



ETUDE D'IMPACT DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS EN HAÏTI (Etude de base, 2016)

Résumé Exécutif

Contexte et méthodologie

Malgré une amélioration récente des indicateurs de santé en Haïti, de nombreux défis demeurent pour atteindre les objectifs de développement durable (ODD). Le financement basé sur les résultats (FBR) a été adopté nationalement pour tenter de résoudre certains de ces défis. En effet, la plupart des indicateurs de santé maternelle et infantile sont plus bas que ceux des pays à bas revenus (PBR), notamment le taux d'accouchement réalisé par du personnel qualifié qui est à 37% mais à 51% en moyenne dans les PBR (OMS, 2015). En outre, seulement 68% des enfants de moins de 24 mois en Haïti reçoivent toutes les doses contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ce qui est inférieur à la moyenne des PBR qui est de 80% (OMS, 2015). Dans ce contexte, le FBR, qui n'est certes, pas la solution miracle à tous ces maux, a démontré des résultats encourageants sur la couverture des services de santé dans les pays à bas revenus (Basinga et al, 2011 ; Soeters et al 2006 ; Sabri et al.2007 ; Rusa et al. 2009) comme en Haïti (Zeng et al, 2013). Sur la base de ces informations, le FBR a été lancé nationalement en Avril 2016 en Haïti, par le MSPP.

Les deux objectifs de l'étude d'impact du FBR (étude de base) sont 1) de fournir des données de base sur les indicateurs clés du système de santé sur lesquels des effets du FBR sont attendus et 2) de s'assurer que les trois groupes de l'étude ont des caractéristiques comparables. Ces 3 groupes sont : le groupe d'intervention 1 rassemblant les IS bénéficiant du FBR et d'une assistance technique (AT) ou coaching ; le groupe d'intervention 2 : les IS recevant une AT ou du coaching seulement et le groupe 3, qui est le groupe contrôle, ne bénéficiant d'aucune intervention. L'objectif de l'étude d'impact est d'évaluer l'effet du FBR sur la couverture des services de santé infantile et maternelle, la protection financière des ménages, et quelques fonctions clés du système de santé comme la gouvernance et les ressources humaines.

L'étude d'impact se base sur un modèle de comparaison pré-post et sur le contrôle expérimental pour répondre aux questions de recherche.

Résultats

Enquête Ménages

Les caractéristiques des ménages sont similaires à celle de l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS) 2012, confirmant la fiabilité des données.

Les ménages les plus pauvres s'endettent plus que les ménages riches en raison des services de santé, témoignant du vide actuel en matière de politiques publiques sur la protection financière des plus pauvres. Parmi les ménages qui ont été malades les deux dernières semaines, 53% d'entre eux ont déclaré ne pas acheter des médicaments ou consulter un prestataire en raison du prix élevé de la consultation ou des médicaments, avec un effet plus dramatique pour les plus pauvres (69% et 53% pour les deux quintiles de richesse les plus bas contre 45% pour le quintile de richesse le plus élevé). Par ailleurs, 5.3% des ménages rencontrent des dépenses catastrophiques de santé, c.-à-d. que 5.3% des ménages ont alloué au moins 25% de leurs dépenses non alimentaires à la santé. Ce taux est plus élevé pour les plus pauvres (7.5%).

Les indicateurs de santé maternelle demeurent intermédiaires. 60% des femmes ont reçu au moins 4 visites prénatales, plus élevé que la moyenne des pays à bas revenus à 40% (WHO, 2015). Par ailleurs, il y a 74% de femmes dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal et 52% des femmes ont bénéficié de l'assistance d'un professionnel de santé lors de leur dernier accouchement (51% dans les pays à bas revenus). Enfin, 45% des femmes ont accouché dans un établissement de santé et 41% des femmes ont eu recours à des soins postnatals.

La prévalence en planification familiale reste faible alors que la prévalence des besoins non satisfaits de PF s'avère plus encourageante. 26% des femmes âgées de 15-49 ans en union utilisent des méthodes de contraception moderne alors que 36% des femmes âgées de 15-49 ans utilisent une méthode contraceptive quelconque, légèrement plus faible que la moyenne des pays à bas revenus (qui était de 41% en 2015, OMS 2015). Cependant la prévalence des besoins non satisfaits en matière de planification familiale au sein des femmes de l'échantillon reste encourageante : 16% des femmes ont des besoins non-satisfaits de planification familiale, cela est légèrement plus faible que la moyenne des pays à bas revenus établis à 22%, mais plus élevé que la moyenne des pays de l'Amérique Latine (9%) (WHO, 2015).

Certains indicateurs de santé infantile sont assez faibles (vitamine A). La couverture vaccinale reste moyenne : 43% des enfants de 12-23 mois de l'échantillon ont été complètement vaccinés, un taux similaire à celui de l'EMMUS (45%). Par ailleurs, la supplémentation en vitamine A des enfants de moins de 5 ans reste faible, avec 27% contre 36% en moyenne.

Dans la majorité des cas, le gradient socio-économique demeure dans la couverture des soins de santé maternelle et infantile. A l'exception des besoins non satisfaits en planification familiale, de la couverture vaccinale et de la malnutrition, les inégalités sociales demeurent au niveau de tous les indicateurs, les femmes ou enfants appartenant au quintile de richesse le plus pauvre présentent en général un moins bon état de santé que celles et ceux appartenant au quintile de richesse le plus élevé. Par exemple, 51% des femmes appartenant au premier quintile (le plus pauvre) ont eu 4 CPN contre 62% pour celles appartenant au quintile de richesse le plus élevé et les femmes appartenant au quintile de richesse le plus faible bénéficient moins de l'assistance d'un professionnel de santé durant l'accouchement (32%) que celles appartenant au quintile de richesse le plus élevé (69%).

Enquête des IS

De nombreux médicaments et infrastructure de base font défaut dans les Institutions de Santé, ce qui entrave l'offre de services de qualité. Les conditions d'hygiène restent également médiocres. Alors que les services de santé maternelle et infantile sont offerts dans presque toutes les IS, une minorité d'IS offre des services liés aux infections sexuellement transmissibles (34%) et seulement le quart des IS échantillonnées offrent tous les services de base (contre 52% dans l'EPSSS, 2013¹). Par ailleurs, la disponibilité des infrastructures de base reste plus faible que dans le dernier recensement des IS : 59% des IS ont une source régulière d'électricité contre 65% dans l'EPSSS ; 65% ont de l'eau potable contre 79% dans l'EPSSS. Ces variations pourraient venir des différences d'échantillonnage entre l'EPSSS et l'enquête FBR. Par contre la plupart des IS sont dotées d'équipements de base pour offrir des services de santé infantile et maternelle tels que la balance pour adultes (94%), la balance pour enfants (95%), le stéthoscope (95%), le thermomètre (95%), le tensiomètre (96%). Cependant, 10% seulement des IS disposent de tous les médicaments essentiels (soit 9 au total). Les conditions d'hygiène restent également médiocres : Moins de la moitié (45%) des IS dispose d'eau et de savon dans la salle des consultations externes, même si deux tiers des IS disposent de boîtes sécurisées pour jeter les objets tranchants déjà utilisés. Cependant, très peu d'IS disposent d'incinérateurs fonctionnels pour l'élimination des déchets médicaux (21%).

¹ Les comparaisons avec l'EPSSS doivent être interprétées avec prudence car l'échantillon de l'étude d'impact n'est pas nationalement représentatif et n'inclut pas le département de l'Ouest. A l'opposé, l'échantillon de l'EPSSS est national.

Globalement, les aspects structurels et de processus de la qualité des CPN obtiennent de bons résultats, bien que des améliorations soient encore nécessaires.

Les aspects structurels et de processus de la qualité des services infantiles paraissent également élevés. Plus des deux tiers des IS ont des protocoles aux niveaux des services de santé infantile et 86% possèdent des directives en services de vaccination.

Ressources humaines

En dépit d'un retard de salaire important, les taux d'absentéisme et de second emploi restent faibles et le personnel médical demeure plutôt satisfait, grâce, en partie au sentiment de reconnaissance de la communauté. Le niveau d'insatisfaction provient surtout de la faible disponibilité en médicaments et équipements. La plupart du personnel a reçu une formation en santé maternelle et infantile ces dernières années, mais seulement le tiers ou moins a reçu cette formation ces 12 derniers mois, ce qui peut contraindre le renouvellement des qualifications et la qualité des services offerts.

Le personnel communautaire est bien moins satisfait dans son travail que le personnel institutionnel et son salaire, plus bas, varie peu. 98% de l'échantillon des agents de santé communautaires (N=304) a reçu une formation en santé infantile datant les 12 derniers mois précédant l'enquête et 44% une formation datant de plus d'un an.

Equilibre à la base

L'analyse des indicateurs RBF révèle qu'il y a une différence significative des moyennes pour 10% des variables pour l'enquête des ménages et pour 17% des variables pour l'enquête des IS. Cependant, ces différences sont plus faibles entre les groupes de traitement t1 (RBF + coaching) et t2 (coaching seulement) dans les enquêtes des ménages (7%) et des IS (10%) car ces groupes ont été assignés aléatoirement. Par contre ces différences sont plus importantes entre les groupes de traitement (t1 et t2) et le groupe de contrôle (c) car le groupe contrôle n'a pas pu être assigné aléatoirement. De manière générale, les résultats de l'enquête restent satisfaisants car on obtient moins de 10% de p-value significatives à 0.05 entre les groupes de traitement (t1 et t2) pour les échantillons de l'enquête ménage et des IS, montrant qu'il y a peu de différences entre les 2 groupes. Les différences entre groupes que l'on observera à l'enquête de suivi devraient dès lors bien correspondre aux résultats du FBR.

Conclusion

Cette étude de base a un double objectif, collecter des informations permettant de mesurer l'effet du FBR, mais aussi faire un état des lieux des indicateurs clés du système de santé, utiles aux politiques publiques de santé en Haïti. Pour l'étude d'impact, l'étude de base donne des valeurs de bases sur les indicateurs qui permettront de mesurer l'effet du FBR dans deux ans. La collecte des données qui aura lieu en 2017/18, utilisant les mêmes outils de collecte permettra en effet de mesurer l'amélioration des indicateurs de santé maternelle et infantile, de la protection financière et d'autres éléments clés du système de santé et de déterminer le rôle du FBR dans cette amélioration. D'un point de vue de politique publique, cette enquête de base du FBR produit de riches analyses qui peuvent aider à la décision dans le domaine de la santé. Par exemple, le fait que seulement 0.5% des enfants soient couverts par une assurance maladie et que l'accès financier soit un obstacle aux services de santé particulièrement aigu pour les ménages les plus pauvres témoignent d'un besoin de réformes dans le financement de la santé. Si le FBR peut éventuellement contribuer à diminuer les dépenses catastrophiques de santé, en diminuant les frais de certains services, des interventions complémentaires subventionnant les plus pauvres pourront également contribuer à réduire les dépenses catastrophiques de santé. La faible disponibilité des médicaments essentiels révèle également le besoin de réformer la chaîne d'approvisionnement. Ainsi, cet état des lieux sera utile au MSPP ainsi qu'à ses partenaires pour développer des politiques publiques complémentaires au FBR afin d'assurer un meilleur accès aux services de santé et l'atteinte de la couverture universelle en santé.