

Extension de la protection sociale en santé en Haïti

Rapport de la mission conjointe P4H (Avril 2012)

OPS-OMS / OIT / BM / BID / France

Juillet 2012

Abréviations

ARV	Anti Retro Viraux
BID	Banque Interaméricaine pour le Développement
BIT	Bureau International du Travail
BM	Banque Mondiale
CAS	Caisse d'Assistance Sociale
CERDI	Centre d'Etude et de Recherche sur le Développement International
CIFAS	Centre d'Information et de Formation à l'Administration de la Santé
CIRH	Commission Internationale pour le Reconstruction d'Haïti
CLIO	Comité de Liaison Inter ONG
ECVH	Enquête sur les Conditions de Vie en Haïti
GIP-SPSI	Groupement d'Intérêt Public – Santé Protection Sociale Internationale
GRET	Groupement de Recherche et d'Echanges Technologiques
HMO	Health Maintenance Organization
IDASH	Institut pour le Développement de l'Assurance Sociale en Haïti
IBESR	Institut du Bien-Etre Social
MAST	Ministère des Affaires Sociales et du Travail
MDM	Médecins Du Monde
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MPCE	Ministère de la Planification et de la Coopération Extérieure
MSF	Médecins Sans Frontières
MSP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
OAVCT	Office d'Assurance Véhicule Contre Tiers
OFATMA	Office d'Accident du Travail, Maladie et maternité
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONA	Office National d'Assurance vieillesse
OPS	Organización Panamericana de la Salud
P4H	Providing for Health
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
SDSH	Santé pour le Développement et la Stabilité d'Haïti
SOG	Soins Obstétricaux d'urgence
UCS	Unité Communale de Santé
UNICEF	United Nations Children Fund

Table des matières

Remerciements	4
1. Introduction	5
1.2. Contexte de la mission	5
1.3. Objectifs de la mission	6
1.4. Composition	7
1.5. Déroulement	7
2. Constats	9
2.1. Points forts pour l'extension de la protection sociale en santé	9
2.1.1. Formulation de la politique nationale de protection sociale	9
2.1.2. Volonté politique	10
2.1.3. Processus de réflexion intersectoriel et constant.....	11
2.1.4. Flux financiers significatifs vers le secteur de la santé	11
2.1.5. Elaboration en cours de la politique nationale de santé.....	11
2.2. Difficultés rencontrées.....	12
2.2.1. Dans le pilotage du processus	12
2.2.2. Dans l'architecture générale de la protection sociale en santé	15
2.2.3. Dans l'analyse des coûts des services de santé et la répartition du financement	19
2.2.4. Dans les aspects opérationnels.....	25
2.2.5. Du côté de l'offre de soins.....	29
3. Recommandations	33
3.1. Pilotage du processus	33
3.2. Stratégie	33
3.3. Architecture.....	34
3.4. Financement.....	35
3.5. Offre de soins	36
4. Proposition d'ébauche de feuille de route	38

Remerciements

Les membres de la mission tiennent à remercier Mme le Ministre de la Santé et l'ensemble des cadres des différents ministères rencontrés pour l'accueil qui leur a été réservé et pour la disponibilité dont ils ont fait preuve. Ils associent à leurs remerciements toutes les autres personnes rencontrées qui, à tous les niveaux, leur ont fourni des informations pertinentes et des renseignements précieux pour l'accomplissement de leur travail.

Ils tiennent également à exprimer toute leur gratitude au bureau de l'OPS-OMS à Port-au-Prince qui leur a offert tout au long de la mission un appui logistique indispensable et un cadre de travail sympathique et accueillant.

Merci enfin à tous ceux, secrétaires, chauffeurs, personnels de soutien qui nous ont considérablement simplifié la tâche en nous assurant à tout moment de leurs attentions et services.

1. Introduction

A la demande du Ministère de la Santé Publique et de la Population (requête en date du 5 Octobre 2011), une mission d'appui conjointe du réseau P4H (Providing for Health) s'est déroulée du 11 au 19 Avril 2012 à Port au Prince.

Créée en Novembre 2007 au Sommet du G8 d'Heiligendamm « Providing for Health » (P4H) est la seule initiative internationale dont l'objectif est d'améliorer la protection sociale en santé notamment des populations pauvres. Elle fournit dans cette perspective un appui aux pays à faibles revenus ou à revenus intermédiaires dans leurs efforts pour progresser dans la couverture santé universelle et la protection sociale en santé. « P4H » promeut la mise en place de systèmes de protection sociale en santé durables, équitables et efficaces. Son appui est multiforme allant de l'appui technique à la définition et la mise en œuvre des stratégies de couverture à la mise en réseau et la construction d'alliances en passant par la mobilisation de ressources techniques et financières supplémentaires pour la protection sociale en santé ou encore la formation.

Réseau ouvert d'institutions – à ce jour les coopérations allemande, suisse, française, espagnole, Banque Mondiale, OMS, BIT, BAD – « P4H » conformément aux principes de la Déclaration de Paris et de l'Agenda d'Accra, fournit un appui multi- et bilatéral commun et coordonné qui se matérialise par des plans d'appui conjoints.

1.2. Contexte de la mission

Les indicateurs de santé en Haïti sont parmi les pires de la région et loin des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Les services de santé ne couvrent que 40% à 60% de la population. De plus, les contraintes d'accès sont encore plus aigües dans certains départements et il existe de vastes différences entre quintiles socio-économiques : par exemple, le taux de mortalité parmi les enfants des ménages les plus pauvres est plus que le double de celui des enfants des ménages les plus riches. Un manque d'accès – à la fois physique et financier – aux services de santé de base joue un rôle important dans ces faibles résultats.

Le secteur santé en Haïti est aussi caractérisé par une faible coordination des initiatives internationales qui a pour conséquences d'une part une allocation inefficace des ressources et d'autre part une équité limitée dans la distribution des bénéfices de l'investissement en santé, renforçant la perception d'injustice sociale au sein de la population.

La refondation d'Haïti après le séisme du 12 janvier 2010, décidée le 31 mars 2010 à New York, passe par la modernisation de l'économie avec la création d'emplois et de richesses qui permettront au pays et à ses habitants de sortir de la pauvreté. Cela ne pourra se faire s'il n'y a pas dans le même temps une réelle refondation sociale avec la mise en place d'une couverture maladie universelle permettant aux Haïtiens d'accéder aux soins de santé. En l'absence de celle-ci, le premier événement de santé grave compromet durablement l'équilibre financier d'une famille, et l'empêche de s'intégrer dans le circuit de l'activité économique et de sortir du cercle de la pauvreté. Les mécanismes de financement qui seront mis en place devront viser à limiter les dépenses à caractère catastrophique par les usagers afin de réduire les risques financiers de la maladie.

Cette réforme majeure implique l'ensemble du gouvernement et en particulier les ministères en charge de la santé, des finances et des affaires sociales qui réfléchissent ensemble depuis plus d'un an au moyen d'une Commission Interministérielle qui, avec l'adjonction du ministère du Plan, constitue le dispositif institutionnel chargé de proposer au gouvernement un mécanisme équitable et efficient de protection sociale en santé.

La France et les Etats-Unis ont signifié à New York leur engagement fort dans ce domaine. Du côté français, cet engagement s'est matérialisé par une initiative concrète : la prise en charge d'une étude sur le financement de la santé en Haïti par le bureau d'études Alter Santé Internationale & Développement (Juillet 2010). Cette étude sera ensuite soumise en février 2011 à l'avis de la Commission Interministérielle susmentionnée ainsi qu'à la Commission Internationale pour la Reconstruction de Haïti (CIRH), puis en Janvier 2012 au ministre de la santé Dr Florence Duperval Guillaume.

A partir de cette base, la mission P4H va proposer d'élargir le champ de la réflexion et en particulier de permettre l'examen de différents scénarii alternatifs.

1.3. Objectifs de la mission

- Créer un langage commun et impliquer tous les acteurs concernés
- Analyser les différents mécanismes de financement de la santé fonctionnant en Haïti et la proposition préparée par la Commission Interministérielle

- Proposer une ébauche de feuille de route pour progresser vers la protection sociale en santé pour tous en Haïti en tenant compte des spécificités locales
- Identifier les besoins d'appui et chercher à élaborer un plan d'appui conjoint P4H coordonné entre les différents partenaires au développement impliqués
- Préciser les mécanismes de coordination nécessaires au suivi de la mise en œuvre

1.4. Composition

La mission était composée des institutions et personnes suivantes :

- OMS Genève : Dr David Evans, Directeur du Département Financement des Systèmes de Santé
- OPS-OMS Washington : Claudia Pescetto et Julio Siede
- OPS-OMS Haïti : Dr Jacqueline Gernay
- OIT Genève : Alejandro Bonilla
- Banque Mondiale Washington : Maryanne Sharp
- GIP-SPSI France : Jean-Louis Durand-Drouhin
- ALTER Santé Internationale & Développement, France : François Boillot
- Coordination Réseau P4H : Claude Meyer

Elle a également bénéficiée des apports des représentants des coopérations américaine, canadienne, cubaine et brésilienne, en particulier lors des présentations des différentes interventions des partenaires techniques et financiers (PTF) dans le domaine de la santé.

1.5. Déroulement

La mission a effectivement démarré le Vendredi 13 Février (24h de retard dues à une annulation de vol entre la Guadeloupe et Haïti) à 9h par une réunion de prise de connaissance et d'organisation du travail au sein de l'équipe de la mission P4H. Elle a été clôturée par une séance de restitution le Mercredi 18 Février après-midi (voir programme détaillé de la mission en Annexe).

La semaine de travail (5 jours effectifs) a été découpée en trois grandes séquences dévolues respectivement à :

- ◇ Cadrage de la mission, audience auprès des trois Ministères clefs et présentations des interventions des différents partenaires techniques et financiers actifs dans le domaine du financement de la santé (vendredi et samedi).
- ◇ Réunions avec les représentants des autres parties prenantes. Ainsi les membres de la mission ont pu rencontrer : les autres acteurs institutionnels (Présidence, MSPP, OFATMA), le patronat et les syndicats, les principales ONG prestataires de soins, des assureurs privés et le principal HMO du pays (lundi et mardi)
- ◇ Présentation des concepts et enjeux du financement de la couverture sanitaire universelle comme contribution initiale à la mise en place d'un langage commun en Haïti (mardi matin), brainstorming et préparation du contenu de la restitution puis restitution générale (mercredi).

Les membres de la mission ont procédé à un nombre conséquent d'auditions le vendredi après-midi et les lundi et mardi, ce qui les a amenés à se séparer en trois groupes afin de couvrir l'ensemble des acteurs à consulter.

2. Constats

Les constats relevés par la mission sont présentés en deux temps : les points favorables à l'extension de la protection sociale en santé et les difficultés qui pourraient ralentir ou bloquer un tel processus.

2.1. Points forts pour l'extension de la protection sociale en santé

Les points forts se situent dans les domaines suivants : formulation en cours d'une politique nationale de protection sociale, volonté politique de très haut niveau, existence d'un processus de réflexion sur le sujet à la fois multisectoriel et constant, flux financiers significatifs dans le secteur santé et volonté de réforme sectorielle.

2.1.1. Formulation de la politique nationale de protection sociale

Un processus de formulation d'un Socle de Protection Sociale (avec l'appui du système des Nations Unies et en particulier de l'OIT) est en cours en Haïti quasiment depuis les jours qui ont suivi le tremblement de terre de Janvier 2010.

Un des moments forts de ce processus eut lieu lors d'un atelier en Octobre 2010 lorsque le Premier Ministre de Haïti, M. Jean Max Bellerive, s'exprimait en ces termes :

« Nous avons en fait, conduit une politique sociale sectorielle tout à fait verticale et isolée. Je peux citer notamment, à titre d'exemple dans le secteur public :

- Dans le secteur des affaires sociales : les activités de la Caisse d'Assistance Sociale (CAS), celles de l'Institut du Bien-être Sociale (IBESR), l'Office National d'Assurance Vieillesse (ONA), l'Office d'Assurance Maladie et Maternité (OFATMA), etc.
- Dans le secteur de l'Economie et des Finances : la Pension Civile, l'Office Assurance Véhicule Contre Tiers (OAVTC), etc.
- Dans le secteur Santé : les hôpitaux et les centres de santé, les services obstétricaux gratuits (SOG), etc.
- Dans le secteur éducatif : l'accès gratuit aux écoles primaires et secondaires et professionnelles ainsi qu'à l'Université d'Etat d'Haïti, le programme d'uniforme scolaire, le programme de cantine scolaire, les subventions scolaire, le parrainage des écoliers, etc.

De ce fait, ce que nous contemplons surtout Mesdames et Messieurs, c'est l'organisation et la coordination de toute la protection sociale par :

- La définition d'une vision claire de la Protection Sociale ;
- L'élaboration d'une politique publique s'y rapportant ;
- Un plan de mise en œuvre avec des activités détaillées ;
- La mise en place d'un Comité Intersectoriel de pilotage ;

- La création d'une base de données dynamique ;
- Un ancrage institutionnel rationnel pour une meilleure coordination. »

Lors de ce même évènement, le Représentant Spécial en Haïti du Secrétaire Général des Nations Unies, M. Fisher, apportait le soutien de la communauté internationale et du Système des Nations Unies à ces efforts :

« Cette priorisation est reflétée dans l'incorporation de cette thématique dans le cadre du Plan d'Action National pour le Relèvement et le Développement d'Haïti. De notre côté, nous, les acteurs du Système des Nations Unies en Haïti, nous combinons nos activités dans un cadre stratégique intégré qui reflète notre contribution à la mise en œuvre du Plan d'Action National. Dans ce cadre stratégique, la protection sociale est indiquée comme un domaine d'intervention prioritaire.

La revendication du droit de la population à la protection sociale se constituera comme un des moteurs principaux du développement du pays. C'est également un moteur pour la transition d'un cadre d'assistance humanitaire à un cadre de développement durable, et à la relocalisation des populations déplacées. Ainsi, la protection sociale est réellement une pierre de base dans l'édifice de la refondation du pays. »

Peu de temps après la mission P4H en Haïti, une réunion s'est tenue sur le nouveau cadre stratégique intégré 2013-2016. Le socle de protection social est également présent dans les documents préliminaires et il est intéressant de signaler qu'UNICEF a présenté le « pilier social » de ce cadre stratégique. Il est néanmoins possible que le cadre stratégique soit encore modifié sous les possibles nouvelles orientations du nouveau Premier Ministre Laurent Salvador Lamothe.

2.1.2. Volonté politique

La mission P4H a constaté avant et lors de son séjour une forte volonté politique des autorités haïtiennes d'agir pour l'accès aux soins de la population haïtienne.

Dès Mai 2011, une importante délégation haïtienne menée par la Ministère de l'Economie et des Finances s'était rendue à la conférence sur le financement de la santé organisée par le CERDI à Clermont-Ferrand, témoignant de l'intérêt grandissant de cette thématique au sein du gouvernement haïtien. C'est notamment au cours de cet évènement que les premiers contacts entre les membres de la Commission Interministérielle et la coordination du réseau P4H eurent lieu.

Lors du séjour en Haïti, la mission a également pu constater de visu l'implication directe de la Présidence de la République et a dans cet esprit été reçue par les services de la Première Dame pour un échanges de vue.

2.1.3. Processus de réflexion intersectoriel et constant

La mise en place en 2010 d'une Commission Interministérielle (au départ MSPP et MEF) chargée de réfléchir aux voies et moyens de progresser dans le domaine de la protection sociale en santé a été et demeure un véritable atout pour Haïti : dans beaucoup de pays en développement, cette tâche est confiée à un ministère particulier qui rencontre ensuite souvent les plus grandes difficultés pour mobiliser les autres secteurs concernés et se coordonner avec eux.

Cet atout est d'autant plus affirmé en Haïti que la Commission Interministérielle regroupe désormais quatre ministères (santé, économie et finance, affaires sociales et travail, plan et coopération externe) et bénéficie également de l'implication et du suivi de ses activités par la Présidence de la République.

Ces aspects positifs sont également renforcés par la permanence et la continuité du travail de la Commission Interministérielle qui a pu poursuivre ses activités sans grands changements dans sa composition malgré les changements de gouvernements depuis 2010. Dans le contexte haïtien, cette solidité est remarquable.

Existence d'une proposition de projet de protection sociale en santé préparée par la Commission Interministérielle

2.1.4. Flux financiers significatifs vers le secteur de la santé

Déjà précédemment mais encore plus depuis le tremblement de terre de 2010, les partenaires extérieurs investissent massivement dans le secteur de la santé en Haïti. Des fonds importants sont consacrés à l'amélioration de l'accès aux soins : le programme des Etats-Unis (SDSH), la gratuité pour les soins maternels et infantiles (Manman ak timoun an santé) financée par le Canada, les programmes verticaux de vaccination ou de lutte contre la SIDA, la tuberculose ou le paludisme (Fonds Mondial), les appuis de l'UNICEF, du Brésil, etc.

L'intérêt manifeste de nombreux partenaires externes pour le thème de la protection sociale en santé et l'existence de ces flux financiers constituent une réelle opportunité.

2.1.5. Elaboration en cours de la politique nationale de santé

La révision en cours de la politique nationale de santé (dont le financement de la santé constitue un des axes prioritaires) constitue également une excellente opportunité de coordination et de mise en cohérence des différentes stratégies nationales qui ont des liens avec la protection sociale en santé. C'est évidemment particulièrement évident pour les aspects ayant trait à l'offre de soins.

2.2. Difficultés rencontrées

Le recensement qui suit des difficultés auxquelles est confronté le développement de la protection sociale en santé se base sur les présentations faites et documents mis à la disposition de la mission, et sur les informations recueillies lors des entretiens conduits auprès des différentes parties prenantes du système. Il ne saurait être exhaustif, mais il tente ici de rassembler et d'analyser les contraintes les plus saillantes présentées à la mission.

2.2.1. Dans le pilotage du processus

Les parties impliquées dans le développement de mécanismes de protection sociale en santé n'ont pas développé de langage commun.

La faible communication entre autorités haïtiennes et partenaires au développement en matière d'extension de la protection sociale en santé s'explique largement par l'absence de langage commun aux différentes parties sur ce thème. Les raisons en apparaissent multiples, relevant de trois domaines principaux. D'une part, le financement de la santé, en particulier d'un financement protégeant les familles d'un risque catastrophique, occupe une place limitée dans l'éventail des compétences disponibles de part et d'autre. D'autre part jusqu'à ce jour, la vigueur des plaidoyers portant ce thème a été sensiblement moindre que celle dont bénéficiaient des agendas davantage sanitaires (Objectifs millénaires de développement OMD 4, 5, 6, épidémies) ou politiques (catastrophes, priorité à l'action non-gouvernementale). Les contraintes administratives liées à l'aide (tempo des conventions de financement, besoin de visibilité...) constituent autant d'obstacles, dans la situation particulière où se trouve Haïti, au développement d'un vocabulaire et d'un projet commun. La réflexion semble cependant avoir plus avancé du côté des partenaires non gouvernementaux, chez qui la problématique du « financement de la santé et la mise en œuvre d'une protection sociale en santé qui soit pérenne » a été inscrite fin 2011 au rang des priorités de dialogue avec le MSPP de la Commission Santé du Cadre de liaison inter ONG (CLIO)¹.

¹ Note politique de la Commission santé du Cadre de Liaison inter ONG – CLIO, Décembre 2011, signée par Action Contre la Faim (ACF); AVSI; CARE; Centre de coopération internationale en santé et développement (CCISD); Concern Worldwide; Fondation Mérieux; Handicap International Fédération; Healing Hands for Haiti; Help Age; International Medical Corps (IMC); Inter Aide; Médecins du Monde Belgique; Médecins du Monde Canada; Médecins du Monde France; Médecins du Monde Suisse; Merlin International; Pharmacie et Aide Humanitaire ; Premières Urgences-Aide Médicale Internationale (PU-AMI) ; Save the Children Fund; Terre des Hommes-Lausanne; Unité de Recherche et d'Action Médico-Légale (URAMEL); World Vision. Zanmi Lasante/Partners in health (ZLS/PIH) Haiti

Les données de base permettant de mesurer le niveau de couverture du risque maladie sont très incomplètes.

Aucune source consensuelle ne rassemble jusqu'ici de manière complète, et a fortiori n'analyse, l'ensemble des aspects du financement de la santé en Haïti. L'esquisse d'une telle analyse a été tentée dans le cadre de l'étude réalisée à la demande du cabinet du ministre de la santé au troisième trimestre 2010.² Cette analyse reste cependant incomplète, et ne présente qu'un point dans le temps d'une situation en développement souvent rapide. Les informations produites par les systèmes nationaux documentent jusqu'ici principalement la composante « morbidité » du risque maladie, au détriment de l'impact économique de celle-ci sur les ménages et la capacité de financement du système.

L'analyse de la fiabilité des sources d'information sur le financement de la santé faite dans le cadre d'un enseignement à l'Université ND d'Haïti³ fait ressortir la fragilité de l'information disponible, souvent par manque de puissance des études. Les études récentes abordent la question du coût et du financement des soins sous l'angle restreint d'une composante du paquet.⁴ Ainsi faute de bases probantes, le niveau total de financement est mal connu, et la rationalité des allocations entre les composantes échappe à l'analyse. Le niveau de financement total de la santé serait passé d'environ 30 US\$ par an et par habitant avant le séisme⁵ à des niveaux voisins de 70 US\$ dans l'immédiat après séisme⁶. Aucun élément ne permet d'apprécier la durabilité des flux d'aide, qui seraient en retrait depuis le séisme, sans qu'il soit possible d'en préciser le niveau. Ainsi, le niveau global de financement de la santé, sa variation par département, la part du financement incombant aux différents canaux de l'état haïtien (budget du MSPP, assurance des fonctionnaires, brigades cubaines), à l'aide (bilatérale, multilatérale, globale, privée)⁷, aux transferts de la diaspora⁸, et aux revenus propres des ménages sont inconnus.

² Alter – Santé Internationale & Développement : Propositions pour la mise en place en Haïti du financement de la santé par la demande. Analyse de pré-faisabilité. Rapport final, 30 septembre 2010.

³ Brunet Jailly J. Une introduction à l'analyse économique du système de santé d'Haïti. Septembre 2011

⁴ Ainsi, l'« Analyse des coûts et financement des soins de santé primaires dans la zone goavienne en Haïti – Draft 5 » par G. Koné pour MDM présente une évaluation des coûts de production des soins, mais dans une perspective limitée à la santé maternelle et infantile et dans un objectif de plaidoyer pour la gratuité. Elle ne renseigne pas par contre le niveau des dépenses de santé par habitant dans les diverses zones, l'origine de ces dépenses, et l'impact de cette répartition sur l'utilisation des services.

⁵ MSPP / CE, 1999, Compte national de santé, 2006.

⁶ Dalberg. Audit institutionnel du MSPP, 2010

⁷ On estime qu'à l'heure actuelle l'aide financerait plus de la moitié des coûts de santé, sans qu'il soit possible de savoir avec précision la part allant à l'investissement (reconstruction, construction et équipement) et au fonctionnement du système (coûts récurrents)

Si les informations sont encore largement incomplètes, leur partage est à ce jour également limité. Cette inégalité d'informations entre les partenaires renforce l'absence de langage commun et contribue largement à la fragmentation du financement. Les besoins d'information les plus critiques se situent au niveau de quatre thèmes, détaillés dans le Rapport sur la santé dans le monde, 2010⁹ :

- Niveau de financement de l'ensemble des soins par canal de financement, avec analyse par département et composante du paquet
- Durabilité des financements, avec analyse par canal de l'horizon des financements actuels et des perspectives
- Impact de la dépense de santé sur le budget des ménages, avec analyse des mécanismes d'adaptation incluant les transferts monétaires. La réalisation prochaine d'une EDS offre une opportunité majeure de documentation de ces informations, qui ne doit pas être manquée.
- Formation de la dépense publique de santé, avec analyse de l'espace budgétaire (fiscal space) qui peut être dégagé par une meilleure allocation des ressources disponibles, et par un investissement accru en santé.

La Commission Interministérielle en charge du dossier et les autres acteurs concernés sont encore peu coordonnés

La problématique du financement de la santé a été saisie par le cabinet du ministre de la santé publique et de la population peu après le séisme de 2010. Il s'est rapidement regroupé avec le cabinet du ministre de l'économie et des finances (MEF), sur le modèle d'une commission interministérielle qui s'était formée à la fin des années 1990 sur le même thème. La commission a engagé une réflexion en profondeur sur le financement de la santé aboutissant à une proposition de changement radical du mode de financement, évoluant vers une approche contractuelle et un mécanisme tiers-payant, et dans lequel le MSPP se recentrerait sur un rôle normatif et de santé publique. Disposant d'un espace budgétaire très limité, la commission qui s'est élargie dans le processus au Ministère des affaires sociales et du travail (MAST), n'est pas parvenue à trouver dans la dynamique de la reconstruction d'Haïti l'espace politique qui aurait pu élargir son espace budgétaire par des ressources de l'aide publique au développement. Une faible ouverture de la CIRH à des initiatives structurantes en matière de protection

⁸ L'Enquête sur les conditions de vie en Haïti (ECVH 2001) donnait un niveau global de transferts de la diaspora d'un quart du budget des ménages. L'évolution de ces transferts après le séisme, la part consacrée à la santé, et l'impact de cette part sur la formulation de la demande est inconnue

⁹ OMS : Le financement des systèmes de santé – Le chemin vers une couverture universelle. Rapport sur la santé dans le monde. Genève, 2010

sociale, et le recyclage de l'aide antérieure et/ou sa réorientation vers des interventions d'urgence ou de nature humanitaire n'ont pas contribué à dégager l'espace politique nécessaire. La faible sensibilisation des partenaires au caractère prioritaire de la problématique du financement de la santé et la fragilité du processus de table ronde sectorielle n'a pas permis le développement chez les partenaires institutionnels du niveau d'écoute à la hauteur de l'enjeu.

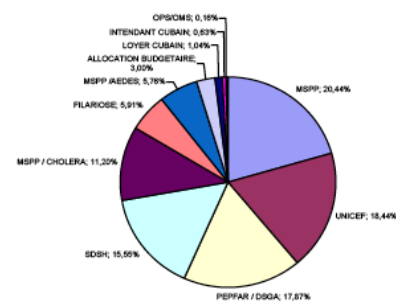
Mobilisée sur la présentation d'un projet à la CIRH avant les élections présidentielles, puis sur l'aménagement de ce projet aux orientations souhaitées par la Présidence, la Commission Interministérielle renforcée entre-temps par l'entrée de la Présidence de la République, n'a pas présenté à la discussion avec les partenaires sa proposition de mise en convergence des systèmes de financement de la santé autour de l'approche contractuelle et des mécanismes tiers payants. La mission P4H relance de ce point de vue un processus que les émeutes de décembre 2010 avaient interrompu.

2.2.2. Dans l'architecture générale de la protection sociale en santé

Les dispositifs publics et privés de protection sociale en santé sont fortement fragmentés

L'incapacité du MSPP à financer de manière significative l'action sanitaire et la récurrence des crises humanitaires et politiques sur les décennies passées a entraîné une prolifération d'interventions par une multitude d'acteurs sous forme de projets finançant très largement la prestation de services de santé, avec des degrés divers d'impact sur la contribution financière des usagers. Parallèlement, la situation politique ne favorisait pas la mise en place d'une coordination de ces mécanismes par le MSPP et/ou le MPCE. Outre la difficulté d'aligner les standards de prestations de services entre les différents intervenants, cette multitude de canaux de financement ramène le niveau de mutualisation des financements à l'établissement bénéficiaire, où la capacité comptable n'est en principe pas dimensionnée pour faire face à une telle exigence institutionnelle (Figure 2). Si cette configuration permet une plus grande traçabilité de l'aide du point de vue individuel de chaque partenaire, elle est la plus défavorable à l'équité et à l'efficacité du point de vue du système de santé haïtien.

Figure 1 : Origine des 62.5 M HTG de crédits à disposition de la Direction Sanitaire de la Grande Anse pour l'exercice 2010-11 (Source DSGA / AEDES UNICEF)



Elle est également à l'origine de deux problèmes structurels fondamentaux pour la viabilité du système :

- a) L'absence d'amélioration des capacités des institutions nationales à dépenser de façon efficiente les crédits disponibles dans le secteur santé a conduit l'État haïtien sur la même voie. C'est ainsi par exemple que le MEF n'a pas eu recours pour la mise en œuvre du programme d'assurance santé des fonctionnaires à un dispositif public, mais a développé son propre projet financé et mis en œuvre de façon verticale à travers un contrat de prestation de service avec le secteur privé. C'est également ainsi que la Présidence de la République a mis en place le projet de renforcement par la Brigade Médicale Cubaine directement sous son autorité et financement.
- b) Le développement d'une logique de guichets de financement indépendants et d'opérateurs a renforcé la logique de courtage d'opportunités au détriment de la logique de maîtrise d'ouvrage d'une politique publique. Dans ces conditions, la capacité de maîtrise d'ouvrage nationale se retrouve considérablement affaiblie, et une confusion des rôles s'installe dans la mesure où certains partenaires techniques se retrouvent en position de maître d'œuvre d'approches innovantes, sans connexion toutefois ni capacité de maîtriser la bonne intégration de ces approches dans la politique nationale. Une telle confusion est à même de handicaper le développement d'une politique nationale de protection sociale en santé, et mérite toute l'attention des partenaires.

En conséquence, les dépenses publiques de santé ne permettent qu'une faible couverture géographique des populations et représentent un pourcentage insuffisant des dépenses totales de santé, ce qui se traduit par un accès inéquitable aux soins.

Hors des zones urbaines, l'habitat haïtien basé sur le « lakou » est de type dispersé, rendant la prestation de soins aux habitants des zones rurales, en particulier dans les mornes (montagnes), problématique du fait de la difficulté à implanter des structures dans de telles zones (localisation, coût de la construction). Des expériences, conduites en particulier à la fin des années 1990 ont montré qu'il était possible de contractualiser des ONG pour mettre en œuvre un système de soins primaires pour ces populations (Chaine des Cahos, UCS du Borgne, etc.), mais ces expériences ne semblent pas avoir été capitalisées. L'épidémie de choléra a par ailleurs souligné combien l'enclavement de certaines zones posait problème pour la référence, y compris à des ONG y mettant les moyens, faute d'infrastructure routière.

Aucune cartographie précise n'est disponible des interventions de partenaires extérieurs sur le système de santé et du périmètre précis de ces dernières. Par ailleurs le niveau du système de santé (formation sanitaire, UCS, zone économique, département sanitaire) ciblé par ces interventions est variable. Les conséquences d'un ciblage de formations sanitaires par les projets d'aide plutôt que le système de santé de zones géographiques ou administratives sont bien illustrées par l'étude de Médecins du Monde dans l'Unité Communale de Santé (UCS) goavienne, où cinq ONG appuient les 11 formations sanitaires de l'UCS selon trois modalités de financement différentes. Pour l'utilisateur, le montant de la participation financière est soit nul dans les centres bénéficiant de la gratuité, soit la totalité du coût dans les autres, à des niveaux de surcroît variables en fonction de la méthode de tarification appliquée (cf. supra). Les forts différentiels de fréquentation entre les différentes zones ne font par ailleurs dans l'étude pas l'objet d'une discussion sur la disponibilité des services à la population, et par conséquent sur la logique de carte sanitaire.

Le ciblage de formations sanitaires par les interventions extérieures étant la norme sur l'ensemble du territoire, il est vraisemblable que l'exemple ci-dessus s'applique à la plus grande partie des interventions dans le domaine de la santé, soulignant l'inefficience et l'iniquité du financement du système de santé haïtien.

Le rôle du Ministère de la santé publique et de la population dans la protection sociale en santé n'est pas clairement défini.

A ce jour, le MSPP est le principal prestataire de soins du pays à travers son réseau de formations sanitaires de premier recours ou de référence.

Dans le système de financement de la santé en Haïti, le rôle de financeur est partagé entre le MSPP qui fournit établissements et personnel de santé, la population, les partenaires externes et dans une moindre mesure le MAST à travers le mécanisme d'assurance géré par l'OFATMA.

Le MSPP est également, à travers son administration, le gestionnaire du système de santé et le maître d'ouvrage du plan national de développement sanitaire. Il est ainsi investi de la fonction normative et définit la réglementation et les standards de la prestation des services de santé. Cette dernière fonction est largement théorique et se résume à un plaidoyer pour l'application des normes internationales sans considération

de la capacité à financer un système suivant ces normes de façon équitable, et en particulier de la part qui incombe aux patients dans le financement d'un tel système.

Le volet de gestion de la carte sanitaire est tombé en déshérence faute pour le MSPP d'avoir pu ou su déconcentrer le pouvoir d'autorisation du ministre. L'abondance de l'offre humanitaire à des moments où la fragilité de l'administration nationale était accrue par des catastrophes naturelles a pu contribuer à renforcer cette faible capacité de régulation. La maîtrise d'ouvrage du plan de développement sanitaire est largement affaiblie par la capacité du MSPP à mobiliser de façon efficace les ressources nécessaires à la mise en œuvre du plan.

La fonction d'appui technique des prestataires dans le cadre des programmes nationaux (supervision, formation continue) a été largement affaiblie par la concession au fil des années de la mise en œuvre de ces programmes à des ONG, sans que la cohérence d'ensemble ne soit assurée.

La Commission Interministérielle souhaite un repositionnement du MSPP sur des fonctions de régulation, sans toutefois avoir défini le contenu attendu de ce rôle. Le dialogue sur le rôle des parties est indissociable de celui sur le financement, et il est essentiel que les deux débutent le plus rapidement possible.

Les établissements publics de santé n'ont pas la personnalité juridique

Si, d'un point de vue formel, les formations sanitaires publiques ne jouissent pas de l'autonomie (un projet de loi avait été rédigé dans ce sens mais cette loi n'a jamais été votée depuis), elles en bénéficient dans la pratique largement dans la mesure où le MSPP intervient très peu dans leur fonctionnement, que ce soit au travers de financement, d'allocation de ressources ou d'application de règlements.

Le caractère illégal de contrats passés avec les formations sanitaires publiques et qui ne seraient pas signés par leur propriétaire (le ministre) ou son ayant droit, ne crée dans la pratique d'obstacle à une contractualisation que dans une perspective de viabilité institutionnelle. Pour les agences d'aide, le problème ne se pose qu'en termes de légitimité et de durabilité, la logique humanitaire ayant jusqu'ici côté haïtien prévalu sur la logique juridique. L'expérience récente de l'OFATMA avec les hôpitaux du Nord suggère un alignement pragmatique sur cette position.

La formalisation de l'autonomie de fait des formations sanitaires publiques devient un enjeu si un mécanisme de financement de la santé met en place de manière durable à leur niveau un flux de ressources visant la fourniture de services efficaces. Si une autonomie réelle mais contrôlée est souhaitable à terme au niveau des principaux hôpitaux pour leur permettre la flexibilité nécessaire à leur gestion, la légalisation de la contractualisation des centres de santé et dispensaires publics peut se gérer rapidement à travers la déconcentration de cette responsabilité du ministre à ses directeurs départementaux, dans les limites de la carte sanitaire.

2.2.3. Dans l'analyse des coûts des services de santé et la répartition du financement

Dans le contexte général de faiblesse de l'information sur le financement de la santé décrit précédemment, quelques points semblent obtenir le consensus des parties même si la base empirique reste frêle.

Le niveau des paiements directs des ménages et le risque de catastrophes financières sont élevés

Même s'il n'est pas possible de déterminer avec précision la part des ménages dans la dépense de santé au niveau national et a fortiori dans les départements, un consensus se dégage des entretiens réalisés dans le cadre de la mission P4H sur le niveau élevé des paiements de ces derniers. Avant le séisme, la part globale des ménages était estimée autour de 40 % d'un montant total de 30 US\$¹⁰. Elle serait aujourd'hui de 17% d'un montant total de 70 US\$, soit un montant similaire¹¹. On pourrait penser que l'afflux de ressources aurait réduit cette part. L'enquête réalisée en 2011 par Médecins Du Monde révèle une réalité plus complexe, avec dans une zone géographique relativement restreinte des institutions offrant des soins gratuits et d'autres recouvrant l'intégralité de leurs coûts auprès des usagers. Si la moyenne reste stable, la part des ménages dans le financement des soins de santé dépend donc largement de la présence à proximité d'une organisation subventionnant à des niveaux divers le coût des soins. Point n'est besoin de souligner l'iniquité de ce type de stratégie dans des zones de niveau socio-économique sensiblement homogène.

¹⁰ Compte national de santé, 2006, *ibid*.

¹¹ MSPP : Présentation à la mission P4H du 12/04/12

Une des rares études disponibles sur les coûts catastrophiques de santé révèle l'importance en 2001 du risque maladie sur l'équilibre des ménages. Le risque catastrophique se cristalliserait d'une part sur les hospitalisations et interventions chirurgicales, et d'autre part autour du décès et des dépenses engagées pour les funérailles.¹² Les résultats de cette étude doivent cependant être réévalués dans le contexte actuel et validés à plus grande échelle. Aucune donnée probante ne semble disponible sur les coûts directs ou indirects liés à la prise en charge des maladies chroniques (tuberculose, sida, maladies non-transmissibles...) et au caractère possiblement catastrophique de ces derniers.

Les mécanismes de prépaiement, conférant un certain niveau de protection, sont peu développés en Haïti. La couverture globale par une assurance de santé est basse (3,1 %) et bénéficierait davantage aux 20% les plus aisés. Les expériences de mutualité conduites par le passé sur base volontaire (GRET) ou liées au micro-crédit (à ACME) se sont montrées décevantes, l'assiette de financement des populations étant insuffisante. L'expérience de mutualité relancée par les États-Unis devrait permettre d'élargir la base empirique de l'évaluation du potentiel de ce type de financement, de préciser le coût de gestion et la viabilité de sa prise en charge locale.

La capacité contributive de la majorité de la population haïtienne et de l'Etat haïtien est très faible

L'obstacle économique aux soins, inversement proportionnel à la capacité contributive de la population, est important : *« 47 % de la population n'a pas accès aux soins de ce santé en raison principalement des barrières financière et géographique ; 50 % des ménages déclarent n'avoir pas eu accès aux services de santé en cas de besoin à cause du coût élevé des services »*¹³. La faible capacité contributive de la population fait l'objet d'un consensus au sein des partenaires, mais son niveau de documentation, comme celui du reste de l'information économique en matière de santé, est limité. Au-delà de la capacité de payer des soins, la volonté des usagers des formations sanitaires de payer tel ou tel type de soins est également peu documentée, en particulier en préalable à une décision de fixer un périmètre précis à la gratuité dont jouirait une composante particulière du paquet. Les différences de capacité contributive de la population entre les départements, de même que les transferts monétaires, semblent relativement peu

¹² Henrys JH : Besoins et stratégies d'extension de la protection sociale en Haïti. MSPP et Université ND d'Haïti, 2001.

¹³ MSPP : Plan intérimaire du secteur santé Avril 2010 – Septembre 2011

pris en considération dans le ciblage géographique d'interventions ayant un potentiel de protection sociale en santé.

D'un point de vue stratégique, trois tendances semblent se dégager parmi les partenaires : un premier groupe reste centré sur une politique de gratuité des services, même si une préoccupation de désengagement émerge ; un second groupe rechercherait un ciblage de populations ayant une capacité à contribuer, visant le développement de mécanismes de prépaiement ; un troisième groupe chercherait à cibler les plus démunis pour les faire bénéficier de mécanismes d'exemptions. Aucune de ces trois approches ne s'appuie à ce jour sur des bases probantes, et la documentation empirique reste nécessaire soit par la recherche d'expériences passées dont on puisse tirer les leçons, soit par l'expérimentation in situ.

La capacité de financement de l'État haïtien est limitée par plusieurs niveaux de contraintes. La croissance de l'économie, relativement modeste avant le séisme a sensiblement augmenté depuis, poussée par le secteur des services liés à la reconstruction. La tendance de long terme reste cependant difficile à établir. La part du budget national dévolu à la santé se situe les dernières années autour de 5 %, sensiblement en retrait par rapport aux 9,6 % atteints en 2001-02¹⁴. Le projet de loi de finances 2011-2012, toujours pas voté à mi-parcours de l'année fiscale, met la santé autour de 6% du budget de l'État. La marge d'augmentation du budget est en pratique contrainte par la capacité d'absorption du secteur. Jusqu'ici, cette capacité d'absorption s'est surtout concrétisée dans la nomination de fonctionnaires (des postes d'assistance et de soutien et non des postes de cliniciens, dont la distribution géographique renforce les inégalités et qui ne correspondent pas aux priorités techniques), comme en témoigne la structure du budget du MSPP. Les autres contraintes à l'exécution du budget sont développées au chapitre opérationnel.

Le dernier niveau de contrainte se situe au niveau de la modification du budget de l'État par un vote du Parlement, qui suive une proposition de budget accru pour la santé présentée par le gouvernement. Ce dernier niveau est soumis à l'aléa du processus démocratique, et nombre d'années fiscales se sont déroulées largement sous budget reconduit. En absence de nouveau budget à l'architecture et au montant davantage favorables à la protection sociale, une marge de manœuvre pourrait être trouvée au niveau des fonds d'intervention politique du gouvernement. Dans la pratique, ces fonds sont déjà utilisés pour financer l'assurance santé de la fonction publique (MEF), et la contrepartie nationale au financement de la Brigade médicale cubaine (Présidence).

¹⁴ Elle est montée jusqu'à 12% à la fin des années 1950 (Bordes A., 1998)

Enfin, la capacité contributive d'un pays à faible revenu au coût d'un paquet de services est d'autant plus limitée que le coût de ce paquet est tiré vers le haut par un niveau de service ou un niveau de technologie s'éloignant de la logique de technologie appropriée prônée par la déclaration d'Alma-Ata.

Absence d'estimation des coûts du paquet de soins et d'hypothèses de répartition des coûts entre les différentes sources de financement (État, employeurs, ménages et PTF)

L'estimation des coûts du paquet de soins pourrait être le point de départ d'une politique contractualisant son achat, pour la totalité ou pour partie, aux formations sanitaires. Cela supposerait :

- a) que le périmètre du paquet et la profondeur de ses composantes soient fixés de manière claire
- b) que les standards de personnel et de technologie sur lesquels repose la fourniture de ce paquet soient fixés
- c) que les mécanismes de gestion de la fourniture de ce paquet soient stables.

A l'heure actuelle, aucune de ces trois dimensions du paquet n'est stabilisée, et leur coût théorique, calculé sur base de coûts normatifs de ressources, n'est a fortiori pas disponible.

Plusieurs approches de définition d'un coût de paquet sur base des coûts constatés dans diverses formations sanitaires ont été initiées (par exemple le coût de la prise en charge de la santé maternelle, périnatale et reproductive par l'USI-CHUM en 2011). Un des obstacles d'une telle méthode est qu'elle ne documente que les coûts de la partie de paquet à laquelle s'intéresse l'observateur. Le plus large paquet offert actuellement (santé de la famille / maternelle-infantile, tuberculose, SIDA) n'inclut ni les maladies chroniques ni l'accidentologie, dont la responsabilité dans les coûts catastrophiques de santé est pourtant considérable. Ces derniers éléments échappent donc à l'heure actuelle à toute analyse de coûts.

Une analyse, réalisée dans le cadre de l'appui SDSH des Etats-Unis, porte sur ce large paquet fourni dans le périmètre d'un même mécanisme de financement. Un atout important de cette approche est la mise en place d'une comptabilité analytique standardisée pour la comptabilisation des coûts des prestations, outil qui mériterait d'être plus largement partagé entre les partenaires préoccupés par le financement de la santé. Ses résultats n'ont cependant pas été portés à la connaissance de la mission P4H.

Une autre enquête réalisée par MDM dans la zone goavienne¹⁵ et communiquée à la mission illustre la difficulté à définir un coût de paquet dans un environnement qui inclut plusieurs mécanismes de financement, gratuité, paiement à l'acte, ou paiement forfaitaire. Cette enquête fournit ou confirme trois informations importantes :

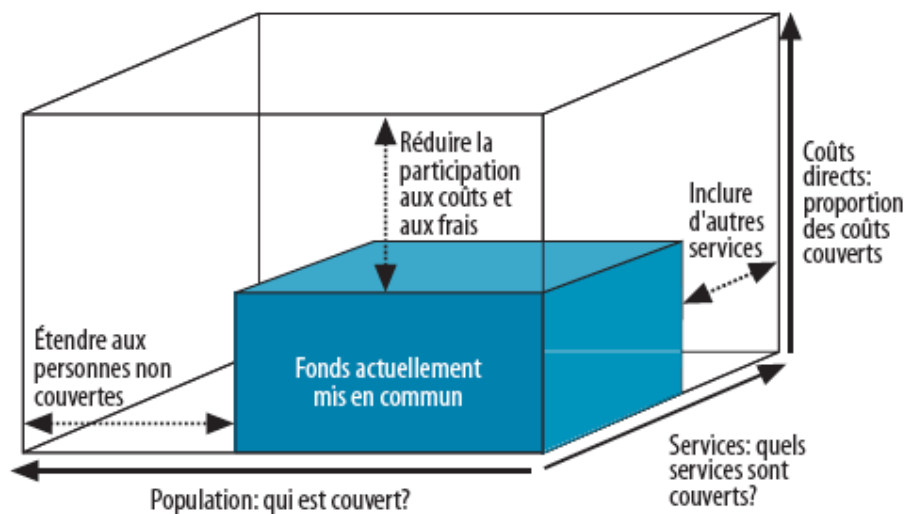
- a) Le type de gestion d'un établissement induit de substantielles différences de coûts de production
- b) La participation des usagers implique des compromis sur la qualité, renforçant l'hypothèse que s'il n'empêche pas toujours l'accès aux soins, l'obstacle économique peut entraîner des privations
- c) Le coût unitaire du paquet est fonction de la fréquentation de l'établissement qui le fournit, et est donc liée à son accessibilité¹⁶.

Dans une perspective de développement d'une politique nationale, la question du coût du paquet apparaît secondaire aux questions suivantes :

- Quel volume de financement public par habitant peut-on assurer de manière équitable entre les départements, et durable dans le temps ?
- La part du financement à la charge des usagers permet-elle de limiter l'obstacle économique à l'accès aux soins ?
- Quel paquet peut-on offrir avec le financement disponible et les autres choix liés à la couverture qui ont été faits ?

Les questions qui précèdent sont d'autres façons d'exprimer le volume et les trois dimensions de la «boîte de la couverture universelle en santé » (Figure 1).

Figure 2 : Les trois dimensions de la progression vers une couverture universelle (OMS, 2010)



¹⁵ Koné G., 2011, ibid.

¹⁶ La raison en est que le coût de personnel, part importante du total, est davantage amorti si le centre est fréquenté.

Il appartient à l'ensemble des partenaires de faire en sorte qu'Haïti « remplisse la boîte à sa façon, en faisant des compromis ». ¹⁷ La dernière d'entre elles renverse la question du coût du paquet en fixant le plafond et en mettant la composition du paquet à la négociation des parties.

La fixation dans le coût du paquet de la part de chaque partenaire – MSPP, bailleurs et usagers - est fonction de la capacité et de la volonté de chacun à payer le montant fixé. Si une négociation est possible entre le MSPP et les bailleurs sur leurs parts respectives, une telle négociation ne l'est pas a priori avec les usagers dont la capacité contributive est dans la grande majorité des cas très faible.

Que l'on se base sur les données du MSPP (encadré ci-contre) ou de l'OMS ¹⁸, les interventions extérieures ont souvent peu de rapport avec les principales causes de mortalité, et par conséquent d'appauvrissement, à l'exception du sida et de la tuberculose. La documentation plus précise des coûts sociaux de la maladie devient donc urgente au niveau du système de santé.

La question de la durabilité des droits créés par de telles interventions commence à poser parmi les partenaires la question de leur durabilité et de possibles stratégies de désengagement pour les stratégies les plus poussées. Le risque de réactions violentes de la population confrontée régulièrement à ce type de frustration est une des caractéristiques du contexte de tension sociale qui prévaut en Haïti ¹⁹, et cette dimension devrait être prise en considération au moment de l'implantation de tout nouvel équipement de santé.

Il n'est donc, au vu de ce qui précède, pas possible de répondre avec précision à la demande de la Commission Interministérielle de proposer un coût pour le paquet à l'issue de la mission P4H, hors du cadre d'un dialogue sur le financement de la santé.

Les 10 causes de mortalité les plus fréquentes en Haïti selon le MSPP :

1. Les Maladies de l'Appareil circulatoire ;
2. Le SIDA ;
3. Les Maladies intestinales ;
4. Pneumonie et grippe ;
5. Néoplasmes malins ;
6. La tuberculose ;
7. La malnutrition ;
8. Les infections de la période périnatale ;
9. Accidents de la route
10. Les agressions

Source : Compte national de santé, 2006

¹⁷ Rapport sur la santé dans le monde 2010 ibid. p. xvii

¹⁸ <http://www.who.int/gho/database/en/>, repris par Dalberg

¹⁹ En témoigne par exemple le « déchoukaj » (la destruction par la population) de certains équipements de l'Hôpital Albert Schweitzer dans l'Artibonite après la réduction des services fournis à la population liée à la baisse des financements externes depuis la fin des années 1990.

2.2.4. Dans les aspects opérationnels

Le MSPP a une faible capacité de gestion contractuelle et d'exécution budgétaire aux niveaux central et déconcentré.

Le MSPP joue les rôles de prestataire de soins, de gestionnaire de ses établissements, et de gestionnaire du système de santé publique. Pour remplir ces rôles, il dispose de la procédure générale d'exécution du budget de l'Etat haïtien, et des ressources humaines de la santé, par lui recrutées mais gérées par le MEF. La procédure d'exécution du budget public envisage principalement la passation de marchés, et l'exécution en régie de budgets de fonctionnement est peu encadrée sur le plan réglementaire. La passation de marchés de services au sein du secteur public n'est pas envisageable sur un plan légal car le MSPP ne peut passer avec ses propres services de contrat impliquant une transaction financière.

Le MSPP ne pourrait donc en l'état actuel être investi d'un rôle d'acheteur de services, hormis à des établissements privés, qui devraient alors être recrutés dans le cadre de la procédure de marchés publics classique, peu adaptée à l'achat de services de santé (une unité de contractualisation est néanmoins en train d'être installée au sein du MSPP mais ce processus pourrait s'étaler sur une longue période...). La majorité des marchés publics du secteur (équipements, médicaments) se passant dans le cadre de projets réglés par les procédures de leur bailleur de fonds, la fonction s'est considérablement affaiblie au sein du MSPP hors de cellules de gestion de projets ad hoc.

Si le ministre est l'ordonnateur principal des dépenses de chaque ministère, le rôle de régisseur des budgets de fonctionnement est en pratique inexistant. En l'absence de filière nationale de formation à l'administration de la santé²⁰, les directeurs départementaux de la santé et les directeurs des programmes nationaux sont généralement issus du cadre soignant, et leur capacité de régisseur dépend de leur expérience hors de la fonction publique. L'engagement de la moindre dépense courante devient responsabilité de l'ordonnateur principal, ce qui du fait de la concentration des pouvoirs crée un goulot d'étranglement majeur à l'exécution d'un budget de fonctionnement. Le faible niveau d'exécution du budget de fonctionnement hors salaires du MSPP a résulté en sa réduction drastique par le MEF à des niveaux inférieurs

²⁰ Une filière nationale avait été ouverte en 1999 par la Coopération française avec le Centre d'Information et de Formation à l'Administration de la Santé (CIFAS), mais le MSPP ne lui pas donné les moyens prévus. Un dispositif financé par le Canada existe depuis 10 ans.

à 10%. L'utilisation de la dépense publique en santé n'a pas été récemment documentée.

Enfin, la capacité contractuelle du MSPP sur ses fonds propres est contrainte par une trésorerie souvent tendue au niveau du trésor public, où les ministères sectoriels bénéficient d'une priorité moindre que la Présidence ou le MEF.

Des procédures fiduciaires différentes sont utilisées selon les sources de financement (décaissements, cycles, suivi et évaluation, audits, etc.).

Conséquence logique d'un financement reposant largement sur des projets, les multiples sources de financement à l'œuvre dans le secteur ont chacune des procédures fiduciaires qui leur sont propres, sans effort à ce jour d'alignement d'autant que chacune d'entre elles concerne des dispositifs différents et peu coordonnés.

Au niveau du Gouvernement haïtien, la contrepartie nationale au financement de la Brigade Médicale Cubaine et l'assurance santé des fonctionnaires sont financés par les interventions publiques de la Présidence de la république pour la première et du MEF pour la seconde. Ces instruments, destinés à financer l'action politique, bénéficient de procédures ad hoc. Le budget du MSPP, comme on l'a vu précédemment, suit la procédure publique nationale classique. L'OFATMA, en tant qu'organisme autonome de l'État, bénéficie d'une procédure budgétaire propre, adaptée à son activité. Ses comptes, publiés sur Internet, sont audités par la Cour supérieure des comptes et du contentieux administratif.²¹

Quelle est la capacité institutionnelle de l'OFATMA ?

Une analyse de la position de l'OFATMA a été réalisée dans les « Propositions pour la mise en place en Haïti du financement de la santé par la demande »²². Une analyse institutionnelle doit être réalisée incessamment par l'OIT. En l'attente des conclusions de cette analyse, les éléments présentés ci-après sont issus du rapport précédent, complété d'informations recueillies par la mission.

²¹ http://www.ofatma.gouv.ht/pdf/Rapport_audit.pdf

²² Alter, 2010. Ibid.

La création en 1949 de l'Institut pour le développement de l'assurance sociale en Haïti (IDASH) a défini un modèle de financement de la santé basé sur un mécanisme d'assurances ancré dans l'emploi salarié²³. La loi du 28 août 1967 crée l'OFATMA et l'ONA, Divisions de l'IDASH, Organisme autonome à caractère administratif et technique²⁴ placé sous la tutelle du Ministère des Affaires Sociales. Seuls l'OFATMA et l'ONA sont fonctionnels car le Conseil d'Administration de l'IDASH n'a jamais été nommé et ses deux divisions fonctionnent de façon indépendante, avec à leur tête un Directeur Général. L'OFATMA a reçu pour mission de gérer le régime d'assurance sociale, qui « *couvre les risques d'accidents du travail, de maladie et de maternité* »²⁵. L'incapacité des partenaires sociaux et de l'Etat à mettre en place le régime « maladie et maternité » a progressivement déplacé le rôle de l'OFATMA vers la gestion de la seule assurance « accidents du travail » des salariés. Alors que la loi y assujettit en principe les fonctionnaires, c'est un autre mécanisme qui a été mis en place par le MEF dans le cadre de la réforme de la fonction publique.

Le non-respect de la loi régissant les organismes autonomes de l'Etat²⁶ prive l'OFATMA de son Conseil d'Administration, auquel doit rendre compte le Directeur Général et auquel ce dernier doit soumettre son programme pour autorisation²⁷. Cela rend le Directeur Général de l'OFATMA pratiquement autonome puisque dans les faits il ne rend compte à personne. Les risques d'une telle situation sont multiples et importants.

Nombre d'acteurs du secteur ont constaté des progrès significatifs dans la gestion de l'OFATMA depuis quelques années. Le Directeur Général actuel a conscience de la possibilité d'élargir les fonctions de l'organisme et travaille à la mise en place d'un Conseil d'Administration pour protéger les acquis. L'OFATMA a longtemps contracté uniquement des prestataires privés dotés de la personnalité juridique, mais a récemment assoupli sa procédure en contractant des hôpitaux du MSPP (Cap Haïtien, Milot), sur simple foi de la signature du chef d'établissement. La contractualisation de services par l'OFATMA se fait sur des bases relativement simples dans le cadre de son mandat actuel limité aux accidents du travail. Un élargissement effectif de son activité à un achat d'autres services poserait la question du type de contractualisation à appliquer, et de la capacité de l'OFATMA à le mettre en œuvre. L'analyse institutionnelle à venir devrait renseigner sur la capacité et le potentiel de l'Office à mettre en œuvre des mécanismes contractuels plus sophistiqués.

²³ Bordes A. La santé de la république, Deschamps ed. Port au Prince, 1997

²⁴ Loi Organique du Département des Affaires Sociales du 28 août 1967.

²⁵ id. art. 24, Code du Travail, annexe VIII, p.293.

²⁶ Décret portant organisation de l'Administration Centrale de l'Etat du 17 mai 2005, art 119 à 125

²⁷ id. art. 24. Code du Travail, annexe VIII, p.293.

Les forces de l'OFATMA reposent sur sa légitimité institutionnelle, sur sa capacité à mettre en œuvre un mécanisme contractuel d'achat de services, sur une structure déconcentrée dans tous les départements, sur un partenariat existant et fonctionnel avec la composante des entreprises de la société civile, et sur une capacité à ce jour de mettre en place une gestion robuste (sous réserve de confirmation par analyse réalisée par l'OIT) sans appui externe. Les faiblesses de l'OFATMA sont un liées d'une part à une gouvernance encore fragile et vulnérable, et dont le conseil d'administration devra faire la preuve, d'autre part à la limite actuelle du périmètre de son action aux accidents du travail, qui interroge sur sa capacité à absorber des financements de plus grande ampleur, et enfin à l'existence d'une fonction de prestation de soins dans une institution censée être uniquement un acheteur et non un fournisseur de soins.²⁸

Haïti manque de mécanismes d'identification des groupes cibles (en particulier les plus vulnérables) pour la protection sociale en santé

Dans un contexte de ressources limitées se pose la question du ciblage éventuel de mesures visant les populations les plus vulnérables. Aucun dispositif national permettant de discriminer de manière efficace la vulnérabilité des bénéficiaires n'existe à l'heure actuelle. Le coût de création d'un tel dispositif s'inscrira au chapitre des charges du compte de la protection sociale en général, et le bénéfice d'une telle mesure devrait être mesuré pour les différents piliers de la protection sociale.

L'expérience d'autres pays sur des thèmes similaires montre que le coût d'un dispositif de sélection ou de ciblage, à supposer qu'il soit efficace, peut s'avérer peu compétitif avec l'économie réalisée (cf. encadré ci-contre). Dès lors, la priorité doit-elle être un ciblage des mesures, où la définition d'une couverture de base pour tous sur laquelle des interventions complémentaires pourraient se développer ?

Cibler les pauvres : l'exemple de la gratuité des ARV au Sénégal

Lors de l'expansion de la prise en charge du sida par les ARV, le Sénégal envisageait une participation au coût du traitement des patients qui pourraient payer, et à cette fin a mis en place un dispositif d'enquêtes socio-économiques permettant d'évaluer la capacité de financement des patients. L'évaluation de ce dispositif a montré que son coût dépassait largement l'économie réalisée, amenant le gouvernement à instaurer la gratuité des ARV, ouvrant ainsi la voie à d'autres pays.

²⁸ A l'heure actuelle, l'OFATMA gère un hôpital à Port au Prince et se pose la question d'ouvrir des antennes en province du fait de son impossibilité institutionnelle à contractualiser des formations sanitaires publiques.

La question d'un éventuel mécanisme de ciblage devrait être tranchée dans le cadre de la négociation entre partenaires, dans le cadre plus général du Socle de Protection Sociale mentionnée dans la section « Points forts ». Une expérience pilote sur une zone donnée permettrait à ce titre de pouvoir disposer de données empiriques nécessaires à la prise de décision.

2.2.5. Du côté de l'offre de soins

Sans disponibilité effective de services de santé de qualité, les systèmes de protection contre le risque maladie ne marchent que sur une jambe sur le chemin de la couverture sanitaire universelle.

La carte sanitaire n'est pas maîtrisée

Le développement de l'offre de soins s'est fait de façon anarchique, le MSPP n'ayant dans les années passées ni joué son rôle de chef de file de l'investissement dans l'extension de la couverture, ni endossé celui de régulateur de l'investissement privé à travers l'autorisation de fonctionner. Le nombre total de formations sanitaires fonctionnelles se situerait autour du millier, mais le chiffre varie en fonction de la durabilité des financements dont certaines formations bénéficient. Aucun chiffre récent n'a été présenté à la mission ; le consensus s'établit sur la concentration de celles-ci dans les zones urbaines et en particulier l'aire métropolitaine.

L'évolution de l'offre de soins s'est jusqu'ici fondée sur le comblement d'un déficit quantitatif par rapport à des normes, sans considération du financement disponible pour faire fonctionner le système ainsi créé. Si Haïti s'engage dans la voie de la protection sociale en santé, la maîtrise de la carte sanitaire et le financement adéquat d'un parc rationalisé de formations sanitaires deviennent des enjeux prioritaires.

Fort différentiel / faible qualité des soins disponibles

Aucune donnée précise sur la qualité des soins n'a été présentée à la mission P4H, et là encore le constat se fonde sur les opinions recueillies, complétées d'analyses croisées.

La qualité de la formation des professionnels de santé haïtiens est généralement reconnue comme bonne. Le niveau des universités et écoles haïtiennes formant les professionnels de santé (médecins, infirmières, sages-femmes, etc.) semble néanmoins avoir baissé depuis quelques années, phénomène aggravé par les conséquences du tremblement de terre sur les espaces de formation. Par ailleurs, la formation des infirmières auxiliaires et des techniciens a été totalement abandonnée au secteur privé, sans aucun contrôle de qualité.

La transformation des compétences disponibles en bénéfiques pour les patients dépend de la disponibilité des moyens à la disposition de ces professionnels, dont on a vu précédemment la forte disparité. Par ailleurs, les niveaux de financement des soins permettent la disponibilité de plateaux techniques de niveau très différent²⁹, alors que la planification de la santé ne s'accompagne pas de l'indispensable débat sur le caractère approprié des technologies mobilisées dans la production des soins.³⁰ Il est dans ces conditions logique que la qualité des soins finaux varie fortement. Il est tout aussi logique qu'en l'absence d'une réflexion sur la capacité de rendre disponible à la majorité le bénéfice de plateaux techniques améliorés, d'importantes iniquités persistent.

Problèmes autour de la question des médicaments essentiels

Si des détails de coordination restent à régler et si des ruptures de stock sur certaines références critiques (ex. amoxicilline) persistent, le programme des médicaments essentiels a connu d'importantes améliorations en termes de disponibilité au niveau central sur la dernière décennie. L'indépendance des dépôts périphériques de la centrale PROMESS entraîne encore des ruptures d'approvisionnement desdits dépôts³¹. Le meilleur modèle de distribution des médicaments, depuis la centrale vers les formations sanitaires, ne semble pas encore identifié de façon claire et consensuelle, dans la mesure où le mode le plus efficient d'approvisionnement continu des départements et des dépôts n'est pas encore trouvé.

²⁹ Ainsi, la mission a pu constater que le niveau de financement par une ONG d'un seul établissement spécialisé ouvert à la suite du séisme dépasse de façon substantielle les montants mobilisés par la Banque mondiale pour l'ensemble du secteur.

³⁰ De façon croissante, l'évaluation des technologies de santé, et en particulier leur évaluation économique devient un enjeu de politique sanitaire des pays industrialisés.

³¹ Direction sanitaire de la Grande Anse : Etat des lieux de la situation du département. Rapport final Novembre 2011 (MSPP/Unicef)

Peu d'information est disponible sur l'usage rationnel du médicament, ni sur le niveau de prescription des génériques hors du cadre des projets d'aide. Sous l'effet de multiples projets subventionnant les soins, le médicament semble cependant aujourd'hui désinvesti de la fonction de vecteur du recouvrement des coûts dans les formations sanitaires qui en bénéficient.

L'allocation des ressources humaines est disparate, et leur gestion dans le secteur public est très faible.

La gestion des ressources humaines de la santé relève de plusieurs secteurs. Jusqu'ici, la santé, pourtant un des gros postes de ressources humaines du budget de l'État, a peu été concernée par les réformes de la fonction publique tant en quantité qu'en qualité. Si le MSPP a réalisé au cours des années passées d'importants efforts de localisation de ses ressources humaines, le lien entre le déploiement sur le terrain et la gestion de la paye de la fonction publique de santé reste problématique. La clarification de ce lien est une priorité pour permettre la rationalisation de la gestion de la paye.

Un problème particulier du système de santé haïtien est le niveau professionnel de l'agent de premier recours. Dans certains établissements, il s'agit d'un paramédical à qui des responsabilités de soins ont été déléguées, alors que dans d'autres, au même niveau, il s'agit d'un médecin. Le coût de production des soins selon l'un ou l'autre modèle est évidemment très différent. Une analyse du niveau de positionnement dans le système de la permanence médicale, et de la capacité de la financer de manière durable, serait de ce point de vue souhaitable (le recours à un médecin comme premier professionnel de santé de prise en charge au premier échelon dans un pays comme Haïti est considéré comme une très mauvaise allocation de ressources par de nombreux spécialistes ; le système de soins de santé primaire aurait plutôt besoin de médecins qui fonctionneraient au niveau communautaire en équipe avec les autres professionnels). Ce domaine est sensible dans la mesure où une présence médicale peut être perçue comme un droit acquis, et son éventuel déplacement peut générer d'importantes frustrations.

Plusieurs analyses font le constat de la disparité d'allocation des ressources humaines entre les départements et donc des effets néfastes sur la disponibilité effective la population qui en résultent. La capacité de l'État haïtien à déconcentrer son personnel est limitée par la faiblesse des mécanismes incitatifs ou disciplinaires, dans un marché du travail en santé ou les incitatifs dans le secteur non-gouvernemental sont souvent

importants, sans lien nécessaire avec l'éloignement ou des contraintes particulières liée à une position donnée. Pour pallier les déficits de personnel, l'emploi de personnel contractuel est largement répandu. L'impact financier de ce personnel contractuel est dans un certain nombre de situations répercuté sur les usagers puisque leur rémunération est issue des paiements. Le coût du personnel et de sa formation, et son financement doit donc être intégré dans l'analyse des coûts du système.

Le développement d'un cadre unifié de compensation des ressources humaines entre les différentes composantes du secteur devrait être une priorité. Pour mémoire, un tel cadre est requis pour la soumission de propositions au Fonds mondial qui incluent un financement de personnel.

3. Recommandations

A partir des visites institutionnelles, des constats et des discussions techniques, les recommandations des membres de la mission P4H portent sur les domaines suivants : (i) pilotage du processus ; (ii) stratégie ; (iii) architecture ; (iv) financement et (v) offre des soins.

3.1. Pilotage du processus

Le pilotage du processus devrait suivre les principes directeurs suivants: transparence, concertation la plus large possible, documentation rigoureuse et diffusion des informations et des résultats.

Afin d'assurer une plus grande représentativité et la participation des acteurs clés impliqués dans le domaine du financement de la santé en Haïti, la Commission Interministérielle devrait intégrer des représentants des partenaires techniques et financiers (gouvernementaux et non-gouvernementaux) et de la société civile, à côté des ministères concernés. Ainsi, la Commission Interministérielle serait mieux outillée pour répondre aux besoins réels et élaborer des propositions pragmatiques.

Le développement et la mise en place par la Commission Interministérielle de mécanismes de consultation permettrait d'assurer que les points de vue divers de tous les acteurs soient pris en compte. La participation des partenaires sociaux ainsi que des membres du secteur privé, les représentants du secteur informel et des populations vulnérables, renforcerait le caractère inclusif du processus pour créer un meilleur consensus national.

3.2. Stratégie

Dans l'absence d'un langage commun partagé par les autorités et partenaires au développement, la mission propose que ce langage commun soit consolidé en particulier à travers des formations et des échanges d'expériences afin d'assurer une compréhension partagée des concepts de la protection sociale en santé.

Afin d'être en mesure de prendre des décisions en connaissance de cause sur un éventuel modèle de protection sociale en santé, il est essentiel d'identifier les

informations manquantes et compléter la base d'informations pour ensuite consolider et analyser les informations déjà collectées. Il est donc important que le Gouvernement Haïtien désigne la structure qui sera investie de cette responsabilité, et que les partenaires en appuient le fonctionnement, en particulier en partageant toute information en matière de financement de la santé.

De plus, il serait essentiel qu'un pays tel que Haïti dispose d'une stratégie nationale de financement de la santé. A cet effet, il est recommandé que la Commission élargie appuie la supervision d'un processus d'élaboration et de validation d'une telle stratégie. La Commission devrait veiller ainsi à ce que la stratégie soit cohérente avec les politiques nationales de santé et de protection sociale, dont la stratégie de financement constituera la source d'énergie et la clé du succès.

3.3. Architecture

L'inventaire des mécanismes de protection sociale en santé dans le pays est indispensable pour connaître la couverture existante et les besoins non satisfaits dans le pays. La faisabilité et les ajustements des modèles existants (nationaux et d'origine externe) seront ensuite déterminés en fonction des éventuelles populations ciblées, des mécanismes utilisés et des leçons apprises. Enfin, le Gouvernement devra cibler les interventions prioritaires afin d'assurer une répartition plus équitable des services de qualité.

Il est donc conseillé que des priorités soient définies en fonction des relations qui existent entre les trois dimensions impliquées dans la couverture sanitaire universelle : (i) la couverture de la population ; (ii) la couverture des services ; et (iii) la couverture des coûts engagés. La façon dont ces trois dimensions seront combinées déterminera le modèle de couverture universelle utilisé. Une attention particulière devra être apportée à la formation des coûts des services pour lesquels une couverture financière totale (gratuité) est envisagée. Un autre débat à conduire en priorité est celui du financement des dépenses de santé catastrophiques, dont l'impact au vu des OMD plus spécifiquement sanitaires peut apparaître limité, mais qui d'un point de vue socio-économique n'en sont pas moins critiques. Pour assurer qu'une plus large partie de la population ait accès à des services de prévention, de promotion, de soins curatifs et de réhabilitation, les priorités sélectionnées au sein des trois dimensions de la couverture

devra tenir compte du fait que l'accès aux soins demeure inéquitable et que la couverture des populations et les dépenses publiques en santé en Haïti restent faibles.

En vue de d'assurer l'engagement actif et le consensus entre les parties impliquées, la mission recommande l'élaboration conjointe de différents scénarii de couverture universelle en santé Haïti. La conceptualisation conjointe d'un modèle national est nécessaire pour d'identifier le modèle le plus pertinent pour le pays. Du fait de l'expertise des partenaires à l'intérieur et extérieur du pays, et en vue d'un alignement solide des efforts, la mission recommande que les différents partenaires discutent avec le Gouvernement de la priorisation au sein des trois dimensions. Cela permettrait également de clarifier le rôle du MSPP et de réduire les risques des différentes formes de ciblage.

3.4. Financement

Afin de maximiser l'investissement dans le secteur de la santé par les différents acteurs, il faudrait réaliser une étude de coûts/bénéfices pour chacune des options retenues et des simulations de coûts pour le paquet de services à offrir en tenant compte des contraintes décrites dans la section « Constats en relation avec l'offre de soins ». En vue de garantir la couverture proposée, des projections financières pourraient ensuite être réalisées sur la base des coûts calculés.

La réduction de la fragmentation du système est indispensable pour améliorer l'efficacité des dépenses en santé. Pour ce faire, l'amélioration de la coordination programmatique entre les acteurs est nécessaire. La régulation des interventions doit être renforcée afin de garantir leur alignement avec les stratégies et priorités du Gouvernement. Ceci permettrait de maximiser les résultats en termes de couverture et de qualité mais aussi de rendre le secteur plus attractif pour l'investissement.

Finalement, il serait essentiel d'identifier les moyens pour assurer la continuité du financement du secteur et du/des option(s) retenu(s), tels que des financements innovants comme dans le secteur de l'éducation. Cela est d'autant plus nécessaire que le niveau des frais payés par les ménages reste élevé, que la capacité contributive de la grande majorité de la population reste faible et que le financement du secteur de la santé est pour le moment largement dépendant de l'aide externe.

3.5. Offre de soins

La mission recommande qu'un modèle sanitaire haïtien basé sur la stratégie de soins de santé primaires, la prévention et la promotion de la santé, et finançable de façon équitable dans les limites de prévisions de financement à moyen terme réaliste soit adopté et mis en œuvre le plus rapidement possible. Les interventions axées sur la prévention et la promotion permettent d'avoir un impact beaucoup plus élevé sur la population et de mieux desservir les zones isolées et les populations démunies, à condition toutefois que les modalités d'obtention de cette efficacité dans le contexte local, ainsi que les coûts, en soient clairement définis. Afin de mieux répondre aux besoins de la population, le modèle haïtien devra tenir compte des caractéristiques actuelles du pays et des disparités en termes de capacités et de qualité.

La réflexion devrait être poursuivie sur le rôle de l'Etat haïtien dans le domaine de la prestation de service au sein de ce modèle sanitaire et sur la répartition la plus efficiente entre secteurs public et privé.

Le modèle sanitaire devra tenir compte des besoins en termes de ressources, de gestion et de coordination du système de santé. En particulier, la mission propose l'élaboration d'une politique de ressources humaines en santé qui soit en accord avec ce nouveau modèle et qui contribue au renforcement de la prestation de services de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Pour ce faire, l'amélioration de la gestion des ressources, la transparence dans la répartition du personnel ainsi que l'introduction du principe de responsabilité du personnel de santé envers les bénéficiaires est primordiale.

Enfin, la mission recommande qu'une attention particulière soit portée sur le renforcement de la capacité du Gouvernement à assurer son rôle de régulateur et sa bonne intendance. Le renforcement de la capacité institutionnelle du Gouvernement est indispensable pour assurer l'efficacité du système, la responsabilité à tous les niveaux et une plus grande pérennité.

En mettant en perspective les enjeux autour de la protection sociale en santé et du chemin à suivre vers une couverture universelle, la mission P4H a fait ressortir l'importance critique du financement de la santé dans la construction d'une politique nationale de santé. La politique de financement de la santé pourrait dans une certaine mesure être considérée comme la « mère » d'autres politiques devant guider les choix de ressources et de services (politique de ressources humaines, carte sanitaire, etc.). A

ce titre, le processus de développement de la politique nationale de santé devrait rapidement être ajusté de façon à intégrer et se baser sur une politique de financement de la santé robuste.

La dynamique créée par les Etats généraux de la santé a jeté les bases d'une inclusion des parties prenantes dans un tel dialogue et appelle à l'alignement des parties prenantes. Un accompagnement technique de ce dialogue serait nécessaire tant pour ce qui concerne le développement technique des mécanismes de financement que pour la mise en place d'un mécanisme d'arbitrage entre les parties qui soit acceptable à toutes.

4. Proposition d'ébauche de feuille de route

Activites	2012							2013							Responsables	Budget		
	juil	aoû	sep	oct	nov	dec	jan	fev	mar	avr	mai	juil	aoû	sep			oct	nov
Commission interministerielle (CIM)																		
Contacteur la CIM et assurer dissemination de l'information envoyee au MSPP (presentations de D. Evans) et restitution de P4H	X																OPS	0
Demande de reunion avec la CIM afin de discuter l'ouverture proposee par P4H	X	X															OPS (+ bailleurs membres de P4H)	0
Definition des membres, TDR et structure (necessite de renforcer le secretariat executif), role des bailleurs et role du MSPP en tant que recteur de la sante	X																	
Elaboration et mise en oeuvre du plan de travail de la CIM 2012-2013		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				CIM elargie	consultant OMS P4H
Definition des mecanismes de consultation des autres acteurs impliques		X															CIM elargie	
Inventaire des mecanismes financiers existants et evaluation des nouveaux mecanismes financiers			X	X	X												CIM elargie	BM,BID
Etudes de couts			X	X	X												CIM elargie	BM,BID
Consolidation, validation et analyse de l'information integree (CIM, MSPP...)							X	X	X									consultant OMS P4H
Dissemination/Communication des concepts de PSS et des resultas des etudes , etc..		X	X	X	X	X	X	X	X	X							CIM elargie	P4H OMS
Elaboration des meilleures options avec analyse de couts benefices des options envisagees et les projections financieres																		
Elaboration d'un document de strategie nationale vers la couverture universelle de sante											X	X	X	X			CIM elargie	P4H OMS
MSPP																		
Terminer la Politique nationale de sante et revoir l'inclusion de la PSS / consultation avec la CIM, si necessaire	X	X															MSPP +OPS	
Elaboration du plan strategique de sante 2012-2022		X	X	X	X	X												
Definition du paquet essentiel de soins de sante	X	X															MSPPet bailleurs	BM,BID
Elaboration d'une ebauche de modele de soins de sante base sur les SSP avec implantation de pilotes dans 4 sites du projet MATS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						MSPP +OPS	OPS/ACDI
Mise en oeuvre d'une unite de contractualisation et du processus de contractualisation dans 3-4 departements pilotes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					MSPP+BM,BID, USAID	BM, BD,USAID
Elaboration des Comptes nationaux en sante (CNS)	X	X	X	X	X	X											MSPP	