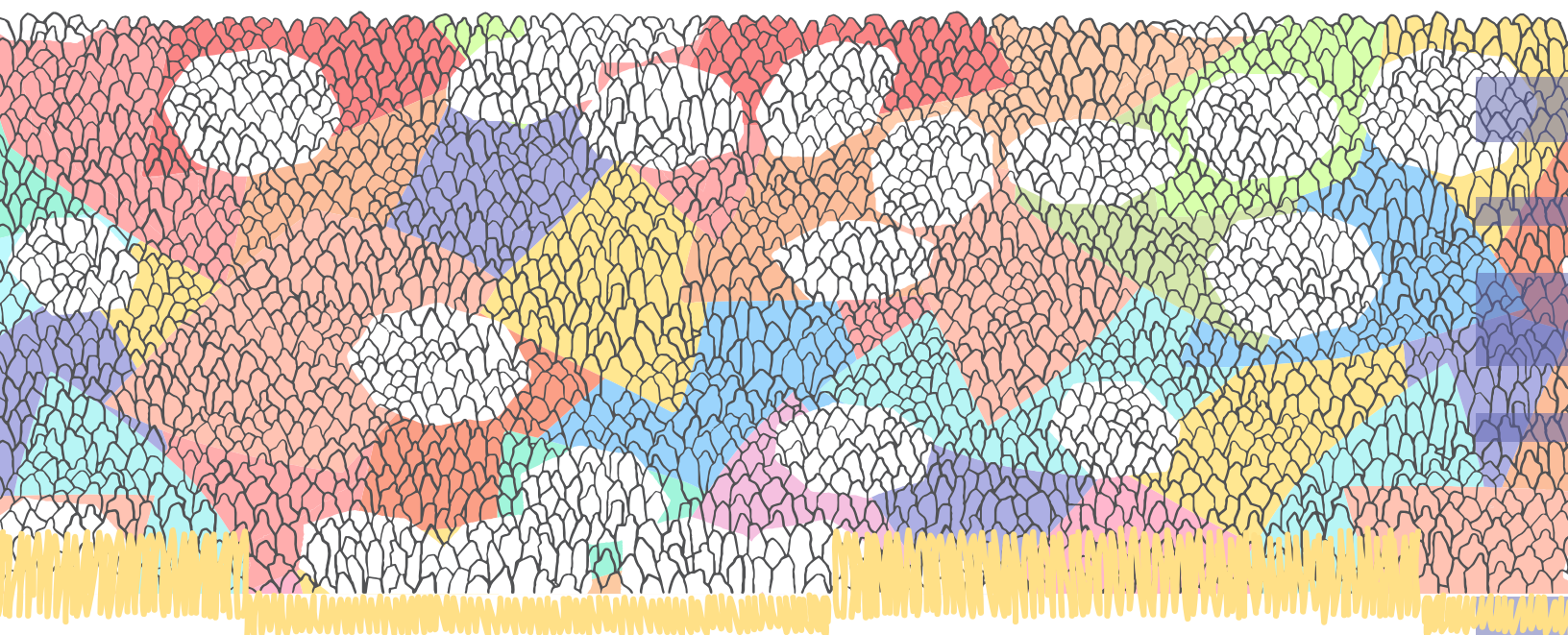


Estimation du coût des paquets de services essentiels de santé, des programmes de graduation et cantines scolaires proposés dans la Politique Nationale de Protection et de Promotion Sociales (PNPPS) en Haïti

Simone Cecchini ■ Randolph Gilbert ■ Varinia Tromben Rojas

Coordinateurs



CEPALC



Thank you for your interest in this ECLAC publication



Please register if you would like to receive information on our editorial products and activities. When you register, you may specify your particular areas of interest and you will gain access to our products in other formats.



www.cepal.org/en/publications



www.cepal.org/apps

**Estimation du coût des paquets de services essentiels
de santé, des programmes de graduation et cantines
scolaires proposés dans la Politique Nationale
de Protection et de Promotion
Sociales (PNPPS) en Haïti**

Simone Cecchini
Randolph Gilbert
Varinia Tromben Rojas
Coordinateurs



Ce document a été préparé par Simone Cecchini, Spécialiste principal des affaires sociales, de la Division de Développement Social, Varinia Tromben Rojas, Spécialiste des affaires sociales, et Randolph Gilbert, Coordonnateur et point focal pour Haïti du siège sous régional au Mexique, Sara Hess, Spécialiste associée des affaires économiques du siège sous régional au Mexique, de la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), de Tamara Van Hemelryck, consultante de la CEPALC et Ludovic Queuille, consultant de la CEPALC et de l'OPS/OMS Haïti, institution que nous remercions d'avoir facilité sa participation, dans le cadre des activités du projet CEPALC/Programme alimentaire mondial (PAM) : "Accord de contribution entre le bureau pays Haïti du Programme alimentaire mondial et la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes" et du projet "Leaving no one behind in Latin America and the Caribbean : Strengthening institutions for social policy coherence and integration to foster equality" financé par le Compte pour le Développement des Nations Unies. Nous tenons à remercier Pierre Ricot Odney (Directeur de l'Unité d'Etudes et de Programmation (JEP) du Ministère des Affaires Sociales et du Travail, MAST d'Haïti) ainsi que les collègues du bureau du PAM en Haïti, Nathalie Lamaute-Brisson, Antoine Morelvulliez, Clément Rouquette et Félix-Antoine Véronneau, pour leurs commentaires à des versions antérieures de ce document. Nos remerciements vont également aux partenaires des différentes instances et organismes, ainsi qu'aux personnes qui nous ont facilité tout au long de cette recherche les informations pertinentes, les échanges et leurs commentaires, de façon bilatérale ou durant les ateliers de discussion réalisés à Port-au-Prince dans le cadre de la préparation de ce document.

Les opinions émises dans ce document, qui n'a pas été formellement édité, relèvent de la seule responsabilité des auteurs et peuvent ne pas coïncider avec celles de l'Organisation ou des pays qu'elle représente.

Publication des Nations Unies
LC/TS.2021/142
Distribution: L
Copyright © Nations Unies, 2021
Tous droits réservés
Imprimé aux Nations Unies, Santiago
S.21-00685

Cette publication doit être citée comme suit : S. Cecchini, R. Gilbert et V. Tromben Rojas (coords.), « Estimation du coût des paquets de services essentiels de santé, des programmes de graduation et cantines scolaires proposés dans la Politique Nationale de Protection et de Promotion Sociales (PNPPS) en Haïti », *Documents de Projets* (LC/TS.2021/142), Santiago, Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), 2021.

L'autorisation de reproduire tout ou partie de cet ouvrage peut être obtenue auprès de la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), Division des documents et des publications, publicaciones.cepal@un.org. Cet ouvrage peut être reproduit par les États membres de l'Organisation des Nations Unies et leurs institutions gouvernementales sans autorisation préalable. Ceux-ci sont seulement priés de mentionner la source et d'informer la CEPALC d'une telle reproduction.

Table des matières

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Résumé exécutif..... | 7 |
| Introducción..... | 11 |
| I. Méthodologie pour l'estimation des coûts..... | 13 |
| <i>Simone Cecchini, Randolph Gilbert, Varinia Tromben Rojas</i> | |
| A. Population cible..... | 13 |
| B. Les données macroéconomiques..... | 14 |
| C. Mise en place des mécanismes..... | 15 |
| II. Estimation du coût des mécanismes d'exemption de paiement des paquets de services essentiels de santé (PSES)..... | 17 |
| <i>Ludovic Queuille, Varinia Tromben Rojas, Tamara Van Hemelryck</i> | |
| A. Introduction..... | 17 |
| B. Méthodologie pour l'estimation du coût du mécanisme d'exemption de paiement des paquets de services essentiels de santé (PSES)..... | 18 |
| 1. Références principales..... | 19 |
| 2. Les différents scénarios et l'estimation de leurs coûts..... | 22 |
| 3. Les sources d'information..... | 33 |
| 4. Le coût administratif de la mise en œuvre..... | 40 |
| C. Résultats du chiffrage pour les paquets de services essentiels de santé (PSES)..... | 42 |
| 1. Le PSES maternelle et néonatale..... | 42 |
| 2. Le PSES pour enfants..... | 44 |
| 3. Le PSES sexuelle et reproductive..... | 46 |
| 4. Le PSES pour personnes en situation de handicap..... | 48 |
| 5. Le PSES pour personnes vivant avec le VIH..... | 50 |

| | | |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 6. | Le PSES vieillesse | 51 |
| 7. | Les six PSES..... | 52 |
| D. | Conclusion | 56 |
| | Bibliographie | 58 |
| | Annexé | 61 |
| III. | Estimation du coût des programmes de graduation..... | 69 |
| | <i>Randolph Gilbert, Sara Hess</i> | |
| A. | Méthodologie pour l'estimation du coût des programmes de graduation | 69 |
| B. | Population cible: pauvreté multidimensionnelle sévère et les ultras pauvres..... | 72 |
| C. | Structure et coûts des programmes de graduation | 74 |
| D. | Les scénarios de population cible | 75 |
| E. | Résultats des mécanismes du modèle de graduation..... | 77 |
| F. | Conclusions | 79 |
| | Bibliographie | 79 |
| | Annexé | 81 |
| IV. | Estimation du coût des cantines scolaires..... | 83 |
| | <i>Varinia Tromben Rojas, Tamara Van Hemelryck</i> | |
| A. | Les bénéficiaires de l'alimentation scolaire | 83 |
| B. | Les cantines scolaires en Haïti | 87 |
| C. | Méthodologie et scénarios | 89 |
| 1. | Le nombre de destinataires et scénarios | 89 |
| 2. | Les scénarios prenant en compte les différents coûts des repas scolaires..... | 92 |
| D. | Résultats | 93 |
| E. | Conclusion | 95 |
| | Bibliographie | 96 |
| | Annexes..... | 98 |

Tableaux

| | | |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tableau 1 | Haïti : projections macroéconomiques, seuils de pauvreté, salaire minimum et frais de scolarité, 2019-2030..... | 14 |
| Tableau 2 | Hypothèses de couverture concernant la mise en place des mécanismes, 2020-2030..... | 15 |
| Tableau 3 | Population cible des six PSES chiffrés | 22 |
| Tableau 4 | Critères utilisés (fréquence) pour développer des paquets de prestations hautement prioritaires..... | 23 |
| Tableau 5 | Les 16 versions des six PSES traités | 25 |
| Tableau 6 | Nombre de prestations par type d'intervention des trois scénarios du PSES maternelle et néonatale..... | 26 |
| Tableau 7 | Sous-groupes de population utilisés par PSES étudié (nombre par PSES) | 27 |
| Tableau 8 | Exemples de quantification de la demande pour trois prestations du PSES pour enfants (2020)..... | 28 |
| Tableau 9 | Gammes de services essentiels de santé définis par le PES (composantes, sous-composantes et nombre de prestations)..... | 35 |
| Tableau 10 | Projections démographiques de groupes de population selon le sexe et les tranches d'âge, 2019-2030 | 36 |
| Tableau 11 | Projections des groupes de population ciblés sur des bases sanitaires, 2020-2030..... | 37 |
| Tableau 12 | Projections des Victimes de violences basées sur le genre (VBG), 2020-2030..... | 38 |
| Tableau 13 | Projections des Personnes en situation de handicap (PSH), 2019-2030..... | 38 |
| Tableau 14 | Données collectées pour les rapatrié-e-s et les retourné-e-s, 2017-2019..... | 39 |
| Tableau 15 | Projections des Personnes âgées (PA), 2019-2030 | 39 |

| | | |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tableau 16 | Postes et parts des dépenses du PNLS 2014, 2015 et 2016 de référence pour l'estimation des coûts administratifs du mécanisme d'exemption de paiement des PSES de la PNPPS..... | 41 |
| Tableau 17 | Estimations des coûts du PSES pour personnes vivant avec le VIH | 50 |
| Tableau 18 | Estimations des coûts des PSES en tenant compte des coûts administratifs | 56 |
| Tableau 19 | Haïti : évolution de l'incidence de la pauvreté multidimensionnelle sévère, 2006-2030..... | 73 |
| Tableau 20 | Scénario 1 population cible 2020-2030 : ménages ultra-pauvres avec réduction constante (-4,9% par an) du taux de pauvreté | 76 |
| Tableau 21 | Scénario 2 population cible 2020-2030 : ménages ultra pauvres avec réduction graduelle et différenciée du taux de pauvreté (-4% sur 2020-2024 et -3% sur 2025-2030)..... | 76 |
| Tableau 22 | Haïti : chiffrage des mécanismes de graduation 2020-2030 pour la population cible des ménages ultra pauvres | 78 |
| Tableau III.A1 | Analyse coûts-bénéfices des programmes de graduation, tableau comparatif..... | 81 |
| Tableau 23 | Haïti : coût unitaire des différents programmes de cantines scolaires, 2016 | 88 |
| Tableau 24 | Haïti : nombre d'enfants entre 6 et 14 ans, fréquentation scolaire et situation de pauvreté multidimensionnelle des enfants selon département | 90 |
| Tableau 25 | Haïti : population cible des cantines scolaires selon les cinq scénarios définis, 2020-2030..... | 92 |
| Tableau 26 | Haïti : jours d'école selon les calendriers officiels..... | 92 |
| Tableau IV.A1 | Caractéristiques de vulnérabilité de la population du territoire haïtien par département..... | 98 |
| Tableau IV.A2 | Coût du programme d'alimentation scolaire pour scénario 1 (coût du repas par jour de 1,33 dollars) selon différentes couvertures de la population | 99 |
| Tableau IV.A3 | Coût du programme d'alimentation scolaire pour scénario 1 (coût du repas par jour de 1,33 dollars) selon différentes couvertures de la population | 100 |
| Tableau IV.A4 | Coût du programme d'alimentation scolaire pour scénario 2 (coût du repas par jour de 0,84 dollars) selon différentes couvertures de la population | 100 |
| Tableau IV.A5 | Coût du programme d'alimentation scolaire pour scénario 2 (coût du repas par jour de 0,84 dollars) selon différentes couvertures de la population | 101 |
| Tableau IV.A6 | Coût du programme d'alimentation scolaire pour scénario 3 (coût du repas par jour de 0,55 dollars) selon différentes couvertures de la population..... | 101 |
| Tableau IV.A7 | Coût du programme d'alimentation scolaire pour scénario 3 (coût du repas par jour de 0,55 dollars) selon différentes couvertures de la population..... | 102 |
| Tableau IV.A8 | Coût du programme d'alimentation scolaire pour scénario 4 (coût du repas par jour de 0,36 dollars) selon différentes couvertures de la population..... | 102 |
| Tableau IV.A9 | Coût du programme d'alimentation scolaire pour scénario 4 (coût du repas par jour de 0,36 dollars) selon différentes couvertures de la population..... | 103 |
| Graphiques | | |
| Graphique 1 | Prestations par paquet de services essentiels de santé..... | 26 |
| Graphique 2 | Couvertures de services essentiels de santé maternelle et néonatale (population cible), 2016-2017 | 29 |
| Graphique 3 | Estimations des coûts pour chaque scénario du PSES maternelle et néonatale..... | 43 |
| Graphique 4 | Distribution des sous-domaines de santé du paquet maternelle et néonatale | 44 |
| Graphique 5 | Estimations des coûts pour chaque scénario du PSES pour enfants..... | 45 |
| Graphique 6 | Distribution des sous-domaines de santé du PSES pour enfants | 46 |
| Graphique 7 | Estimations des coûts pour chaque scénario du PSES sexuelle et reproductive | 47 |
| Graphique 8 | Distribution des sous-domaines de santé du PSES sexuelle et reproductive..... | 47 |

| | | |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Graphique 9 | Estimations des coûts pour chaque scénario du PSES pour personnes en situation de handicap | 49 |
| Graphique 10 | Distribution des sous-domaines de santé du PSES pour personnes en situation de handicap | 49 |
| Graphique 11 | Estimations des coûts pour chaque scénario du PSES vieillesse | 51 |
| Graphique 12 | Distribution des sous-domaines de santé du PSES pour personnes âgées | 52 |
| Graphique 13 | Coûts estimés des différents PSES selon les trois scénarios proposés | 53 |
| Graphique 14 | Coûts estimés cumulés des différents PSES selon les trois scénarios proposés..... | 54 |
| Graphique 15 | Coûts estimés des paquets de santé selon les trois scénarios proposés | 55 |
| Graphique 16 | Haïti : coût cantines scolaires pour enfant de 6 à 14 ans, 2020-2030 | 94 |
| Graphique 17 | Haïti : coût cantines scolaires pour enfant de 6 à 14 ans, 2020-2030 | 95 |
| Graphique IV.A1 | Haïti : coût des cantines scolaires pour enfants de 3 à 14 ans, 2020-2030 | 105 |

Diagrammes

| | | |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Diagramme 1 | Schématisation des deux principaux cheminements possibles vers la couverture sanitaire universelle..... | 19 |
| Diagramme 2 | Les trois dimensions de la couverture des paquets de services essentiels de santé (PSES) | 20 |
| Diagramme 3 | Résumé de la démarche d'estimation des coûts d'un PSES | 22 |
| Diagramme 4 | Critères de priorisation utilisés pour sélectionner les prestations des PSES estimés | 25 |
| Diagramme 5 | Démarche d'estimation des coûts d'un paque de services essentiels de santé (PSES) | 32 |
| Diagramme 6 | Modèle de graduation : évolution temporelle | 70 |
| Diagramme 7 | Les composantes du modèle de graduation | 71 |
| Diagramme 8 | Bénéfices de l'alimentation scolaire et rôles des agents institutionnels | 85 |

Encadrés

| | | |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Encadré 1 | Définitions de coûts directs et indirects en économie de la santé | 20 |
| Encadré 2 | Définitions simplifiées de Naissance vivante, Mort-né et Nouveau-né survivant | 37 |

Résumé exécutif

Le chiffrage des trois mécanismes abordés dans cette étude — l'exemption de paiement des paquets de services essentiels de santé, les programmes de graduation et les cantines scolaires —, tous trois proposés dans le document de Politique Nationale de Protection et Promotion Sociales (PNPPS) en Haïti (Ministère des Affaires Sociales et du Travail, MAST, 2020), constitue un exercice d'éclairage préliminaire devant servir — comme d'autres outils — d'une part à la prise de décision des acteurs publics et sociaux quant aux mécanismes qui seront finalement privilégiés et d'autre part à définir les plans d'action que les autorités responsables seront appelées à mener à court et moyen terme.

Comme déjà souligné dans un document antérieur (Tromben, Cecchini et Gilbert, 2020) qui analyse le coût des transferts monétaires, les politiques du domaine de la protection et promotion sociales œuvrent dans leur ensemble et de façon intégrale pour que les destinataires des politiques publiques soient considérés comme des titulaires de droits à part entière et non des « bénéficiaires » passifs. De nouveau, nous tenons à réaffirmer une telle approche d'égalité, participation et citoyenneté, qui joue à part entière qu'il s'agisse de femmes parturientes, personnes du troisième âge à capacité motrice limitée, ou jeunes enfants scolarisés, pour ne citer que quelques-uns des multiples groupes ciblés dans un vaste univers de privations — trop nombreuses, trop sévères — qui touchent une partie considérable de la population haïtienne. Aussi, il faut considérer que les ressources financières dévouées à la protection et promotion sociales, comme la santé, l'alimentation et les programmes de lutte contre la pauvreté ne constituent pas seulement des dépenses sociales, mais aussi un véritable investissement pour les capacités humaines et pour l'économie du pays.

Que ce soit dans le domaine des services de premier et de second niveau des soins de santé, ou bien dans le ciblage des groupes de population en situation d'extrême vulnérabilité et privations, ou bien encore dans la systématisation des programmes de renforcement de l'alimentation scolaire, les coûts estimés dans ce document sont très variables selon les choix entre ou au sein de ces différents mécanismes, et ensuite selon les scénarios adoptés (plus ou moins amples). Une considération de la combinaison des trois mécanismes ici abordés, dans leurs versions restreintes (i.e. paquet « small » en santé, phase pilote de graduation et ciblage géographique pour les cantines scolaires), représenterait des dépenses d'environ 82 millions de dollars (soit 1% du PIB en 2020), loin d'être négligeable dans une économie dont la pression fiscale avoisine à peine 11% en moyenne. A l'opposé, les versions les plus amples (paquet « large » en santé et ciblage universel pour les cantines scolaires) de ces mêmes trois mécanismes correspondraient

à des dépenses dans l'ordre de 212 millions de dollars (soit 2,5% du PIB en 2020). Dans les deux cas de figure signalés, dans une fourchette allant de 82 à 212 millions de dollars (1% à 2,5% du PIB) et dans l'optique qui sous-tend le présent exercice de chiffrage des programmes envisagés dans la PNPPS, se pose la question (centrale) du financement de ces mécanismes.

À ce sujet, il nous semble utile de recourir à une réflexion concernant l'élargissement de l'espace budgétaire (voir Dorsainvil, 2020) où il est signalé que le « besoin de dégager un espace budgétaire pour financer la PNPPS traduit un souci qui existe par rapport aux priorités qui lui seraient accordées sans que la contrainte budgétaire ne soit relaxée » (p.13) et de « s'assurer que les allocations budgétaires répondent aux besoins financiers de la PNPPS sur un horizon suffisamment long » (p.64).

Une telle démarche, viserait à entreprendre la mise en œuvre des mécanismes prévus dans la PNPPS — aussi bien ceux ici abordés en matière de prestations en santé, de soutien à la graduation effective des ménages les plus démunis et leur réelle autonomisation, ou des programmes d'alimentation scolaire, mais aussi d'autres tels les transferts monétaires — dans une logique de la durée et la prévisibilité de telles interventions. Bien qu'assujetti aux arbitrages obligés qu'il est de supposer — la priorisation des interventions et les plans d'action en conformité — la protection et la promotion sociales devront s'allier d'un plaidoyer solide capable de sécuriser un seuil minimal de disponibilité financière. Dorsainvil (2020) fait état d'un budget annuel mobilisable à hauteur de 100 à 115 millions de dollars. Au-delà de ce montant que l'on pourrait à priori contraster à telle ou telle action — par exemple, en 2020, vis-à-vis de l'ensemble des six paquets de services essentiels de santé (60 millions de dollars, en version « small ») qui en absorberait 60%, ou bien à l'accompagnement-soutien d'environ 11 000 ménages (21 millions de dollars) qui représenterait un cinquième (20%) de ces ressources, ou bien un programme d'alimentation scolaire universel et basé sur un approvisionnement local des intrants (24 millions de dollars) qui représenterait quasiment un quart (24%) — l'exercice qui a été proposé dans ce document pour trois mécanismes et les chiffres en découlant, offre avant tout une route méthodologique pouvant aider à établir des ordres de grandeur, tenant compte des différents scénarios proposés (d'autres options pouvant bien sûr être définis), et dans un horizon à moyen et long terme.

Dans tous les mécanismes, un déploiement progressif est à envisager, selon la taille des populations cibles, les déficits existants, les ressources financières dégagées ou préexistantes, et permettant aussi l'adéquation tant institutionnelle que territoriale nécessaire à leur mise en application et leur appropriation par les communautés visées. Une présomption pertinente consiste dans les effets multiplicateurs (non toujours explicites, de nature tangible ou intangible) recherchés et attendus de l'ensemble des mécanismes, en tout premier lieu sans doute la conformation d'un cadre intégral d'équité et de justice sociale, basé sur une approche de droits et de la dignité humaine, aspiration longtemps délaissée au profit d'interventions sporadiques, non coordonnées, tant des institutions publiques que nombre de leurs partenaires (privés, internationaux, ONG's).

Chacun des trois mécanismes qui ont été ici retenus et analysés ont une histoire institutionnelle, avec des expériences de nature très différente. Certaines des prestations ou services -offerts dans le cadre des PSES sous la modalité d'exemption des frais- sont déjà associés à nombre de pratiques du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) depuis des décennies (par exemple, dans le domaine de la malaria, les vaccinations, et le VIH/SIDA), alors que les programmes de graduation en Haïti sont beaucoup plus récents (par exemple, Fonkoze-CLM lancé en 2007), et d'une portée encore très limitée (aussi bien quant au nombre de ménages touchés que les intervenants). Par ailleurs, les programmes de cantines scolaires (PNCS créé en 1997) avec une couverture d'environ 30% de la population ciblée traduisent une inquiétude de répondre non seulement à la problématique nutritionnelle des enfants scolarisés mais aussi de réduction des charges pour les ménages dont ils sont issus dans une optique de protection sociale. Dans le cas d'Haïti, comme dans celui d'autres pays aussi bien de la région Amérique latine et Caraïbes que d'autres latitudes — soulignés dans les analyses respectives, à titre illustratif ou afin de contraster les défis de leur mise en application, même dans des contextes de moindre précarité et plus grande robustesse institutionnelle — il s'agit de mécanismes relativement innovants. Ces mécanismes devront faire preuve

non seulement de leur efficacité et efficience (comme choix de politique) mais surtout, le moment venu, devront être capables de répondre aux attentes des destinataires ciblés, selon des critères consensuels de priorisation (d'où l'importance des plaidoyers) afin de pourvoir une adéquation offre-demande à court, moyen et long terme, tenant compte de leur impact potentiel, les facilités de mise en œuvre et les coûts. Il convient de souligner, que ces trois derniers volets ne sont pas figés et ils interagissent entre eux ; sans doute des arbitrages seront nécessaires et inévitables, mais il est à souhaiter qu'ils ne soient pas circonscrits uniquement aux arbitrages budgétaires (contraintes budgétaires).

Rappelons enfin que les objectifs de croissance et développement économique d'Haïti ne sauraient être dissociés d'un cheminement soutenu et progressif d'une politique intégrale de protection et promotions sociales -comme signalé dans l'Agenda 2030 du développement durable et les Objectifs de développement durable (ODD). Cette tâche incombe à l'Etat haïtien -son promoteur- et en correspondance avec les destinataires d'une telle politique, afin de déboucher sur l'égalité et une citoyenneté sociale juste, au cœur de la vision non seulement de la PNPPS mais aussi de la CEPALC (2021), à plus forte raison aujourd'hui dans un contexte de conjonction des défis structurels -propres à la région Amérique latine et Caraïbes et tout particulièrement en Haïti- et les incertitudes causées par la pandémie COVID-19.

En définitive, la CEPALC (2018) considère qu'une plus grande égalité peut avoir des répercussions économiques, politiques, sociales et culturelles très positives. Au contraire, l'inégalité « a tendance à reproduire des sociétés fragmentées, caractérisées par une faible interaction sociale, une confiance mutuelle réduite, un sentiment d'appartenance peu développé, une perception restreinte des projets communs et peu de propension à collaborer, à valoriser et à défendre les biens publics. Ce phénomène se manifeste dans divers aspects des relations sociales, tels que la violence et le soutien à la démocratie, qui reflètent le pouvoir de désintégration des institutions excluantes dans les sociétés de la région » (CEPALC, 2018, p. 52).

Introduction

Cette étude porte sur le chiffrage de trois mécanismes - l'exemption de paiement de paquet de services essentiels de santé, les programmes de graduation et les cantines scolaires - qui sont proposés dans le document de Politique Nationale de Protection et Promotion Sociales (PNPPS) en Haïti (Ministère des Affaires Sociales et du Travail, 2020), sanctionné par le Conseil des Ministres le 5 juin 2020 et qui a pour but de faire reculer durablement la pauvreté, réduire les inégalités, et promouvoir l'autonomisation des Haïtiennes et des Haïtiens. Une étude antérieure de Tromben, Cecchini et Gilbert (2020) a déjà abordé de façon détaillée l'estimation du coût des transferts monétaires prévus par la PNPPS.¹

Ces mécanismes répondent aux risques et besoins spécifiques de santé, génération de revenus et alimentation de la population haïtienne, dans un contexte de pauvreté massive, inégalités importantes, insécurité alimentaire répandue et forte exposition aux chocs et aux catastrophes liées aux phénomènes naturels.

Le chapitre I présente le cadre méthodologique général et commun aux trois mécanismes ; dans certains cas les hypothèses retenues sont objets d'un traitement ad hoc selon les spécificités propres à chacun de ces mécanismes et seront alors détaillées dans les sections méthodologiques correspondantes. Le chapitre II analyse le cas des paquets de services essentiels de santé, qui couvrent les différentes étapes du cycle de vie soulignés dans la PNPPS en abordant une offre de soins de santé s'y adaptant selon différents scénarios. Le chapitre III vise les programmes de graduation, dirigés aux familles les plus marginées (en condition d'ultra-pauvreté et d'extrême pauvreté) au travers d'une approche visant à leur insertion progressive et durable dans une route de sortie des dites conditions de pauvreté. Le chapitre IV, les programmes d'alimentation scolaire, aborde ces mécanismes en tant que réponse aux carences nutritionnelles des enfants en milieu scolaire, tout en réduisant de ce fait non seulement la charge pour les ménages, mais aussi les conditions exacerbées d'insécurité alimentaire qui prévalent en Haïti. Le chapitre de Conclusions aborde un ensemble de réflexions, visant non seulement les trois mécanismes ici retenus et l'estimation de leurs coûts, mais aussi les défis de leur mise en œuvre, dans une approche intégrale tenant compte de la PNPPS dans son ensemble.

¹ Veuillez consulter le document PNPPS (MAST, 2020) pour une liste détaillée de tous les mécanismes qui ont été envisagés. Certains de ces mécanismes ont été exclus pour des raisons méthodologiques, et d'autres par manque d'information quantitative ou qualitative permettant une estimation robuste.

Il convient de souligner, que dans le nouveau contexte tant international que national, par suite de la pandémie du COVID-19 en 2020, les effets dévastateurs de cette dernière² ne sont pas intégrés dans le chiffrage des mécanismes ici présentés. La seule et unique exception est la prise en compte des nouveaux scénarios macroéconomiques, en particulier les tendances du PIB, qui ont fait suite à la crise.

Outre les Annexes ici rattachées, ce document est accompagné d'un ensemble de fichiers Excel, permettant non seulement une analyse plus détaillée des différents scénarios qui sont proposés mais aussi et surtout la possibilité d'effectuer des exercices différenciés de simulations, notamment dans le cadre de l'élaboration de plan d'actions de la PNPPS — selon les priorités, la disponibilité de ressources, les échéances programmatiques de la mise en œuvre, etc. — que les tenants de la politique publique et ses partenaires souhaiteraient réaliser. Par ailleurs, et dans le même sens, les exercices ici proposés — pour les trois mécanismes retenus — peuvent constituer éventuellement un guide pour aborder d'autres mécanismes d'intérêt tout en y apportant les ajustements pertinents.

² Pour une analyse de l'impact de la pandémie sur la situation économique et sociale en Haïti, voir le Plan de relance économique post COVID PREPOC 2020-2030 du Ministère de l'Économie et des Finances et le Ministère de la Planification et de la Coopération Externe (2021).

I. Méthodologie pour l'estimation des coûts

*Simone Cecchini
Randolph Gilbert
Varinia Tromben Rojas*

Dans les trois mécanismes étudiés, certaines hypothèses — quant aux populations ciblées, les niveaux de couverture et le déploiement progressif de mise en œuvre (sur la période 2020 à 2030), entre autres — sont en ligne avec les scénarios signalés dans le document sur les coûts des transferts monétaires (voir Tromben, Cecchini et Gilbert, 2020), alors que d'autres ont été adaptées aux caractéristiques propres des mécanismes qui sont abordés dans ce document.

A. Population cible

Les projections démographiques utilisées, les groupes d'âge cibles des mécanismes de la PNPPS qui seront chiffrés dans ce document constituent un référent commun à tous les mécanismes. Pour cela, il est fait usage des données provenant des actualisations des projections démographiques publiées par la Division de Statistiques des Nations Unies³ et l'utilisation des enquêtes disponibles (enquête de ménages EMMUS 2016-2017, recensement 2003) pour établir les proportions ou bien l'estimation de certains sous-groupes spécifiques. Cependant, étant donné les spécificités des trois mécanismes ici retenus, certaines adaptations sont faites.

Par exemple, pour les paquets de services essentiels de santé (PSES), les besoins de santé, et la couverture effective ou utilisation attendue sont pris en compte. Pour les programmes du modèle de graduation, il est fait usage de l'enquête des ménages EMMUS 2016-2017 pour estimer les ménages qui vivent en situation de pauvreté multidimensionnelle sévère et les ultras pauvres, et aussi la composition des ménages (nombre de personnes par ménage). Pour les programmes d'alimentation scolaire, il est aussi fait usage de l'enquête de ménage EMMUS 2016-2017 pour estimer le taux de fréquentation scolaire par tranche d'âge. Les précisions sont apportées au sein de chacun des chapitres.

³ Voir World Population Prospects 2019, DESA, United Nations [en ligne]: <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Interpolated/>. Les projections démographiques « medium-term » sont utilisées ici. Voir les définitions des variantes de projections [en ligne] <https://population.un.org/wpp/DefinitionOfProjectionVariants/>.

B. Les données macroéconomiques

Les données macroéconomiques du Fonds Monétaire International (FMI) sont utilisées pour effectuer tous les calculs inhérents au chiffrage sur la période 2019-2024 (voir le tableau 1) qui prennent en compte les effets de la crise post-COVID-19. Les projections du FMI n'étant disponibles que pour les années 2019-2025, les hypothèses suivantes ont été faites pour les années postérieures (2026-2030) :

- Le produit intérieur brut par habitant et le taux de change augmentent régulièrement au cours de la période 2026-2030 à un taux annuel égal à la moyenne de la dernière période de projections 2024-2025.
- Le taux d'inflation annuel reste le même que la moyenne des deux dernières années 2024-2025.
- Les seuils de pauvreté, les frais de scolarité et le salaire minimum sont mis à jour avec l'inflation.

Tableau 1
Haïti : projections macroéconomiques, seuils de pauvreté,
salaire minimum et frais de scolarité, 2019-2030

| | Unité | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|------------------------------------------------|----------------------|----------|----------|---------|----------|----------|----------|
| Produit Intérieur Brut (PIB) (prix actuels) | Milliards dollars | 8,7 | 8,3 | 8,1 | 8,3 | 8,6 | 8,9 |
| Taux de croissance | Pourcentage | -1,2 | -4,0 | 1,2 | 1,0 | 1,1 | 1,2 |
| Taux d'inflation | Pourcentage | 17,3 | 22,4 | 23,8 | 20,3 | 17,3 | 14,3 |
| Taux de change | Gourdes pour dollars | 84,1 | 99,9 | 118,9 | 137,1 | 154,2 | 170,0 |
| Seuil de pauvreté (par jour) | Gourdes | 153,9 | 188,4 | 233,2 | 280,6 | 329,2 | 376,4 |
| Seuil de pauvreté extrême (par jour) | Gourdes | 78,3 | 95,8 | 118,6 | 142,8 | 167,5 | 191,5 |
| Salaire minimum (par jour) rural | Gourdes | 385,0 | 471,2 | 583,4 | 701,9 | 823,5 | 941,6 |
| Salaire minimum (par jour) urbain | Gourdes | 440,0 | 538,5 | 666,7 | 802,2 | 941,2 | 1076,1 |
| Frais de scolarité (annuel) | Gourdes | 4 500,0 | 5 507,8 | 6 818,6 | 8 204,2 | 9 625,6 | 11 005,2 |
| | Unité | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
| Produit Intérieur Brut (PIB) (prix actuels) | Milliards dollars | 9,2 | 9,6 | 9,9 | 10,3 | 10,7 | 11,1 |
| Taux de croissance | Pourcentage | 1,4 | 1,4 | 1,4 | 1,4 | 1,4 | 1,4 |
| Taux d'inflation | Pourcentage | 11,3 | 12,8 | 12,8 | 12,8 | 12,8 | 12,8 |
| Taux de change | Gourdes pour dollars | 184,1 | 199,4 | 215,9 | 233,8 | 253,2 | 274,2 |
| Seuil de pauvreté (par jour) | Gourdes | 419,1 | 472,8 | 533,5 | 602,0 | 679,3 | 766,5 |
| Seuil de pauvreté extrême (par jour) | Gourdes | 213,2 | 240,6 | 271,4 | 306,3 | 345,6 | 389,9 |
| Salaire minimum (par jour) rural | Gourdes | 1 048,3 | 1 182,9 | 1 334,7 | 1 506,0 | 1 699,3 | 1 917,4 |
| Salaire minimum (par jour) urbain | Gourdes | 1198,1 | 1351,8 | 1525,3 | 1721,1 | 1942,0 | 2191,3 |
| Frais de scolarité (annuel) | Gourdes | 12 252,9 | 13 825,6 | 15600,1 | 17 602,4 | 19 861,7 | 22 410,9 |

Source : Élaboration propre sur la base du Fonds Monétaire International (FMI), Banque mondiale et Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES). Les projections pour les années 2019-2025 correspondent à celles du Fonds Monétaire International, IMF Country Report 20/123 [en ligne] <https://www.imf.org/en/Publications/CR/Issues/2020/04/20/Haiti-Request-for-Disbursement-Under-the-Rapid-Credit-Facility-Press-Release-Staff-Report-49353>. Pour les projections 2026-2030, élaboration de la CEPALC à partir d'hypothèses expliquées dans le texte. Les seuils de pauvreté correspondent à ceux estimés par Banque mondiale et ONPES (2014) avec les projections d'inflation.

C. Mise en place des mécanismes

La mise en place d'un programme ou d'une politique publique ne peut pas se faire de manière instantanée, c'est-à-dire, qu'il faut considérer dans les estimations une période de transition/déploiement. Dans cette étude, la période de déploiement envisagée pour les programmes de graduation et d'alimentation scolaire va de 2020 à 2030.

Les hypothèses sous-jacentes pour la mise en œuvre de ces deux mécanismes, en termes de couverture de la population cible, sont celles montrées dans le tableau 2. En 2020, le mécanisme en phase « pilote » ne couvrirait que 5% de la population-cible. L'année suivante le mécanisme couvrirait 10% de la population-cible et ainsi de suite jusqu'à atteindre une couverture de 100% de la population-cible en 2030, en considérant que pour chaque année la population-cible varie en fonction des projections démographiques.

Une exception a été faite à cette approche pour les paquets de services essentiels de santé (PSES). Les prestations sélectionnées pour élaborer tous les scénarios des différents PSES sont déjà délivrées de manière régulière dans les institutions de santé (voir chapitre II). La PNPPS ne propose pas de les implanter en partant de zéro. Elle propose d'en exempter, le paiement au point de service pour les effectifs des groupes de populations éligibles à chacun des PSES afin d'en favoriser l'accès. Les hypothèses retenues pour estimer leurs couvertures sont spécifiques à chacune des prestations et de leurs population cibles (plusieurs centaines au total). Elles sont présentées dans la section relative à l'estimation de la demande de soins du Chapitre II.

Tableau 2
Hypothèses de couverture concernant la mise en place des mécanismes, 2020-2030
(En pourcentages)

| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
|-----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Couverture de la population cible | 5 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |

Source : Tromben, V., S. Cecchini et R. Gilbert (2020). Estimation du coût des transferts monétaires de la Politique nationale de protection et de promotion sociales (PNPPS) en Haïti. Documents de Projets (LC/TS, 2020/g6), Santiago, Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC).

II. Estimation du coût des mécanismes d'exemption de paiement des paquets de services essentiels de santé (PSES)

*Ludovic Queuille
Varinia Tromben Rojas
Tamara Van Hemelryck*

A. Introduction

Le présent chapitre présente le chiffrage de l'exemption de paiement des paquets de services essentiels de santé (PSES) proposée par la Politique Nationale de Protection et Promotion Sociales (PNPPS) en Haïti (MAST, 2020). Cet exercice considère le chiffrage de six PSES sur les neuf proposés dans le mécanisme précité de la PNPPS visant à assurer à tous et à toutes, et à tout âge, les conditions d'une bonne santé sur la base d'un accès universel aux soins de santé primaire et considère une période de déploiement progressif de leur mise en place qui va de 2020 à 2030.

La section B de ce chapitre présente la méthodologie et les sources d'informations utilisées pour estimer le coût du mécanisme. Le chiffrage propose trois scénarios selon la liste de prestations couvertes pour chacun des paquets, à l'exception du paquet dirigé aux personnes vivant avec le VIH pour lequel un seul scénario est estimé. Le document présente le processus de sélection des prestations permettant d'établir les différents scénarios, les sous-groupes de populations cibles et les estimations des besoins de santé, des couvertures et des coûts de chacune des prestations incluses dans les différents paquets. Les calculs intègrent des projections démographiques et macroéconomiques jusqu'à 2030 prenant en compte, pour ces dernières, la crise survenue au niveau global à partir de la pandémie du virus SARS-CoV-2 (ci-après COVID-19) ; cependant, il convient de souligner qu'aucune révision quant aux mécanismes prévus et leur incidence n'a été faite en intégrant comme tels les possibles effets de la pandémie.

La deuxième partie expose les résultats du chiffrage du mécanisme d'exemption de paiement de six paquets de services essentiels de santé (PSES) et montre que leur coût varie énormément en fonction des scénarios considérés : de 1,4 millions de dollars (0,011 % du PIB) en 2020 pour le PSES en faveur des enfants (sans les coûts administratifs de sa mise en œuvre) à 85,6 millions de dollars (0,16 % du PIB) en 2030 pour le PSES maternelle et néonatale (sans les coûts administratifs).

B. Méthodologie pour l'estimation du coût du mécanisme d'exemption de paiement des paquets de services essentiels de santé (PSES)

Ce mécanisme d'assistance sociale non contributif répond aux risques et besoins spécifiques de la population haïtienne en matière d'accès aux services de santé et de protection financière contre les risques de maladies, d'invalidité et ceux associés à la maternité dans un contexte de pauvreté massive, d'importantes inégalités, d'insécurité alimentaire répandue et de forte exposition aux chocs (politique, économique, sanitaire, catastrophes résultantes d'événements naturels, etc.).

Les neuf PSES exemptés de paiement proposés dans la PNPPS selon le cycle de vie sont les suivants :

1. PSES maternelle et néonatale ;
2. PSES pour enfants ;
3. PSES pour personnes en situation de handicap (PSH) ;
4. PSES pour personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) ;
5. PSES vieillesse ;
6. PSES sexuelle et reproductive ;
7. PSES pour rapatrié-e-s ;
8. PSES universelle.
9. PSES post-choc ;

Dans le document de PNPPS, ces mécanismes sont concentrés dans l'Axe stratégique 3- Protection sociale en santé et protection de la vieillesse et de l'invalidité. Cependant les PSES maternelle et néonatale (n°1) et pour enfants (n°2) sont repris dans l'Axe stratégique 1- Enfance et le PSES post-choc (n°9) dans l'Axe stratégique 4- Protection et promotion sociales réactives aux chocs.

Notre estimation des coûts n'inclut pas les PSES pour rapatrié-e-s (n°6), post-choc (n°8) et universelle (n°9). L'estimation des coûts du premier nommé n'est pas possible, faute de données démographiques suffisamment précises⁴ pour quantifier leurs besoins de santé ; celle du second n'est pas généralisable car spécifique au choc associé ; et la mise en œuvre du troisième n'est pas envisagée à court et moyen terme.

La définition de paquets de prestations de services considérés comme hautement prioritaires pour certains groupes de population dépend fortement du contexte. C'est un chantier de plusieurs mois impliquant de nombreux acteurs de domaines et de secteurs différents à organiser à l'échelle nationale de manière fondée, rigoureuse et inclusive (OMS, 2015). Le chiffrage présenté ne se substitue en aucun cas aux processus à mettre en place en temps opportun pour définir précisément le contenu de chacun des PSES de la PNPPS et en calculer les coûts avec l'autorité publique et la participation citoyenne (Alfred, 2012). Ce document est une estimation préliminaire, indicative pour éclairer les besoins de financement de la PNPPS et illustrative de la démarche à entreprendre ultérieurement (Jamison et al., 2013).

⁴ Les principales sources des données collectées pour les rapatrié-e-s et un tableau résumant ces données sont néanmoins présentés dans la section C du chapitre 1. Nous recommandons la collecte de données plus précises sur la quantité et le profil des rapatrié-e-s et des retourné-e-s si possible ou l'accès aux données primaires collectées, si celles-ci sont potentiellement suffisantes, pour en permettre le traitement selon les besoins du chiffrage.

1. Références principales

a) L'approche adoptée par la PNPPS : universalisme progressif

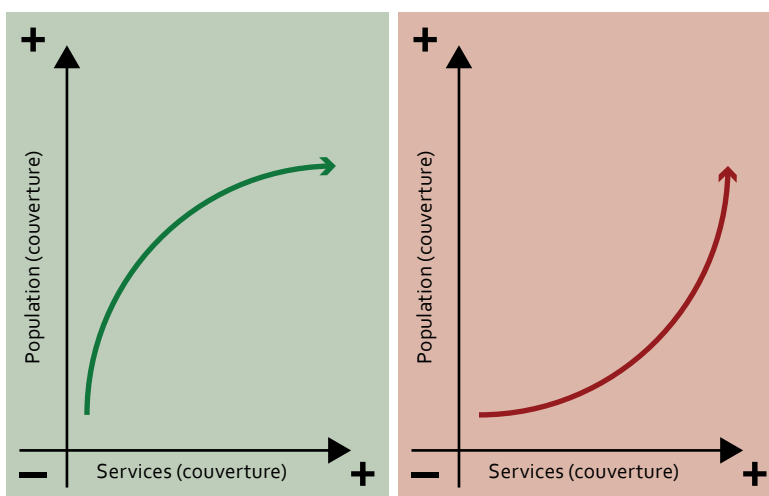
La Couverture Sanitaire Universelle (CSU), équivalente à la Protection Sociale en Santé (PSS) du secteur de la protection sociale, est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant la situation dans laquelle tout le monde reçoit des services de santé de qualité qui répondent à leurs besoins sans encourir de difficultés financières pour les acquérir (OMS, 2015).

De manière simplifiée, il existe deux types d'approches pour s'engager sur la route de la CSU (voir le diagramme II.1 et Nicholson et al., 2015) :

- i) Étendre la couverture d'un paquet prioritaire de services à l'ensemble de la population aussi petit soit ce paquet (schéma de gauche du diagramme 1).
- ii) Prioriser certains groupes de population (schéma de droite du diagramme 1).

Diagramme 1

Schématisation des deux principaux cheminements possibles vers la couverture sanitaire universelle



Source : Élaboration propre adapté de Nicholson D. et al. (2015).

Bien que la première approche (a) soit théoriquement préférable (Nicholson D. al, 2015 ; Korpi et Palme, 1998), la PNPPS a fait le choix de la seconde (b) plus adaptée au contexte (Ghebreyesus, 2017) et alignée sur la Politique nationale de santé (PNS) prévoyant, entre autres, de « garantir l'accès universel et gratuit aux services et soins spécifiques pour les groupes vulnérables » dans son axe stratégique transversal de Protection sociale en santé (MSPP, 2012 et 2013).

La PNPPS a opté pour une « couverture progressivement universelle » (Jamison et al., 2013 ; Francis-Oliviero et al., 2020) en commençant par une approche ciblée en faveur de certains groupes de populations méritant une protection immédiate « avant de progressivement tendre vers l'universalité » (MAST, 2020, p.51). Concrètement, cela signifie la mise en œuvre progressive — et non simultanée — des PSES n°1 à 7 — dans un ordre et une temporalité à préciser en temps opportun — avant celle du PSES universelle en faveur de toute la population (n°9) lorsque les conditions le permettront⁵.

⁵ La mise en œuvre du PSES post-choc (n°8) dépend, elle, de conditions particulières en situation de chocs à déclenchement rapide pour une durée limitée et ne peut donc être programmée à l'avance.

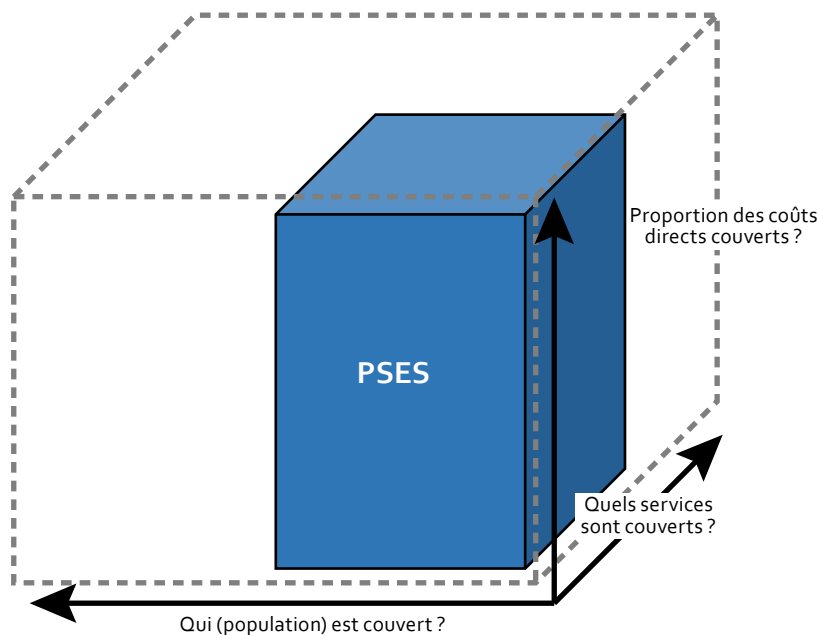
b) Les trois dimensions de la couverture

La définition de paquets du type des PSES de la PNPPS et l'estimation de leurs coûts passent par un processus itératif faisant intervenir trois dimensions relatives à leur couverture (voir le diagramme 2) (OMS, 2010 ; OMS, 2015) :

- i) La couverture en services : quels sont les services couverts par ces PSES ?
- ii) La couverture en population : quels sont les groupes de populations couverts par ces PSES ?
- iii) La couverture financière : quels sont les coûts couverts par ces PSES ?

Dans le diagramme 2, le cube en pointillé est une représentation théorique de la CSU avec l'entièreté de la population couverte à 100% des coûts directs médicaux (voir l'encadré 1) par toute la gamme de services de santé disponibles (OMS, 2010). Le cube en bleu est une représentation d'un PSES pour lequel des compromis doivent être trouvés entre les prestations à inclure et les populations à couvrir pour chacune d'entre elles dans la situation d'exemption du paiement des soins définis par la PNPPS (MAST, 2020).

Diagramme 2
Les trois dimensions de la couverture des paquets de services essentiels de santé (PSES)



Source : Élaboration propre adaptée de OMS (2010).

Encadré 1 Définitions de coûts directs et indirects en économie de la santé

L'analyse économique appliquée à la santé distingue deux types de coûts :

- i) Les **coûts directs** traduisent l'achat de prestations et de biens en rapport avec l'intervention. Ils sont répartis en coûts directs médicaux (frais en médicaments, honoraires de médecin, tests de laboratoires, radiographies, etc.) et coûts directs non médicaux (dépenses induites par l'intervention dans les secteurs de l'alimentation, des transports, du logement, etc.).
- ii) Les **coûts indirects** correspondent aux conséquences financières de l'intervention médicale en termes d'absentéisme, de diminution de la productivité pendant les heures de travail, de manque à gagner par renoncement à certaines activités professionnelles ou par décès sur cause iatrogène.

Source: Élaboration propre adaptée de Chamot et al. (2001) et Eisenberg (1989).

c) L'estimation du coût d'un paquet de services essentiels de santé au niveau global

Il existe des références sur le coût de paquets de services essentiels de santé au niveau global. Par exemple, en 2001, la Commission sur la macro-économie et la santé a estimé que les services de base pouvaient être mis à disposition pour environ 34 dollars par personne (WHO, 2001). En 2009, le Rwanda, régulièrement cité comme référence malgré ses spécificités, offrait un ensemble de services de base à ses citoyens avec une dépense de 37 dollars par personne seulement et ce, malgré un revenu national d'environ 400 dollars par personne⁶. En 2010, la Taskforce sur les Financements Innovants des Systèmes de Santé a estimé les coûts de la prestation de services de santé essentiels pour 49 pays à faible revenu à un peu moins de 44 dollars par personne pour l'année 2009 et un peu plus de 60 dollars par personne en 2015 (WHO, 2010).

Cela dit, ces estimations de niveau global sont peu utiles à l'échelle des pays. Le rapport sur la santé dans le monde de 2010, commanditaire des travaux précités s'attache à en fixer les limites : « Cependant, ces chiffres sont une simple moyenne (non pondérée) de 49 pays à deux moments dans le temps. Les besoins réels varieront selon les pays : cinq des pays de cette étude devront dépenser plus de 80 dollars par personne en 2015, alors que six autres devront dépenser moins de 40 dollars. » (OMS, 2010, p.25 ; WHO, 2010).

En effet, les coûts sont très variables d'un pays à l'autre. Ils sont déterminés par les éléments de méthode, la situation épidémiologique, le système de santé, et nombre d'autres variables très spécifiques aux contextes. Les estimations au niveau global servent les agendas de niveau global.

d) Les dépenses totales de santé par habitant en Haïti

Il faut, en revanche, tenir compte des données nationales pour analyser les résultats proposés en considérant qu'elles peuvent évidemment évoluer dans le temps. Le principal indicateur de référence pour notre chiffrage est celui relatif aux dépenses de santé par habitant. Les dépenses totales de santé par habitant respectivement calculées par le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) à travers les comptes nationaux de santé 2012/2013, 2013/2014, 2014/2015 et 2015/2016 étaient de 64, 66, 59 et 63 dollars américains respectivement (arrondis à l'unité) (MSPP, 2015 ; MSPP, 2017 ; MSPP, 2019a)⁷. Pour les années 2017 et 2018, les dépenses courantes de santé par habitant en Haïti de la base mondiale des comptes de santé sont estimées respectivement à 63 et 64 dollars américains⁸.

e) L'estimation des coûts des PSES en Haïti

Les coûts des PSES sont estimés tenant compte de leurs populations cibles, des prestations retenues dans les PSES, de leur coût unitaire et de la quantité demandée (projections) pour chacune de ces prestations.

La quantité demandée pour chacune des prestations est fonction des besoins de santé des groupes de populations cibles de la prestation, de leurs besoins de santé en relation à cette prestation et de la couverture effective envisagée de cette prestation en rapport à ces besoins.

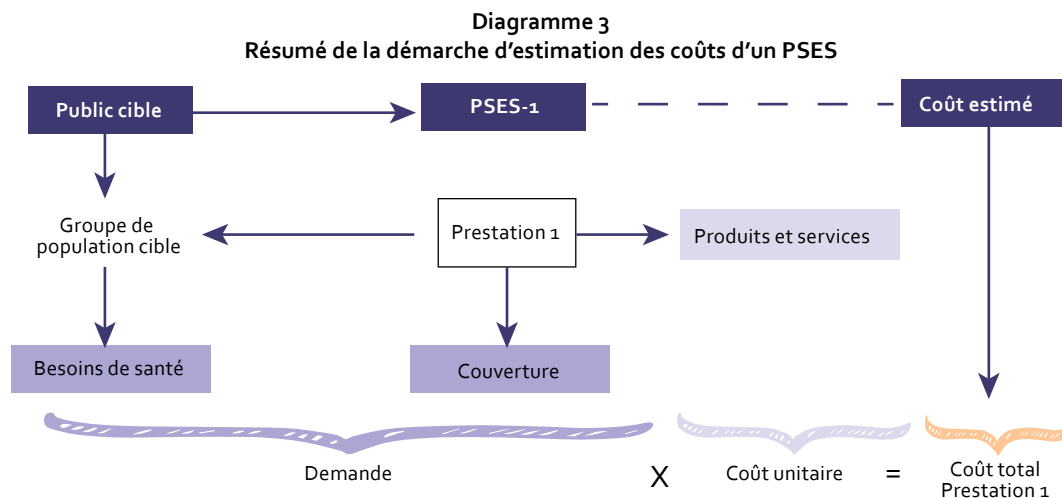
Le coût total d'un PSES est la somme des coûts estimés pour chacune des prestations sélectionnées dans ce PSES.

⁶ Voir Global Health Expenditure Database (GHED), WHO: [en ligne]: <https://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>.

⁷ Pour ces estimations, le MSPP utilise la méthodologie des comptes de santé de 2011 standardisée au niveau international par la Classification internationale des comptes de santé (CICS). Outre les limites d'ordre géographique et temporel, les comptes de santé sont bornés par la définition opérationnelle des « soins de santé ». Ainsi, sont comptabilisées toutes les dépenses liées aux « activités dont l'objectif primaire est l'amélioration, le maintien et la prévention de la détérioration de l'état de santé des personnes ou de la population en général » (MSPP, 2019a) quels que soient la maladie (maladie infectieuse, santé de la reproduction, traumatisme, etc.), le régime de financement (administration publique, paiement direct des ménages, reste du monde, etc.), la source de financement (transfert interne, transfert d'origine étrangère, cotisation d'assurance, etc.), l'agent de financement (administration publique, société d'assurance, ménage, etc.), le prestataire (hôpitaux, soins ambulatoires, services auxiliaires, détaillant, services administratifs et de financement, etc.), la fonction (soins curatifs, soins de réadaptation, biens médicaux, soins préventifs, gouvernance, administration, etc.), le facteur de production (rémunérations, équipements, produits, etc.), etc.

⁸ Lorsque les données n'ont pas encore été produites par les autorités nationales, la base de données mondiale des comptes de santé procède à des estimations validées par les pays (<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>) procède à des estimations intérimaires validées par les pays (14 février 2021).

La démarche d'estimation des coûts d'un PSES est résumée dans le diagramme 3. La section suivante détaille les différentes étapes en lien aux différentes variables utilisées pour estimer le coût des PSES.



Source : Élaboration propre.

2. Les différents scénarios et l'estimation de leurs coûts

Cette étude propose trois scénarios pour l'estimation des coûts de cinq PSES (le PSES maternelle et néonatale, PSES pour enfants, PSES sexuelle et reproductive, PSES pour les personnes en situation de handicap et le PSES vieillesse) et un seul scénario pour l'estimation des coûts d'un sixième PSES, le PSES pour les personnes vivant avec le VIH, parmi les neuf PSES proposés dans la PNPPS.

Les scénarios dépendent de la liste des prestations incluses dans les différentes versions de PSES. L'estimation des coûts de ces différents scénarios est ensuite basée sur les groupes de populations cibles de chacune des prestations incluses dans les PSES, sur les demandes de soins correspondantes (incluant les évolutions dans le temps des besoins et de leur couverture effective), sur le coût unitaire des prestations et sur l'évolution de données macroéconomiques.

a) Les différents scénarios dépendant du contenu des PSES

i) Les populations cibles des six PSES chiffrés

Les PSES sont définis en fonction des besoins de leur population cible. Le ciblage des PSES proposés dans la PNPPS est catégoriel (voir le tableau 3) et l'exemption de paiement universelle au regard de la population cible en cas d'évènement de santé justifiant la prestation incluse dans les PSES (MAST, 2020, p. 75). Il s'agit effectivement de l'approche la plus efficace dans les pays où la plus grande partie de la population vit dans l'extrême pauvreté ou la pauvreté (Cecchini, 2009 ; Acosta, Leite et Rigolini, 2011).

Tableau 3
Population cible des six PSES chiffrés

| Paquet de services essentiels de santé | Population cible |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 1 PSES maternelle et néonatale | Femmes enceintes, parturientes, femmes allaitantes et nouveau-nés |
| 2 PSES pour enfants | Enfants de moins de 5 ans |
| 3 PSES sexuelle et reproductive | Utilisateurs attendus des services de santé sexuelle et reproductive |
| 4 PSES pour PSH | Personnes en situation de handicap (PSH) |
| 5 PSES pour les PVVIH | Personnes vivant avec le VIH (PVVIH) |
| 6 PSES Vieillesse | Personnes âgées de plus de 60 ans |

Source : Élaboration propre adaptée de MAST (2020).

ii) **Les critères utilisés pour la définition des PSES**

Il existe une multitude d'options appropriées pour la définition de paquets de prestations hautement prioritaires. Cependant certains principes sont non négociables lorsque l'on vise la couverture sanitaire universelle (CSU) (OMS, 2015). Il ne faut pas commencer par prioriser les groupes de population les plus avantagés, ce qui arrive parfois, par exemple en privilégiant le secteur formel au secteur informel dans un premier temps pour des raisons pratiques, politiques ou autres. Le choix de mécanisme d'exemption de paiement pour des PSES en faveur de groupes vulnérables de population opéré par la PNPPS limite déjà fortement ce risque.

Cependant la définition des PSES doit encore veiller à :

- Ne pas étendre la couverture de services à faible priorité ou priorité moyenne avant qu'il n'y ait une couverture presque universelle des services de haute priorité et/ou ;
- Donner une haute priorité à des services très coûteux dont la couverture apportera une protection financière considérable pour des avantages insignifiants en matière de santé en comparaison à des services alternatifs moins coûteux.

Sur la base de ces principes, les paquets de prestations de services considérés comme hautement prioritaires pour certains groupes de population -les « PSES » dans le cas de la PNPPS- doivent être définis de manière explicite et leurs coûts estimés afin d'en organiser le financement et d'éviter des « promesses sans contenu » (Tangcharoensathien et al., 2019).

Les PSES ne peuvent inclure tous les services du fait des contraintes techniques, matérielles, financières, etc. Les prestations couvertes par les PSES doivent être en nombre limité mais correspondre à une gamme cohérente de services essentiels au regard des objectifs sanitaires et sociaux de la PNS et de la PNPPS (MSPP, 2012 ; OMS, 2015 ; MAST, 2020). Ainsi la définition de leur contenu doit passer un processus de priorisation basé sur des critères à l'aide desquels, on sélectionne les prestations à retenir.

Les critères de priorisation pour la formulation de paquet/s de prestations hautement prioritaires sont multiples. Chaque pays définit les critères qui lui semblent les plus adaptés à ses besoins et ses contraintes. Deux pays semblables peuvent donc formuler des paquets de prestations ou « paniers de soins » très différents selon les critères utilisés et les choix opérés pour organiser leur chemin vers la CSU.

Dans leur revue exploratoire de la littérature portant sur les critères utilisés pour développer des paquets essentiels de prestations, Hayati et al. (2018) ont inventorié 19 critères qu'ils ont regroupé en trois catégories (voir le tableau 4) : les critères d'ordre interventionnel, épidémiologique (en lien aux maladies) et communautaire.

Tableau 4
Critères utilisés (fréquence) pour développer des paquets de prestations hautement prioritaires

| Critères d'ordre interventionnel | Critères d'ordre épidémiologique |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Coût-efficacité (20) | 13. Charge de morbidité (10) |
| 2. Efficacité (19) | 14. Externalités (2) |
| 3. Impact budgétaire (12) | 15. Sévérité de la maladie (1) |
| 4. Nécessité (10) | |
| 5. Sécurité (6) | Critères d'ordre communautaire |
| 6. Durabilité (5) | 16. Équité (12) |
| 7. Faisabilité (5) | 17. Accessibilité financière (5) |
| 8. Coûts de l'intervention (4) | 18. Valeurs sociales (4) |
| 9. Globalité des soins (3) | 19. Accès (2) |
| 10. Optimisation de l'amélioration de l'état de santé de la population (3) | |
| 11. Mise à l'échelle (1) | |
| 12. Innovation (1) | |

Source : Élaboration propre adaptée de Hayati et al. (2018).

Selon Hayati et al. (2018), tous ces critères ne font pas forcément l'objet d'une définition opérationnelle. Les plus couramment utilisés (texte en gras dans le tableau 4) sont en premier lieu d'ordre interventionnel (coût-efficacité, efficacité et Impact budgétaire) puis communautaire (équité) et enfin épidémiologique (charge de morbidité). Les critères utilisés par le plus grand nombre de pays sont : coût-efficacité, efficacité, impact budgétaire, charge de morbidité, équité et nécessité.

En 2002, le National Health Security Office (NHSO) du gouvernement thaïlandais a implanté le régime d'assurance santé universelle (« Universal coverage scheme ») avec un paquet de prestations insuffisamment défini (définition « implicite ») puis a évolué très favorablement pour aller vers une définition explicite, tel que recommandé, en établissant une liste dite « positive » des services inclus dans le paquet (Tangcharoensathien, 2019). Pour établir cette liste de prestations incluses dans le paquet subventionné, le NHSO a utilisé les critères suivants :

- Coût-efficacité ;
- Équité ;
- Capacité du système de santé à délivrer les services sélectionnables de manière équitable.

En République du Congo, pour la définition du panier de soins de son Assurance maladie universelle (AMU), le Ministère du travail et de la sécurité sociale (MTSS) et les partenaires impliqués ont utilisé les critères de priorisation suivants (MSP de la République du Congo et Banque mondiale, 2017) :

- Coût-efficacité ;
- Protection financière ;
- Charge de morbidité ;
- Et d'autres critères ad hoc de manière exceptionnelle.

En 2015, le Groupe consultatif de l'OMS sur la Couverture sanitaire universelle et équitable, constitué de 2012 à 2014, recommandait de catégoriser les services en trois groupes — Services de Haute priorité, Priorité moyenne et Faible priorité — à l'aide des trois critères suivants (OMS, 2015) :

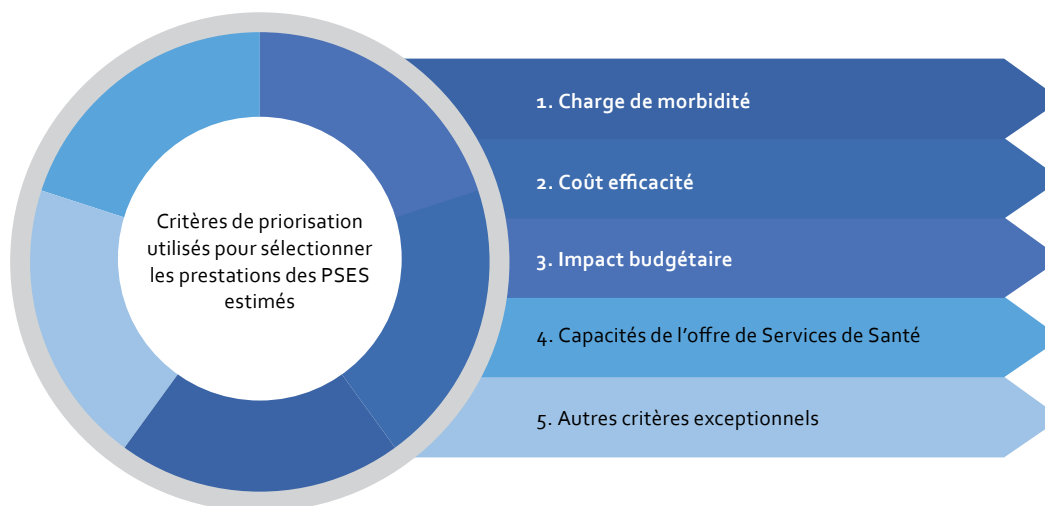
- Coût-efficacité ;
- Priorité aux plus démunis ;
- Protection contre le risque financier.

Pour les besoins immédiats de la PNPPS, les critères utilisés pour la sélection des prestations des PSES à chiffrer (voir le diagramme 4) sont les suivants :

- Charge de morbidité ;
- Coût-efficacité ;
- Impact budgétaire pour la PNPPS ;
- Capacité de l'offre de services de santé (aux niveaux de soins ciblés) ;
- Autres critères *ad hoc* exceptionnels.

Les autres critères ad hoc utilisés de manière exceptionnelle n'interviennent que pour des cas particuliers. Ils répondent à des besoins spécifiques en relation à certaines prestations que nous avons considérées comme non négociables pour différentes raisons (raison financière, enjeux d'éradication de certaines maladies, poids des externalités, etc.) telles que la prise en charge de la lèpre, du choléra, des victimes de violence basée sur le genre, etc.

Diagramme 4
Critères de priorisation utilisés pour sélectionner les prestations des PSES estimés



Source : Élaboration propre.

iii) Les trois scénarios retenus pour le contenu des PSES

Nous avons travaillé sur trois scénarios pour chacun des PSES étudiés à l'exception du PSES en faveur des PVVIH pour lequel nous ne proposons qu'un seul scénario. Pour les cinq autres PSES, nous avons établi trois listes, plus ou moins longues, de prestations de services de santé que nous qualifions de restreinte (« small »), moyenne (« medium ») et souhaitable (« large »). Nous n'avons pas développé plusieurs scénarios pour le PSES en faveur des PVVIH car le Programme national de lutte contre le VIH/Sida (PNLS) subventionne déjà à 100% les coûts des services essentiels de santé pour ce groupe de population. La liste de référence pour la sélection des prestations incluses dans les différentes versions des PSES est le Paquet essentiel de services (MSPP, 2016a). Les sources d'information utilisées pour cette sélection sont présentées dans la section relative (voir infra).

Au total, nous estimons donc 16 versions différentes pour les six PSES traités (voir le tableau 5).

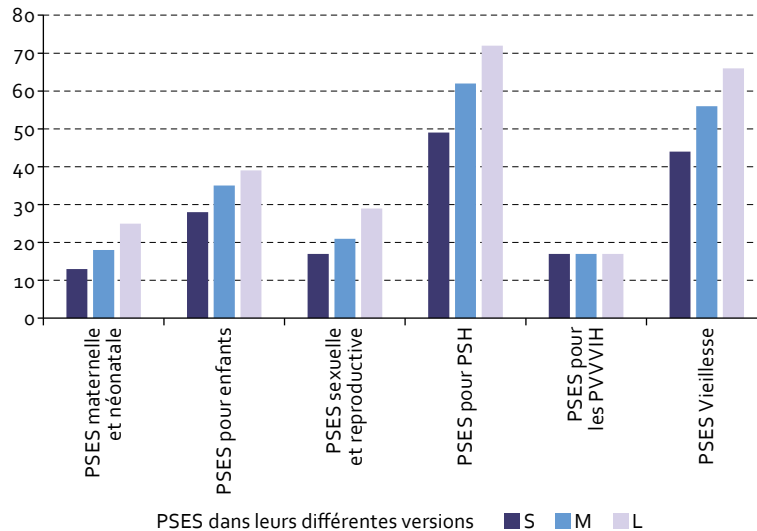
Tableau 5
Les 16 versions des six PSES traités

| PSES / Scénario | Liste restreinte (« small ») | Liste moyenne (« medium ») | Liste souhaitable (« large ») |
|---------------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| 1 PSES maternelle et néonatale | 1 | 1 | 1 |
| 2 PSES pour enfants | 1 | 1 | 1 |
| 3 PSES sexuelle et reproductive | 1 | 1 | 1 |
| 4 PSES pour PSH | 1 | 1 | 1 |
| 5 PSES pour les PVVIH | | 1 | |
| 6 PSES vieillesse | 1 | 1 | 1 |

Source : élaboration propre.

Les listes de prestations retenues pour chacune des versions des PSES estimés sont présentées en annexe 1. Le nombre de prestations par PSES va de 13 (PSES maternelle et néonatale, version « small ») à 72 (PSES en faveur des PSH, version large) selon les PSES (voir le graphique 1). Toutes les prestations incluses dans la version inférieure (« small » ou « medium ») sont automatiquement reprises dans la version supérieure (« medium » ou « large »). Le nombre total de prestations pour les versions « large » des six PSES chiffrés est de 248.

Graphique 1
Prestations par paquet de services essentiels de santé
 (En nombre)



Source : Élaboration propre.

Le tableau 6 comptabilise les prestations incluses dans les trois scénarios du PSES maternelle et néonatale par types d'intervention afin d'illustrer leur diversité et leur nombre selon les trois scénarios élaborés. Le scénario S compte 13 prestations couvrant cinq types d'intervention alors que le scénario L en compte 25 pour 12 types d'intervention.

Tableau 6
Nombre de prestations par type d'intervention des trois scénarios du PSES maternelle et néonatale

| Type d'intervention | Small | Medium | Large |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Information, conseil et orientation pour les risques liés à la maternité et la santé du nouveau-né | 3 | 3 | 3 |
| Distribution de fer-acide folique et suivi nutritionnel des femmes enceintes | 3 | 3 | 3 |
| Suivi de grossesse, prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et suivi des accouchements | 3 | 3 | 3 |
| Accouchement par voie basse avec risque faible | 1 | | |
| Accouchement par voie basse avec risque faible et avec risque et/ou complications modérées | | 2 | |
| Accouchement par voie basse avec risque faible, avec risque et/ou complications modérées et avec risque élevé et/ou complications graves | | | 3 |
| Menace d'avortement, avortement incomplet et inévitable précoce | | 3 | |
| Menace d'avortement, avortement incomplet, inévitable précoce et septique | | | 4 |
| Traitement chirurgical des fistules obstétricales | | | 1 |
| Prophylaxie des infections oculaires, vaccination BCG et Polio – vaccin antipoliomyélique oral (nouveau-né) | 3 | 3 | 3 |
| Prise en charge (PEC) des prématurés et des nouveau-nés de petits poids | | 1 | 1 |
| PEC des urgences néonatales : Traitement de l'hypoxie néonatale ; Dépistage précoce et traitement des infections périnatales et des infections périnatales ; Accueil et PEC des nouveau-nés en détresse vitale | | | 4 |
| Total | 13 | 18 | 25 |

Source : Élaboration propre.

b) Les groupes de populations cibles des prestations incluses dans les PSES

La plupart des prestations incluses dans un PSES ne cible qu'un sous-groupe de sa population cible. Par exemple, les consultations prénatales retenues dans le PSES maternelle et néonatale ne concernent que les femmes enceintes et non les parturientes, les femmes allaitantes ou les nouveau-nés ; le dépistage précoce du cancer de la prostate inclus dans le PSES vieillesse ne concerne que les hommes âgés de plus de 60 ans et non les femmes ; etc.

Le tableau 7 présente les sous-groupes de population utilisés pour chacun des PSES étudiés.

Tableau 7
Sous-groupes de population utilisés^a par PSES étudié (nombre par PSES)

| PSES maternelle et néonatale (>5) | PSES vieillesse (>4) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Femmes en âges de procréer (15-49 ans) Femmes enceintes Sous-groupes de femmes enceintes exposées à des événements spécifiques de santé^b Naissances vivantes & Mort-nés Naissances vivantes | <ul style="list-style-type: none"> Personnes âgées de plus de 60 ans (PA) PA hommes Personnes âgées de 60 à 65 ans Sous-groupes de PA exposées à des événements spécifiques de santé^b |
| PSES pour enfants (>5) | PSES pour PVVIH (>2) |
| <ul style="list-style-type: none"> Enfants de 0 à 59 mois Nouveau-nés survivants au-delà d'un mois Enfants de moins de 1 an Enfants de 12 à 59 mois Sous-groupes d'enfants exposés à des événements spécifiques de santé^b | <ul style="list-style-type: none"> Adultes de 15 à 49 ans Sous-groupes de PVVIH exposés à des événements spécifiques de santé^b |
| PSES sexuelle et reproductive (7) | PSES pour PSH (>8) |
| <ul style="list-style-type: none"> Adultes de 15 à 49 ans Femmes en âges de procréer (15-49 ans) Femmes de 30 à 49 ans Femmes de 35 à 49 ans Femmes de 40 à 70 ans Hommes de 18 à 59 ans Victimes de violences basées sur le genre | <ul style="list-style-type: none"> Personnes en situation de handicap (PSH) PSH de 5 à 19 ans PSH de 5 à 65 ans PSH de 10 à 19 ans PSH de plus de 35 ans PSH de 50 à 75 ans PSH de 60 à 65 ans Sous-groupes de PSH exposées à des événements spécifiques de santé^b |

Source : Élaboration propre.

^a Voir section 3.

^b « Le nombre des usagers » (infra) pour plus de détails.

c) L'estimation de la demande de soins

i) La demande normative

Les besoins de santé d'une population cible sont quantifiés par la « demande normative ». Celle-ci correspond à la quantité totale théorique de chacune des prestations incluses dans le PSES en faveur de la population cible pour maximiser son état de santé dans le domaine couvert pour une période donnée. Cette quantité est définie selon les besoins de santé de la population en se basant sur les enquêtes de santé, les tableaux de morbidité et de mortalité (MSPP, 2019b), le contexte, les documents stratégiques et techniques du MSPP, les avis d'experts de santé publique, les responsables des programmes nationaux de santé, etc.

Cette quantification des besoins dépend donc des effectifs des groupes et des sous-groupes de populations cibles des prestations incluses dans les PSES précédemment présentés mais aussi de la prévalence⁹ et/ou de l'incidence¹⁰ des événements de santé couverts par ces prestations.

⁹ Prévalence : indicateur épidémiologique caractérisant la fréquence d'une maladie dans une population (Ancelle, 2012).

¹⁰ Incidence : indicateur épidémiologique mesurant la fréquence de survenue d'une maladie pendant une période de temps donnée (Ancelle, 2012).

Nous présentons trois exemples de quantification des besoins de prestations sélectionnables dans le PSES pour enfants avec pour chacune des sous-groupes de populations cibles et des besoins de santé spécifiques et donc différents dans le tableau 8.

Tableau 8
Exemples de quantification de la demande pour trois prestations du PSES pour enfants (2020)

| Prestation | Population cible | Effectif | Besoin (2020) | Quantification du besoin |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|---------------|--------------------------|
| Déparasitage systématique des nourrissons sains | Nouveau-nés survivants | 268 741 | 1 | 268 741 |
| Évaluation & traitement de la déshydratation légère ou modérée | Enfants de moins d'un an | 295 922 | 3,18 | 941 032 |
| Traitement des cas sévères de malnutrition sans complication (programme thérapeutique ambulatoire) | Enfants 0-59 mois | 1 262 941 | 0,08 | 101 035 |

Source : Élaboration propre d'après MSPP (2018).

Le tableau 8 illustre ainsi les spécificités du ciblage et des besoins de santé pour chaque prestation traitée. La colonne « Besoin » est un facteur exprimant la population dans le besoin par rapport à la prestation traitée pour l'année 2020 : tous les enfants (facteur 1) devraient faire l'objet d'un déparasitage une fois passée la période néonatale (nouveau-nés survivants) ; chaque enfant de moins d'un an est susceptible (en moyenne) de 3,18 épisodes de déshydratation légère ou modérée (diarrhée) nécessitant une évaluation et une prise en charge ; et 8% des enfants de moins de cinq ans sont susceptibles de souffrir d'une malnutrition sévère sans complication nécessitant un traitement adapté.

La colonne « Quantification du besoin » correspond au total théorique des prestations à délivrer pour l'année 2020 en faveur des groupes de populations cibles pour les événements de santé couverts par celles-ci. Pour ce qui concerne les maladies diarrhéiques, 941 032 prestations d'évaluation et de traitement de la déshydratation légère ou modérée devraient résoudre le total théorique de ce type de problème de santé pour les 295 922 enfants de moins d'un an à couvrir.

La demande normative ou quantification du besoin (B) pour une prestation sélectionnée (i) dans un PSES pour une année (A) est le produit de l'effectif du groupe de population cible (PC) et du facteur exprimant le besoin de santé (b) de ce groupe de population cible en rapport avec la prestation traitée :

$$B_{i,A} = PC_{i,A} * b_{i,A}$$

La quantification du besoin ($B_{i,A}$) est le nombre total théorique de prestations à délivrer pour répondre aux besoins de santé du groupe de population cible couvert par cette prestation.

ii) La quantification de la demande

Cependant toutes les personnes faisant face aux événements de santé couverts par les prestations incluses dans les PSES ne vont pas effectivement utiliser les services de santé offerts à travers le mécanisme d'exemption de paiement pour différentes raisons : faute de confiance dans les services de santé, du fait de la distance des institutions sanitaires à travers lesquelles le mécanisme d'exemption de paiement de la politique sera mis en œuvre, parce qu'en incapacité de payer les coûts indirects, etc. Nos estimations intègrent donc aussi des hypothèses concernant la couverture effective ou l'utilisation attendue des prestations sélectionnées dans les PSES. Il s'agit de la quantification de la demande.

La quantification de la demande (D) pour une prestation sélectionnée (i) dans un PSES pour une année (A) est le produit de la quantification du besoin (B) pour cette prestation et de la couverture attendue (c), c'est-à-dire la part (%) du groupe de population cible susceptible d'avoir recours à la prestation traitée (sur la base de ses besoins de santé) qui devrait effectivement utiliser les services de santé couverts par cette prestation :

$$D_{i,A} = B_{i,A} * c_{i,A}$$

La quantification de la demande ($D_{i,A}$) est le nombre total estimé de prestations qui seraient effectivement délivrées dans le cadre de la politique pour le paquet traité durant l'année (A).

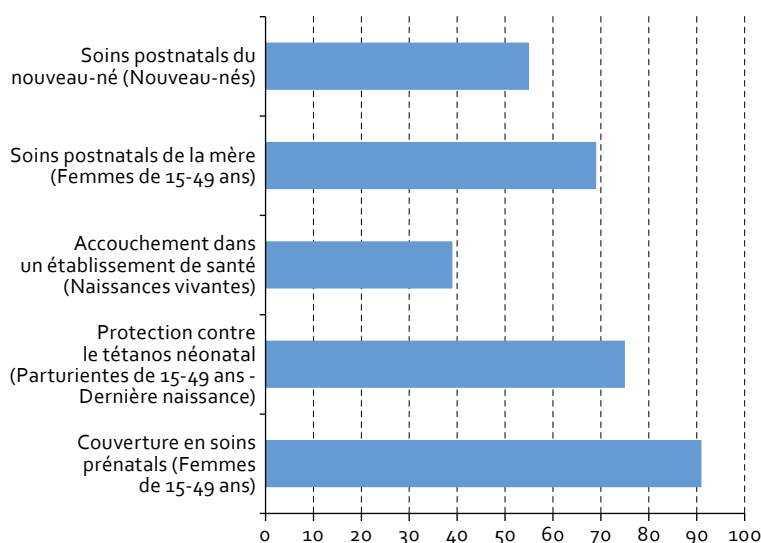
La formule développée en détaillant la quantification du besoin (B) présentée dans la section précédente est la suivante :

$$D_{i,A} = PC_{i,A} * b_{i,A} * c_{i,A}$$

Les prestations sélectionnées dans les différentes versions des PSES sont déjà délivrées de manière régulière dans les institutions de santé. La PNPPS ne propose pas de les implanter en partant de zéro. Elle propose d'en exempter le paiement au point de service pour les groupes de populations éligibles à chacun des PSES.

Il faut également noter que les hypothèses de couverture effective (%) de chacune des prestations incluses dans les différents PSES ($D_{i,A}$) sont spécifiques et donc différentes les unes des autres, comme le montre les exemples présentés dans le graphique 2 avec les couvertures en soins prénatals, de protection contre le tétanos néonatal, d'accouchement dans un établissement de santé, de soins postnatals de la mère et du nouveau-né traités dans le PSES maternelle et néonatale (Institut Haïtien de l'Enfance et ICF, 2018).

Graphique 2
Couvertures de services essentiels de santé maternelle et néonatale (population cible), 2016-2017
(En pourcentages)



Source : Élaboration propre adaptée de IHE et ICF (2018).

Les hypothèses de mise en œuvre du mécanisme d'exemption de paiement des PSES sont présentées dans la section suivante traitant de l'évolution de la demande dans le temps.

iii) **Évolution de la demande dans le temps**

Nos estimations concernant la demande de soins couvrant la période 2020-2030 étant réalisées année par année, elles tiennent compte des évolutions dans le temps des trois variables précédemment présentées (effectifs des groupes de populations cibles, besoins de santé, et couverture effective ou utilisation attendue).

- Selon les prestations, nous avons établi nos hypothèses d'évolution dans le temps des besoins de santé à partir des données disponibles d'enquêtes de santé, de documents stratégiques et techniques et de rapports du MSPP ou, à défaut, des responsables des programmes nationaux de santé. Les tendances établies à travers nos hypothèses peuvent être stables (par exemple, le suivi de grossesse), en augmentation (par exemple, la prise en charge du diabète) ou en diminution (par exemple, la prise en charge – des maladies diarrhéiques). Cependant ces projections vont rarement au-delà de 2022. Ainsi, nous utilisons les données disponibles pour les trois premières années de notre estimation (2020 à 2022) et reprenons de manière systématique les données de l'année 2022 pour les années suivantes (2023 à 2030).
- Les effectifs des groupes de populations cibles des prestations quantifiées dans nos estimations sont établis sur des bases démographiques (par exemple, les personnes âgées de plus de 60 ans), sanitaires (par exemple, les parturientes), situationnelles (par exemple, les personnes en situation de handicap) ou en combinant deux ou trois des bases précitées (par exemple, les PSH de 60 à 65 ans souffrant de cataracte). Les tendances établies à travers nos hypothèses sont également variables selon les cas. Si les données démographiques évoluent chaque année selon les projections disponibles et reconnues (voir infra), celles établies sur des bases sanitaires et/ou situationnelles reprennent l'approche adoptée pour l'évolution dans le temps des besoins de santé : données disponibles pour les années 2020 à 2022 et reprise systématique des données de 2022 pour les années 2023 à 2030.
- Pour les projections relatives à la mise en œuvre du mécanisme étudié (utilisation attendue ou couverture effective), il existe parfois des données au-delà de l'année 2022 dans la littérature programmatique du secteur santé mais souvent les tendances proposées sont très (trop) éloignées de celles que l'on peut établir à partir de scénarios tendanciels¹¹. Par exemple, les Plans pluriannuel complet de vaccination prévoient systématiquement 95% de couverture vaccinale des enfants de moins d'un an et des femmes enceintes pour l'ensemble des antigènes du calendrier vaccinal national dans les cinq années planifiées et sont ainsi de fait particulièrement décalés des évolutions réelles de la couverture vaccinale depuis 20 ans au moins. Cependant, la littérature nous montre les effets réels et immédiats de l'exemption du paiement des soins sur l'utilisation des services (Nguyen, 2018). Considérant les effets positifs attendus de l'exemption de paiement, nous validons les projections des différents programmes -que nous considérerions optimiste en l'absence de stratégie d'incitation de la demande- pour l'utilisation des prestations incluses dans les PSES de 2020 à 2022 en se basant sur les données disponibles et nous reprenons de nouveau les données de 2022 pour les années 2023 à 2030.

Les sources de ces données sont précisées dans la section concernant les sources d'information.

L'estimation des demandes de soins relatives aux prestations sélectionnées dans les différents PSES font donc intervenir plusieurs centaines de prestations, plusieurs dizaines de groupes de populations cibles, des besoins de santé et des niveaux de couverture effective spécifiques à chacune des prestations, ainsi que des évolutions dans le temps du nombre d'utilisateurs, des besoins et de leur couverture effective.

d) L'estimation du coût unitaire des prestations incluses dans les PSES

i) La perspective retenue pour l'estimation des coûts

Les coûts d'une même intervention de santé varient selon que l'on se place au niveau de la société, du financeur, du producteur de soins, de l'utilisateur, etc. (Castiel, 2004 ; Chamot et al., 2001). Par exemple, le Programme national de vaccination (PNV) du MSPP coûte beaucoup aux partenaires financiers internationaux (Banque mondiale, Gavi Alliance, OPS/OMS, UNICEF, USAID, etc.), très peu au gouvernement (budget national) alors que les services sont « gratuits » pour les enfants de moins d'un an en ce qui concerne les antigènes du calendrier vaccinal national. Ce sont là trois perspectives des coûts pour la vaccination des enfants avec des résultats très différents.

¹¹ Par excès d'optimisme.

La perspective envisagée par la PNPPS pour le financement des PSES est celle du tiers payant pour le compte des publics cibles. L'exemption de paiement prévue pour les prestations incluses dans les PSES serait en fait payée à travers la PNPPS pour les éléments de coûts non déjà financés.

Ainsi, notre estimation des coûts des PSES soustrait les coûts des prestations déjà subventionnées à travers la Politique nationale de santé que ce soit par le budget national ou par des partenaires financiers engagés durablement dans le financement de programmes nationaux de santé (PNLS, PNV, etc.). Par exemple, la prophylaxie des infections oculaires en faveur des nouveau-nés, les services du calendrier national de vaccination, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), etc. sont délivrés sans frais dans le cadre des programmes nationaux de santé parce que déjà subventionnés à 100%. Leurs coûts ne sont pas comptabilisés dans la perspective de la PNPPS et donc non inclus dans nos estimations au service de la PNPPS.

Pour ce, les tableaux de résultats (voir annexe 2) distinguent les coûts estimés dans la perspective de la Politique nationale de santé (PNS) des coûts estimés dans la perspective de la PNPPS. Les coûts estimés dans la perspective de la PNPPS correspondent aux coûts considérés dans la perspective de la PNS auxquels on soustrait les coûts déjà subventionnés à travers les programmes nationaux de santé que ce soit par des financements publics, privés ou des fonds externes (partenaires).

ii) *Les coûts unitaires des prestations*

Le coût estimé d'un PSES correspond à la somme des coûts estimés pour la demande effective de chacune des prestations incluses dans ce PSES.

Le coût estimé pour la demande effective (C) d'une prestation sélectionnée (i) dans un PSES pour une année (A) est le produit du nombre de cette prestation qui serait effectivement délivrée (la quantification de la demande présentée dans la section précédente (D)) et du coût unitaire estimé pour cette prestation (CU) :

$$C_{i,A} = D_{i,A} * CU_i$$

Le coût unitaire (CU) et le coût estimé pour la demande effective d'une prestation sont en dollars américains.

La formule développée du coût estimé pour la demande effective d'une prestation en détaillant la quantification de la demande (D) est la suivante :

$$C_{i,A} = PC_{i,A} * b_{i,A} * c_{i,A} * CU_i$$

Le coût unitaire des prestations sélectionnées dans les différents PSES est estimé en faisant la somme des coûts des frais de consultation, des intrants (médicaments et consommables tels que poches de sang, gants, seringues, compresses, sparadrap, etc.) et des services nécessaires (examens et actes médicaux — analyses, anesthésie, radiologies, etc. — et autres tels que frais d'hospitalisation, de bloc opératoire, etc.) à la mise en œuvre de la prestation traitée.

e) *Les données macroéconomiques*

Les coûts unitaires des prestations utilisés ont été préalablement calculés en gourde (HTG) à partir des tarifs du marché national de l'année 2018 puis convertis en dollars américains pour estimer les coûts des PSES sur la période 2020-2030 étudiée.

Tenant compte de l'absence d'évolution des coûts des frais de consultation, des intrants et des services médicaux de référence pour le calcul des coûts unitaires des prestations retenues dans les différents PSES depuis de nombreuses années et tel que recommandé par la littérature et les spécialistes (Brannon et al., 2019; IMS Institute for Healthcare Informatics, 2016; Lofgren, 2004; MSPP, 2018)¹², l'estimation des

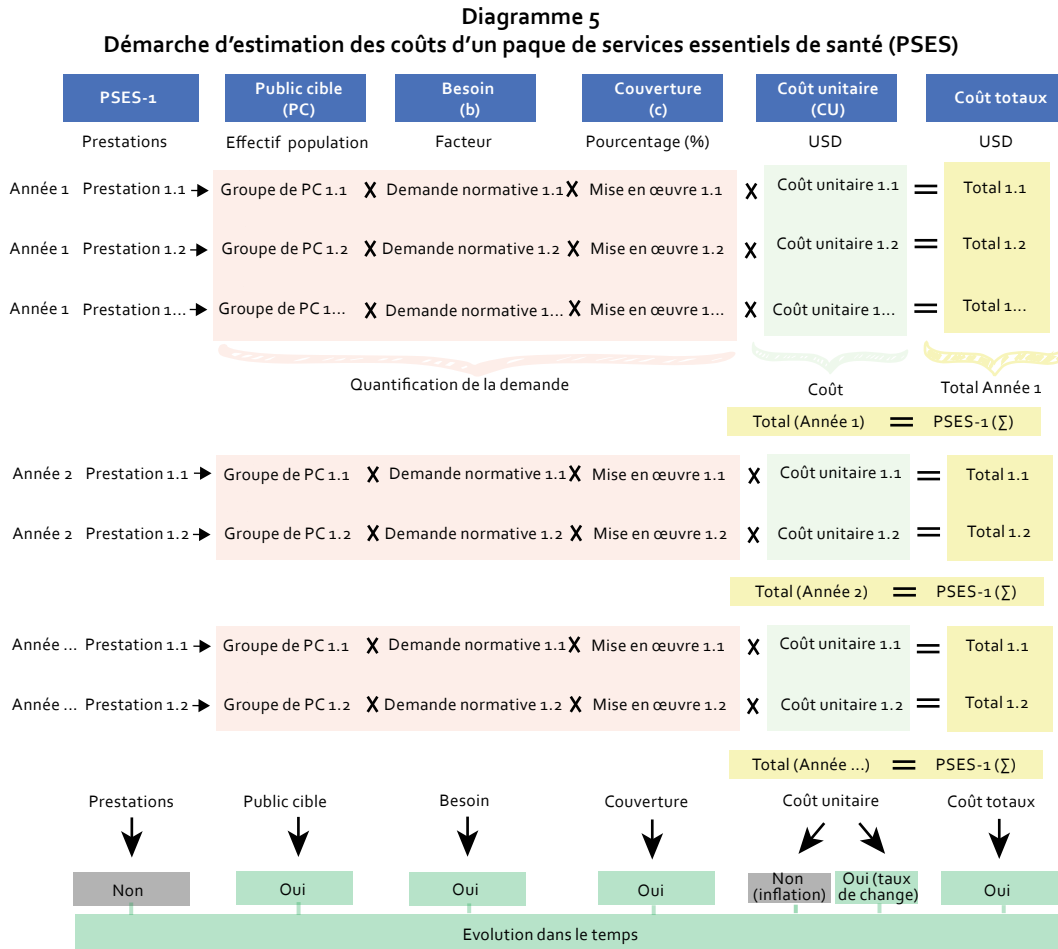
¹² Les coûts des intrants et des services médicaux de base ont même tendance à baisser avec la généralisation des médicaments essentiels et génériques et la découverte de nouvelles technologies.

coûts unitaires n’inclut pas d’inflation pour ces postes de coûts sur la période étudiée. D’autres hypothèses, tenant compte par exemple des perspectives d’inflation, ou variation du taux de change- pourraient être retenues, en particulier si les estimations sont faites en monnaie nationale (gourde).

Les données macroéconomiques du Fonds monétaire international (FMI) sont utilisées pour effectuer les autres calculs inhérents au chiffrage (voir le chapitre I) sur la période 2019-2024.

f) Synthèse de la démarche d’estimation des coûts d’un PSES

La démarche d’estimation des coûts d’un PSES (PSES 1) est schématisée dans le diagramme 5.



Source : Élaboration propre.

L’estimation des coûts des PSES dépend des prestations incluses dans ce paquet, des groupes de populations cibles de chacune de ces prestations, des besoins théoriques de santé de ce groupe de population pour chacune des prestations incluses, de la couverture effective attendue de ces prestations pour ses groupes de populations cibles et du coût unitaire de chacune des prestations (ligne 1 de le diagramme 5).

Les unités de chacune de ces variables sont la nature de chacune des prestations pour les Prestations, l’effectif des Groupes de populations cibles de chacune de ces prestations, un facteur (prévalence, incidence ou cible de la PNS) pour les Besoins de santé, un pourcentage pour la Couverture effective attendue de chacune des prestations pour ses groupes de populations cibles et le dollar américain pour le Coût unitaire de chacune des prestations (ligne 2 du diagramme 5).

La demande estimée d'une prestation est le produit de l'effectif du groupe de population cible, des besoins théoriques de santé de ce groupe de population pour la prestation traitée et de l'utilisation attendue de cette prestation de la part du groupe de population cible (« quantification de la demande », ligne 6 dans le diagramme 5).

Le coût estimé d'une prestation incluse dans le PSES pour une année donnée est le produit de toutes les variables quantitatives précédemment présentées soit le produit de la demande attendue pour une prestation donnée par le coût unitaire de cette prestation (dernière colonne, à droite, des lignes 3, 4 et 5 pour l'année 1 dans le diagramme 5). Ce coût est en dollar américain. La formule est la suivante :

$$C_{i,A} = PC_{i,A} * b_{i,A} * c_{i,A} * CU_i$$

Le coût estimé d'un PSES (CPSES) pour une année donnée (A) est la somme des coûts estimés pour chacune des prestations (C) incluses dans ce paquet (lignes 6, 9 et 11 dans la figure pour les années 1, 2, etc.). Ce coût est également en dollar américain. La formule est la suivante :

$$CPSES_A = \sum_{i=1}^n C_{i,A}$$

Les variables « Groupes de populations cibles », « Besoins théoriques de santé », « Couverture effective attendue » et « Coût unitaire des prestations » sont susceptibles d'évoluer d'une année sur l'autre (dernière ligne de la figure). Les évolutions des coûts unitaires pris en considération sont seulement liées au taux de change. L'inflation est considérée comme nulle car les coûts des produits et des services comptabilisés dans les prestations de base évoluent très peu et le plus souvent à la baisse lorsque c'est le cas.

La variable prestation reste inchangée d'une année sur l'autre dans nos scénarios.

3. Les sources d'information

Dans les sections suivantes, nous présentons les sources et les hypothèses utilisées pour les projections annuelles sur la période 2020-2030 nécessaires au chiffrage des PSES par dimension : la sélection des prestations pour la définition des différents PSES, le nombre des usagers selon les critères de ciblage, la demande de soins et les coûts unitaires par prestation sélectionnée.

a) La sélection des prestations pour la définition des différents PSES

Le mécanisme d'exemption de paiement de PSES répond à l'objectif spécifique « Assurer à tous et à toutes, et à tout âge, les conditions d'une bonne santé sur la base d'un accès universel aux soins de santé primaire » (assistance sociale) de l'axe stratégique 3 de la PNPPS (MAST, 2020). L'émphase mise sur les soins de santé primaires³³ est alignée sur les priorités nationales du secteur santé (MSPP, 2012 ; MSPP, 2013 ; MSPP, 2016a; MSPP, 2021) et les recommandations internationales en matière de santé universelle (WHO, 1978 ; WHO, 2008 ; PAHO, 2014 ; PAHO/WHO, 2017 ; WHO, 2018a; WHO, 2018b ; WHO et UNICEF, 2018 ; PAHO/WHO, 2019). La PNPPS précise que les services sélectionnés dans les PSES le seront principalement au « premier niveau de soins » du système national de santé « non sans assurer le continuum des soins de santé »³⁴. Cela ouvre la possibilité d'inclure exceptionnellement quelques services normalement délivrés au deuxième niveau de soins.

³³ Voir [en ligne] : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.

³⁴ Le système national de santé est organisé en trois niveaux de soins. Le premier niveau se concentre sur les soins de santé primaire et distingue trois échelons avec les Centres communautaires de santé (échelon 1), les Centres de santé (échelon 2) et les Hôpitaux communautaires de référence (échelon 3).

Les sources utilisées pour sélectionner les prestations des différentes versions des PSES sont la publication « Paquet essentiel de service » (PES) du MSPP (MSPP, 2016a) et le rapport de l'exercice de budgétisation du paquet essentiel de services (PES) conduit par le MSPP avec l'appui du projet « Health Finance and Governance » (HFG) de l'USAID en 2018 (MSPP, 2018).

Le PES définit l'offre de services de santé du premier et du second niveau de soins du système national de santé. Il est le cadre national de référence incontournable pour le présent exercice de chiffrage du fait, entre autres, de son caractère inter-programmatique et de sa dimension transversale. Il définit l'organisation générale du système de santé, la restructuration du niveau primaire de soins, les profils types des institutions de santé du premier et du second niveau de soins, la gamme de services, les médicaments essentiels et les équipements et matériels requis ainsi que les standards, normes et procédures de l'offre de soins, des infrastructures et de la gestion des déchets.

Le tableau 9 présente les 10 composantes de la gamme des services essentiels de santé définie dans le PES, les sous-composantes et le nombre de prestation pour chacune d'entre elles. Au total, le PES propose 41 sous-composantes et 363 prestations.

Pour l'élaboration des différents PSES, le choix des prestations à inclure a été systématiquement réalisé en deux temps :

- i) Pré-sélection des prestations dans le PES (MSPP, 2016a) à l'aide des critères de priorisation précédemment présentés (voir supra),
- ii) Sélection des prestations à condition de disposer des données de coûts dans le rapport de l'exercice de budgétisation du PES conduit par le MSPP (MSPP, 2018).

b) Le nombre des usagers

Tel que précisé déjà, les prestations incluses dans les différents PSES ne s'adressent pas de manière automatique à l'ensemble de leurs populations cibles. Le plus souvent, elles ciblent des sous-groupes de ces populations cibles spécifiques à la situation et/ou à l'évènement de santé couvert par la prestation de référence (voir supra). Dans cette section, nous distinguons les sources utilisées pour calculer le nombre des usagers sur des bases démographiques, sanitaires et sur des bases combinant des critères démographiques, sanitaires et/ou situationnelles.

i) Les groupes de population ciblés sur des bases démographiques

Les groupes de population ciblés sur des bases démographiques se distinguent selon des critères d'âge et de sexe. Pour estimer le nombre des usagers ciblés sur des bases démographiques, nous reprenons les mêmes sources et les mêmes hypothèses que celles utilisées pour l'estimation du coût des transferts monétaires de la PNPPS pour cohérence entre les différents travaux (Tromben, Cecchini et Randolph, 2020). Il est fait usage de l'information provenant de la publication « Paquet essentiel de service » du MSPP (MSPP, 2016a), du recensement 2003, des actualisations des projections démographiques publiées par la Division de Statistiques des Nations Unies¹⁵ et des tabulations effectuées à partir de l'enquête de ménages EMMUS 2016-2017. Concernant les projections démographiques, nous utilisons les projections « médium-variant »¹⁶.

¹⁵ World Population Prospects 2019, DESA, Nations Unies [en ligne] <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Interpolated/>.

¹⁶ Voir les définitions des variantes de projections : <https://population.un.org/wpp/DefinitionOfProjectionVariants/>. La variante correspondant à la moyenne (« medium-variant ») se définit de la manière suivante : pour projeter les niveaux futurs de fécondité et de mortalité, des méthodes probabilistes sont utilisées pour refléter l'incertitude des projections basées sur la variabilité historique des changements dans chaque variable. La méthode prend en compte l'expérience passée de chaque pays, tout en reflétant également l'incertitude sur les changements futurs basés sur l'expérience passée d'autres pays dans des conditions similaires. La projection à variante moyenne correspond à la médiane de plusieurs milliers de trajectoires distinctes de chaque composante démographique dérivée à l'aide du modèle probabiliste de la variabilité des changements dans le temps. Les intervalles de prédiction reflètent la dispersion de la distribution des résultats sur les trajectoires projetées et fournissent ainsi une évaluation de l'incertitude inhérente à la projection à variante moyenne.

Tableau 9
Gammes de services essentiels de santé définis par le PES (composantes, sous-composantes et nombre de prestations)

| Composantes de la gamme des services essentiels, nombre de prestations entre parenthèses | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Santé de la femme et de la mère (61) | Santé de l'enfant (47) | Lutte contre les maladies transmissibles (55) | Nutrition (21) | Lutte contre les maladies chroniques non transmissibles (34) | Soins oculaires, lutte contre la cécité évitable et l'incapacité fonctionnelle (42) | Santé mentale (31) | Soins chirurgicaux (25) | Soins bucco-dentaires (26) | Urgences et soins intensifs (21) |
| Sous-composantes, nombre de prestations entre parenthèses | | | | | | | | | |
| Planification familiale et infertilité (10) | Nouveau-nés (0-29 jours) (10) | PEC de l'infection à VIH (21) | PEC de la malnutrition infantile (11) | PEC du diabète & ses complications (12) | Prévention de la cécité nutritionnelle (4) | Approche communautaire en santé mentale (4) | Chirurgie mineure (9) | Promotion de la santé bucco-dentaire (4) | PEC des urgences médico-chirurgicales (14) |
| Pathologies gynécologiques (15) | Enfants (2 mois à 5 ans) (17) | PEC des IST (4) | Suivi nutritionnel des PVVIH (3) | PEC de l'hypertension artérielle et des maladies cardio-vasculaires (9) | PEC de la cataracte (6) | PEC des problèmes courants de santé mentale (27) | Chirurgie majeure (16) | PEC des urgences BD et des traumatismes (6) | Soins intensifs (7) |
| Violence basée sur le genre (11) | Protection contre les maladies immuno-contrôlables (8) | PEC de la tuberculose (8) | Suivi nutritionnel des femmes enceintes (4) | PEC des maladies respiratoires chroniques (5) | PEC des erreurs de réfraction (6) | | | PEC de la carie dentaire (5) | |
| Risques liés à la maternité (25) | Lutte contre malnutrition (12) | PEC des zoonoses (8) | Prévention des carences en oligo-éléments (3) | PEC des cancers (8) | PEC de la rétinopathie diabétique (6) | | | PEC de pathologies courantes en santé BD (6) | |
| | | PEC du choléra (4) | | | PEC des inflammations & infections de l'œil (7) | | | PEC de tumeurs, masses, pathologies glandes salivaires (5) | |
| | | PEC de la lèpre (4) | | | PEC des traumatismes oculaires (5) | | | | |

Source : Élaboration propre adaptée de MSPP (2016).

Le tableau 10 présente les projections des groupes de population ciblés sur des bases démographiques utilisées directement (âge ou sexe) ou de manière combinée (âge et sexe) dans les PSES élaborés pour l'estimation des coûts du mécanisme d'exemption de paiement de services de santé proposés dans le document de PNPPS.

Tableau 10
Projections démographiques de groupes de population selon le sexe et les tranches d'âge, 2019-2030
(En milliers)

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
|----------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Enfants de moins de 1 an | 255 | 254 | 254 | 253 | 252 | 252 | 251 | 250 | 249 | 248 | 247 | 246 |
| Enfants de 0 à 59 mois | 1 266 | 1 263 | 1 261 | 1 257 | 1 253 | 1 249 | 1 245 | 1 243 | 1 239 | 1 233 | 1 227 | 1 222 |
| Enfants de 12 à 59 mois | 1 011 | 1 008 | 1 007 | 1 004 | 1 001 | 997 | 994 | 993 | 990 | 985 | 980 | 976 |
| Adultes de 15 à 49 ans | 5 932 | 6 027 | 6 124 | 6 221 | 6 318 | 6 412 | 6 502 | 6 588 | 6 671 | 6 749 | 6 820 | 6 883 |
| Femmes en âges de procréer (15-49 ans) | 3 015 | 3 062 | 3 108 | 3 154 | 3 200 | 3 243 | 3 285 | 3 325 | 3 364 | 3 400 | 3 433 | 3 462 |
| Femmes de 30 à 49 ans | 1 424 | 1 460 | 1 499 | 1 538 | 1 576 | 1 612 | 1 646 | 1 680 | 1 712 | 1 741 | 1 768 | 1 790 |
| Femmes de 35 à 49 ans | 965 | 999 | 1 035 | 1 070 | 1 105 | 1 137 | 1 168 | 1 198 | 1 226 | 1 251 | 1 274 | 1 293 |
| Femmes de 40 à 70 ans | 1 247 | 1 287 | 1 330 | 1 375 | 1 423 | 1 471 | 1 520 | 1 566 | 1 612 | 659 | 1 707 | 1 755 |
| Hommes de 18 à 59 ans | 2 939 | 2 991 | 3 044 | 3 098 | 3 152 | 3 206 | 3 261 | 3 315 | 3 369 | 3 423 | 3 477 | 3 532 |
| Personnes âgées de plus de 60 ans (PA) | 855 | 883 | 910 | 938 | 968 | 998 | 1 028 | 1 057 | 1 087 | 1 117 | 1 147 | 1 176 |
| PA hommes | 389 | 402 | 414 | 427 | 440 | 453 | 466 | 479 | 493 | 506 | 519 | 532 |
| PA de 60 à 65 ans | 336 | 344 | 353 | 363 | 374 | 386 | 397 | 406 | 415 | 424 | 432 | 439 |

Source : élaboration propre, sur la base des projections démographiques (méthode medium-variant), publiées par la Division de Statistiques des Nations Unies [en ligne] <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Interpolated/> et de données de la dernière EDS (IHE et ICF, 2018).

ii) Les groupes de population ciblés sur des bases sanitaires

Dans chacun des PSES étudiés, une partie des prestations est liée à des événements spécifiques de santé avec ou sans considérations démographiques. Pour estimer le nombre des usagers ciblés sur des bases sanitaires, il est fait usage de l'information provenant de la publication « Paquet essentiel de service » du MSPP (MSPP, 2016), de la dernière enquête démographique de santé (EDS) (IHE et ICF, 2018), de la littérature des programmes nationaux de santé de référence (documents techniques, documents stratégiques, plans, rapports, etc.), du rapport de l'exercice de budgétisation du paquet essentiel de services conduit par le MSPP avec l'appui du projet « Health Finance and Governance (HFG) » de l'USAID en 2018 (MSPP, 2018) et de nos propres projections.

Le tableau 11 présente les projections des groupes de population ciblés sur des bases sanitaires dans les PSES élaborés pour l'estimation des coûts du mécanisme d'exemption de paiement de services de santé proposés dans le document de PNPPS.

Les groupes cibles « Naissances vivantes, Mort-né et Nouveau-né survivants » sont nécessaires pour la quantification de certaines prestations. Par exemple, la quantification de la prestation « Suivi des accouchements eutociques et accouchements compliqués » se base sur le nombre des naissances totales (Naissances vivantes + Morts nés), celles des prestations de vaccination BCG et polio sur le nombre de naissances vivantes et celles des prestations de vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, etc. sur le nombre de nouveau-nés survivants. Ces trois groupes cibles sont définis dans l'encadré 2.

Encadré 2
Définitions simplifiées de Naissance vivante, Mort-né et Nouveau-né survivant

Naissances vivantes (Eurostat, 2003) : « Naissances d'enfants montrant un signe quelconque de vie. Il s'agit du nombre des naissances à l'exclusion des mort-nés. »

Mort-nés (Eurostat, 2003) : « L'expulsion ou l'extraction du corps de la mère d'un fœtus mort, à partir du moment où il est généralement présumé capable d'une vie extra-utérine indépendante (traditionnellement, après 24 ou 28 semaines de gestation).

Les enfants nés vivants mais décédés peu après la naissance ne sont pas inclus dans cette catégorie. »

Nouveau-nés survivants : « Les nouveau-nés survivants sont les enfants nés vivants et qui ne sont pas décédés durant la période néonatale c'est-à-dire entre leur naissance et le 28ème jour de vie. »

Source : Eurostat (2003).

Tableau 11
Projections des groupes de population ciblés sur des bases sanitaires, 2020-2030
(En milliers)

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Femmes enceintes de 15 à 49 ans | | 267,7 | 271,8 | 275,8 | 279,7 | 283,5 | 287,2 | 290,7 | 294,1 | 297,3 | 300,1 | 302,6 |
| Femmes enceintes exposés au VIH (séropositives) et aux interruptions de grossesse | | 4,2 | 4,2 | 4,2 | 4,2 | 4,2 | 4,2 | 4,2 | 4,2 | 4,2 | 4,2 | 4,2 |
| Naissances vivantes | 269,9 | 269,0 | 268,0 | 266,9 | 265,7 | 264,5 | 263,2 | 261,8 | 260,4 | 259,0 | 257,6 | 256,2 |
| Morts-nés | | 5,3 | 5,4 | 5,5 | 5,6 | 5,6 | 5,7 | 5,8 | 5,8 | 5,9 | 6,0 | 6,0 |
| Nouveau-nés survivants | | 268,7 | 267,7 | 266,7 | 265,5 | 264,3 | 262,9 | 261,6 | 260,2 | 258,8 | 257,4 | 256,0 |
| Sous-groupes d'enfants nécessitant une prise en charge du paludisme (accès palustre simple et grave) | | | | | | | | | | | | |
| – moins de 6 mois | | 0,4 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| – de 6 à 11 mois | | 0,4 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| – de 1 à 2 ans | | 0,8 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 |
| – de 6 mois à 2 ans | | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| – de 2 à 3 ans | | 0,4 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| – de 3 à 4 ans | | 0,4 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| PVVIH nécessitant une prise en charge | 17,5 | 17,7 | 18,0 | 18,2 | 18,4 | 18,6 | 18,8 | 19,1 | 19,3 | 19,5 | 19,8 | 20,0 |

Source : Élaboration propre sur la base des projections démographiques (méthode medium-variant), publiées par la Division de Statistiques des Nations Unies et de données et projections de la dernière EDS (IHE & ICF, 2018) et du MSPP (2015, 2018 et 2020).

iii) Les groupes de population ciblés sur des bases combinées (démographiques, sanitaires et/ou situationnelles)

Enfin, pour tout ou partie de certains des PSES chiffrés, le ciblage des prestations sélectionnées combine des critères démographiques, sanitaires et/ou situationnelle.

Pour estimer le nombre des « Victimes de violences basées sur le genre » (VBG), il est fait usage de l'information provenant de la publication « Paquet essentiel de service » du MSPP (MSPP, 2016a) et du rapport de l'exercice de budgétisation du paquet essentiel de services conduit par le MSPP en 2018 (MSPP, 2018) et de nos propres projections. Le tableau 12 présente les projections de victimes de VBG.

Tableau 12
Projections des Victimes de violences basées sur le genre (VBG), 2020-2030

| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
|-------------------------------------------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Victimes de violences basées sur le genre | 1 056 | 905 | 755 | 755 | 755 | 755 | 755 | 755 | 755 | 755 | 755 |

Source : Élaboration propre sur la base de données et de projections du MSPP (2015, 2018 et 2020).

Pour estimer le nombre des personnes en situation de handicap (PSH), nous reprenons les mêmes sources et les mêmes hypothèses que celles utilisées pour l'estimation du coût des transferts monétaires de la PNPPS (Tromben, Cecchini et Gilbert, 2020). Il est fait usage de l'information provenant de la publication « Paquet essentiel de service » du MSPP (MSPP, 2016a), de la dernière EDS (IHE et ICF, 2018), des sources de données démographiques déjà mentionnées, du rapport de l'exercice de budgétisation du paquet essentiel de services (MSPP, 2018), de la littérature programmatique du MSPP (2020) et de nos propres projections.

Pour les estimations relatives à la situation de handicap, nous nous référons à la dernière EDS. L'EMMUSVI (2016-2017) indique que 20% de la population déclare des difficultés dans l'un des domaines suivants : la vue, l'ouïe, la communication, la faculté de se rappeler ou de se concentrer, la capacité à marcher ou à monter des marches, et la capacité de se laver ou de s'habiller. Les personnes éprouvent quelques difficultés dans 16% des cas, beaucoup de difficultés dans 3% des cas ou ne peuvent pas du tout fonctionner dans un domaine dans moins de 1% des cas. Pour le chiffrage du PSES en faveur des PSH, ce sont les personnes qui déclarent avoir beaucoup de difficultés et qui ne peuvent pas fonctionner du tout qui sont considérées comme étant la population cible : ces personnes avec handicap sévère représentent 3,5% de la population.

Le tableau 13 ne présente que les principales projections pour Personnes en situation de handicap afin de ne pas surcharger la publication. Nous ne présentons pas les données résultant du ciblage combinant des critères d'âge, de santé et/ou d'identification par les programmes nationaux de santé de référence : PSH avec asthme, nécessitant un traitement chirurgical du glaucome, nécessitant une prise en charge de la lèpre par tranche d'âge (enfants de moins de moins de 10 ans, enfants de 10 à 14 ans et adultes), du diabète et de ses complications, de l'hypertension artérielle (HTA) et des maladies cardio-vasculaires, de différents problèmes de santé mentale (cas de maltraitance et d'agression, dépressions, troubles de développement de l'enfant, enfants en difficultés d'apprentissage, psychoses et épilepsies), et de certains soins bucco-dentaires.

Tableau 13
Projections des Personnes en situation de handicap (PSH), 2019-2030
(En milliers)

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| PSH | 393 | 398 | 403 | 408 | 412 | 417 | 422 | 427 | 431 | 436 | 440 | 444 |
| PSH de 5 à 19 ans | 125 | 125 | 125 | 126 | 126 | 126 | 127 | 127 | 127 | 127 | 127 | 127 |
| PSH de 5 à 65 ans | 331 | 335 | 339 | 344 | 348 | 352 | 356 | 360 | 364 | 368 | 372 | 376 |
| PSH de 10 à 19 ans | 81 | 82 | 82 | 82 | 83 | 83 | 84 | 84 | 84 | 84 | 84 | 84 |
| PSH de plus de 35 ans | 122 | 126 | 130 | 134 | 137 | 141 | 145 | 149 | 153 | 157 | 160 | 164 |
| PSH de 50 à 75 ans | 51 | 52 | 53 | 54 | 56 | 57 | 59 | 60 | 62 | 64 | 66 | 68 |
| PSH de 60 à 65 ans | 24 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 |
| PSH avec asthme | 101 | 102 | 103 | 105 | 106 | 107 | 108 | 109 | 111 | 112 | 113 | 114 |

Source : Élaboration propre sur la base des projections démographiques (méthode medium-variant), publiées par la Division de Statistiques des Nations Unies [en ligne] : <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Interpolated/> et de données et projections de la dernière EDS [IHE & ICF, 2018] et du MSPP (2015, 2018 et 2020).

Tel que précisé déjà, nous ne réalisons pas d'estimation des coûts du PSES en faveur des Rapatrié-e-s. Cependant, pour mémoire, l'information collectée sur ce public cible l'a été principalement à partir d'une enquête du Ministère de la santé publique de la République Dominicaine réalisée en 2012 sur la population d'origine étrangère dont 87,3% était d'origine haïtienne (Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana, 2014) et de la littérature programmatique du Groupe d'appui aux rapatriés et réfugiés (GARR, Haïti) et de l'Organisation internationale pour la migration¹⁷ (OIM, 2017 ; OIM, 2018 ; OIM, 2019). Le tableau 14 résume les principales données populationnelles collectées concernant les rapatrié-e-s pour les années 2017, 2018 et 2019.

Tableau 14
Données collectées pour les rapatrié-e-s et les retourné-e-s, 2017-2019

| | 2017 | 2018 | 2019 |
|-----------------------------------------------|--------|--------|---------|
| Nombre de rapatrié-e-s | 40 212 | 49 783 | 101 806 |
| Nombre de retourné-e-s spontané-e-s | 31 601 | 1 159 | 1 414 |
| Total | 71 813 | 50 942 | 103 365 |
| Part de femmes | 32% | - | - |
| Part d'hommes | 68% | - | - |
| Nombre de mineur-e-s non accompagné-e-s (MNA) | 1 795 | 172 | 244 |

Source : Élaboration propre adaptée de GARR (2020).

Pour estimer le nombre des Personnes âgées (PA), il est fait usage de l'information provenant de la publication « Paquet essentiel de service » du MSPP (MSPP, 2016a), des sources de données démographiques déjà mentionnées, de la littérature programmatique du MSPP (2020), du rapport de l'exercice de budgétisation du paquet essentiel de services (PES) (MSPP, 2018) et de nos propres projections. Le tableau 15 présente les projections de personnes âgées.

Tableau 15
Projections des Personnes âgées (PA), 2019-2030
(En milliers)

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
|------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Personnes âgées | 855 | 883 | 910 | 938 | 968 | 998 | 1 028 | 1 057 | 1 087 | 1 117 | 1 147 | 1 176 |
| PA avec asthme | 220 | 224 | 228 | 233 | 249 | 256 | 264 | 271 | 279 | 287 | 294 | 302 |
| PA nécessitant un traitement chirurgical du glaucome | 0,729 | 0,957 | 1,192 | 1,435 | 1,480 | 1,526 | 1,572 | 1,617 | 1,662 | 1,708 | 1,754 | 1,799 |
| PA nécessitant une prise en charge de la lèpre | 0,003 | 0,003 | 0,003 | 0,003 | 0,003 | 0,003 | 0,003 | 0,003 | 0,003 | 0,003 | 0,003 | 0,003 |
| PA diabète et de ses complications | 45 | 46 | 48 | 51 | 53 | 54 | 56 | 58 | 59 | 61 | 62 | 64 |
| PA de HTA et des maladies cardio-vasculaires, | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 31 | 32 | 33 | 34 |
| PA soins bucco-dentaires | 10 | 11 | 13 | 14 | 14 | 15 | 15 | 16 | 16 | 17 | 17 | 17 |
| PA avec problèmes de santé mentale ^a | 99 | 101 | 103 | 105 | 108 | 112 | 115 | 118 | 122 | 125 | 128 | 132 |

Source : élaboration propre sur la base des projections démographiques (méthode medium-variant), publiées par la Division de Statistiques des Nations Unies [en ligne] <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Interpolated/> et de données et projections de la dernière EDS [IHE & ICF, 2018] et du MSPP (2015, 2018 et 2020).

^a Cas de maltraitance et d'agression, dépressions, psychoses et épilepsies.

¹⁷ Voir [en ligne] : <https://haiti.iom.int/fr>.

c) La demande de soins et les coûts unitaires des prestations incluses dans les différents PSES

Pour estimer la demande de soins des nombreux sous-groupes de populations cibles des prestations sélectionnées dans les différentes versions des PSES, il est principalement fait usage de l'information provenant du rapport de l'exercice de budgétisation du paquet essentiel de services (MSPP, 2018) et secondairement de la littérature programmatique du MSPP (2020) complétés par nos propres projections (à partir de 2023).

Pour estimer le coût unitaire des prestations sélectionnées dans les différentes versions des PSES, il est principalement fait usage de l'information provenant du rapport de l'exercice de budgétisation du paquet essentiel de services (MSPP, 2018) mais également d'une étude de la tarification des services dans les institutions sanitaires publiques (MSPP, 2014) pour compléter nos propres projections au-delà de 2022. Pour rappel, la disponibilité de ce coût unitaire est une condition à la sélection des prestations dans les PSES estimés.

Les données de projections retenues pour la demande de soins de chacune des prestations sélectionnées dans les différents PSES et les coûts unitaires utilisés pour ces dernières dans la perspective de la PNPPS sont transmises au MAST en format électronique (tableaux).

4. Le coût administratif de la mise en œuvre

L'estimation des coûts administratifs de la mise en œuvre du mécanisme d'exemption de paiement des PSES définis par la PNPPS dépend du contexte et de l'approche (Ridde et al., 2014 ; Meda et al., 2020).

Notre révision de la littérature sur les nombreuses politiques de gratuité des soins existantes dans des contextes de pays à faible revenu tels que le Bénin, le Burkina Faso, le Burundi, le Mali, le Niger, le Sénégal, etc. (Ridde et al., 2012a ; Ridde et al., 2012b ; Witter et al., 2016 ; Francis-Oliviero et al., 2020) et la consultation d'experts travaillant spécifiquement sur ces dernières ne nous ont pas permis d'identifier des connaissances sur les coûts administratifs de leur mise en œuvre (Turcotte-Tremblay et al., 2016).

En Haïti, les principaux programmes de santé ayant supprimé le paiement direct de certains services essentiels sont le *Programme élargi de vaccination* (PEV) et les *programmes de lutte contre les maladies dites de la pauvreté, VIH/Sida, paludisme et tuberculose*. L'autre programme national de santé pouvant servir de référence pour l'estimation des coûts administratifs de la mise en œuvre du mécanisme d'exemption de paiement des PSES est le *financement basé sur les résultats* du fait de son approche basée sur les résultats¹⁸. Progressivement mis en œuvre depuis 2014, il finance les institutions de santé et leur personnel à travers le paiement de primes (« bonus ») conditionnées à la quantité et à la qualité de prestations considérées prioritaires effectivement délivrées au niveau primaire (MSPP, 2016b).

De tous ces programmes prioritaires, seul le *Programme national de lutte contre le Sida* (PNLS) a produit et partagé ses coûts administratifs dans une période récente¹⁹. Plus précisément, le PNLS a réalisé l'estimation du flux des ressources et dépenses liées au VIH/SIDA pour 2014, 2015 et 2016 (MSPP/PNLS, 2016 ; MSPP/PNLS, 2018).

Cet exercice, communément intitulé « REDES » (Ressources et dépenses relatives au Sida), est recommandé par le niveau global pour assurer le suivi annuel des ressources dont bénéficie la riposte à l'épidémie de VIH à l'échelon des pays. L'approche est standardisée à l'aide d'une méthode normalisée de notification des données et d'indicateurs permettant le suivi des progrès accomplis dans le sens des Objectifs de la Déclaration d'engagement adoptée lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS1). La classification REDES est un outil précieux d'analyse et de planification car il permet d'obtenir les informations nécessaires au processus décisionnel

¹⁸ Voir [en ligne] : <http://fbr.mspp.gouv.ht/>.

¹⁹ On peut s'étonner et regretter l'absence de rapport consolidé de dépenses pour les autres programmes mentionnés étant donné leur envergure, leur caractère prioritaire et leur financement externe. Outre les questions de transparence et de reddition de compte, ces données permettraient d'analyser leur efficacité et subséquemment leur mise en œuvre, voir leur pertinence dans une situation de ressources contraintes et de besoins quasi incommensurables.

et de contribuer à l'élaboration des politiques de lutte contre l'épidémie de VIH (ONUSIDA, 2009). Il constitue un cadre commun de suivi et d'évaluation par pays, entre pays et au niveau mondial de la lutte contre le VIH/SIDA.

Les données du PNLS étant les seules produites et publiées en Haïti en ce qui concerne les programmes pouvant servir de référence pour l'estimation des coûts administratifs de la mise en œuvre des PSES de la PNPPS, nous travaillons avec celles-ci pour l'élaboration de nos hypothèses de travail.

Le cadre REDES est articulé en huit catégories de dépenses (ONU SIDA, 2009 ; MSPP/PNLS, 2016 ; MSPP/PNLS, 2018) : i) *Prévention* ; ii) *Soins et traitement* ; iii) *Orphelins et autres enfants rendus vulnérables* ; iv) *Protection sociale et services sociaux* ; v) *Environnements favorables* ; vi) *Recherches* ; vii) *Ressources humaines* ; viii) *Gestion et administration de programme*. Nous utilisons les données de dépenses de la catégorie « *Gestion et administration de programme* ».

Les dépenses de cette catégorie sont définies comme « *les dépenses administratives ne relevant pas de la pratique de soins de santé* » (ONUSIDA, 2009). Elles sont subdivisées en dépenses d'interventions et d'activités suivantes : i) *Planification, coordination et gestion de programmes* ; ii) *Coûts administratifs et de transactions liés à la gestion et au décaissement de fonds* ; iii) *Suivi et évaluation* ; iv) *Recherche opérationnelle* ; v) *Surveillance sérologique* ; vi) *Surveillance de la pharmaco-résistance du VIH* ; vii) *Systèmes d'approvisionnement en médicaments* ; viii) *Technologies de l'information* ; ix) *Supervision assurée par le personnel et suivi des patients* ; x) *Amélioration et construction d'infrastructures* ; xi) *Gestion et administration de programmes, données non ventilées par type d'activité* ; xii) *Gestion et administration de programmes, données non classifiées ailleurs*.

Le tableau 16 présente les coûts des postes de i) *Planification, coordination et gestion de programmes* ; ii) *Coûts administratifs et de transactions liés à la gestion et au décaissement de fonds* ; iii) *Suivi et évaluation* retenus pour l'élaboration de nos hypothèses de travail, en pourcentage du coût total du programme. Seules les années 2014, 2015 et 2016 sont présentées car il n'y a pas eu de REDES depuis²⁰.

Tableau 16
Postes et parts des dépenses du PNLS 2014, 2015 et 2016 de référence pour l'estimation des coûts administratifs du mécanisme d'exemption de paiement des PSES de la PNPPS
(En pourcentages et dollars américains)

| Poste de dépenses du PNLS de référence | 2014 | 2015 | 2016 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Planification, coordination et gestion de programmes <i>(en pourcentages)</i> | 2,52 | 2,44 | 8,50 |
| Coûts administratifs de transaction liés à la gestion et au décaissement des fonds <i>(en pourcentages)</i> | 2,23 | 3,20 | 6,27 |
| Suivi et évaluation <i>(en pourcentages)</i> | 1,85 | 3,01 | 2,02 |
| Total des « coûts administratifs » <i>(en pourcentages)</i> | 6,60 | 8,65 | 16,79 |
| Coût total du PNLS <i>(en dollars américains)</i> | 137 722 259 | 127 773 951 | 110 600 638 |

Source : Élaboration propre sur la base de MSPP/PNLS (2016 et 2018).

Les dépenses de *Planification, coordination et gestion de programmes* sont en moyenne de 4,5% pour la période 2014 à 2016, celles des *Coûts administratifs de transaction liés à la gestion et au décaissement des fonds* de 3,9% et celles de *Suivi et évaluation* de 2,3%. Cumulées, elles sont en moyenne de 10,7% avec une tendance à l'augmentation entre 2014 (6,6% au total) et 2016 (16,8%).

²⁰ Il est dommage que le seul programme prioritaire de santé qui faisait l'effort de produire et publier ces données consolidées de ressources et de dépenses ne le fasse plus depuis 2016 d'autant plus qu'il constitue probablement le programme de santé avec le budget le plus important. Nous disons « probablement » puisqu'il n'existe pas de données consolidées et publiées de la part des autres programmes prioritaires de santé permettant d'en estimer valablement les coûts.

Cette hausse pourrait, entre autres hypothèses, s'expliquer par la diminution de 20% des dépenses totales du PNLS entre 2014 (138 millions de dollars américains) et 2016 (111 millions de dollars américains). La part des coûts administratifs pour l'année 2016 est bien supérieure à celles des années 2014 et 2015. Cette augmentation est largement due à celles du poste de dépenses de *Planification, coordination et gestion de programmes* (8,50% en 2016 vs 2,52 et 2,44% en 2014 et 2015).

Dans nos travaux, les coûts estimés les moins importants sont ceux du PSES en faveur des enfants version *Small* estimés à 1,4 millions de dollars en 2020 et les plus importants ceux de PSES maternelle et néonatale version *Large* estimés à 85,6 millions en 2030. Les coûts des 6 PSES version *Large* cumulés sont estimés à 321 millions de dollars en 2030.

A partir des données de dépenses 2014, 2015 et 2016 de gestion et d'administration du PNLS, nous proposons les hypothèses suivantes pour l'estimation des coûts administratifs de mise en œuvre des PSES de la PNPPS :

- 20% des coûts du ou des PSES pour des dépenses cumulées inférieures à 50 millions de dollars américains
- 15% des coûts du ou des PSES pour des dépenses cumulées comprises entre 50 et 150 millions
- et 10% des coûts des PSES pour des dépenses cumulées supérieures à 150 millions.

C. Résultats du chiffrage pour les paquets de services essentiels de santé (PSES)

Dans cette section, nous présentons les résultats du chiffrage pour six des neuf paquets de services essentiels de santé proposés par la Politique Nationale de Protection et Promotion Sociales (PNPSS) en Haïti (MAST, 2020). En raison des caractéristiques particulières des populations qui ont des besoins de santé, les résultats seront présentés séparément pour chaque paquet, en faisant à chaque fois l'analyse des trois scénarios considérés et des prestations incluses, à l'exception du paquet de santé destiné aux personnes vivant avec le VIH où un seul scénario est présenté. Les listes de prestations incluses dans les différents scénarios de chacun des PSES sont jointes en annexe 1.

Dans toutes les estimations des paquets de services de santé qui se présentent, les coûts d'exemption de paiement des services essentiels sont plus élevés pour la version *Large* de prestations puisque celle-ci contient un plus grand nombre de prestations. Cet ensemble plus élargi de prestations représente les soins souhaitables à offrir aux personnes qui ont besoin de services médicaux pour chaque paquet proposé. Certaines tendances de l'évolution des coûts estimés sont communes à presque tous les PSES pour les deux raisons principales suivantes : i) l'évolution des coûts est moins forte à partir de 2023 parce qu'en l'absence de projections consistantes, les niveaux de couvertures sont maintenus constants ; ii) la part relative des coûts estimés en rapport au PIB diminue avec le temps car nos hypothèses de croissance du PIB sont supérieures à celles de l'évolution de la demande (population dans le besoin et couverture) et des coûts unitaires des prestations retenues dans les différents scénarios de PSES. Nous présentons aussi le poids (part relative) des coûts estimés des prestations incluses dans les PSES regroupées par domaine et sous-domaines de « maladies » pour chacun des scénarios.

Après la révision des estimations du coût par paquet, nous présenterons des résultats consolidant le total des coûts estimés pour l'ensemble des PSES, et ensuite une analyse comparative du poids de chacun d'entre eux dans le coût total des PSES estimés.

1. Le PSES maternelle et néonatale

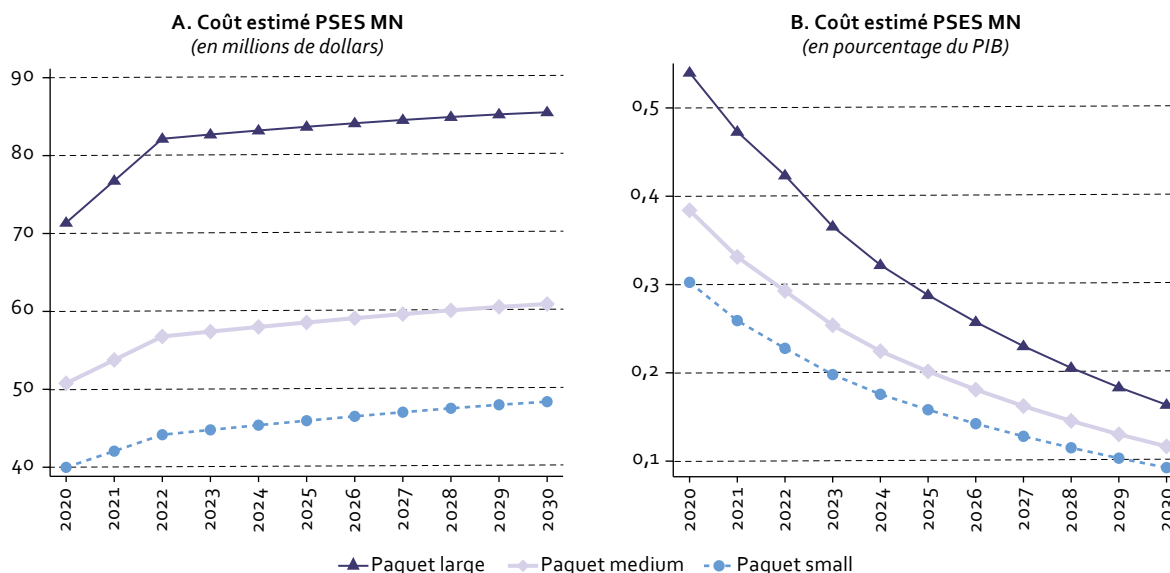
Le PSES maternelle et néonatale est destiné aux femmes enceintes, parturientes, femmes allaitantes et nouveau-nés. Ainsi, ce paquet de santé offre probablement la première rencontre entre le bébé et le système de santé et considère alors les consultations prénatales des femmes enceintes ou post-natales

des femmes allaitantes, ainsi que les premiers examens aux nouveau-nés, par exemple. Les prestations incluses dans ce PSES concernent les domaines de la « santé de la femme et de la mère », de la « santé de l'enfant » (pour les nouveau-nés seulement) et de la « nutrition ».

Nos calculs n'incluent pas l'estimation des coûts de la prestation « Accouchement avec risque élevé et/ou complications graves (fonctions SONUC) » bien qu'elle soit prévue dans le scénario souhaitable (« Large ») car la source utilisée ne propose pas de données de population dans le besoin et de coût unitaire pour cette prestation.

Sur le graphique 3, il est possible d'apprécier que le coût des prestations du PSES maternelle et néonatale varie entre 0,10% et un peu plus de 0,50% du PIB. Si on considère la liste restreinte des prestations (scénario *Small*), entre 2020 et 2030 le coût du PSES maternelle et néonatale varie entre 40,0 et 48,4 millions de dollars ; quant à la liste souhaitable (scénario *Large*) des prestations, les coûts seraient en 2020 de 71,4 millions de dollars et de 85,6 millions de dollars en 2030.

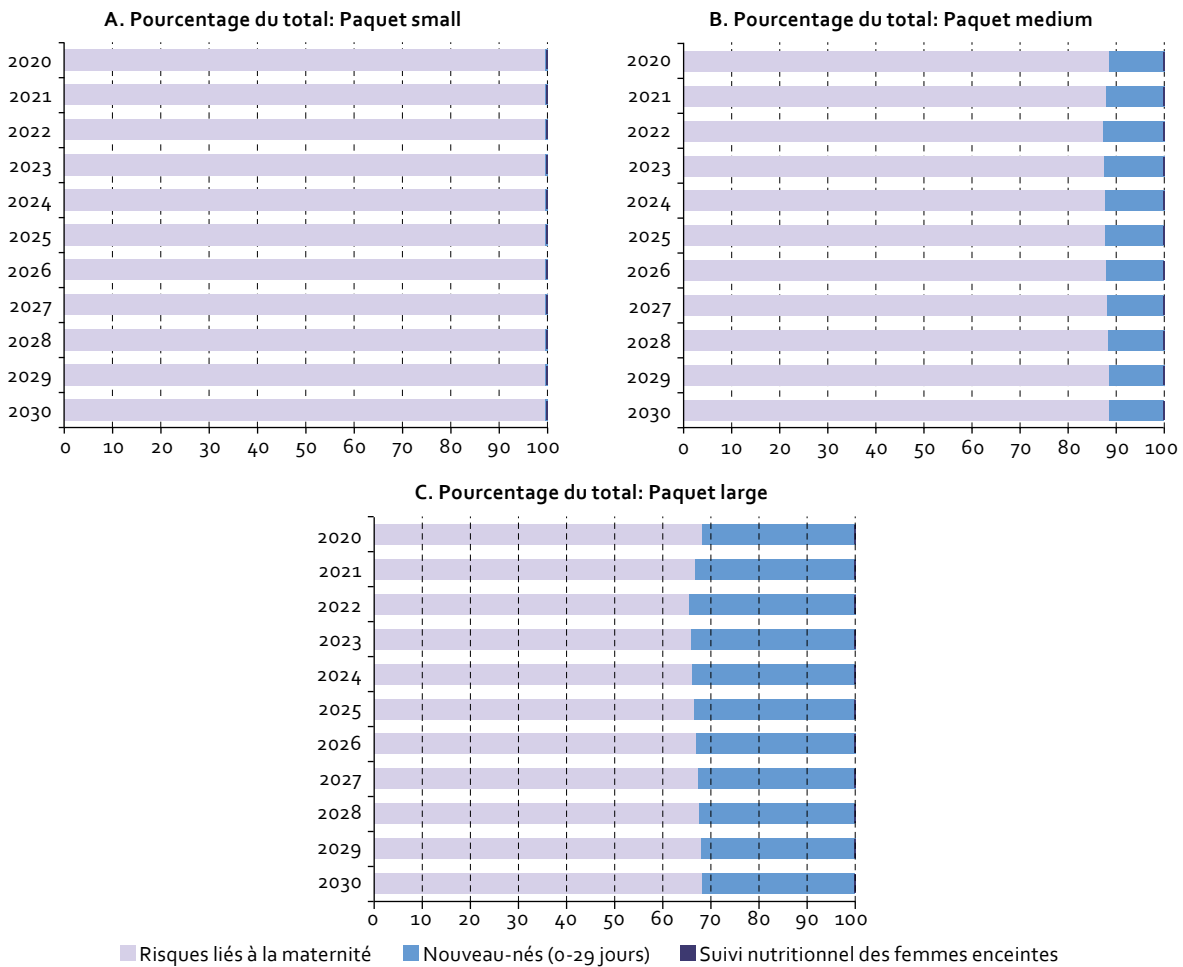
Graphique 3
Estimations des coûts pour chaque scénario du PSES maternelle et néonatale
(En millions de dollars et pourcentage du PIB)



Source : Élaboration propre.

Les estimations montrent que ce sont les risques liés à la maternité (Santé de la femme et de la mère) qui représentent les coûts les plus importants dans chaque scénario (voir graphique 4). La liste moyenne et encore davantage la liste souhaitable montrent que les coûts des exemptions de paiement pour couvrir les besoins des nouveau-nés deviennent plus importants jusqu'à représenter 30% des coûts totaux du PSES. Le coût estimé du forfait souhaitable (scénario *Large*) pour 2020 représente 0,53% du PIB du pays. Le suivi nutritionnel des femmes enceintes représente une proportion mineure des coûts. Cela s'explique parce que deux (*Information, conseil et orientation* et *Evaluation périodique/Suivi de l'état nutritionnel*) des trois prestations qu'il comporte sont incluses dans le suivi de grossesse et que la troisième (*Distribution de fer-acide folique*) a un coût unitaire très faible (13 HTG).

Graphique 4
Distribution des sous-domaines de santé du paquet maternelle et néonatale
 (En pourcentage du total)



Source : Élaboration propre.

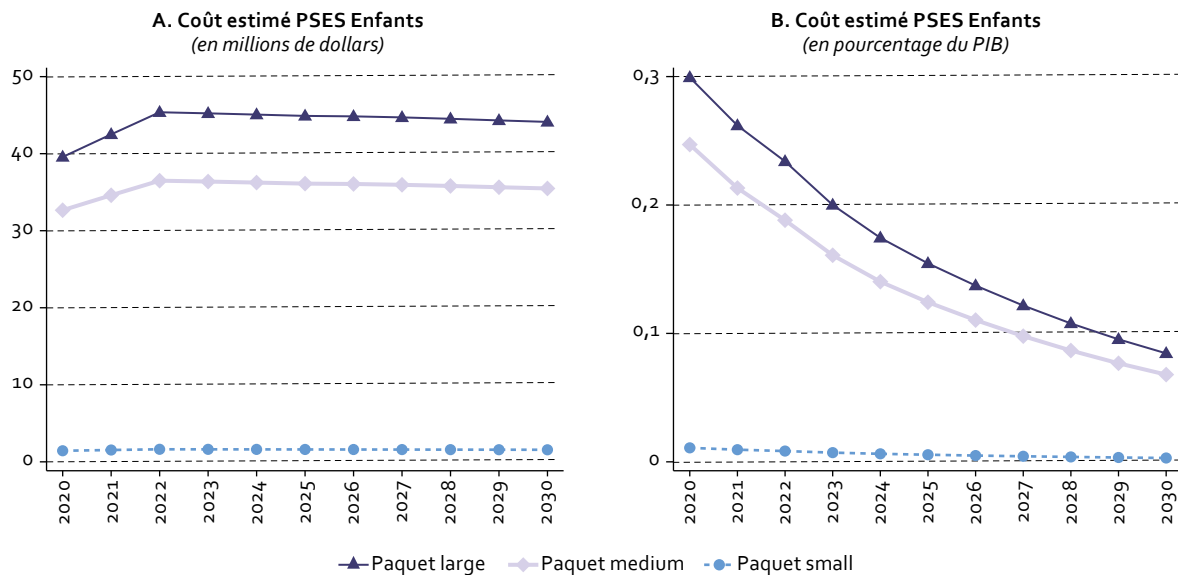
2. Le PSES pour enfants

Le paquet des prestations pour enfants concerne trois domaines pour le chiffrage : la santé des enfants de moins de 5 ans, la lutte contre les maladies transmissibles et la lutte contre la malnutrition. À partir du graphique 5, il est immédiatement possible d'identifier que les coûts de la version *Small* de ce paquet sont très réduits et se maintiennent au cours des années considérées aux alentours de 1,5 millions de dollars. Ceci s'explique car les prestations de vaccination, de lutte contre la malnutrition infantile et de prise en charge du paludisme sont déjà largement subventionnées à travers la Politique nationale de santé. Les coûts estimés pour ce paquet varient entre 1,4 million de dollars en 2020 pour la liste restreinte et 45,4 millions de dollars en 2022 pour la liste des prestations souhaitable.

Nos calculs n'incluent pas l'estimation des coûts de la prestation « Traitement systématique des cas modérés / Lutte contre la malnutrition / Prise en charge médicale des cas dépistés » bien qu'elle soit prévue dans les scénarios Medium et Large car la source utilisée ne propose pas de coût unitaire pour cette prestation.

Ce qui est particulier dans ce cas est que le chiffrage en valeurs absolues est plus au moins stable entre 2020 et 2030 pour les trois listes de prestations proposées, car la demande évolue peu (pour des raisons démographiques en particulier). C'est-à-dire, si avec la mise en œuvre de la liste moyenne le coût en 2020 serait de 32,7 millions de dollars, à la fin de la période de mise en œuvre (2030) la projection des coûts aurait augmenté de moins de 10%. L'évolution des coûts du PSES souhaitable est similaire et varie entre 39,6 millions de dollars en 2020 et 44,1 en 2030. De plus, l'écart entre les coûts de la liste de prestation restreinte et souhaitable diminue considérablement entre 2020 et 2030, de 28 points de pourcentage à 8 points de pourcentage.

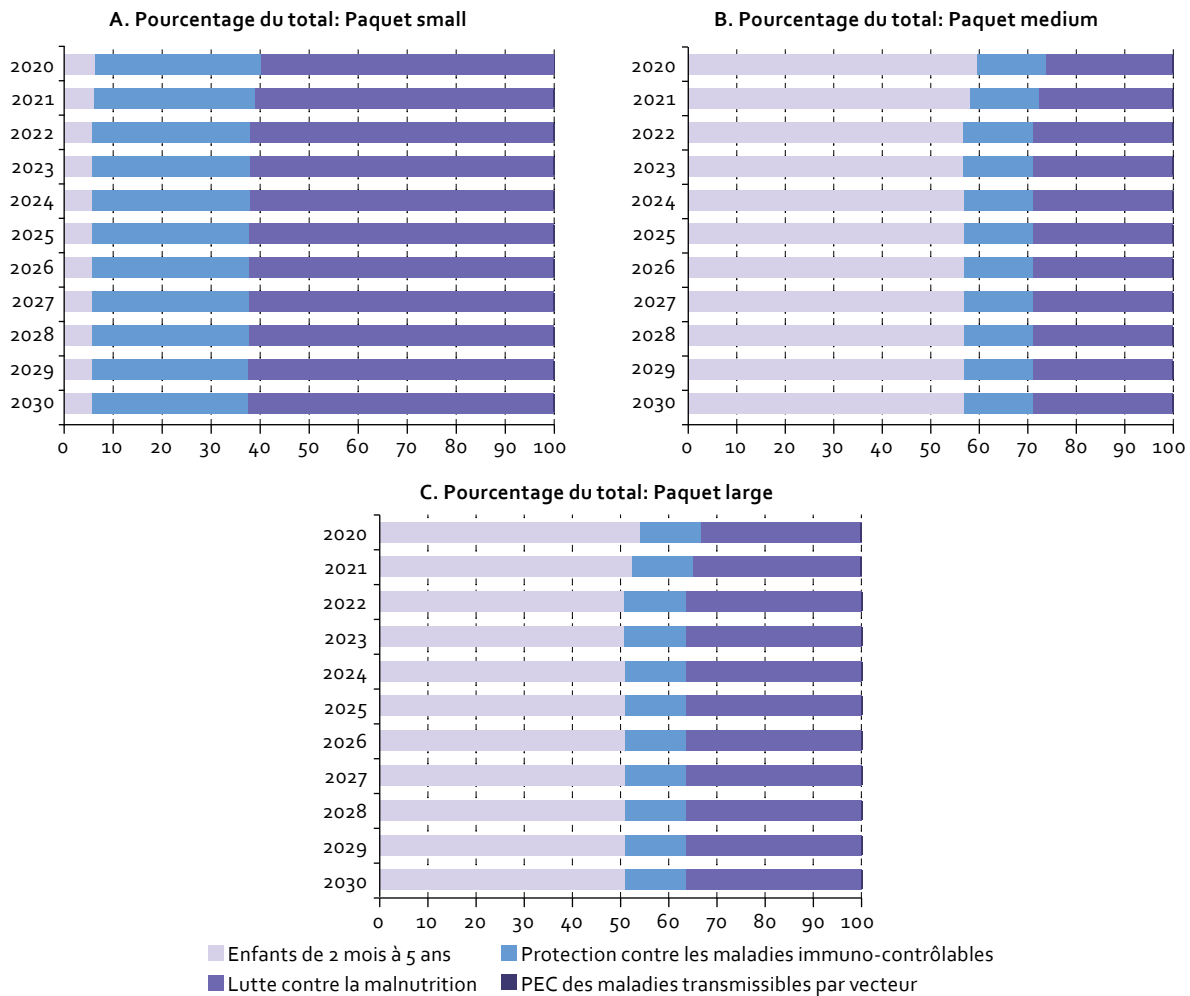
Graphique 5
Estimations des coûts pour chaque scénario du PSES pour enfants
(En millions de dollars et pourcentage du PIB)



Source : Élaboration propre.

En ce qui concerne la distribution des sous-domaines de santé du paquet en faveur des enfants, la lutte contre la malnutrition représente plus de 60% des coûts estimés pour le scénario restreint et la protection contre les maladies immuno-contrôlables apparaît comme le deuxième sous-domaine en importance avec environ 35% des coûts estimés pour ce paquet. Cependant, pour les scénarios moyen et souhaitable (scénarios *Medium* et *Large*), ce sont les prestations ciblées aux enfants de 2 mois à 5 ans qui deviennent plus importantes en termes de coûts. En particulier, si nous considérons la liste de prestations souhaitables (scénario *Large*), ces prestations représentent environ 50% du total des coûts et l'autre moitié des coûts serait répartie entre la lutte contre la malnutrition et la protection contre les maladies immuno-contrôlables (graphique 6). La part des coûts de la prise en charge des maladies par vecteur est très faible parce que la prise en charge du paludisme propose déjà des services essentiels sans frais pour les enfants à travers le *Programme national de lutte contre la malaria* (PNCM) du MSPP et de ses partenaires.

Graphique 6
Distribution des sous-domaines de santé du PSES pour enfants
 (En pourcentage du total du coût du PSES pour enfants)



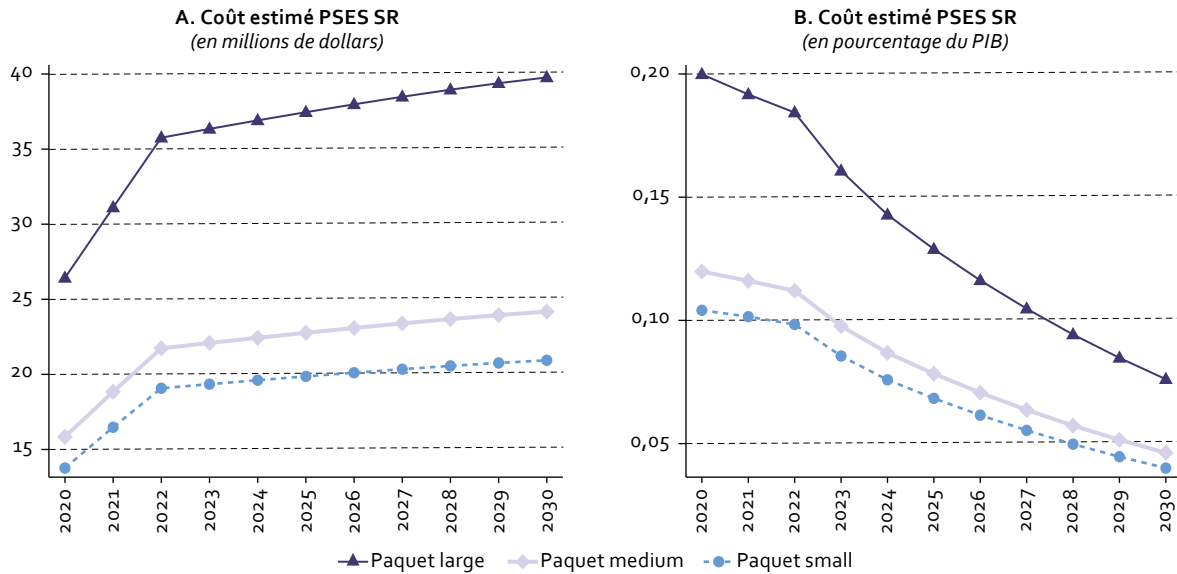
Source : Élaboration propre.

3. Le PSES sexuelle et reproductive

Le PSES sexuelle et reproductive est destiné aux utilisateurs attendus des services de santé sexuelle et reproductive, à savoir les adultes de 15 à 70 ans et des sous-groupes tels que les femmes en âge de procréer, les hommes de 18 à 59 ans et les victimes de violences basées sur le genre. Les prestations incluses dans ce PSES concernent les domaines de la « Santé de la femme et de la mère » et de la « Lutte contre les maladies transmissibles ». Le chiffrage pour ce paquet spécifique de santé revient à un minimum de 13,8 millions de dollars en 2020 pour répondre aux besoins de santé avec une liste restreinte de prestations (scénario *Small*) et à un maximum de 39,8 millions de dollars si pour 2030 la population cible reçoit les prestations de la liste large (scénario *Large*) (voir graphique 7). Les coûts qui, en 2020, étaient de l'ordre de 0,10% à 0,20% du PIB selon les scénarios deviennent inférieurs à 0,0505% pour le cas des listes restreinte (*Small*) et moyenne (*Medium*) de prestations.

Ce qui est particulier pour ce paquet est que les coûts des listes restreinte (*Small*) et moyenne (*Medium*) sont très proches, tandis que les coûts de la liste de prestations souhaitable (*Large*) sont quasiment deux fois plus élevés.

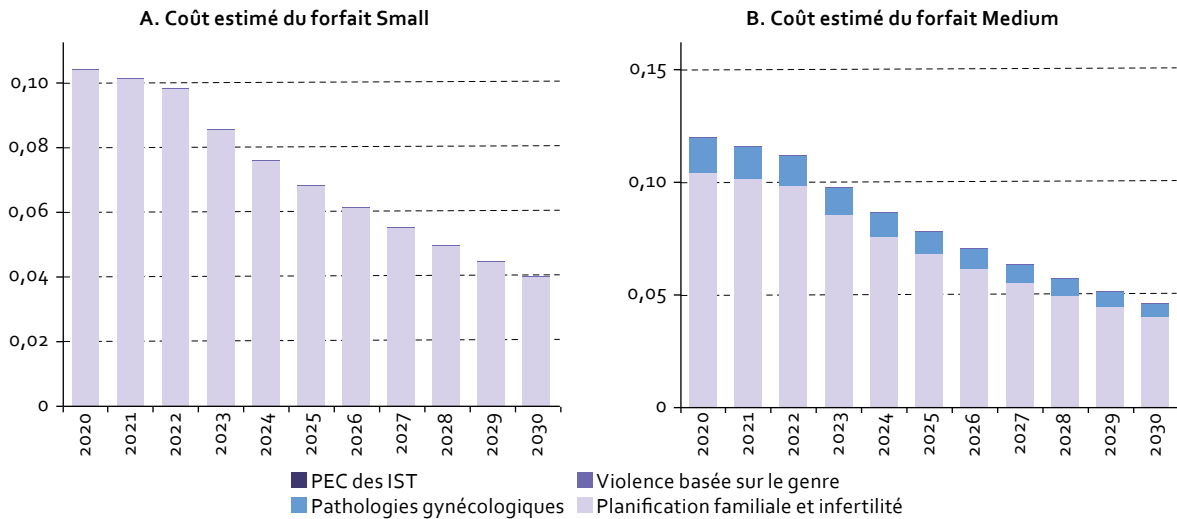
Graphique 7
Estimations des coûts pour chaque scénario du PSES sexuelle et reproductive
(En millions de dollars et pourcentage du PIB)



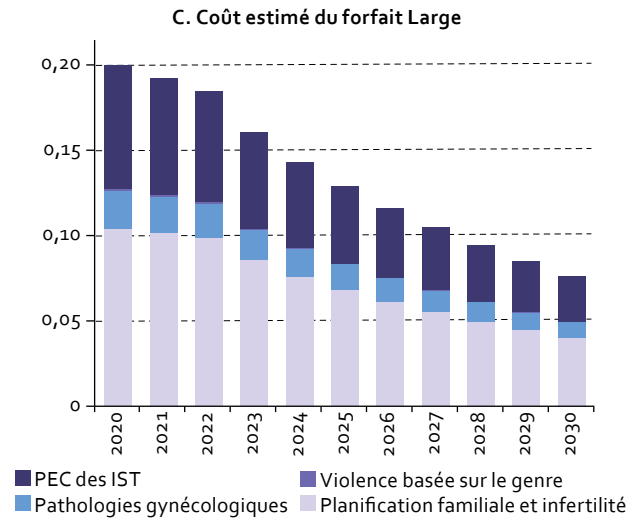
Source : Élaboration propre.

Le graphique 8 montre que c'est la « Planification familiale et infertilité », qui pèse le plus dans l'estimation des coûts de ce paquet. Cependant, à mesure que les scénarios d'estimations augmentent le nombre de prestations, cette proportion diminue et celles concernant les pathologies gynécologiques puis la prise en charge des infections sexuellement transmissibles augmentent. Les coûts estimés des prestations concernant la « Violence basée sur le genre » (VBG) sont faibles parce que les données de population dans le besoin et de couverture sont des données « programmatiques » dans la source utilisée à la différence des autres sous-domaines où ces données sont des prévalences ou des incidences (basées sur les besoins) pour la plupart des prestations. Les effectifs des données programmatiques de référence pour la VBG sont petits et probablement en-deçà des besoins.

Graphique 8
Distribution des sous-domaines de santé du PSES sexuelle et reproductive
(En pourcentage du PIB)



Graphique 8 (conclusion)



Source : Élaboration propre.

4. Le PSES pour personnes en situation de handicap

Ce PSES cible les personnes avec « handicap sévère » (voir supra 3. Les sources d'information). En l'absence de prestations spécifiques aux besoins des PSH dans le Paquet essentiel de services (PES) du MSPP (2016a), nous avons sélectionné les prestations retenues dans les différents scénarios en essayant de tenir compte de la diversité des besoins de santé des PSH. Ainsi cinq domaines sont couverts par ce PSES : lutte contre les maladies transmissibles, maladies chroniques non transmissibles, soins oculaires, soins bucco-dentaires et santé mentale.

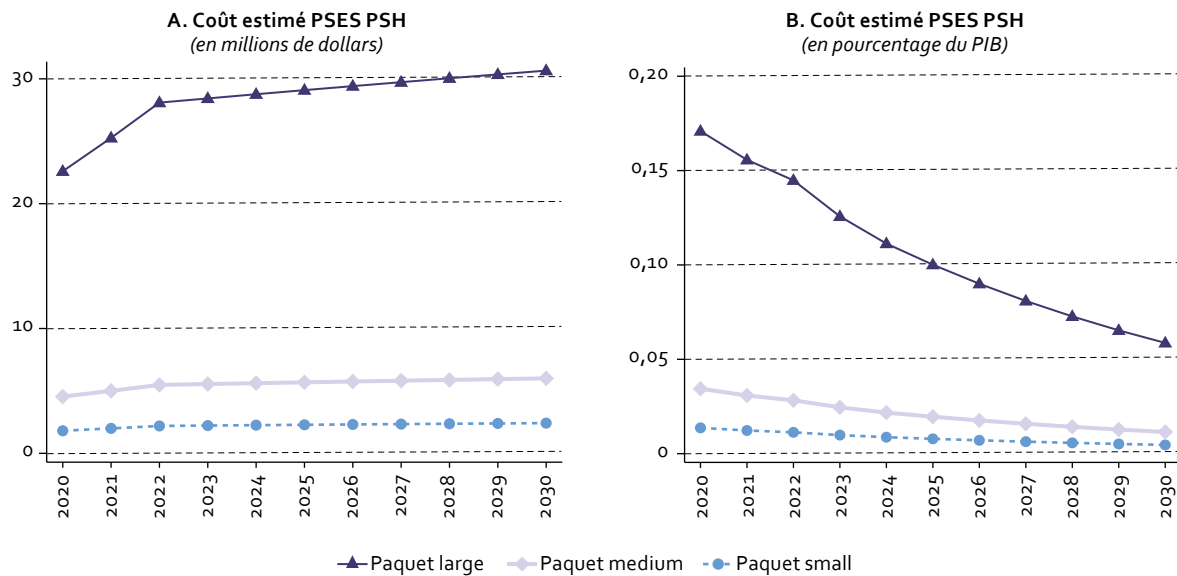
Nos calculs n'incluent pas l'estimation des coûts de la prestation « Screening clinique en consultation urologique de routine » (Diagnostic et traitement du cancer de la prostate) bien qu'elle soit prévue dans le scénario *Large* car la source utilisée ne propose pas de coût unitaire pour cette prestation.

Le paquet des prestations pour les personnes en situation de handicap montre une grande différence des coûts entre les scénarios *Small* et *Medium* et le scénario *Large*. Le premier et deuxième scénario ont des coûts de 1,8 et 4,5 millions de dollars en 2020 en contraste avec le coût de la liste souhaitable de prestations estimé pour la même année à 22,6 millions de dollars pour aboutir à 30,6 millions de dollars en 2030 (environ 0,06% du PIB). Le graphique 9 montre que les coûts des paquets *Small* et *Medium* sont très proches l'un de l'autre. La différence avec le paquet « souhaitable » (*Large*) s'explique par le coût élevé des prestations additionnelles à celles qui sont dans les listes moyenne ou restreinte. Par exemple, le diagnostic et traitement des maladies mentales, en particulier, des cas de psychoses (notamment délire de persécution) et dépression grave, sont sensiblement plus coûteux puisqu'ils ont besoin de plusieurs consultations et de médicaments. C'est le cas également pour les traitements chirurgicaux de tumeurs ou masse qui ont un coût très élevé car ils incluent consultations, interventions chirurgicales et suivis post opératoires, entre autres dépenses.

Ce paquet concerne plus de domaines que les précédents pour les trois scénarios. Avec le paquet en faveur des personnes âgées, il s'agit du paquet qui compte le plus grand nombre de sous-domaines et de prestations à cause des caractéristiques et des besoins de la population ciblée. Comme présenté sur le graphique 10, pour le forfait restreint (*Small*), la proportion des coûts la plus importante concerne les problèmes courants de santé mentale, tandis que dans la liste moyenne (*Medium*), ce sont les traumatismes oculaires et dans la liste souhaitable (*Large*), les tumeurs, les masses ou pathologies

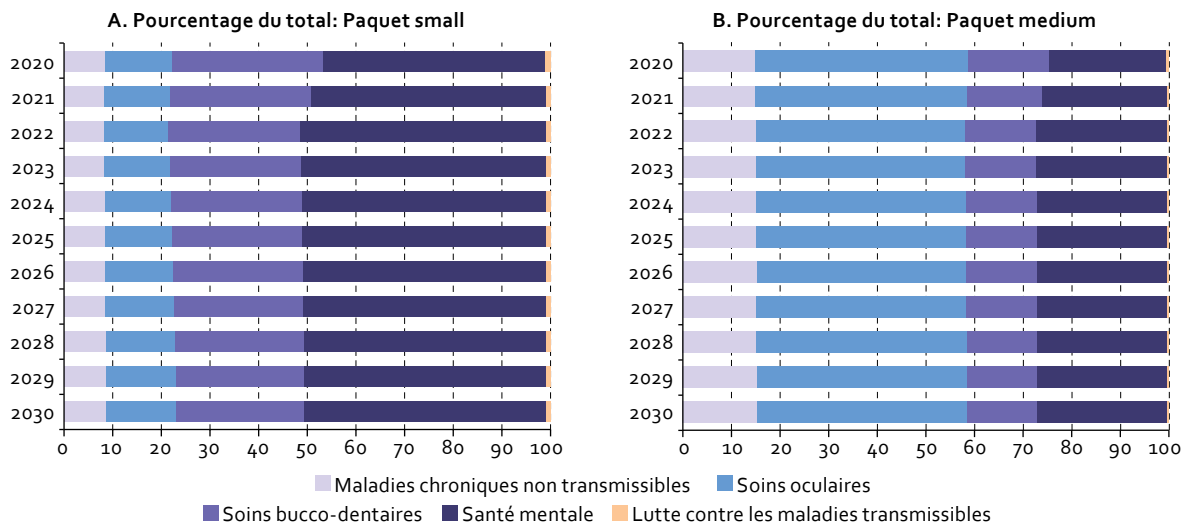
des glandes salivaires. La part des coûts des prestations de lutte contre les maladies transmissibles est faible car le VIH/Sida fait l'objet d'un PSES spécifique, les IST sont couvertes par le PSES-SR, les prestations essentielles pour la tuberculose et le paludisme sont déjà exemptées de paiement à travers les programmes prioritaires de santé concernant ces maladies, le choléra est quasi éliminé (dernier cas en janvier 2019) et finalement la lèpre et les zoonoses ne concernent que quelques cas. Cependant, si les domaines sont variés et la liste de prestations assez longue, comme les effectifs de la population ciblée sont moins importants que ceux des autres paquets, les coûts estimés sont inférieurs 0,2% du PIB en 2020 et proche de 0,06% en 2030.

Graphique 9
Estimations des coûts pour chaque scénario du PSES pour personnes en situation de handicap
(En millions de dollars et pourcentage du PIB)

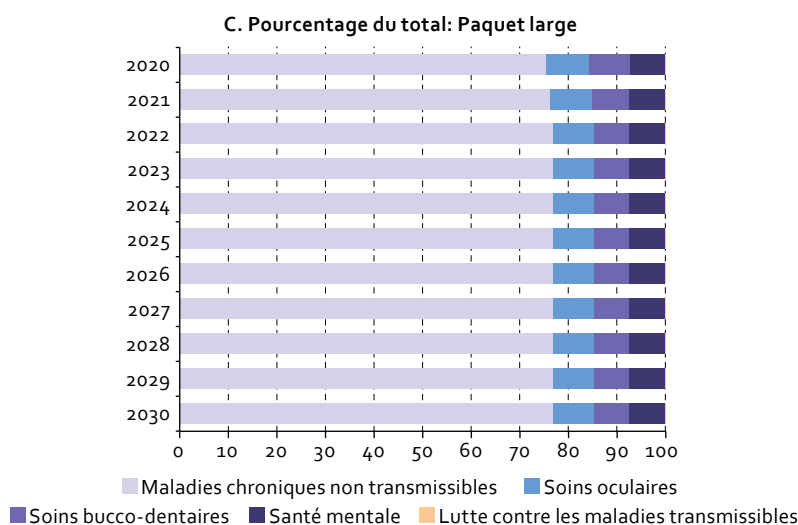


Source : Élaboration propre.

Graphique 10
Distribution des sous-domaines de santé du PSES pour personnes en situation de handicap
(En pourcentage du total du coût du PSES pour personnes en situation de handicap)



Graphique 10 (conclusion)



Source : Élaboration propre.

5. Le PSES pour personnes vivant avec le VIH

Le PSES pour personnes vivant avec le VIH, à la différence des autres PSES, ne considère pas trois listes de prestations de services car le *Programme national de lutte contre le VIH/SIDA* (PNLS) subventionne déjà 100% des coûts des services essentiels de santé pour ce groupe de population. Alors, le tableau suivant présente les estimations de coûts pour les 11 années traitées dans la perspective du PNLS - MSPP. Autrement dit, ce PSES est déjà subventionné et n'impliquerait aucun coût dans les conditions actuelles de financement du PNLS pour la PNPPS.

Seul le sous-domaine « Prise en charge de l'infection à VIH » du domaine de la lutte contre les maladies transmissibles du PES (MSPP, 2016a) est couvert dans ce PSES.

Le tableau 17 montre que les coûts sont stables, même si pendant les trois premières années le coût en dollars diminue, à partir de 2023 les coûts augmentent ensuite et varient entre 119,7 millions de dollars en 2020 et 122,5 millions de dollars en 2030. Ceci se traduit par une variation de 0,9% du PIB en 2020 à 0,2% en 2030. En 2019, 160 000 personnes en Haïti vivent avec le VIH dont 54% sont des femmes de plus de 15 ans (ONUSIDA Haïti, 2019) et comme les prestations sont coûteuses le chiffrage de ce paquet est considérable.

Tableau 17
Estimations des coûts du PSES pour personnes vivant avec le VIH
 (En millions de dollars et pourcentage du PIB)

| Année | Millions de dollars | Pourcentage du PIB |
|-------|---------------------|--------------------|
| 2020 | 120,889 | 0,91 |
| 2021 | 120,186 | 0,74 |
| 2022 | 119,659 | 0,62 |
| 2023 | 120,075 | 0,53 |
| 2024 | 120,480 | 0,47 |
| 2025 | 120,867 | 0,42 |
| 2026 | 121,238 | 0,37 |
| 2027 | 121,592 | 0,33 |
| 2028 | 121,923 | 0,30 |
| 2029 | 122,223 | 0,26 |
| 2030 | 122,488 | 0,23 |

Source : Élaboration propre.

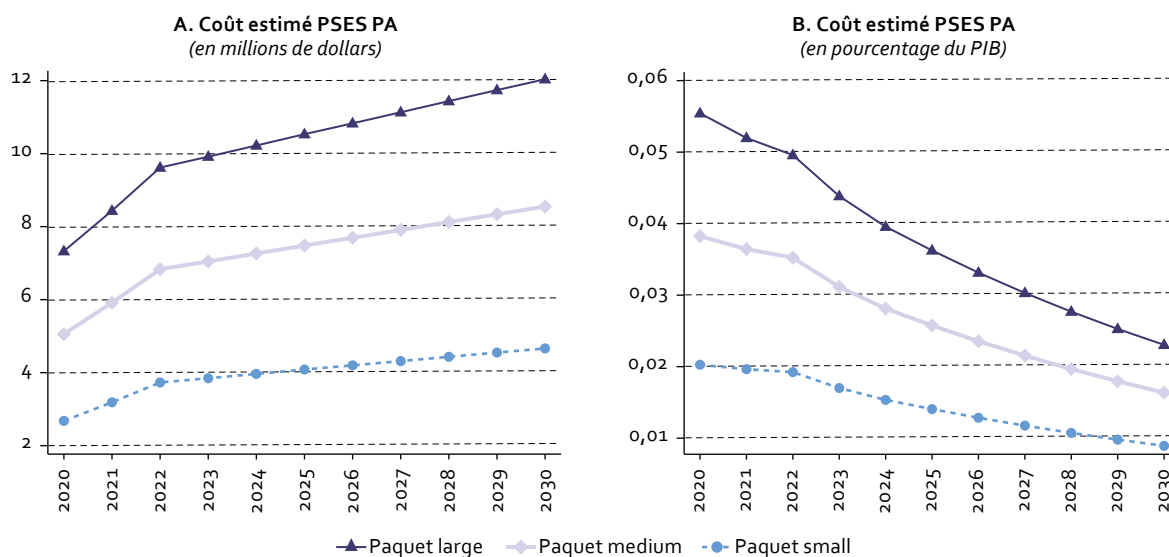
6. Le PSES vieillesse

Le PSES vieillesse est destiné aux personnes âgées (PA) de 60 ans ou plus. En l'absence de prestations spécifiques aux besoins des PA dans le PES du MSPP (2016a), nous avons sélectionné les prestations retenues dans les différents scénarios en essayant de tenir compte de la diversité des besoins de santé des PA. Ainsi cinq domaines sont couverts par ce PSES : Lutte contre les maladies transmissibles, Maladies chroniques non transmissibles, Soins oculaires, Soins bucco-dentaires et Santé mentale. Même si selon les projections de population des Nations Unies en Haïti l'espérance de vie actuelle est de 64 ans, il est à prévoir qu'elle augmente surtout si des mesures de santé telles que celles proposées sont mises en place pour améliorer les conditions de vie, les soins et la santé des personnes appartenant à ce groupe d'âge.

Nos calculs n'incluent pas l'estimation des coûts de la prestation « Screening clinique en consultation urologique de routine » (Diagnostic et traitement du cancer de la prostate) bien qu'elle soit prévue dans le scénario Large car la source utilisée ne propose pas de coût unitaire pour cette prestation.

Sur le graphique 11, les trois scénarios de coûts sont espacés dans des proportions similaires. En 2030, les coûts sont estimés à 4,6 millions de dollars pour le premier (*Small*), 8,5 millions pour le deuxième (*Medium*) et 12,0 millions pour le troisième scénario (*Large*). Par ailleurs, il convient de souligner l'évolution importante des coûts des trois scénarios qui progressent (en valeur absolue) dans le temps pour des raisons démographiques (vieillesse de la population), mais diminuent en valeurs relatives au PIB.

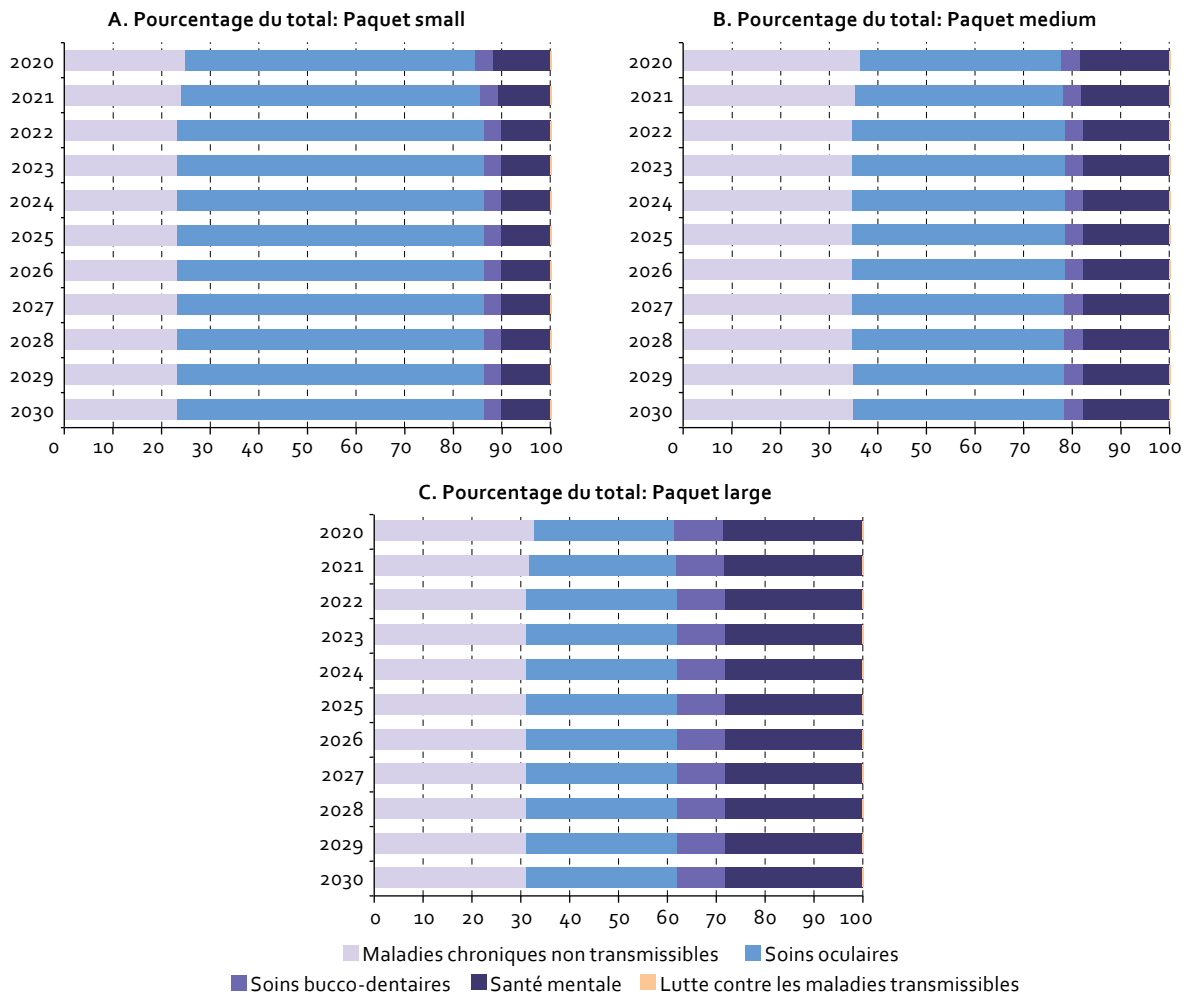
Graphique 11
Estimations des coûts pour chaque scénario du PSES vieillesse
(En millions de dollars et pourcentage du PIB)



Source : Élaboration propre.

Le traitement, l'intervention chirurgicale et le suivi communautaire du glaucome sont les prestations aux coûts les plus élevés, suivies de celles en relation au diabète et ses complications dans les scénarios *Small* et *Medium*. Dans le scénario *Large* des prestations souhaitables, les maladies chroniques non transmissibles telles que maladies respiratoires en particulier, les soins oculaires (la prise en charge du glaucome notamment) et la santé mentale sont les domaines aux coûts les plus importants. Les coûts de la lutte contre les maladies transmissibles sont marginaux pour les raisons semblables à celles exposées pour le paquet en faveur des PSH (voir supra).

Graphique 12
Distribution des sous-domaines de santé du PSES pour personnes âgées
 (En pourcentage du total du coût du PSES pour personnes âgées)

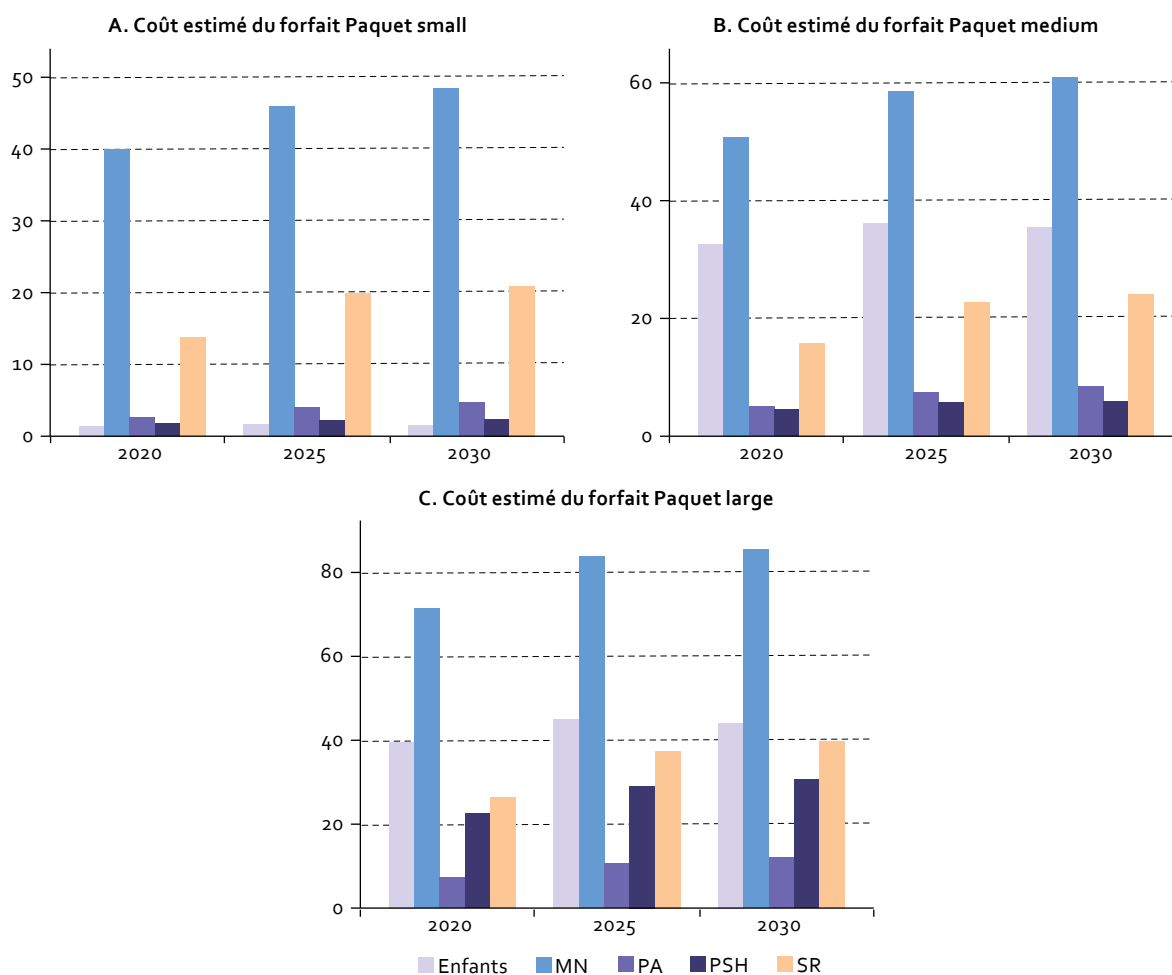


Source : Élaboration propre.

7. Les six PSES

Pour commencer, rappelons que les prestations proposées pour le PSES en faveur des PVVIH sont déjà subventionnées à 100% par le secteur santé et ne représentent aucun coût pour la PNPPS. Le graphique 13 présente les coûts estimés des cinq autres paquets par scénario pour les années 2020, 2025 et 2030 sans les coûts administratifs. Dans leur version *Small*, trois paquets (Enfants, Personnes en situation de handicap (PSH) et Personnes âgées (PA)) ont des coûts très faibles, compris entre 1,6 et 4,1 millions de dollars en 2025. Les coûts estimés des PSES sexuelle et reproductive (SR) et celui de santé maternelle et néonatale (MN) sont plus importants, respectivement 19,9 et 4,6 millions de dollars. Dans leur version *Large*, les coûts estimés augmentent de manière relativement importante à l'exception du paquet en faveur des PA (10,5 millions de dollars). Les coûts des paquets PSH, SR et Enfants sont compris entre 29,1 et 44,9 millions de dollars en 2025 et celui de santé MN culmine à 83,7 millions de dollars.

Graphique 13
Coûts estimés des différents PSES selon les trois scénarios proposés
 (En millions de dollars)



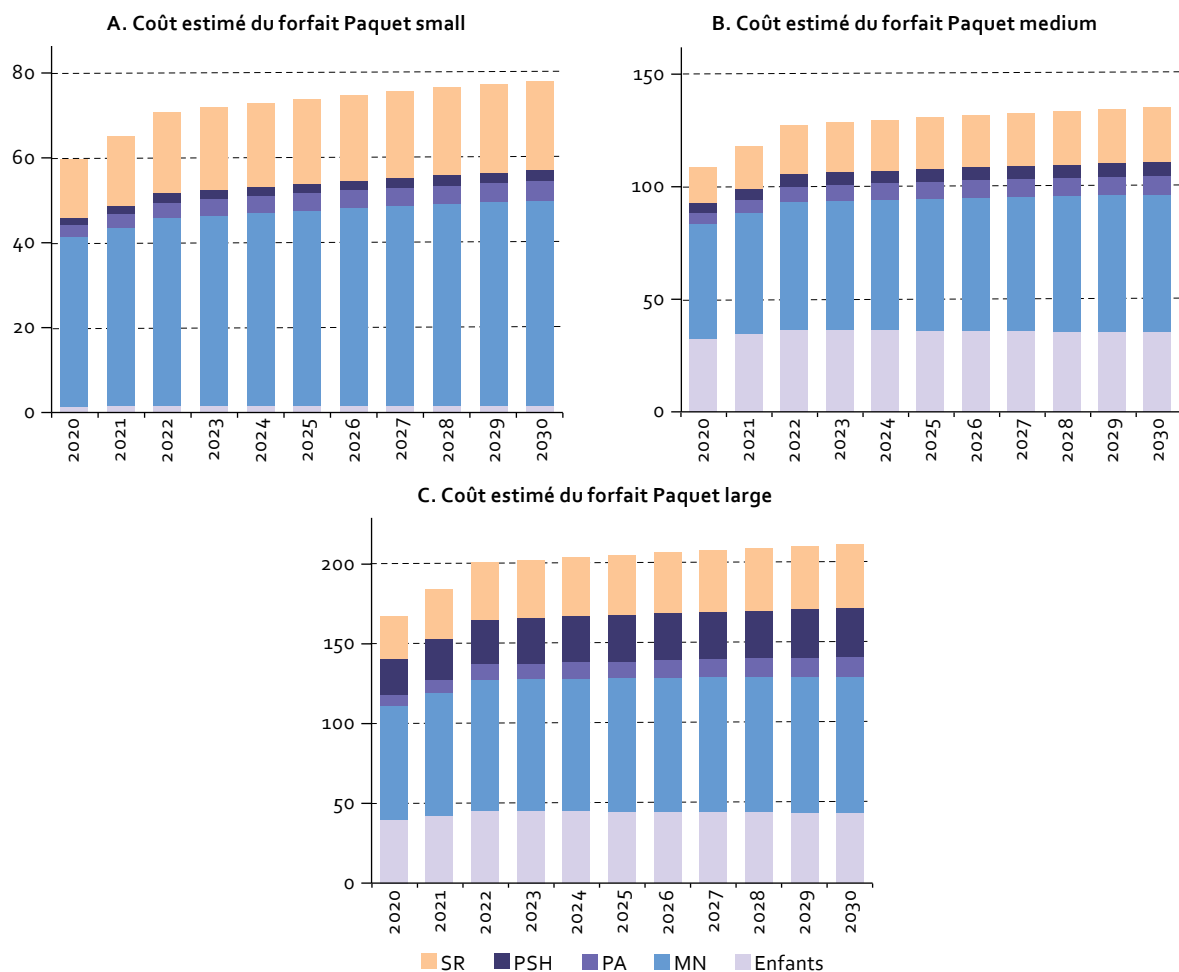
Source : Élaboration propre.

Le coût des cinq paquets de santé proposés pour couvrir les besoins de soins et santé des populations les plus vulnérables de Haïti sont présentés sur le graphique 14, en fonction des scénarios et des hypothèses présentés dans le présent chapitre. Le premier panel à gauche en haut (panel A) montre le coût estimé pour la liste des prestations restreintes (*Small*). Le coût total atteint les 59,6 millions de dollars en 2020 et près de 77,9 millions en 2030 ; il concerne très majoritairement les paiements aux prestations du paquet essentiel de santé maternelle et néonatale.

Pour le panel B qui montre le coût des paquets de santé pour la liste de prestations moyenne (*Medium*), les estimations commencent en 2020 à 137,9 millions de dollars pour atteindre un plafond de 166,9 millions de dollars en 2030. Ce scénario accorde une place plus importante aux prestations dirigées vers les enfants, ce qui n'était pas le cas dans le scénario restreint (*Small*). Pour le panel C qui correspond à la liste souhaitable (*Large*) des prestations de santé pour chaque paquet, les coûts varient de 266,3 millions de dollars en 2020 à 321,0 millions de dollars dix ans après. Ces coûts ne considèrent pas le chiffrage du paquet spécifique aux personnes vivants avec le VIH qui est pris en charge par le *Programme national de lutte contre le VIH/SIDA* (PNLS).

Les graphiques 14 (en millions de dollars) et 15 (en pourcentage du PIB) ci-dessous présentent les coûts estimés cumulés de ces mêmes cinq différents PSES^a et selon les trois scénarios proposés, pour toutes les années allant de 2020 à 2030. Cette présentation permet de dimensionner non seulement le coût global absolu — de 60 à 78 millions de dollars pour le paquet *small* sur l'horizon de déploiement envisagé (entre 2020 et 2030) mais aussi, dans le second cas, la charge relative (en pourcentage du PIB) dont l'évolution montre une tendance à la baisse allant de 1,25% à moins de 0,50% du PIB dans le scénario forfaitaire le plus généreux du paquet *Large*.

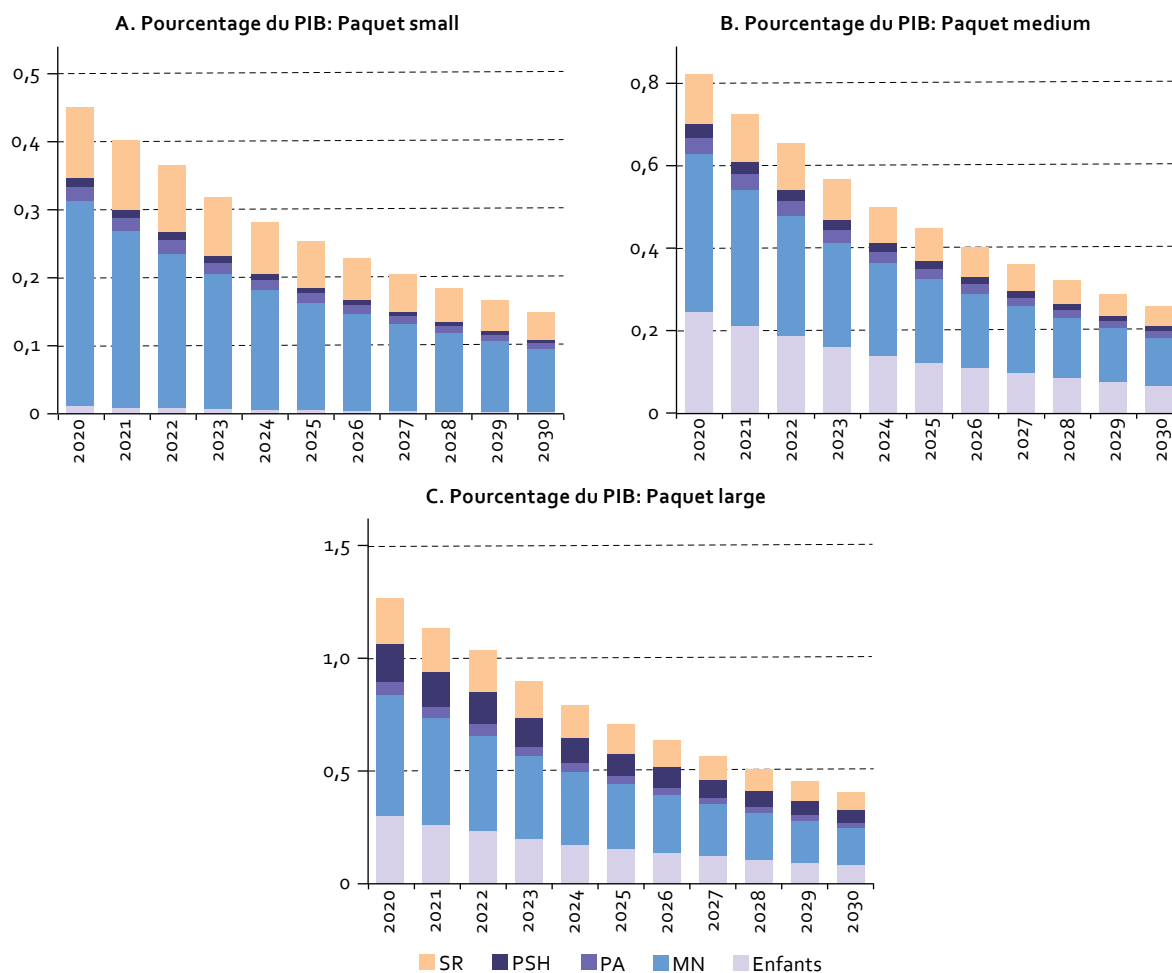
Graphique 14
Coûts estimés cumulés des différents PSES^a selon les trois scénarios proposés
(En millions de dollars)



Source : Élaboration propre.

^a Le paquet des prestations pour les personnes vivant avec le VIH ne se montre pas puisque les coûts de ce paquet ne font pas partie de la PNPPS. Les coûts de ce paquet sont pris en charge par le PNLS, exécuté directement par le Ministère de la Santé.

Graphique 15
Coûts estimés des paquets de santé^a selon les trois scénarios proposés
(En pourcentage du PIB)



Source : Élaboration propre.

^a Le paquet des prestations pour les personnes vivant avec le VIH ne se montre pas puisque les coûts de ce paquet ne font pas partie de la PNPPS. Les coûts de ce paquet sont pris en charge par le PNLS, exécuté directement par le Ministère de la Santé.

Le tableau 18 présente les coûts estimés des cinq paquets par scénario pour les années 2020 à 2030 avec les coûts administratifs calculés à partir des hypothèses présentées dans la section relative (voir supra B. 4.). Les coûts estimés de la version *Small* du PSES Enfants restent inférieurs ou égaux à 2 millions de dollars quelque soient les années étudiées. Ceux de la version *Large* du PSES MN culminent à 98,4 millions de dollars en 2030. La mise en œuvre combinée de plusieurs de ces paquets diminuerait les coûts administratifs calculés séparément, chaque fois que le total de leurs coûts cumulés dépasserait les seuils de 50 et 150 millions de dollars définis dans nos hypothèses.

Tableau 18
Estimations des coûts des PSES en tenant compte des coûts administratifs^a
 (En millions de dollars)

| | PSES Enfants | | | PSES Maternelle et néonatale | | | PSES Santé reproductive | | | PSES Personnes âgées | | | PSES Personnes avec Handicap | | |
|------|--------------|--------|-------|------------------------------|--------|-------|-------------------------|--------|-------|----------------------|--------|-------|------------------------------|--------|-------|
| | Small | Medium | Large | Small | Medium | Large | Small | Medium | Large | Small | Medium | Large | Small | Medium | Large |
| 2020 | 1,7 | 37,6 | 45,5 | 48,0 | 58,4 | 82,1 | 16,5 | 19,0 | 31,7 | 3,2 | 6,1 | 8,8 | 16,5 | 19,0 | 31,7 |
| 2021 | 1,8 | 39,8 | 48,9 | 50,5 | 61,8 | 88,3 | 19,8 | 22,6 | 37,3 | 3,8 | 7,1 | 10,1 | 19,8 | 22,6 | 37,3 |
| 2022 | 2,0 | 42,0 | 49,9 | 53,0 | 65,3 | 94,5 | 22,9 | 26,1 | 42,9 | 4,5 | 8,2 | 11,5 | 22,9 | 26,1 | 42,9 |
| 2023 | 1,9 | 41,8 | 49,8 | 53,8 | 66,0 | 95,1 | 23,2 | 26,5 | 43,6 | 4,6 | 8,5 | 11,9 | 23,2 | 26,5 | 43,6 |
| 2024 | 1,9 | 41,7 | 49,6 | 54,5 | 66,7 | 95,7 | 23,5 | 26,9 | 44,3 | 4,8 | 8,7 | 12,3 | 23,5 | 26,9 | 44,3 |
| 2025 | 1,9 | 41,5 | 49,4 | 55,2 | 67,4 | 96,3 | 23,8 | 27,3 | 44,9 | 4,9 | 9,0 | 12,6 | 23,8 | 27,3 | 44,9 |
| 2026 | 1,9 | 41,5 | 49,3 | 55,8 | 68,0 | 96,8 | 24,1 | 27,7 | 45,6 | 5,0 | 9,2 | 13,0 | 24,1 | 27,7 | 45,6 |
| 2027 | 1,9 | 41,4 | 49,2 | 56,5 | 68,6 | 97,3 | 24,4 | 28,1 | 46,2 | 5,2 | 9,5 | 13,4 | 24,4 | 28,1 | 46,2 |
| 2028 | 1,9 | 41,2 | 49,0 | 57,1 | 69,2 | 97,7 | 24,7 | 28,4 | 46,7 | 5,3 | 9,8 | 13,7 | 24,7 | 28,4 | 46,7 |
| 2029 | 1,9 | 41,0 | 48,8 | 57,6 | 69,7 | 98,1 | 24,9 | 28,7 | 47,3 | 5,5 | 10,0 | 14,1 | 24,9 | 28,7 | 47,3 |
| 2030 | 1,9 | 40,8 | 48,5 | 58,1 | 70,1 | 98,4 | 25,1 | 29,0 | 47,7 | 5,6 | 10,3 | 14,4 | 25,1 | 29,0 | 47,7 |

Source : Élaboration propre.

^a Les coûts administratifs sont définis comme suit : 20% pour des dépenses cumulées inférieures à 50 millions de dollars américains ; 15% pour des dépenses cumulées comprises entre 50 et 150 millions ; 10% pour des dépenses cumulées supérieures à 150 millions.

D. Conclusion

Ce chapitre est une estimation préliminaire pour éclairer les besoins de financement de la PNPPS pour la mise en œuvre du mécanisme d'exemption de paiement des Paquets de services essentiels de santé (PSES) et illustrer la démarche à entreprendre ultérieurement par les acteurs directement concernés. Il n'estime les coûts que de six des neuf PSES envisagés par la PNPPS pour des questions de faisabilité (exclusion des PSES pour rapatrié-e-s et post-choc) et de pertinence à court terme (exclusion du PSES universelle considérant l'universalisme progressif adoptée par la PNPPS).

Les résultats proposés comportent naturellement les limites inhérentes aux éléments de méthode utilisés pour les produire. Il aurait été bien plus aisé de travailler à l'aide d'une tarification nationale des actes médicaux dans la logique de tiers payant adoptée par la PNPPS. Cependant celle-ci n'existe pas, les tarifs pratiqués varient d'une institution de santé (IS) à l'autre, voire d'un usager à l'autre au sein d'une même IS sans que les bases à l'origine de ces différences ne soient définies. De même, les données de dépenses des différents programmes nationaux ne sont ni consolidées, ni disponibles, sauf exceptions, et si des données de coûts sur les services de santé sont régulièrement produites, elles sont partielles, fragmentaires et disparates. Ainsi, nous considérons le choix d'organiser la stratégie méthodologique autour du Paquet essentiel de services (MSPP, 2016a) comme le plus adapté aux besoins de l'exercice commandité par le MAST. Il définit l'offre de services du premier et du second niveau de soins ciblés par les PSES de la PNPPS ; il liste les prestations sélectionnées pour leur caractère essentiel par composantes (domaines) et sous composantes ; il est inter-programmatique (transversal) et a fait l'objet d'un exercice de budgétisation en 2018 (MSPP, 2018).

Les coûts estimés sont très variables d'un paquet à l'autre et d'un scénario à l'autre. Le PSES *Enfants* proposé est estimé à 1,4 millions de dollars dans sa version restreinte (*Small*) en 2020 sans les coûts administratifs de sa mise en œuvre et n'évoluerait que très peu jusqu'en 2030 (1,6 millions de dollars) pour des raisons démographiques. Les coûts cumulés des PSES pour *Enfants*, pour *Personnes en situation*

de handicap (PSH) et pour *Personnes âgées* (PA) estimés en 2025 dans leur version *Small* serait inférieurs à 10 millions de dollars avec les coûts administratifs (9,5 millions de dollars). Ceux du PSES maternelle et néonatale version *Large* culmine à 98,4 millions de dollars en 2030 (avec les coûts administratifs). Mise en perspective avec les 715 millions de dollars de dépenses courantes totales de santé²¹ pour Haïti (2018)²², la version *Small* du PSES Enfant, inclus les coûts administratifs pour 2020 (1,7 millions de dollars), n'en représenterait que 0,2% alors que la version *Medium* du PSES sexuelle et reproductive (SR) inclus les coûts administratifs pour 2020 en représenterait 4% (31,7 millions de dollars). Les données présentées en pourcentage du PIB dans les résultats — *s'étirant de 0,0% pour le PSES Enfants version Small à 1,3% pour les six PSES travaillés* — doivent être appréciées en considérant que les dépenses courantes totales de santé naviguent entre 7,7 et 10,2% du PIB depuis 2010. Complété par le fait que les dépenses publiques de santé n'ont atteint que 0,4 à 0,5% du PIB de 2014 à 2019 en Haïti malgré les 6% ciblés par les pays de la Région Amériques (OPS/OMS, 2014 ; Cid, Matus-López et Báscolo, 2018 ; ECLAC/PAHO, 2020), les résultats des travaux sur l'élargissement de l'espace budgétaire national réalisés lors du processus de formulation de la PNPPS et la diminution rapide de la part des coûts estimés dans le PIB si tant est que Haïti retrouve un peu de croissance en profitant, entre autres, de son dividende démographique, il faut considérer qu'il y a l'espace financier nécessaire à l'implantation progressive du mécanisme d'exemption de paiement des PSES proposés par la PNPPS. Selon nos estimations, les coûts cumulés des six PSES dépasseraient à peine les 0,2% du PIB en 2030. Au Bénin, Burkina Faso et au Mali, qui sont également des pays à faible revenu, les politiques d'exemption de paiement de service de santé maternelle et néonatale existent et sont entièrement financées par l'État (Witter et al., 2016).

Le MAST, le MSPP et les autres parties prenantes concernées ne devront pas céder à la tentation de remplacer l'exemption de paiement définie par la PNPPS et depuis longtemps par la Politique nationale de santé (MSPP, 2012) et recommandée par la Banque mondiale (BM, 2017) par une subvention partielle du paiement sous peine de perdre la plupart des bénéficiaires attendus. La littérature démontre en effet une efficacité et un rapport coût-efficacité bien plus importants des stratégies d'exemption (totale) du paiement des soins par rapport aux stratégies de subvention (partielle) dans les contextes de pauvreté et de très faible utilisation des services de santé (Nguyen et al., 2018 ; Nguyen et al., 2020). Cela s'explique par un effet de seuil proche d'une loi de tout ou rien dans les contextes précités. Il serait dommage qu'en imaginant faire de menues économies, on maintienne la barrière financière empêchant l'accès aux services de santé nécessaire à l'amélioration de la santé de la population, à la rentabilité des investissements (Stenberg et al., 2017a ; Stenberg et al., 2017b) et aux conditions de développement économique du pays. La question de la viabilité financière, qui ne manquera pas d'être posée, devra donc être analysée dans les mêmes conditions que celles qui prévalent pour la mise en œuvre des programmes nationaux de santé prioritaires depuis des années, des décennies pour certains (Vaccination, Santé de la mère et de l'enfant, VIH/Sida, Tuberculose, Paludisme, Financement basé sur les résultats, etc.).

Malgré les ressources non négligeables dont il dispose, le secteur de la santé n'arrive pas à décoller en termes de résultats (Hashimoto, Lauré et Rajkumar, 2020). Il consacre l'essentiel de ces ressources à essayer d'améliorer l'offre de services de santé de certains programmes verticaux sans assez se préoccuper de la demande et d'autres domaines entièrement délaissés. Il en résulte une très faible fréquentation des services de santé même pour les soins de santé primaire. L'exemption de paiement de PSES proposée par la PNPPS est une opportunité pour rééquilibrer ces investissements et créer les conditions d'une transformation réussie du système national de santé en potentialisant la demande et en procédant aux réformes nécessaires de sa gouvernance (plus de réalisme) et de la fonction achat du système de financement (plus d'achat stratégique avec les instruments adaptés).

Nous invitons les autorités et les parties prenantes concernées (inclus la perspective populationnelle) à analyser les résultats proposés, à procéder aux arbitrages nécessaires et à entreprendre l'exercice de priorisation et d'estimation des PSES souhaités à court terme en profitant, nous le recommandons, de l'outil *UHC Compendium* récemment développé par l'OMS pour ce genre d'exercice (<https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium>).

²¹ Non inclus les dépenses d'investissement.

²² Voir [en ligne] : <https://apps.who.int/nha/database>.

Bibliographie

- Acosta, P., P. Leite et J. Rigolini (2011), « Should Cash Transfers Be Confined to the Poor? Implications for Poverty and Inequality in Latin America », World Bank Policy Research Working Paper, n° 5875, Washington, D.C., Banque mondiale [en ligne] <https://ssrn.com/abstract=1957032>.
- Alfred, J. (2012), Quel est le coût réel de la couverture universelle en santé en Haïti ? Santé Publique, vol. 24(5), 453-458. <https://doi.org/10.3917/spub.125.0453>.
- Ancelle, T. (2002), Statistique / Épidémiologie. Collection « Sciences fondamentales » - Éditions Maloine : Paris.
- Banque mondiale (2017), Mieux dépenser pour mieux soigner : un regard sur le financement de la santé en Haïti. WDC : Groupe de la banque mondiale.
- Brannon, I. et D. Goldman (2019), How are generics affecting Drug Prices. Regulation – Winter 2019-2020, Vol. 42 No. 4.
- Castiel, D. (2004), Le calcul économique en santé - Méthodes et analyses critiques. Rennes : Editions de l'école nationale de la santé publique.
- Cecchini, S. (2009), « Do CCT Programmes Work in Low-Income Countries? », One Pager, 90, International Policy Centre for Inclusive Growth [en ligne] <https://ipcig.org/publication/26961>.
- Cid Pedraza, C., M. Matus-López, E. Báscolo (2018), "Espacio fiscal para salud en las Américas: ¿es suficiente el crecimiento económico?", Revista Panamericana de Salud Pública. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.86>.
- Chamot, E. et al (2001), Analyse économique appliquée à la santé : un tour d'horizon. In: Bulletin des médecins suisses, 2001, vol. 82, n° 39, p. 2060-2064. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:28070>.
- ECLAC/PAHO (2020), COVID-19 Report - Health and the economy: a convergence needed to address COVID-19 and retake the path of sustainable development in Latin America and the Caribbean. July 30, 2020. PAHO: WDC. p. 24.
- Eurostat (2003), Working paper et Etudes Statistiques démographiques : Définitions et méthodes de collecte dans 31 pays européens>. Population et conditions sociales : 3/2003/E/n° 25 – Luxembourg : Commission européenne. p.123. <https://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/products-statistical-working-papers/-/KS-CC-03-005>.
- Francis-Oliviero, F. et al. (2020), Theoretical and practical challenges of proportionate universalism: a review. Rev Panam Salud Publica. 2020;44: e110. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.110>.
- Ghebreyesus T. A. (2017), All Paths Lead to Universal Health Coverage. Lancet Global Health 5, no. 9 (2017): e839-e840.
- Hashimoto Ken, Adrien Lauré et Sunil Rajkumar (2020), Moving Towards Universal Health Coverage in Haiti. Health Systems & Reform, 6:1, DOI: 10.1080/23288604.2020.1719339.
- Hayati, R. et al. (2018), Scoping literature review on the basic health benefit package and its determinant criteria. Global Health 14, 26 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0345-x>.
- IMS Institute for Healthcare Informatics (2016), Price declines after branded medicines lose exclusivity in the U.S. January 2016. Available at: <https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/institute-reports/price-declines-after-brandedmedicines-lose-exclusivity-in-the-us.pdf>. Accessed February 19, 2019.
- Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) et (ICF) (2018), Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI 2016-2017). Pétiion-Ville, Haïti, et Rockville, Maryland, USA : IHE et ICF.
- Jamison, D.T. et al. (2013), Global health 2035: a world converging within a generation. Lancet. 2013 Dec 7;382(9908):1898-955. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62105-4. Epub 2013 Dec 3. Erratum in: Lancet. 2014 Jan 18;383(9913):218. Ulltveit-Moe, Karene H [corrected to Ulltveit-Moe, Karen H]. PMID: 24309475.
- Korpi, W. et J. Palme (1998), The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries. Am Sociol Rev. 1998;63(5):661-87.
- Lofgren, H. (2004), Generic drugs: international trends and policy developments in Australia. Australian health review: a publication of the Australian Hospital Association. 27. 39-48. 10.1071/AH042710039.
- Meda, I.B. et al. (2020), Effect of a prospective payment method for health facilities on direct medical expenditures in a low-resource setting: a paired pre-post study. Health Policy and Planning, 2020; 10.1093/heapol/czaa039.
- Ministère des affaires sociales et du travail de la République d'Haïti (2020), Politique nationale de protection et promotion sociales., Port-au-Prince : MAST. p.152.
- Ministère de la santé publique et de la population de la République d'Haïti MSPP (2021), Plan stratégique de santé communautaire 2020/2030. Port-au-Prince : MSPP.

- _____ (2019a), Rapport des comptes nationaux de santé 2014/2015 et 2015/2016. Port-au-Prince : MSPP. p. 89.
- _____ (2019b), Rapport statistique 2018. Port-au-Prince : MSPP. p. 70.
- _____ (2018), Budgétisation du paquet essentiel de services. : Port-au-Prince : MSPP/USAID. p.234.
- _____ (2017), Rapport des comptes nationaux de santé 2013/2014. Port-au-Prince : MSPP. p. 77.
- _____ (2016a), Le paquet essentiel de services. Port-au-Prince : MSPP.
- _____ (2016b), Financement basé sur les résultats en Haïti - Manuel Opérationnel (version révisée). Port-au-Prince : MSPP.
- _____ (2015), Rapport des comptes nationaux de santé 2012/2013. Port-au-Prince : MSPP. p. 67.
- _____ (2014), Tarification des services dans les institutions sanitaires publiques. Port-au-Prince : Unité d'étude et de programmation du MSPP.
- _____ (2013), Plan Directeur de santé 2012-2022. Port-au-Prince : MSPP.
- _____ (2012), Politique nationale de santé. Port-au-Prince : MSPP. p.56.
- Ministère de la santé publique et de la population de la République d'Haïti / Programme national de lutte contre le Sida (2018), Rapport REDES 2016 – Estimation du flux des ressources et dépenses liées au VIH/Sida. Port-au-Prince : MSPP/PNLS. p. 59.
- _____ (2016), Rapport REDES 2014 et 2015 – Estimation du flux des ressources et dépenses liées au VIH/Sida. Port-au-Prince : MSPP/PNLS. p. 78.
- Ministère de la santé et de la population de la République du Congo/Banque mondiale (2017), Analyse du coût, du financement et de la mise en place du panier de soins de l'assurance maladie universelle en République du Congo. MSP Congo/BM : Brazzaville. p.79.
- Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana (2014), Características y análisis de salud de la población de origen extranjero – Estudio complementario de la primera encuesta nacional de inmigrantes en la República Dominicana ENI-2012. DIGECITSS Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana / GIZ / UNFPA: Santo Domingo. p.119.
- Nguyen H. T., Zombré D., Ridde V. et M. De Allegri (2018), The impact of reducing and eliminating user fees on facility-based delivery: a controlled interrupted time series in Burkina Faso, *Health Policy and Planning*, Volume 33, Issue 8, October 2018, Pages 948–956, <https://doi.org/10.1093/heapol/czy077>.
- Nguyen, H.T. et al. (2020), Economic Evaluation of User-Fee Exemption Policies for Maternal Healthcare in Burkina Faso: Evidence From a Cost-Effectiveness Analysis. *Value Health*. 2020 Mar;23(3):300-308. doi: 10.1016/j.jval.2019.10.007. Epub 2020 Jan 17. PMID: 32197725.
- Nicholson, D. et al. (2015), Delivering Universal Health Coverage: A Guide for Policymakers - Report of the WISH Universal Health Coverage Forum 2015. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health 2015. p.56.
- Organisation internationale pour la migration (2019), Rapport statistique des activités des centres de ressources frontaliers (Octobre 2018-Mai 2019). IOM/AMC Canada : Port-au-Prince. p.4.
- _____ (2018), Rapport statistique des activités des centres de ressources frontaliers (Juin 2017-Septembre 2018). IOM/AMC Canada : Port-au-Prince. p.4.
- _____ (2017), Border Monitoring SitRep (July 2015-September 2017). GARR / IOM / RFJS / SJM: Port-au-Prince. p.4.
- Organisation mondiale de la Santé (2015), Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle : rapport final du Groupe Consultatif de l'OMS sur la Couverture Sanitaire Universelle et Equitable. Organisation mondiale de la Santé : Genève. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/185069>.
- _____ (2010), Rapport sur la santé dans le monde : Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle. Organisation mondiale de la Santé : Genève.
- Organisation panaméricaine de la Santé (2018), Lignes directrices de base pour l'analyse de la mortalité. Washington, D.C.: OPS, 2018. p.143.
- Organisation panaméricaine de la santé/Organisation mondiale de la Santé (2014), Stratégie pour l'accès universelle à la santé et la couverture sanitaire universelle. Organisation panaméricaine de la santé : WDC.
- Pan American Health Organization/World Health Organization (2019), Universal Health in the 21st Century: 40 Years of Alma-Ata." Report of the High-Level Commission. Revised edition. Pan American Health Organization: WDC.
- _____ (2017), Sustainable Health Agenda for the Americas 2018-2030: A Call to Action for Health and Well-Being in the Region. Pan American Health Organization: WDC. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49170>.
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) : UNICEF, PAM, PNUD, UNPFA, ONUDC, OIT, UNESCO, OMS, Banque mondiale (2009), Estimation nationale des ressources et dépenses relatives au sida (REDES) : Classification et définitions. Organisation mondiale de la Santé : Genève p.92.

- Ridde V., L. Queuille, Y. Kafando et E. Robert (2012a), Transversal analysis of public policies on user fees exemptions in six West African countries. *BMC Health Services Research*, 2012.
- Ridde, V., L. Queuille et Y. Kafando (2012b), Capitalisations de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest. 2012, CRCHUM/ONG HELP/ECHO : Ouagadougou. p. 296. http://www.vesa-tc.umontreal.ca/pdf/2012/livre_CAPI.pdf
- Ridde V., Belaid L., Samb M. O. et A. Faye (2014), Les modalités de collecte du financement de la santé au Burkina Faso de 1980 à 2012. *Santé Publique*, 2014/5 Vol. 26, p. 715-725.
- Stenberg, K. et al. (2017a), Costs and Benefits of Child Immunization and Management of Common Childhood Illnesses in Haiti. Research Paper. Haiti Priorise - Copenhagen Consensus Center, OMS/OPS/Avenir Health/MSPP. p. 58. <https://www.copenhagenconsensus.com/publication/clone-haiti-priorise-child-health-stenberg>.
- _____ (2017b), Costs and benefits of providing skilled care before and during birth in Haiti. Research Paper. Haiti Priorise - Copenhagen Consensus Center, OMS/OPS/Avenir Health/MSPP. p. 64. <https://www.copenhagenconsensus.com/publication/haiti-priorise-maternal-and-newborn-health-stenberg>.
- Tangcharoensathien, V. et al. (2019), 'Defining the Benefit Package of Thailand Universal Coverage Scheme: From Pragmatism to Sophistication', *International Journal of Health Policy and Management*, (), pp. -.
- Tromben, V., S. Cecchini et R. Gilbert (2020), Estimation du coût des transferts monétaires de la Politique nationale de protection et de promotion sociales (PNPPS) en Haïti. Documents de Projets (LC/TS,2020/96), Santiago, Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC). p.93.
- Turcotte-Tremblay, A.M. et al. (2016), Does performance-based financing increase value for money in low- and middle- income countries? A systematic review. *Health economics review*, 6(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s13561-016-0103-9>.
- Witter, S. et al. (2016), Cost and impact of policies to remove and reduce fees for obstetric care in Benin, Burkina Faso, Mali and Morocco. *Int J Equity Health*. 2016 Aug 2;15(1):123. doi: 10.1186/s12939-016-0412-y. PMID: 27483993; PMCID: PMC4970227.
- World Health Organization (2018a), Primary Health Care: transforming vision into action - Operational framework – Draft for Consultation. Technical Series on Primary Health Care, World Health Organization: Geneva.
- _____ (2018b), The transformative role of hospitals in the future of primary health care. Technical Series on Primary Health Care, World Health Organization: Geneva.
- _____ (2010), Constraints to scaling up the health Millennium Development Goals: costing and financial gap analysis - Background document for the Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems. World Health Organization: Geneva.
- _____ (2008), Primary care: Now more than ever. *World Health Report 2008*. Geneva: World Health Organization.
- _____ (2001), Macroeconomics and health: investing in health for economic development. World Health Organization: Geneva.
- _____ (1978), Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978.
- World Health Organization & UNICEF (2018), Primary Health Care: closing the gap between public Health and primary care through integration. Technical Series on Primary Health Care, World Health Organization: Geneva.
- World Health Organization/Pan American Health Organization (2019), Universal Health in the 21st Century: 40 Years of Alma-Ata." Report of the High-Level Commission. Revised edition. Pan American Health Organization: WDC.

Annexé

Annexe II.A1

Listes de prestations retenues pour chacune des versions des PSES étudiés

1. Le PSES maternelle et néonatale

Le paquet SMALL inclut :

1. Information, conseil et orientation pour les risques liés à la maternité
2. Information, conseil et orientation dans le cadre du suivi nutritionnel des femmes enceintes
3. La distribution de fer-acide folique dans le cadre du suivi nutritionnel des femmes enceintes
4. Le suivi de l'état nutritionnel des femmes enceintes (évaluation périodique)
5. Le suivi complet de la grossesse
6. La mise en traitement anti rétroviral des femmes enceintes séropositives au VIH (dans le cadre de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME))²³
7. L'accouchement par voie basse avec risque faible
8. Le suivi des accouchements eutociques et accouchements compliqués
9. Information, conseil et orientation pour la santé du nouveau-né
10. L'évaluation précoce du nouveau-né
11. La prophylaxie des infections oculaires (nouveau-né)
12. La vaccination au vaccin bilié de Calmette et Guérin (BCG) (nouveau-né)
13. La vaccination Polio - Vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) (Nouveau-né)

Le paquet MEDIUM inclut :

1. Information, conseil et orientation pour les risques liés à la maternité
2. Information, conseil et orientation dans le cadre du suivi nutritionnel des femmes enceintes
3. La distribution de fer-acide folique dans le cadre du suivi nutritionnel des femmes enceintes
4. Le suivi de l'état nutritionnel des femmes enceintes (évaluation périodique)
5. Le suivi complet de la grossesse
6. La mise en traitement anti rétroviral des femmes enceintes séropositives au VIH (dans le cadre de la PTME)²⁴
7. L'accouchement par voie basse avec risque faible
8. L'accouchement par voie basse avec risque et/ou complications modérées (fonctions Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB))
9. Le suivi des accouchements eutociques et accouchements compliqués
10. Les menaces d'avortement, avortements incomplets, avortements inévitables précoces et avortements complets
11. Information, conseil et orientation pour la santé du nouveau-né
12. L'évaluation précoce du nouveau-né
13. La prophylaxie des infections oculaires (nouveau-né)
14. La vaccination au BCG (nouveau-né)
15. La vaccination Polio - VPO (nouveau-né)
16. La prise en charge des prématurés et des nouveau-nés de petits poids

²³ La Prestation « Mise en traitement anti rétroviral des femmes enceintes séropositives au VIH (dans le cadre de la PTME) » est aussi comptabilisée dans le PSES PVVIH.

²⁴ *Ibid.*

Le paquet LARGE inclut :

1. Information, conseil et orientation pour les risques liés à la maternité
2. Information, conseil et orientation dans le cadre du suivi nutritionnel des femmes enceintes
3. La distribution de fer-acide folique dans le cadre du suivi nutritionnel des femmes enceintes
4. Le suivi de l'état nutritionnel des femmes enceintes (évaluation périodique)
5. Le suivi complet de la grossesse
6. La mise en traitement antirétroviral (TAR) des femmes enceintes séropositives au VIH (dans le cadre de la PTME)²⁵
7. L'accouchement par voie basse avec risque faible
8. L'accouchement par voie basse avec risque et/ou complications modérées (fonctions SONUB)
9. L'accouchement avec risque élevé et/ou complications graves (fonctions Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC))
10. La prise en charge des fistules obstétricales (traitement chirurgical)
11. Le suivi des accouchements eutociques et accouchements compliqués
12. Les menaces d'avortement, avortements incomplets, avortements inévitables précoces et avortements complets
13. L'avortement septique
14. Information, conseil et orientation pour la santé du nouveau-né
15. L'évaluation précoce du nouveau-né
16. La prophylaxie des infections oculaires (nouveau-né)
17. La vaccination au BCG (nouveau-né)
18. La vaccination Polio - VPO (nouveau-né)
19. La prise en charge d'urgences néonatales : traitement de l'hypoxie néonatale, dépistage précoce et traitement des infections périnatales et des infections périnatales, accueil et prise en charge des nouveau-nés en détresse vitale
20. La prise en charge des prématurés et des nouveau-nés de petits poids

2. Le PSES pour enfants

Le paquet SMALL inclut :

1. Information, conseil et orientation pour la santé de l'enfant
2. Le déparasitage systématique des nourrissons sains
3. Le suivi de la croissance et du développement psychomoteur
4. La protection contre les maladies immuno-contrôlables (vaccination)
5. La prévention de la carence en vitamine A, le dépistage, la prise en charge (PEC) nutritionnelle et le suivi des cas malnutrition
6. La PEC des déshydratations légères ou modérées (maladies diarrhéiques)
7. La PEC de la malaria non compliquée et grave
8. La PEC des syndromes respiratoires légers ou modérés (maladies respiratoires)

Le paquet MEDIUM inclut :

1. Information, conseil et orientation pour la santé de l'enfant
2. Le déparasitage systématique des nourrissons sains
3. Le suivi de la croissance et du développement psychomoteur

²⁵ Ibid.

4. La protection contre les maladies immuno-contrôlables (vaccination)
5. La prévention de la carence en vitamine A, le dépistage, la PEC nutritionnelle et médicale, et le suivi des cas malnutrition
6. La PEC des maladies diarrhéiques (déshydratations légères, modérées et sévères)
7. La PEC de la malaria non compliquée et grave
8. La PEC des maladies respiratoires (syndromes respiratoires légers ou modérés et pneumonie grave)
9. Le dépistage précoce et le traitement des infections modérées de l'oreille et de l'angine

Le paquet LARGE inclut :

1. Information, conseil et orientation pour la santé de l'enfant
2. Le déparasitage systématique des nourrissons sains
3. Le suivi de la croissance et du développement psychomoteur
4. La protection contre les maladies immuno-contrôlables (vaccination)
5. La prévention de la carence en vitamine A, le dépistage, la PEC nutritionnelle et médicale, la PEC des complications associées à la malnutrition et le suivi des cas malnutrition
6. La PEC des maladies diarrhéiques (déshydratations légères, modérées et sévères)
7. La PEC de la malaria non compliquée et grave
8. La PEC des maladies respiratoires (syndromes respiratoires légers ou modérés et pneumonie grave)
9. Le dépistage précoce et le traitement des infections modérées et sévères de l'oreille, de l'angine et de l'abcès de la gorge
10. Le dépistage et la PEC de la drépanocytose

3. Le PSES sexuelle et reproductive

Le paquet SMALL inclut :

1. Information, conseil et orientation pour la planification familiale, l'infertilité, les pathologies gynécologiques, la violence basée sur le genre (VBG) et la PEC des infections sexuellement transmissibles (IST)
2. Différentes méthodes de contraception (orale, injectable, implants, préservatifs, méthodes naturelle et stérilisations féminine et masculine)
3. Un paquet minimum de prestations en situation de VBG : évaluation, notification (dossier médico-légal), test de grossesse, contraception d'urgence, vaccination antitétanique, dépistage et prophylaxie (TAR) du VIH

Le paquet MEDIUM inclut :

1. Information, conseil et orientation pour la planification familiale, l'infertilité, les pathologies gynécologiques, la violence basée sur le genre (VBG) et la prise en charge des IST
2. Différentes méthodes de contraception (orale, injectable, implants, préservatifs, méthodes naturelle et stérilisations féminine et masculine)
3. Le dépistage clinique des cancers du sein et du col de l'utérus
4. Un paquet moyen de prestations en situation de VBG : évaluation, notification (Dossier médico-légal), test de grossesse, contraception d'urgence, soutien psychologique, sérothérapie et vaccination antitétanique, dépistage et prophylaxie (TAR) du VIH

Le paquet LARGE inclut :

1. Information, conseil et orientation pour la planification familiale, l'infertilité, les pathologies gynécologiques, la violence basée sur le genre (VBG) et la prise en charge des IST
2. Différentes méthodes de contraception (orale, injectable, implants, préservatifs, méthodes naturelle et stérilisations féminine et masculine)
3. Le dépistage clinique des cancers du sein et du col de l'utérus
4. Un paquet «complet» de prestations en situation de VBG
5. La PEC d'IST : traitements de la syphilis, la gonorrhée, la chlamydie, la trichomonase, du syndrome inflammatoire pelvien (SIP) et des infections des voies urinaires (IVU)

4. Le PSES pour personnes en situation de handicap

Le paquet SMALL inclut :

1. Information, conseil, orientation et suivi des cas (en milieu communautaire) pour la PEC de la lèpre, des maladies chroniques non transmissibles, des soins oculaires et bucco-dentaires et de la santé mentale
2. PEC de la lèpre : traitement (polychimiothérapie)
3. PEC du diabète : dépistage systématique et volontaire du diabète
4. PEC de l'hypertension artérielle (HTA) et des maladies cardio-vasculaires : suivi systématique de la pression artérielle
5. PEC des maladies respiratoires chroniques : traitement de l'asthme stable
6. PEC des cancers : dépistage précoce du cancer de la prostate
7. Soins oculaires : PEC de la cataracte et traitement médical du glaucome
8. Soins bucco-dentaires : promotion et distribution de kits dentaires, pansement (obturation provisoire à l'eugénol), gestion de la douleur aiguë (rage de dent), examen dentaire de routine, prophylaxie de la carie dentaire (gel de fluor), diagnostic et traitement de la gingivite et dépistage précoce & traitement supportif de tumeurs, masses, pathologies glandes salivaires
9. Santé mentale : séances d'éducation à la santé mentale, dépistage précoce des perturbations et troubles mentaux, soutien aux cas de maltraitance et d'agression, diagnostic et traitement des troubles de développement de l'enfant, soutien aux enfants en difficultés d'apprentissage et prise en charge de l'épilepsie

Le paquet MEDIUM inclut :

1. Information, conseil, orientation et suivi des cas (en milieu communautaire) pour la prise en charge de la lèpre, des maladies chroniques non transmissibles, des soins oculaires et bucco-dentaires et de la santé mentale
2. PEC de la lèpre : Traitement (polychimiothérapie)
3. PEC du diabète : dépistage systématique et volontaire et diagnostic de confirmation et mise en traitement du diabète
4. PEC de l'HTA et des maladies cardio-vasculaires : Suivi systématique de la pression artérielle et traitement de patients avec tension artérielle élevée mais faible risque absolu d'accident vasculaire cérébral (AVC)/diabètes (< 20%)
5. PEC des maladies respiratoires chroniques : traitement de l'asthme stable et de l'asthme exacerbé
6. PEC des cancers : dépistage précoce et dépistage systématique du cancer de la prostate
7. Soins oculaires : PEC de la cataracte, traitement médical et chirurgical du glaucome et dépistage des erreurs de réfraction et prises en charge des erreurs de réfraction, de la rétinopathie diabétique et des inflammations et infections de l'œil (œil rouge) et des traumatismes mineurs (plaies palpébrales superficielles, irritants légers)

8. Soins bucco-dentaires : promotion et distribution de kits dentaires, pansement (obturation provisoire à l'eugénol), gestion de la douleur aiguë (rage de dent), réduction de luxation temporo mandibulaire, examen dentaire de routine, prophylaxie de la carie dentaire (gel de fluor), traitement conservateur de la carie / restauration de la dent, diagnostic et traitement de la gingivite et dépistage précoce et traitement supportif et biopsie pour diagnostic de confirmation de tumeurs, masses, pathologies glandes salivaires
9. Santé mentale : séances d'éducation à la santé mentale, dépistage précoce des perturbations et troubles mentaux, support aux cas de maltraitance et d'agression, diagnostic et traitement des troubles de développement de l'enfant, support aux enfants en difficultés d'apprentissage, diagnostic et traitement de la dépression légère ou modérée et prise en charge de l'épilepsie

Le paquet LARGE inclut :

1. Information, conseil, orientation et suivi des cas (en milieu communautaire) pour la prise en charge de la lèpre, des maladies chroniques non transmissibles, des soins oculaires et bucco-dentaires et de la santé mentale
2. PEC de la lèpre : traitement (polychimiothérapie)
3. PEC du diabète : dépistage systématique et volontaire, diagnostic de confirmation et mise en traitement et traitement des complications du diabète
4. PEC de l'HTA et des maladies cardio-vasculaires : suivi systématique de la pression artérielle et traitement de patients avec tension artérielle élevée mais faible risque absolu d'AVC/ Diabète (< 20%)
5. PEC des maladies respiratoires chroniques : traitement de l'asthme stable et de l'asthme exacerbé et PEC des échecs thérapeutiques et des complications
6. PEC des cancers : dépistage précoce et dépistage systématique et screening clinique en consultation urologique de routine du cancer de la prostate
7. Soins oculaires : PEC de la cataracte, traitement médical et chirurgical du glaucome et dépistage des erreurs de réfraction et prises en charge des erreurs de réfraction, de la rétinopathie diabétique et des inflammations et infections de l'œil (œil rouge) et des traumatismes mineurs (plaies palpébrales superficielles, irritants légers)
8. Soins bucco-dentaires : promotion et distribution de kits dentaires, pansement (obturation provisoire à l'eugénol), gestion de la douleur aiguë (rage de dent), réduction de luxation temporo mandibulaire, et de fractures alvéolaires et mandibulaires, restauration ou extraction des dents fracturées à la suite d'un trauma, examen dentaire de routine, prophylaxie de la carie dentaire (gel de fluor), traitement conservateur de la carie / restauration de la dent, extraction dentaire, diagnostic et traitement de la gingivite, traitement des parodontites (inclus la PEC des complications) et dépistage précoce & traitement supportif et biopsie pour diagnostic de confirmation, exérèse/traitement chirurgical de tumeurs, masses, pathologies glandes salivaires
9. Santé mentale : séances d'éducation à la santé mentale, dépistage précoce des perturbations et troubles mentaux, soutien aux cas de maltraitance et d'agression, diagnostic et traitement des troubles de développement de l'enfant, soutien aux enfants en difficultés d'apprentissage, diagnostic et traitement de la dépression légère ou modérée ou grave, diagnostic et traitement des cas de psychoses (notamment délire de persécution) et prise en charge de l'épilepsie

5. Le PSES pour personnes vivant avec le VIH

Un seul paquet est proposé pour le PSES PVVIH car les prestations essentielles de PEC de l'infection à VIH sont déjà financées et exemptées de paiement. Le paquet PSES PVVIH inclut :

1. Information, conseil et orientation pour la PEC de l'infection à VIH et le suivi nutritionnel des PVVIH
2. Conseil et dépistage volontaire (CDV)

3. Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)²⁶
4. PEC des PVVIH enfants de moins de 5 ans : prophylaxie au cotrimoxazole, TAR pédiatrique 1ère, 2ème et 3ème ligne
5. Prise en charge des PVVIH Adultes : TAR 1ère, 2ème et 3ème ligne
6. Interventions collaboratives contre VIH/SIDA et tuberculose (TB) : Screening VIH+ cas pour la TB et patients co-infectés VIH-TB qui ont reçu aussi bien les antirétroviraux (ARV) que le traitement antituberculeux
7. Gestion des infections opportunistes liées au VIH/SIDA
8. Suivi des PVVIH et des cas en milieu communautaire

6. Le PSES vieillesse

Le paquet SMALL inclut :

1. Information, conseil et orientation et suivi des cas (en milieu communautaire) pour les maladies chroniques non transmissibles, les soins oculaires et bucco-dentaires, la santé mentale et la prise en charge de la lèpre
2. Dépistage systématique et volontaire du diabète
3. Suivi systématique de la pression artérielle (HTA et des maladies cardio-vasculaires)
4. Traitement de l'asthme stable (maladies respiratoires chroniques)
5. Dépistage précoce du cancer de la prostate (cancers)
6. PEC de la cataracte, traitement (PEC) médical du glaucome (soins oculaires)
7. Pansement (obturation provisoire à l'eugénol), gestion de la douleur aiguë (rage de dent), examen dentaire de routine, prophylaxie de la carie dentaire (gel de fluor), diagnostic et traitement de la gingivite et dépistage précoce et traitement supportif de tumeurs, masses, pathologies glandes salivaires (soins bucco-dentaires)
8. Séances d'éducation à la santé mentale, dépistage précoce des perturbations et troubles mentaux, soutien aux cas de maltraitance et d'agression et prise en charge de l'épilepsie (santé mentale)
9. Traitement (polychimiothérapie) (prise en charge de la lèpre)

Le paquet MEDIUM inclut :

1. Information, conseil et orientation, et suivi des cas (en milieu communautaire) pour les maladies chroniques non transmissibles, les soins oculaires et bucco-dentaires, la santé mentale et la prise en charge de la lèpre
2. Dépistage systématique et volontaire et diagnostic de confirmation et mise en traitement du diabète
3. Suivi systématique de la pression artérielle et traitement de patients avec tension artérielle élevée mais faible risque absolu AVC/Diabète (< 20%) (HTA et des maladies cardio-vasculaires)
4. Traitement de l'asthme stable et de l'asthme exacerbé (maladies respiratoires chroniques)
5. Dépistage précoce et dépistage systématique du cancer de la prostate (cancers)
6. PEC de la cataracte, traitement (PEC) médical et chirurgical du glaucome et dépistage et PEC de la rétinopathie diabétique, des inflammations et infections de l'œil (œil rouge) et des traumatismes mineurs (plaies palpébrales superficielles, irritants légers) (soins oculaires)
7. Pansement (obturation provisoire à l'eugénol), gestion de la douleur aiguë (rage de dent), réduction de luxation temporo mandibulaire, examen dentaire de routine, prophylaxie de la carie dentaire (gel de fluor), traitement conservateur de la carie / restauration de la dent, diagnostic et traitement de la gingivite et dépistage précoce et traitement supportif et biopsie pour diagnostic de confirmation de tumeurs, masses, pathologies glandes salivaires (soins bucco-dentaires)

²⁶ Ibid.

8. Séances d'éducation à la santé mentale, dépistage précoce des perturbations et troubles mentaux, support aux cas de maltraitance et d'agression, diagnostic et traitement de la dépression légère ou modérée et prise en charge de l'épilepsie (santé mentale)
9. Traitement (polychimiothérapie) (prise en charge de la lèpre)

Le paquet LARGE inclut :

1. Information, conseil et orientation, et suivi des cas (en milieu communautaire) pour les maladies chroniques non transmissibles, les soins oculaires et bucco-dentaires, la santé mentale et la prise en charge de la lèpre
2. Dépistage systématique et volontaire et diagnostic de confirmation et mise en traitement et prévention et traitement des complications du diabète
3. Suivi systématique de la pression artérielle et traitement de patients avec tension artérielle élevée mais faible risque absolu ACV/Diabète (< 20%) (HTA et des maladies cardio-vasculaires)
4. Traitement de l'asthme stable et de l'asthme exacerbé et PEC des échecs thérapeutiques et des complications (maladies respiratoires chroniques)
5. Dépistage précoce, dépistage systématique et screening clinique en consultation urologique de routine du cancer de la prostate (cancers)
6. Prise en charge de la cataracte, traitement (PEC) médical et chirurgical du glaucome et dépistage et prises en charge de la rétinopathie diabétique, des inflammations et infections de l'œil (œil rouge) et des traumatismes mineurs (plaies palpébrales superficielles, irritants légers) (soins oculaires)
7. Pansement (obturation provisoire à l'eugénol), gestion de la douleur aiguë (rage de dent), réduction de luxation temporo mandibulaire et de fractures alvéolaires et mandibulaires, restauration ou extraction des dents fracturées à la suite d'un trauma, examen dentaire de routine, prophylaxie de la carie dentaire (gel de fluor), traitement conservateur de la carie / restauration de la dent, extraction dentaire, diagnostic et traitement de la gingivite, traitement des parodontites (inclus la PEC des complications) et dépistage précoce et traitement supportif et biopsie pour diagnostic de confirmation et exérèse/traitement chirurgical de tumeurs, masses, pathologies glandes salivaires (soins bucco-dentaires)
8. Séances d'éducation à la santé mentale, dépistage précoce des perturbations et troubles mentaux, soutien aux cas de maltraitance et d'agression, diagnostic et traitement de la dépression légère, modérée ou grave, diagnostic et traitement des cas de psychoses (notamment délire de persécution) et prise en charge de l'épilepsie (santé mentale)
9. Traitement (polychimiothérapie) (prise en charge de la lèpre)

III. Estimation du coût des programmes de graduation

*Randolph Gilbert
Sara Hess*

A. Méthodologie pour l'estimation du coût des programmes de graduation

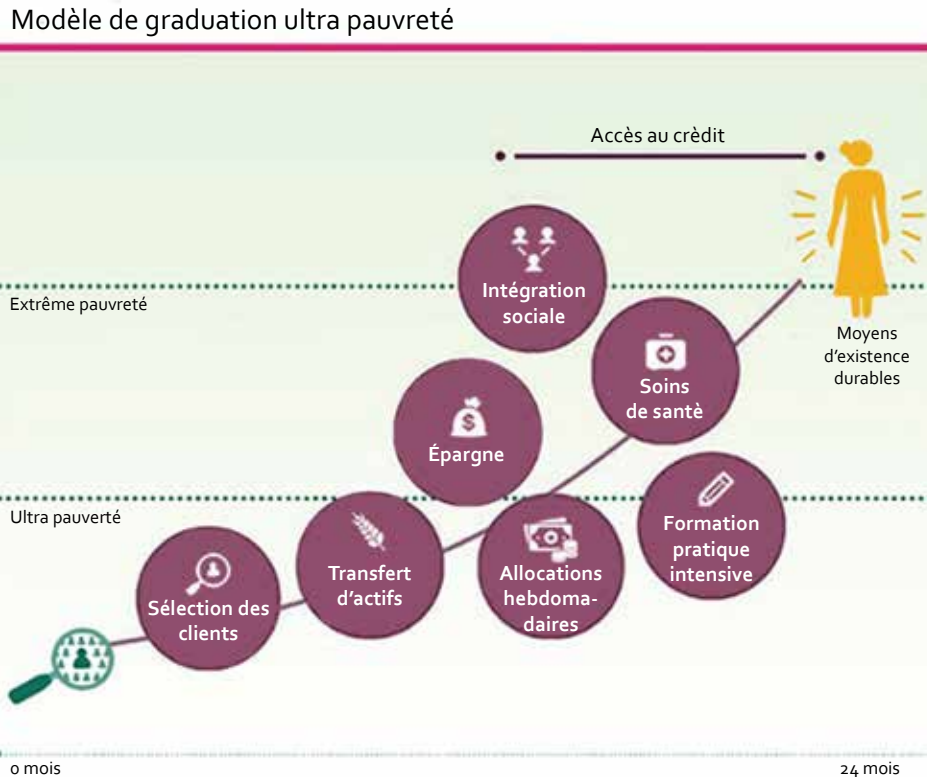
Le document de la Politique Nationale de Protection et Promotion sociales (PNPPS) dans l'axe stratégique 2 (Travail, emploi et employabilité) considère les programmes de graduation ou de progression comme l'un des mécanismes visant à réduire l'incidence de la pauvreté chez les ménages avec capacité de travailler (voir MAST, 2020, tableau 10 Autor confirmar mención, p.66). En quoi consistent ces programmes ?

« Le modèle de progression vise principalement à aider les ménages les plus pauvres et les plus vulnérables à développer des moyens de subsistance durables, accroître leurs revenus et échapper à l'extrême pauvreté. Ce modèle se décline sous la forme d'une intervention multisectorielle soigneusement échelonnée dans le temps. Celle-ci comprend une assistance sociale dont le but est de favoriser la consommation de base, la construction de compétences, l'accès à des capitaux de départ et des opportunités d'emplois en vue de démarrer une activité économique, l'éducation financière et l'accès à l'épargne, ainsi que l'encadrement de mentors pour construire la confiance en soi et renforcer les compétences des participants. Ladite intervention est limitée dans le temps (en général 24 à 36 mois) de façon à prévenir toute dépendance à long terme ». (De Montesquiou et McKee, 2016, p.1, traduction des auteurs).

L'approche de la réduction de la pauvreté par les **programmes de graduation** (voir diagrammes 6 et 7) a ses origines dans l'organisation *Building Resources Across Communities* (BRAC), basée au Bangladesh. BRAC a lancé son premier programme de graduation en 2002 visant les personnes en situation **d'ultra-pauvreté** (une sous-catégorie des extrêmement pauvres), n'ayant généralement pas accès aux services de protection sociale les plus élémentaires. L'idée principale des programmes

de cette nature consiste à utiliser, au lieu d'une approche fragmentaire -n'adressant qu'un besoin des ménages en situation **d'ultra-pauvreté** (comme par exemple l'appui à la consommation) pendant que d'autres besoins également importants sont délaissés- une **approche holistique** offrant une combinaison d'appui à la consommation, l'accès à certains actifs, des programmes de formation des ménages pour générer des revenus, et un programme d'épargne leur permettant de mieux absorber les chocs futurs.

Diagramme 6
Modèle de graduation : évolution temporelle

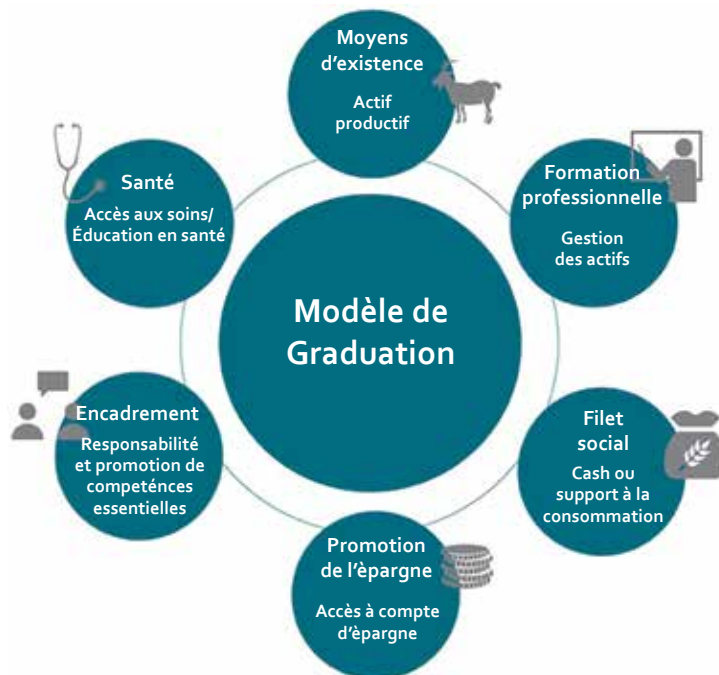


Source : Schéma repris de <https://borgenproject.org/brac-graduation-model-success-in-fight-against-poverty/>.

Les ménages en condition d'ultra-pauvreté sont « (...) confrontés à une multitude de problèmes interconnectés et cycliques. Ils ont peu ou pas de terres ou d'actifs productifs et luttent simultanément pour faire face aux pénuries alimentaires, à la mauvaise santé, à la stigmatisation sociale et au manque de services de base comme l'eau potable et l'assainissement. Ils sont pour la plupart exclus des services sociaux et des soins de santé, vivent généralement dans des régions éloignées déconnectées des marchés et sont souvent incapables de travailler en raison de maladies prolongées ou de la présence d'un handicap dans la famille. Les programmes de développement conventionnels n'ont pas été en mesure de faire face à ces besoins complexes et interdépendants »²⁷.

²⁷ Citation textuelle de la page d'introduction de <http://www.brac.net/program/ultra-poor-graduation/>, traduction des auteurs ; voir aussi <https://www.wvi.org/sites/default/files/WV%20Ultra-Poor%20Graduation%20Handbook.pdf>.

Diagramme 7
Les composantes du modèle de graduation



Source : Schéma repris de <https://www.poverty-action.org/impact/ultra-poor-graduation-model>.

Par suite du succès du programme BRAC, différents programmes de graduation se sont multipliés dans le monde entier²⁸, entre autres en Haïti où la Fondation Kole Zepòl (Fonkoze), organisation à but non lucratif a lancé le programme Chimen Lavi Miyò (CLM) en 2007²⁹. Il est important de souligner que vu les coûts élevés et l'effort de démarrage intensif requis pour ces programmes, la majorité des programmes de graduation, comme dans les exemples rapportés dans l'annexe 3, se font à une échelle réduite et sont dirigés à des centaines de ménages. Dans le cas de CLM, compte tenu des moyens limités, 8 029 familles (environ 40 000 personnes) ont été couvertes entre 2007 et 2018, et un millier de ménages a été enrôlé en 2020 dans le Sud-Est d'Haïti. Une mise en œuvre à une plus grande échelle devrait être envisagée pour les programmes de graduation dans le cadre de la PNPPS, ce qui pourrait produire certaines économies d'échelle, en termes de coûts administratifs par exemple.

Pour faire une proposition de chiffrage des programmes de graduation dans le cas d'Haïti, c'est le programme CLM qui nous servira principalement de référence. Il s'agit sans aucun doute de l'un des programmes les plus consolidés de cette nature, mais offrant aussi une documentation relativement abondante de ses interventions. Par ailleurs, d'autres expériences internationales seront prises en compte. Il y a les expériences comme celles analysées par le Poverty Action Lab³⁰ qui propose une évaluation de l'impact et du coût-efficacité, basée sur une démarche de panel, des programmes de graduation dans six pays et celles considérées dans l'exercice budgétaire proposé par le Partnership for Economic Inclusion³¹ (2018).

Certaines des hypothèses et les scénarios qui sous-tendent l'estimation des coûts des programmes de graduation rejoignent dans leur intégralité celles déjà signalés dans Tromben, Cecchini et Gilbert (2020) et dans la section méthodologique du présent document et ne seront donc pas reprises ici de façon détaillée, sinon tout simplement énoncés ci-après. Il s'agit des hypothèses et scénarios relatifs : i) aux

²⁸ Voir BRAC's Ultra-Poor Graduation Programme An end to extreme poverty in our lifetime, [en ligne]: https://www.ilo.org/global/docs/WCMS_494535/lang--en/index.htm.

²⁹ L'annexe II.1 offre quelques exemples de programmes de graduation dans différents pays.

³⁰ Voir Banerjee et al. (2015).

³¹ Voir [en ligne] : <https://socialprotection.org/connect/stakeholders/partnership-economic-inclusion-pei>.

projections démographiques sur la période 2020-2030 ; ii) à la composition des ménages ; iii) aux projections macroéconomiques sur la période 2020-2030 ; iv) aux scénarios de mise en œuvre (déploiement) de la PNPPS sur cette même période et de couverture des populations cibles. En phase « pilote », la couverture ne concernerait que 5% de la population cible, pour passer l'année suivante à 10% de la population cible et ainsi de suite jusqu'à atteindre 100% de la population cible en 2030, en considérant que pour chaque année la population cible varie en fonction des projections démographiques. Également à considérer -sur le moyen et long terme- seront les propres avancées ou reculs sur le front de la lutte contre les déterminants de la pauvreté en Haïti.

Pour les programmes de graduation, des hypothèses spécifiques doivent être formulées. Elles dépendent non seulement du choix des programmes, mais aussi de la population cible et de son évolution, ainsi que de la structure et des coûts de ces programmes, qui dans leur ensemble permettront finalement une estimation des coûts des programmes de graduation rattachés à la PNPPS. C'est dans cet ordre que sera abordé l'exercice présenté ci-dessous.

B. Population cible: pauvreté multidimensionnelle sévère et les ultras pauvres

En tout premier lieu, il s'agit d'établir la population cible. Les enquêtes permettant de capter les revenus ou les conditions de vie des ménages en Haïti -en situation de pauvreté monétaire (voir ECVMAS) ou bien de pauvreté multidimensionnelle (voir EMMUS-VI) — sont un outil fondamental à cette fin. Comme signalé plus haut, les programmes de graduation visent généralement comme population cible les ménages *ultra pauvres* ; cependant, il n'existe aucune définition précise ni mesure standard permettant de constituer ce groupe de population³². Selon BRAC, la définition opérationnelle de l'ultra-pauvreté dépend fortement du contexte local. Par exemple, les ultra-pauvres au Pérou peuvent ne pas être en situation d'insécurité alimentaire mais souffrir d'un isolement géographique qui les empêche d'accéder aux soins médicaux, alors qu'en Haïti l'insécurité alimentaire est un problème majeur pour les ultra-pauvres.

Dans le présent exercice de chiffrage, étant données les sources d'information disponibles, un choix méthodologique s'impose. Ou bien d'associer, comme *proxy* des individus *ultra pauvres*, ceux et celles en **situation de pauvreté multidimensionnelle sévère** (IPM, $k > 0,5$)³³, déjà identifiés à partir des estimations de la dernière Enquête Morbidité Mortalité et Utilisation des Services (EMMUS-VI) et qui représentaient en 2016-2017 environ 18,5% de la population, soit plus de 2 millions de personnes. Ou bien, comme option alternative, d'établir un critère plus sévère quant au seuil de privations des individus considérés comme étant *ultra pauvres* à savoir IPM, $k > 0,6$ ³⁴. Cette deuxième approche -à savoir un critère de privation plus sévère (IPM, $k > 0,6$)- a été finalement retenue³⁵. Ainsi calculée, **l'incidence des ultras pauvres est de 9,6%** de la population totale en 2016-2017, soit environ 1 million de personnes ou 216 000 ménages si l'on considère une moyenne de cinq individus par famille³⁶. Éventuellement on pourrait définir une incidence des ultra pauvres encore plus réduite, en considérant non pas tous les ménages en de telles conditions, sinon uniquement le sous-groupe des ménages en milieu rural.

³² Dans le document PNPPS (2020), encadré 1, p.30 il est signalé que « d'un point de vue opérationnel, les populations ultra-pauvres sont identifiées à l'aide des critères suivants : insécurité alimentaire, actifs productifs, épargne, accès aux soins de santé, à l'éducation, situation d'isolement social (Dharmadasa et al., 2016) ».

³³ Voir le document de chiffrage des transferts monétaires : Tromben, Cecchini et Gilbert (2020).

³⁴ Voir « Targeting the Ultra Poor - Lessons from Fonkoze's Graduation Programme in Haiti », qui signale dans l'encadré 1, page 2, « We define ultra-poverty as having an MPI score of 60 per cent or higher ». Ce nouveau scénario a été calculé directement à partir de la base de données de EMMUS-VI.

³⁵ Il convient de signaler que FONKOZE utilise sa propre grille de critères et non pas les données des EMMUS, ces derniers ne portant que sur des échantillons représentatifs à l'échelle nationale ou départementale, mais non pas à l'échelle locale.

³⁶ Les estimations rapportées par Fonkoze au niveau national font état de 100 000 ménages ultra-pauvres, à partir d'une méthode de tableau de bord de la pauvreté (poverty scorecard). Voir aussi comme référence, pour les indices du type Poverty Probability Index, <https://www.povertyindex.org/>.

Une fois cette décision prise il reste encore à définir les hypothèses concernant la trajectoire (évolution) de l'incidence de l'ultra pauvreté qui sera appliquée aux projections des années comprises sur la période 2020-2030. Une option serait de considérer inchangé ce pourcentage pour les années suivantes. Cependant, il semble justifié d'envisager — en matière d'impact des politiques publiques — que sur l'horizon de ces 10 années une baisse progressive de l'incidence de l'ultra pauvreté soit observée, sauf si de solides arguments, dans le cas d'Haïti ou ailleurs, permettraient d'infirmer une telle considération.

Dans leur examen de l'impact du programme CLM en Haïti, Huda et Simanowitz (2009) ont constaté que 20% des destinataires avaient été capables de sortir de l'extrême pauvreté (un revenu de moins de 1 \$ par jour) et 10% de la pauvreté (un revenu de plus de 2 \$ par jour). Cependant, les auteurs signalent que le but comme tel du programme CLM — à une étape initiale alors — n'était pas uniquement de réduire la pauvreté mais aussi de faire participer les personnes en condition d'extrême pauvreté à des programmes de microcrédit leur permettant de continuer à progresser. Cependant, il convient de signaler — fort des expériences internationales dans ce domaine — que les ultra-pauvres une fois « gradués » ne deviennent pas forcément des clients des Institutions de microfinance (IMF). En particulier, dans le cas haïtien, la stratégie du programme CLM vise à appuyer surtout dans le monde rural la constitution d'associations villageoises d'épargne et de crédit (AVEC), celles-ci pouvant constituer une alternative — toutes choses égales par ailleurs — pour les ex-ultra-pauvres.

Serent (2017) établit un rapport bénéfices-coûts de 3,66 pour CLM, ainsi que des avantages sociaux (externalités positives) en matière d'éducation et de santé. Cependant, aucune recherche postérieure n'a été identifiée pour établir une estimation spécifique de la réduction de l'incidence des personnes en situation d'ultra pauvreté multidimensionnelle par suite de la mise en œuvre des programmes de graduation. Au niveau international une publication récente de la Banque Mondiale (Andrew et al, 2021), aborde justement ces volets de façon exhaustive, tant les aspects conceptuels qu'opérationnels à partir de plusieurs expériences.

Tenant compte de ces analyses et, surtout, dans un souci de congruence méthodologique, les hypothèses de réduction de la pauvreté du rapport déjà cité de Tromben, Cecchini et Gilbert (2020)³⁷ sont également retenues ici dans l'exercice concernant les programmes de graduation. Elles font état d'une réduction du taux de pauvreté multidimensionnelle sévère de -4% par an sur 2020-2024 et de -3% par an sur 2025-2030 (voir tableau 19 ci-dessous), appliquées ici aux ménages en conditions d'ultra pauvreté ($k > 60\%$) qui sont ciblés par les programmes de graduation³⁸.

Tableau 19
Haïti : évolution de l'incidence de la pauvreté multidimensionnelle sévère, 2006-2030
(En pourcentage)

| Année | Pauvreté multidimensionnelle sévère ($k > 50\%$) | | Ultra pauvreté (Pauvreté multidimensionnelle sévère avec $k > 60\%$) | |
|-----------|-------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| | Incidence | Variation annuelle relative | Incidence | Variation annuelle relative |
| 2006 | 32,3 | | 18,2 | |
| 2012 | 24,7 | -5,4 | 11,2 | -6,4 |
| 2016-2017 | 18,5 | -4,4 | 9,6 | -3,6 |
| 2018-2024 | | -4,0 | | -4,0 |
| 2025-2030 | | -3,0 | | -3,0 |

Source: Élaboration propre sur la base de Alkire et al. (2017 et 2019).

³⁷ Sur la base des résultats d'Alkire, et al. (2017 et 2019) qui a estimé pour Haïti une variation annuelle du nombre de personnes en situation de pauvreté multidimensionnelle de -2,4 % entre 2006 et 2012, et de -2,3% entre 2012 et 2016-2017.

³⁸ Éventuellement on pourrait définir une population cible des ultra pauvres encore plus réduite, en considérant non pas tous les ménages en de telles conditions, sinon uniquement ceux dont le chef de ménage est une femme (selon EMMUS-VI un pourcentage de 43% de femmes cheffes de ménage) et dont les enfants en âge scolaire ne vont pas à l'école, qui est le groupe de population visé dans les interventions de Fonkoze à travers son programme CLM. Voir Fonkoze (sans date) https://fonkoze.org/assets/tech_overview-clm.pdf.

C. Structure et coûts des programmes de graduation

Ce sont les caractéristiques — structure et coûts des mécanismes — du programme CLM de Fonkoze qui seront utilisées comme valeurs de référence pour l'estimation du chiffrage des programmes de graduation à une échelle nationale dans le cadre de la PNPPS. La structure des coûts du programme CLM rapporte la distribution qui suit : **les coûts de lancement et frais de démarrage (2,7%), les coûts directs (49,4%), les coûts auxiliaires (18,8%) et indirects (29,1%)**. Les frais de démarrage correspondent aux enquêtes préliminaires et à la sélection des ménages (ciblage) ; la durée de ces activités — menées avant le démarrage à proprement parlé — n'est pas prise en compte dans les 18 mois de la période d'exécution, bien que les frais y attendant soient estimés. Les dépenses directes sont pour fournir et soutenir directement les actifs économiques (volaille, cabri, etc.) remis aux ménages. Les dépenses auxiliaires comprennent les dépenses engagées dans le domaine de la santé ou d'autres activités de développement social, tandis que les dépenses indirectes sont les frais généraux et les frais administratifs de bureau.

Cependant, d'autres programmes similaires hors d'Haïti sont également utiles afin de calibrer les hypothèses qui seront finalement retenues. Par exemple, Banerjee et al. (2015) divisent les coûts en trois catégories : transferts directs (coûts des actifs et allocation alimentaire), coûts de supervision totaux (salaires de l'organisation chargée de la mise en œuvre, matériel, formation, voyages) et frais de démarrage (voir en annexe 2, un extrait du tableau de Banerjee et al., op.cit.). Le transfert d'actifs est en général l'une des composantes les plus onéreuses de tels programmes. Pour les six pays à l'étude (Ethiopie, Ghana, Honduras, Inde, Pakistan et Pérou), il est signalé que les actifs coûtent entre PPA US\$437 et PPA US\$1228 par ménage. Ce montant est basé sur le prix de quatre à huit chèvres sur les marchés locaux. Quant aux transferts pour soutenir la consommation des ménages au début du programme, la moyenne pour les six pays dans l'étude était l'équivalent monétaire de 2 402 à 5 142 calories, soit environ un kilo de riz par jour et par ménage aux prix locaux.

Par ailleurs, l'étude de Partnership for Economic Inclusion (2018) suggère d'inclure les éléments de coûts suivants dans le budget de tels programmes³⁹ :

- Processus de design du programme et visite de terrain avant son exécution ;
- Ciblage — le processus d'identification des destinataires ;
- Soutien à la consommation ;
- Programme d'épargne — les activités visant à établir une relation des ménages avec une institution financière — ;
- Transfert d'actifs ;
- Formation et accompagnement (training et coaching) ;
- Ressources humaines / administration.

Selon les données fournies durant une entrevue de fonctionnaires de la CEPALC en décembre 2019 avec une responsable de Fonkoze, la phase pilote du programme CLM a coûté environ US\$1 933 par destinataire et postérieurement une moyenne de US\$1 650 pour la période d'intervention de dix-huit (18 mois), soit US\$ 92 par ménage par mois. Environ 1/3 du montant mensuel est réalisé sous forme de transferts monétaires directs (\$ 30 USD). Ces coûts sont similaires à ceux qui sont rapportés par Serent (2017) de US\$1 492 par participant (2009), ajusté pour inflation en monnaie locale (2015).

Dans les programmes de cette nature, il est souvent signalé que durant la phase pilote ou les premières années de leur implémentation, les coûts administratifs associés (indirects) sont notablement plus élevés. C'est tenant compte de cela que dans les scénarios de chiffrage d'un modèle de graduation public nous avons envisagé un coût indirect plus élevé durant la première année, et sa réduction de 20% par la suite.

³⁹ Dans le rapport de Andrews et al (2021) le chapitre 6 aborde de façon détaillée plusieurs volets de cette discussion. En particulier la création récente d'un nouvel outil (Partnership for Economic Inclusion (PEI) Quick Costing Tool 2020) permettant une approche plus exhaustive. Par ailleurs, la discussion porte aussi sur la complexité et les difficultés inhérentes aux formes de différenciation et arbitrage à considérer pour l'inclusion (ou non) de certains postes en tant que coûts « administratifs » ou « directs ».

L'estimation s'est faite à partir des montants (en dollars, sans ajustement⁴⁰) signalés dans la documentation du programme CLM considérant une durée moyenne de 18 mois. Les coûts sont répartis sous quatre rubriques, à savoir : i) frais de démarrage, ii) dépenses directes, iii) dépenses indirectes (supervision) et iv) autres frais indirects. Comme déjà signalé, les frais de démarrage correspondent à la réalisation d'une enquête préliminaire et la sélection des ménages. Les dépenses directes sont pour fournir et soutenir directement les actifs économiques⁴¹ (volailles, cabris) et d'autres actifs (sous la rubrique santé-hygiène) comme ciment, filtre à eau, etc. distribués aux ménages. Les dépenses indirectes sont pour la supervision du programme et les autres frais indirects comprennent les frais de gestion (*overhead*) et les coûts administratifs du bureau principal en charge du programme. Concernant les dépenses directes⁴², elles couvrent certains actifs comme volailles, cabris, moutons, ainsi que le capital de départ pour les activités commerciales choisies par les membres de CLM etc. (US\$175 une seule fois). Dans la documentation de CLM le montant des autres actifs n'était pas stipulé, mais nous avons jugé bon de considérer une valeur de \$200 dollars⁴³. Par ailleurs, la rubrique des dépenses directes englobe également les transferts hebdomadaires (de 450 gourdes par semaine, durant 6 mois soit 24 semaines, pour un total approximativement de \$138 dollars au taux de change de mars 2021). Il convient de signaler que dans ses débuts CLM faisait de telles allocations en nature (riz). La reconsidération vers des transferts de cash s'est montrée nettement plus conforme aux besoins des familles, leur permettant l'achat de nourriture (ou d'autres besoins non alimentaires) sur les marchés locaux, mais aussi l'apprentissage de certaines pratiques de gestion telles que l'épargne.

Les autres postes de dépenses indirectes comprennent les frais de supervision, autres frais indirects rattachés aux dépenses administratives ainsi que les salaires, loyers, etc. encourus pour l'exécution et le suivi du programme⁴⁴.

D. Les scénarios de population cible

Ci-dessous les tableaux résumés des différents scénarios (deux) de la population cible.

Dans le premier scénario (tableau 20) de ciblage des ménages en situation de pauvreté multidimensionnelle sévère (IPM, $k > 0,6$) l'hypothèse considérée est une réduction graduelle des ménages en situation d'ultra pauvreté à raison d'une baisse constante de 4,9%⁴⁵ par an sur toute la période 2020-2030. À la fin de la série, en 2030, l'incidence d'ultra pauvreté serait alors de 5,8% de la population.

Le deuxième scénario envisagé (tableau 21) — retenu finalement pour le chiffrage des mécanismes de graduation — considère une hypothèse de réduction graduelle et différenciée de l'incidence des ménages en situation d'ultra pauvreté⁴⁶, à raison d'une baisse de -4,0% par année sur la période 2020-2024, et d'une baisse de -3,0% par année sur la période 2025-2030. Un tel scénario sous-entend un effet positif tant des mesures de graduation ici analysées que d'autres mesures de protection et promotion sociales — par exemple les autres programmes de transferts monétaires —.

Il est possible d'envisager d'autres scénarios, plus ou moins souples quant à : i) la population ciblée -par exemple une couverture de ménages non restreinte à ceux en situation d'ultra pauvreté, ou bien au contraire des sous-groupes de ces derniers, ii) un rythme d'implémentation des programmes plus ou moins accéléré, sous entendant un objectif de réduction de l'incidence de l'ultra pauvreté sur un horizon

⁴⁰ Rappelons que les transferts directs se font sur une durée relativement courte (8 mois) et sont fixés en dollars. Une même approche (sans ajustement pour inflation) a été retenue pour les cantines scolaires, voir section méthodologique du présent rapport.

⁴¹ Les actifs sélectionnés pouvant varier, selon les choix des membres de CLM, choix effectués avec l'appui des mentors/gestionnaires de cas en fonction des préférences, de la disponibilité sur les marchés et du lieu de résidence.

⁴² Avec cependant une pondération moindre que celle observée au niveau international (voir Banerjee et al., 2015).

⁴³ Ces données correspondent à l'information fournie récemment (mai 2021) par le personnel de CLM.

⁴⁴ Voir https://fonkoze.org/assets/tech_overview-clm.pdf, graphe (p.4) et tableau annexe (p.6).

⁴⁵ Ce taux correspond à la réduction annuelle moyenne observée de l'incidence de pauvreté extrême multidimensionnelle entre 2005-2006 (32,3%) et 2016-2017 (18,5%).

⁴⁶ Voir infra, tableau 1.

temporel plus ou moins long. Dans de tels scénarios, et d'autres, l'ordre des priorités qui seront établies, ainsi que les ressources disponibles (financières, évidemment, mais aussi organisationnelles) pour leur mise en application seront des facteurs clés quant aux résultats finalement obtenus.

Tableau 20
Scénario 1 population cible 2020-2030 : ménages ultra-pauvres avec réduction constante (-4,9% par an) du taux de pauvreté

| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------|
| Population totale (<i>en milliers</i>) | 11 402 | 11 541 | 11 680 | 11 817 | 11 954 | 12 088 |
| Incidence de la PMS-Ultra pauvres ^a (<i>en pourcentages</i>) | 9,6 | 9,6 | 9,6 | 9,6 | 9,6 | 9,6 |
| Population en PMS-Ultra pauvres (<i>en milliers</i>) | 1 094 | 1 108 | 1 121 | 1 134 | 1 147 | 1 160 |
| Incidence avec réduction annuelle constante (- 4,9% par an) | 9,6 | 9,1 | 8,7 | 8,3 | 7,9 | 7,5 |
| Population en PMS-Ultra pauvres avec réduction annuelle (<i>en milliers</i>) | 1 094 | 1 053 | 1 014 | 975 | 938 | 902 |
| Nombre de ménages (moyenne 5 personnes par ménage) (<i>en milliers</i>) | 218 929 | 210 742 | 202 822 | 195 158 | 187 734 | 180 542 |
| Taux de couverture (<i>en pourcentages</i>) | 5 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 |
| Couverture (nombre de ménages) (<i>en milliers</i>) | 10 | 21 | 40 | 58 | 75 | 90 |
| | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | |
| Population totale (<i>en milliers</i>) | 12 220 | 12 351 | 12 480 | 12 607 | 12 733 | |
| Incidence de la PMS-Ultra pauvres ^a (<i>en pourcentages</i>) | 9,6 | 9,6 | 9,6 | 9,6 | 9,6 | |
| Population en PMS-Ultra pauvres (<i>en milliers</i>) | 1 173 | 1 185 | 1 198 | 1 210 | 1 222 | |
| Incidence avec réduction annuelle constante (- 4,9% par an) | 7,1 | 6,8 | 6,4 | 6,1 | 5,8 | |
| Population en PMS-Ultra pauvres avec réduction annuelle (<i>en milliers</i>) | 867 | 834 | 801 | 770 | 739 | |
| Nombre de ménages (moyenne 5 personnes par ménage) (<i>en milliers</i>) | 173 | 166 | 160 | 154 | 147 | |
| Taux de couverture (<i>en pourcentages</i>) | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 | |
| Couverture (nombre de ménages) (<i>en milliers</i>) | 104 | 116 | 128 | 138 | 147 | |

Source: Sur la base de chiffres OPHI-PNUD, EMMUS 2016-2017 et estimations propres.

^a PMS-Ultra pauvres: Pauvreté multidimensionnelle sévère ultra pauvres ($k > 0,6$).

Tableau 21
Scénario 2 population cible 2020-2030 : ménages ultra pauvres avec réduction graduelle et différenciée du taux de pauvreté (-4% sur 2020-2024 et -3% sur 2025-2030)

| | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Population totale (<i>en milliers</i>) | 11 402 | 11 541 | 11 680 | 11 817 | 11 954 | 12 088 |
| Incidence de la PMS-Ultra pauvres ^a (<i>en pourcentages</i>) | 9,6 | 9,6 | 9,6 | 9,6 | 9,6 | 9,6 |
| Population en PMS-Ultra pauvres (<i>en milliers</i>) | 1 094 | 1 108 | 1 121 | 1 134 | 1 147 | 1 160 |
| Incidence avec réduction annuelle constante (- 4,9% par an) | 9,6 | 9,2 | 8,8 | 8,5 | 8,2 | 7,9 |
| Population en PMS-Ultra pauvres avec réduction annuelle (<i>en milliers</i>) | 1 094 | 1 063 | 1 033 | 1 003 | 974 | 956 |
| Nombre de ménages (moyenne 5 personnes par ménage) (<i>en milliers</i>) | 218 | 212 | 206 | 200 | 194 | 191 |
| Taux de couverture (<i>en pourcentages</i>) | 5 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 |
| Couverture (nombre de ménages) (<i>en milliers</i>) | 10 | 21 | 41 | 60 | 77 | 95 |

Tableau 21 (conclusion)

| | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Population totale (<i>en milliers</i>) | 12 220 | 12 351 | 12 480 | 12 607 | 12 733 |
| Incidence de la PMS-Ultra pauvres ^a (<i>en pourcentages</i>) | 9,6 | 9,6 | 9,6 | 9,6 | 9,6 |
| Population en PMS-Ultra pauvres (<i>en milliers</i>) | 1 173 | 1 185 | 1 198 | 1 210 | 1 222 |
| Incidence avec réduction annuelle constante (- 4,9% par an) | 7,7 | 7,4 | 7,2 | 7,0 | 6,8 |
| Population en PMS-Ultra pauvres avec réduction annuelle (<i>en milliers</i>) | 937 | 919 | 900 | 882 | 864 |
| Nombre de ménages (moyenne 5 personnes par ménage) (<i>en milliers</i>) | 187 | 183 | 180 | 176 | 172 |
| Taux de couverture (<i>en pourcentages</i>) | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| Couverture (nombre de ménages) (<i>en milliers</i>) | 112 | 128 | 144 | 158 | 172 |

Sources: Sur la base de chiffres OPHI-PNUD, EMMUS 2016-2017 et estimations propres.

^a PMS-Ultra pauvres: Pauvreté multidimensionnelle sévère ultra pauvres ($k > 0,6$).

E. Résultats des mécanismes du modèle de graduation

Le tableau ci-dessous (tableau 22) présente une version résumée du coût des mécanismes de graduation sur la période 2020-2030. Le scénario ici retenu correspond à la population cible présentée dans le tableau 19, à savoir des ménages ultra pauvres (IPM, $k > 0,6$) avec une hypothèse de réduction graduelle et différenciée du taux de pauvreté sur la période 2020-2030. Distribués selon les quatre principales rubriques - à savoir frais de démarrage, dépenses directes, supervision et autres dépenses indirectes - les coûts par ménage s'élèvent à environ \$2 037 dollars durant l'année pilote (2020) et \$1 632 dollars sur les années suivantes, soit une réduction de 20%.

Dans ce cas, pour l'ensemble des ménages visés — de 10 946 (en 2020) à 172 964 (en 2030) — les interventions des programmes de graduation s'élevaient de 22,3 millions de dollars durant la première année pilote (2020) à 282,3 millions de dollars en 2030 ; en pourcentage du produit intérieur brut (PIB), de telles interventions représenteraient environ 0,26% et 2,4% respectivement.

Il convient de signaler que les ménages en situation d'ultra-pauvreté ciblés par les modèles de progression sont généralement **les ménages étant capables de travailler**. Dans l'exercice ci-dessous une telle ventilation et sous catégorisation n'a pas été faite, ce qui permettrait de réduire la taille de la population cible et donc les plafonds budgétaires. Cependant, bien que non ici présentée, si nécessaire une telle adéquation est faisable, **en tenant compte principalement des indicateurs de la population en âge de travailler** au sein des ménages.

Tableau 22
Haïti : chiffrage des mécanismes de graduation 2020-2030 pour la population cible des ménages ultra pauvres
(En milliers de dollars)

| Rubriques des coûts ^a | Structure des coûts par rubrique (en dollars par destinataire) ^b | | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | Année 1 | Année 2+ | | | | | | | | | | | |
| | Couverture (nombre de ménages) ^b | | | | | | | | | | | | |
| 1. Frais de démarrage | 24 | 19 | 263 | 404 | 785 | 1 144 | 1 482 | 1 817 | 2 138 | 2 445 | 2 739 | 3 019 | 3 286 |
| Enquête initiale, salaire et formation du personnel | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Dépenses directes | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Coût des actifs</i> International: 4-8 chèvres aux prix locaux; Haïti: volaille, cabri, etc. | 175 | 175 | 1 916 | 3 723 | 7 234 | 10 539 | 13 646 | 16 732 | 19 689 | 22 519 | 25 225 | 27 807 | 30 269 |
| <i>Coût de produits de santé et hygiène</i> | 200 | 200 | 2 189 | 4 255 | 8 267 | 12 045 | 15 595 | 19 122 | 22 502 | 25 736 | 28 828 | 31 779 | 34 593 |
| <i>Soutien alimentaire</i> Un kilo de riz par jour, \$5.50 par semaine, durant 8 mois | 138 | 138 | 1 511 | 2 936 | 5 704 | 8 311 | 10 761 | 13 194 | 15 526 | 17 758 | 19 891 | 21 928 | 23 869 |
| <i>Autre dépenses directes:</i> salaires du personnel, formation du personnel, voyage, matériel, location de bureau | 600 | 500 | 6 568 | 10 637 | 20 668 | 30 113 | 38 989 | 47 805 | 56 254 | 64 341 | 72 071 | 79 448 | 86 482 |
| 3. Supervision et 4 Autres dépenses indirectes | 900 | 600 | 9 852 | 12 764 | 24 802 | 36 135 | 46 786 | 57 366 | 67 505 | 77 209 | 86 485 | 95 338 | 103 778 |
| Coût total | 2 037 | 1 632 | 22 298 | 34 719 | 67 460 | 98 288 | 127 258 | 156 035 | 183 614 | 210 010 | 235 238 | 259 320 | 282 277 |
| Coût total (% PIB) | | | 0,26 | 0,39 | 0,73 | 1,03 | 1,29 | 1,51 | 1,72 | 1,89 | 2,05 | 2,18 | 2,28 |

Source : Élaboration propre, sur la base de chiffres de OPHI-PNUD, EMMUS 2016-2017, du programme CLM-Fonkoze et estimations propres.

^a Les rubriques et la structure des coûts sur la base de l'information rapportée par le programme CLM-Fonkoze (voir document [en ligne]: https://fonkoze.org/assets/tech_overview-clm.pdf).

^b Nombre de nouveaux ménages incorporés chaque année au programme de graduation.

F. Conclusions

L'approche conceptuelle des programmes de graduation sous-entend un ensemble de mécanismes en parallèles et intégrés -santé, éducation, crédit- afin de permettre à moyen et long terme une route de sortie des conditions d'ultra pauvreté des ménages. L'exercice présenté ici ne tient compte que du chiffrage d'une des modalités -socle- de ce schéma durant la première étape de leur implémentation (18 mois), à savoir : relèvement de la consommation des ménages, transferts d'actifs et mentorat, à travers les couts directs et indirects associés.

Par ailleurs, il est à souligner, que dans le cadre des initiatives multiples de la PNPPS et leur mise en œuvre, en réponse aux défis en matière de protection et promotion sociales, les programmes de graduation n'en sont qu'une partie, dont la gestion intégrée serait appelée à contribuer dans un horizon de moyen terme à casser la reproduction intergénérationnelle de la pauvreté extrême. Le choix de ces programmes et leur mise en application devront tenir compte non seulement des ressources financières engagées, mais aussi et surtout d'une batterie de prérequis visant à leur opérationnalisation. En effet, à différence des programmes de transferts monétaires, dont une gestion relativement centralisée permet le suivi et l'évaluation des retombées, les programmes de graduation exigent une approche de proximité auprès des destinataires, y compris un suivi permanent durant leur exécution afin d'évaluer de façon continue les progrès réalisés, visant à garantir leur réussite et la graduation effective des ménages destinataires et leur réelle autonomisation, hors de la pression constante de survie.

Comme signalé, aussi bien dans le cas d'Haïti (Fonkoze-CLM) que dans d'autres pays, les programmes de cette nature, représentent non seulement des interventions relativement couteuses (chiffrés à environ \$1 600 dollars par famille destinataire) mais exigent des mécanismes d'accompagnement de longue durée, mobilisant des ressources humaines et financières. Par ailleurs, et comme pour tous les mécanismes, leur mise à échelle et certaines interactions avec d'autres mécanismes de protection et promotion sociales (hors graduation) pourraient réduire le montant de ces interventions. Tels que chiffrés dans le présent exercice, à l'horizon 2030 il s'agirait d'une enveloppe de 282 millions de dollars (2,4% du PIB). En termes comparatifs, et pour cette même année, il s'agirait d'un montant similaire à la couverture universelle de trois mécanismes de transferts monétaires, à savoir d'une part l'exemption des frais de scolarité en préscolaire et à l'école fondamentale et d'autres part les transferts pour maternité-.

Plus que les envisager de façon indépendante, les programmes de graduations devront s'inscrire au sein des initiatives porteuses déjà signalées dans la PNPPS, capables de les fédérer/mutualiser et augmenter ainsi leur efficacité globale. C'est une telle approche intégrale qui justifie ici leur considération, tout en étant conscient que leur considération en phase pilote en un premier abord et ensuite leur expansion et mise à échelle⁴⁷, demanderont de la part de tous les intervenants (autorités publiques, secteurs privés et sociaux et les propres destinataires) un consensus minimal sur une approche inclusive et fondée sur les droits, et les compromis nécessaires quant aux ordres de priorité dans leur mise en exécution.

Bibliographie

- Abrams, W. et al. (2017), The business case for investing in graduation [en ligne] <https://www.findevgateway.org/paper/2017/06/business-case-investing-graduation>.
- Alkire, S. et al., (2019), « Changes over time in the global multidimensional poverty index: a ten countries study », OPHI, Note 48.
- Alkire, S., J.M. Roche et A. Vaz, (2017), « Changes over time in multidimensional poverty: methodology and results for 34 countries », World Development vol. 34.
- Andrews, C. et al. (2021), The State of Economic Inclusion Report 2021: The Potential to Scale. Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/34917>.

⁴⁷ Voir Andrews et al (2021) chapitres 2 et 4, et le signalement suivant : « Le concept de mise à l'échelle est le processus par lequel un programme — qui s'est avéré efficace à petite échelle ou dans des conditions contrôlées ou les deux — est étendu, reproduit et adapté dans une politique et une programmation plus large. La mise à l'échelle concerne la qualité de l'impact, l'échelle et la durabilité, ainsi que les processus de changement et d'adaptation ; le concept va au-delà d'une considération fonctionnelle de couverture »... (p.30)

- Banerjee, A. et al. (2015), «A multifaceted program causes lasting progress for the very poor: Evidence from six countries », *Science*, vol. 348.
- BRAC (2015), BRAC's Ultra-Poor Graduation Programme: An end to extreme poverty in our lifetime. [en ligne] https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---inst/documents/genericdocument/wcms_494535.pdf.
- CEPALC (2020), Estimation du cout des transferts monétaires de la politique nationale de protection et de promotion sociales (PNPPS) en Haïti. Document de projet. [en ligne] <https://www.cepal.org/fr/publicaciones/45928-estimation-du-cout-des-transferts-monetaires-la-politique-nationale-protection>.
- De Montesquiou, A., Sheldon, T. & S.M. Hashemi (2018), From Extreme Poverty to Sustainable Livelihoods: A Technical Guide to the Graduation Approach. Partnership for Economic Inclusion. [en ligne] <https://www.findevgateway.org/guide/2018/03/extreme-poverty-sustainable-livelihoods-technical-guide-graduation-approach-second>.
- De Montesquiou, A. & McKee, K. (2016), Graduation Pathways: Increasing Income and Resilience for the Extreme Poor. Brief-éditeur Consultative Group to Assist the Poor (CGAP). [en ligne] <https://www.cgap.org/sites/default/files/Brief-Graduation-Pathways-Dec-2016.pdf>.
- ECVMAS (Enquête sur les Conditions de Vie des Ménages Après Séisme) (2012), Haïti.
- EMMUS-VI (Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services) (2016-2017), Haïti.
- Fonkoze (2020) Ultra poverty alleviation fact sheet, https://fonkoze.org/assets/fact-sheet_ultra-poverty_feb-2020.pdf.
- _____ (2019) Rapport annuel de la famille, 2019. https://fonkoze.org/assets/ar2019_french_web-view.pdf.
- _____ (sans date) Annex 4: Overview of Fonkoze's Chemen Lavi Miyo. [en ligne] https://fonkoze.org/assets/tech_overview-clm.pdf.
- Greenley, M. (2019), Targeting the Ultra-Poor: Lessons from Fonkoze's Graduation Programme Haiti. [en ligne] <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/20.500.12413/14272>.
- Hashemi, S.M. & A. de Montesquiou (2016), Le modèle de progression pour accroître les revenus et la résilience des plus démunis, CGAP. [en ligne] <https://www.cgap.org/sites/default/files/Brief-Graduation-Pathways-Dec-2016-French.pdf>.
- Huda, K. & A. Simanowitz (2009), A graduation pathway for Haiti's poorest: Lessons learnt from Fonkoze. *Enterprise Development and Microfinance*, vol. 20, no. 2, juin. [en ligne] <https://practicalactionpublishing.com/article/2157/a-graduation-pathway-for-haitis-poorest-lessons-learnt-from-fonkoze>.
- Karlan, D. & B. Thuysbaert (2015), Graduating the Ultra-Poor in Honduras. [en ligne] <https://www.povertyactionlab.org/evaluation/graduating-ultra-poor-honduras>.
- Kidd, S. & D. Athias (2019), The effectiveness of the graduation approach: what does the evidence tell us? Pathways' perspectives on social policy in international development, Issue no. 27, October 2019. [en ligne], <https://www.developmentpathways.co.uk/wp-content/uploads/2019/10/PP-Graduation-Paper.pdf>.
- Serent, R. (2017), Cost-benefit Analysis of Expanding Microfinance and Graduation Programs to Combat Poverty. Copenhagen Consensus Center. [en ligne] https://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/serent_graduation_and_microfinance_-_english.pdf.
- Shoaf, E. & A. Simanowitz (2019), Pathways to sustained exit from extreme poverty: evidence from Fonkoze's extreme poverty 'graduation' programme, Institute of Development Studies, University of Sussex UK et Fonkoze, [en ligne] https://fonkoze.org/assets/fonkoze_pathway-report_march-2019.pdf.

Annexé

Annexe III.A1

Expériences internationales du modèle de graduation

De l'étude de Banerjee et al. (2015) sont présentées ci-dessous les caractéristiques de programme de graduation uniquement dans deux des pays étudiés, l'Éthiopie et le Honduras. Le choix de ces deux expériences vise à illustrer les cas extrêmes d'un ratio coûts-bénéfices performant (Éthiopie) et d'un ratio négatif (Honduras). L'étude en question couvre six pays, dont le tableau comparatif de bénéfices-coûts des programmes de graduation est résumé ci-dessous dans le tableau III.A1.

i) Éthiopie – Relief Society of Tigray (REST), 458 ménages

Les ménages destinataires de ce programme doivent participer également à un programme de cash-for-work, avec au moins un membre de la famille en capacité de travailler, et aucun prêt souscrit par le ménage. La valeur de transfert d'actif est de PPA \$1 229,87, environ 7,98 chèvres au prix local. Pour cinq jours de travail, ils reçoivent un soutien de 15 kg de blé, 0.66 kg de pois chiches et 0.4 litre d'huile, une valeur d'environ PPA \$25,99. Le programme a couvert 458 ménages et a produit un ratio coûts-bénéfices de 260%.

ii) Honduras - PLAN International Honduras et Organización de Desarrollo Empresarial Feminino Social (ODEF), 800 ménages

Tous les ménages ont reçu un transfert d'actif d'une valeur de 4 750 lempiras (PPA \$537). La majorité (83%) des participants a pris des volailles, 6% a choisi des cochons et 5% des poissons. Tous les participants ont reçu une formation en gestion d'entreprise. Pour le soutien à la consommation, les ménages ont reçu 1 920 lempira (PPA \$217, 2014). C'était un transfert unique au lieu d'un transfert hebdomadaire ou mensuel. Après deux ans, la consommation totale et alimentaire n'a pas augmenté et la propriété des actifs a diminué. Cela est principalement dû au fait qu'une grande partie des poulets sont morts de maladie. Le programme a eu un ratio coûts-bénéfices global négatif de 198%⁴⁸.

Tableau III.A1
Analyse coûts-bénéfices des programmes de graduation, tableau comparatif

| Rubriques | Éthiopie | Ghana | Honduras | Inde | Pakistan | Pérou |
|---------------------------------------------------------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
| 1. Dépenses directes | 1 228 | 680 | 724 | 700 | 2 048 | 1 095 |
| <i>Coût des actifs</i> | 1 228 | 451 | 537 | 437 | 1 043 | 854 |
| <i>Support alimentaire</i> | - | 229 | 187 | 263 | 911 | 241 |
| 2. Coût total de supervision | 1 900 | 2 832 | 1 633 | 407 | - | 3 358 |
| <i>Salaires du personnel d'exécution</i> | 347 | 1 994 | 801 | 297 | - | 2 477 |
| <i>Matériaux</i> | 33 | 119 | 112 | 1 | - | 55 |
| <i>Entraînement</i> | 850 | 44 | 121 | 19 | - | 111 |
| <i>Coûts de voyage</i> | 174 | 293 | 210 | 17 | - | 55 |
| <i>Autres frais de supervision</i> | 496 | 382 | 388 | 73 | - | 660 |
| 3. Coûts directs totaux (3= (1+2)) | 3 127 | 3 513 | 2 356 | 1 107 | 4 680 | 4 452 |
| 4. Coûts indirects | 464 | 1 159 | 313 | 150 | 470 | 507 |
| <i>Frais de démarrage</i> | 43 | 133 | 104 | 38 | - | 45 |
| <i>Autres coûts indirects</i> | 421 | 1 026 | 209 | 112 | 470 | 462 |
| 5. Coûts totaux (3+4) (**) | 3 591 | 4 672 | 2 670 | 1 257 | 5 150 | 4 960 |
| 6. Coûts totaux (3+4) (***) | 4 157 | 5 408 | 3 090 | 1 455 | 5 962 | 5 742 |
| Taux de change par rapport au scalaire d'ajustement PPA | 3,41 | 2,19 | 1,9 | 3,52 | 4,44 | 1,84 |
| Bénéfices (Total) | 10 805 | 7 175 | -6 118 | 6 298 | 10 678 | 8 380 |
| Rapport bénéfices / coûts (en pourcentages) | 260% | 133% | -198% | 433% | 179% | 146% |

Source : Élaboration propre à partir de Banerjee et al. (2015), tableau 4, p. 12. Traduction des auteurs. [en ligne] <http://www.econ.yale.edu/~cru2/pdf/Science-2015-TUP.pdf>.

⁴⁸ Voir Karlan et Thuysbaert (2015).

IV. Estimation du coût des cantines scolaires

*Varinia Tromben Rojas
Tamara Van Hemelryck*

Le mécanisme alimentation scolaire appartient à l'axe stratégique 1 (enfance) de la PNPPS et particulièrement au défi 2 qui cherche à contribuer à la diminution de la non-fréquentation scolaire due aux barrières financières et aux abandons scolaires. Les cantines scolaires constituent une façon efficace de favoriser la rétention scolaire et prévenir la malnutrition des enfants scolarisés de la première à la neuvième année fondamentale. De plus, si ces cantines intègrent -comme proposé dans la PNPPS- les produits locaux en articulation avec la promotion sociale orientée vers les petites entreprises et les exploitations agricoles, le programme pourrait générer des effets sur l'économie locale et le budget des familles qui travaillent dans le secteur agricole.

A. Les bénéfices de l'alimentation scolaire

La situation en Amérique latine et les Caraïbes est spécialement délicate dans le domaine de l'alimentation et la sécurité alimentaire. En 2019, environ 48 millions de personnes sont sous-alimentées ce qui revient à un taux de prévalence de 7,4%. Chiffre qui a augmenté de 9 millions de personnes entre 2015 et 2019 et pourrait augmenter considérablement à cause de la crise sanitaire provoquée par la COVID-19. L'estimation réalisée dans le dernier bilan publié sur l'État de la sécurité alimentaire et de la nutrition dans le monde est que pour 2030 la prévalence augmentera à 9,5% en Amérique Latine et les Caraïbes, sans incorporer les conséquences du COVID-19. Ceci est d'autant plus préoccupant puisque l'insécurité alimentaire s'accroît plus rapidement en Amérique Latine et les Caraïbes que dans le reste du monde, en raison de 8,8% entre 2014 et 2019 (FAO et al., 2020)⁴⁹.

En Haïti, la situation est encore plus grave et profonde. La prévalence de la sous-alimentation en 2019 est de 48,2%, la plus haute de la région⁵⁰. En 2019, selon l'Enquête Nationale d'Urgence sur la Sécurité alimentaire et Nutritionnelle (ENUSAN)⁵¹, plus de 50% de la population haïtienne été en situation d'insécurité alimentaire modérée ou sévère.

⁴⁹ Voir [en ligne] : http://www.fao.org/3/ca9692en/online/ca9692en.html#chapter-1_1.

⁵⁰ Idem.

⁵¹ L'Enquête National d'Urgence d'Insécurité Alimentaire et Nutritionnelle est représentative de la population haïtienne. Elle couvre 7 560 ménages dont 4 410 habitent en zones rurales et 3 150 dans l'aire urbaine métropolitaine de Port-au Prince. Voir [en ligne] : <https://fscluster.org/haiti/document/enusan-2019>.

La malnutrition sera d'autant plus grave à cause de la crise du COVID-19. Les prédictions annoncent que, entre mars et juin 2021, 4,4 millions de personnes seraient en phase 3 ou supérieure d'insécurité alimentaire selon l'IPC (Integrated Food Security Phase Classification)⁵², par-dessous les 3,67 millions de personnes estimées pour la période octobre 2019 - février 2020 (PAM et FAO, 2020). Les ménages vulnérables qui étaient déjà dans une situation d'insécurité alimentaire sont particulièrement exposés.

Cette situation s'explique principalement parce que l'économie de Haïti souffre de problèmes structurels (par exemple la faible productivité du secteur agricole) et ne génère pas suffisamment d'emplois décents, se caractérise par un marché du travail où existent un chômage massif et un sous-emploi et une informalité endémiques qui provoquent pauvreté et malnutrition. De plus, l'économie, très sensible aux chocs et crises externes, est frappée en permanence par des phénomènes météorologiques et des désastres naturels extrêmes tels que les inondations provoquées par les saisons de pluies abondantes, les ouragans ou les tremblements de terres, dont l'agriculture subit les conséquences. De plus, le pays souffre d'une dépendance élevée de l'importation d'aliments provenant des États-Unis et des pays de l'Union européenne, situation aggravée en 2020 par les conséquences économiques et financières de la pandémie.

Depuis la reconnaissance du droit humain à l'alimentation, un des grands défis des politiques de protection et promotion sociale est l'éradication de la faim et de la malnutrition qui sont encore une source de problèmes de santé et un frein au développement économique et social avec des coûts particulièrement élevés pour les enfants. L'article 24, de la Convention relative aux droits de l'enfant⁵³, indique que « les États s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit et [...] lutter contre la maladie et la malnutrition » et précise que cela pourra être accompli grâce « à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable ». C'est ainsi que les programmes d'alimentation scolaires se conforment comme une stratégie qui permettrait de garantir aux enfants l'accès à au moins un repas complet tous les jours ; ils visent à garantir aux enfants, et quelquefois aussi à leurs familles, une alimentation nutritive par l'intermédiaire des écoles ou conditionnelle à la fréquentation scolaire⁵⁴.

Comme l'indique l'objectif de développement durable n°2 de l'agenda 2030 des Nations Unies, la faim zéro vise à « éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable ». C'est-à-dire, les programmes d'alimentation scolaires ont aussi un impact sur le développement économique national et local, et constituent ainsi une intervention qui fait partie des stratégies de lutte non seulement contre l'insécurité alimentaire mais aussi contre la pauvreté (Bundy, 2009).

Ainsi, l'alimentation scolaire a plusieurs bénéfices qui peuvent être classifiés selon quatre piliers (voir figure 1) : santé et nutrition, éducation, agriculture et protection sociale (PAM, 2020). Du côté de la santé et la nutrition, ce mécanisme offre tout d'abord l'accès à l'alimentation et une solution pour réduire la malnutrition des enfants parce que le programme permet de gérer les produits, calories, et nutriments des aliments qui sont offerts. Comme indiqué dans le diagramme 8, l'alimentation scolaire implique trois agents institutionnels : secteur public, secteur privé et société civile. Le rôle du secteur public est fondamental dans les quatre piliers identifiés : régulation et promotion dans le pilier agricole ; provision de services de santé et politiques publiques de nutrition dans le pilier santé et nutrition ; programmes et mécanismes dans le pilier protection sociale ; et coordination et mise en œuvre des programmes d'alimentation scolaire dans le pilier éducation. Le rôle du secteur public est la coordination intégrale de tous les secteurs et des quatre piliers. Ce qui est très intéressant de ce mécanisme est son potentiel d'intégrer différents agents et secteurs de la société, travail « intersectoriel » et les chaînes productives nécessaires pour le bon fonctionnement du programme : les écoles doivent avoir des installations pour donner les repas, les professeurs doivent encourager les étudiants pour qu'ils changent leurs habitudes alimentaires, il faut avoir des cuisiniers, des produits et les éléments nécessaires pour faire les repas (outils et aliments) ce qui, à la fois, nécessite le marché local, etc.

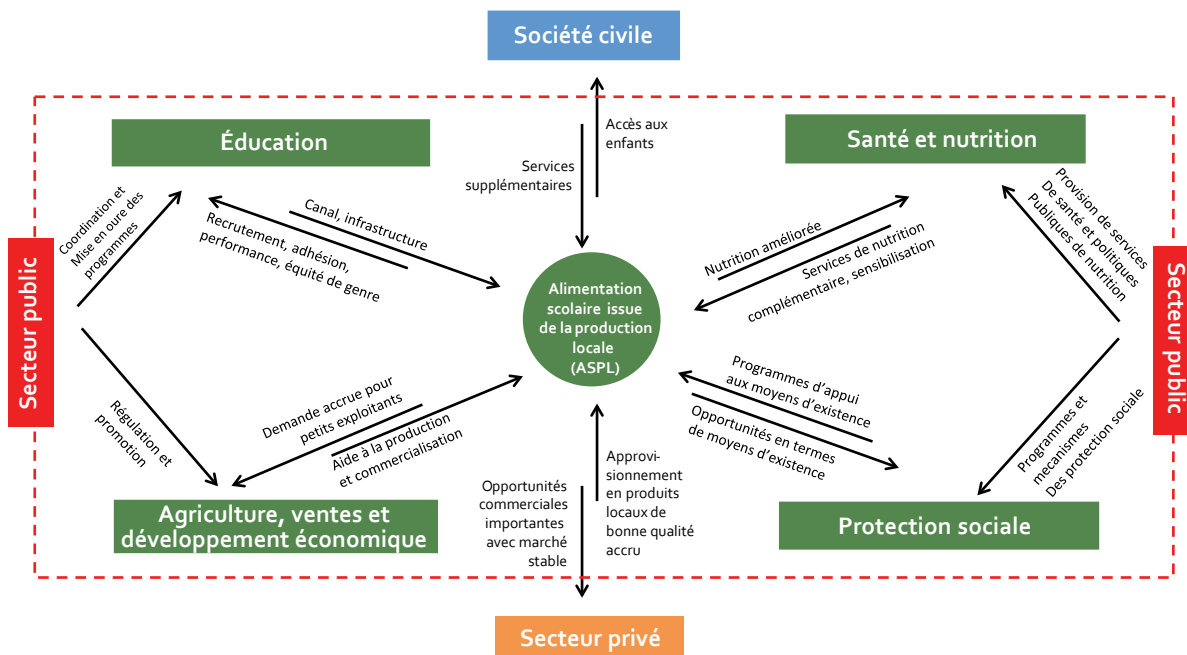
⁵² Voir [en ligne] : <http://www.ipcinfo.org/ipc-country-analysis/details-map/en/c/1152816/?iso3=HTI>.

⁵³ Voir [en ligne] : <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/crc.aspx#:~:text=Article%2024&text=Les%20Etats%20parties%20reconnaissent%20le,services%20m%C3%A9dicaux%20et%20de%20r%C3%A9%20%C3%A9ducation>.

⁵⁴ Le premier programme d'alimentation scolaire en Haïti, mené par le Programme d'Alimentation Mondiale (PAM), date de 1963. Les programmes d'alimentation scolaire à cette époque, se concentraient exclusivement sur l'accès aux aliments dans un contexte d'assistance sociale auprès des communautés pauvres et en cas de crises (Bundy, 2018b).

L'objectif est de prévenir et de combattre les carences en micronutriments, promouvoir des habitudes alimentaires saines tout au long de la vie et encourager les sources d'alimentation plus saine.

Diagramme 8
Bénéfices de l'alimentation scolaire et rôles des agents institutionnels



Source : Adaptation à partir de PAM (2020a).

Les études des mécanismes de ce type montrent que l'offre de paquets alimentaires et des interventions nutritionnelles bénéficient au développement des enfants et contribuent à la formation des capacités humaines. Une série de rapports publiés par la Banque mondiale montre parmi ses principaux résultats la relation existante entre santé et éducation et, plus particulièrement, l'effet des programmes d'alimentation scolaire (Bundy et al., 2018a). D'une part, les enfants assistent plus régulièrement à l'école puisqu'ils y trouvent un repas (ce qui diminue l'abandon scolaire et augmente les inscriptions, ainsi que les capacités cognitives). Par ailleurs, ces programmes permettent que les enfants puissent être en bonne santé, bien nourris, et recevoir les nutriments nécessaires pour leur développement physique et mental (Bundy et al., 2018b). Finalement, selon l'OMS⁵⁵ une alimentation saine contribue à protéger les enfants contre la malnutrition et contre des maladies non transmissibles et répond aux besoins des macronutriments et micronutriments essentiels d'une personne. Il est indispensable alors de pouvoir transmettre des habitudes alimentaires aux plus jeunes et en même temps leur apprendre les bénéfices d'une vie équilibrée et les risques liés au surpoids, l'obésité ou la malnutrition. En plus, ils sont particulièrement importants pour le développement des jeunes filles qui ont une prévalence plus importante de certains problèmes de santé et sont exposées régulièrement aux vulnérabilités et exclusions (Bundy et al., 2018b), Les programmes d'alimentation scolaire sont une réponse directe pour offrir et permettre l'accès aux aliments nutritifs composant un régime alimentaire équilibré et sain.

En particulier, plusieurs études montrent les effets positifs sur l'éducation. En premier lieu, ces mécanismes font que l'école devienne attractive. Dans des pays comme l'Inde, le Bangladesh, l'Ouganda et le Burkina Faso, selon la révision de différentes études d'impact de ce type de programme, l'alimentation scolaire augmente l'inscription des enfants en moyenne de 9% (Bundy et al., 2018b). Deuxièmement, selon un méta-analyse réalisée avec des données d'environ 62 pays de revenu faible ou moyen, ces programmes

⁵⁵ Voir [en ligne] : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>.

ont un effet positif sur les étudiants, car ils aident à la rétention scolaire : les enfants qui reçoivent un repas assistent 4 à 7 jours de plus sur l'année scolaire que ceux qui ne les reçoivent pas (Kristiansson, 2016). De plus, une revue systématique faite sur 52 pays de revenus faible et moyen dévoile que ce type d'intervention a des impacts positifs sur la participation scolaire et aussi sur l'apprentissage. Les enfants qui sont mieux nourris ont un meilleur développement cognitif et ont des meilleurs résultats sur les tests de mathématiques et de compétences linguistiques (Snilstveit, 2015). Enfin, d'après l'UNESCO (2020), quand les programmes d'alimentation concernent toute la communauté scolaire, il existe des effets sur l'inclusivité des filles et des enfants vulnérables (enfants de familles pauvres, les malades, les enfants avec une dépendance ou handicap et ceux qui souffrent de malnutrition) sur le plan académique. Ainsi, les interventions alimentaires intégrales contribuent à la cohésion sociale et à la réduction de la marginalisation.

Du côté de l'agriculture et des marchés locaux, les programmes scolaires peuvent contribuer à l'augmentation de la production agricole des petits et moyens agriculteurs et par conséquent l'amélioration du système d'alimentation (PAM, 2020). Ceci lorsque les produits utilisés pour préparer les repas sont d'origine nationale. En effet, si les repas livrés aux enfants sont préparés principalement sur la base des produits locaux cela fera augmenter la demande des produits agricoles, mais aussi du transport pour les acheminer aux écoles. De cette façon, l'intervention peut avoir un effet sur toute la chaîne alimentaire et d'approvisionnement, tout en créant des emplois, en améliorant la qualité des produits et en ayant plus de diversité. Les femmes jouent un rôle fondamental dans l'agriculture surtout dans la production à petite échelle et dans les zones rurales (PAM, 2020 ; PAM et FAO, 2018).

Enfin, les programmes d'alimentation constituent un filet de protection sociale pour la communauté et les familles. D'après l'ENUSAN (2019)⁵⁶, 85% du budget des ménages les plus pauvres est destiné aux dépenses alimentaires, qui souvent doivent utiliser des crédits pour réussir à acheter la nourriture nécessaire pour alimenter le groupe familial. Si les enfants mangent à l'école cela est assimilable à un transfert monétaire indirect aux ménages qui ne doivent pas dépenser de l'argent pour acheter le repas. De plus, comme déjà mentionné, les ménages qui se trouvent en situation d'insécurité alimentaire sont d'autant plus vulnérables aux chocs économiques et aux conséquences des crises en général car leur budget ne peut que couvrir les biens essentiels comme les aliments. Les programmes d'alimentation peuvent permettre ainsi de soulager le budget des ménages. La proportion des dépenses en alimentation qui pourrait être économisée grâce à la mise en œuvre des cantines scolaires est équivalent au 10% du budget familial permettant une redistribution des dépenses (PAM, 2019).

En définitive, les programmes d'alimentation scolaire ont potentiellement un impact positif sur l'alimentation des enfants et leurs familles mais aussi sur l'éducation des enfants, la communauté scolaire, le secteur agricole et toute la chaîne de production et, donc, sur l'économie locale et le développement du pays⁵⁷. Il faut savoir alors au moment de la mise en œuvre d'intervention de ce type qu'il existe une grande diversité de modalités pour les développer comme par exemple, offrir seulement des snacks ou bien des repas chauds accompagnés par des snacks, ou ajouter également des aliments pour manger à la maison et partager avec la famille. Pour cela il faudra tenir en compte les nécessités de la communauté, les objectifs à accomplir et, bien sûr, le budget disponible. En plus, un élément qui permettra de faire la différence entre les types d'intervention est la coordination et participation des différents acteurs de la communauté scolaire, locale et la famille.

En conséquence, ce mécanisme est nécessaire dans les pays à revenu faible qui se trouvent en situation d'insécurité alimentaire. Tel est le cas d'Haïti, où, depuis 1997, a été mis en œuvre le programme national des cantines scolaires (PNCS), financé principalement par la coopération internationale et la participation de nombreuses organisations de la société civile, organismes internationaux et des organisations religieuses. Cependant, ces interventions restent insuffisantes et nécessitent une coordination des institutions gouvernementales. À continuation, nous présentons la situation actuelle des cantines scolaires.

⁵⁶ Voir [en ligne] <https://fscluster.org/haiti/document/enusan-2019>.

⁵⁷ Pendant longtemps, les options d'utilisation de produits locaux ont été marginalisés pour deux raisons. D'une part parce que ces programmes étaient rattachés aux dons alimentaires (excédents des pays développés) et n'incitaient donc pas une approche de renforcement des chaînes de valeur nationales. Par ailleurs, le facteur coût (vision de court terme) avait été systématiquement privilégié, sans tenir compte des autres effets à moyen et long terme associés au renforcement de la production locale.

B. Les cantines scolaires en Haïti

Aucune autre institution haïtienne ne bénéficie d'une présence et d'une portée comparable à celle des écoles (PSNAS, 2016). En effet, le secteur éducation compte sur plus de 15 000 écoles et près de 100 000 professeurs alors que le secteur santé recense 966 institutions fonctionnelles (MENFP 2014b et MSP 2015b)⁵⁸. Haïti compte sur une infrastructure importante sur tout son territoire qui peut être utilisée pour la distribution d'aliments aux enfants scolarisés.

Bien que le mécanisme « cantines scolaires » soit proposé dans la Politique nationale de protection et promotion sociales (MAST, 2020), l'alimentation scolaire existe déjà en Haïti depuis longtemps et plusieurs programmes cohabitent avec des financements divers (ONG, congrégations religieuses, financement international). Haïti compte aussi sur une « Politique et Stratégie nationales d'Alimentation Scolaire » instituée par le Ministère de l'Éducation nationale et de la Formation professionnelle (MENFP, 2016) qui vise à être orientée autour de trois grands axes d'intervention stratégique :

- Les prestations de services alimentaires : fourniture universelle d'aliments de qualité dans les écoles (snacks et repas chauds) avec la participation du secteur privé et associatif.
- Le soutien à l'économie locale et production d'aliments locaux : l'achat de produits alimentaires locaux et l'implication du secteur privé et associatif redynamise l'économie locale et contribue à l'augmentation durable de la production vivrière des producteurs⁵⁹.
- Le développement des capacités nationales : le renforcement institutionnel du Programme National de Cantine Scolaire (PNCS) autour de son rôle principal de définition de normes, de coordination et de gestion de contrats d'opérateurs ainsi que l'engagement des collectivités territoriales et des communautés dans des modalités de mise en œuvre décentralisées.

En ce qui concerne les programmes de cantines scolaires en Haïti identifiés par la présente étude sont les suivants :

- Le programme national de cantines scolaires (PNCS) financé par le Programme alimentaire mondial (PAM) : ce programme assure l'achat et distribution de nourriture centralisés (repas chauds) ; il existe un comité de gestion des collèges responsables et s'organise autour de la préparation communautaire des repas.
- Le programme d'alimentation scolaire intégré dans le programme Education Pour Tous (EPT) géré par le Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle : achat et distribution de nourriture centralisée pour les repas chauds, décentralisés pour les snacks ; comité de gestion des collèges responsables ; préparation communautaire des repas.
- Le projet pilote d'alimentation scolaire géré par le Ministère des Affaires sociales et du Travail, intégré dans le programme Kore Lavi (terminé en 2019) : snacks et repas chauds préparés en dehors de l'enceinte scolaire : achat décentralisé d'aliments 100% locaux ; secteur privé pour la préparation et distribution de la nourriture ; supervisé par les directeurs d'école et la communauté.
- Le programme d'alimentation scolaire géré par le PAM / Nippes : repas chaud et lait. Achat et distribution d'aliments « régionalisés », 100% local ; comité de gestion des collèges responsables ; préparation communautaire des repas.

Le tableau 23 présente les coûts unitaires (par élève et par jour, et pour 1000 calories) des programmes de cantines scolaires identifiés en Haïti pour l'année 2016, avec la couverture (nombre d'élèves) et le pourcentage de produits locaux utilisés dans l'élaboration des repas. Les coûts par élève varient de \$US 0,27 pour le programme PNCS/PAM qui n'offrait que 20% de produits locaux à \$US 1,33 pour le programme Kore Lavi qui offrait 100% des produits locaux.

⁵⁸ Il y a ainsi plus de 15 écoles pour chaque centre de santé.

⁵⁹ Sur ce sujet, une expérience qui vaut la peine d'être signalée est celle de l'ONG haïtienne Veterimed et son projet de distribution de lait dans les cantines scolaires « Let Agogo ». Ce projet a fonctionné entre 2007 et 2015/16 et consistait en la distribution d'un verre de lait de vache gratuit pendant l'année scolaire aux enfants scolarisés défavorisés. Voir [en ligne] : <https://lenouvelliste.com/lenouvelliste/article/48987/Let-Agogo-dans-les-ecoles-nationales>.

Tableau 23
Haïti : coût unitaire des différents programmes de cantines scolaires, 2016

| | Coût par jour (en dollars) | Coût par 1 000 kcal (en dollars) | Couverture (élèves) | Produits locaux (en pourcentage) |
|----------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|
| PNCS / PAM (Repas chauds) | 0,27 | 0,45 | 592 000 | 20 |
| EPT (Repas et snacks) | 0,58 | 0,48 | 140 000 | 23 |
| MAST / Kore Lavi (Repas et snacks) | 1,33 | 0,88 | 4 000 | 100 |
| PAM / Nippes (Repas et lait) | 1,26 | 1,75 | 3 500 | 100 |

Source : FAO, ALADI, CEPAL, « Programme National des Cantines Scolaires », Plataforma SAN.

Le Programme National des Cantines Scolaires (PNCS), est un programme d'alimentation scolaire haïtien, créé en juillet 1997. Au cours de l'année scolaire 2015-2016, il est estimé qu'environ 867 000 enfants en âge scolaire avait reçu des repas scolaires. La couverture actuelle de l'alimentation scolaire en Haïti est de 30% des élèves du fondamental (1er et 2ème cycle). L'objectif affiché du PNCS est de contribuer à la structuration des actions d'appui aux cantines scolaires en une intervention durable de renforcement de la sécurité alimentaire — et du statut nutritionnel — des bénéficiaires ; les enfants en âge scolaire. L'année de sa création, les agences d'aides fournissaient au PNCS, des services de cantine à 612 000 élèves (alors, exclusivement basés sur des produits importés). Le projet initial ambitionnait de couvrir 1,3 million d'élèves des 3 cycles du fondamental. Ce projet excluait les « rations (alimentaires) sèches » à cause de leurs effets pervers sur les marchés locaux et la production nationale.

L'État haïtien s'est ensuite orienté vers l'appropriation complète du processus et la mise en œuvre directe des actions. Dès lors, et jusqu'à présent, le PNCS gère directement des stocks de nourriture à l'aide d'un dépôt centralisé et à partir duquel la logistique d'approvisionnement des écoles est organisée.

Malgré l'importance de l'alimentation scolaire dans les politiques nationales, le PNCS n'est pas véritablement institutionnalisé dans les structures gouvernementales. De nombreuses ONG et congrégations religieuses participent à l'alimentation scolaire sans s'appuyer sur les institutions gouvernementales, le plus souvent avec un soutien financier étranger. Ces acteurs représentent d'ailleurs un financement important et non comptabilisé du secteur.

C'est le cas, par exemple, de l'ONG « Bureau National de Nutrition et Développement » (BND) dédiée à la lutte contre la faim en Haïti. Sa principale activité consiste à apporter un appui aux cantines scolaires dans le cadre de la distribution de l'aide alimentaire dont le but est de diminuer la faim à court terme et retenir les écoliers bénéficiaires plus longtemps en salle de classe. Le BND sert de liaison entre les écoles et l'Union européenne, son principal donateur. D'après les dernières informations publiées sur leur site internet, pour l'année scolaire 2019-2020, le programme de l'UE/BND a distribué 209 587 repas dans 745 écoles (BID, 2020).

En collaboration étroite avec le Programme National de Cantines Scolaires (PNCS) et le Programme alimentaire mondial (PAM), le BND met en œuvre des activités liées à la distribution d'un snack fait à base de produits locaux : la cassave au beurre d'arachides. Ce soutien issu de ces différentes organisations et institutions internationales va pouvoir permettre au BND de toucher environ 18 500 élèves qui recevront, chaque jour ouvrable de classe, deux rondelles de cassave de 40 grammes chacune, tartinées de 20 grammes de beurre d'arachides ou du bonbon sirop ou de l'AK-100 (bouillie préparée à base de maïs).

C. Méthodologie et scénarios

Les cantines scolaires sont un moyen de favoriser la rétention scolaire, de prévenir la malnutrition des enfants scolarisés de la première à la neuvième année fondamentale et d'affronter le défi de diminuer la non-fréquentation scolaire causée par les barrières financières. Pour estimer le coût de la mise en œuvre de ce mécanisme, il est nécessaire de définir plusieurs scénarios qui considèrent des ciblage et des coûts du repas différents en fonction de l'expérience d'autres pays et de la littérature sur les programmes d'alimentation scolaire. Puis, l'estimation considère aussi la mise en œuvre progressive qui commence en 2020 et finit en 2030, tel que présenté dans le chapitre 1 sur la méthodologie des estimations.

1. Le nombre de destinataires et scénarios

Pour estimer le nombre de destinataires, il est fait usage de l'information provenant du recensement 2003 et des actualisations des projections démographiques publiées par la Division de Statistiques des Nations Unies⁶⁰. La population cible du mécanisme cantines scolaires est estimée en 2019 à 2 185 000 enfants entre 6 et 14 ans (équivalent à 19,4% de la population de Haïti). Cette tranche d'âge correspond aux trois niveaux de l'école fondamentale : les deux premiers cycles (depuis la 1^{re} année à la sixième année fondamentale) correspondent à l'éducation de base (éducation primaire de 6 à 11 ans), et les trois premières classes du troisième cycle (de 12 à 14 ans)⁶¹. Les interventions qui sont réalisées dans cette tranche d'âge peuvent produire des effets positifs en santé et en résultat scolaires à long terme. De plus, il est possible de penser à un élargissement du mécanisme aux enfants qui assistent à l'école maternelle (préscolaire) avec l'idée que les habitudes alimentaires doivent être acquises dès le plus jeune âge et que cette période est fondamentale pour le futur développement des enfants (Schultz, Appleby et Drake, 2018). Cet élargissement revient à une augmentation de 753 000 enfants (voir annexe 7 pour les détails des résultats qui intègrent cette catégorie d'âge élargie).

Cependant, il faut tenir compte d'une hypothèse supplémentaire pour arriver à une estimation précise de la population cible puisque le mécanisme des cantines scolaires est développé à l'intérieur des écoles et rattaché par conséquent uniquement aux élèves scolarisés susceptibles de recevoir les aliments distribués grâce à ce mécanisme. Pour cela, à partir de l'enquête de ménages EMMUS 2016-2017, il est possible d'effectuer des tabulations et de déterminer la proportion d'enfants qui assiste à l'école sur l'année étudiée et présenter les résultats pour chaque département. Le tableau 24 présente le taux net de fréquentation scolaire pour le niveau primaire (84,1% au niveau national) et le taux net de fréquentation scolaire pour chaque tranche d'âge (6 à 11 ans et 12 à 14 ans) : au niveau national, 83,1% et 27,7% des enfants pour chaque tranche d'âge respectivement (environ 1,421 millions d'enfants) fréquentent l'école, ce qui laisse en dehors de ce mécanisme d'alimentation à 764 000 enfants. Néanmoins, comme le mécanisme a pour objectif d'offrir une alimentation de qualité aux enfants qui vont à l'école sans restriction, pour les estimations de coût du mécanisme, nous prenons en compte le taux brut de fréquentation scolaire, indépendamment du niveau (primaire ou secondaire) et de l'âge officiel de fréquentation. C'est-à-dire, nous considérons que 92,5% des enfants de 6 à 14 ans fréquentent l'école.

⁶⁰ Voir World Population Prospects 2019, DESA, United Nations [en ligne] <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Interpolated/>. Les projections démographiques « medium-term » sont utilisées ici. Voir les définitions des variantes de projections [en ligne] <https://population.un.org/wpp/DefinitionOfProjectionVariants/>.

⁶¹ Voir le schéma du système scolaire haïtien [en ligne] : http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/archive/Countries/WDE/2006/LATIN_AMERICA_and_the_CARIBBEAN/Haiti/Haiti.pdf.

Tableau 24
Haïti : nombre d'enfants entre 6 et 14 ans, fréquentation scolaire et situation de pauvreté multidimensionnelle des enfants selon département

| Unité | Nombre d'enfants entre 6 et 14 ans | Taux net fréquentation scolaire, niveau primaire ^a | Taux net fréquentation scolaire par niveau ^a | | Taux brut de fréquentation scolaire ^b | | | Pauvreté multidimensionnelle | Pauvreté multidimensionnelle sévère |
|---------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------------|-------------------------------------|
| | | | Primaire (6 à 11 ans) | Secondaire (12 à 14 ans) | Enfants de 6 à 14 ans | Enfants de 6 à 11 ans | Enfants de 12 à 14 ans | | |
| | En milliers | En pourcentage | En pourcentage | En pourcentage | En pourcentage | En pourcentage | En pourcentage | En pourcentage | |
| Année | 2019 | 2016-2017 | 2016-2017 | 2016-2017 | 2016-2017 | 2016-2017 | 2016-2017 | 2016-2017 | |
| National | 2 185 | 84,1 | 83,1 | 27,7 | 92,5 | 91,8 | 93,0 | 47,1 | 22,9 |
| Aire Métropolitaine | 365 | 90,1 | 90,1 | 49,0 | 95,4 | 95,2 | 95,7 | 17,5 | 4,8 |
| Reste-Ouest | 357 | 79,7 | 78,4 | 28,4 | 92,0 | 90,9 | 94,8 | 51,4 | 27,7 |
| Sud-Est | 135 | 81,1 | 78,5 | 12,6 | 93,0 | 92,5 | 94,0 | 54,5 | 23,3 |
| Nord | 232 | 86,1 | 85,4 | 27,7 | 93,2 | 92,4 | 94,9 | 44,2 | 20,2 |
| Nord-Est | 88 | 87,9 | 87,2 | 23,9 | 93,1 | 92,1 | 95,5 | 47,3 | 21,8 |
| Artibonite | 340 | 82,1 | 81,3 | 21,4 | 92,1 | 91,6 | 93,3 | 55,2 | 27,7 |
| Centre | 203 | 82,1 | 81,2 | 20,4 | 89,2 | 89,3 | 89,2 | 59,8 | 33,3 |
| Sud | 161 | 79,9 | 77,9 | 21,4 | 89,3 | 88,4 | 91,7 | 51,9 | 27,3 |
| Grande Anse | 100 | 83,8 | 82,8 | 16,1 | 89,1 | 87,5 | 92,4 | 65,1 | 32,8 |
| Nord-Ouest | 132 | 87,4 | 86,6 | 27,3 | 93,6 | 93,2 | 94,5 | 53,1 | 23,9 |
| Nippes | 70 | 91,4 | 90,3 | 24,2 | 95,9 | 95,9 | 96,0 | 46,1 | 18,5 |

Source : Élaboration propre à partir des projections démographiques « medium-term » de la Division de Population des Nations-Unies, et de l'enquête de ménages EMMUS 2016-2017. Le taux net de fréquentation scolaire (niveau primaire) présenté dans cette colonne correspond aux données du tableau 2.11 du rapport de l'EMMUS VI. La définition du taux net de fréquentation scolaire pour le primaire est le pourcentage de la population d'âge officiel de fréquentation du niveau primaire (6-11 ans) qui fréquente l'école primaire.

^a Taux net fréquentation scolaire par niveau correspond au pourcentage de la population d'âge officiel de fréquentation du niveau (dans ce cas 6 à 11 ans) qui fréquente actuellement l'école au niveau correspondant (dans ce cas primaire). Pour le pourcentage qui correspond aux âges 12-14, il faut tenir en compte qu'il se calcule sur les enfants qui vont en secondaire et n'a pas été restreint aux grades correspondant officiellement pour ces âges.

^b Taux brut de fréquentation scolaire correspond au pourcentage de la population qui fréquente l'école. Dans ce cas, se serait le numéro d'enfant de 6 à 14 ans qui fréquente l'école vis-à-vis de tous les enfants de 6 à 14 ans.

À partir de cette information, il est possible de définir différents scénarios de la population cible. Ces scénarios offrent la possibilité de concentrer les ressources économiques disponibles pour assister les familles les plus vulnérables et progressivement atteindre toute la population visée par le mécanisme. Les scénarios proposés concernant la population cible sont les suivants :

- Scénario 1 (couverture universelle) : ce scénario considère une couverture universelle qui concerne tous les enfants qui assistent à l'école et sont âgés de 6 à 14 ans⁶² ;
- Scénario 2 (ciblage catégoriel et condition de pauvreté multidimensionnelle) : ce scénario cible les enfants de 6 à 14 ans en situation de pauvreté multidimensionnelle qui assistent aux établissements scolaires ;
- Scénario 3 (ciblage catégoriel et condition de pauvreté multidimensionnelle sévère) : ce scénario cible les enfants de 6 à 14 ans en situation de pauvreté multidimensionnelle sévère qui assistent aux établissements scolaires ;
- Scénario 4 (ciblage catégoriel et géographique) : ce scénario envisage un ciblage qui donne priorité aux enfants de 6 à 14 ans qui assistent à l'école et habitent dans les départements du Centre, Grand'Anse et Nord-Ouest, retenus puisque ce sont les départements où le SIMAST a une plus grande couverture, et où l'insécurité alimentaire et la pauvreté multidimensionnelle est très répandue ;
- Scénario 5 (ciblage catégoriel, géographique et condition de pauvreté multidimensionnelle sévère) : cette approche considère les mêmes départements que dans le scénario 4 mais réduite aux enfants qui sont en situation de pauvreté multidimensionnelle sévère.

Il est nécessaire de préciser quelques éléments complémentaires sur les scénarios considérés. La pauvreté est un des facteurs qui approfondit l'insécurité alimentaire puisque les familles qui se trouvent dans ces conditions sont privées des moyens financiers pour acheter et accéder aux produits alimentaires. En conséquence, il est possible d'établir que ces ménages sont ceux qui doivent être prioritaires pour les politiques qui visent à prévenir la malnutrition des enfants scolarisés. Cependant, dans le cas où les ressources disponibles ne sont pas suffisantes pour répondre à ce groupe, le ciblage géographique présente une solution pour mettre en œuvre progressivement ce mécanisme. Celui-ci consiste dans la sélection de certains départements qui concentrent d'un côté une couverture importante du SIMAST — ce qui permet de disposer d'information pour l'identification plus précise de la population cible — et de l'autre côté les ménages les plus pauvres (pauvreté multidimensionnelle sévère) ainsi que le pourcentage de malnutrition⁶³. Selon le Programme alimentaire mondial, ceci est d'autant plus important, que la classification des phases de l'insécurité alimentaire (IPC : Integrated Food Security Phase Classification) de septembre 2020 estime le nombre de personnes qui seront en crise alimentaire à 4 millions de personnes entre août 2020 et février 2021, et qui pourrait augmenter à 4,4 millions pour la période mars-juin 2021, à cause des périodes irrégulières de pluies, la crise économique persistante, l'instabilité politique, et les effets des restrictions produites par le COVID-19. Tous ces éléments ont des conséquences sur la production locale et l'offre d'aliments⁶⁴.

Le tableau 25 présente en détail l'univers de la population cible concernée pour chaque scénario ce qui permet de visualiser clairement que les scénarios sont ordonnés de façon décroissante, allant d'une couverture universelle, jusqu'à celles qui considèrent un ciblage et considèrent les enfants les plus vulnérables et exposés aux problèmes d'accès et qualité alimentaire. Les données présentées dans le tableau 3 ne considèrent pas l'hypothèse de mise en œuvre progressive au fil des années.

⁶² Il y aurait 8% des enfants exclus des cantines scolaires (pour cause de non-fréquentation de l'école) et aucun mécanisme de la PNPPS ne prend en charge l'alimentation ces enfants. Les estimations présentées ici ne considèrent que les élèves qui fréquentent l'école, et il serait donc pertinent de trouver des mécanismes complémentaires pour eux.

⁶³ Voir en annexe 4, le tableau avec les caractéristiques de chaque département considéré dans la sélection pour le ciblage géographique.

⁶⁴ Voir WFP et FAO (2020). FAO-WFP early warning analysis of acute food insecurity hotspots: October 2020. Rome [en ligne] <https://doi.org/10.4060/cb1907en>.

Tableau 25
Haïti : population cible des cantines scolaires selon les cinq scénarios définis, 2020-2030

| | Scénario 1 Universel | Scénario 2 Pauvreté multidimensionnelle | Scénario 3 Pauvreté multidimensionnelle sévère | Scénario 4 Ciblage géographique ^a | Scénario 5 Ciblage géographique et de pauvreté multidimensionnelle sévère |
|------|-------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 2020 | 101 240 | 47 684 | 23 184 | 19 775 | 5 980 |
| 2021 | 202 953 | 95 591 | 46 476 | 39 643 | 11 988 |
| 2022 | 406 862 | 191 632 | 93 171 | 79 472 | 24 032 |
| 2023 | 611 532 | 288 032 | 140 041 | 119 450 | 36 121 |
| 2024 | 816 482 | 384 563 | 186 974 | 159 482 | 48 227 |
| 2025 | 1 020 924 | 480 855 | 233 791 | 199 416 | 60 303 |
| 2026 | 1 224 159 | 576 579 | 280 332 | 239 114 | 72 307 |
| 2027 | 1 426 920 | 672 079 | 326 765 | 278 719 | 84 284 |
| 2028 | 1 628 981 | 767 250 | 373 037 | 318 187 | 96 219 |
| 2029 | 1 830 051 | 861 954 | 419 082 | 357 462 | 108 095 |
| 2030 | 2 029 472 | 955 881 | 464 749 | 396 414 | 119 875 |

Source : Élaboration propre.

^a Le Ciblage géographique concerne les départements suivants : «Nord-Est» ; «Grand-Anse» et «Nord-Ouest».

2. Les scénarios prenant en compte les différents coûts des repas scolaires

La structure des coûts des programmes d'aliments est très variée. Elle peut concerner différents types d'aliments, de boissons et même différentes origines des produits, selon l'institution qui gère le programme, le budget et les objectifs qui sont établis. Ce qui est le plus habituel est de livrer des repas chauds, des snacks, et en addition du lait ou bien de l'eau embouteillé. Les coûts considèrent aussi les outils de cuisine, le transport et le stockage des aliments, ainsi que le suivi de la mise en œuvre.

Pour estimer les coûts d'un mécanisme comme celui-ci, nous faisons l'hypothèse de 175 jours d'école par an en moyenne. Cette hypothèse est fondée sur plusieurs sources (voir tableau 26). Premièrement selon les cinq derniers calendriers scolaires officiels publiés par le Ministère de l'Éducation les jours de classe varient entre 176 et 194 jours. Deuxièmement, deux exercices de chiffrage de programmes d'alimentation scolaire (de la Banque interaméricaine de développement et de la Banque mondiale) considèrent comme hypothèse 140 et 150 jours d'école pour l'année scolaire. Il est à noter que durant l'année scolaire 2019-2020, deux événements ont interrompu l'assistance scolaire : le « lockdown » survenu en octobre 2019 et le COVID-19 survenu depuis mars 2020.

Tableau 26
Haïti : jours d'école selon les calendriers officiels
(En jours par année scolaire)

| Calendriers scolaires du Ministère de l'Éducation et de la Formation Professionnelle : | Jours d'école par an |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 2016-2017 | 186 |
| 2017-2018 | 194 |
| 2018-2019 | 192 |
| 2019-2020 | 189 |
| 2020-2021 | 176 |
| BID (2020) | 140 |
| Banque mondiale (2007) | 150 |
| Moyenne | 175 |

Source : Élaboration propre sur la base du Ministère de l'Éducation et de la Formation Professionnelle de la République d'Haïti, de la Banque Interaméricaine de Développement et la Banque mondiale.

Nous présentons à continuation quatre scénarios différents concernant les coûts des repas scolaires :

- Scénario 1 : Le coût correspond à US\$1,33 par jour et par enfant (Kore Lavi (CARE/MAST), considère un repas chaud et snacks, avec des produits 100% locaux.)⁶⁵ ;
- Scénario 2 : Le coût correspond à US\$0,84 par jour et par enfant (BID, Bureau de Nutrition et développement (BND)), considère un repas chaud et snack, avec entre 30% et 55% des produits locaux.)⁶⁶ ;
- Scénario 3 : Le coût correspond à US\$0,55 par jour et par enfant (PAM, correspond à la moyenne pour 32 pays à revenu moyen)⁶⁷ ;
- Scénario 4 : Le coût correspond à US\$0,36 par jour et par enfant (PAM, correspond à la moyenne pour 28 pays à faible revenu)⁶⁸.

Les scénarios dépendent des produits utilisés pour faire les repas et leur coût de production, le nombre de calories des aliments et certaines caractéristiques comme les coûts de transport, les actions pour la livraison des aliments. En plus des différents scénarios, l'estimation prévoit une mise en œuvre progressive du mécanisme (voir chapitre I).

D. Résultats

Les graphiques 16 et 17 montrent les résultats du chiffrage pour le mécanisme de cantines scolaires pour les enfants de 6 à 14 ans qui assistent à l'école fondamentale.

Le coût du mécanisme cantines scolaires pour les enfants de 6 à 14 ans varie en fonction des scénarios et les hypothèses présentés dans la section précédente (voir le graphique 15). Le premier panel montre le coût quand le montant équivaut à US\$1,33 et 100% des produits d'alimentation sont d'origine nationale. En 2030, le coût varie de 0,3% du PIB pour une couverture 5 de la population (ciblage géographique et selon la condition de pauvreté multidimensionnelle sévère) à 4,3% du PIB pour la couverture universelle.

De même pour le panel B qui montre le coût des cantines scolaires présenté par la Banque interaméricaine développement (BID) quand le montant équivaut à US\$0,84 par jour et par enfant, celui-ci varie de 0,2% à 2,7% du PIB. Pour le panel C qui correspond à la moyenne des coûts des cantines scolaires dans des pays de revenus moyens, celui-ci varie de 0,1% à 1,8% du PIB. Finalement, pour les montants les moins généreux (panel D correspondant au montant de US\$0,36 par jour et enfant), les coûts varient de 0,07% à 1,2% du PIB.

Ces mêmes résultats en millions de dollars peuvent s'apprécier dans le graphique 16. Les résultats sont présentés sous la même logique que les résultats précédents ; le panel A présente le coût des cantines scolaires pour les enfants de 6 à 14 ans le plus élevé et le panel D montre le coût le moins élevé puisqu'il répond à l'estimation de ce que les pays de faibles revenus dépensent sur les programmes d'alimentation scolaire en moyenne. En 2030, le coût varie de 27,9 millions de dollars pour une couverture 5 de la population (ciblage géographique et selon la condition de pauvreté multidimensionnelle sévère) à 472,4 millions de dollars pour la couverture universelle. De même pour le panel B, celui-ci varie de 17,6 à 298,3 millions de dollars. Pour le panel C qui correspond au coût moyen dépensé par les pays de revenus moyens, celui-ci varie de 11,5 à 195,3 millions de dollars.

Finalement, pour les montants les moins généreux (panel D), les coûts varient de 7,6 à 127,9 millions de dollars⁶⁹.

⁶⁵ Source : FAO, ALADI, CEPAL, « Programme National des Cantines Scolaires », Plateforme SAN.

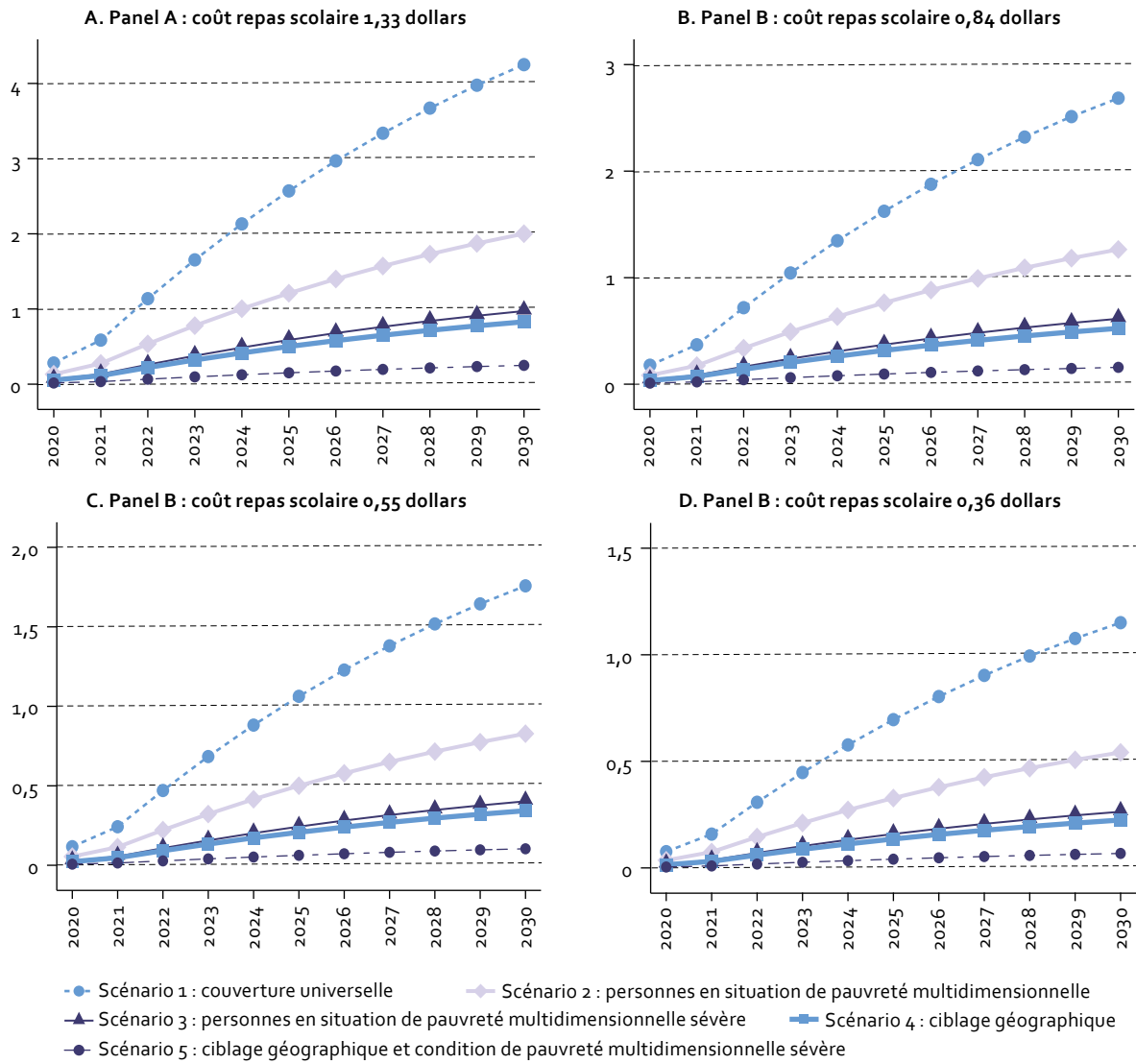
⁶⁶ Voir [en ligne] <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=EZSHARE-1267872198-17>.

⁶⁷ Voir [en ligne] <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000112101/download/>, à partir de Drake (2018) et Bundy et al. (2018b).

⁶⁸ Idem.

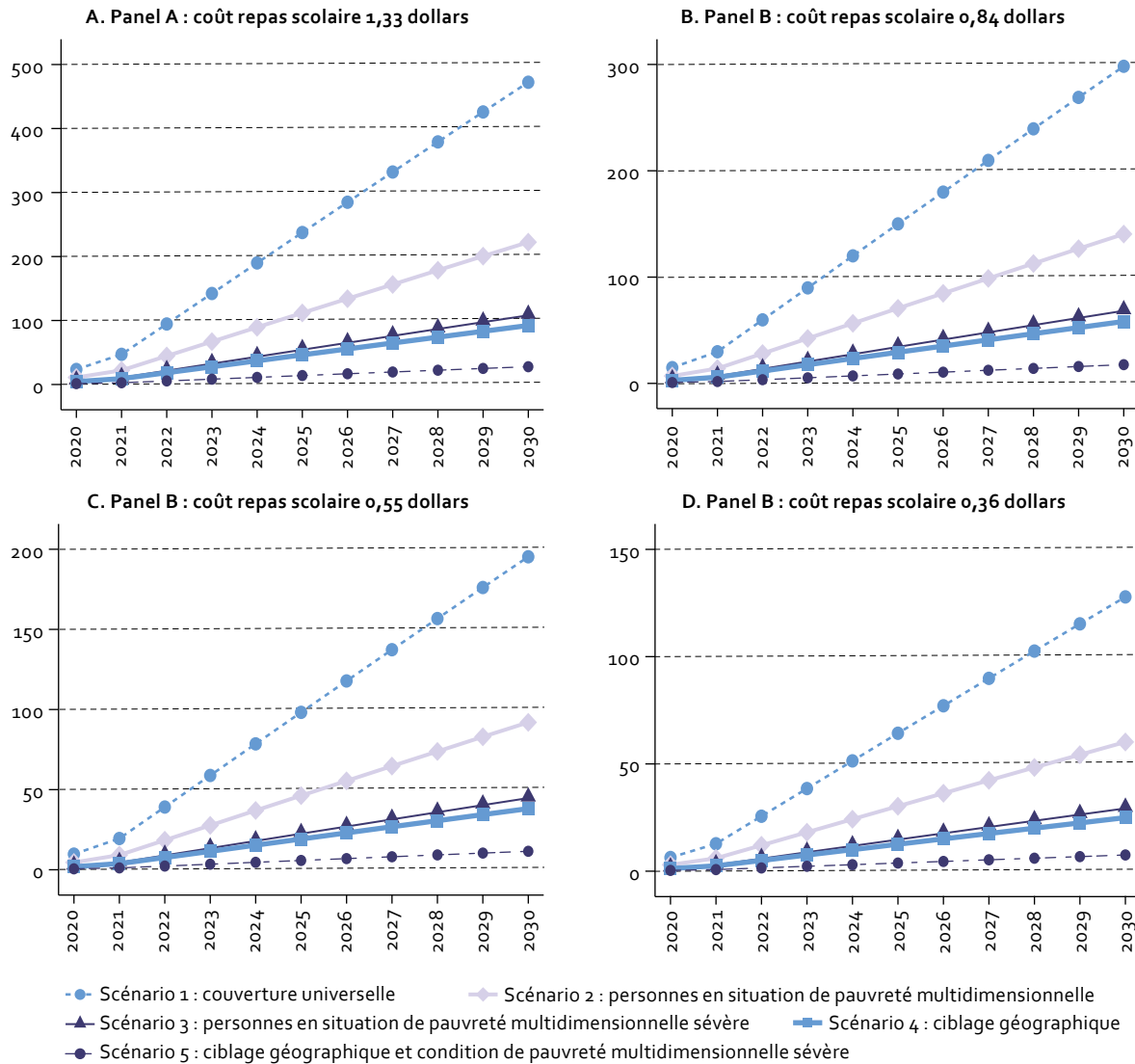
⁶⁹ Voir en annexe les tableaux de résultats des estimations pour chaque scénario (en millions de dollars et en pourcentages du PIB).

Graphique 16
Haïti : coût cantines scolaires pour enfant de 6 à 14 ans, 2020-2030
(En pourcentage du produit intérieur brut)



Source : Élaboration propre.

Graphique 17
Haïti : coût cantines scolaires pour enfant de 6 à 14 ans, 2020-2030
(En millions de dollars)



Source : Élaboration propre.

E. Conclusion

Depuis la reconnaissance du droit humain à l'alimentation, un des grands défis des politiques de protection et promotion sociale est l'éradication de la faim et de la malnutrition qui sont encore une source de problèmes de santé et un frein au développement économique et social avec des coûts particulièrement élevés pour les enfants. Dans le cadre de la PNPPS, le mécanisme alimentation scolaire cherche justement à prévenir et combattre les carences en micronutriments, promouvoir des habitudes alimentaires saines tout au long de la vie et encourager les sources d'alimentation variées. Certes, plusieurs programmes existent déjà dans le pays, cependant ces interventions restent insuffisantes et nécessitent une véritable coordination des institutions gouvernementales de manière à perdurer dans le long terme.

Les résultats des estimations de chiffrage du mécanisme cantines scolaires pour les enfants de 6 à 14 ans varie en fonction des scénarios de la population cible et aussi des scénarios des coûts des repas scolaires. Ces scénarios prévoient aussi une mise en œuvre progressive du mécanisme pour essayer de réduire la pression fiscale de sa mise en œuvre, tout en considérant que ce n'est pas le seul mécanisme pour répondre aux défis en matière de protection et promotion sociale. Ainsi, pour la première année, les coûts des repas varient entre 0,4 millions de dollars (les coûts plus bas et un ciblage catégoriel, géographique et condition de pauvreté multidimensionnelle sévère) et 23,6 millions de dollars (les coût plus élevés et ciblage universel). Pour 2030, si l'on considère des produits 100% d'origine nationale, le coût varie de 27,9 millions de dollars (0,3% du PIB) pour une couverture qui considère un ciblage qui donne priorité aux enfants de 6 à 14 ans en condition de pauvreté multidimensionnelle sévère qui assistent à l'école et habitent dans les départements du Centre, Grand'Anse et Nord-Ouest, à 472,4 millions de dollars (4,3% du PIB) pour la couverture universelle.

Les autres scénarios concernent des structures de coût moins élevés ce qui répond aux différents types d'aliments, de boissons et même différentes origines des produits, ainsi qu'au ciblage de la population destinataires. De cette façon, il est possible d'envisager différentes stratégies selon les ressources financières disponibles et tenant compte que ce mécanisme n'est pas le seul à être envisagé par la PNPPS.

La mise en œuvre d'un tel mécanisme se conforme donc comme une stratégie efficace pour combattre la malnutrition et la faim des enfants scolarisés et quelquefois aussi à leur famille. Mais celui-ci n'est pas le seul bénéfice des programmes d'alimentation scolaires, puisque l'accès à au moins un repas complet tous les jours, peut aussi contribuer à la diminution de la non-fréquentation ou abandons scolaires, à l'amélioration de l'état de santé des enfants et à offrir une meilleure protection sociale aux famille pauvres. De plus, il faut souligner que les résultats des programmes d'alimentation scolaires peuvent aussi avoir des effets positifs sur le développement économique national et sur les budgets des familles qui travaillent dans le secteur agricole si ces cantines intègrent – comme proposé dans ce chapitre - les produits locaux en articulation avec la promotion sociale orientée vers les petites entreprises et les exploitations agricoles.

Bibliographie

- Bundy, D. et al. (2009), Rethinking School Feeding - Social Safety Nets, Child Development and the Education Sector. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- Bundy, D. et al. editeurs (2018a), Optimizing Education Outcomes: High-Return Investments in School Health for Increased Participation and Learning. Disease Control Priorities, Vol 1., International Bank for Reconstruction and Development World Bank Group.
- _____ (2018b), Re-imagining school feeding: A high return investment in human capital and local economies, Disease Control Priorities 3, v. 8, International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank Group.
- Drake, Lesley J., et Alice Woolnough, Alice (2016), Global school feeding sourcebook: lessons from 14 countries, compilé par Lesley Drake (Imperial College London, UK), Alice Woolnough (Imperial College London, UK).
- Drake, L. et al. (2018), School Feeding Programs in Middle Childhood and Adolescence.
- _____ (2019), How many poor children globally could benefit from new generation school feeding programmes, and what would be the cost? *Frontiers in Public Health*.
- ENUSAN (Enquête Nationale d'Urgence sur la Sécurité alimentaire et nutritionnelle) (2019), [en ligne] http://www.cnsahaiti.org/Web/Etudes/2019/ENUSAN%202019_CNSA_Rapport%20final.pdf.
- FAO, IFAD, UNICEF, PAM and OMS (2020), The State of Food Security and Nutrition in the World 2020: Transforming food systems for affordable healthy diets. Rome, FAO, [en ligne] <http://www.fao.org/3/cag692en/online/cag692en.html>.
- Krisjansson, E. et al. (2016), "Costs, and cost-outcome of school feeding programmes and feeding programmes for young children. Evidence and recommendations", *International Journal of Educational Development*, vol 48, pages 79-83.

- Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle (2016), Politique et stratégie nationales d'alimentation scolaire (PSNAS), Port-au-Prince . en ligne] http://planipolis.iiep.unesco.org/sites/planipolis/files/ressources/haiti_politique_et_strategie_nationales_alimentation_scolaire.pdf.
- Ministère des affaires sociales et du travail de la République d'Haïti (2020), Politique nationale de protection et promotion sociales. Port-au-Prince.
- Programme alimentaire mondial (PAM) (2019), The impact of school feeding programs, novembre 2019, [en ligne] https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000102338/download/?_ga=2.43126816.4893917.1589164556-1617792346.1589164556.
- Programme alimentaire mondial (PAM) (2020), A chance for every schoolchild Partnering to scale up School Health and Nutrition for Human Capital, WFP School Feeding Strategy 2020 – 2030. [en ligne]: <https://www.wfp.org/publications/chance-every-schoolchild-wfp-school-feeding-strategy-2020-2030>.
- Programme alimentaire mondial (PAM) et Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) (2018), Home-Grown School Feeding. Resource Framework. Technical Document, Rome.
- Programme alimentaire mondial (PAM) et Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) (2020), "FAO-WFP early warning analysis of acute food insecurity hotspots", October, Rome. [en ligne] <http://www.fao.org/documents/card/es/c/cb1907en>/Schultz, L., Appleby, L., et L. Drake (2018), "Maximizing Human Capital by Aligning Investments in Health and Education", Bethesda, MD: Health Finance and Governance Project, Abt Associates Inc.
- Snilsveit, B. et al. (2015), Interventions for Improving Learning Outcomes and Access to Education in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. Systematic Review 24, International Initiative for Impact Evaluation (3ie), in Bashir et al. (2018) Facing Forward: Schooling for Learning in Africa. Washington, DC: World Bank.
- UNESCO, WFP, UNICEF, AND WHO JOINT POSITION PAPER (2020), The importance of investing in the wellbeing of children to avert the learning crisis. [en ligne] : <https://www.wfp.org/publications/importance-investing-wellbeing-children-avert-learning-crisis>.
- United Nations System Standing Committee on Nutrition (UNSCN) (2017), Schools as a System to Improve Nutrition.

Annexes

Annexe IV.A1 Sélection des territoires pour le ciblage géographique des cantines scolaires

Le tableau IV.A1 présente les différents éléments qui ont été décrits pour sélectionner les départements du scénario correspondant au ciblage géographique.

Tableau IV.A1
Caractéristiques de vulnérabilité de la population du territoire haïtien par département

| | Couverture SIMAST ^a | Incidence Pauvreté Multidimensionnelle Sévère ^b (En pourcentage de la population) | Assistance scolaire ^c (En pourcentage) | Population ^d (En milliers) | Malnutrition ^d (En pourcentage des enfants de moins de 5 ans) |
|-----------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 1 Aire métropolitaine | Aucune | 3,3 | 95,4 | 2 320 | 11,7 |
| 2 Reste-Ouest" | 2 communes | 23 | 92,0 | 1 812 | 16 |
| 3 "Sud-Est" | 4 communes | 18,5 | 93,0 | 665 | 5 |
| 4 "Nord" | Aucune | 16,8 | 93,2 | 1 216 | 10 |
| 5 "Nord-Est" | 3 communes | 16,5 | 93,1 | 410 | 12 |
| 6 "Artibonite" | 4 communes | 24,5 | 92,1 | 1 680 | 11 |
| 7 "Centre" | 4 communes | 30,9 | 89,2 | 845 | 25 |
| 8 "Sud" | 2 communes | 21,9 | 89,3 | 850 | 8 |
| 9 "Grand'Anse" | 12 communes | 29,4 | 89,1 | 508 | 9 |
| 10 "Nord-Ouest" | 9 communes | 20,2 | 93,6 | 591 | 11 |
| 11 "Nippes" | Aucune | 16,4 | 95,9 | 366 | 10 |

Source : Élaboration propre.

^a Information obtenue directement du SIMAST, actualisation de septembre 2020.

^b Estimations propres avec la méthodologie proposée à partir de l'EMMUS VI (2016-2017).

^c Taux brut de fréquentation scolaire correspond au pourcentage de la population qui fréquente l'école. Dans ce cas, se serait le numéro d'enfant de 6 à 14 ans qui fréquente l'école vis-à-vis de tous les enfants de 6 à 14 ans. Estimations à partir de EMMUS VI (2016-2017) et des projections démographiques des Nations Unies 2020.

^d Voir ENUSAN (2019). Considère les enfants avec malnutrition sévère ou modérée et les enfants en risque de malnutrition [en ligne] <https://fscluster.org/haïti/overview>; (v) <https://hungermap.wfp.org/>.

Annexe IV.A2

Résultats détaillés des estimations des coûts de l'alimentation scolaire en fonction des différents scénarios proposés

Les tableaux suivants présentent les résultats détaillés des estimations des coûts des cantines scolaires pour chaque scénario et population cible en dollars. Rappelons que les quatre scénarios sont définis en fonction des coûts d'un repas par enfant par jour. Après, les coûts sont multipliés par la population cible dans chaque type de ciblage et par le numéro de jours d'école en moyenne (175 jours). Pour les ciblagés des enfants de 6 à 14 ans qui sont en établissement scolaire, il est considéré à chaque fois les mêmes groupes : (i) ciblage universel ; (ii) ciblage catégoriel en fonction de la condition de pauvreté multidimensionnelle ; (iii) ciblage catégoriel en fonction de la condition de pauvreté multidimensionnelle sévère ; (iv) ciblage catégoriel et géographique ; (v) ciblage catégoriel, géographique et condition de pauvreté multidimensionnelle sévère. Chaque tableau représente un scénario avec les différentes populations ciblées.

Tableau IV.A2
Coût du programme d'alimentation scolaire pour scénario 1 (coût du repas par jour de 1,33 dollars)
selon différentes couvertures de la population
(En millions de dollars)

| Année | Scénario 1 Universel | Scénario 2 Pauvreté multidimensionnelle | Scénario 3 Pauvreté multidimensionnelle sévère | Scénario 4 Ciblage géographique ¹ | Scénario 5 Ciblage géographique et de pauvreté multidimensionnelle sévère |
|-------|-------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 2020 | 23,6 | 11,1 | 5,4 | 4,6 | 1,4 |
| 2021 | 47,2 | 22,2 | 10,8 | 9,2 | 2,8 |
| 2022 | 94,7 | 44,6 | 21,7 | 18,5 | 5,6 |
| 2023 | 142,3 | 67,0 | 32,6 | 27,8 | 8,4 |
| 2024 | 190,0 | 89,5 | 43,5 | 37,1 | 11,2 |
| 2025 | 237,6 | 111,9 | 54,4 | 46,4 | 14,0 |
| 2026 | 284,9 | 134,2 | 65,2 | 55,7 | 16,8 |
| 2027 | 332,1 | 156,4 | 76,1 | 64,9 | 19,6 |
| 2028 | 379,1 | 178,6 | 86,8 | 74,1 | 22,4 |
| 2029 | 425,9 | 200,6 | 97,5 | 83,2 | 25,2 |
| 2030 | 472,4 | 222,5 | 108,2 | 92,3 | 27,9 |

Source : Élaboration propre.

Tableau IV.A3
Coût du programme d'alimentation scolaire pour scénario 1 (coût du repas par jour de 1,33 dollars)
selon différentes couvertures de la population
(En pourcentage du PIB)

| Année | Scénario 1 Universel | Scénario 2 Pauvreté multidimensionnelle | Scénario 3 Pauvreté multidimensionnelle sévère | Scénario 4 Ciblage géographique ¹ | Scénario 5 Ciblage géographique et de pauvreté multidimensionnelle sévère |
|-------|-------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 2020 | 0,28 | 0,13 | 0,06 | 0,06 | 0,02 |
| 2021 | 0,59 | 0,28 | 0,13 | 0,11 | 0,03 |
| 2022 | 1,14 | 0,54 | 0,26 | 0,22 | 0,07 |
| 2023 | 1,65 | 0,78 | 0,38 | 0,32 | 0,10 |
| 2024 | 2,13 | 1,00 | 0,49 | 0,42 | 0,13 |
| 2025 | 2,57 | 1,21 | 0,59 | 0,50 | 0,15 |
| 2026 | 2,97 | 1,40 | 0,68 | 0,58 | 0,18 |
| 2027 | 3,34 | 1,57 | 0,76 | 0,65 | 0,20 |
| 2028 | 3,67 | 1,73 | 0,84 | 0,72 | 0,22 |
| 2029 | 3,98 | 1,87 | 0,91 | 0,78 | 0,23 |
| 2030 | 4,25 | 2,00 | 0,97 | 0,83 | 0,25 |

Source : Élaboration propre.

Tableau IV.A4
Coût du programme d'alimentation scolaire pour scénario 2 (coût du repas par jour de 0,84 dollars)
selon différentes couvertures de la population
(En millions de dollars)

| Année | Scénario 1 Universel | Scénario 2 Pauvreté multidimensionnelle | Scénario 3 Pauvreté multidimensionnelle sévère | Scénario 4 Ciblage géographique ¹ | Scénario 5 Ciblage géographique et de pauvreté multidimensionnelle sévère |
|-------|-------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 2020 | 14,9 | 7,0 | 3,4 | 2,9 | 0,9 |
| 2021 | 29,8 | 14,1 | 6,8 | 5,8 | 1,8 |
| 2022 | 59,8 | 28,2 | 13,7 | 11,7 | 3,5 |
| 2023 | 89,9 | 42,3 | 20,6 | 17,6 | 5,3 |
| 2024 | 120,0 | 56,5 | 27,5 | 23,4 | 7,1 |
| 2025 | 150,1 | 70,7 | 34,4 | 29,3 | 8,9 |
| 2026 | 180,0 | 84,8 | 41,2 | 35,1 | 10,6 |
| 2027 | 209,8 | 98,8 | 48,0 | 41,0 | 12,4 |
| 2028 | 239,5 | 112,8 | 54,8 | 46,8 | 14,1 |
| 2029 | 269,0 | 126,7 | 61,6 | 52,5 | 15,9 |
| 2030 | 298,3 | 140,5 | 68,3 | 58,3 | 17,6 |

Source : Élaboration propre.

Tableau IV.A5
Coût du programme d'alimentation scolaire pour scénario 2 (coût du repas par jour de 0,84 dollars)
selon différentes couvertures de la population
(En pourcentage du PIB)

| Année | Scénario 1 Universel | Scénario 2 Pauvreté multidimensionnelle | Scénario 3 Pauvreté multidimensionnelle sévère | Scénario 4 Ciblage géographique ¹ | Scénario 5 Ciblage géographique et de pauvreté multidimensionnelle sévère |
|-------|-------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 2020 | 0,18 | 0,08 | 0,04 | 0,03 | 0,01 |
| 2021 | 0,37 | 0,17 | 0,08 | 0,07 | 0,02 |
| 2022 | 0,72 | 0,34 | 0,16 | 0,14 | 0,04 |
| 2023 | 1,04 | 0,49 | 0,24 | 0,20 | 0,06 |
| 2024 | 1,35 | 0,63 | 0,31 | 0,26 | 0,08 |
| 2025 | 1,62 | 0,76 | 0,37 | 0,32 | 0,10 |
| 2026 | 1,88 | 0,88 | 0,43 | 0,37 | 0,11 |
| 2027 | 2,11 | 0,99 | 0,48 | 0,41 | 0,12 |
| 2028 | 2,32 | 1,09 | 0,53 | 0,45 | 0,14 |
| 2029 | 2,51 | 1,18 | 0,58 | 0,49 | 0,15 |
| 2030 | 2,69 | 1,26 | 0,61 | 0,52 | 0,16 |

Source : Élaboration propre.

Tableau IV.A6
Coût du programme d'alimentation scolaire pour scénario 3 (coût du repas par jour de 0,55 dollars)
selon différentes couvertures de la population
(En millions de dollars)

| Année | Scénario 1 Universel | Scénario 2 Pauvreté multidimensionnelle | Scénario 3 Pauvreté multidimensionnelle sévère | Scénario 4 Ciblage géographique ¹ | Scénario 5 Ciblage géographique et de pauvreté multidimensionnelle sévère |
|-------|-------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 2020 | 9,7 | 4,6 | 2,2 | 1,9 | 0,6 |
| 2021 | 19,5 | 9,2 | 4,5 | 3,8 | 1,2 |
| 2022 | 39,2 | 18,4 | 9,0 | 7,6 | 2,3 |
| 2023 | 58,9 | 27,7 | 13,5 | 11,5 | 3,5 |
| 2024 | 78,6 | 37,0 | 18,0 | 15,4 | 4,6 |
| 2025 | 98,3 | 46,3 | 22,5 | 19,2 | 5,8 |
| 2026 | 117,8 | 55,5 | 27,0 | 23,0 | 7,0 |
| 2027 | 137,3 | 64,7 | 31,5 | 26,8 | 8,1 |
| 2028 | 156,8 | 73,8 | 35,9 | 30,6 | 9,3 |
| 2029 | 176,1 | 83,0 | 40,3 | 34,4 | 10,4 |
| 2030 | 195,3 | 92,0 | 44,7 | 38,2 | 11,5 |

Source : Élaboration propre.

Tableau IV.A7
Coût du programme d'alimentation scolaire pour scénario 3 (coût du repas par jour de 0,55 dollars)
selon différentes couvertures de la population
(En pourcentage du PIB)

| Année | Scénario 1 Universel | Scénario 2 Pauvreté multidimensionnelle | Scénario 3 Pauvreté multidimensionnelle sévère | Scénario 4 Ciblage géographique ¹ | Scénario 5 Ciblage géographique et de pauvreté multidimensionnelle sévère |
|-------|-------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 2020 | 0,12 | 0,05 | 0,03 | 0,02 | 0,01 |
| 2021 | 0,24 | 0,11 | 0,06 | 0,05 | 0,01 |
| 2022 | 0,47 | 0,22 | 0,11 | 0,09 | 0,03 |
| 2023 | 0,68 | 0,32 | 0,16 | 0,13 | 0,04 |
| 2024 | 0,88 | 0,42 | 0,20 | 0,17 | 0,05 |
| 2025 | 1,06 | 0,50 | 0,24 | 0,21 | 0,06 |
| 2026 | 1,23 | 0,58 | 0,28 | 0,24 | 0,07 |
| 2027 | 1,38 | 0,65 | 0,32 | 0,27 | 0,08 |
| 2028 | 1,52 | 0,72 | 0,35 | 0,30 | 0,09 |
| 2029 | 1,64 | 0,77 | 0,38 | 0,32 | 0,10 |
| 2030 | 1,76 | 0,83 | 0,40 | 0,34 | 0,10 |

Source : Élaboration propre.

Tableau IV.A8
Coût du programme d'alimentation scolaire pour scénario 4 (coût du repas par jour de 0,36 dollars)
selon différentes couvertures de la population
(En millions de dollars)

| Année | Scénario 1 Universel | Scénario 2 Pauvreté multidimensionnelle | Scénario 3 Pauvreté multidimensionnelle sévère | Scénario 4 Ciblage géographique ¹ | Scénario 5 Ciblage géographique et de pauvreté multidimensionnelle sévère |
|-------|-------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 2020 | 6,4 | 3,0 | 1,5 | 1,2 | 0,4 |
| 2021 | 12,8 | 6,0 | 2,9 | 2,5 | 0,8 |
| 2022 | 25,6 | 12,1 | 5,9 | 5,0 | 1,5 |
| 2023 | 38,5 | 18,1 | 8,8 | 7,5 | 2,3 |
| 2024 | 51,4 | 24,2 | 11,8 | 10,0 | 3,0 |
| 2025 | 64,3 | 30,3 | 14,7 | 12,6 | 3,8 |
| 2026 | 77,1 | 36,3 | 17,7 | 15,1 | 4,6 |
| 2027 | 89,9 | 42,3 | 20,6 | 17,6 | 5,3 |
| 2028 | 102,6 | 48,3 | 23,5 | 20,0 | 6,1 |
| 2029 | 115,3 | 54,3 | 26,4 | 22,5 | 6,8 |
| 2030 | 127,9 | 60,2 | 29,3 | 25,0 | 7,6 |

Source : Élaboration propre.

Tableau IV.A9
Coût du programme d'alimentation scolaire pour scénario 4 (coût du repas par jour de 0,36 dollars)
selon différentes couvertures de la population
(En pourcentage du PIB)

| Année | Scénario 1 Universel | Scénario 2 Pauvreté multidimensionnelle | Scénario 3 Pauvreté multidimensionnelle sévère | Scénario 4 Ciblage géographique ¹ | Scénario 5 Ciblage géographique et de pauvreté multidimensionnelle sévère |
|-------|-------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 2020 | 0,08 | 0,04 | 0,02 | 0,01 | 0,00 |
| 2021 | 0,16 | 0,07 | 0,04 | 0,03 | 0,01 |
| 2022 | 0,31 | 0,15 | 0,07 | 0,06 | 0,02 |
| 2023 | 0,45 | 0,21 | 0,10 | 0,09 | 0,03 |
| 2024 | 0,58 | 0,27 | 0,13 | 0,11 | 0,03 |
| 2025 | 0,70 | 0,33 | 0,16 | 0,14 | 0,04 |
| 2026 | 0,80 | 0,38 | 0,18 | 0,16 | 0,05 |
| 2027 | 0,90 | 0,43 | 0,21 | 0,18 | 0,05 |
| 2028 | 0,99 | 0,47 | 0,23 | 0,19 | 0,06 |
| 2029 | 1,08 | 0,51 | 0,25 | 0,21 | 0,06 |
| 2030 | 1,15 | 0,54 | 0,26 | 0,22 | 0,07 |

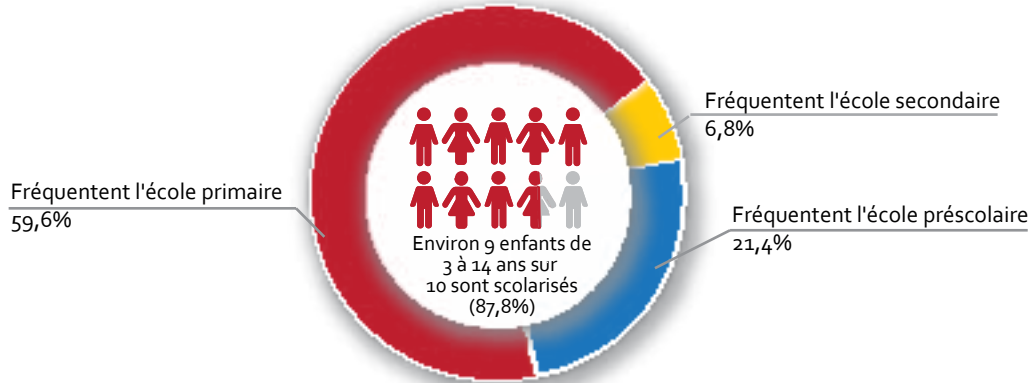
Source : Élaboration propre.

Annexe IV.A3

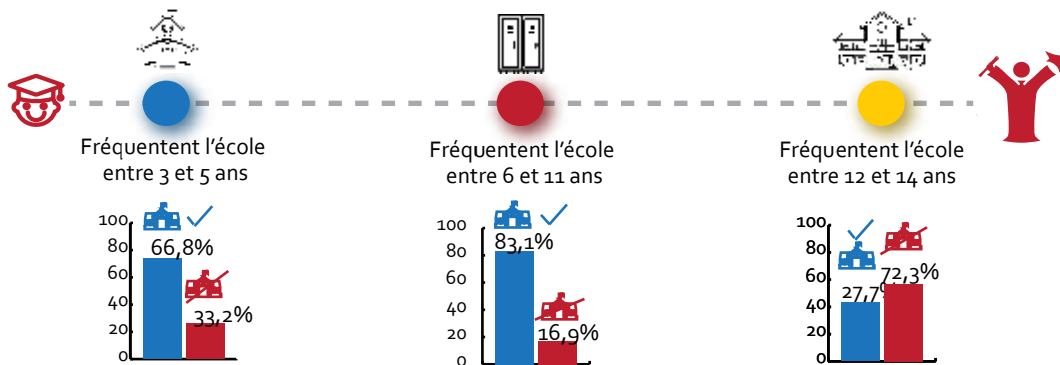
Infographie : fréquentation scolaire des enfants de 3 à 14 ans, EMMUS 2016-2017

Fréquentation scolaire des enfants de 3 à 14 ans, EMMUS 2016-2017

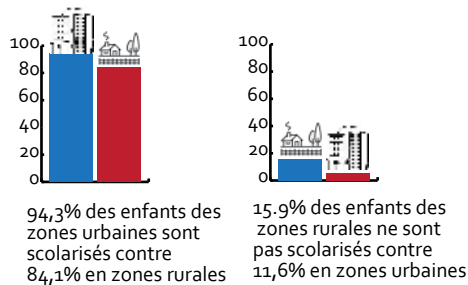
*Ont assisté à au moins un jour de classe dans l'année



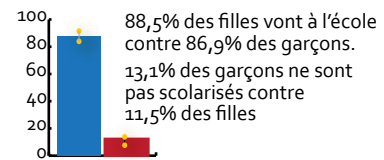
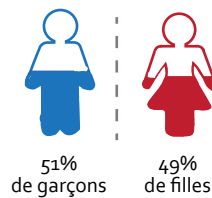
Fréquentation du niveau scolaire correspondant à leur âge



Taux de scolarisation par zone géographique



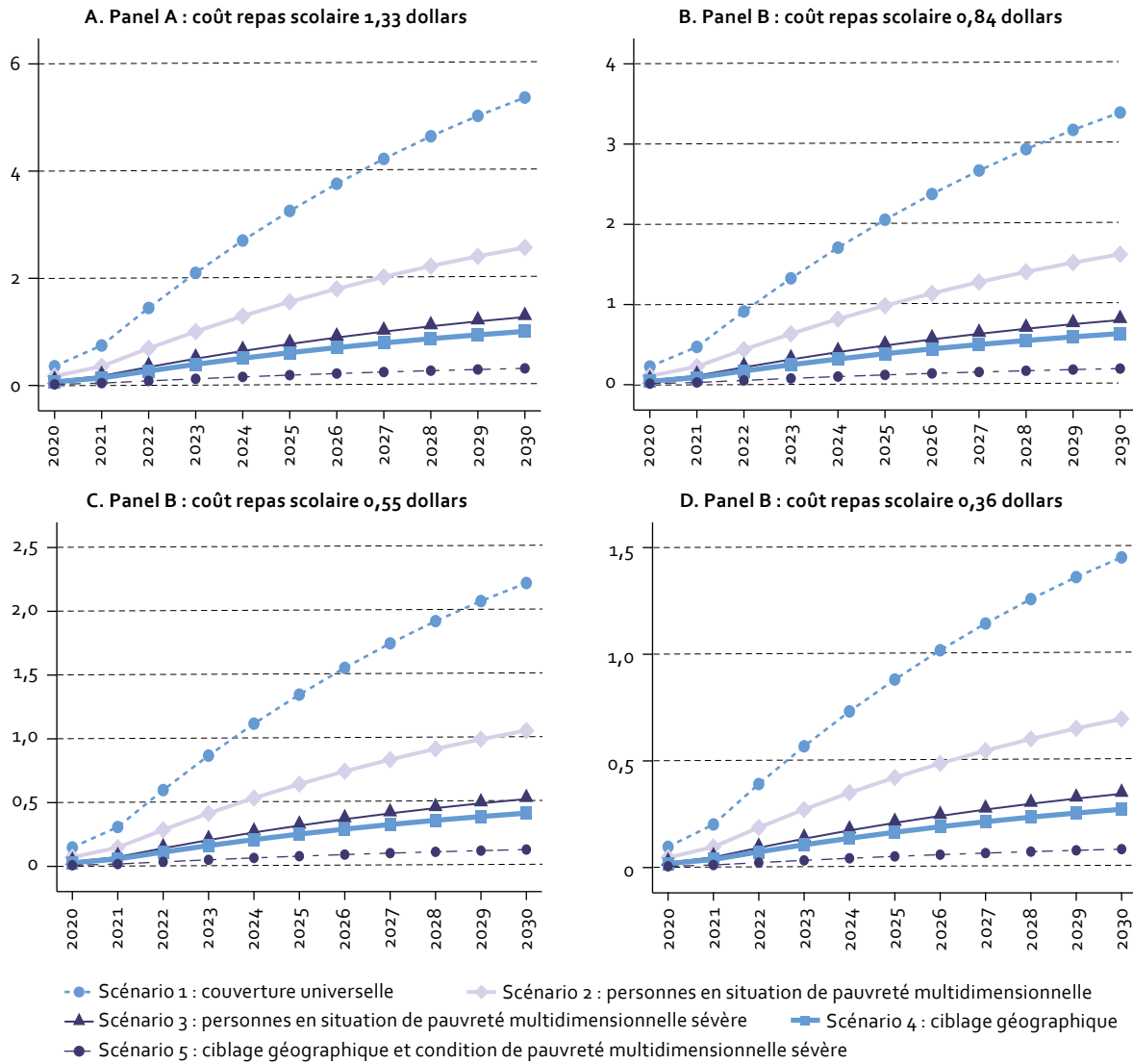
Répartition des élèves par sexe



Source : Élaboration propre.

Annexe IV.A4 Résultats des estimations pour les enfants de 3 à 14 ans

Graphique IV.A1
Haïti : coût des cantines scolaires pour enfants de 3 à 14 ans, 2020-2030
(En pourcentage du produit intérieur brut)



Source : Élaboration propre.

Ce document présente l'estimation du coût de trois mécanismes proposés dans le document de Politique Nationale de Protection et Promotion Sociales (PNPPS) en Haïti, promulguée le 12 juin 2020 : l'exemption de paiement des services essentiels de santé, les programmes de graduation et des cantines scolaires. Le premier exercice de chiffrage effectué par la CEPALC en 2020 concernait onze mécanismes de transferts monétaires ; ce deuxième exercice concerne trois mécanismes de transferts non monétaires. Ces deux exercices ont pour objectif d'appuyer à la priorisation des mécanismes retenus, leur exécution dans le cadre des plans d'action national et départementaux pour une mise en place effective de la PNPPS en Haïti.