujourd'hui ce type de régime: l'Hôpital Albert Schweitzer et les Centres pour le développement et la santé (CDS). Avec la misère sévissant en Haïti, les familles qui gagnent à peine de quoi survivre ont une capacité d'épargne très faible. En effet, un contexte économique favorable est une condition de viabilité de tout système d'assurance à but lucratif ou non.
- *Les compagnies d'assurance privées* dont la couverture est faible. Les cotisations volontaires sont calculées en fonction du risque et inaccessibles au plus grand nombre. La majorité des cotisants sont à Port-au-Prince (AEDES). Autant de facteurs qui ne permettent pas de réduire les inégalités de protection financière. La plupart des maisons d'assurances du marché représentent des compagnies étrangères et cela favorise la fuite des devises. La loi régissant le fonctionnement des assurances privées est obsolète et très peu appliquée.
- *L'OFATMA** est une division de l'Institut d'Assurances Sociales d'Haïti, organisme administratif et technique de la Direction Générale de la Sécurité Sociale, placé sous la tutelle du MAS* et dont le conseil d'administration comprend des représentants des ministères des affaires sociales, de la santé et des finances. Selon sa loi organique, l'Institut d'Assurances Sociales avait pour mission d'assurer la protection efficace de

tous les travailleurs et de leurs familles contre les risques d'accidents du travail, de maladie, d'invalidité, de vieillesse et de maternité (article 21). Ce régime d'assurance sociale alimenté par les cotisations des employés et des employeurs, devrait couvrir toutes les catégories de personnel du secteur public et privé en Haïti (article 25). Cependant la réalité est tout autre et cet organisme a dévié de sa vocation première: ce plan n'atteint pas les bénéficiaires potentiels et répond aux besoins des cotisants seulement pour les volets accident et maternité. Pourquoi avoir créé un nouveau plan d'assurance pour les fonctionnaires de l'Etat alors qu'ils sont assujettis à souscrire à l'OFATMA ?

En fait, la sécurité sociale obligatoire et universelle n'existe pas en Haïti. L'Etat ne dispose pas non plus d'une caisse de sécurité sociale alimentée par les impôts ou des taxes spéciales, qui lui permettrait de financer le système de soins, des programmes de recherche, de formation et de subventionner les catégories sociales défavorisées. Aujourd'hui, la protection sociale en Haïti est très faible (1%)⁵ et le système de financement arrive difficilement à répondre aux objectifs de notre système de santé que sont: l'équité, la justice sociale et la solidarité. Une grande caisse publique réservée à la santé présente l'avantage de favoriser les économies d'échelle et la coordination dans l'achat des services si la fonction de mise en commun et de paiement est confiée à la même institution.

5.3) Les modalités de paiement

Dans le système de santé haïtien, deux modalités sont à considérer: le paiement privé et le paiement public:

5.3.1) Le paiement privé

L'une des grandes faiblesses du système de santé Haïti est l'obligation faite à la population de payer ses dépenses de santé quelque soit son niveau de revenu et ses besoins en santé. Aussi nombre de personnes se trouvant dans l'incapacité de faire face aux dépenses de santé, ont-elles recours à l'automédication qui n'est pas sans risque.

Le paiement direct des soins est le principal mode de paiement observé dans le secteur, car la fonction assurance et la sécurité sociale sont très peu développées. En Haïti, l'accès aux soins est conditionné par la capacité de payer. Les gens dépensent pour les soins ambulatoires, d'hospitalisation et les services techniques. Quand bien même ils trouveraient les fonds nécessaires pour se payer les soins moins coûteux dispensés par une institution publique, la qualité des services et des soins est souvent inférieure à celle des institutions privées. Aussi les mieux nantis dédaignent-ils les services publics; ils se tournent vers les institutions privées ou vont se faire soigner à l'étranger et le secteur public s'en trouve dévalorisé.

En fonction du principe de justice sociale, tous les individus devraient avoir accès aux soins de qualité égale pour les mêmes besoins: « equal access to available care for equal need, equal utilization for equal need, and equal quality of care for all. » (OMS 1999). En raison de l'absence de régulation, la tarification des services de santé n'est pas uniforme au niveau national, même au sein des institutions publiques; et dans le secteur

⁵ Rqpport de la réunion de l'Organisation Internationale du Travail et l'Organisation Panaméricaine de la Santé sur la Couverture des Besoins Sociaux, nov. 1999, p 3

privé, la logique marchande prédomine, particulièrement dans le secteur pharmaceutique. Le prix des médicaments est inaccessible au plus grand nombre et aggrave les inégalités de santé. Souvent, la pénurie des médicaments essentiels au niveau des institutions publiques, oblige les patients à s'approvisionner dans le marché privé au prix fort.

Le système de recouvrement des coûts est très répandu dans le secteur public et permet de compenser les insuffisances de fonds du secteur public; il comporterait des avantages s'il contribuait à la production de services utiles aux pauvres, à l'amélioration de la qualité des services et au subventionnement des défavorisés (Newbrander W. et coll., 2000). Mais la faiblesse des capacités organisationnelles et de gestion financière des institutions sanitaires publiques du pays, conduit au coulage et à l'utilisation des fonds à d'autres fins. Le système prévoit le principe de l'exonération pour les pauvres, mais qui sont les pauvres? Très difficile à déterminer; le système ne dispose pas des moyens permettant de les identifier et souvent les exonérations ne profitent guère qu'à un faible pourcentage de pauvres.

5.3.2) Le paiement public

De 1999 à 2001, le MSPP fonctionne avec un budget de 489.600.000 gourdes soit 8% du budget global hormis les dépenses relatives aux projets d'investissement. La population augmente et parallèlement les besoins en santé; pourtant le budget de la santé se situe dans une fourchette 8 à 10 % du budget national et dépasse à peine 1% du PIB. (Annexe 8). A travers la budgétisation, les fonds publics sont redistribués dans le système de santé aux institutions publiques et privées non lucratives sous forme de rémunération salariale, de frais de fonctionnement hors salaires qui sont: les fournitures et matériels, la machinerie et les équipements, les constructions et rénovations, les contributions et subventions ainsi que les autres dépenses publiques d'investissements.

Depuis les cinq dernières années, les dépenses réelles globales dépassent les prévisions budgétaires et aucune modification n'a été apportée au niveau des crédits alloués dans la loi de finance votée depuis 1996. L'exécution des budgets est souvent compromise par le vote tardif du budget et l'application très partielle des douzièmes provisionnels. Dans la pratique, la proportion du budget exécutée avant le vote est très faible et les procédures actuelles à multiples contrôles et très centralisées résultent en un faible taux d'exécution du budget. C'est l'administration générale qui décide des allocations budgétaires et des mécanismes de paiement des prestataires du secteur public et leur utilisation est loin d'être optimale. Les fonds publics couvrent principalement les services curatifs (47% en 1995) et les dépenses administratives (19%), ce qui laisse seulement un tiers (34%) pour les soins préventifs, qui auraient un impact beaucoup plus grand sur le bien-être collectif⁶. Pour l'exercice 2000-2001, la reconduction a beaucoup affecté les lignes budgétaires et accuse des déficits graves. Les dépenses atteignent jusqu'à 117.18% du budget soit 107.18% pour le niveau central et 124.11% pour le niveau départemental. Ce déficit est dû à une augmentation des dépenses en salaires (138.6%) et (142.4%) pour les boni.

Bien que le personnel accapare 70% du budget de la santé publique, il n'est pas plus productif puisqu'il existe un déséquilibre numérique par rapport aux besoins des communautés et une distribution déséquilibrée entre les zones urbaines et rurales, et

⁶ Rapport BID, ibid p 55

entre les départements. Le salariat qui est le mode de rémunération des prestataires du secteur public, présente des avantages dont ne bénéficie guère le système de santé à cause du non respect des normes et des procédures. En outre, le bas salaire incite à l'absentéisme qui a une incidence négative sur la productivité; les prestataires travaillant pour la plupart à temps partiel dans d'autres institutions privées pour gagner un complément de salaire.

De plus, l'allocation budgétaire aux institutions ne tient compte ni du nombre d'habitants ni des besoins à financer. La répartition des fonds entre les départements sanitaires est très disparate avec une très forte concentration dans le département de l'Ouest (50% en 1995-1997) pour une population représentant le tiers de la population totale. Ce qui aggrave l'inéquité et l'inégalité de santé entre les différentes régions géographiques du pays. (Annexe 9,10)

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) arrive avec difficulté, à justifier de l'utilisation des aides extérieures qui transitent par le ministère parce que celles-ci ne sont pas intégrées au budget donc il méconnaît les flux financiers réels qui alimentent globalement le système de santé (vue partielle des apports financiers extérieurs qui se déversent sur les structures de base), et n'a aucune connaissance des recettes générées par le recouvrement des coûts au sein des institutions sanitaires. Le MSPP ne maîtrise pas non plus les charges qui permettent aux structures de fonctionner et il se renferme dans une structure budgétaire inadéquate qui ne permet pas de visualiser l'apport de l'Etat aux structures de soins (UCS et Hôpitaux secondaires). Les flux financiers ne sont pas contrôlés et certains modes d'allocation ne permettent pas des interventions favorables en santé en raison du manque de coordination entre les sources de fonds. Les directions départementales sanitaires n'ont pas d'information précise sur l'aide externe accordée aux institutions de leur région.

Par ailleurs, l'absence de procédure et le manque de leadership ne permettent pas au MSPP d'assurer la régulation. L'utilisation des services et le choix des interventions à financer échappent au contrôle du MSPP; les autorités sanitaires interviennent peu dans le champ d'activités des bailleurs et n'exerce pas de rôle régulateur dans le secteur privé. Les bailleurs et les ONG oeuvrant dans le secteur établissent eux-mêmes leurs priorités et leur population de desserte. Pour preuve, le circuit d'allocation non officiel de l'aide externe est actuellement privilégié par les bailleurs qui délivrent les ressources directement aux institutions périphériques court-circuitant ainsi l'administration générale.

Ce phénomène s'est intensifié ces derniers mois et face à l'incapacité de l'administration générale à gérer les flux financiers et les programmes des organismes extérieurs, on assiste à la duplication et la répartition inéquitable des ressources, qui se font au gré des acteurs face à une administration générale démissionnaire. Cette situation engendre dès lors le gaspillage, l'inefficacité et l'inefficience, malgré la contribution importante de l'aide externe, car les activités d'un organisme ne concordent pas toujours ou sont parfois en conflit avec celles des autres. Cette situation de court-circuitage du MSPP, contribue également à dévaloriser davantage le secteur public qui perd de sa légitimité.

Les services de santé publique relèvent de la responsabilité de l'Etat qui se doit de garantir la protection générale des populations en matière d'hygiène, d'assainissement et de lutte contre les maladies évitables. L'Etat doit faire des choix qui nécessitent dans bien des cas de reconsidérer les affectations budgétaires: "entre les différents secteurs

économiques et sociaux, une simple baisse de 10% de certaines dépenses de prestige, de défense ou d'administration dégagerait des ressources significatives pour les programmes de santé et pour les départements sanitaires en particuliers; de plus au sein du secteur de la santé, le report de certains investissements hospitaliers ou d'achat d'équipements lourds permettra de financer de manière beaucoup plus autonome les points de prestation de service et les soins de santé de base"⁷

L'absence d'une politique claire de rationnement en vue de financer les interventions hautement prioritaires est patente. Aussi, le mode de financement et l'organisation du système actuel ne reflètent-ils en rien les valeurs qui sous tendent la politique nationale de santé.

6) Principaux enjeux du financement de la santé en Haïti

A la lumière des grands courants de financement de la santé, notre modèle ainsi décrit, présente des caractéristiques plutôt hybrides: un paiement privé très développé qui exacerbe les inégalités sociales et qui ne laisse pas trop de choix au patient malgré la prédominance de la logique marchande; un financement public très faible; un manque de solidarité à l'origine d'un régime de sécurité sociale très peu développée.

Il ressort de ce bilan que la situation économique et politique influe énormément sur les dépenses de santé. Le dysfonctionnement du système de financement de la santé résulte en grande partie de la non régulation par l'Etat, la non intégration des sources de financement et des faibles capacités de gestion financière des responsables tant au niveau central, départemental et institutionnel. Considérant que l'Etat haïtien doit garantir les soins à tous les citoyens et que le financement de la santé est primordial pour améliorer le niveau de vie des gens, les enjeux sont de taille. Si l'on tient compte de la politique nationale, il faudrait assurer l'équité d'accès indépendamment de la localisation géographique et du statut économique et social. Comment assurer cette équité dans l'accès et dans l'utilisation des services par les patients à faible revenu ? Comment être efficace tout en rendant accessibles les soins aux 60% de pauvres et garantir la qualité des soins à toute la population? Comment trouver le meilleur équilibre entre la satisfaction des besoins de santé et les ressources disponibles? Tenant compte des priorités du MSPP d'assurer une couverture optimale au niveau de la prestation des soins dans une économie pauvre, comment améliorer la santé dans d'importantes proportions en utilisant les ressources disponibles d'une manière qui soit socialement productive? S'il faut rationner, quel élément du PMS l'Etat peut-il prendre en charge? La disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels représentent un défi majeur pour l'offre de soins; comment éviter la dégressivité de la participation des patients au paiement des soins et combattre les effets pervers des prix de vente différents dans un même marché?

Tenant compte des enjeux ci-dessus mentionnés, notre mode de financement répond-il à la réforme de santé prônée par le Ministère?

⁷ FLORY Yves Antoine, "Le financement de la politique de santé. in Actualité et dossiers en santé publique, 2000, p 29

7) Adéquation du système de financement de la santé actuel à la réforme

La question de financement est au cœur des débats sur l'évolution des systèmes de santé dans le monde. Pour les pays en développement, cette question cruciale est devenue le principal problème à résoudre pour redonner des moyens et surtout de la crédibilité aux services de santé existants. Le projet de réforme de santé en Haïti est-il faisable économiquement et techniquement?

7.1) Faisabilité économique du projet d'implantation des UCS

La situation économique que vit le pays actuellement ne fait qu'empirer et la dépendance externe se renforce. Le manque de ressources pour la mise en place du système de réseau sur tout le territoire constitue un sérieux handicap. Selon une étude de faisabilité économique et technique des UCS⁸, les coûts d'implantation et d'opération sont estimés respectivement à 992,625 et 496,155 \$US pour une UCS théorique composée de trois dispensaires, deux centres de santé sans lits, un centre de santé avec lits et desservant une population en moyenne de 50.000 habitants⁹. Le montant qui était disponible pour la mise en œuvre, au moment de lancer cette réforme en 1997 était de 101.000 \$US, tandis que pour arriver à l'élaboration des plans pour toutes les UCS, il fallait au moins 510.000 \$US¹⁰. Comme l'a si bien souligné Derenoncourt, "dans un contexte de réforme global du secteur, les autorités devront considérer non seulement le montant d'argent pour financer la réforme de santé en Haïti et également d'autres ressources qu'ils vont pouvoir disposer. Il va de soi qu'une certaine quantité de ressources doit être intégrée au système de santé financièrement ou sous une autre forme". Cependant, la trop grande dépendance par rapport à l'aide externe imprime un caractère fragile à la politique de développement des UCS, qui peut avoir des répercussions structurelles significatives sur l'ensemble du système national de santé.

7.2) Adéquation à l'offre de soins (PMS)

La stratégie d'approche orientée vers l'équité semble être un des facteurs clé pour nous emmener dans la voie de l'amélioration de la santé de la population. Face au choix des priorités du Ministère, la justice sociale doit sous-tendre les mécanismes de financement de l'offre de soins. Bien que les activités des programmes prioritaires (Santé Maternelle et Infantile par exemple) soient financées intégralement par les bailleurs, les capacités du système de soins à offrir de façon efficiente à chaque personne malade un accès équitable à des services de santé de qualité sont très faibles. Les faiblesses de l'organisation des soins identifiées au niveau macro, méso et micro, la non intégration des sources de financement, le manque de coordination et de synergie des activités des différents acteurs, ne permettent pas de réduire les écarts qui existent dans le système de santé et d'augmenter l'utilisation des services de santé par ceux qui en ont besoin.

7.3) Adéquation à la politique de décentralisation

La méthode d'allocation des ressources et les sources de financement du niveau local, conditionnent la forme et le degré de décentralisation (Mills A.1991). Aussi, la politique de décentralisation par la mise en place des UCS, impliquera une révision des processus

⁸ Etude sur la faisabilité Economique et technique des UCS, Banque Mondiale, 1995

⁹ VOLTAIRE Henri-Claude. Les Unites Communautaires de Santé dans le système global de santé, Mai 1997, p21

¹⁰ Rapport sur la mise en place des Unites Communales de Santé: Situation actuelles et Perspectives, DPCE-DCCE-MSPP/BID, p 13

de budgétisation en vigueur si l'on veut promouvoir une plus grande participation communautaire et responsabiliser les autorités sanitaires locales. Il est clair que la situation économique qui prévaut dans le pays ne permettra pas aux formations sanitaires locales d'être complètement autonomes. Cependant, il leur faudra un plus grand pouvoir de décisions dans la gestion financière pour adapter les budgets aux besoins spécifiques de leur population de desserte, car actuellement les lignes budgétaires ne correspondent pas aux besoins de UCS en développement (Etudes AEDES). La reconduction systématique du budget global sera un obstacle à la gestion financière adéquate des UCS. Il faudra renforcer la décentralisation budgétaire qui existe déjà au niveau des Directions Départementales de Santé (DDS), et elles devront s'atteler à recueillir toute l'information nécessaire sur les comptes d'exploitation des UCS et de leurs composantes. Les dotations devront être effectuées en fonction des besoins de chaque UCS; les gestionnaires locaux devront être autorisés à effectuer des virements entre les postes budgétaires, pour couvrir leurs dépenses prioritaires et être tenus de rendre des comptes au niveau supérieur. De même, il faudra encourager une gestion saine des recettes (recouvrement des coûts) qui devront être utilisées pour améliorer la qualité des services offerts et les rendre accessibles aux plus pauvres.

7.4) Adéquation à la politique d'intégration des institutions au sein des UCS

Le projet d'intégration en réseau des différentes institutions sanitaires, par la mise en place des UCS est un projet ambitieux compte tenu de la situation économique et des lacunes organisationnelles du système de santé haïtien. Pour que cette intégration soit effective, le MSPP devra inciter les acteurs à coopérer plus étroitement pour réduire la fragmentation de l'offre de soins, coordonner la prestation et le financement des soins à tous les niveaux pour éviter le gaspillage et favoriser l'utilisation optimale des ressources. Un plan d'action pour préciser les choix en matière d'interventions et les mécanismes de financement, un plan de financement cohérent ainsi qu'un bon système d'information sanitaire et de gestion seront indispensables pour atteindre ces objectifs.

Les informations seront essentielles pour a) élaborer un plan de financement cohérent avec la politique nationale, b) élaborer des budgets qui répondent aux besoins des localités en tenant compte de l'objectif du PMS, c) déterminer les activités et les ressources à financer par chacun des acteurs, d) identifier les flux financiers par sources et par poste pour une meilleure évaluation du système de financement, de la production des soins et de la mise en œuvre de la politique nationale.

8) Proposition d'un plan de financement de la santé en Haïti

En 1997, l'AEDES en arrivait à la conclusion que le problème du financement des services de santé ne résidait pas tant dans le manque de ressources, que dans leur mauvaise gestion. La situation sanitaire du pays aurait dû être plus satisfaisante, compte tenu de l'importance des fonds, autres que les fonds publics qui y sont alloués depuis des années. «C'est d'une réforme profonde de sa gestion et d'une redistribution des ressources dont le système a besoin pour que le PMS soit accessible à la population ». Une telle mesure constituerait l'élément incontournable de la solution parmi d'autres.

Certes, l'Etat haïtien pourra difficilement assurer seul les dépenses de santé de la population. Il n'en demeure pas moins, que c'est à lui qu'incombe une bonne partie de l'action requise pour financer les services de santé publique et les soins cliniques de

première nécessité afin d'atteindre les objectifs de santé pour tous. Les individus, les organismes bénévoles et le secteur privé ne peuvent être livrés à eux-mêmes, face aux problèmes de santé de toute la population. En outre, certaines interventions dont les bénéfiques s'étendent à toute la collectivité doivent être assurées par les pouvoirs publics. Il lui faudra établir un Plan d'Action Global pour le secteur afin de fixer les priorités d'intervention, déterminer les ressources nécessaires à leur mise en œuvre et préciser la contribution de chaque acteur (l'administration générale, les familles, les autres secteurs, les bailleurs) à la réalisation des activités en conformité avec la politique nationale.

Etant propriétaire de la majorité des formations sanitaires dont la couverture est supérieure à celle des institutions privées ou des ONG, l'Etat devrait être en mesure de réguler le secteur privé, en établissant des normes de fonctionnalité pour renforcer la gestion au sein des différentes institutions publiques ; ce, pour une plus grande disponibilité des ressources et la prestation de soins de qualité répondant aux besoins de la population. L'affectation de ressources publiques additionnelles au secteur, comme les taxes prélevées sur le tabac, l'alcool, la loterie sont à envisager, de même que la redistribution des ressources existantes vers les soins primaires au lieu des investissements. La recherche de ressources additionnelles devrait s'accompagner de mesures visant à combattre leur détournement.

8.1 Stratégies de mobilisation des ressources

Pour palier aux problèmes de financement majeurs de notre système de santé, plusieurs stratégies de mobilisation des ressources pourraient être adoptées :

8.1.1) Renforcer le système d'assurance obligatoire accident, maladie et maternité de tous les salariés du secteur formel en réorganisant l'OFATMA dont la couverture s'étendrait à l'ensemble des salariés publics et privés conformément à sa loi organique. Il faudrait augmenter ses capacités organisationnelles et de gestion financière, pour assurer sa viabilité et améliorer la qualité des services offerts. Cette solution présente l'avantage d'utiliser une structure déjà autonome financièrement et dont l'infrastructure de base est fonctionnelle. En augmentant le nombre d'adhérents à la caisse de l'OFATMA, tout ou une partie de la subvention accordée par l'État à la caisse des fonctionnaires publics pourrait être réaffectée au financement de groupes cibles à travers le fonds départemental dont nous parlerons plus loin.

8.1.2) Encourager la création de mutuelles

Dans les pays de l'Amérique latine et le tiers-monde, il ressort des expériences réalisées en Colombie, en Equateur, au Nicaragua, au Pérou et en République Dominicaine, une préférence pour les systèmes de micro assurance afin d'augmenter le nombre des bénéficiaires des services de santé et d'avoir un meilleur accès aux soins de santé de qualité. Dans ce même ordre d'idées, la création de mutuelles locales pourrait être encouragée de façon à couvrir les artisans, les agriculteurs et autres professionnels du secteur informel.

Ce régime cadre bien avec le projet de promotion de la participation communautaire dans la gestion des UCS. L'existence d'une dynamique communautaire forte dans plusieurs régions du pays à travers les coopératives agricoles ou des groupements communautaires est une condition favorable. On connaît des cas où des membres de la

communauté ont pris à leur charge, la construction d'une institution sanitaire, en contribuant en nature ou en espèces, chacun selon ses possibilités. Mais le succès dépendra de la crédibilité des promoteurs, du degré de participation locale et du niveau économique de la communauté comme c'est le cas pour tout régime de prépaiement. Selon les leçons tirées des expériences en Afrique, le niveau économique détermine l'aptitude à côtoyer et peut être un facteur d'exclusion des pauvres. Aussi devra-t-on tenir compte de l'aptitude de la population à payer pour fixer la prime.

Pour assurer la continuité des services de santé, quand l'Etat finance très peu le système de santé, le modèle de financement communautaire du Mali pourrait nous servir de guide. Suite à un consensus avec les principaux acteurs, l'Etat peut promouvoir le paiement forfaitaire de la consultation et des médicaments en révisant les tarifs à l'échelle nationale, étant entendu que ces derniers doivent être liés aux revenus des familles. Une gestion saine et efficace des recettes internes doit être appliquée afin de réduire les risques de gaspillage. L'existence de services de qualité est un préalable: la disponibilité des médicaments et de matériel, l'accueil, la compétence, sont des critères auxquels les usagers accordent de l'importance. Les institutions doivent être crédibles pour que les futurs bénéficiaires acceptent d'épargner pour y avoir accès. Il ressort que l'administration générale devra intervenir pour appuyer techniquement ces initiatives et définir leur cadre légal. Parmi les conditions préalables que nous avons énumérées plus haut, bon nombre relèvent de la responsabilité des pouvoirs publics.

8.1.3 Promouvoir la création d'un fonds départemental

La création d'un fonds départemental à partir des taxes locales, des dons, de l'aide externe et des subventions du niveau central, suivant le niveau économique de la zone, pour assurer les démunis ou certains groupes cibles, est une option envisageable. Dans le premier cas, les expériences ont prouvé qu'il est très difficile, même en définissant des critères d'exonération, d'identifier ceux qui en ont réellement besoin et que l'accessibilité géographique, organisationnelle et culturelle conditionne l'utilisation des services par les pauvres. Les systèmes de dispense de paiement des soins dans plusieurs pays (Niger, Burkina Faso, Sénégal) se sont révélés peu équitables et inefficaces dans la mesure où les non pauvres ont été les principaux bénéficiaires.

Dans l'état actuel des choses, nous pensons qu'un système d'exemption de certains groupes cibles comme les femmes, les enfants de moins de 5 ans, les vieillards, serait plus facile à gérer et permettrait d'atteindre quand même les catégories défavorisées qui en regroupent une forte proportion. La population haïtienne, jeune et fragile compte 50,7% de femmes et les moins de 15 ans et les vieillards représentent environ 40% et 4% respectivement. Ce fonds pourrait tout aussi bien jouer le rôle de tiers payant et servir à subventionner les soins aux groupes cibles. Ceux-ci bénéficieraient de tarifs spéciaux selon l'âge, le sexe ou le type de soins requis. Nous savons que le traitement de la tuberculose est actuellement gratuit. Avec l'apport du Global Fund, on pourrait assurer la gratuité du traitement préventif et curatif de la Malaria et du Sida, qui ont des effets délétères sur l'économie.

Ce modèle propose la combinaison d'une assurance nationale obligatoire pour le secteur formel, d'une assurance nationale de proximité (les mutuelles) avec une assistance sociale bien ciblée (fonds départemental) qui est l'une des recommandations de l'étude

du CREDES sur le bilan et les perspectives des assurances sociales dans les pays en voie de développement.

8.2) Stratégies pour une meilleure utilisation des ressources

Les stratégies de mobilisation de ressources, pour être effectives, nécessitent des choix des moyens judicieux d'utilisation de ces ressources à savoir:

8.2.1 Etablir un bon système de tarification visant à promouvoir l'utilisation des services par des groupes cibles est difficile et nécessite une bonne capacité de gestion; car il faudra connaître la structure de la population de desserte, son niveau de ressources, son pouvoir d'achat, sa situation sanitaire. Un tel système exige de rationaliser les activités, de standardiser les traitements et les services et de déterminer avec précision les coûts des soins de santé.(Kaddar M.et coll). Ce qui permettrait à l'Etat de réaffecter les fonds pour subventionner les défavorisés, des groupes cibles ou des activités en fonction des priorités qui auront été définies: par exemple les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans, les services préventifs, les maladies infectieuses comme le Sida, la tuberculose, la malaria.

8.2.2 Fournir des incitatifs aux professionnels de la santé pour pallier à l'insuffisance des salaires. Le salariat comme mode de rémunération pourrait être conservé, en attendant que la gouverne du secteur public se renforce. Sa gestion est simple et peu coûteuse; il nécessite aussi un bon contrôle de la productivité de ces prestataires car les barèmes sont fixes et prévisibles. De plus, il faut leur donner les moyens pour travailler et d'autres incitatifs liés à l'environnement macro économique. La gestion saine du salariat favorise également l'utilisation optimale des ressources ainsi que la globalité et la continuité des soins (Contandriopoulos A.P. 1993) qui sont les objectifs poursuivis par la mise en œuvre des UCS.

8.2.3 Assurer la distribution et promouvoir l'utilisation de médicaments essentiels de qualité dans le public et le privé

Pour promouvoir et vulgariser l'utilisation des médicaments essentiels dans le public et le privé, il serait utile d'envisager les mesures suivantes:

- augmenter la disponibilité des médicaments essentiels à PROMESS, en renforçant le réseau de distribution et la gestion des stocks ;
- actualiser la liste des médicaments essentiels pour répondre aux priorités définies par le MSPP;
- réglementer la distribution des médicaments par le contrôle de l'importation;
- sensibiliser les prestataires et la population à l'utilisation des médicaments essentiels;
- mettre sur pied un système d'assurance de qualité ;
- élaborer une stratégie visant à rendre disponibles les médicaments essentiels dans les pharmacies privées;

8.2.4 Canaliser l'aide externe.

En se référant au dernier plan stratégique du MSPP, il faudra déterminer les activités à financer et le rôle de chaque bailleur. On pourrait ainsi choisir de canaliser l'aide vers les soins de santé primaire et le financement des soins coûteux, comme la prise en charge

des maladies infectieuses telles le Sida, la tuberculose, la Malaria ou certains services hospitaliers.

9) Conclusion

Le financement de la santé est d'une importance capitale dans la réalisation des objectifs de santé pour tous. L'Etat haïtien doit s'investir et investir dans la santé. La disponibilité des ressources ainsi que leur répartition sont primordiales pour garantir l'équité et l'accessibilité des soins à tous. Bien qu'il n'existe pas de solution miracle en matière de financement de la santé, les études ont prouvé que les faiblesses institutionnelles au point de vue de la gestion des ressources sont des dénominateurs communs au financement inadéquat et inadapté de la santé dans les pays en voie de développement. Un contexte économique favorable est aussi un facteur de viabilité de tout système de financement. En raison de la relation positive entre le niveau de santé des individus et leur statut économique, un Etat responsable doit travailler à instaurer une politique économique efficace, en vue d'élever le revenu des pauvres (Banque Mondiale 1993).

Dans le système haïtien, il existe des obstacles autres que financiers qui l'empêchent d'assurer des services de santé: corruption, mauvaise gestion, désorganisation des systèmes de santé, mal gouvernance. La réforme du système de santé et de son financement doit reposer en particulier sur un engagement politique et administratif ferme ; sur la rigueur comptable et la transparence des achats et des budgets du secteur public; sur des mécanismes de participation communautaire en associant société civile et ONG; sur des vérifications, des bilans et des évaluations régulières, afin de mettre en œuvre les corrections nécessaires en fonction des enseignements tirés de l'expérience (OMS 2001).

BIBLIOGRAPHIE

Recherche documentaire

1. AEDES/CIDEF. " Etude sur le financement des services de santé en Haiti. Vol. 1, Unité de gestion du Projet MSPP/IDA-Banque Mondiale; Novembre 1997, p 77
2. "Appui économique aux stratégies nationales de la santé pour tous". OMS-Genève, Mai 1987
3. CAPS 1998. Centre d'Analyse Politique et Sociale. "Implications Juridico-Administratives de la Réforme du Système de Santé Haitien (Draft).
4. CONTANDRIOPOULOS AP et al. " La rémunération des professionnels de santé". Journal d'économie médicale, 11(1):405-421
5. CONTANDRIOPOULOS AP et al. " A la recherche d'une troisième voie: Les systèmes de santé au 20ème siècle". Dans Pomey, M. - P, et al, Santé Publique - Etat des lieux, enjeux et perspectives, Edition Ellipses, Paris, p 637-667
6. CRIEL Bart. " Le financement communautaire: c'est plus qu'une affaire de sous!". In: Le développement et Santé 1995;119:20-4
7. DAVID de Ferranti. " Le financement des services de santé dans les pays en voie de développement : un appel au réalisme". Dans Soins de Santé - Qui paie?. Forum mondial de la santé, 6:115-123, 1985, p 44-52
8. DERENONCOURT Herby. "Choix Stratégiques dans la réorganisation du secteur de la santé en Haiti", Port-au-Prince, Haiti, juin 2001, p 105
9. FLORI Yves-Antoine. " Financement des politiques de santé". In: Actualité et dossier en santé publique 2000;(30): 31-4, p27-33
10. FLORY Y.-A, et KADDAR M. " Economie des systèmes de santé des pays en voie de développement: Quelle contribution des travaux publiés en francais? ". in Cahiers Santé, 1996; 6:360-5
11. GREEN A. " Financing health care". in Introduction to health planning in developing countries. Oxford Medical Publications 95-113.
12. HENRARD J. Claude et all. " Protection sociale et financement du système de santé". in Système et Politique de Santé. Edition Ecole nationale de Santé Publique, 1996, p 107-126
13. JEAN PIERRE et al./ EDES/CIDEF. "Etude sur les comptes de la santé, l'appui au volet gestion de système d'information sanitaire et budgets programmes, les formations en économies de la santé en Haiti". Juin 1999, p 71

14. JANCLOES M. et al. " Participation des habitants d'une ville du Sénégal aux soins de santé primaires". Dans Soins de santé Primaires. Forum mondial de la santé, 3(4): 425-429, 1982, p 115-119
15. JONSSON B. " Comprendre la reforme des systèmes de santé". in La Réforme des systèmes de santé: la volonté de changement. OCDE, 1996, p 12-36
16. KADDAR M. et Coll. "Indigences et accès aux soins de santé en Afrique subsaharienne. Situation et perspectives d'action. Eschborn: GTS, 1997, p 16-48
17. KUTZIN Joseph. " Un cadre pour l'évaluation des réformes de financement de la santé". OMS/DRSS - SPPSNN. Traduction de Marc Pechevis, Miloud Kaddar. Sept. 1995, p 27
18. Loi organique de l'OFATMA
19. "Le partage des dépenses de santé". Conclusion d'un séminaire international qui s'est tenu en mars 1979 à Wolfsberg, Suisse. Forum mondial de la santé, 2(1): 101-113 (1981)
20. MARSH E.P. et ABEL Smith. " Planification des ressources financières du secteur de la santé". 1984
21. MARSEILLE J. Bogard. " Etude sur le recouvrement des coûts des services de santé". MSPP/OMS, Sept. 1999, p 70
22. MILLS Anne et al, " Historique de la décentralisation: Concepts et problèmes", 1991
23. MSPP/OPS/OMS 1998. Analyse de la situation Sanitaire, Haiti 1998 avec actualisation en 1999
24. NEWSBRANDER W. et coll., 2000. "Ensuring equal access to health services". Management Sciences for Health
25. O.C.D.E (1992), "Sous Systèmes de financement et de prestations des soins médicaux". Dans la réforme des systèmes de santé. Analyse comparée de 7 pays de l'OCDE, Paris, pp. 19-29
26. O.C.D.E (1996), " La réforme des système de Santé: La volonté de Changement". In : Etude Politique de santé no 8, p 158
27. Organisation, financement et réforme des soins de santé dans les pays d'Europe Centrale - Compte rendu de la reunion a OMS Genève, 22 au 26 avril 1991.
28. OMS 2000. " Qui finance les systèmes de santé? in Rapport sur la santé dans le monde: Pour un système de santé plus performant dans le monde. p 107-130
29. PIERRE Lefèbre, Note technique: "Les dépenses publiques pour la santé". OMS/HQ/ICO, MSPP/Haiti, 1995, p 13

30. PIERRE J. et al. "Analyse du système d'information financier, comptable et budgétaire". in Etude sur les comptes de la santé, l'appui au volet de gestion de système d'information sanitaire et budgets de programmes, les formations en économies de la santé en Haiti. AEDES, juin 1999
31. Planification des Ressources financières du secteur de la Santé, OMS, 1984, p110
32. Politique Nationale de Santé. MSPP, juin 1995, version corrigée, p 13
33. Rapport sur l'évaluation de programme-pays Haiti, Banque Interaméricaine de développement. Washington, D.C., Mars 2003, p 83
34. Rapport sur la " Situation Economique et Sociale d'Haiti". Programme des Nations Unies pour le Développement, Mise à jour pour 2001
35. Rapport d'analyse de l'exécution budgétaire au 31 mars 2000, MSPP/DAF
36. Rapport d'exécution budgétaire d'Oct. 2201 à Sept. 2002. MSPP/DAF
37. Rapport d'exécution budgétaire de fin d'exercice Oct. 2000 - Sept. 2001. MSPP/DAF
38. Rapport sur la mise en place des Unités Communales de Santé: Situation actuelle/Perspectives, DPCE - DCCE - MSPP/BID, 1997, P 27
39. SALTMAN R.B., et al. "Funding System Equitably". in European Health Care Reform, Analysis of current strategies; WHO Regional Publications, European series, no 72; p 115-139
40. VOLTAIRE Henri-Claude. " Les Unités Communales de Santé: Principes et Orientations Stratégiques". MSPP, Port-au-Prince, Haiti, Juin 1999, p 87
41. VOLTAIRE Henri-Claude. " Les Unités Communautaires de Santé dans le système global de santé". in Ministère de la Santé et la Problématique de la décentralisation. Port-au-Prince, Haiti, Mai 1997, p 24.

Recherche sur le Web

1. Afrique Amitié: Initiative de Bamako
2. Etude CREDES, " Risque de maladie dans les assurances sociales : Bilan et perspectives dans les pays en voie de développement
3. EL FARRAH Mohamed. "Place de l'AMO ET RAMED dans le système de santé de Maroc"
4. L'initiative de Bamako
5. Rapport PNUD sur Haiti

- 6.** Rapport de "Réunion OIT/OPS: réduire l'exclusion sociale dans le secteur de la santé". Lundi 29 novembre 1999 (BIT/99/41)
- 7.** La réforme du secteur Santé au Mali, 1989-1996. Institut Tropical d'Envers, 1999, p 132

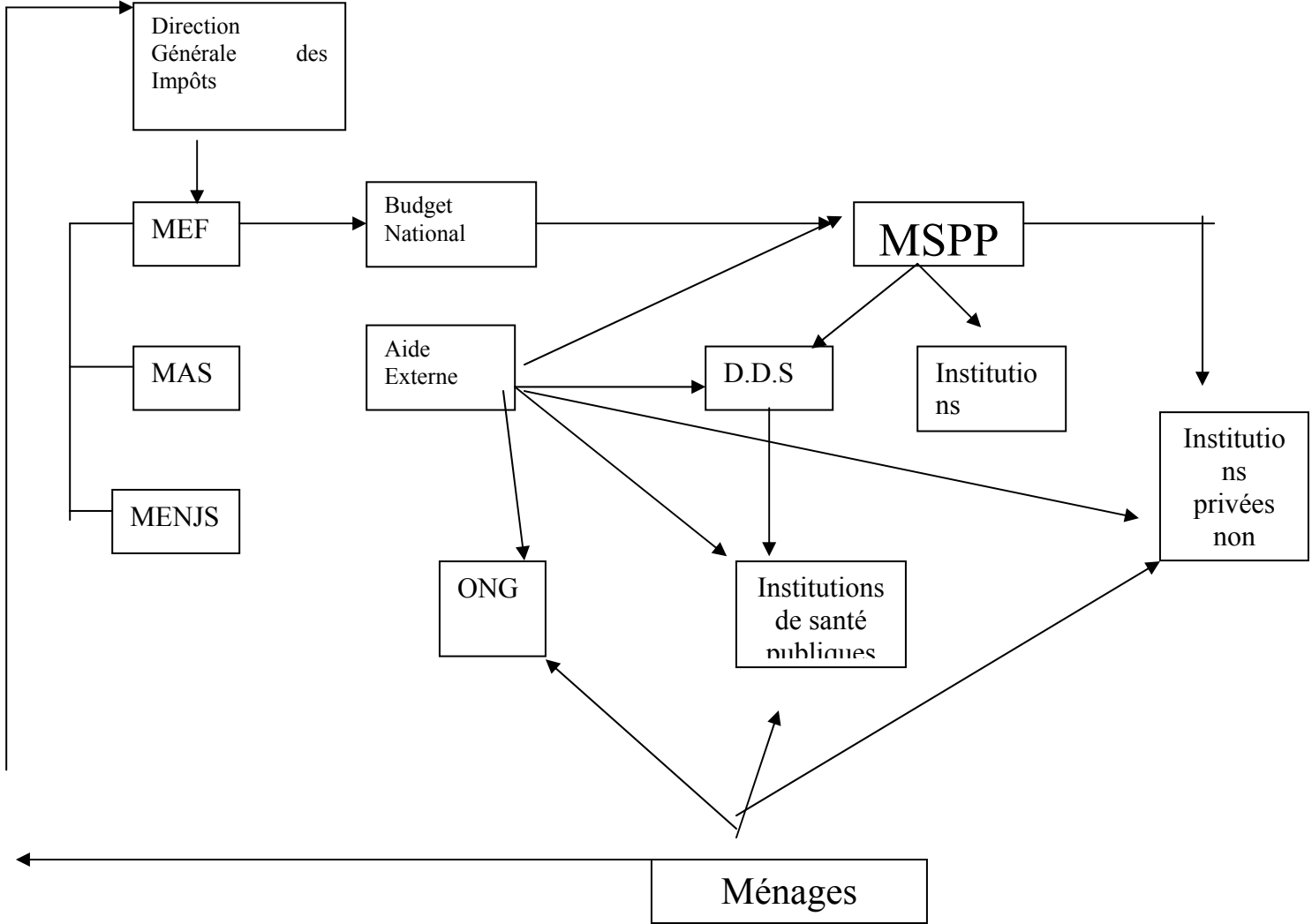
ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

	Page
1. Modèle de financement actuel du système de santé en Haïti	36
2. Evolution des dépenses courantes totales de santé	37
3. Financement public du premier échelon du système de soins en Haïti	38
4. Modèle de financement privé des soins en Haïti	39
5. Contribution des bailleurs de fonds au financement de la santé	40
6. Programme de financement public externe exercice 1997-98	41
7. Les dépenses de santé et la Coopération internationale	42
8. Evolution du budget public de santé en Haïti	43
9. Répartition géographique du budget de fonctionnement du MSPP	44
10. Dépenses du MSPP par département par habitant	45

Annexe 1

Modèle de financement actuel du système de santé



Annexe 2

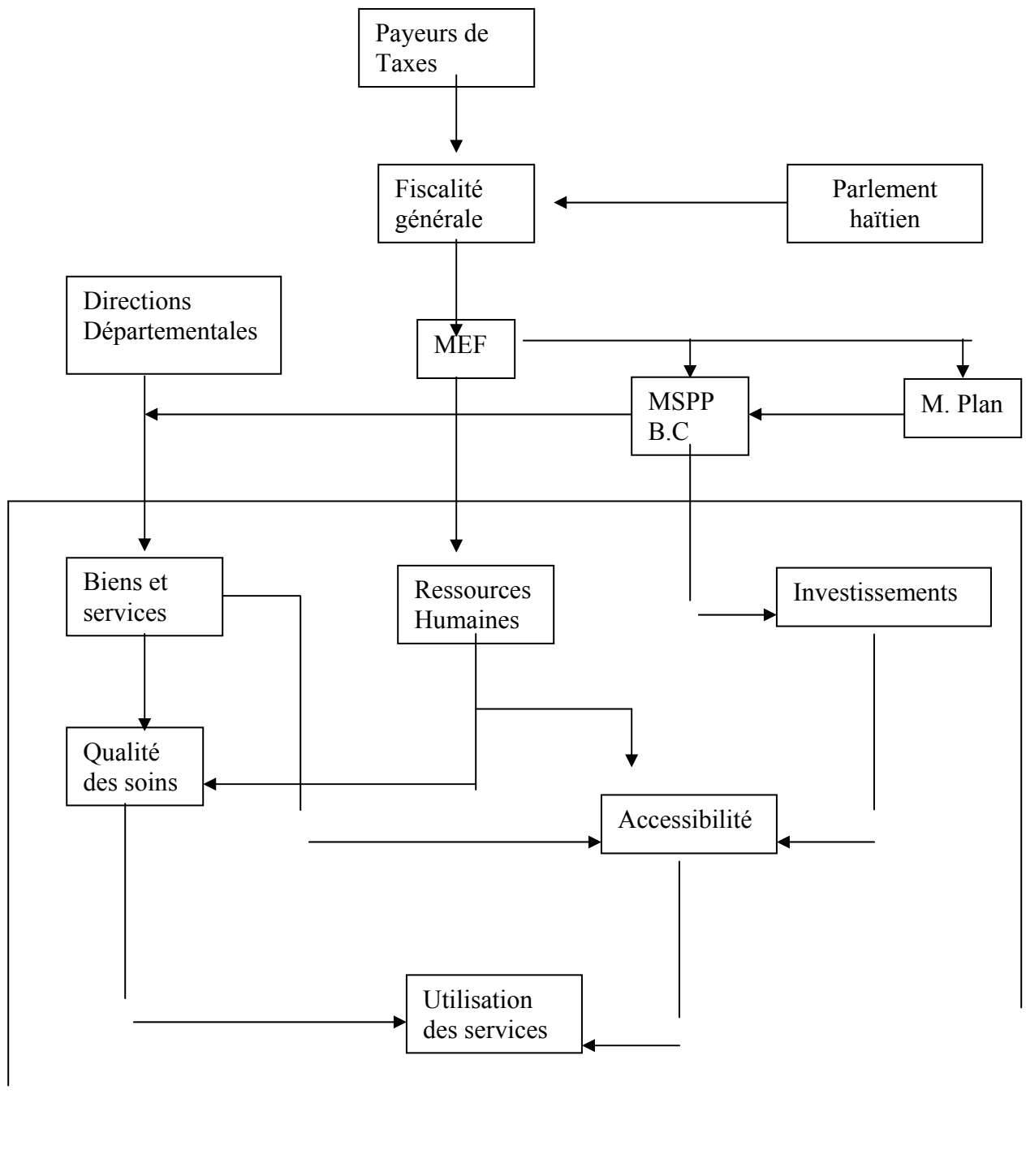
Evolution des dépenses courantes totales de santé **pour l'Etat: budgets (en millions de gourdes)**

	1994 - 1995		1995 - 1996		1996 - 1997	
	Millions gourdes	%	Millions gourdes	%	Million gourdes	%
Total dépenses de santé	2.815	100.0	2.263	100.0	3.013	100.0
Etat	293	10.4	417	15.4	464	15.4
Appui extérieur	896	31.8	587	22.1	357	28.4
ONG - dépenses de santé propres	592	21.0	604	22.7	616	20.5
Dépenses privées	1.034	36.7	1054	39.6	1.076	35.7
Dépenses totales de santé par tête (en S)	392	-	362	-	403	-
Dépenses totales de santé par tête (en S)	26	-	24	-	27	-

Sources: F. André et J. Buttari (1997) / AEDES

Annexe 3

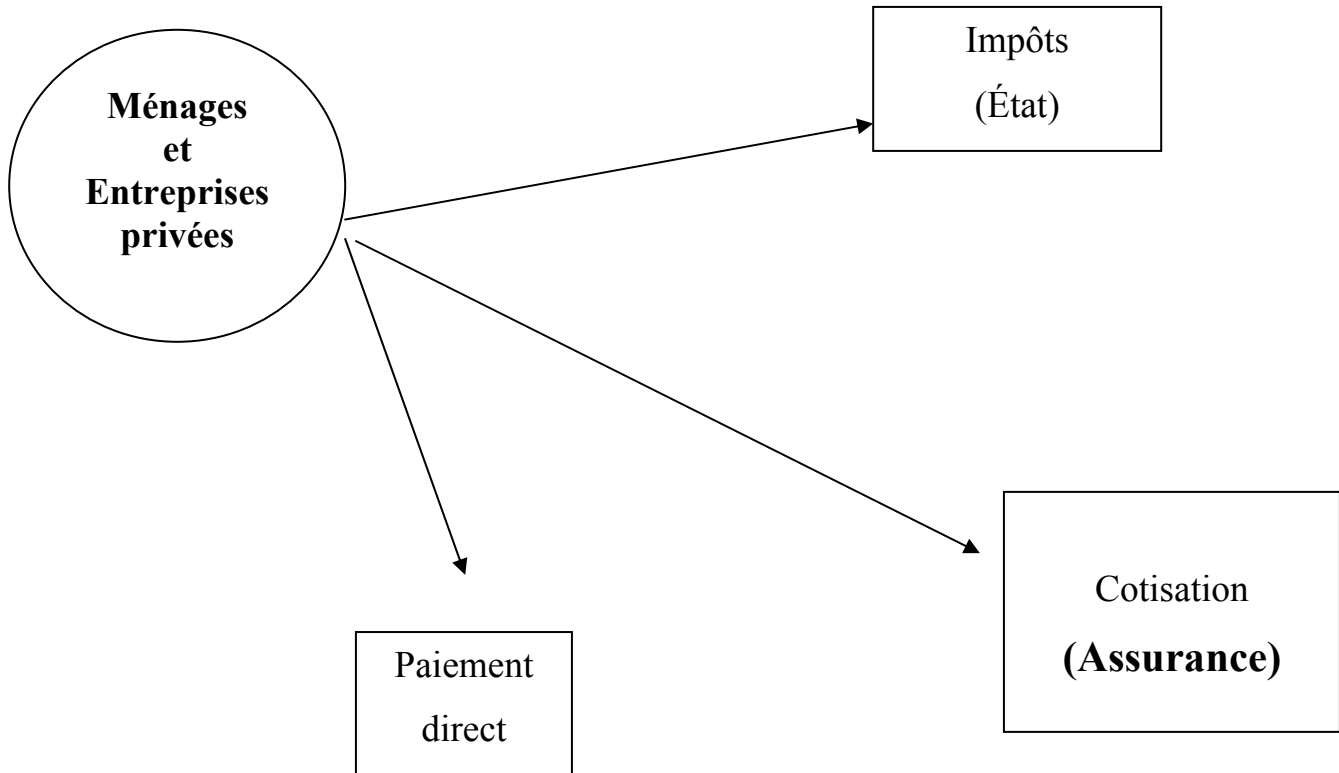
Financement public du premier échelon du système de soins en Haïti



Soins au niveau du premier échelon

Annexe 4

Modèle de financement privé des soins en Haïti



Annexe 5

Contribution des bailleurs de fonds au financement de la santé

selon les programmes et la durée

Bailleurs de fonds	Programmes	Durée	Enveloppe financière
USAID	<ul style="list-style-type: none"> - HS- 2004-offre d'un paquet minimum de service - PL 480 	10 ans	50 millions US 91ere phase jusqu'en 1999 <ul style="list-style-type: none"> • 11.3 millions US pour l'année 1996-1997
BID	MSPP/BID <ul style="list-style-type: none"> - Appui à la réforme du secteur de la santé - Appui à l'offre de services dans le cadre des UCS 	7 ans environ	50 millions US sous forme de prêt concessionnel (projet d'investissement dont 10 millions US \$ pour Appui au niveau central
Banque Mondiale	<ul style="list-style-type: none"> - MSPP/IDA - Appui décentralisé - Contrôle des endémies - Médicaments essentiels 	-	ND
Coopération Française	Appui à la réforme hospitalière <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Appui à la décentralisation <input type="checkbox"/> Etudes des financement alternatifs <input type="checkbox"/> Appui aux stratégies de santé scolaire 	25 ans (30 mois) (début juillet 1996)	8 millions de FF (soit 1.4 million de US\$)
OPS/OMS	Appui à la réforme de la santé <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Soutien à des interventions sélectionnée 	-	

Commission Européenne	<p style="text-align: center;">Sécurité alimentaire</p> <input type="checkbox"/> Ligne budgétaire Réhabilitation <input type="checkbox"/> Ligne budgétaire SIDA <input type="checkbox"/> Appui à l'ajustement structurel	3 ans	<p style="text-align: center;">?</p> <p style="text-align: center;">?</p> <p style="text-align: center;">907.161 Ecus</p> <p style="text-align: center;">122.1 millions de Gourdes</p> <p style="text-align: center;">122.1 millions de Gourdes</p>
-----------------------	---	-------	---

Source: D'après TFLRRD Haiti 1997/ AEDES

Annexe 6

Programme d'investissement public externe exercice 1997-98

(En milliers de Gourdes)

Sources de financement	Ressources nationales			Ressources externes			Total
	Trésor Public	UE/CE / AFC	Total Interne	Multi-latérales	Bi-latérales	Total Externes	
Ensemble	96.600	204.000	300.600	549.139	173.519	722.658	1.023.258
BM	-	-	-	60.563	-	60.563	60.563
USAID	-	-	-	-	166.719	166.719	166.719
OPS/TP	7.600	-	7.600		6.800	6.800	14.400
BID/FNUAP/Jap/ FAES/OPS/GTZ/ TP/UNICEF	39.000	-	39.000	365.173	-	365.173	404.173
PL-480 - Titre III	50.000	204.000	254.000	123.403	-	123.403	377.403

Source: DPEE juin 1997: NB: UE/CE/AFC Support au budget de fonctionnement en renégociation: BID: programme en discussion: OPS/TF COOP FR/UE -CE/BID: Les deux dernières sources de financement correspondent au sous-programme special d'urgence.

ANNEXE 7

**Les
santé et la**

*Source:
OPS.
situation
Haïti 1998
actualisation*

Annexe 8
**Evolution
public de
d'Haïti**

Dépenses de santé	Année Fiscale 89-90	Anné e Fiscal e 94-95	Anné e Fiscal e 95-96	Année Fiscale 96-97
Dépenses publiques de santé	157	293	418	409
En millions de gourdes	20,9	20,2	25,8	25,1
En millions de dollars des E.U				
Cooperation bilatérale (en millions de dollars des E.U.)	15,7	30,0	18,9	20,3
	7,3	29,6	26,0	36,3
Coopération multilatérale (en millions de dollars des E.U.)	23,0	59,6	44,9	56,6
Dépenses totales de la cooperation (en millions de dollars des E.U.)				
Dépenses totales en santé (publiques et coopération)	330	1158	1146	1320
en millions de gourdes	43,9	79,8	70,7	81,0
en millions de dollars des E.U.	52	161	156	178
<i>per capita en gourdes</i>	6,9	11,1	9,6	10,9
<i>per capita en dollars des E.U</i>				
Dépenses de la cooperation / dépenses totales en santé	52%	75%	64%	69%
Coopération santé / coopération totale	13%	ND	11%	ND

**Dépenses de
Coopération**

*MSPP.OMS-
Analyse de la
sanitaire,
avec
1999*

**du Budget
santé**

Budget et indicateurs	1989- 1990	1990- 1991	1991- 1992	1992- 1993	1993- 1994	1994- 1995	1997-1998
<u>Budget de la santé</u> (en millions de goudes)							
Crédits prévus (valeurs courantes)	145	150	150	186	186	316	649
	60	53	47	48	34	58	n.d.
Crédits prévus (valeurs constantes)	128	135	135	152	152	221	381
Dépenses en personnel	27	14	14	33	33	95	269
Autres dépenses de fonctionnement	145	159	135	186	186	316	649
Total dépenses courantes	2.5	3.8	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
investissement							
Dépenses de santé/PIB/courant	1.1%	1.0%	1.2%	1.2%	0.7%	n.d	
Dépenses de santé/Dépenses publiques courantes	9.1%	8.8%	8.6%	10.3%	82.0%	10.1%	
					82.0%		
Dépenses en personnel/dépenses en fonctionnement	88.3%	90.0%	90.0%	82.3%	9 27.0	69.9%	
	g 22.6	g23.1%	g 22.8	g 27.0	\$2.16	g 44.0	
Dépenses courantes de santé per capita (en Gdes)					\$ 2.16	\$ 3.0	
	\$ 3.27	\$ 2.96	\$2.56	\$ 2.47	g 11.2	g 11.9	
Dépenses courantes de santé per capita (en US)	g 9.5	g 14.0	9 11.2	g 11.2			
Dépenses de santé à prix constants base 85 (en Gdes)							

Source: V.Turbat &R.Pierre Louis (1997) pour l'exercice fiscal 1997-1998

Annexe 9

Répartition géographique du budget de fonctionnement du MSPP

(en % de la population et budgétaire)

Département	Population	1994-1995 Dépenses	1995-1996 Dépenses	1996-1997 Prévisions	1997-1998 Prévisions
Nord'Ouest	6.3	4.0	3.6	3.9	4.8
Nord	11.4	11.2	10.2	11.9	16.3
Nord'Est	3.4	2.7	2.7	3.2	4.4
Centre	7.4	5.7	4.4	4.4	5.3
Ouest	31.9	47.5	49.8	47.3	32.4
Artibonite	15.3	8.3	9.9	8.6	10.5
Sud	7.9	9.8	9.2	9.4	11.1
Sud'Est	7.0	4.7	3.8	4.6	6.2
Grand'Anse	9.2	6.0	6.6	6.8	9.0

Source: F. André et J. Buttari (1997) et MSPP 1997 pour les données de 1997-1998 / AEDES

Annexe 10

Dépenses du MSPP par département par habitant (Niveau central non compris)

Département	Dépenses du MSPP Par habitant (En gourdes)
Artibonite	25,5
Centre	26,6
Grande-Anse	32,0
Nord	49,6
Nord-Est	38,2
Nord-Ouest	28,3
Ouest	
- non compris les hopitaux nationaux	25,3
- hôpitaux nationaux inclus	63,9
Sud	41,3
Sud-Est	31,5

Source : MSPP/OMS-OPS. Analyse de la situation sanitaire, Haïti 1998 avec actualisation en 1999