

# DevHaïti<sup>®</sup>

*Le Magazine du développement*

15 Avr  
2023

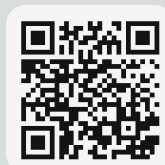
#59

## Les défis de l'assurance santé en Haïti

La Couverture sanitaire universelle (CSU) en Haïti, inaccessible?

OFATMA, le bras exécutant de l'État haïtien dans le secteur de l'assurance

Comptes nationaux de santé, les éclaircissements du Dr Jean Patrick Alfred



**Une production:**



**Ont contribué à ce numéro:**

**Kattia JEAN FRANÇOIS, Milo MILFORT, Melissa PHILIDOR, Jean Phares JÉRÔME, Johnny JOSEPH, Kesner PHAREL, Patrick SAINT-PRÉ, Dieudonné JOACHIM, Claudine ANDRÉ, Bélonny BIEN-AIMÉ.**

## Assurance santé: Haïti à la case de départ

**A**u regard de l'état actuel du système de santé national, la mise en place, même progressive, de la couverture sanitaire universelle s'apparente à un idéal. En effet, tout système de santé joue un rôle vital en ce qui a trait à une progression sur la voie de la couverture sanitaire universelle.

La constitution haïtienne de 1987 garantit la santé comme étant un droit fondamental. Comme à son habitude, Haïti a ratifié toutes les lois et conventions internationales par rapport au droit à la santé.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la couverture universelle en santé comme «l'accès de tous à des prestations essentielles liées à la promotion de la santé, à la prévention, au traitement et à la réadaptation, et cela à un coût abordable pour permettre d'instaurer l'équité d'accès».

Aussi la couverture sanitaire universelle passe-t-elle, dans les pays à faible revenu, par l'augmentation des dépenses publiques de santé. Sans surprise, Haïti se retrouve avant dernier dans le monde pour la part des dépenses publiques de santé dans le total des dépenses publiques.

Haïti ne pourra atteindre la couverture sanitaire universelle sans consentir des financements conséquents de son système de santé. Véritable passage obligé afin de permettre à tous les Haïtiens l'accès à un panier complet de services de santé de bonne qualité sans tenir compte de leur incapacité à payer ni de l'endroit où ils se trouvent sur le territoire national.

En attendant, la population fait face à une faible couverture sanitaire car, très peu de familles haïtiennes jouissent d'une couverture d'assurance. L'OFATMA ne couvre qu'une quantité limitée de ménages. Même cas de figure pour l'ONA ainsi que les autres compagnies d'assurance privées de la place.


Il existe à travers le monde plusieurs options de financement de la couverture sanitaire universelle. Il revient à Haïti d'opter pour l'option la plus adaptée à la réalité du pays avant de la mettre en œuvre. Mais, avant d'arriver à cette étape, les décideurs doivent à tout prix établir une estimation chiffrée des besoins d'investissement et des coûts totaux nécessaires pour atteindre cette couverture sanitaire universelle. Dans le cas contraire, on risque d'assister à une perte de temps, un gaspillage de ressources et d'énergie.

En République dominicaine, par exemple, les plus pauvres, en 2002, dépensaient plus de 100% de leurs revenus mensuels pour des services de santé. De nos jours, grâce à l'assurance-santé, les Dominicains les plus pauvres peuvent se faire soigner sans que leurs conditions économiques ne s'en trouvent drastiquement affectées.

Plus loin de nous, sur le continent africain, il y a environ 3 décennies, le génocide rwandais faisait plus de 800.000 victimes. Actuellement, le pays est un véritable modèle en termes d'assurance maladie. Pour ce faire, le gouvernement de Paul Kagame a mis en place un système novateur en termes de santé, composante fondamentale de ce renouveau. Ce système permet de couvrir une grande partie de la population rwandaise, de manière efficace grâce à une décentralisation totale des services de soins. Tous les Rwandais quasiment bénéficient d'une assurance maladie publique.

Pour rappel, le Rwanda compte le même nombre d'habitants que nous et n'est guère plus riche que nous.

L'exemple dominicain et rwandais montre parfaitement, si besoin en était, la voie à suivre pour une couverture sanitaire universelle en Haïti.



Dr. Garnel Michel

## La Couverture sanitaire universelle (CSU) en Haïti, inaccessible?

*DevHaiti a rencontré Dr Garnel Michel sur la question de la Couverture sanitaire universelle (CSU) en Haïti. Les différents indicateurs du secteur sanitaire sont au rouge. L'accès aux soins laisse à désirer. Le taux de mortalité infantile est alarmant. La protection financière s'avère quasi-inexistante. La gouvernance du système des soins est pour le moins critique. Dans un tel contexte, atteindre la CSU peut se révéler être un vrai parcours du combattant.*

### **DevHaiti (DH): La Couverture sanitaire universelle (CSU) — c'est quoi exactement?**

**Garnel Michel (GM):** Depuis quelque temps, un groupe assez large de professionnels d'horizons divers, sous l'étiquette de AYITI ANSANTE, réfléchit sur la thématique de la Couverture universelle en Santé (CUS). Plus globalement, nous parlons de la Protection sociale en Santé. Étant donné que votre question est directement liée à la CSU, nous pouvons citer l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui prône cette stratégie qui consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers. Il faut

comprendre que, classiquement, la Couverture universelle en Santé poursuit un objectif fondamental, celui de s'assurer que toute personne ait accès aux services de santé de qualité dont elle a besoin sans être exposée à des difficultés financières.

### **DH: C'est quoi l'état des lieux de la Couverture sanitaire universelle en Haïti ?**

**GM:** Si la Couverture universelle en Santé est considérée comme une grande vision pour garantir que toute personne ait accès aux services de santé de qualité dont elle a besoin sans encourir à des dépenses catastrophiques, nous pouvons comprendre facilement que nous sommes très loin de parler de ce concept en Haïti. D'ailleurs, les chiffres officiels sur nos indicateurs de santé sont très alarmants. Prenons-en quelques exemples:

- a) En relation aux objectifs de développement durable (ODD) que sont les taux de mortalité maternelle (TMM) et de mortalité des enfants de moins de 5 ans (TM5), les résultats d'Haïti sont très mauvais.
- b) Les taux de couverture des services de base sont faibles en Haïti. Par exemple, selon l'EMMUS VI (Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services) de 2016 en Haïti, la couverture des accouchements institutionnels est de 42% (contre 70,5% pour la moyenne des pays à faible revenu (PFR) (BM, 2017), et le pourcentage d'enfants âgés entre de moins de 24 mois ayant reçu les trois doses de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DiTePer/Pentavalent) est de 55 % (EMMUS VI, 2017) (contre 80% en moyenne pour les Pays à Faible Revenu).
- c) L'accès aux soins pour la population est catastrophique: 40% de la population n'a pas accès aux services de santé du système formel (EMMUS VI, 2016) en raison des barrières géographiques, économiques et culturelles. 125 sections communales n'ont pas de structures sanitaires. La mauvaise qualité des soins disponibles est patente. Pas de contrôle de qualité pour les médicaments.
- d) La protection financière de la population est quasiment inexistante: 25% de la population encoure des risques de dépenses de santé catastrophiques chaque année dans le pays (BM, 2017) pour un système de santé financé à hauteur de 31% par les ménages (BM, 2017). Seul 4% de la population a une assurance de santé (3% par OFATMA et 1% par le secteur privé).
- e) La Gouvernance nationale actuelle du système de soins est catastrophique. Des grèves à répétition dans les institutions publiques, une mauvaise répartition du personnel à travers le pays, un volume exagéré de personnels contractuels dans les hôpitaux publics dus à l'instrumentalisation politique du processus de recrutement dans ces institutions, en plus d'une centralisation à outrance de la gestion administrative et financière. Une mauvaise politique dans les interventions sanitaires des partenaires financiers et

opérationnels; une faible coordination des actions des intervenants...

- f) L'échec de la coopération internationale est criant. Des ONG tant nationales qu'internationales et une dispersion des ressources influent sur l'efficacité et l'efficacé du système de santé et ont conduit à empirer au lieu de faire évoluer positivement le système malgré les sommes astronomiques dépensées.

#### **DH: Pourquoi la question de la CSU en Haïti présente un tel visage?**

**GM:** Je suis certain de pouvoir répondre à cette question en une seule phrase : la situation est ainsi présentée par manque de volonté politique. J'ajouterais tout simplement que tous les scénarios ont été analysés, et c'est possible de mettre en œuvre un système de Protection sociale de santé en Haïti. Il faut justement une grande vision, pour que «Toute personne se trouvant sur le territoire Haïtien soit protégée à travers un système de santé performant, qui cherche à restaurer la justice sociale en universalisant l'accès aux soins de qualité à toutes les catégories de la population, sans recourir à des dépenses catastrophiques individuelles».

#### **DH: En quoi cette situation impacte-t-elle la population du pays?**

**GM:** Selon une méthode de mesure internationale, le Coefficient de Gini, Haïti accuse le plus triste taux d'inégalités sociales dans la région des Amériques. Ce n'est pas sans raison. En Haïti, ce sont les ménages qui paient pour leur santé, donc des dépenses catastrophiques qui appauvrissent les familles. L'inégalité sociale engendrerait la colère, la frustration et la violence.

#### **DH: Quel serait le coût réel de la CUS en Haïti?**

**GM:** Il faudrait une étude actuelle pour assurer l'évaluation et la cotation des risques économiques, financiers, assurantiels et sociaux. Ce que nous n'avons pas fait en Haïti. Cependant, la méthode appelée Branchmarking nous permettrait d'aller voir ailleurs en nous comparant aux meilleurs pour améliorer nos performances et nos capacités dans une démarche de progrès. Un calcul que l'on fait en général dans la région est estimé à une cotisation

d'environ 5 dollars USD par habitant par mois. Donc ce serait environ 800 gourdes par 12 millions d'Haïtiens par 12 mois... 115 milliards de gourdes, ce qui équivaldrait à quelque 720 millions de dollars USD. Ce qu'il faut dire, c'est que je suis presque certain que cette somme d'argent circule annuellement dans le secteur de la santé, soit à travers l'État, ou les ONG, ou autres dons. Cet argent peut être mobilisé de manière endogène. Un détail qui pourrait être utile c'est de comprendre que cette simulation de cotisation est basée sur un modèle de solidarité nationale c'est-à-dire celui qui n'est pas malade contribue pour l'autre qui l'est actuellement, en attendant éventuellement son tour. Des études prouvent qu'en général, sur une base annuelle, 10% de la population va tomber malade.

**DH: Quelles sont les différentes options de CUS existantes? Laquelle est la plus adaptée à Haïti et pourquoi?**

**GM:** Théoriquement il existe plusieurs modèles de systèmes sanitaires, sans être totalement exclusif l'un à l'autre. Les modèles les plus classiquement connus seraient:

- Système Bismarckien
- Système d'assurance sociale. Caisse d'Assurance Maladie, multiples assureurs. Accès lié à un statut d'emploi. Financement par des cotisations sociales obligatoires (patron et ouvrier). Prestations proportionnelles aux assurances détenues. Exemple : France, Allemagne.
- Système Beveridgien
- Financement assuré par l'État à partir des taxes et impôts. Un seul assureur: l'État. Principe d'universalité: couverture comme un droit pour l'ensemble de la population. État propriétaire de toutes les installations de soins de santé. Accès en fonction des besoins, peu importe la contribution. Professions médicales et professionnels de santé et salariés. Mode de gestion centralisée: Grande-Bretagne, Canada
- Système libéral
- Assurance volontaire. Préséance des libertés individuelles. Guidée par une logique économique: offre et demande. Couverture

publique restreinte. Paiement volontaire d'une prime à des assureurs. Financement privé important provenant des individus. États-Unis.

- Le modèle cubain (que j'adore) lui est propre. Il est lié au système politique du pays aussi. On pourra en parler davantage...

Pour conclure avec cette question, je me permets d'être CATÉGORIQUE. Je m'en excuse, mais nous devons socialiser la santé en Haïti. L'État doit prendre ce bien commun en charge, et organiser la solidarité nationale nécessaire.

**DH: Vous aimeriez ajouter quelque chose? Faites-le!**

**GM:** Avant de finir, je voudrais relater la notion du «Système de Protection sociale en santé» considérée comme l'ensemble des mesures prises par un État pour permettre un accès universel aux soins de santé essentiels abordables, disponibles et de bonne qualité, et apporter une protection financière pour prévenir la maladie, promouvoir, améliorer, maintenir ou restaurer la santé de toutes les catégories de sa population.

Au sein de la plateforme AYITI ANSANTE, nous avons proposé un vaste programme de «TPS: Tous pour la Santé/Toute la Population en Santé». Nous croyons fermement qu'il est nécessaire, urgent, mais aussi tout à fait possible d'implémenter un système de Ticket de Protection sociale (PPS) en Haïti. Ceci pourrait absolument corriger les certaines inégalités sociales existantes dans notre société.

La Protection sociale en santé (PSS) contiendrait deux (2) éléments essentiels pour sa réalisation: l'assistance sociale et l'assurance sociale.

- L'Assistance sociale: C'est l'approche non contributive et doit être privilégiée en vertu du principe d'équité dans un contexte où la pauvreté monétaire est répandue et la vulnérabilité à la pauvreté monétaire importante.
- Pour autant, l'Assurance sociale, c'est l'approche contributive que certaines écoles appellent Sécurité sociale. Elle doit être effective pour la santé de tous les travailleurs et travailleuses salariés.



Photo crédit: Service communication Ofatma

## OFATMA, le bras exécutant de l'État haïtien dans le secteur de l'assurance

*L'Office d'assurance accidents du travail, maladie et maternité (OFATMA), institution publique autonome placée sous l'autorité de tutelle du ministère des Affaires Sociales et du Travail (MAST), fournit des services d'assurance accidents du travail, maladie et maternité aux employés de la fonction publique et à ceux du secteur privé. Jusqu'au mois de mars, l'institution compte environ 160 000 assurés et 206 000 dépendants issus de la fonction publique et du secteur privé.*

Régi par sa loi organique du 28 août 1967, l'OFATMA a pour mandat de fournir des services d'assurance accidents du travail, maladie et maternité aux employés de la fonction publique et à ceux du secteur privé. «L'assurance accidents du travail a été la première branche à être implantée dès 1967», lit-on dans une brochure de promotion des services fournis par l'institution. L'assurance maladie et maternité, quant à elle, a fait l'objet d'un décret en date du 18 février 1975, mais n'a réellement été mise en place qu'en 1998. «L'assurance maladie de l'OFATMA a démarré en 2012, 45 ans après sa création, avec le projet pilote "kat woz konbit solidarite pou lasante"», lit-on encore dans le dépliant, informant que 128 entreprises privées et toutes les institutions publiques y sont affiliées.

A date, l'OFATMA, selon des chiffres de la direction de communication, compte 105.421 assurés-es et 180 039 dépendants issus de la fonction publique et 50.589 et 26.055 dépendants du secteur privé.

Pour desservir ses assurés et leurs dépendants, l'institution dispose d'un réseau de prestataires de services réparti sur les dix départements géographiques du pays. Ledit réseau est constitué des structures propres de l'OFATMA, d'établissements de santé du secteur public et du secteur privé. «Ce réseau inclut également des médecins libéraux, des entreprises pharmaceutiques, des laboratoires et des maisons funéraires», précise Joubert Rochefort, directeur de communication de l'institution. Ajoutant: «L'OFATMA possède plusieurs structures de soins propres dont quatre hôpitaux dans l'Ouest, le Nord, le Sud et le Nord-Ouest, une unité médicale à la Société Nationale du Parc Industriel (SONAPI) et une clinique à Caracol».

«Traumatologie et physiothérapie, salles d'opération, urgence, maternité, médecine interne, ophtalmologie, soins dentaires, laboratoire, pharmacie et radiologie», sont quelques-uns des services offerts

par l'OFATMA à travers ces différents établissements comportant 138 lits dont 10 salles privées et 2 salles VIP où officient plus d'une centaine de médecins.

Parallèlement, OFATMA dispose d'un réseau de médecins libéraux à travers le pays. Ce réseau comporte aussi d'officines pharmaceutiques, d'importateurs de produits pharmaceutiques, d'entreprises locales de produits pharmaceutiques et des maisons funéraires.

La couverture d'assurance de l'OFATMA, selon la direction de communication, s'adresse à tous les fonctionnaires et aux employés des entités sous tutelle de l'Etat haïtien, les employeurs, les travailleurs manuels ou intellectuels, les journaliers, les professeurs et surveillants des établissements non publics, etc. «Etre une institution publique ou une institution non publique dûment autorisée à fonctionner en Haïti : avoir 15 jours à compter de la date d'ouverture de l'institution et disposer d'un effectif de trois (3) employés au minimum; faire partie d'un secteur d'activité présentant des risques couverts dans le cadre de l'assurance maladie de l'OFATMA», telles sont les exigences faites aux entreprises pour pouvoir affilier à l'OFATMA.

A quoi un assuré de l'OFATMA a-t-il droit ? «En cas de maternité ou de maladie entraînant une incapacité de travail, l'assuré aura droit à une allocation pécuniaire égale à cinquante pour cent (50%) de son salaire, informe le service de communication. Pour avoir droit à l'allocation de maladie et maternité, l'assuré doit avoir versé six (6) mois de cotisation au cours des 12 mois précédant la date de réalisation de l'éventualité. L'assuré aura droit à l'allocation à partir du quatrième jour de l'incapacité de travail et pendant toute la durée du service des prestations médicales.» En cas de décès, l'OFATMA verse des frais funéraires de l'assuré jusqu'à concurrence de deux mois de salaire sans dépasser un montant de cent vingt mille gourdes (HTG 120.000).

Le service de communication de l'institution est conscient qu'elle n'a pas toujours cité en de bons termes dans les médias et il connaît les raisons. Des efforts sont faits pour changer l'image de l'OFATMA auprès du public et des institutions. Entre mars 2022 et mars 2023 l'institution a épongé 535,867, 836.37 gourdes de dettes réparties ainsi:

- Unités périphériques : 319, 808,317.10
  - Médecin : 28,582, 552.64
  - Accidents du travail : 50,058, 298.50
  - Capital décès : 80, 220,326.61
- Indemnités médicales et maternités:  
57,207, 341.58

«OFATMA n'a aucune dette envers les hôpitaux prestataires de soins», a informé Joubert Rochefort. Il a par ailleurs précisé que la Direction générale est consciente que le niveau de son prime est plus bas que celui des hôpitaux privés. «Elle prévoit de la réviser à la hausse afin de rendre l'assurance beaucoup plus compétitive», a fait savoir le directeur de communication de l'OFATMA. Il a par ailleurs rappelé que les employeurs sont assujettis obligatoirement d'enregistrer leurs entreprises. De plus, les employeurs doivent assurer tous leurs employés à l'assurance selon l'article 6 du code du travail haïtien.

Selon le service de communication:

- Le taux de cotisation pour l'assurance maladie-maternité est fixé à (6%) du salaire de base du salarié. La moitié de ce montant étant à la charge de l'employeur et l'autre moitié à la charge de l'assuré-e.
- Le taux de cotisation pour l'assurance accidents du travail à uniquement la charge de l'employeur et est partagé entre 2% pour une entreprise commerciale, 3% pour une entreprise agricole et industrielle ainsi que les chantiers de constructions et les agences de navigation. 6% pour les entreprises minières.

Pour l'année en cours, l'OFATMA vise l'enrôlement de 1000 personnes en situation d'handicap dans la couverture d'assistance sociale en santé de l'institution. «Cela rentre de la cadre de la stratégie RSE (Responsabilité sociale de l'entreprise) de l'institution », a souligné Rochefort Joubert. Il vise aussi l'affiliation de 300 nouvelles entreprises à la couverture d'assurance Accidents du Travail, Maladie-Maternité.



Joseph Harold Pierre  
Économiste



## Dépenses de santé, assurance-maladie: la grande avance des Dominicains vue par Joseph Harold Pierre

Entre 2018 et 2019, le professeur Joseph Harold Pierre a été contracté comme consultant pour mener une étude sur le secteur de la santé pour l'État dominicain qui a voulu évaluer la réforme de son système sanitaire entreprise entre 2001 et 2007 à la suite de la grave crise sanitaire de la fin des années 90. Il fallait analyser si la réforme avait atteint les objectifs fixés, notamment en matière de couverture sanitaire universelle.

En août 2020, le consultant avait accordé une entrevue fleuve au journal Le Nouvelliste où il a passé en revue les grandes lignes de cette étude. Nous publions ci-après les points essentiels de cette enrichissante entrevue.

***Les progrès les plus significatifs réalisés dans le domaine de la santé par la République dominicaine, entre 1990 et 2015, selon l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), qui méritent d'être signalés...***

- **Premièrement**, la création d'un nouveau cadre institutionnel du secteur fondé principalement sur la séparation des services régis par le ministère de la Santé et un financement régulé par la Sécurité sociale. Avant cette réforme, le ministère de la Présidence en République dominicaine disposait, à la fin des années 90, de plus d'un tiers du budget de la santé, bien au-dessus du montant alloué au ministère de la santé.

Certains hôpitaux avaient un surplus de plus de 50% de personnel alors que d'autres étaient fermés par manque de ressources.

- **Deuxièmement**, le financement du secteur public est passé d'environ 20% à la fin des années 90 à environ 50% au moment actuel. Il en a résulté une réduction de presque un tiers des dépenses directes des patients qui sont passées de plus de 60% en 1995 à environ 45% en 2017. De plus, grâce au financement du secteur public, les infrastructures sanitaires se sont considérablement améliorées.
- **Troisièmement**, les services se sont améliorés avec l'établissement de trois niveaux d'hôpitaux en fonction des complications des maladies: des hôpitaux spécialisés, des hôpitaux départementaux et des Unités nationales de soins primaires (UNAP). Le secteur privé a aussi entrepris de gros investissements surtout au niveau des hôpitaux spécialisés.
- **Quatrièmement**, la couverture d'assurance-santé a fait un grand bond en passant de moins de 25% dans les années 90 à 77% au moment actuel.

***Les mécanismes mis en place par la République dominicaine pour parvenir au bond considérable en matière de couverture d'assurance maladie au cours de ces dernières années...***

Le progrès le plus palpable de la réforme sanitaire de 2001 est la couverture d'assurance-maladie qui est passée de moins de 25% au début des années 90 à plus de 75% en 2019, ce qui a expliqué aussi la réduction considérable des dépenses directes des patients. Ce progrès a été favorisé par la volonté politique de l'Etat dominicain de suivre la voie tracée par la Réforme de 2001 en vue d'atteindre la couverture universelle. Pour ce faire, un mécanisme de financement du système inspiré des modèles latino-américains a été mis en place.

Il existe trois régimes d'assurance et l'adhésion à l'un ou l'autre dépend de la capacité de contribution de l'individu. Financé par le secteur public, le «régime subventionné» est destiné aux plus pauvres et mis en exécution via la SENASA (Assurance nationale de santé). Le «régime contributif», qui comprend plusieurs assurances privées, est destiné aux travailleurs salariés et financé par les employeurs à 70 % et les employés à 30 %. Le «régime contributif subventionné» est une combinaison des deux autres et n'a pas encore été mis en œuvre. Suivant mes estimations, en 2018, 50% de la population dominicaine appartiennent au régime contributif et 40% au système subventionné. Ces deux systèmes couvrent leur population à 75% et 90%, respectivement; alors que le 10% restant qui appartient au système subventionné-contributif n'avait pas d'assurance, car le système n'était pas encore mis en application. Ce dernier est une faille dans la conception du système d'assurance-santé de la République dominicaine, car il est pratiquement inapplicable comme politique publique. J'avais prévu 2023 comme l'année où la République dominicaine atteindrait la couverture universelle; mais le nouveau président élu, Luis Abinader, a devancé ma prédiction en annonçant cette couverture totale avant la fin de cette année [ndlr 2020] en utilisant des fonds qui proviendront de l'élimination de certaines institutions jugées non nécessaires.

Suivant des données de la Banque mondiale, au niveau régional, Cuba est le pays avec la couverture la plus élevée (83%), puis viennent l'Uruguay (80%), le Brésil et le Panama pour une même couverture de 79%, la Barbade, le Costa Rica, l'Equateur et le Pérou avec une même couverture de 77%, l'Argentine, la

Colombie et le Salvador avec une couverture égale de 76%, puis vient la République dominicaine qui serait le 12e pays avec une couverture de 74%. Cependant, si on met l'accent sur la proportion, la République dominicaine occupe la 6e place, car plusieurs pays ont un même niveau. Il est bon de noter que la couverture de la République dominicaine s'aligne tant avec celle de l'Amérique latine qu'avec celle des pays de revenu moyen élevé, groupe auquel elle appartient.

### ***Le rôle du financement de la santé dans les progrès réalisés par la République dominicaine dans ce secteur au cours des dernières décennies...***

Le financement du secteur public a été déterminant dans les progrès réalisés. Entre 2001 et 2019, l'apport du secteur public est passé de 20% à environ 45% des dépenses totales du secteur, un niveau similaire avec le Chili. Les dépenses par habitant sont passées de 139 à 433 dollars de 2000 à 2017. (Ces valeurs pour Haïti sont 29 et 69 dollars respectivement). Il est à noter que les dons reçus par la République dominicaine pour le secteur de la santé avoisinent zéro. Cependant, avec une moyenne de 2.5% du PIB au cours des 10 dernières années, la République dominicaine n'a pas atteint son objectif de dépenser au moins 5% du PIB pour la santé, un objectif qui s'aligne avec celui pris par les pays latino-américains de dépenser au moins 6% de leur PIB en santé. Rappelons que suivant des données de l'OPS, sauf le Costa Rica, le Cuba et l'Uruguay ont atteint cet objectif en 2014.

Il faut aussi noter que l'augmentation des dépenses publiques a réduit de presque de moitié les dépenses directes tel qu'indiqué antérieurement. Juste un exemple pour saisir l'impact de cette réduction: en 2002, les plus pauvres dépensaient plus de 100% de leurs revenus mensuels pour des services de santé. Ainsi donc, grâce à l'assurance-santé, les Dominicains les plus pauvres peuvent se faire soigner sans que leurs conditions économiques ne s'en trouvent drastiquement affectées. Cependant, ce niveau demeure l'un des plus élevés de l'Amérique latine dont la moyenne est de 29%.

### ***Les causes de l'énorme écart entre les dépenses de santé en République dominicaine et celles consenties en Haïti...***

L'absence de volonté politique. L'OMS suggère que 15% du budget des pays pauvres soit assigné à la santé, proportion qui n'a jamais été atteinte en Haïti. De 2000 à aujourd'hui, les allocations au secteur santé dans le budget n'ont jamais dépassé 6% avec une tendance à la baisse, alors que les Dominicains ont dépensé plus du double du niveau haïtien.

Le niveau de développement de chaque pays. Avec un PIB per capita de 8 050 dollars, la République dominicaine est 8 fois plus riche qu'Haïti (dont le PIB per capita est de 868).

La corruption. Par exemple, la partie de l'aide internationale que reçoit le pays est utilisée à des fins privées; l'administration publique est vassalisée, ce qui réduit considérablement la collection des taxes en vue du financement des projets d'intérêt public.

Le manque d'implication du secteur privé. Ce qui s'explique, d'un côté, par un manque de volonté d'investir au niveau local; mais, d'un autre côté, ce comportement est compréhensible à cause du niveau de risque très élevé en Haïti. Malheureusement, ce cercle vicieux qui résulte de l'instabilité politique et de l'insécurité est aussi alimenté par certains des potentiels investisseurs locaux.

***Des avancées obtenues par le système de santé dominicain pouvant servir de leçons aux décideurs haïtiens...***

La première différence se trouve dans les services. La République dominicaine a établi trois niveaux bien distincts qui sont les hôpitaux spécialisés, les hôpitaux départementaux et les unités nationales de soins primaires (UNAP), lesquels desservent les patients en fonction du niveau de complication des maladies. La séparation de la fonction des services et celle du financement constitue aussi une différence importante entre les deux systèmes. Par exemple, la République dominicaine a mis sur pied la SENASA (Service National de Santé) pour répondre aux besoins de la population démunie. En conséquence, plus de 90% des pauvres ont accès aux services de santé et les dépenses directes sont réduites de presque un tiers pendant les 20 dernières années.

La seule leçon qu'Haïti puisse tirer du système de santé de la République dominicaine est qu'il faut la mise en place d'une stratégie de développement du système de santé à travers une réforme impliquant principalement la réduction de la politisation du système. Cette politique doit être axée, entre autres choses, sur le recrutement d'un personnel qualifié et le suivi et l'évaluation régulière de la mise en œuvre de ladite stratégie.

Le professeur Joseph Harold Pierre, économiste et politologue, expert en économie et politique de l'Amérique latine, qui pendant neuf ans a étudié en République dominicaine et y a travaillé comme fonctionnaire puis consultant du gouvernement dominicain.



Photo crédit: Service communication Ofatma



Dr. Jean Patrick ALFRED  
Directeur de l'UEP au MSPP

## Comptes nationaux de santé, les éclaircissements du Dr Jean Patrick Alfred

*Suite à la publication récemment par le ministère de la Santé publique et de la population (MSPP) des Comptes nationaux de santé, le Dr Jean Patrick Alfred, directeur de l'Unité d'Études et de Programmation (UEP) au MSPP, apporte volontiers quelques éclaircissements sur la portée d'un tel document, les principaux enseignements à tirer ainsi que sur la méthodologie utilisée pour l'élaboration de ce rapport-phare. Nous publions ici, in extenso, la première partie de cette entrevue riche en informations.*

**DevHaiti (DH):** Quelles sont les recommandations à retenir pour un meilleur fonctionnement du secteur de la santé en Haïti ?

**Dr Jean Patrick Alfred (JPA):** Le système de santé a un rôle vital à jouer en vue de progresser sur la voie de **la couverture sanitaire universelle**. Il leur faut renforcer le financement et la gouvernance du système de santé ainsi que l'organisation des personnels de santé, la prestation des services, les systèmes d'information sanitaire, les médicaments et la fourniture d'autres produits sanitaires.

La **couverture sanitaire universelle**, but poursuivi dans tout système de santé, passe, dans les pays à faible revenu, par **l'augmentation des dépenses publiques de santé**. Cette augmentation conduit à la réduction des dépenses des ménages et permet de combattre les inégalités d'accès aux soins et services de santé générées par les barrières financières. De plus, dans ces pays, la **tendance est d'investir environ 50% des dépenses publiques de**

**santé dans les soins de santé primaires**. Ces tendances qui sont globalement observées à l'échelle mondiale ne sont pas révélées dans l'analyse des dépenses de santé des quatre années de ce rapport des CNS. Il est donc **indispensable de réviser le financement de la santé et l'utilisation des fonds qui y sont consacrés en Haïti**.

**Pour arriver à la réduction significative de la pauvreté, des inégalités de revenus et la promotion d'une croissance soutenue et équitable, les grandes orientations du secteur pour les prochaines années sont traduites à travers dans le Plan Directeur de Santé (PDS) 2021-2031 qui repose sur des choix et priorités explicites, qui traversent l'ensemble des interventions envisagées.**

### CHOIX STRATÉGIQUES

Sur le plan de la stratégie, le PDS affirme quatre choix

- 1) L'option pour les soins de santé primaires, c'est-à-dire une approche globale de la santé, une offre de soins et services complets basée sur les normes du Paquet Essentiel de Services (PES), axée sur la proximité avec les communautés et qui articule la promotion, la prévention et le traitement;
- 2) L'option pour une approche systémique, d'où un recentrage des interventions sur les piliers du fonctionnement des systèmes de santé, considérés seuls et aussi dans leurs interactions ;
- 3) L'importance accordée aux stratégies transversales : Intersectorialité, Participation, Dialogue politique, dans leurs interrelations avec les piliers du système ;
- 4) L'emphase sur le développement du niveau primaire du système de soins, avec le support du réseau hospitalier, dans une logique de complémentarité et d'intégration.

## LES PRIORITÉS

Le PDS poursuit **neuf priorités** principales:

- 1) La réorganisation et le renforcement de capacités du MSPP, à tous les niveaux et dans divers domaines
- 2) La coordination et l'alignement des grands bailleurs et partenaires techniques
- 3) La déconcentration de la gestion du système de soins
- 4) Le renforcement de l'offre de soins et services essentiels, en santé maternelle et infantile, nutrition, prise en charge des maladies transmissibles, prise en charge des maladies chroniques et non-transmissibles et prise en charge des urgences médico-chirurgicales
- 5) L'intégration des circuits d'approvisionnements en médicaments et produits de santé
- 6) La gestion stratégique des RHS
- 7) La mobilisation/allocation de personnel-clé, particulièrement au niveau primaire : Médecin de famille, Sage-femme, Agent de Santé Communautaire Polyvalent

- 8) La consolidation et utilisation de l'information stratégique
- 9) Le financement solidaire des soins et services de santé

### **Et la mise en œuvre des ENGAGEMENTS SUIVANTS:**

- 1) **Rétablir la santé au niveau des priorités nationales.** Bien que des dépenses totales de santé de 5 à 7% du PIB soient des niveaux que l'on retrouve dans beaucoup de pays à revenu faible et intermédiaire, Haïti se retrouve avant dernier dans le monde pour la part des dépenses publiques de santé dans le total des dépenses publiques. A date, la santé n'est pas une priorité dans le budget national de l'État haïtien malgré l'objectif de 15% de dépenses publiques en santé fixée en 2012.
- 2) **Renforcer le cadre légal régissant le secteur de la santé**
  - Projet de loi définissant l'Organisation et le Fonctionnement du ministère de la Santé Publique et de la Population.
  - Projet de loi réglementant la production, la distribution, les conditions d'importation et d'exportation, le stockage et la consommation des médicaments.
  - Projet de loi régissant l'exercice des professions de la santé
  - Projet de loi sur le fonds national pour la santé
  - Projet de loi portant sur la réforme de la gestion hospitalière
  - Projet de loi définissant le cadre légal de la surveillance épidémiologique
  - Projet de loi sur le fonctionnement des établissements et cliniques du secteur privé-lucratif de soins de santé
  - Projet de Code d'Hygiène Publique révisé.
  - Projet de loi règlementant le fonctionnement des assurances de santé Etc...

- 3) **Maintenir et «potentialiser» l'engagement important des partenaires.** Dans ces conditions, la population a besoin d'un financement externe important. L'extraordinaire générosité des partenaires en santé pourraient gagner en efficacité à moyen et long terme i) en basant le niveau d'engagement sur les besoins prioritaires (définis par le gouvernement) ; ii) en rendant les engagements plus prévisibles et plus durables pour faciliter l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de financement de la santé et iii) en privilégiant le partenariat avec l'État afin de favoriser son engagement, son renforcement et sa responsabilisation dans le secteur santé;
- 4) **Urgence à développer une stratégie limitant le paiement au point des prestations de services de santé.** Il est démontré que 20 à 30% de dépenses directes des ménages en santé dans les dépenses totales de santé signifient l'inaccessibilité des services de santé pour une partie importante de la population. Pour offrir à tous le droit à la santé sans risque de s'appauvrir, il est important de rendre obligatoire les contributions des personnes qui peuvent payer, par l'imposition et/ou les cotisations d'assurance et de trouver les moyens que l'État puisse payer les institutions prestataires de services pour les plus démunis. Cela nécessite l'introduction ou le renforcement du prépaiement et de mise en commun des ressources car rien ne sert d'avoir un bon système de protection contre les risques financiers si les services de santé sont inexistantes et/ou de mauvaise qualité. Il est important que les institutions de santé reçoivent l'argent nécessaire à la couverture des coûts opérationnels qu'imposent des services de qualité profitables à tous.
- 5) **Organiser l'objectif de Couverture Sanitaire Universelle (CSU) à partir d'un panier de soins «adapté».** L'OMS a estimé les coûts de prestations des services de santé essentielle à un peu plus 86 dollars par personne en 2015. L'analyse montre qu'il s'agit d'une référence possible pour Haïti avec l'aide de ses partenaires. L'objectif de CSU de la politique nationale de santé pourrait être rendu opérationnel en définissant et en rendant accessible pour tous un panier de soins

de qualité centré sur les besoins prioritaires et en y concentrant, dans la durée, ces moyens potentiellement disponibles. Une telle approche, que l'on pourrait qualifier de «pacte CSU», est possible mais complexe. Elle implique aussi des réformes importantes sur plusieurs des composantes du système de santé (ressources humaines, intrants, prestations de services, etc.), la concentration de l'essentiel des ressources sur cet objectif exige du **leadership, du courage et de la constance** de la part des autorités tant les pressions de différents secteurs (professionnels, privés, externes, etc.) seraient fortes pour les faire dévier sur un autre chemin ;

- 6) **Rendre disponible les services de santé de qualité dans tout le pays** particulièrement dans les 125 sections communales dépourvues d'infrastructures de santé, l'augmentation et extension d'hôpitaux de référence dans les dix départements sanitaires particulièrement ceux non encore dotés de tels services et améliorer la Prestation des services et de soins de santé dans les institutions existantes ; et surtout **continuer avec la mise en œuvre et l'extension du Centre Ambulancier National (CAN)** et des programmes de lutte contre les violences et les accidents incluant les centres ambulanciers régionaux et ainsi arriver à garantir la prise en charge des **URGENCES** à tous les niveaux du système de santé.
- 7) **Ressources Humaines pour la mise en fonctionnement des nouvelles institutions de santé et renforcement des institutions existantes:** employés toutes catégories confondues, médecins spécialistes, pharmaciens, dentistes etc., et la mise en œuvre des nouvelles mesures de rétention du personnel et la consécration d'un statut particulier pour les prestataires de services de santé avec **des salaires correspondant aux diplômes de ce personnel.**
- 8) **Renforcement et unification du système d'information pour la santé** pour rationaliser et rendre plus efficace le processus de production de données et de disposer à temps d'une

information sanitaire stratégique fiable sur les problèmes de santé (en termes de morbidité, mortalité), sur les facteurs associés, sur l'utilisation des services de santé par la population et sur l'impact de la politique sanitaire à partir des stratégies et interventions mises en œuvre.

- 9) **Poursuivre les efforts pour une meilleure gestion de la gouvernance du secteur santé** tant au niveau programmatique que budgétaire avec une attention particulière sur les programmes d'investissement public financés par le trésor public; en utilisant **le Financement Basé sur les résultats (FBR)** qui est un outil au service de la Couverture de Santé universelle puisqu'il permet des services de meilleures qualités ce que souhaitent la population et qui nous amènera à la croissance économique. Le FBR bien mis en œuvre garantit la reddition de comptes
- 10) **Renforcer la modernisation structurelle et fonctionnelle des principales infrastructures de santé** existantes ainsi que l'extension du réseau hospitalier avec pour objectif une couverture optimale du pays par des institutions de santé de qualité.
- 11) **Continuer à améliorer les services de santé** pour assurer le développement du capital humain prenant comme cadre de référence les indicateurs du PSDH incluant le Millenium Challenge Corporation (MCC), les indicateurs de l'OPS/OMS et les ODD ;
- 12) Prendre des dispositifs **pour mettre en œuvre la politique nationale de Pharmacie et des médicaments** et permettre la disponibilité et la distribution optimale des médicaments essentiels à travers le pays et engager une lutte contre les médicaments contrefaits en se basant sur la mise en place du SNADI (système national d'approvisionnement et de distribution des intrants).
- 13) **Reformer la gestion hospitalière** en conférant aux institutions de santé un **statut particulier** ce qui permettra de considérer les prestations hospitalières comme des services en termes

économiques. La réforme vise à assurer aux hôpitaux une **autonomie de gestion** avec un statut **d'Établissement Public de Santé**. Ceci permettra une gestion plus souple des hôpitaux qui devront assurer **l'équilibre de leurs comptes et une qualité des soins** pour répondre à leurs obligations de **performance**.

- 14) **Diminuer l'exposition de la population aux risques qui ont un lien avec la santé, le commerce et l'industrie** en éliminant l'importation d'aliments et de produits malsains, en améliorant la gestion des ordures ménagères, en renforçant les programmes de sensibilisation liés au tabagisme, à l'alcool et à la sécurité routière. De nombreux facteurs de risque intermédiaire pour les maladies chroniques non transmissibles (MNT) représentent un fardeau de plus en plus lourd pour le pays ; ces facteurs sont directement liés à l'alcool, au tabac et à une mauvaise alimentation.
- 15) Le renforcement du système de surveillance épidémiologique (veille et alerte précoce fiable) et arriver à un contrôle des épidémies, l'éradication de certaines maladies.

La continuité des actions entreprises dans le cadre de la Vision du secteur et de la Politique Nationale de Santé ainsi que la mise en œuvre de ces ENGAGEMENTS identifiés comme prioritaires seront des facteurs déterminants pour l'atteinte des objectifs fixés pour Haïti, pays émergeant en 2030 et, l'amélioration de l'accès et de la qualité des services de santé qui contribueront à une population en meilleure santé et plus productive.





Les évaluations, généralement, n'ont pas révélé les impacts négatifs que beaucoup craignent. En examinant les données sur les biens de tentation, Evans & Popova (2017) constatent que les transferts ont en moyenne réduit les dépenses en biens de tentation de 0,18 écart-type. En d'autres termes, loin de gaspiller leurs transferts en alcool et en tabac, les bénéficiaires semblent boire et fumer moins. Cette constatation ne diminue en rien la gravité du problème de l'abus de substances pour les pauvres, mais elle suggère que le manque d'argent peut être une cause de l'abus de substances plutôt qu'une contrainte à cet égard.

Banerjee et al. (2017a) passent en revue les études qui mesurent les effets des transferts sur l'offre de travail, peut-être la mesure la plus concrète des efforts déployés par les bénéficiaires pour améliorer leur propre vie. Du point de vue des bénéficiaires, bien sûr, le temps est précieux, et passer ce temps à gagner de l'argent a un coût réel ; il pourrait être très bon pour eux de pouvoir substituer une partie des revenus non gagnés aux revenus gagnés. Cela dit, Banerjee et al. (2017b) ne trouvent aucune preuve systématique que les transferts découragent le travail.

Un autre enjeu de l'UBI dans les pays en développement est la capacité réelle des gouvernements de l'adopter et de l'implémenter. Les pays en développement font particulièrement face à des problèmes de recettes fiscales et de capacités managériales suffisantes pour financer et conduire n'importe quelle politique publique. Adopter l'UBI requiert avant tout de pouvoir collecter l'argent du côté des contribuables. Il faut donc non seulement améliorer l'efficacité des gouvernements pour collecter les taxes mais aussi leur degré de transparence pour que cela puisse tenir à long-terme. La transparence est ici fondamentale en ce sens qu'elle améliorera la confiance entre les citoyens et les contribuables, facteur déterminant de revenu fiscal sur le long-terme.

Face aux problèmes de la pauvreté, des inégalités sociales, de la malnutrition, de la protection sociale etc. l'UBI peut être une réponse efficace des gouvernements. Les impacts de l'UBI sont loin d'être tautologiques comme le bon sens veut le faire croire. Si les revenus des gens augmentent de manière automatique, cela ne garantit pas que l'argent reçu sera

dépensé dans les biens et services nécessaires au développement des familles. Il faut que l'UBI soit accompagné de marchés où les bénéficiaires peuvent se procurer les services sociaux. L'Etat dans les pays en développement doivent développer des capacités fiscales et managériales pour financer et implémenter les politiques publiques de l'UBI. Dans ces conditions l'UBI peut être un véritable outil politique pour garantir la dignité des citoyens dans les pays en développement.

Pays	UBI et Résultats
<p>États-Unis (ALASKA)</p> <p>États-Unis (Caroline du Nord)</p>	<p>En Alaska, chaque citoyen reçoit une part des recettes pétrolières et gazières de l'Amérique, soit entre 1 000 et 2 000 dollars. Les résultats du programme n'ont pas eu d'effet sur l'emploi mais ont eu un effet sur la fécondité en encourageant les gens à avoir plus d'enfants.</p> <p>Un autre programme a été mis en place en Caroline du Nord, où chaque membre recevait entre 4 000 et 6 000 dollars par an. Les résultats ont montré que ce programme améliorait la santé mentale et l'éducation et qu'il ne décourageait pas les gens de travailler.</p>
<p>CANADA</p>	<p>Le programme Mincome, s'adressait aux habitants du Manitoba et a été mené en 1974. Chaque famille recevait 16 000 CAD. Les résultats du programme ont montré une amélioration de l'éducation, les enfants scolarisés étant moins impliqués dans le travail.</p> <p>Le deuxième projet pilote a été mené en Ontario en 2017. Les participants célibataires recevaient 16 989 CAD et les participants mariés 24 027 CAD. Ses résultats prélimi-</p>

Pays	UBI et Résultats
	naires ont montré une diminution de la consommation d'alcool et de tabac chez plus de 50 % des participants.
Brésil	<p>Le Bolso Familia en 2004 (la politique était conditionnée) Les participants ont dû maintenir leurs enfants à l'école et se rendre dans les dispensaires.</p> <p>Entre 2008 et 2014, un autre essai de revenu de base a eu lieu dans le village de Quatinga Velho. Il s'adressait à cent participants qui recevaient chacun 30 reals (8 dollars) par mois.</p> <p>En 2020, le Brésil a introduit un autre programme de revenu de base, connu sous le nom de Renda Básica de Cidadania, destiné aux habitants de Marica. Chaque participant recevait 130 reals (35 dollars). Le programme était financé par les redevances pétrolières et le fonds était accessible sous la forme d'une</p>
Finlande	<p>En 2016, la Finlande a lancé un programme expérimental de revenu de base destiné aux chômeurs. Le programme visait 2 000 participants sélectionnés au hasard et chacun d'entre eux recevait 560 euros. Le programme a pris fin en 2018. Les résultats du programme expérimental ont montré que les participants étaient plus heureux et moins stressés, ce qui s'est traduit par une amélioration de leur état de santé.</p>

Pays	UBI et Résultats
Namibie	<p>La Namibie a mis en place un programme pilote de revenu de base entre 2008 et 2009. Chaque habitant d'Otjivero-Omitara a eu droit à 100 dollars namibiens (6,75 dollars) par mois.</p> <p>Les résultats du programme pilote ont montré que les cas de malnutrition infantile avaient considérablement diminué et que le taux de scolarisation avait augmenté. De même, les délits sociaux tels que le vol ont considérablement diminué.</p>
Inde	<p>L'Inde a mis en place un programme pilote de revenu de base entre 2011 et 2012. Le programme a ciblé 6 000 résidents de Madhya Pradesh. Le programme a été financé par l'Unicef et s'est déroulé en deux phases.</p> <p>Au cours de la première phase, chaque homme, femme et enfant avait le droit de recevoir une allocation. Chaque adulte recevait 200 roupies et chaque enfant 100 roupies. L'allocation pour les enfants était versée au tuteur. Au bout d'un an, l'allocation a été portée à 300 roupies et 150 roupies pour les adultes et les enfants respectivement.</p> <p>Au cours de la deuxième phase, chaque membre du village recevait 300 roupies par adulte et 150 roupies par enfant. Les résultats des deux programmes ont montré une amélioration de la nutrition, de l'assainissement et de la fréquentation scolaire des enfants.</p>

## Haïti: crise humanitaire préoccupante sur fond de famine

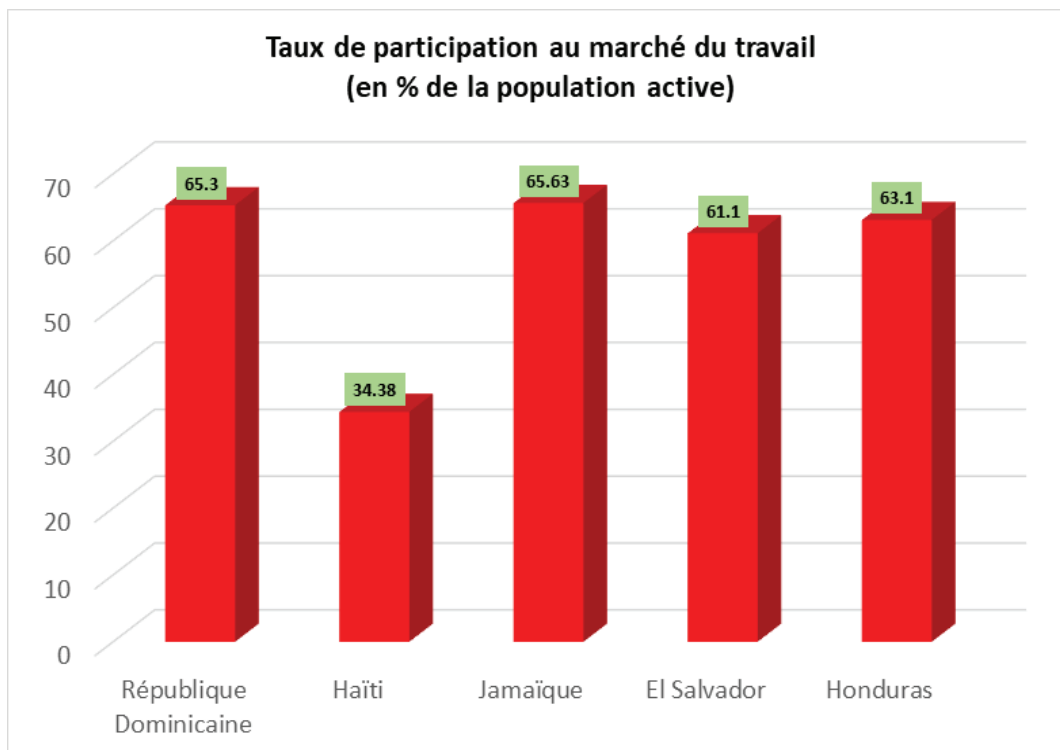
Les épisodes de pénuries de carburants, de routes bloquées, les restrictions de circulation de personnes et marchandises greffés sur les innombrables actes d'enlèvements contre rançons plongent Haïti dans une crise multiforme sans précédent. Désormais les résultats de la mise à jour de l'analyse projetée du Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC) indiquent que 4,9 millions de personnes sont en insécurité alimentaire aigüe et nécessitent urgemment une assistance humanitaire pour la période de mars à juin 2023.

La Coordination nationale de la Sécurité alimentaire (CNSA) a rendu public, mi-mars 2023, un communiqué qui fait état d'une hausse de prix de 48% à 49%. La dite hausse est la résultante d'un ensemble de facteurs : la flambée des prix liée à la forte volatilité de la gourde par rapport au dollar américain, l'expansion de la violence des gangs qui paralyse de plus en plus les activités économiques dans l'Aire métropolitaine de Port-au-Prince, dans la péninsule Sud et dans une bonne partie du Grand Nord, les faibles performances des campagnes agricoles d'automne et d'hiver, la résurgence de l'épidémie du choléra et la baisse de l'aide humanitaire.

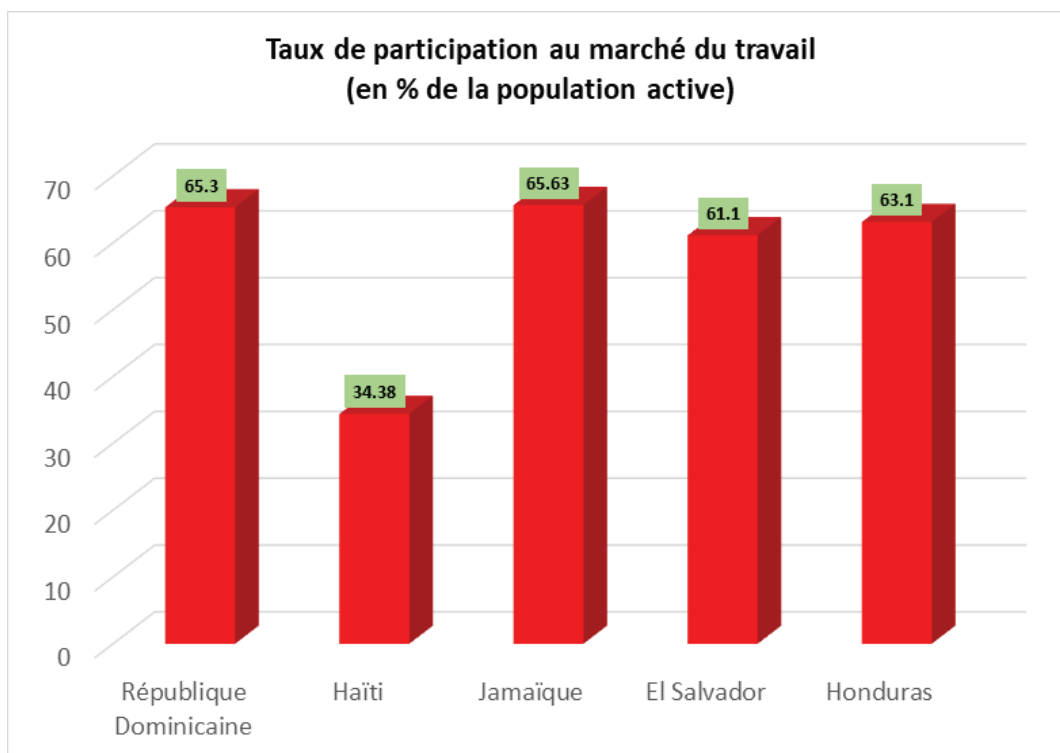
En effet, 15 zones sur 32 analysées dans l'étude se retrouvent dans une situation critique (phase 4 de l'IPC ou phase d'urgence). Les ménages y sont en proie à des déficits alimentaires extrêmes, malgré l'accès à des stratégies de survie irréversibles. Il s'agit principalement des zones du grand Sud affectées par le séisme du 14 août 2021 (4 parmi les 9 zones analysées), le Haut Plateau et ses prolongements dans le Nord et l'Artibonite, le Nord-Est, le Nord-Ouest, la Gonâve et 3 communes de la zone métropolitaine les plus affectées par les activités de gangs armés (Cité Soleil, la commune de Port-au-Prince, plus précisément les quartiers les plus précaires et la commune de Croix-des-Bouquets).

La CNSA indique, par ailleurs, que la situation extrême qu'on a connue, pour la première fois en Haïti, à Cité Soleil avec une proportion de ménages en phase 5 (« catastrophe ») s'est améliorée : grâce à une assistance alimentaire d'urgence exceptionnelle. La proportion de ménages dans cette commune, qui était en situation de catastrophe (IPC phase 5), est passée de 5% à 0%. Toutefois, les efforts humanitaires restent et demeurent nécessaires pour prévenir une détérioration de la situation de ces ménages. Les zones Artibonite HT03 et HT04 classées en IPC 3 et plus, faiblement assistées et caractérisées par un taux élevé d'insécurité alimentaire d'environ 50%, en raison de la violence des gangs qui réduit considérablement l'accès de la population aux services de base et aux opportunités de revenus, nécessitent une attention particulière.

En raison de la sévérité de la situation, des actions urgentes sont requises afin d'apporter un soutien à près de 50 % de la population. Les ménages agricoles décapitalisés, en raison des chocs économiques, climatiques et des contreperformances des campagnes agricoles antérieures, nécessitent un appui immédiat pour la mise en place de la campagne de printemps 2023. Sinon, cette campagne serait grandement hypothéquée et les conditions de sécurité alimentaire de ces groupes seraient pires.



Source: CEPAL, tradingeconomics



Source: CEPAL, tradingeconomics

## **Craintes d'une récession américaine**

Plus de la moitié d'un panel d'économistes américains anticipe une récession aux États-Unis en 2023, et près des trois quarts d'entre eux voient l'inflation rester supérieure à 4% jusqu'à la fin de l'année, selon une enquête de la fédération d'économistes NABE. Cette enquête, toutefois, a été réalisée avant la crise du secteur bancaire, menée entre les 2 et 10 mars, auprès de 217 économistes travaillant pour des entreprises ou des fédérations professionnelles dans tous les secteurs.

## **Honduras, champion latino-américain de l'inégalité économique**

Le Honduras est le pays de la région avec le plus haut niveau d'inégalité économique: 52.8% de ses citoyens vivent dans la pauvreté et 20% de la population vit dans l'extrême pauvreté, indique la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC). Par ailleurs, la Commission a indiqué que l'Amérique latine occupe la position la plus élevée dans l'extrême pauvreté dans le monde, en raison de la pandémie de Covid-19 qui a exacerbé la misère de plus de 82 millions de personnes en 2021, soit 5 millions de plus qu'en 2020.

## **Rachat des dépôts de Silicon Valley Bank**

La banque américaine First Citizens a décidé de racheter "l'intégralité des dépôts et prêts" de Silicon Valley Bank (SVB), qui a fait faillite début mars, a annoncé l'autorité bancaire américaine FDIC. La transaction couvre 119 milliards de dollars américains de dépôts et 72 milliards de dollars américains d'actifs, a annoncé la FDIC, précisant que "les 17 agences de SVB ouvrent [désormais] en tant que First Citizens".

## **UBS rachète Crédit Suisse**

La banque UBS a dimanche le rachat de son concurrent, Crédit Suisse, pour l'équivalent de 3.04 milliards d'euros. Cette solution "n'est pas seulement décisive pour la Suisse (...) mais pour la stabilité de l'ensemble du système financier" mondial, a déclaré le président de la Confédération helvétique Alain Berset, lors d'un point de presse.

## **Vers le renforcement du métier d'audit en Haïti**

Signature d'un protocole d'accord de partenariat portant sur le Programme élargi pour le renforcement du marché de l'audit et de la comptabilité en Haïti (PERMAC), le mercredi 22 mars, par le ministre de l'Économie et des Finances, Michel Patrick Boisvert, le gouverneur de la Banque de la République d'Haïti, Jean Baden Dubois, et le président de l'Ordre des comptables professionnels agréés d'Haïti, Jacques Nerette. Ce programme qui s'étendra sur une période de quatre ans vise, entre autres, à renforcer la profession comptable et le métier d'audit en Haïti.

## **Secteur financier: la mise en garde du FMI**

La directrice générale du Fonds monétaire international (FMI), Kristalina Georgieva, a appelé à « rester vigilant» face à «l'incertitude» encore «élevée» dans le secteur financier après les mesures prises par les économies avancées pour calmer les tensions sur les marchés, lors du Forum sur le développement de la Chine à Pékin.

## **Grosse frayeur causée par Crédit Suisse**

Liquider Crédit Suisse aurait causé des dommages économiques «considérables», estime la ministre suisse des Finances, Karin Keller-Sutter, dans un entretien. «Toutes les autres options étaient, selon nous, plus risquées pour l'État, le contribuable, la place financière suisse et les marchés internationaux», affirme la ministre suisse.

## **Le coup de vis de la Fed**

Le principal taux directeur de la banque centrale américaine (Fed) se situe désormais dans une fourchette de 4.75 à 5%, au plus haut niveau depuis 2006. La Fed a opté pour une hausse modérée de son taux, d'un quart de point de pourcentage, comme attendu, toujours préoccupée par l'inflation, et malgré les turbulences sur le secteur bancaire, qui risquent de "peser" sur l'économie.

## **Contre-performance de la banque californienne PacWest**

La banque californienne PacWest a enregistré une diminution de 20% de ses dépôts entre fin décembre 2022 et le 20 mars 2023, a indiqué dans un communiqué la holding. Cette contraction est en grande partie due aux retraits de sociétés de capital-investissement, dont les dépôts ont chuté de 43%. Par ailleurs, la banque a révélé avoir obtenu une injection de 1.4 milliard de dollars américains de liquidité auprès de la société ATLAS SP Partners.

## **Regain de forme de l'or**

Le prix de l'or, propulsé par les inquiétudes qui s'aggravent sur le secteur bancaire après le rachat à prix cassé du géant helvétique Crédit Suisse, a dépassé le seuil symbolique de 2 000 dollars américains l'once. Depuis la faillite de la Silicon Valley Bank (SVB), le prix de l'or sur le marché financier a grimpé de près de 9%, les investisseurs craignant une réaction en chaîne se rabattent sur l'or, valeur refuge traditionnelle.

## **La BID se réinvente...**

Les Conseils des gouverneurs de la Banque interaméricaine de développement (BID) et de BID Invest ont adopté plusieurs résolutions visant à façonner l'avenir du Groupe de la BID, (BID, BID Invest et BID Lab). Les gouverneurs ont exprimé leur soutien à la vision et aux priorités du nouveau président de la BID qui comprennent: la sécurité alimentaire, la pauvreté et les inégalités, la santé et l'éducation, l'atténuation et l'adaptation au changement climatique, entre autres.

## **L'eau : cette ressource vitale à double tranchant**

Entre 2000 et 2019, les inondations auraient provoqué 650 milliards de dollars américains de dégâts, touché 1.65 million de personnes et causé plus de 100 000 morts, selon un rapport de la plateforme ONU-Eau à l'occasion de la journée mondiale de l'eau, le 22 mars. Le nombre d'habitants des zones urbaines menacés par les pénuries d'eau devrait passer de 933 millions en 2016 à entre 1.7 et 2.4 milliards en 2050, avance l'ONU-Eau.

## **Impacts des turbulences bancaires sur l'économie**

La présidente de la Banque centrale européenne (BCE), Christine Lagarde, a estimé que les turbulences bancaires engendrent de nouveaux risques pour l'économie, lors d'un forum à Francfort. "La BCE a encore du chemin à faire puisqu'elle continue le resserrement de sa politique monétaire pour lutter contre l'inflation galopante", croit-elle.

## **Nouvel appel de l'ONU en faveur d'Haïti**

Cette année, "l'ONU et ses partenaires auront besoin de 715 millions de dollars américains pour aider plus de trois millions de personnes en Haïti. Cela représente plus du double de la somme demandée l'année dernière, et la plus élevée depuis le tremblement de terre de 2010", a expliqué le Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA), dans un communiqué de presse publié le 18 mars 2023. Cet appel urgent est lancé dans le cadre d'une mission de deux jours des Nations Unies en Haïti.

## **Faillite des banques: les autorités américaines reprennent la main**

Le secteur bancaire américain se "stabilise" après les récentes faillites de la Silicon Valley Bank (SVB) et de la Signature Bank, selon la secrétaire américaine au Trésor, Janet Yellen, lors d'un sommet. "Les sorties globales de dépôts des banques régionales se sont stabilisées" à la suite des mesures prises par les autorités pour renforcer la confiance et freiner la contagion, à en croire les propos de la secrétaire.

## **L'euro numérique en phase d'étude**

La Banque centrale européenne "a exploré et étudié des options" au cours des deux dernières années pour décider de lancer ou non le processus de développement de l'euro numérique. Cette phase de recherche a débuté en octobre 2021 et durera environ deux ans, jusqu'en octobre 2023, selon la présidente de la BCE, Christine Lagarde.

## **4.9 millions d'Haïtiens en situation d'insécurité alimentaire aiguë**

En Haïti, 4.9 millions de personnes sont en insécurité alimentaire aiguë et nécessitent en urgence une assistance humanitaire pour la période de mars à juin 2023, indique la Coordination nationale de la sécurité alimentaire (CNSA), dans un communiqué de presse. Cette hausse comprise entre 48% et 49% est la résultante de la flambée des prix liée à la forte volatilité de la gourde par rapport au dollar américain, et l'expansion de la violence des gangs qui paralyse de plus en plus les activités économiques dans l'Aire métropolitaine entre autres.

## **Le marché du travail dominicain dominé par les Haïtiens**

Au moins 6.1% des micro, petites et moyennes entreprises en République dominicaine appartiennent à des Haïtiens, selon un rapport établi par l'Office national des statistiques (ONE), du pays. Les Haïtiens représentent plus de 70% de tous les travailleurs migrants sur le territoire dominicain et sont principalement concentrés dans les secteurs économiques de l'agriculture (33.8%), de la construction (26.3%), du commerce (16.3%) et de l'hôtellerie, des bars et des restaurants (5.5%).

## **Solidarité interbancaire**

Onze banques américaines, dont Bank of America, Citigroup et J.P.Morgan, ont accepté de verser au total 30 milliards de dollars américains de dépôts dans l'établissement financier en difficulté, First Republic, signe selon elles de leur "confiance dans le système bancaire" du pays, explique un communiqué commun. First Republic, fondée en 1985 et basée à San Francisco, est la 14e banque américaine par la taille des actifs, avec 212 milliards de dollars américains d'actifs fin 2022.

## **Ralentissement de l'inflation américaine en mars**

Après un pic à 9.1% en juin 2022, l'inflation américaine a continué de ralentir pour atteindre 5% sur un an en mars dernier. Son plus bas niveau depuis deux ans mais encore loin de l'objectif de la Réserve fédérale (Fed). Selon l'indice CPI publié par le départe-

ment américain du Travail, les prix à la consommation glissent au plus bas depuis mai 2021, alors qu'ils avaient encore augmenté de 6% en février sur douze mois.

## **Les dirigeants latinoaméricains vent debout contre l'inflation**

Un sommet virtuel réunit le 5 avril prochain des dirigeants latinoaméricains au cours duquel ils chercheront à élaborer un plan d'entraide pour contenir l'inflation dans leurs économies nationales. Le président du Mexique, Andrés Manuel López Obrador, l'un des promoteurs de cette rencontre entre pays, a confirmé la présence des présidents de l'Argentine, de la Bolivie, du Brésil, du Chili, de la Colombie, de Cuba et du Honduras entre autres.

## **Le poids économique de l'endettement pour les marchés émergents**

La montée en flèche des niveaux d'endettement et l'augmentation des coûts du service de la dette réduisent les investissements productifs dans les secteurs public et privé dans les pays en développement, alerte la Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement (CNUCED). Les hausses de taux d'intérêt coûteront aux pays en développement plus de 800 milliards de dollars au cours des prochaines années et, dans le même temps, les coûts d'emprunt, mesurés par les rendements des obligations souveraines, ont augmenté de 5.3% à 8.5% pour 68 marchés émergents.

## **50 milliards de dollars de plus pour la Banque mondiale**

La Banque mondiale pourra prêter 50 milliards de dollars de plus sur 10 ans grâce à sa réforme, a rapporté la secrétaire américaine au Trésor, Janet Yellen, en prélude aux réunions de printemps du FMI et de la Banque mondiale qui se déroulent du 10 au 16 avril. Un tel montant représenterait, souligne Janet Yellen « une augmentation de 20% du niveau de prêt durable de la Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD) », filiale de la Banque mondiale.



*Retrouvez toutes les éditions de  
DevHaiti sur*

[www.ahjedd.org](http://www.ahjedd.org)

[www.papyrushaiti.com](http://www.papyrushaiti.com)

[www.groupcroissancehaiti.com](http://www.groupcroissancehaiti.com)

Une production:



**AHJEDD**  
Association Haïtienne de Journalistes  
Économiques pour le Développement Durable



Le magazine DevHaïti est produit par le Group Croissance, l'Association Haïtienne des Journalistes Économiques pour le Développement Durable (AHJEDD) et Papyrus S.A.  
Tous droits réservés.