

ETUDE D'IMPACT DU FINANCEMENT BASE SUR LES RESULTATS EN HAÏTI

Cette étude a été conduite par l'Unité de Contractualisation (UC) du
Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), avec l'appui de
l'USAID, du projet LMG et de la Banque Mondiale.

Etude de Base, 2016



REPUBLIQUE D'HAÏTI
Ministère de la Santé Publique et de la Population

Contents

Abréviations.....	4
Résumé Exécutif	6
Chapitre 1. Contexte et Méthodologie de l'Etude.....	11
1.1. Contexte	11
1.2. Méthodologie	13
Chapitre 2. Enquête des Ménages	18
2.1. Caractéristiques Sociodémographiques	18
2.2. Dépenses de Santé.....	19
2.3. Fertilité et Planning Familial.....	21
2.4. Soins Prénatals et Accouchement	22
2.6 Soins Postnatals	24
2.7. Santé des Enfants	25
Chapitre 3. Enquête sur les Institutions de Santé.....	26
3.1. Etat Général des Institutions	27
3.2. Qualité des Services de Santé Maternelle	33
3.2. Qualité des Services de Santé Infantile.....	43
3.3. Personnel de Santé Institutionnel	51
3.4. Personnel de Santé Communautaire	56
Chapitre 4. Equilibre à la Base pour les Différents Groupes	60
Chapitre 5. Bibliographie.....	68
Chapitre 6. Annexes.....	70
Annexe A. Caractéristiques générales des enquêtés	70
Annexe B. Caractéristiques socio-économiques des enquêtés.....	71
Annexe C. Désir d'enfants supplémentaires	72
Annexe D. Prévalence contraceptive moderne	73
Annexe E. Utilisation d'une méthode quelconque de contraception	74
Annexe F. Soins prénatales et accouchement	75
Annexe G. Soins Postnatales	79
Annexe H. Santé des Enfants (< 5 ans).....	83
Annexe I. Tableau de Bord des Indicateurs Principaux par Département	88

Table des matières des tableaux et figures

Tableau 1. Services de santé maternelle et infantile clés des objectifs de développement durable	12
Tableau 2. Chaines d'hypothèses d'impacts du FBR	14
Tableau 3. Résumé de l'Echantillon par bras d'intervention.....	15
Tableau 4. Répartition des sites par département et groupe	16
Tableau 5. Dépenses de santé par catégorie et par quintile de richesse.....	19
Tableau 6. Tendances des Dépenses Catastrophiques de Santé	20
Tableau 7. Stratégies pour faire face aux problèmes de santé	20
Tableau 8. Indicateurs sur la fertilité et la planification familiale	22
Tableau 9. Indicateurs de santé maternelle	23
Tableau 10. Indicateurs des soins postnatals	25
Tableau 11. Indicateurs de santé infantile.....	26
Tableau 12. Services de santé de base, en %, (n=195)	27
Tableau 13. Infrastructures de base dans les institutions sanitaires, en %, (n=195).....	29
Tableau 14. Equipements de base dans les institutions sanitaires, en %, (n=195)	30
Tableau 15. Médicaments essentiels dans les institutions sanitaires en %, (n=195)	30
Tableau 16. Précautions standards pour la prévention des infections (n=195).....	32
Tableau 17. Gestion, HMIS et pratique administrative d'appui, % (n=195).....	33
Tableau 18. Normes et équipements de base pour la consultation prénatale.....	34
Tableau 19. Capacité de diagnostic de base pour la consultation prénatale	35
Tableau 20. Médicaments de base pour la consultation prénatale.....	36
Tableau 21. Antécédents de la femme et tests de routine pendant la CPN, %	37
Tableau 22. Informations sur les examens physiques de base, %	38
Tableau 23. Informations sur les risques discutés en consultation prénatale, %	39
Tableau 24. Conseils de soins prénatals en matière de nutrition, allaitement et PF, %	40
Tableau 25. Instructions reçues par les femmes enceintes venues en CPN sur les symptômes, %	41
Tableau 26. Score d'insatisfaction des femmes enceintes sur leur consultation prénatale, %	42
Tableau 27. Directives et équipements pour les services de soins curatifs infantiles.....	44
Tableau 28. Capacités en diagnostiques de laboratoire	45
Tableau 29. Directives et personnel pour les services de vaccination, %	46
Tableau 30. Evaluation et examen des enfants malades	48
Tableau 31. Taux de satisfaction des accompagnateurs/parents de la consultation infantile, % ..	50
Tableau 32. Personnel institutionnel formé en santé infantile et maternelle	51
Tableau 33. Salaire Mensuel Net, Par Poste	53
Tableau 34. Score global de satisfaction par IS, type de gestion et milieu.....	55
Tableau 35. Proportion des ASC ayant reçu une formation en santé infantile	57
Tableau 36. Salaire moyen des ASC, HTG	58
Tableau 37. Motivation et satisfaction du personnel communautaire	58
Tableau 38. Score de Connaissance du Personnel Médical en service de santé prénatale	60
Tableau 39. Statistiques descriptifs et Ttests : Indicateurs principaux des institutions de santé ..	62
Tableau 40. Statistiques descriptifs et Ttests : Enquête des Ménages	63

Figure 1. Indicateurs de santé en Haïti et cibles des ODD, 2013	13
Figure 2. Dépenses de santé par quintile	19
Figure 3. Raisons pour lesquelles les femmes n'ont pas accouché en institutions de santé	24
Figure 4. Coût de la consultation, par composante, pourcentage	43
Figure 5. Personnel en poste et absent	52
Figure 6. Raisons de l'absentéisme.....	52
Figure 7. Raison du second emploi.....	54
Figure 8. Type du second emploi.....	54
Figure 9. Les services les plus fréquemment offerts par les ASC	57

Abréviations

ALC	Amérique latine et des Caraïbes
ANC	Antenatal Care
ARI	Acute Respiratory Infection
ASC	Agent de Santé Communautaire
BM	Banque Mondiale
CAL	Centre de santé avec lit
CPN	Consultation Prénatale
CSL	Centre de santé sans lit
CT	Court-Terme
DHS	Demographic and Health Survey
DCS	Dépenses Catastrophiques de santé
DTCQ	diphtérie, tétanos, coqueluche
ECVMAS	Enquête sur les Conditions de Vie des Ménages après le Séisme
EDS	Enquêtes Démographiques et de Santé
EMMUS	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
EPSSS	Évaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé
FBR	Financement Basé sur les Résultats
HCR	Hôpital Communautaire de Référence
HMIS	Health Management Information System
HTG	Haitian Gourdes
IS	Institutions de santé
IST	Infections sexuellement transmissibles
LAC	Latin American and Caribbean
LIC	Low-Income Country
LMG	Leadership, Management and Governance
MDG	Millennium Development Goals
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
ONGs	Organisations Non Gouvernementales
ORS	Oral-Rehydration Solution
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PF	Planification Familiale
PBR	Pays à Bas Revenus
RMM	Ratio de mortalité maternelle
RBF	Results-Based financing
SDG	Sustainable Development Goals

SPA	Service Provision Assessment
SRO	Sels de Réhydratation Orale
SSQH	Service de Santé de Qualité Pour Haïti
TMI	Taux de Mortalité Infantile
TMM5	Taux de Mortalité des Moins de 5 Ans
UC	Unité de Contractualisation
USAID	United States Agency for International Development/ Agence des Etats-Unis pour le Développement International (FR)
VIH/SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome d'Immuno-Deficiencie Acquis
WHO	World Health Organization

Résumé Exécutif

Contexte et méthodologie

Malgré une amélioration récente des indicateurs de santé en Haïti, de nombreux défis demeurent pour atteindre les objectifs de développement durable (ODD). Le financement basé sur les résultats (FBR) a été adopté nationalement pour tenter de résoudre certains de ces défis. En effet, la plupart des indicateurs de santé maternelle et infantile sont plus bas que ceux des pays à bas revenus (PBR), notamment le taux d'accouchement réalisé par du personnel qualifié qui est à 37% mais à 51% en moyenne dans les PBR (OMS, 2015). En outre, seulement 68% des enfants de moins de 24 mois en Haïti reçoivent toutes les doses contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche ce qui est inférieur à la moyenne des PBR qui est de 80% (OMS, 2015). Par ailleurs, certains de ces indicateurs clés sont particulièrement faibles auprès des ménages les plus pauvres. Par exemple, 9% de femmes enceintes appartenant au quintile de richesse le plus faible accouchent en institution de santé (IS) contre 76% des femmes enceintes du quintile de richesse le plus élevé et 66% des ménages les plus pauvres ne consultent pas un prestataire lorsque malade contre 49% pour les ménages les plus riches (ECVMAS, 2013). Au niveau de l'offre, une récente étude a démontré une faible efficacité technique et productivité à tous les niveaux de la pyramide des soins (Banque Mondiale, 2016) ainsi qu'une qualité des services médiocre (EPSSS, 2014). Dans ce contexte, le FBR, qui n'est certes, pas la solution miracle à tous ces maux, a démontré des résultats encourageants sur la couverture des services de santé dans les pays à bas revenus (Basinga et al, 2011 ; Soeters et al 2006 ; Sabri et al.2007 ; Rusa et al. 2009) comme en Haïti (Zeng et al, 2013). Sur la base de ces informations, le FBR a été lancé nationalement en Avril 2016 en Haïti, notamment avec un financement de la Banque Mondiale (BM) dans le Nord-Est, le Sud, le Nord-Ouest et le Centre et de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID) dans la Grand'Anse, les Nippes, le Nord-Est et le Nord. Nationalement, le FBR est géré par l'Unité de Contractualisation (UC) qui siège au Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP).

Les deux objectifs de l'étude d'impact du FBR (étude de base) sont 1) de fournir des données de base sur les indicateurs clés du système de santé sur lesquels des effets du FBR sont attendus et 2) de s'assurer que les trois groupes de l'étude ont des caractéristiques comparables. Ces 3 groupes sont : le groupe d'intervention 1 rassemblant les IS bénéficiant du FBR et d'une assistance technique (AT) ou coaching ; le groupe d'intervention 2 : les IS recevant une AT ou du coaching seulement et le groupe 3, qui est le groupe contrôle, ne bénéficiant d'aucune intervention. L'objectif de l'étude d'impact est d'évaluer l'effet du FBR sur la couverture des services de santé infantile et maternelle, la protection financière des ménages, et quelques fonctions clés du système de santé comme la gouvernance et les ressources humaines. Ce rapport résume avant tout les résultats de l'étude de base qui est la première étape de l'étude d'impact, à savoir, la collecte des informations sur les indicateurs clés du système de santé Haïtien sur lesquels les effets du FBR sont attendus. Le second objectif de cette étude de base est de mesurer l'équilibre à la base des deux groupes d'intervention et du groupe contrôle pour s'assurer que les trois groupes aient des caractéristiques similaires de telle sorte que l'effet du FBR ne provienne pas de la différence des groupes, mais bien du FBR.

L'étude d'impact se base sur un modèle de comparaison pré-post et sur le contrôle expérimental pour répondre aux questions de recherche. Les institutions de santé (IS) sondées du secteur primaire (Centre de santé avec lit – CAL ; Centre de santé sans lit (CSL) ; Dispensaire et Hôpital Communautaire de Référence, HCR) ont été randomisés dans l'un des trois groupes/bras de l'étude : FBR et assistance technique ou coaching (intervention/t1) ; coaching (intervention/t2) et le groupe contrôle (c). En tout il y a 196 institutions, dont 73 dans le groupe 1, 73 dans le groupe 2 et 50 dans le groupe 3 et 5,884 ménages enquêtés ou 28 par aire de desserte des IS, soit 2,044 ménages dans les groupes 1 et 2 et 1,400 ménages dans le groupe 3. La taille de l'échantillon a été déterminée de telle sorte qu'il y ait un nombre suffisant de ménages et d'IS pour pouvoir détecter l'effet du FBR. 7 questionnaires ont été administrés aux IS: F1 a été administré au gestionnaire de l'IS, collectant des informations de base sur les IS ; F2 et F7 sont les

modules du personnel de santé et des agents de santé communautaires (ASC) ; F3-F5 consistent à observer l'interaction entre patients et prestataires de soins sur les consultations prénatales (CPN) (F3) et les consultations infantiles de moins de 5 ans (F5) ; F4-F6 sont des entretiens de sortie des CPN et des consultations des moins de 5 ans. La collecte a eu lieu entre octobre 2015 et Mars 2016 et le FBR a commencé en Avril 2016.

Résultats

Enquête Ménages

Les caractéristiques des ménages sont similaires à celle de l'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS) 2012, confirmant la fiabilité des données. 5,347 ménages (sur les 5,884 ménages attendus, 537 ménages n'ont pas pu être interrogés pour causes d'absence, d'intempéries ou de sécurité) ont été interrogés ou 26,773 individus, 23% vivent en zone urbaine et 77% en zone rurale. La taille moyenne du ménage est de 5.7 (6 dans l'EMMUS, 2012) et plus de la moitié des chefs du ménage sont des femmes. 56% de la population de l'échantillon est comprise entre 15 et 29 ans, donc il s'agit d'une population jeune et en harmonie avec les résultats de l'EMMUS, 2012. Par ailleurs, 21% de la population est sans aucune éducation (20% pour les hommes et 22% pour les femmes).

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

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

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

Certains indicateurs de santé infantile sont assez faibles (vitamine A). La couverture vaccinale reste moyenne : 43% des enfants de 12-23 mois de l'échantillon ont été complètement vaccinés, un taux similaire à celui de l'EMMUS (45%). Par ailleurs, la supplémentation en vitamine A des enfants de moins de 5 ans reste faible, avec 27% contre 36% en moyenne, dans les pays à bas revenus (OMS, 2015). De plus, 23% des enfants de moins de 5 ans ont une taille insuffisante pour leur âge (indice de retard de croissance) et 12% ont un poids insuffisant pour leur âge (indice d'insuffisance pondérale). Ces résultats sont légèrement plus élevés que ceux de l'EMMUS 2012 certainement dû au fait que l'Ouest n'est pas représenté et accusait de

meilleures prévalences pour ces 2 indicateurs dans l'EMMUS 2012 en comparaison aux autres départements (EMMUS, 2012). Il faut noter que certaines différences avec l'EMMUS et l'enquête de base de FBR sont explicables par le fait que l'échantillon de l'enquête du FBR est moins représentatif puisqu'il n'inclut pas le département de l'Ouest.

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

Enquête des IS

De nombreux médicaments et infrastructure de base font défaut dans les Institutions de Santé, ce qui entrave l'offre de services de qualité. Les conditions d'hygiène restent également médiocres.

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

Globalement, les aspects structurels et de processus de la qualité des CPN obtiennent de bons résultats, bien que des améliorations soient encore nécessaires. Les capacités des IS en services de diagnostics pour CPN sont élevées (plus des deux tiers des IS offrent tous les tests de base pour la CPN) et plus des trois quarts disposent de comprimés de fer et d'acide folique et un peu plus de la moitié du vaccin antitétanique. Cependant, seulement 15% des IS ont des directives sur les CPN. Par ailleurs, les observations des prestataires recevant des patientes pour la première CPN montrent en général que les 4 antécédents de base des CPN et les 5 tests de routines ont été faits et que les examens physiques ont eu lieu dans presque plus de 85% des cas. De plus, la moitié des CPN observées incluent des discussions sur les symptômes de risques inhérents à la grossesse mais moins de la moitié des prestataires ont donné des conseils sur le plan d'accouchement, sur l'allaitement exclusif, l'importance de la vaccination pour les nouveau-nés et la PF. Enfin, les femmes venues en CPN sont très satisfaites de la qualité (un taux de satisfaction de 96%), confirmant les observations des prestataires. Cependant, leurs opinions révèlent aussi 3 problèmes qui demandent à être améliorés pour offrir plus de CPN et de meilleure qualité,

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

notamment, le coût trop élevé de la CPN (342 HTG ou 5.9\$²), le temps d'attente trop important (2 heures en moyenne) et le peu de temps du prestataire allouée à la patiente.

Les aspects structurels et de processus de la qualité des services infantiles paraissent également élevés. Plus des deux tiers des IS ont des protocoles aux niveaux des services de santé infantile et 86% possèdent des directives en services de vaccination. Par ailleurs, presque toutes les IS ont le matériel adéquat pour offrir des services de santé infantile et de vaccination. Les capacités en services de diagnostic restent très élevées également, en comparaison avec les résultats de l'EPSSS. 89% des IS peuvent conduire des tests d'hémoglobine, 97% de malaria mais moins de la moitié seulement peuvent effectuer des tests de microscopie des selles (44%). Les observations des prestataires offrant la consultation infantile montrent que dans presque 50% des cas, voire plus, tous les signes généraux ont été évalués : 67% des prestataires ont évalué l'incapacité à manger ou à boire quoi que ce soit, 63% s'il y avait eu des vomissements, 49% s'il y avait eu des convulsions et 44% ont évalué tous les signes généraux de danger. De manière générale, le prestataire a su donner des conseils essentiels aux responsables de l'enfant en cas de maladie. Dans 82% des cas, le prestataire a conseillé au responsable de l'enfant de donner des liquides supplémentaires à l'enfant et dans 81% des cas à continuer à nourrir l'enfant. Enfin, le taux de satisfaction de la consultation infantile reste élevé (87%). Les accompagnateurs et parents des enfants montrent une plus grande insatisfaction par rapport aux frais (317 HTG ou 5.5\$ mais seulement 0.5% des enfants sont couverts par une assurance maladie) et du temps d'attente (1heure en moyenne). Il faut noter que les services de santé infantile et de CPN présentaient une meilleure qualité en milieu rural et en dispensaires, probablement dû au fait de la proximité entre patients et prestataires.

Ressources humaines

En dépit d'un retard de salaire important, les taux d'absentéisme et de second emploi restent faibles et le personnel médical demeure plutôt satisfait, grâce, en partie au sentiment de reconnaissance de la communauté. Le niveau d'insatisfaction provient surtout des de la faible disponibilité en médicaments et équipements. La plupart du personnel a reçu une formation en santé maternelle et infantile ces dernières années, mais seulement le tiers ou moins a reçu cette formation ces 12 derniers mois, ce qui peut contraindre le renouvellement des qualifications et la qualité des services offerts. En moyenne, un médecin généraliste gagne 17,484 HTG (n=52 ; médiane=13,250), une infirmière, 12,555 HTG (n=186 ; médiane=13,500), une sage-femme 15,641 HTG (n=16, médiane=13,500) et une auxiliaire 9,456 HTG (n=219) par mois avec des variations cependant comme le souligne la médiane, en particulier pour le médecin généraliste. Cela provient de fait que les médecins en début de carrière, qui font leur service social, sont aussi reflétés dans cette catégorie et sont faiblement rémunérés pendant cette période. Il y a également des variations importantes pour le même poste ainsi que par secteur et catégorie d'IS. Le personnel médical gagne davantage en CSL, CAL et HCR qu'en dispensaire. Le secteur confessionnel semble rémunérer le moins³. Par ailleurs, 18% du personnel interrogé a rencontré un retard de salaire ces 12 derniers mois, en particulier dans les dispensaires (21%) et CSL (24%) et dans le secteur confessionnel (20%) contre 18% dans le secteur public, 14% en ONG et secteur lucratif. Malgré cela, le taux d'absentéisme pour raison non-justifiée reste bas (0.5%) ainsi que la proportion du personnel ayant un second emploi (6%). L'absentéisme est cependant plus élevé dans le secteur confessionnel et dans les dispensaires, où les salaires sont les plus faibles et les retards de salaire les plus élevés. Globalement, le taux de satisfaction reste élevé en dépit du retard du salaire et il y a peu de différence par secteur. En moyenne, les 24 questions sur la satisfaction du personnel (n=542) posées au personnel médical ont reçu un score de 2.23 sur 3 ou de 74%. Le respect de la communauté joue un rôle capital dans la satisfaction du personnel médical : 97% du personnel médical a répondu que le respect de

² 1\$US était égal 57 gourdes haïtienne au 1^{er} janvier 2016 (Source : <https://www.oanda.com/currency/converter/>)

³ Par exemple, le salaire moyen d'un médecin généraliste était de 19,557 HTG au sein d'une IS gérée par le MSPP ; 27,514 dans le secteur lucratif ; 13,126\$ dans le secteur des ONG et 8,363 HTG dans une IS gérée par le secteur confessionnel.

la communauté était un facteur de satisfaction du personnel. Par contre, 61% et 57% du personnel médical sont insatisfaits en raison de la faible disponibilité des médicaments et des équipements.

Le personnel communautaire est bien moins satisfait dans son travail que le personnel institutionnel et son salaire, plus bas, varie peu. 98% de l'échantillon des agents de santé communautaires (N=304) a reçu une formation en santé infantile datant de moins d'un an et 44% une formation datant de plus d'un an. 95% des ASC interrogés ont reçu une formation de moins d'un an et 67% ont reçu une formation de plus d'un an. Ces formations en santé maternelle et infantile bénéficient aux ASC qui offrent en majorité des services de promotion et de prévention dans ces deux domaines. 4 des 10 services les plus fréquemment offerts concernent la santé infantile, notamment la vaccination, l'incitation des familles à se rendre dans une IS pour la prise en charge de certaines pathologies infantiles et pour les soins des nouveau-nés. Deux des services le plus fréquemment offerts sont des services de CPN et d'accouchement et deux autres concernent la PF. Le salaire moyen mensuel d'un agent communautaire de santé est de 6,033 HTG, avec quelques variations par catégories d'IS, secteur et milieu. Le taux de satisfaction des ASC est médiocre à 1.23 ou 41% des ASC sont satisfaits seulement. La faible reconnaissance de la communauté et des relations médiocres avec l'IS contribue à de tels résultats.

Equilibre à la base

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

Conclusion

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

Chapitre 1. Contexte et Méthodologie de l'Etude

1.1. Contexte

En Haïti, le FBR⁴ s'inscrit dans le cadre de la Politique Nationale de Santé (PNS) et des stratégies nationales dans le domaine du financement de la santé. Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) a indiqué son objectif de "rationaliser l'utilisation des ressources disponibles en réalisant l'alignement des bailleurs de fonds sur les priorités nationales dans le cadre d'un partenariat basé sur la performance et la reddition de compte", avec pour axe stratégique la mise en place d'un "système de Financement Basé sur la Performance" (MSPP, Politique Nationale de Santé, PNS, 2012). Dans l'absolu, le Financement Basé sur les Résultats (FBR), contribuera à l'objectif général de la PNS qui est de réduire la morbidité et la mortalité à partir d'un système de santé adéquat, efficient, accessible et universel. En effet, plusieurs études ont démontré que le FBR a contribué à augmenter la couverture des services de santé maternelle et infantile (Basinga et al, 2011 ; Soeters et al 2006; Sabri et al.2007; Rusa et al. 2009). Ces mêmes études corroborent également une augmentation de la productivité du personnel médical et donc confirment l'effet positif du FBR sur l'efficacité du système et une meilleure offre. Suite à l'expérience positive de l'USAID⁵ dans la mise en place d'un paiement basé sur la performance de 1999 à 2012 en Haïti, le MSPP décida d'étendre le FBR au niveau national. Depuis 2012, la Banque Mondiale et l'USAID (par l'intermédiaire du projet Leadership, Management and Governance (LMG) et du Projet Service de Santé de Qualité Pour Haïti (SSQH) ont conjointement initié une série de réflexions pour appuyer le MSPP à mettre en place un programme national de FBR. En 2013, l'unité de contractualisation est créée pour superviser la mise en place du FBR nationalement. Le FBR est lancé nationalement en Mars 2016 par l'Unité de Contractualisation (MSPP) du MSPP, notamment avec financement de la Banque Mondiale dans les départements du Nord-Est, du Sud, Nord-Ouest et du Centre et avec financement de l'USAID dans les départements de la Grand'Anse, des Nippes, du Nord-Est et du Nord.

Le FBR devrait permettre de résoudre certains défis rencontrés au niveau de l'offre de services de soins, y compris ceux liés à la qualité. Tous les établissements de santé ont des scores d'efficacité techniques très faibles à tous les niveaux de la pyramide du système de santé (Banque Mondiale, 2016) et bien plus bas que ceux d'autres pays à faible revenu (Ibid, 2016). Ceci s'explique en partie par la productivité médiocre du personnel médical (le personnel médical produisait 6 visites par jour au niveau du secteur primaire en 2013), l'absentéisme qui concourait à une perte de 3 milliards GHT dans le système de santé) et au phénomène de « travailleurs fantômes »⁶. Par ailleurs, la disponibilité des intrants de base reste limitée contribuant à une qualité erronée des services de santé. En effet, seulement 32% des établissements de santé (n = 907) fournissent des médicaments essentiels, et seulement 31% des établissements de santé disposent de l'équipement médical de base (BM, 2016). De plus, les processus de qualité au niveau des services de santé maternelle et infantile restent médiocres. Par exemple, 3 professionnels sur 10 n'interrogent pas les femmes enceintes sur les facteurs de risque de grossesse lors des CPN. Sur la base des expériences internationales, une hypothèse centrale est que le FBR concourra à motiver le personnel médical et à augmenter sa productivité mais aussi la disponibilité des médicaments,

⁴ Voir définition du terme et sa pertinence dans la proposition soumise au comité d'éthique en Juillet 2015.

⁵ En 2013 Zeng et al évaluèrent l'effet du FBR combinée à l'assistance technique (mais aussi séparément) fournis par SDSH sur des indicateurs clés de santé materno-infantile. Ils trouvèrent que le FBR, en plus de l'assistance technique (définis comme formation, suivi et évaluation, coaching) accroissait la quantité des services de santé primaire de 39 % auprès des établissements gérés par les ONGs entre 2008 et 2010. Par ailleurs, l'augmentation de services de santé des moins de un an et des femmes enceintes entre 2008 et 2010 étaient statistiquement plus large en comparaison avec les sites ne bénéficiant pas de FBR.

⁶ Une étude menée dans un échantillon de 200 travailleurs de la santé a révélé que le personnel médical travaillait 4 heures par jour au niveau du secteur primaire et un tiers d'entre eux avait un deuxième emploi, mais étaient toujours payés à temps plein (MSH, Banque Mondiale, MSPP, 2013)

donc les fonctions clés du système de santé. Une seconde hypothèse, toujours sur la base de leçons apprises du FBR est que le FBR améliorera l'adhésion du personnel médical aux protocoles de soins.

Le FBR est aussi instrumental pour accroître la couverture des services de santé, donc la demande auprès des plus démunis. Un autre problème majeur est la faible couverture en services de santé, qui sont pourtant clés pour atteindre les SDG d'ici 2030. Par exemple pratiquement tous les indicateurs préventifs de santé maternelle et infantile sont plus bas que ceux des pays à bas revenus, notamment le taux d'accouchements institutionnels qui est à 37 pourcent (Tableau 1). Par ailleurs, la prévalence des besoins non satisfaits de planification familiale en Haïti (35 pour cent) est de 13 points de pourcentage plus élevé que celle des pays à faible revenus (PFR) et près de quatre fois plus que dans les pays de l'Amérique Latine. En outre, seulement 68 pour cent des enfants de moins de 24 mois en Haïti reçoivent toutes les doses contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTCQ) ce qui est inférieur à la moyenne des PFR de 80 pour cent (Tableau 1). Par ailleurs, les indicateurs de santé infantile et maternelle (à l'exception de la vaccination) sont bien moins bons pour les quartiles de richesse les plus faibles (EMMUS, 2012). Par exemple, 9% de femmes enceintes appartenant au quintile de richesse le plus faible accouchent en institution de santé contre 76% des femmes enceintes du quintile de richesse le plus élevé. Autre exemple : 23% des enfants avec des infections respiratoires aiguës reçoivent un traitement dans le quintile de richesse le plus faible contre 52% pour les enfants du quintile de richesse le plus élevé (EMMUS, 2012). Cela est certainement dû aux frais d'utilisation au moment de la consultation, qui, contribuent à ce que les 2/3 des ménages les plus pauvres ne consultent pas un prestataire lorsqu'ils sont malades, contre moins de la moitié pour les ménages les plus riches (ECVMAS, 2013). En récompensant certains services, l'établissement de santé peut utiliser ces financements additionnels pour diminuer le coût de la consultation de certains services de santé maternelle et infantile ou conduire plus de cliniques mobiles dont les clients sont pauvres dans 75% des cas (Banque Mondiale, 2016).

Tableau 1. Services de santé maternelle et infantile clés des objectifs de développement durable

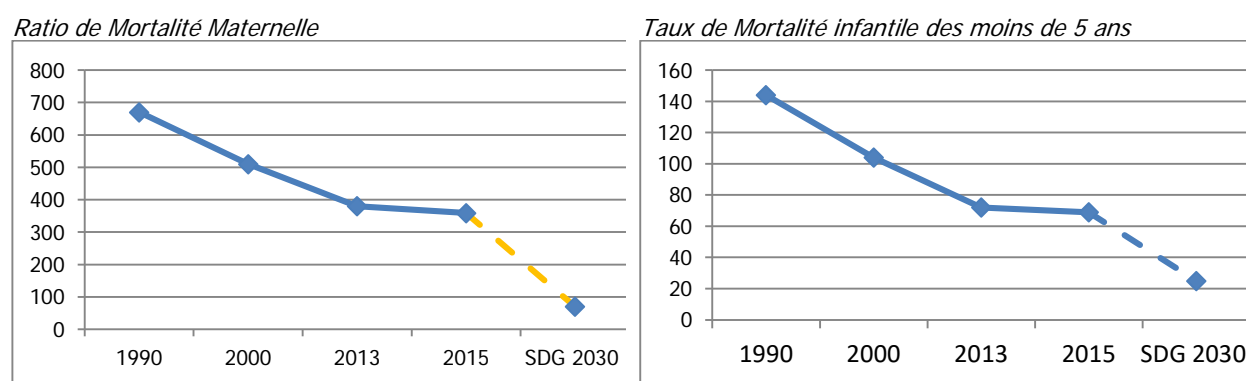
	<i>Besoin en planification familiale non satisfaits (%)</i>	<i>% des femmes enceintes recevant 4 CPN</i>	<i>% femmes enceintes ayant accouché avec du personnel qualifié</i>	<i>% enfants ayant reçu 3 doses de DTP</i>	<i>% population utilisant une source améliorée d'eau (%)</i>	<i>Population utilisant des toilettes améliorées (%)</i>
Pays à Faible revenu	22	48	51	80	69	37
Amérique Latine	9	90	96	90	96	88
Haïti	35	67	37	68	62	24
El Salvador	18	80	100	92	90	70
Honduras	11	89	83	87	93	80
Jamaïca	10	86	99	93	93	80
Costa-Rica	8	90	99	95	97	94
République Dominicaine	11	95	99	83	81	82
Guatemala	21	...	59	85	94	80
Nicaragua	11	88	88	98	85	52
Bénin	25	58	81	69	76	14
Rwanda	21	35	69	98	71	64
Burkina-Faso	33	34	66	88	82	19
Ethiopie	26	19	10	72	52	24
Malawi	26	46	87	89	85	10
Tanzania	25	43	49	91	53	12

Source: World Health Organizations Statistics, 2015

En augmentant la couverture des services de santé de base, il est attendu que le FBR contribue à améliorer certains résultats de santé et permette au pays d'atteindre les nouveaux Objectifs de développement durable (ODD) décidés en 2015. Malgré les progrès réalisés par Haïti sur les Objectif du Millénaire pour le développement (OMD) au cours de la dernière décennie, de nombreux défis demeurent

pour atteindre les nouveaux Objectifs de développement durable (ODD) émis en 2015, en particulier pour les plus pauvres. Le ratio de mortalité maternelle en Haïti (RMM) est tombé de 670 à 359 décès pour 100,000 naissances entre 1990 et 2015 (-46%), le taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5) est passé de 144 à 69 décès pour 1,000 naissances de 1990 à 2015 (-52%) (Figure 1)). Les objectifs de développement durable (ODD) visent à réduire le RMM à moins de 70 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, et le TMM5 à 25 décès pour 1000 naissances vivantes d'ici 2030. Haïti devra réduire le RMM de 80% et le TMM5 de 64% pour atteindre ces objectifs d'ici à 2030. Etant donné que le RMM et le TMM5 ont diminué de 29% et 33% respectivement de 2000 à 2015, il est peu probable qu'Haïti puisse atteindre les ODD d'ici 2030 ou les 15 prochaines années. Par ailleurs, si les indices d'insuffisance pondérale et de croissance se sont améliorés ces dernières années, 17% et 31% des enfants du quintile de richesse le plus pauvre étaient en insuffisance pondérale et de croissance en comparaison à 3 et 6 % pour les enfants du quintile le plus riche (EMMUS, 2012).

Figure 1. Indicateurs de santé en Haïti et cibles des ODD, 2013



Sources: OMS 2016; EMMUS 2000 2005–06 2012. NB: SDG: sustainable development goals, objectifs du développement durable en Français.

1.2. Méthodologie

Questions de recherche et objectifs de l'étude de d'impact

Sur la base des problèmes rencontrés aux niveaux de l'offre et de la demande du système de santé Haïtien (chapitre 1), l'objectif de l'étude d'impact du FBR est d'évaluer si le FBR peut apporter des réponses aux questions suivantes concernant le système de santé et la couverture des services de santé infantile et maternelle :

1. Quels sont les effets du programme FBR sur le système de santé haïtien, en particulier vis-à-vis des ressources humaines, du financement de la santé et de la gouvernance ? Est-ce que le FBR peut améliorer ces fonctions clés du système de santé ?
2. Le programme FBR favorise-t-il la couverture et la qualité des services de santé prioritaires liés à la santé maternelle et infantile, en particulier pour les ménages à bas-revenus ?
3. L'assistance technique ou coaching/encadrement de proximité seul améliore-t-il mieux la couverture et la qualité des services de santé prioritaires liés à la santé maternelle et infantile que le FBR ?

4. Quel est l'impact du FBR sur les dépenses catastrophiques des ménages ? Est-ce que le FBR contribue à améliorer la protection financière des ménages, en particulier celle des ménages les plus pauvres ?
5. Le programme FBR favorise-t-il de meilleurs résultats de santé infantile (nutrition), en particulier pour les ménages à bas revenus ?

Il faut noter que cette étude de départ du FBR est la première étape de l'étude d'impact du FBR, qui se déroule en deux temps. La première étape de l'étude d'impact a pour objectif de collecter des informations sur les indicateurs clés du système de santé haïtien sur lesquels les effets du FBR sont attendus. La collecte des données se déroule dans les sites sélectionnés de l'étude avant l'intervention du FBR. La seconde étape consiste à collecter le même type de données, mais 2 ans plus tard après la mise en place du FBR, pour en mesurer son effet.

Tableau 2. Chaines d'hypothèses d'impacts du FBR

<i>Problèmes identifiés</i>	<i>Hypothèse du FBR</i>	<i>Questions de l'Etude d'Impact du FBR</i>
Offre/Intrants du système de santé		
Faible Motivation, Absentéisme et faible productivité du personnel médical	-Le FBR stimule une meilleure gouvernance et responsabilisation du personnel vis-à-vis des patients et augmente la motivation du personnel médical car le travail d'équipe est mieux perçu et récompensé. Cela contribue à une meilleure productivité également.	(1)
Faible disponibilité en médicament et équipement de base	Les institutions FBR ont plus de ressources à leur disposition pour améliorer la disponibilité d'intrants essentiels.	
Faible qualité des services de santé maternelle et infantile	Le personnel médical adhère mieux aux protocoles cliniques pour les soins maternels et infantiles car le personnel médical se sent plus redevable vis-à-vis des patients.	(2) ; (3)
Demande		
Faible couverture des indicateurs de santé maternelle et infantile, en particulier pour les plus pauvres	Le FBR devrait inciter le personnel médical à produire plus, et ce, par la mise en place de stratégies pour viser et couvrir un plus grand nombre de patients et donc augmenter la demande. Le FBR vise davantage la couverture des plus pauvres, dans la mesure où un grand nombre de dispensaires, qui sont par nature situés en zone rurale et pauvre, font parties du FBR	(2) (3).
Barrière financière pour le quintile le plus pauvre particulièrement élevée	Les dépenses catastrophiques de santé des quintiles les plus faibles devraient diminuer car : -Les incitations reçues dans le cadre du FBR peuvent être utilisées pour subventionner les frais d'utilisation de certains services de santé maternelle et infantiles -La mise en place de stratégies avancées pour augmenter les cliniques mobiles et des postes de rassemblement. Puisque près de 75 % des patients vus pendant ce genre de stratégies sont pauvres (ECVMAS, 2013), il est attendu que le RBF contribue à augmenter la couverture sanitaire des plus pauvres.	(4)
Indicateurs de Malnutrition	L'augmentation de la couverture de services de santé maternelle et infantile contribue à une amélioration des statuts de nutrition des enfants de moins de 5 ans.	(5)

Source : Auteurs

En plus de collecter des informations de base sur les indicateurs qui mesureront l'effet du FBR, le second objectif est de mesurer l'équilibre à la base des deux groupes d'intervention et du groupe contrôle. Cet exercice permettra de s'assurer que les trois groupes ont des caractéristiques similaires et sont comparables de telle sorte que l'effet du FBR ne provienne pas de la différence des trois groupes.

Description des bras de l'étude d'impact

L'évaluation se base sur un modèle de comparaison pré-post et sur le contrôle expérimental pour répondre aux questions de recherche. Les établissements de santé sondés du secteur primaire (Centre de santé avec lit – CAL ; Centre de santé sans lit (CSL) ; Dispensaire et Hôpital Communautaire de Référence,

HCR) ont été randomisés dans l'un des trois groupes/bras de l'étude qui sont décrits dans le Tableau 3, ligne 1. Ce processus de répartition aléatoire vise à garantir que les trois groupes d'étude soient comparables en termes de caractéristiques observées et non observées qui pourraient affecter les résultats du traitement de sorte que les différences moyennes dans les résultats peuvent être causalement attribuées. Il y a deux interventions : une première intervention regroupe des institutions sanitaires (IS) avec du FBR et de l'assistance technique ou coaching. La seconde intervention se focalise sur le coaching mais sans FBR. L'idée d'une seconde intervention est venue suite à l'étude mesurant l'effet du financement basé sur la performance dans les sites de MSH en 2012 qui avait démontré un effet positif de l'assistance technique sur la couverture des services de santé infantile et maternelle (Zeng et al, 2013). Cependant, l'échantillon de cette étude n'était pas représentatif et les IS n'avaient pas été randomisées, donc l'étude avait des faiblesses au niveau méthodologique.

Tableau 3. Résumé de l'Echantillon par bras d'intervention

	<i>Intervention 1 (t1)</i>		<i>Intervention 2 (t2)</i>		<i>Groupe Contrôle (c)</i>
Description	Financement basé sur les résultats+ coaching		Coaching sans FBR		Ni FBR ni coaching
Nr de sites	50 sites BM	23 sites SSQH/USAID*	50 sites BM	23 sites SSQH/USAID	50 sites - ni SSQH/USAID ni BM
Département	Nord-Ouest, Sud, Centre	Grand-Anse, Nippes, Nord-Est, Nord	Nord-Ouest, Sud, Centre	Grand-Anse, Nippes, Nord-Est, Nord	Dans les communes et départements qui n'ont ni de site USAID, ni site BM

*Ce sont les sites du projet SSQH qui sont gérés par différentes ONG ou firmes américaines.

Stratégie d'Échantillonnage

Départements et établissements de santé

La stratégie d'échantillonnage a une stratification à trois niveaux et la sélection des institutions de santé est randomisée. La sélection aléatoire des sites est stratifiée par département, par niveau (Dispensaire, CSL, CAL et HCR) et par score technique.

Le groupe d'intervention 1: Ce sont les sites qui bénéficieront du FBR et de l'assistance technique/coaching. Ces sites sont au nombre de 50 pour la Banque Mondiale (Nord-Ouest, Sud, Centre) et de 23 pour l'USAID (Grand' Anse, Nippes, Nord-Est et Nord). Les sites de la Banque Mondiale ont été sélectionnés aléatoirement par département, type d'établissement et score technique (entre 2 et 3) selon une méthode de proportionnalité par rapport à la taille. La notion de « score technique⁷ » a été inséré car la banque mondiale souhaitait s'assurer que les sites sélectionnés sont fonctionnels et ouverts et permettent de répondre aux questions de l'étude de base de l'étude d'impact. Les sites de l'USAID n'ont pas été

⁷ Le score technique a été créé sur la base d'un indicateur composite prenant en considération les éléments suivants : disponibilité des services de base, disponibilité du personnel technique de base, soumission régulière des rapports du SIS, disponibilité des médicaments, fréquentation, source régulière d'eau et d'électricité, équipement de base. Les critères ont une définition différente en fonction du niveau de service. Les critères « disponibilité des services de base », « personnel technique » et « électricité et eau » sont les critères les plus importants, représentant 2/3 du score total. Les sites sont classés en trois catégories en fonction de leur score total qui peut atteindre un maximum de 45. Les sites qui obtiennent un score en dessous du 1er quartile (25% - ou les 25% des sites avec un score le plus faible) obtiennent 1, ceux qui sont au-dessus ou égal au 1er quartile mais en delà du 3eme quartile obtiennent un score de 2 et ceux qui sont égal ou au-dessus du 3eme quartile (ou 25% des sites avec le score le plus élevé) obtiennent 3.

sélectionnés aléatoirement car ils avaient déjà été présélectionnés sur la base de critère définis par l'USAID et le MSPP. Cependant, en appliquant les critères de « score technique » des sites de la Banque Mondiale aux sites de l'USAID, les sites de l'USAID se sont avérés être comparables aux sites de la Banque Mondiale.

Le groupe d'intervention 2 : Ce sont les sites qui bénéficient de l'assistance technique/coaching seulement. Ces sites sont au nombre de 50 pour la Banque Mondiale (Nord-Ouest, Sud et Centre) et de 23 pour l'USAID (tous les départements, sauf la Grand'Anse). Les sites de la Banque Mondiale ont été sélectionnés aléatoirement par département, type d'établissement et score technique selon une méthode de proportionnalité par rapport à la taille. Les sites de SSQH/USAID ont été sélectionnés sur la méthode d'appariement (ou « matching ») pour s'assurer que les sites SSQH/USAID ont des caractéristiques comparables entre les groupes d'intervention 1 et 2. Dans l'idéal la méthode de sélection par appariement s'effectuera par département, niveau, et score technique. Concrètement, nous devons appairer un dispensaire dit « SSQH/USAID », du Nord-Est, avec un score de 3, du groupe d'intervention 1 (FBR+ coaching) avec un dispensaire toujours de SSQH/USAID, dans le même département et avec un score équivalent pour le groupe d'intervention 2. Cependant, en pratique, il n'était pas toujours possible d'appairer les sites SSQH/USAID des groupes 1 et 2 dans le même département. Par exemple, dans le cas de la Grand'Anse, il y a 4 sites SSQH/USAID mettant en œuvre le FBR, mais il n'y a aucun autre site de SSQH/USAID pouvant être utilisé pour le groupe 2. Ainsi, des établissements de même niveau et score ont été sélectionnés dans un autre département, de préférence voisin (Nippes et Sud-Est) pour s'appairer avec les institutions sanitaires SSQH/USAID du groupe 1 de la Grand'Anse.

Les sites du Groupe de contrôle ont été sélectionnés aléatoirement à l'extérieur des zones d'intervention de l'USAID et de la Banque Mondiale (en dehors des communes avec des sites USAID, et en dehors du Nord-Ouest, du Centre et du Sud, sites Banque Mondiale). Les sites/institutions sanitaires ont été aléatoirement affectés au groupe contrôle en tenant compte du département, du niveau et du score technique par une méthode de proportionnalité à la taille.

Tableau 4. Répartition des sites par département et groupe

	<i>Groupe 1</i>		<i>Groupe 2</i>		<i>Groupe 3</i>	<i>Ensemble</i>
	BM	USAID	BM	USAID		
Artibonite				6	16	22
Nord		8		2	9	19
Nord-Est		9		2	0	11
Nippes		3		1	6	10
Grand Anse		3			7	10
Sud-Est				1	12	13
Sud	21		18	2	0	41
Centre	8		8	5		21
Nord-Ouest	19		26	4		49
Ensemble	48	23	52	23	50	196

Source : Auteurs

Ménages

Le nombre des ménages a été sélectionné aléatoirement autour de chaque institution de santé enquêtée. Seuls les ménages avec au moins une grossesse ou une naissance dans les deux années précédant l'enquête sont inclus dans l'enquête. Pour déterminer le nombre de ménages à sélectionner, un calcul de puissance statistique a été estimé sur la base d'une étude d'impact d'un programme de santé du FBR en Afrique subsaharienne considéré comme la référence (Basinga, et al. 2010). Dans cette étude, les auteurs ont détecté que le FBR générerait une augmentation de sept points de pourcentage aux niveaux des accouchements institutionnels. Ainsi, sept points de pourcentage a été retenu comme la taille de l'effet désiré, pour

déterminer le nombre de ménages et de grappes nécessaires pour avoir une puissance suffisante pour détecter l'effet de l'intervention. Cela revient à un total de 28 ménages par aire de desserte de chacune des institutions de santé (n=196). Cela signifie un total de 5,488 ménages. En tout, l'équipe a collecté des informations auprès 5,347 ménages, soit un taux de complétude de 97%. Cela reste une taille suffisante pour détecter l'effet du FBR sur plusieurs indicateurs de santé.

Sources des données

L'évaluation se fonde sur l'enquête des ménages et l'enquête sur les établissements de santé.

Ménages

1. *Questionnaire Ménages.* L'interviewé principal est la personne la mieux informée dans le ménage. Cela peut être le chef de famille et / ou son conjoint. Cependant, l'interviewé principal peut demander le soutien d'autres membres de la famille sur des questions spécifiques. Ce questionnaire contient des informations sur les caractéristiques socio-économiques et démographiques des ménages ainsi que sur leurs dépenses de santé.
2. *Questionnaire Femmes et Enfants.* Les modules de santé maternelle concernent toutes les femmes, membres du ménage, âgées de 15 à 49 ans, ayant eu une grossesse 24 mois précédents l'enquête. L'interviewé pour les enfants de 0 à 5 ans est le principal dispensateur de soins de chaque enfant. Ce questionnaire contient notamment les modules suivants : la santé physique et mentale de la femme, l'historique des grossesses de la femme, les soins maternels, la santé de la reproduction et les données anthropométriques des enfants.

Etablissement de Santé

L'enquête sur les établissements de santé a été réalisée auprès de 196 établissements ciblés de l'étude. L'enquête sur les établissements de santé comprend plusieurs modules et s'étend de F1 à F7.

1. *Questionnaires F1.* Le gestionnaire ou l'administrateur de l'institution de santé a été interviewé. Les enquêtes sur les établissements visent à recueillir des données sur les principaux aspects du fonctionnement des établissements ainsi que les aspects structurels de la qualité des soins. 195 IS ont été interviewées, soit un taux de complétude de 99.4%. Les informations d'une IS ont fait défaut, notamment, un site de la banque mondiale, appartenant au groupe 2, dans le département du Centre. Les données de ce site ont été collectées mais ont été perdues en raison d'un problème de synchronisation des tablettes.
2. *Questionnaire F2 et F7-Module des travailleurs de la santé.* Un échantillon aléatoire stratifié de 4 travailleurs de la santé a été sélectionné dans chacun des 196 établissements résultant en un nombre total de 784 observations. Moins de 4 personnels de la santé ont été interrogés dans les établissements avec moins de personnels comme c'est le cas des dispensaires. Cependant, en raison du faible taux d'utilisation et malgré plusieurs sessions de repêchage, 542 personnels de santé ont été interviewés, soit 69% de l'échantillon de départ (784). *Au niveau de F7, le questionnaire sur les agents de santé communautaire (ASC) , seulement 2 ASC par IS devaient être interrogés, soit 388. En tout, 304 ASC ont été interrogés sur 388 soit un taux de 78%.* Les thèmes couverts par les questionnaires F2 et F7 comprennent les responsabilités, la rémunération, la satisfaction du personnel et l'état des connaissances.
3. *Questionnaire F3-F5-Observation de l'interaction entre patients et personnel médical.* Tandis que le module d'entretien avec personnel de santé recueille des renseignements sur les connaissances du personnel médical, l'objectif de ce module est de recueillir des informations sur ce que le personnel médical fait réellement avec les patients. 4 personnels de santé ont été observés pour le

formulaire F3 (nouvelle consultation prénatale) et F5 (nouvelle consultation infantile), cependant 543 consultations prénatales (69%) et 545 consultations infantiles sur 784 ont été observées (70%). Dans le cas des patients de moins de cinq ans, les instruments sont axés sur le suivi des protocoles de « Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant » (PCIME). Pour les clientes des consultations prénatales, les instruments ont examiné si les actions clés en CPN avaient été réalisées (y compris le counseling).

4. *Questionnaires F4-F6- Entretien en sortie de CPN et des consultations < 5 ans.* Un échantillon aléatoire systématique de 8 patients qui visitent l'établissement (4 patients âgés de moins de cinq ans et 4 patientes en consultations prénatales) a été interrogé afin d'évaluer la perception du patient sur la qualité des soins et leur satisfaction au sein des 195 IS. Ces questionnaires contiennent des informations sur le traitement et le conseil, le temps et dépenses, la satisfaction, la confiance et les informations générales et socio-économiques. Au total 543 femmes en consultations prénatales ont été interrogés soit 69% et 545 accompagnateurs d'enfants de moins de 5 ans, soit 70%.

Chapitre 2. Enquête des Ménages

2.1. Caractéristiques Sociodémographiques

Les trois quarts de la population de l'enquête vit en milieu rural, la taille moyenne du ménage est de 5.7 et plus de la moitié des chefs du ménage sont des femmes. Il y a 5,347 ménages dans l'enquête des ménages ou 26,773 individus, 23% vivent en zone urbaine et 77% en zone rurale ([Annexe A](#)). La population urbaine représentait 49 % de la population totale en 2011 d'après l'Enquête Démographique et de Sante de 2012 (EMMUS, 2012). La population rurale est surreprésentée dans l'échantillon de cette enquête car l'Ouest n'est pas inclus et la majorité des habitants de l'Ouest sont en zone urbaine. 67% des ménages de l'enquête sont concentrés dans 4 départements, notamment le Sud, le Nord-Ouest et le Centre et l'Artibonite car ces 4 départements combinent les deux tiers de l'échantillon des Institutions Sanitaires (IS). Par ailleurs, 54% de l'échantillon sont du sexe féminin et 46% du sexe masculin. La surreprésentation des femmes vient des critères d'éligibilité de l'enquête qui visait les ménages avec au moins une femme ayant eu une grossesse durant les 24 derniers mois. Par ailleurs, la taille moyenne du ménage est de 5.74. La dernière enquête des ménages (ECMAS, 2012) indiquait une taille de 6 membres par ménage, donc en harmonie avec les résultats de l'enquête. Enfin 46% des chefs des ménages sont des hommes et 54% des femmes reflétant les résultats de l'enquête ECVMAS également (Banque Mondiale, 2013).

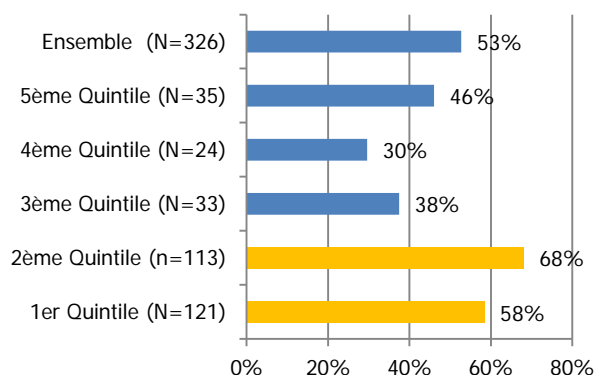
La population 15-49 ans est en majorité mariée et avec un niveau d'éducation bas. 56% de la population de l'échantillon est comprise entre 15 et 29 ans, donc il s'agit d'une population jeune, en harmonie avec les résultats de l'EMMUS, 2012. Comme dans l'EMMUS 2012, les proportions de chaque groupe d'âges, pour chaque sexe, diminuent régulièrement au fur et à mesure que l'on avance vers les âges élevés pour ne représenter que 6 % pour les 45-49 ans ([Annexe B](#)). Par ailleurs, il y a plus de femmes âgées de 15-29 ans (61%) que d'hommes âgés de 15 à 29 ans (42%). Cela pourrait s'expliquer par les critères de sélection dans l'échantillon comme indiqué ci-dessus et/ou par des migrations des populations actives masculines à l'étranger ou dans l'Ouest en raison du travail (référence). De plus, 21% de la population est sans aucune éducation (20% pour les hommes et 22% pour les femmes) ce qui est plus élevé que les résultats de l'EMMUS (9% pour les hommes et 15% pour les femmes), sans doute dû au fait que l'Ouest n'est pas compris dans l'échantillon. 44% de l'échantillon a un niveau d'éducation secondaire. 40% des ménages sont célibataires, 56% sont mariés ou en concubinage/placés, 3% divorcés et 1% veuf/veuve (voir [Annexe B](#)).

2.2. Dépenses de Santé

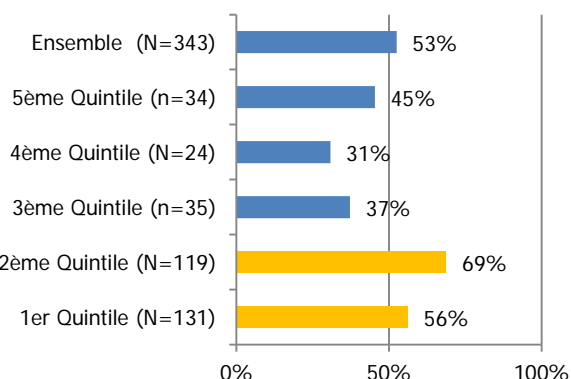
Les frais de santé restent une barrière importante à l'accès aux services de santé. Parmi les ménages qui ont été malades ces deux dernières semaines, 53% ont déclaré ne pas acheter de médicaments ou consulter un prestataire en raison du prix de la consultation ou des médicaments, montrant ainsi que le prix de certains services agissent comme une barrière financière à l'accès aux services de santé. Les ménages en milieu rural restent plus vulnérables. 57% d'entre eux n'ont pas acheté de médicaments en raison du prix trop élevé contre 29% en milieu urbain et 57% des ménages malades n'ont pas consulté un prestataire en raison du prix en milieu rural contre 27% en milieu urbain. Par ailleurs, les frais posent un problème d'accessibilité élevée aux ménages les plus pauvres (Figure 2).

Figure 2. Dépenses de santé par quintile

Proportion des ménages n'ayant pas acheté de médicaments en raison du prix, par quintile



Proportion des ménages n'ayant pas consulté de prestataire en raison du prix, par quintile



Source : Auteurs. Le 1^{er} quintile est le quintile le plus pauvre.

Les ménages les plus riches dépensent 12 fois plus que les ménages le plus pauvres pour la santé, ayant un pouvoir d'achat plus important. Les frais de santé les plus significatifs sont les médicaments et le séjour hospitalier. En moyenne, les ménages dépensent HTG 303 par an sur la santé et les ménages du quintile de richesse le plus élevé dépensent 12 fois plus que les ménages du premier quintile, avec en moyenne 3,728 HTG par an. Les médicaments et les frais pour séjour hospitalier sont les deux catégories les plus importantes avec 737 HTG et 205 HTG respectivement. Aux niveaux des frais de médicaments, les ménages les plus riches dépensent respectivement 8 fois plus que les ménages les plus pauvres et 72 fois plus pour le séjour hospitalier (Tableau 5). Cela confirme les résultats de l'ECVMAS qui révélaient que les ménages les plus aisés ont une dépense moyenne plus élevée. Il est aussi logique de voir une dépense plus élevée au niveau hospitalier car il y a plus de patients appartenant aux quintiles de richesse les plus élevés parmi les patients des hôpitaux (BM, 2016).

Tableau 5. Dépenses de santé par catégorie et par quintile de richesse

	Medicament	Frais des examens	consultation primaire	consultation en hôpital	séjour hospitalier	ASC	médecin traditionnel	Ensemble	
	HTG	HTG	HTG	HTG	HTG	HTG	HTG	HTG	N
1er Quintile	201	17	37	5	10	23	10	303	1064

2ème Quintile	469	99	93	26	44	33	30	793	1064
3ème Quintile	508	118	113	42	68	33	60	942	1063
4ème Quintile	883	300	144	130	185	24	107	1771	1064
5ème Quintile	1,632	635	306	237	725	31	163	3728	1063
Ensemble	737	233	138	88	205	29	74	1507	5318

Source : Auteurs

Les dépenses catastrophiques de santé (DCS) des ménages sont alignées avec des études similaires réalisées en Haïti. 5.30% des ménages rencontrent des dépenses catastrophiques de santé, c.-à-d. que 5.30% des ménages ont alloué au moins 25% de leurs dépenses non alimentaires à la santé. Ce taux est moins élevé que la prévalence des dépenses de santé catastrophiques de 2013 (7.7%) mais plus élevé que celle de 2012 (3.4%). Par ailleurs, la prévalence est plus importante en milieu rural, comme pendant les années précédentes. Cela confirme la tendance selon laquelle les ménages en milieu rural, plus pauvres, qu'en milieu urbain, s'endettent davantage et sont plus vulnérables aux chocs de santé que les ménages en milieu urbain. L'enquête des ménages de l'étude de départ du FBR révèle également que les ménages les plus pauvres sont plus vulnérables. S'ils dépensent moins que les ménages plus riches, ayant un revenu plus faible, les dépenses de santé demeurent pour eux une épreuve financière plus désastreuse que pour les ménages riches. En effet 7.57% des ménages les plus pauvres ont des DCS contre 4.59% des ménages les plus riches (Tableau 6).

Tableau 6. Tendances des Dépenses Catastrophiques de Santé

	2015 (Etude RBF)	2013 (ECVMAS)	2012 (ECVMAS)
National	5.30%	7.7%	3.4%
Milieu			
Urbain	4.52%	5.2%	1.6%
Rural	5.51%	9.8%	5%
Indice de Richesse			
1 ^{er} Quintile	7.57%	2.7%	4.1%
2 nd Quintile	6.46%	9.8%	6.1%
3ème Quintile	4.37%	8.4%	3.2%
4ème Quintile	4.28%	9.4%	2.1%
5ème Quintile	4.59%	8.1%	1.5%

Source : Estimations des Auteurs à partir de la base de données de l'Etude d'impact, étude de départ ; Banque Mondiale, 2016 pour 2013 et 2012

Actuellement, pour faire face aux dépenses de santé, les ménages les plus pauvres empruntent. Globalement 38% des ménages ont emprunté pour pouvoir faire face à des dépenses de santé qui n'étaient pas planifiées. Ensuite, dans 23% des cas, les ménages ont dû vendre leurs possessions et 22% des ménages ont à la fois vendu leurs possessions et emprunté. Ce qui est particulièrement inquiétant c'est que les frais de santé ont conduit le cinquième des plus pauvres (18%) et le quart (25%) du 2ème quintile à vendre leurs possessions. Cela concorde avec les données ECVMAS qui indiquaient que 15% des ménages les plus pauvres avaient vendu leurs troupeaux et leurs avoirs agricoles pour pouvoir couvrir des frais de santé (Banque Mondiale, 2014). Plus inquiétant encore est la proportion de pauvres qui ont emprunté pour pouvoir couvrir les dépenses de santé. Presque la moitié des ménages du quintile le plus faible a emprunté, soit 1.6 fois plus que les ménages les plus aisés. En 2013, une proportion similaire de ménages pauvres (49%) empruntait à des amis/familles pour payer des dépenses de santé. (Banque Mondiale, 2014).

Tableau 7. Stratégies pour faire face aux problèmes de santé

	<i>A vendu et emprunté</i>		<i>A vendu seulement</i>		<i>A emprunté seulement</i>		<i>N'a ni vendu, ni emprunté</i>		<i>Ensemble</i>	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1er Quintile	18	20%	16	18%	44	49%	12	13%	90	100%
2ème Quintile	23	23%	25	25%	40	39%	14	14%	102	100%
3ème Quintile	26	28%	17	18%	35	37%	16	17%	94	100%
4ème Quintile	21	16%	37	28%	49	37%	26	20%	133	100%
5ème Quintile	34	27%	33	26%	40	31%	20	16%	127	100%
Ensemble	122	22%	128	23%	208	38%	88	16%	546	100%

Source : Auteurs

2.3. Fertilité et Planning Familial

Presque le tiers des femmes de 15-49 ans en union (30%) ont répondu qu'elles ne désiraient plus d'enfants, tandis qu'environ 61% en souhaitait davantage. 12% des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, souhaitaient espacer la prochaine naissance d'au moins deux ans, 1% voulait un enfant avant 2 ans et 47% des femmes souhaiteraient un enfant mais ne savent pas quand. Sans doute à cause des critères d'échantillonnage différents, ces résultats diffèrent des résultats de l'EMMUS 2012 où près d'une femme en union sur deux ne voulait plus d'enfants et 41% en souhaitait davantage. Il y a peu de variations du désir d'enfant supplémentaires par milieu : 29% en milieu urbain et 30% en milieu rural ne désiraient plus d'enfants. Le Sud (39%), Les Nippes (33%), la Grand'Anse (33%) ont un désir d'enfants supplémentaires moins élevés que les autres départements, ce que confirme l'EMMUS, 2012. Par ailleurs, le désir d'enfants supplémentaires s'accroît avec le niveau d'éducation et le statut de richesse de la femme (Annexe C).

La prévalence des besoins non satisfaits en matière de planification familiale⁸ au sein des femmes non-enceintes est meilleure si on compare avec l'EMMUS de 2012. 16% des femmes ont des besoins non-satisfaits de planification familiale, cela est deux fois moins élevé que le taux d'après l'EMMUS (35%). La prévalence est légèrement meilleure auprès des ménages en milieu rural (15%) qu'en milieu urbain (18%), et auprès des ménages du quintile de richesse le plus faible (14%) que du quintile le plus riche (16%). La prévalence est de 15% pour les femmes n'ayant aucune éducation et ayant atteint un niveau d'éducation élevé (secondaire et plus). Le taux de prévalence est similaire d'un département à un autre à l'exception de deux départements, notamment des Nippes (9%) et du Sud (23%).

22% parmi toutes les femmes âgées de 15-49 ans utilisaient une méthode de contraception moderne et 26% des femmes âgées de 15-49 ans en union. Ces indicateurs sont légèrement plus faibles que ceux de l'EMMUS 2012 où 31% de femmes en union de 15-49 ans utilisaient une méthode de contraception moderne. Cela pourrait s'expliquer à nouveau par le fait que l'Ouest ne fait pas partie de cette enquête. Il y a des différences par département (Annexe D). Le Centre, le Nord, Nord-Est et les Nippes avaient une prévalence de contraception moderne (femmes en union) plus élevée que celle du Nord-Ouest, du Sud et du Sud-Est qui ont une prévalence plus faible que la moyenne nationale. Ce résultat coïncide plus ou moins avec les résultats de l'EMMUS. Il y a aussi peu de différences entre la prévalence contraceptive de méthodes modernes des femmes en union de 15-49 ans entre milieu urbain (25%) et rural (27%) Comme dans

⁸ Les femmes fécondes qui n'utilisent pas la contraception, mais qui souhaitent espacer leur prochaine naissance (espacement) ou qui ne veulent plus d'enfant (limitation) sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale (EDS, 2012).

l'EMMUS 2012, la prévalence contraceptive moderne des femmes âgées de 15-49 ans en union est plus élevée dans le quintile le plus riche (26%) que celui le plus pauvre (20%).

36% des femmes utilisent une méthode de contraception quelconque, prévalence similaire à celle de l'EMMUS 2012, mais en dessous des pays à bas revenus. En milieu rural, 37% des femmes âgées de 15-49 ans avaient une méthode quelconque de contraception contre 34% auprès des femmes vivant en milieu urbain. La prévalence contraceptive d'une méthode quelconque est plus élevée auprès des ménages appartenant au quintile de richesse le plus élevé (39%) qu'auprès des ménages appartenant au quintile de richesse le plus bas (31%) et la relation est similaire au niveau de l'éducation : plus le niveau d'éducation est élevé (niveau secondaire ou plus, prévalence de 39% vs 32% pour les femmes âgées de 15-49 sans éducation), plus la prévalence contraceptive d'une méthode quelconque est élevée, un constat déjà relaté dans l'EMMUS 2012 (Annexe E).

Tableau 8. Indicateurs sur la fertilité et la planification familiale

	<i>Enquête RBF - Etude de Base</i>	<i>EMMUS 2012</i>	<i>Pays à Bas Revenus</i>	<i>Amérique Latine</i>
Prévalence du non-désir d'enfant supplémentaire	29%	59%	N/D	N/D
Prévalence des besoins non satisfaits en Planification Familiale	16%	35%	22%	9%
Prévalence contraceptive moderne des femmes âgées de 15-49 ans en union	26%	31%	N/D	N/D
Prévalence contraceptive d'une méthode quelconque des femmes âgées de 15-49 ans	36%	36%	41%	74%

Source : Estimations des Auteurs à partir de la base de données de l'Etude d'impact, étude de départ. WHO Health Statistics, 2015. N/D : Non-Disponible. Note que les tabulations plus détaillées (par département, milieu, éducation et quintile de richesse) sont présentées en Annexes D et E.

2.4. Soins Prénatals et Accouchement

83% des femmes ont reçu au moins une visite prénatale auprès d'un professionnel de santé à la dernière grossesse survenue tandis que 60% des femmes ont reçu au moins 4 visites prénatales. La prévalence des femmes avec au moins une visite prénatale s'accroît avec le niveau d'éducation (77% pour les femmes n'ayant aucun niveau d'éducation et 88% avec un niveau d'éducation secondaire et plus élevé). Il en est de même avec le niveau de richesse : 71% des femmes ont eu au moins une consultation prénatale parmi les femmes appartenant au quintile de richesse le plus faible au lieu de 86% pour les femmes appartenant au quintile de richesse le plus élevé. 60% de femmes ont reçu au moins 4 visites prénatales (67% ont effectué au moins 4 visites prénatales, EMMUS), avec une prévalence plus élevée pour les femmes qui ont terminé le niveau secondaire (65%) que celles qui n'ont aucune éducation (55%). La prévalence s'accroît avec le niveau de vie également. 51% des femmes appartenant au premier quintile ont eu 4 CPN contre 62% pour celles appartenant au quintile le plus riche. La prévalence est similaire entre milieu urbain et milieu rural (60%). La prévalence est en général plus faible dans le Sud, Sud-Est, les Nippes et le Nord-Est et comparable ou plus élevée que la moyenne nationale dans les autres départements. (Annexe F pour tabulation des indicateurs de sante prénatale).

Il y a 74% de femmes dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal (76% d'après l'EMMUS), dont 77% en milieu urbain et 73% en milieu rural. Le pourcentage de femmes protégées contre le tétanos néonatal s'accroît avec le niveau d'éducation (64% pour les femmes sans éducation et 77% pour les femmes ayant complété l'école secondaire). Les femmes appartenant au quintile

le plus faible sont moins protégées contre le tétanos néonatal (53%) que celles appartenant au quintile le plus élevé (81%). Les départements suivants avaient une prévalence légèrement plus faible que la prévalence nationale : 69% dans le Sud, 71% dans le Sud-Est, 70% dans les Nippes, 72% dans la Grand' Anse.

52% des femmes ont bénéficié de l'assistance d'un professionnel de santé lors de leur dernier accouchement. Cette prévalence est plus élevée que la moyenne nationale établie par l'EMMUS en 2012 (37%). Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'échantillon de l'étude FBR n'inclut pas l'Ouest (région non-métropolitaine) qui avait une faible prévalence dans l'EMMUS 2012, amoindrissant la moyenne nationale. Cette prévalence est particulièrement faible dans le Sud-Est (39%), le Sud (45%), le Nord-Est (44%) et plus élevée que la moyenne dans le Centre (69%), les Nippes (56%) et le Nord (57%). Cette prévalence est presque 10 points de pourcentage plus élevé en milieu urbain (59%) qu'en milieu rural (50%), et s'accroît avec le niveau d'éducation (49% auprès des femmes n'ayant aucune éducation et 61% parmi les femmes avec un niveau d'éducation secondaire ou plus). Par ailleurs, comme la plupart des indicateurs de santé, il y a un gradient social de sorte que les femmes appartenant au quintile de richesse le plus faible bénéficient moins de l'assistance d'un professionnel de santé durant l'accouchement (32%) que celles appartenant au quintile de richesse le plus élevé (69%).

45% des femmes ont accouché dans un établissement de santé. Cependant, cette prévalence est particulièrement basse dans le Sud-Est (31%), Nord-Est (36%), le Sud (37%) et élevée dans le Centre (65%). Les femmes accouchent plus souvent dans un établissement de santé en milieu urbain (53%) qu'en milieu rural (43%). Comme la plupart des indicateurs, il y a une relation positive entre le niveau d'éducation et la prévalence des femmes ayant accouché en IS : plus le niveau d'éducation augmente, plus la prévalence augmente (36% des femmes sans éducation ont accouché en IS contre 55% pour celle ayant terminé le niveau secondaire et plus). La prévalence des femmes ayant accouché en IS est également plus faible auprès des quintiles les plus pauvres (27%) et plus élevée (63%) auprès des quintiles les plus riches.

Tableau 9. Indicateurs de santé maternelle

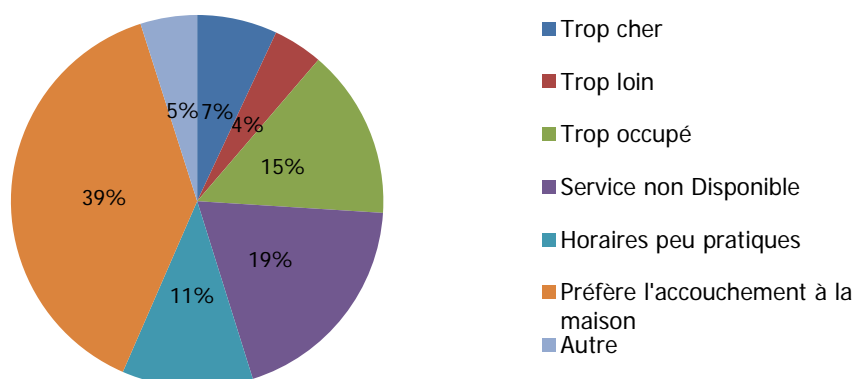
	<i>Enquête RBF - EMMUS 2012</i>	<i>Pays à Bas Revenus</i>	<i>Amérique Latine</i>
	<i>Etude de Base</i>		
Prévalence des femmes avec 1 visite prénatale	83%	75%	96%
Prévalence des femmes avec 4 visites prénatale	60%	67%	90%
Femmes protégés par le tétanos néonatal	74%	76%	N/D
Accouchement auprès d'un professionnel de sante	52%	37%	51%
Accouchement institutionnel	45%	36%	N/D

Source : Estimations des Auteurs à partir de la base de données de l'Etude d'impact, étude de départ. WHO Health Statistics, 2015 .N/D : Non-Disponible. Note que les tabulations plus détaillées (par département, milieu, éducation et quintile de richesse) sont présentées en Annexes. Ces indicateurs sont estimés auprès des femmes 15-49 ans qui ont eu une grossesse les 24 derniers mois

Les femmes décident de ne pas accoucher auprès d'une IS essentiellement pour des raisons personnelles, mais aussi pour cause de limitations au niveau de l'offre. La barrière financière ne vient qu'en 5ème position et s'avère davantage un problème auprès des plus démunis. 39% des femmes n'ont pas accouché en IS en raison d'un choix personnel et 30% en raison d'une limitation de l'offre au niveau des IS : dans 19% des cas, les services d'accouchement n'étaient pas disponibles et dans 11% des cas, les horaires n'étaient pas pratiques. Si la barrière financière reste faible – 7% des femmes n'ont pas accouché en IS en raison du prix- cette barrière est davantage un problème pour les femmes vivant en milieu rural (7%) qu'en milieu urbain (5%) et pour les femmes appartenant aux quintiles les plus bas :

6% des femmes appartenant au quintile de richesse le plus faible et 12% au 2eme quintile de richesse n'ont pas accouché en IS contre 4% pour les 4eme et 5eme quintiles de richesse.

Figure 3. Raisons pour lesquelles les femmes n'ont pas accouché en institutions de santé



Source : Estimations des Auteurs à partir de la base de données de l'Etude d'impact, étude de départ.

2.6 Soins Postnatals

41% des femmes ont eu recours à des soins postnatals, ce qui est proche de la moyenne de l'EMMUS (39% ont reçu des soins postnatals dans les délais recommandés). La prévalence était la même en milieu rural et urbain (40%). Le Sud (34%), Sud-Est (36%), Nord-Est (31%) et Nippes (30%) ont des taux de prévalence des femmes ayant eu recours à des soins postnatals beaucoup plus faibles que la moyenne nationale. A l'opposé, le Centre (50%) a un taux de prévalence ayant eu recours à des soins postnatals plus élevé que celui de la moyenne nationale. La prévalence semble plus élevée auprès des femmes avec une éducation de niveau secondaire et plus (44%) que sans éducation (39%). Il y a proportionnellement plus de femmes ayant reçu des soins prénatals parmi les femmes du quintile de richesse le plus élevé (47%) que parmi les femmes du quintile de richesse le plus faible (37%).

68% des femmes ont reçu des soins postnatals auprès du personnel médical (médecin, sage-femme, infirmière) et 29% auprès des matrones. Le personnel médical et les matrones étaient également les 2 prestataires les plus mentionnés pour la consultation postnatale dans l'EMMUS, 2012. En général, les ménages en milieu rural consultent davantage une matrone (32%) qu'en milieu urbain (20%). Il y a à nouveau un clair gradient social entre riches et pauvres quant à l'accès aux soins postnataux : 16% des femmes appartenant au quintile le plus pauvre ont reçu des soins postnataux auprès d'un médecin contre 34% auprès du quintile le plus riche, probablement dû au prix. Les femmes appartenant au quintile de richesse le plus faible consultent en général plus d'infirmières-auxiliaires (29%) et matrones (28%) que les femmes appartenant au quintile le plus riche. Ces dernières ne consultent des infirmières-auxiliaires que dans 11% des cas et des matrones dans 22% des cas.

28% des femmes ont reçus une supplémentation en fer après l'accouchement, avec un taux de prévalence plus faible auprès des départements du Nord-Ouest (22%), Nord-Est (24%), Sud-Est (21%) et plus élevé dans le Centre (34%), laGrand-Anse (38%) et le Nord (38%). La prévalence des femmes ayant

reçu une supplémentation en fer est similaire pour les femmes de milieu rural (28%) ou urbain (29%). La prévalence est également plus élevée auprès des femmes qui ont un niveau d'éducation plus élevée (26% auprès des femmes sans aucun niveau d'éducation et 33% auprès des femmes qui ont un niveau secondaire et plus élevé). Les femmes appartenant au quintile de richesse le plus bas ont également une prévalence en supplémentation de fer après l'accouchement plus faible (20%) que celles des femmes appartenant au quintile de richesse le plus élevé (43%).

27% des femmes ont reçu une supplémentation en vitamine A après la naissance. La prévalence était plus élevée en milieu urbain (31%) qu'en milieu rural (25%). A nouveau, les femmes vivant dans les départements du Sud (21%), Sud-Est (20%), Nord-Est (22%) et des Nippes (19%) ont une prévalence en supplémentation en vitamine A moins élevée que la moyenne nationale. Au l'opposé, les départements du Centre (30%), du Nord (34%) font bien mieux que la moyenne nationale. Les femmes avec un meilleur niveau d'éducation présentent également une prévalence en supplémentation de vitamine A plus élevée (25% pour les femmes sans aucun niveau d'éducation, 25% pour les femmes ayant complété l'école primaire et 29% pour les femmes ayant complété le niveau secondaire). Il y a cependant une relation inverse entre les quintiles et la prévalence des femmes ayant reçu la supplémentation en vitamine A après l'accouchement (voir [Annexe G](#) pour tabulations détaillées des soins postnatals).

Tableau 10. Indicateurs des soins postnatals

	<i>Enquête RBF - EMMUS 2012</i>	<i>Pays à Bas Revenus</i>	<i>Amérique Latine</i>
Couverture des soins postnatals	41%	N/D	N/D
Prévalence des femmes ayant reçu du fer après l'accouchement	28%	N/D	N/D
Prévalence des femmes ayant reçu de la vitamine A après l'accouchement	27%	N/D	N/D

Source : Estimations des Auteurs à partir de la base de données de l'Etude d'impact, étude de départ. N/D : Non-Disponible. Note que les tabulations plus détaillées (par département, milieu, éducation et quintile de richesse) sont présentées en Annexe F.

2.7. Santé des Enfants

La couverture vaccinale reste moyenne. 43% des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés, ce qui est similaire au taux de couverture de l'EMMUS (45%). On doit noter le suivant cependant : un enfant complètement vacciné en 2012 était un enfant ayant reçu le BCG contre la tuberculose et la dose de polio 0 à la naissance, les trois doses de DTCoq contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, les trois doses du vaccin contre la polio et le vaccin contre la rougeole. La même définition a été adoptée dans l'étude d'impact. Cependant, depuis 2015, le vaccin DTP a été remplacé par le pentavalent, mais les informations sur la couverture du Pentavalent n'ont pas été collectées par l'étude d'impact. Par ailleurs, la prévalence de certains vaccins est parfois plus élevée en comparaison avec l'EMMUS. Le taux de vaccination contre la Polio est de 71% (59% dans l'EMMUS), et celui de la DTCoq de 69% (63% dans l'EMMUS). Par contre certaines couvertures vaccinales comme le BCG et la rougeole sont bien plus faibles que celles de l'EMMUS 2012 (Voir tableau 11). De manière générale la couverture vaccinale reste faible en comparaison aux pays à bas revenus et de ceux de l'Amérique Latine.

La supplémentation en vitamine A des enfants de moins de 5 ans reste également très faible. Une supplémentation en vitamine A est capitale pour le niveau de croissance des enfants de moins de 5 ans⁹. Or la prévalence en vitamine A des enfants des moins de 5 ans reste médiocre d'après les résultats de l'enquête FBR, étude de base, avec 27% contre 44% dans l'enquête EMMUS, 2012. Comme pour la vaccination, les enfants qui vivent en milieu urbain ont une supplémentation en vitamine A plus importante (31%) contre 26% en milieu rural. La prévalence des enfants de moins de 5 ans s'accroît également avec le niveau d'éducation de la mère (18% pour les enfants dont la mère n'a aucune éducation et 28% pour les enfants dont la mère a fini le niveau secondaire).

Etat nutritionnel des enfants. 23% des enfants de moins de 5 ans ont une taille insuffisante pour leur âge (indice de retard de croissance) et 12% ont un poids insuffisant pour leur âge (Indice d'insuffisance pondérale). Ces résultats sont légèrement plus élevés que ceux de l'EMMUS 2012 certainement dû au fait que l'Ouest n'est pas représenté et accusait de meilleures prévalences pour ces 2 indicateurs dans l'EMMUS en comparaison aux autres départements (EMMUS, 2012). Il y a des variations par département (**Annexe H**). Les enfants dont les mères n'ont pas d'éducation ont un indice de retard de croissance et d'insuffisance pondérale plus élevé (22% et 12% respectivement) en comparaison aux enfants dont la mère a fini le niveau secondaire (22% et 10%)..

Tableau 11. Indicateurs de santé infantile

	<i>Enquête RBF - Etude de Base</i>			<i>EMMUS 2012</i>	<i>Pays à Bas Revenus</i>	<i>Amérique Latine</i>
	Oui, carnet vu	Oui, Carnet non vu	Ensemble			
BCG	68%	0.6%	69%	83%	N/D	N/D
Polio	71%	0.5%	72%	59%	N/D	N/D
DTP	68.7%	0.42%	69%	63%	80% ¹⁰	92%
Rougeole	48.5%	0.3%	49%	65%	80%	90%
Pneumonie et la méningite	33.9%	0.4%	34%	N/D	79%	90%
Complètement vaccinés 12-23 mois	N/A	N/A	43%	45%		
Enfants de moins de 5 ans avec vitamine A	27%	N/A	27%	44%	63%	36%
Indice de retard de croissance (taille-pour-âge)	N/A	N/A	23%	22%	39%	7%
Indice d'insuffisance pondérale (poids-pour-âge)	N/A	N/A	12%	11%	21%	2%

Source : Estimations des Auteurs à partir de la base de données de l'Etude d'impact, étude de départ ; WHO Health Statistics, 2015. N/A : Non-Applicable.

Note que les tabulations plus détaillées (par département, milieu, éducation et quintile de richesse) sont présentées en Annexe G.

Chapitre 3. Enquête sur les Institutions de Santé

⁹ Chez les nourrissons et les enfants, la vitamine A est essentielle pour soutenir la croissance rapide et pour aider à combattre les infections. Des apports insuffisants de vitamine A peuvent conduire à une carence en vitamine A qui peut provoquer une déficience visuelle et peut augmenter le risque de maladie et de décès par infections infantiles, y compris la rougeole et les diarrhées. http://www.who.int/elena/titles/vitamina_children/en/

¹⁰ Immunization coverage among 1 year old.

3.1. Etat Général des Institutions

Cette partie décrit l'état des IS en termes de disponibilité de services, infrastructures, équipements, médicaments, conditions d'hygiène de base pour fournir des services de santé maternelles et infantiles.

Accès physique et financier aux services de base

Alors que les services de santé maternelle et infantile sont offerts dans presque toutes les IS, une minorité offre des services liés aux infections sexuellement transmissibles et au VIH/SIDA et seulement le quart des IS échantillonnées offrent l'ensemble des services de base. La plupart des établissements de santé offrent des méthodes modernes de planification familiale (82%), de vaccination (91%), de suivi de la croissance et de nutrition (76%) et des soins curatifs pour enfants (85%). En guise de comparaison, une plus faible proportion d'établissements disposait de services de suivi de la croissance et de vaccination dans le dernier recensement des établissements de santé de 2013 (EPSSS) (Tableau 12). Alors que les services d'accouchement sont offerts dans 48% des IS seulement, 96% des IS offrent des soins prénatals et 62% des soins postnatals. Par contre, une minorité d'IS offre des services liés au traitement du VIH/SIDA. Seulement 34% des établissements obtiennent des soins liés aux IST contre 97% d'après l'EPSSS 2013. Par ailleurs, 26% des IS offrent des services de conseil et de dépistage volontaire, 25% des services de transmission de la mère à l'enfant, 23% des services de traitement antirétroviraux. Enfin, seulement le quart de l'échantillon offre l'ensemble des services de base (voir référence 11), ce qui reste deux fois moins élevé que les résultats de l'EPSSS, 2013. La différence pourrait venir du fait que cette enquête ne sonde pas l'Ouest qui est généralement le mieux desservi car en milieu métropolitain.

Tableau 12. Services de santé de base, en %, (n=195)

	<i>Enquête RBF - Etude de Base</i>	<i>EPSSS, 2013</i>
Soins curatifs de l'enfant	85%	94%
Services de suivi de la croissance	76%	66%
Vaccinations	91%	71%
Méthode moderne de planification familiale	82%	82%
Services de CPN	96%	92%
Soins liés à l'accouchement	48%	43%
Soins liés au post partum	62%	N/D
Services pour les IST	34%	97%
Conseil et dépistage volontaires	26%	N/D
Transmission de la mère à l'enfant	25%	43%
Traitement antirétroviral	23%	14%
Tous les services de base ¹¹ (définition EPSSS)	25%	52%

Source : Auteurs. Note : la comparaison avec l'enquête EPSSS est informative seulement et doit être interprétée avec prudence car la taille des échantillons des deux enquêtes est différente. L'échantillon de l'EPSSS est national et sonde toutes les IS d'Haïti (N=907) alors que l'échantillon de l'étude d'impact du FBR, étude de base, n'est pas national et inclut 196 IS.

La couverture en services de l'échantillon n'est pas uniforme nationalement et dépend de la géographie, du type d'IS et du secteur. De manière générale, le Sud est le département le moins bien desservi. Ses résultats sont en dessous de la moyenne pour presque tous les services décrits dans le Tableau 12 (Annexe I) tandis que ceux du Sud-Est sont bien en dessous de la moyenne pour les services de

¹¹ D'après l'EPSSS, les services de base comprennent les soins ambulatoires curatifs pour les enfants malades, le service de vaccination infantile dans l'institution même, le suivi de la croissance des enfants, la fourniture de méthodes modernes de planification familiale, la consultation prénatale et le service pour les infections sexuellement transmissibles. EPSSS, 2013

diagnostics et de traitement des maladies transmissibles. Les Nippes et la Grand'Anse sont en dessous des moyennes pour les soins infantiles, le traitement des IST et les soins de CT de santé reproductive. En général, les IS offrent davantage de services en zone urbaine qu'en zone rurale avec quelques exceptions notamment pour les services de planification familiale de CT, les soins curatifs infantiles et le suivi de la croissance. De manière générale, les services sont davantage disponibles dans les IS de taille plus importante, comme les HCR et CAL que dans les CSL et dispensaires, à quelques exceptions près.

L'accès physique aux établissements de référence supérieur de l'échantillon reste insuffisant. En moyenne, il faut 51 minutes pour se rendre à un établissement de référence supérieur. Il y a cependant des différences importantes : 50% de l'échantillon met plus de 34 minutes pour visiter une IS de référence supérieure alors que 50% met moins de 34 minutes. Les gens consultant en dispensaires mettent 69 minutes pour se rendre à un établissement de références supérieur en moyenne et seulement 2 fois moins quand ils habitent près d'un HCR (31 minutes). Le temps pour se rendre à un établissement de référence est également plus long au niveau rural (57 min) qu'au niveau urbain (42 min). Les patients des départements de l'Artibonite et de la Grand-Anse mettent en moyenne au moins 1 heure pour se rendre dans un établissement de référence et moins de 20 minutes pour les Nippes.

Le coût des médicaments peut apparaître comme une barrière financière dans les IS de l'échantillon, en particulier aux niveaux des dispensaires. En moyenne, les établissements de santé imposent une marge bénéficiaire sur le prix des médicaments de 14%. Il y a peu de variations entre milieux urbain et rural. Les marges bénéficiaires sont plus importantes en dispensaires (16%) qu'en centres de santé (13% en CSL et 11% en CSL) et HCR (8%), certainement dû au fait que les marges bénéficiaires des médicaments sont un des seuls moyens de mobilisation des ressources face à une faible utilisation des services de santé aux niveaux des dispensaires. Cependant, cela pose des problèmes d'accessibilité financière et d'équité majeure dans la mesure où un peu plus de la moitié des clients des dispensaires sont pauvres (Banque Mondiale, 2016). Par ailleurs, les marges bénéficiaires sont plus importantes auprès des structures commerciales privées (18%) et des missions/organismes confessionnels (20%) que celles du secteur public (12%) et des ONG (11%).

Disponibilité des infrastructures de base

59% des IS ont déclaré avoir de l'électricité.. Alors que plus des deux tiers des HCR (73%), CAL (86%) et CSL (78%) interrogés ont déclaré avoir de l'électricité (la même définition que l'EPSSS a été utilisée, voir note de bas de page, 12), un peu plus d'un tiers des dispensaires seulement en ont (39%). Cela est problématique dans la mesure où la moitié des IS en Haïti sont des dispensaires. Le secteur public est bien moins loti : 52% des IS publiques ont de l'électricité contre 92% pour celles gérées par le secteur lucratif, 100% pour celles gérées par des ONG et 61% pour celles gérées par le secteur confessionnel. Les IS en milieu rural (58%) ont une source d'électricité moins régulière qu'en milieu urbain (62%). Par ailleurs, plusieurs départements sont dans une situation critique (en dessous de la moyenne). Il s'agit des Nippes (50%) du Nord-Est (45%), de l'Artibonite (59%), du Sud-Est (46%) et du Sud (55%).

64% des IS disposent de l'eau potable. Presque les deux tiers des HCR (72%), CAL (66%), et CSL (75%) disposent d'eau potable contre seulement 57% auprès des dispensaires. Étonnamment, Il y a plus d'IS en milieu rural avec de l'eau potable (53%) qu'en milieu urbain (44%) et seulement le tiers des IS gérés par les ONG ont accès à de l'eau potable, probablement dû à la faible taille d'échantillon (seulement 9 IS sont gérés par des ONG). Les IS gérées par le secteur public (65%) ont un meilleur accès à l'eau que celles gérées par des organismes confessionnels (58%), mais un plus faible accès que les IS gérées par le secteur lucratif (75%). Les départements suivants sont en dessous de la moyenne (64%) : l'Artibonite (45%), les Nippes (50%), le Nord-Est (55%) et le Nord-Ouest (59%).

35% des IS détiennent un téléphone fixe qui fonctionne ou ont accès à un téléphone portable dans l'institution. L'EPSSS reporte que 67% des institutions avaient accès à des équipements de communication,

soit 2 fois plus que dans l'échantillon de cette enquête. Il se pourrait que la différence vienne d'une variation dans la définition. La définition de l'EPSS inclut l'accès à son propre portable alors que cela n'est pas le cas dans la définition de cette enquête, d'où une différence majeure. Sans surprise, les dispensaires ont une très faible couverture en équipement de communication. Seulement 18% d'entre eux ont un téléphone fixe qui fonctionne ou accès à un téléphone portable dans l'institution contre 49% dans les CSL, 54% dans les CAL et 55% dans les HCR. Il y a véritablement un fossé entre le milieu urbain et rural : seulement 19% des IS disposent d'un téléphone mobile ou fixe en institution contre 87% en milieu urbain. Étonnamment, le secteur lucratif privé est moins bien desservi que le secteur public (33%) et confessionnel (36%). À l'opposé, les IS gérées par une ONG disposent presque toutes d'équipement de communication (78%). Les départements suivants sont en dessous du score de disponibilité des équipements de communication : Artibonite (27%), Nippes (20%), Nord-Ouest (24%) et le Sud-Est (23%).

21% des IS ont accès à un moyen de transport quelconque pour transférer les patients à un niveau de référence supérieur. Pratiquement aucun dispensaire ne dispose de moyen de transport pour les patients (5%) contre 29% dans les CSL, 43% dans les CAL et 64% dans les HCR. Cependant, il n'est certainement pas nécessaire qu'un dispensaire ou même un centre de santé dispose d'une ambulance à un niveau si faible de la pyramide de soin, cependant cela est davantage critique aux niveaux des HCR, voire des CAL, pour des transferts au niveau supérieur (hôpital de département). La situation est particulièrement sombre dans les IS gérés par le secteur confessionnel (15%). Le tiers des IS gérées par des ONG ont un moyen de transport pour les patients contre moins ou un quart pour les IS du secteur public (23%) et les IS du secteur lucratif (25%). 17% des IS en milieu rural ont un moyen de transport et 37% en milieu urbain. Certains départements ont un score de disponibilité de transport très faible, notamment l'Artibonite (14%), le Nord (11%) et le Nord-Ouest (6%). Le système de transport va de pair avec le système de référence. En l'absence d'un solide système de transport, en particulier aux niveaux des CAL et HCR, certains patients en situation d'urgence peuvent décider de ne pas se rendre auprès d'un HCR.

Tableau 13. Infrastructures de base dans les institutions sanitaires, en %, (n=195)

	<i>Enquête RBF - Etude de Base</i>	<i>EPSSS, 2013</i>
Electricité régulière	59%	65% ¹²
Eau Potable	64%	79% ¹³
Équipements de communication	35%	67% ¹⁴
Transport quelconque	21%	32% ¹⁵

Source : Auteurs. *Note* : la comparaison avec l'enquête EPSSS est informative seulement et doit être interprétée avec prudence car la taille des échantillons des deux enquêtes est différente. L'échantillon de l'EPSSS est national et sonde toutes les IS d'Haïti (N=907) alors que l'échantillon de l'étude d'impact du FBR, étude de base, n'est pas national et inclut 196 IS.

Disponibilité des équipements de base

Les équipements suivants sont considérés comme des équipements de base d'après la définition de l'EPSSS pour fournir des services de qualité, disponible dans le service général de consultation externe (EPSSS,

¹² Définition EPSSS, 2013 : L'institution est raccordée à un réseau électrique central et il n'y a pas eu d'interruption de l'alimentation électrique qui a duré plus de deux heures de suite pendant les heures normales de travail dans les 7 jours précédant l'enquête, ou l'institution a un générateur fonctionnel avec du carburant disponible le jour de l'enquête, ou encore l'institution a de l'énergie solaire de secours.

¹³ Définition EPSSS, 2013 : L'eau est acheminée dans l'institution ou dans la cour par un robinet, ou encore l'eau d'une borne fontaine publique, d'un puits-citerne ou forage, d'un puits protégé, d'une source protégée, ou de l'eau de pluie, et l'approvisionnement en eau à partir de cette source est disponible à moins de 500 mètres de l'institution.

¹⁴ Définition EPSSS, 2013 : L'institution a un téléphone fixe qui fonctionne, un téléphone portable de l'institution qui fonctionne, un téléphone portable personnel qui fonctionne, pris en charge par l'institution ou un émetteur-radio à courtes ondes disponible dans l'institution.

¹⁵ Transport d'urgence quelconque : L'institution a une ambulance en état de marche ou un autre véhicule pour le transport d'urgence qui est stationné dans l'institution et a du carburant disponible le jour de l'enquête, ou l'institution a accès à une ambulance ou un autre véhicule qui est stationné dans une autre institution ou qui part d'une autre institution pour le transport d'urgence des patients.

2013) : Balance pour les adultes, Balances pour les enfants, Stéthoscope, Thermomètre, Tensiomètre, Source de Lumière. La disponibilité de ces équipements est en général au-dessus des moyennes de l'EPSSS 2013, à l'exception des sources de lumières. C'est en général le milieu rural le plus dépourvu d'équipements de base. Par exemple, 25% des IS en milieu rural ont une source de lumière seulement contre 50% en milieu urbain, et 7% et 8% des IS n'ont pas de pèse-enfant et pèse-adulte alors que tous les établissements de milieu urbain en ont au moins une. Il y a également une plus forte portion d'IS dépourvues de thermomètre en milieu rural (5% contre 2 % en milieu urbain). Toutes les IS en milieu urbain ont un stéthoscope sauf en milieu rural, où 7% d'IS n'en ont pas. Par contre 4% en milieu urbain et rural n'ont pas de tensiomètre. En général, on retrouve plus de dispensaires dépourvus d'équipements de base que d'autres types d'IS comme les centres de santé et les HCR. Par exemple, 8% des dispensaires n'ont pas de pèse-enfant, 5% n'ont pas de tensiomètre, 8% n'ont pas de thermomètre et de stéthoscope, 74% de dispensaires n'ont pas de torches. Ces proportions sont minimales pour les autres types d'IS. Enfin, dans la plupart des cas, ce sont les IS gérées par le secteur public qui bénéficient moins de ces équipements de base, notamment 4% d'IS gérées par le public n'ont pas de pèse-adulte, 4% n'ont pas de pèse-enfant, 5% n'ont pas de thermomètre et 7% n'ont pas de stéthoscope. En général les proportions sont plus faibles pour les autres types de gestion à quelques exceptions près : 8% des IS gérées par le secteur commercial n'ont pas de pèse-adulte et de stéthoscope. Il y a aussi des différences par département. En général, ce sont les départements des Nippes, de la Grand'Anse, du Nord-Ouest et du Centre qui manquent le plus d'équipements basiques..

Tableau 14. Equipements de base dans les institutions sanitaires, en %, (n=195)

	<i>Enquête RBF - Etude de Base</i>	<i>EPSSS, 2013</i>
Balance pour les adultes	94%	88%
Balance pour les enfants	95%	57%
Stéthoscope	95%	97%
Thermomètre	95%	92%
Tensiomètre	96%	94%
Source de Lumière	32%	34%

Source : Auteurs. Note : la comparaison avec l'enquête EPSSS est informative seulement et doit être interprétée avec prudence car la taille des échantillons des deux enquêtes est différente. L'échantillon de l'EPSSS est national et sonde toutes les IS d'Haïti (N=907) alors que l'échantillon de l'étude d'impact du FBR, étude de base, n'est pas national et inclut 196 IS.

Disponibilité en médicaments essentiels

10% seulement des IS disposent de tous les médicaments essentiels¹⁶. Les médicaments essentiels compris dans cette définition sont les 9 médicaments inclus dans le Tableau 16. Comme pour les autres équipements et fournitures de base, les dispensaires ont en général moins de médicaments essentiels à leur disposition que les centres de santé et les HCR. Par exemple 3% des dispensaires disposent de tous les 9 médicaments essentiels contre 27% en HCR, 17% et 16% en CAL et CSL respectivement. En général, les IS gérées par les ONG et le secteur public ont légèrement moins de problèmes avec la disponibilité des médicaments essentiels. 14% des IS gérées par les ONG et 11% des IS gérés par le MSPP disposent de tous les médicaments de base, contre 8% pour le secteur lucratif et 7% pour le secteur confessionnel. Il y a cependant des différences par médicament. Le tableau suivant présente ces dernières. Par exemple, la plupart des IS, quel que soit leur catégorie et type de gestion ne disposent pas assez de pommade ophtalmique à la tétracycline.

Tableau 15. Médicaments essentiels dans les institutions sanitaires en %, (n=195)

¹⁶ La liste des médicaments essentiels de base a été établie par l'unité de contractualisation et comprend la pommade ophtalmique à la tétracycline, paracétamol en comprimé, amoxicilline (comprimé et sirop), SRO, Fer en comprimés, acide folique en comprimé, antibiotique autres que l'Amoxicilline, la vitamine A et le Mebendazole.

	Catégories				Secteur				
	Ensemble	Disp	CSL	CAL	HCR	MSPP	ONG	Lucratif	Mission
Pommade ophtalmique à la tétracycline	27%	20%	37%	34%	27%	28%	33%	22%	23%
Paracétamol comprimés	81%	82%	80%	78%	82%	79%	78%	78%	77%
Amoxicilline (comprimés ou gélules)	72%	68%	76%	72%	82%	70%	78%	78%	67%
Amoxicilline (sirop)	74%	69%	80%	75%	91%	71%	89%	89%	73%
Sachets de sels de réhydratation orale(SRO)	49%	33%	54%	75%	73%	45%	67%	78%	50%
Fer en comprimés	77%	74%	83%	75%	82%	74%	89%	78%	73%
Acide folique en comprimés	78%	74%	78%	88%	91%	76%	100%	89%	73%
Antibiotiques autres que l'amoxicilline	51%	44%	57%	56%	64%	57%	44%	56%	37%
Vitamine A	79%	74%	80%	88%	91%	79%	100%	89%	63%
Mébéndazole	66%	61%	63%	84%	73%	62%	100%	89%	57%
Médicaments de base	10%	3%	16%	17%	27%	11%	14%	8%	7%
Moyenne	65%	60%	69%	73%	75%	64%	78%	74%	59%

Source : Auteurs.

Précaution standard pour la prévention des infections

Moins de la moitié (45%) des IS disposent d'eau et de savon dans la salle des consultations externes.

Certains départements sont moins bien lotis. Par exemple, dans le Nord-Ouest seulement 28% des IS disposent d'eau et de savon pour le lavage des mains. Il y a peu de différence selon le milieu, les IS du milieu rural faisant légèrement mieux (45%) que celle du milieu urbain (40%). La situation est particulièrement alarmante dans les dispensaires : seulement 34% des dispensaires ont des conditions d'hygiène de base contre 48% en CSL, 60% en CAL et 63% en HCR. Ces services de base ne sont également pas remplis dans les structures privées alors que les services offerts y sont les plus chers. Seulement 33% des structures privées remplissent les conditions d'hygiène de base contre 45% dans les IS du MSPP. Les organisations gérées par les ONGs et les organismes confessionnels remplissent ces conditions de base dans 44% et 51% des cas. 52% des IS détiennent un désinfectant à base de chlore.

Par ailleurs, une faible proportion d'IS dispose d'équipement de stérilisation, mais cela était déjà visible en 2013 lors de l'enquête de l'EPSSS. Seulement 38% des IS disposent d'équipements de stérilisation. Dans certains départements, très peu d'IS ont des équipements de stérilisation comme dans le Sud-Est (25%), le Nord-Ouest (30%) et la Grand'Anse. Les IS en milieu rural sont moins bien dotées d'équipements de stérilisation (34%) que celles en milieu urbain (52%). Seulement 20% des dispensaires sont dotés d'équipements de stérilisation, presque la moitié des CSL, près de 65% des CAL et 80% des HCR. Les IS du secteur privé (55%) et celles gérées par les ONG (75%) disposent davantage d'équipements de stérilisation que celles gérées par le MSPP (35%) et les organismes confessionnels (19%). Par ailleurs, très peu d'IS ont affiché les protocoles de stérilisation, ce qui corrobore la faible disponibilité d'équipements de stérilisation.

Cependant les deux tiers des IS disposent de boîtes sécurisées pour jeter les objets tranchants déjà utilisés. Une proportion élevée d'IS disposent de boîtes sécurisées pour jeter les objets tranchants déjà utilisés (78%), avec une prévalence plus élevée en milieu rural (83%) qu'en milieu urbain (60%). Toutes

les IS ont une prévalence autour de 70%, à l'exception des CSL pour lesquelles 92% disposent de boîtes sécurisées pour les objets tranchants déjà utilisés. Les IS gérées par les ONG ont une prévalence plus faible, seulement 66% des IS gérées par les ONG disposent de boîtes sécurisées contre 82% pour les IS du MSPP, 75% des IS du secteur à but lucratif et 71% pour les IS des organismes confessionnels.

Très peu d'IS disposent d'incinérateurs fonctionnels pour l'élimination des déchets médicaux (21%), avec des prévalences particulièrement faibles dans certains départements, notamment dans le Sud (7%), dans la Grand-Anse (10%) et dans le Nord (16%). Les IS localisées en milieu urbain sont mieux loties (29%) que celles en milieu rural (19%). La prévalence est plus importante à mesure que l'on monte dans l'échelon des IS : seulement 7% des dispensaires ont un système d'incinérateur, 22% au niveau des CSL, 48% pour les CAL et la moitié des HCR (54%). Les structures gérées par le milieu confessionnel (15%) et par le secteur privé (17%) sont relativement moins nombreuses que les IS du milieu public et des ONG.

Tableau 16. Précautions standards pour la prévention des infections (n=195)

	<i>Enquête FBR – Etude de Base</i>	<i>EPSSS, 2013</i>
Equipement de stérilisation ¹⁷	38%	36%
Normes de stérilisation affichées	18%	9%
Stockage approprié des déchets tranchants ¹⁸	78%	67%
Disponibilité d'incinérateurs fonctionnels pour l'élimination des déchets médicaux	21%	N/A
Désinfectant ¹⁹	52%	58%
Eau et savon	45%	44%
Gant	36%	81%

Source : Auteurs. Note : la comparaison avec l'enquête EPSSS est informative seulement et doit être interprétée avec prudence car la taille des échantillons des deux enquêtes est différente. L'échantillon de l'EPSSS est national et sonde toutes les IS d'Haïti (N=907) alors que l'échantillon de l'étude d'impact du FBR, étude de base, n'est pas national et inclut 196 IS.

HMIS et Pratique administrative d'appui

Presque toutes les IS disposent d'un registre de soins prénatals et d'accouchements mis à jour à quelques exceptions près. Dans l'ensemble 98% des IS disposent d'un registre de soins prénatals et d'accouchement. Les CAL (97%), les IS gérées par les ONG (89%) et celles gérées par le secteur lucratif (91%) sont légèrement en dessous de cette moyenne. Il y a peu de variations par département et milieu. Les départements du Nord-Ouest et du Sud sont les seuls départements à être en dessous de la moyenne avec 97% respectivement. Toutes les IS en milieu urbain ont un registre (100%) et presque toutes en milieu rural (99%).

60% des IS ont un rapport mensuel sur le système d'information et de gestion et davantage en milieu rural (64%) qu'en milieu urbain (45%). Etonnamment, 62% et 69% des dispensaires et des CSL respectivement ont un système d'information contre 44% des CAL et 50% des HCR. Cela pourrait s'expliquer par la faible taille de l'échantillon. En effet, seulement 58 des 195 IS ont répondu à cette question. Enfin, le secteur privé à but lucratif et les ONG sont plus alignés sur les systèmes d'information. Toutes les IS gérées par des ONG (N=4) et 83% des IS gérées par le secteur privé (N=5) ont un système

¹⁷ L'institution rapporte que certains instruments sont traités dans l'institution, et que cette dernière dispose d'un stérilisateur électrique à chaleur sèche fonctionnel, un autoclave électrique qui fonctionne, ou un autoclave non-électrique qui fonctionne avec une source de chaleur disponible quelque part dans l'institution (EPSSS, 2013)

¹⁸ Des boîtes de sécurité pour objets tranchants sont observées dans le service principal de consultation externe

¹⁹ Désinfectant à base de chlore pour la désinfection des lieux de travail, disponible dans le service principal de consultation externe.

d'information contre 47% et 54% des IS gérées par les organismes confessionnels (N=8) et le MSPP (N=14).

Très peu d'IS ont répondu à la question sur l'élaboration des budgets (58 sur 196), soit 29% de l'échantillon. Sur les 58 IS, seulement 33% ou 19 IS élaborent des budgets annuels. Très peu d'IS en milieu rural élaborent un budget annuel : seulement 25% contre 63% en milieu urbain. Les HCR et CAL élaborent systématiquement plus de budgets annuels (50% et 55%) que les CSL et dispensaires (25% et 24%). Il y a également plus d'IS gérées par les ONG (50%), le secteur lucratif (50%) et les organismes confessionnels (41%) qui préparent un budget annuel que d'IS gérés par le secteur public. De même, seulement 31% des IS ont élaboré un plan annuel (N = 61). Le taux est plus faible dans les zones rurales (29%), les dispensaires (26%) et CSL (31%) et dans les IS gérées par le MSPP (23%).

31% de l'échantillon déclarent élaborer un plan de travail annuel (61 sur 194 IS). Cette pratique est peu répandue auprès des dispensaires (26%) et plus courante en CSL (35%), CAL (40%) et HCR (36%). Cette pratique est également plus répandue dans les IS à but lucratif (67%) et celles gérées par les ONG (50%) mais bien moins dans les IS gérées par le MSPP (26%) et les organismes confessionnels (42%). Il y a quelques différences départementales avec le Nord-Ouest (20%), le Centre (20%), l'Artibonite (5%) et le Sud-Est (15%) où les IS élaborent peu de plan de travail annuel. Les IS en milieu urbain (38%) élaborent plus de plan de travail qu'en milieu rural (30%).

Tableau 17. Gestion, HMIS et pratique administrative d'appui, % (n=195)

	Catégorie				Secteur				Ensemble
	Disp	CSL	CAL	HCR	MSPP	ONG	Lucratif	Eglise	
Disponibilité d'un registre de soins prénatals et d'accouchements mis à jour	98%	100%	97%	100%	100%	89%	91%	100%	99%
Pratique de rapports mensuels sur le SIS	62%	69%	44%	50%	54%	83%	100%	47%	60%
Pratique d'élaboration des budgets annuels	24%	25%	67%	50%	27%	50%	50%	41%	33%
Pratique d'élaboration des plans de travail annuels	26%	35%	40%	36%	26%	50%	67%	42%	31%

Source : Auteurs

3.2. Qualité des Services de Santé Maternelle

Temps d'attente et coût de la visite de la Consultation Prénatale (CPN)

Le temps moyen d'attente pour la consultation prénatale est de plus de deux heures. En moyenne, les femmes enceintes ont passé 128 minutes pour attendre leur première visite prénatale. Le temps d'attente était plus élevé en milieu rural (140 minutes) qu'en milieu urbain (114 minutes). Le temps d'attente est particulièrement élevé en dispensaire, atteignant presque 3 heures de temps (174 minutes). Le temps moyen d'attente était de 94 minutes en CSL et de 116 minutes en CAL. Le temps d'attente important en dispensaire pourrait s'expliquer par le fait que le dispensaire était fermé ou que le prestataire s'est absenté. Il y a très peu de prestataires en dispensaires et il n'y a pas non plus de système de prise de rendez-vous, ce qui pourrait contribuer à un temps d'attente considérable. Le temps d'attente était de 133 minutes dans les IS gérées par le MSPP, un temps d'attente moyen plus élevé que celui des IS des organismes confessionnels

(80 minutes) et des IS gérées par le secteur lucratif (111 minutes). Par contre le temps d'attente est particulièrement important auprès des IS gérées par les ONG, près de 5 heures d'attente. Il se peut qu'il y ait plus de clients auprès des IS des ONG car les services peuvent y être gratuits. Il se peut aussi que ce résultat provienne de la faible taille de l'échantillon des ONG.

En moyenne, une femme enceinte paie 342 HTG pour une consultation prénatale, ce qui fait 6.00\$ avec un taux de change de 1USD à 57 HTG (au 1er janvier 2016). Sachant que 58% de la population vit avec 2,5\$ par jour et 23% avec 1.25\$ par jour, le coût d'une CPN reste élevé et peu abordable, sachant que la patiente doit en effectuer un minimum de 4. Il y a peu de variations entre milieu urbain (341 HTG) et rural (343 HTG). Le coût des CPN est en général plus élevé en HCR (565 HTG) qu'en CAL (386 HTG) qu'en CSL (318 HTG) et qu'en dispensaire (207 HTG), dans la mesure où plus d'examen médicaux et de médicaments sont prescrits et achetés à un niveau supérieur. Par ailleurs, le coût de la CPN est le plus élevé dans le secteur privé lucratif à 423 HTG contre 334 HTG dans le secteur public et 422 HTG dans les IS gérées par des organismes confessionnels. Le coût de la CPN est particulièrement bas dans les IS gérées par le secteur des ONG (50HTG) ce qui explique sans doute le temps d'attente élevé dans les IS gérées par les ONG.

Normes et équipements pour la CPN

Seulement 14% des IS possèdent une directive sur les normes des consultations prénatales. Alors qu'environ un tiers des deux types d'IS les plus grandes possèdent une telle directive, HCR (27%) et les CAL (32%), seulement 15% des CSL et 6% des dispensaires rapportent les mêmes. Cela reste en dessous des résultats de l'EPSSS, où en moyenne, 33% des IS possédaient des normes sur les CPN (EPSSS 2014: 102). L'enquête a également évalué la proportion des établissements de santé (n = 186) qui possédaient les équipements suivants: un stéthoscope, un tensiomètre, un stéthoscope fœtal, une balance pour adulte, et un ruban métrique. De tous les établissements de santé offrant des services de CPN, seulement 17% possédaient un stéthoscope fœtal, moins de la moitié possédait un stéthoscope ordinaire (41%), mais environ 90% des établissements de santé possédait un tensiomètre (88%), une balance pour adultes (89%) ou un ruban métrique (92%). Il y a également des différences par département et secteur. En général, la disponibilité des équipements de CPN est plus faible auprès du secteur lucratif (voir Tableau 18). Par ailleurs, seulement 4% et 8% des IS dans le Nord-Ouest ont des normes sur la CPN et un stéthoscope fœtal.

Tableau 18. Normes et équipements de base pour la consultation prénatale

	<i>Directive (sur les CPN)</i>	<i>Un tensiomètre</i>	<i>Un stéthoscope</i>	<i>balance pour adulte</i>	<i>stéthoscope foetal</i>	<i>Un ruban métrique</i>	<i>Effectif d'IS avec services de CPN</i>
Catégories							
HCR	27%	91%	82%	91%	27%	91%	11
CAL	32%	97%	71%	97%	38%	100%	34
CSL	15%	94%	47%	94%	17%	96%	47
Dispensaire	6%	81%	22%	83%	9%	87%	94
Secteur							
Secteur public	13%	88%	40%	91%	17%	92%	122
Secteur Lucratif	8%	92%	50%	83%	8%	92%	13
ONG	67%	100%	78%	100%	67%	100%	12
Mission/organisme confessionnel	13%	90%	33%	93%	13%	93%	39
Milieu							
Urbain	30%	91%	50%	93%	32%	93%	44
Rural	10%	87%	38%	87%	13%	92%	142

Ensemble	15%	88%	41%	89%	17%	92%	186
EPSSS	33%	95%	98%	86%	71%	85%	832

Source : Auteurs. Note : la comparaison avec l'enquête EPSSS est informative seulement et doit être interprétée avec prudence car la taille et représentativité des échantillons des deux enquêtes sont différentes. L'échantillon de l'EPSSS est national et sonde toutes les IS d'Haïti (N=907) alors que l'échantillon de l'étude d'impact du FBR, étude de base, n'est pas national et inclut 196 IS.

Capacité de Diagnostic de CPN

Les capacités de diagnostic des IS de l'échantillon sont élevées. 90% des IS peuvent effectuer un test d'hémoglobine, 87% un test de protéinurie et de glucosurie, 83% le test du groupe sanguin et de facteur rhésus, 74% le test de la syphilis et 68% le test du VIH. Ces fréquences sont plus importantes que celles de l'EPSSS, qui était composé de toutes les IS du pays, donc davantage représentatif. Les HCR surpassent les trois autres types d'IS sur les cinq indicateurs de capacité de diagnostic en laboratoire utilisées dans cette enquête. Par contre, les dispensaires ont une capacité plus faible d'effectuer ces tests, ce qui est normal car les dispensaires ne sont pas censés avoir des capacités en laboratoire. Les IS gérés par le secteur public et le secteur lucratif ont une capacité en laboratoire plus élevée que les autres types de gestion. Il y a aussi des différences par milieu : la disponibilité des tests est plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural (voir Tableau 21).

Tableau 19. Capacité de diagnostic de base pour la consultation prénatale

	<i>Hémoglobine</i>	<i>Protéinurie Glucosurie</i>	<i>et</i>	<i>Groupe sanguin et facteur rhesus</i>	<i>Syphilis</i>	<i>VIH</i>	<i>Effectif d'IS avec services de CPN</i>
Catégories							
HCR	100%	100%		100%	100%	100%	11
CAL	94%	97%		88%	84%	84%	34
CSL	89%	82%		82%	76%	68%	47
Dispensaire	80%	75%		70%	40%	25%	94
Secteur							
Secteur public	94%	91%		84%	83%	78%	122
Privée lucratif	100%	88%		100%	88%	75%	13
ONG	82%	91%		73%	64%	55%	12
Mission	76%	71%		76%	41%	35%	39
Milieu							
Urbain	92%	92%		82%	79%	71%	44
Rural	89%	84%		84%	71%	66%	142
Ensemble	90%	87%		83%	74%	68%	186
EPSSS	33%	39%		1%	38%	37%	

Source : Auteurs. Note : la comparaison avec l'enquête EPSSS est informative seulement et doit être interprétée avec prudence car la taille et représentativité des échantillons des deux enquêtes sont différentes. L'échantillon de l'EPSSS est national et sonde toutes les IS d'Haïti (N=907) alors que l'échantillon de l'étude d'impact du FBR, étude de base, n'est pas national et inclut 196 IS.

Médicaments pour la CPN

Les trois quarts de l'échantillon possèdent des comprimés de fer et d'acide folique et un peu plus de la moitié le vaccin antitétanique, mais il y a des différences importantes par milieu. 76% des IS possédaient des comprimés de fer, 78% des comprimés d'acide folique, 78% des comprimés de fer ou d'acide folique et 58% un vaccin antitétanique. Dans l'ensemble, les résultats sont plus ou moins en

harmonie avec les résultats de l'EPSSS pour les mêmes indicateurs (voir Tableau 22), à l'exception du vaccin antitétanique, dont la prévalence est plus élevée au sein de l'échantillon de l'enquête (58%). Une assez grande différence existe entre la prévalence des vaccins contre le tétanos en milieu rural (22%) et urbain (70%). Un gradient existe aussi dans cette mesure le long de l'augmentation de la taille des IS passant de dispensaires (60%) aux HCR (73%). Cependant, la prévalence des vaccins antitétaniques dans les CAL (48%) et CSL (59%) ne suit pas cette tendance.

Tableau 20. Médicaments de base pour la consultation prénatale

	<i>Comprimés de fer</i>	<i>Comprimés d'acide folique</i>	<i>Comprimé de fer ou d'acide folique</i>	<i>Vaccin antitétanique</i>	<i>Effectif d'IS avec des services de CPN</i>
Catégories					
HCR	82%	91%	91%	73%	11
CAL	74%	87%	79%	48%	34
CSK	82%	77%	79%	59%	47
Disp	74%	74%	76%	60%	94
Secteur					
Secteur public	74%	76%	77%	65%	122
Structure commerciale privée	70%	80%	62%	50%	13
ONG	92%	100%	100%	25%	12
Mission	81%	78%	79%	50%	39
Milieu					
Urbain	68%	71%	73%	22%	44
Rural	79%	81%	80%	70%	142
Ensemble	76%	78%	78%	58%	186
EPSSS	82%	75%	87%	44%	832

Source : Auteurs. Note : la comparaison avec l'enquête EPSSS est informative seulement et doit être interprétée avec prudence car la taille et représentativité des échantillons des deux enquêtes sont différentes. L'échantillon de l'EPSSS est national et sonde toutes les IS d'Haïti (N=907) alors que l'échantillon de l'étude d'impact du FBR, étude de base, n'est pas national et inclut 196 IS.

Evaluation de la qualité des consultations prénatales par les observations des prestataires

La plupart des patientes de CPN ont répondu à des questions vérifiant les 4 antécédents de base des CPN et ont eu les 5 tests de routines. Ce volet de l'enquête a évalué la qualité des CPN en observant les patientes venant en première visite de CPN et auscultées par le personnel médical. 540 femmes sont venues en première CPN, dont 323 avaient déjà été enceintes. Aux niveaux des 4 antécédents que le prestataire doit habituellement demander aux femmes enceintes (âge de la patiente, médicaments que prend la patiente, date de début des dernières menstruations, nombre de grossesses que la patiente a eues avant), celui sur les médicaments que prend la patiente était le moins demandé. Seulement 49% des femmes observées ont été interrogées sur les médicaments qu'elles prennent, cependant cette prévalence est plus élevée que pour l'EPSSS (11%). Les 3 autres antécédents étaient demandés dans plus de 90% des cas (prévalences plus élevées que les résultats de l'EPSSS, voir Tableau 21). Ensuite, les enquêteurs ont observé si le personnel médical effectuait les 5 tests de routine suivants : 1) proposer/effectuer un test d'hémoglobine, 2) proposer/effectuer un test d'urine à la recherche d'albumine et de glucose dans les urines, 3) Proposer/effectuer un test groupe sanguin rhésus, 4) proposer/effectuer un test de dépistage de la syphilis, 5) proposer/orienter la patiente pour un test du VIH. En moyenne, ces tests de routine ont été effectués auprès des 540 patientes dans presque 85% des cas, à l'exception du test du groupe sanguin effectué dans

84% des cas et du test de détection de la syphilis, offert dans 77% des cas. Moins de test de routines ont été effectués auprès des dispensaires, du fait d'une plus faible capacité en diagnostic à ce niveau. Il y avait peu de différences entre milieu urbain et rural pour les observations liées aux antécédents de la femme et les tests d'hémoglobine (Tableau 21).

Ensuite, les femmes venant pour la 1ère CPN et ayant déjà été enceintes doivent habituellement être sondées sur les complications liées à une grossesse antérieure comme : 1) Précédente(s) fausse(s)-couches ; 2) Enfant(s) mort(s) pendant la première semaine de vie ; 3) Complication durant les précédents accouchements ; 4) Saignement abondant pendant ou après l'accouchement ; 5) Précédents accouchements assistés (césarienne, ventouse, ou forceps) ; 6) Précédents avortements. La plupart des 323 femmes déjà enceintes ont été interrogées sur leurs précédentes fausses couches (71%). Par ailleurs, 61% ont été interrogées sur la possibilité d'avoir un enfant mort pendant la première semaine de vie, 81% sur leurs précédents accouchements et 76% sur leurs précédents avortements. Par contre, très peu ont été interrogées sur des saignements pendant ou après l'accouchement (seulement 40%) et seulement la moitié sur leurs accouchements précédents et s'ils avaient été assistés (56%). Il faut dire que ces prévalences sont en générales plus élevées que celles des résultats de l'EPSSS, 2014 (voir Tableau 21). Les prévalences de ces indicateurs étaient en général plus élevées dans les IS gérés par le MSPP, qui pourrait s'expliquer par un effet de taille de l'échantillon étant donné que sur les 323 CPN, 255 ont été observés dans les IS du MSPP, 17 dans les IS du secteur commercial privé, 5 dans les ONG et 38 dans les IS gérées par les missions. Il y a également une différence par milieu, en particulier pour 3 complications où la prévalence est plus faible en milieu urbain, notamment sur les saignements avant et après l'accouchement, les précédentes fausses-couches et les naissances des mort-nés pendant la première semaine de vie.

Tableau 21. Antécédents de la femme et tests de routine pendant la CPN, %

	<i>Urbain</i>	<i>Rural</i>	<i>HCR</i>	<i>CAL</i>	<i>CSL</i>	<i>Disp</i>	<i>MSPP</i>	<i>Secteur lucratif</i>	<i>ONG</i>	<i>Mission</i>	<i>Ensemble</i>	<i>EPSSS</i>
Antécédants de la femme												
Âge de la patiente	94	96	100	97	94	92	97	84	29	95	95	72
Médicaments que prend la patiente	43	54	36	45	53	57	53	28	29	35	49	11
Date de début des dernières menstruations de la (DDR)	96	98	99	96	97	98	98	88	100	98	97	84
Nombre de grossesses que la patiente a eue avant	94	92	89	92	94	94	92	84	100	98	93	73
Tests de routines												
Proposer/effectuer un test d'hémoglobine	86	82	90	89	90	71	86	92	29	73	84	67
Proposer/effectuer un test d'urine à la recherche d'albumine et de glucose dans les urines	90	81	96	91	93	65	88	84	14	70	85	59
Proposer/effectuer un test groupe sanguin rhésus	92	77	95	92	90	63	86	84	57	70	84	N/A
Orienter la patiente pour un test de dépistage de la syphilis	70	82	92	74	84	65	77	76	71	75	77	N/A
Propose et Oriente la patiente pour test du VIH	90	85	100	90	94	71	89	92	71	75	87	N/A

Effectif de femmes enceintes venues en consultation prénatale pour la première fois.	232	308	84	152	143	161	445	25	7	63	540	785
Complications liées à une grossesse antérieure												
Précédente(s) fausse(s)-couche(s)	58	81	69	73	72	69	75	35	20	66	71	
Enfant(s) mort(s) pendant la première semaine de vie	40	77	43	58	70	65	65	41	20	45	61	11
Précédents accouchements	78	83	93	78	79	79	83	59	60	82	81	59
Saignement abondant pendant ou après l'accouchement	27	49	24	38	49	42	45	6	60	18	40	6
Précédents accouchements assistés (césarienne, ventouse, ou forceps)	52	59	41	53	63	59	60	24	40	45	56	16
Précédents avortements	68	83	67	80	87	68	80	59	80	55	76	28
Effectif de femmes enceintes venues en consultation prénatale pour la 1ère fois et qui ont déjà été enceintes	139	184	54	86	87	96	263	17	5	38	323	516

Source : Auteurs. Note : la comparaison avec l'enquête EPSSS est informative seulement et doit être interprétée avec prudence car la taille et représentativité des échantillons des deux enquêtes sont différentes. L'échantillon de l'EPSSS est national et sonde toutes les IS d'Haïti (N=907) alors que l'échantillon de l'étude d'impact du FBR, étude de base, n'est pas national et inclut 196 IS.

La qualité des CPN reste élevée en ce qui concerne les examens physiques de base et les interventions préventives pour les femmes enceintes venues en consultation prénatale. Les examens de base consistent à : 1) prendre la tension de la patiente, 2) le poids de la patiente, 3) palper l'abdomen de la patiente pour la présentation fœtale, 4) palper l'abdomen de la patiente pour déterminer la taille de l'utérus et 5) écouter les battements de cœur du fœtus. Dans l'ensemble, ces examens ont eu lieu dans presque plus de 85% des cas, à l'exception de l'écoute des battements de cœur du fœtus qui ont eu lieu dans 79% des cas, ces résultats étant plus faibles auprès des IS gérés par le secteur lucratif (44%) et les ONG (43%), sans doute dû au faible nombre d'observations pour ces sous-échantillons. Les taux sont aussi élevés pour les interventions préventives, plus élevés que ceux de l'EPSSS. 93% des prestataires ont prescrit des compléments en fer ou acide folique ou les 2 (73%, EPSSS, 2013), 74% des prestataires ont expliqué le rôle du fer et de l'acide folique contre seulement 28% dans l'échantillon de l'EPSSS, 2013. 84% des femmes enceintes ont reçu une explication sur la posologie du fer ou de l'acide folique contre 35% seulement dans l'échantillon de l'EPSSS. Par contre, seulement, 35% des femmes enceintes ont reçu des explications sur les effets secondaires des compléments de fer. Enfin, 77% des femmes ont reçu une prescription ou administration du vaccin antitétanique.

Tableau 22. Informations sur les examens physiques de base, %

	Milieu		Catégorie				Secteur					
	Urbain	Rural	HCR	CAL	CSL	Disp	MSPP	Secteur lucratif	ONG	Mission	Ensemble	EPSSS
Examens physiques de base												
Prendre la tension de la patiente	96	99	100	97	98	98	98	92	100	98	98	97
Prendre le poids de la patiente	95	94	99	96	97	88	94	92	86	98	94	90

Palper l'abdomen de la patiente pour la présentation foetale (ou une échographie)	85	85	81	88	83	87	84	84	86	92	85	
Palper l'abdomen de la patiente pour déterminer la taille de l'utérus (ou une échographie)	86	86	82	83	83	94	85	88	86	95	86	N/D
Écouter les battements de coeur du fœtus	75	82	79	80	75	81	82	44	43	81	79	N/D
Interventions préventives												
Prescription ou administration des compléments en fer ou de l'acide folique (IFA) ou les deux	91	95	99	93	95	87	94	80	43	98	93	73
Explication du rôle du fer et de l'acide folique	77	72	84	78	71	68	77	30	67	66	74	28
Explication de la posologie du fer ou de l'acide folique	86	83	88	91	81	78	86	50	100	82	84	35
Explication des effets secondaires des compléments en fer	26	41	5	34	38	51	35	15	0	40	35	N/D
Prescription ou administration du vaccin antitétanique	77	77	70	79	85	71	77	52	86	84	77	25
Explication du rôle de l'injection de l'anatoxine tétanique (VAT)	82	77	90	83	70	78	81	46	67	74	79	18
Effectif	232	311	84	153	143	163	448	25	7	63	543	785

Source : Auteurs. Note : la comparaison avec l'enquête EPSSS est informative seulement et doit être interprétée avec prudence car la taille et représentativité des échantillons des deux enquêtes sont différentes. L'échantillon de l'EPSSS est national et sonde toutes les IS d'Haïti (N=907) alors que l'échantillon de l'étude d'impact du FBR, étude de base, n'est pas national et inclut 196 IS.

Symptômes de risque discutés au cours des consultations prénatales

La moitié des CPN contiennent des discussions sur des symptômes de risques inhérents à la grossesse, ce qui reste plus élevé que les prévalences pour les mêmes indicateurs de l'EPSSS, cependant il est difficile de comparer étant donnée les différences d'échantillonnage (taille et représentativité nationale notamment). 53% des CPN observées contenaient des discussions sur le saignement vaginal (contre 16% dans l'EPSSS), 44% des discussions sur la fièvre (15% dans l'EPSSS), 47% sur la fatigue ou l'essoufflement excessif (10% dans l'EPSSS), 47% des discussions sur le gonflement des mains, des pieds et du visage (6% dans l'EPSSS) et 59% sur le mal violent de tête ou avec vision trouble (33% dans l'EPSSS). Les risques sont en général plus discutés en milieu rural qu'en milieu urbain. Etrangement, les prestataires discutent plus des risques liés à la grossesse en dispensaires, et centre de santé qu'en HCR. Cela pourrait venir du fait que les patients sont plus proches des prestataires dans les plus petites structures, ce qui en accroît la qualité. Il y a également des différences attribuées au secteur (Tableau 23).

Tableau 23. Informations sur les risques discutés en consultation prénatale, %

	<i>Milieu</i>		<i>Catégorie</i>				<i>Secteur</i>					
	Urbain	Rural	HCR	CAL	CSL	Disp	MSPP	Secteur lucratif	ONG	Mission	Ensemble	EPSSS
Saignement vaginal	44	59	25	56	64	55	56	40	29	40	53	15
Fièvre	35	51	14	44	55	50	48	24	0	33	44	16
Fatigue ou essoufflement excessif	39	52	27	54	46	50	51	12	0	37	47	10

Gonflement des mains, des pieds et du visage	44	50	21	53	49	54	50	32	14	40	47	6
Violent mal de tête ou vision trouble	58	60	39	64	69	56	63	36	14	44	59	33
Effectif de femmes de consultation prénatale	232	311	84	153	143	163	448	25	7	63	543	785

Source : Auteurs. Note : la comparaison avec l'enquête EPSSS est informative seulement et doit être interprétée avec prudence car la taille et représentativité des échantillons des deux enquêtes sont différentes. L'échantillon de l'EPSSS est national et sonde toutes les IS d'Haïti (N=907) alors que l'échantillon de l'étude d'impact du FBR, étude de base, n'est pas national et inclut 196 IS.

Conseils de soins prénatals en matière de nutrition, allaitement et planification familiale

La qualité des conseils de soins prénatals reste convenable. Les observations des prestataires de CPN révèlent que 66% des patientes ont reçu des conseils en nutrition, 49% sur le plan d'accouchement, 43% sur l'allaitement exclusif, 40% sur l'importance de la vaccination pour les nouveau-nés, 52% sur la planification familiale post-partum. La prévalence de ces conseils est plus élevée par rapport à l'enquête EPSSS, due à des différences d'échantillonnage. Il y a des différences certaines entre milieu rural et urbain. Par exemple, 75% des femmes ont reçu des conseils prénatals en nutrition en milieu rural, mais seulement 55% en milieu urbain ; 50% des femmes ont reçu des conseils sur l'allaitement exclusif en milieu rural contre le tiers seulement en milieu urbain. Il semble que les IS en milieu rural offrent une meilleure qualité / plus de conseils en soins prénatals (Tableau 24). Comme pour les conseils sur les symptômes de grossesse à risque, les échelons plus bas d'IS semblent donner davantage de conseils. Par exemple, 56% des femmes vues en dispensaire ont reçu des conseils sur l'allaitement exclusif contre 24% en HCR, 40% en CAL et 41% en CSL. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les dispensaires et CSL se focalisent davantage sur la prévention que les autres IS et donc sont plus performants dans ce domaine que les HCR et CAL. Cela pourrait également venir du fait que les prestataires et patients sont plus proches et il y a une relation plus propice aux conseils pour les prestataires. Il se pourrait aussi qu'un autre personnel, par exemple, une infirmière-auxiliaire soit responsable des conseils en allaitement en CSL et HCR, n'ayant ainsi pas été capturé par cette observation, qui ne prend en compte qu'un type de personnel dans le maillon des services de CPN.

Tableau 24. Conseils de soins prénatals en matière de nutrition, allaitement et PF, %

	<i>Milieu</i>		<i>Catégorie</i>				<i>Secteur</i>					
	Urbain	Rural	HCR	CAL	CSL	Disp	MSPP	Secteur lucratif	ONG	Mission	Ensemble	EPSSS
Nutrition	55	75	50	66	72	69	68	44	43	62	66	45
Plans d'accouchement	47	51	44	63	47	40	50	36	86	43	49	34
Allaitement exclusif	33	50	24	40	41	56	44	24	0	48	43	7
Importance de la vaccination pour les nouveau-nés	32	45	14	39	45	48	43	8	14	33	40	1
Planification familiale post-partum	47	55	48	50	52	55	54	32	14	48	52	11
Le prestataire a utilisé de l'aide visuelle	11	12	1	18	8	15	10	4	0	27	12	8

Effectif de femmes de consultation prénatale	232	311	84	153	143	163	448	25	7	63	543	785
--	-----	-----	----	-----	-----	-----	-----	----	---	----	-----	-----

Source : Auteurs. Note : la comparaison avec l'enquête EPSSS est informative seulement et doit être interprétée avec prudence car la taille et représentativité des échantillons des deux enquêtes sont différentes. L'échantillon de l'EPSSS est national et sonde toutes les IS d'Haïti (N=907) alors que l'échantillon de l'étude d'impact du FBR, étude de base, n'est pas national et inclut 196 IS.

Opinions des femmes enceintes concernant les informations et services reçus

L'opinion des femmes enceintes concernant les informations reçus sur les symptômes surévalue la qualité des services de CPN en comparaison aux observations des prestataires sur les mêmes questions. Dans plus du tiers des cas, les femmes ont discuté et reçu des conseils sur les symptômes de risques sur le saignement vaginal (84%), les maux de têtes (81%), la fièvre (60%), le visage ou les mains enflés (62%). Dans la moitié des cas, les femmes ont discuté et reçu des conseils sur la fatigue et l'essoufflement, les troubles de vision et la rupture prématurée des membranes. Les résultats pour les mêmes variables venant de l'EPSSS étaient beaucoup plus faibles. En cas de problème, dans 97% des cas, les patientes ont déclaré que les prestataires leur avaient conseillé d'obtenir des soins auprès de l'institution et dans moins de la moitié des cas de réduire leur activité physique et de changer leur alimentation. Ces opinions sont positives vis-à-vis de la qualité. Les résultats sont plus élevés que ceux des observations. Par exemple, d'après les observations, 53% des prestataires avaient discuté du symptôme de saignement vaginal contre 84% d'après les opinions des femmes enceintes. Les mêmes remarques s'appliquent pour les symptômes de la fièvre et du visage ou mains enflés. Les opinions des femmes enceintes sont en générale plus positives en milieu rural et dispensaires qu'en milieu urbain et qu'en HCR, ce qui s'aligne avec les résultats des observations où la qualité, sur la base des observations des prestataires était également meilleure en milieu rural et dispensaires (Tableaux 21 à 24).

Tableau 25. Instructions reçues par les femmes enceintes venues en CPN sur les symptômes, %

	Milieu		Catégorie				Secteur					Ensemble	EPSSS
	Urbain	Rural	HCR	CAL	CSL	Disp	MSPP	Secteur Lucratif	ONG	Mission			
La femme a déclaré que le prestataire avait discuté et donné des conseils sur les symptômes de risques													
Symptômes de risques abordés par la patiente													
Saignement vaginal	75	90	72	85	81	90	86	36	100	79	84	29	
Fièvre	46	69	20	56	59	77	61	18	25	71	60	11	
Visage ou mains enflées	52	69	24	65	56	77	61	45	50	75	62	19	
Fatigue ou essoufflement	47	62	48	61	50	60	57	18	0	75	56	10	
Maux de tête	82	80	92	88	79	72	84	64	50	71	81		
Trouble de vision	62	47	48	67	43	52	55	27	0	54	53		
Crises/convulsions	32	36	8	34	30	48	34	9	0	63	34	11	
Mouvements fœtaux réduits ou absents	32	44	36	38	32	49	39	0	0	58	39	6	
Rupture prématurée des membrane	31	56	40	50	46	44	45	27	50	63	46	8	

Mesures recommandées à la femme en cas d'apparition de symptômes de risques												
Obtenir des soins dans l'institution	93	99	92	98	97	97	97	100	100	88	100	39
Réduire l'activité physique	28	54	8	30	39	73	42	0	0	79	100	2
Changer d'alimentation	28	49	4	25	39	69	39	0	0	67	100	1
Effectif	123	177	25	88	101	86	261	11	4	24	300	1,620

Source : Auteurs. Note : la comparaison avec l'enquête EPSSS est informative seulement et doit être interprétée avec prudence car la taille et représentativité des échantillons des deux enquêtes sont différentes. L'échantillon de l'EPSSS est national et sonde toutes les IS d'Haïti (N=907) alors que l'échantillon de l'étude d'impact du FBR, étude de base, n'est pas national et inclut 196 IS.

Le score d'insatisfaction des visites prénatales est de 4 %, autrement dit, le score de satisfaction est de 96%, ce qui demeure élevé. D'après les femmes, la longue liste d'attente, le manque de temps avec le prestataire et le coût des services sont les trois obstacles majeurs à la qualité des services de CPN. 14% des femmes déclarent avoir rencontré un problème au niveau de l'attente pour voir les prestataires et de l'impossibilité de discuter d'un problème en raison de peu de temps de l'agent. 11% des patientes jugent les services coûteux. L'EPSSS montrait également que la file d'attente était un problème dans 14% des cas, mais seulement 3% pour le peu de temps de l'agent et 1% sur le coût des services. En 2013, davantage d'IS percevaient des financements à la suite des dégâts causés par le tremblement de terre, cela est moins le cas en 2016 et le coût des services est certainement plus élevé dans les IS où certaines ONG ou organisations se sont retirées. En général la prévalence des problèmes rencontrés semble plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural. Par exemple, 20% des patientes déclaraient les problèmes de longue file d'attente et d'impossibilité de discuter de problème en milieu urbain contre 9% seulement en milieu rural. Les problèmes sont également plus patents dans les HCR et CAL que dans les CSL et dispensaires, en particulier au niveau du coût des services. 23% des patientes ont mentionné le coût du service comme étant problématique auprès de HCR contre 7% en CAL, 10% en CSL et 9% en dispensaire. Cela peut s'expliquer par le fait que les HCR offrent en général plus de tests de routine, expliquant le coût plus élevé, alors que les dispensaires et CSL ne fournissent pas de services de diagnostic en général.

Tableau 26. Score d'insatisfaction des femmes enceintes sur leur consultation prénatale, %

	Milieu		Catégorie				Secteur						
	Urbain	Rural	HCR	CAL	CSL	Disp	MSPP	Secteur lucratif	ONG	Mission	Ensemble	EPSS	
Problèmes mentionnés													
Mauvais comportement/attitude du prestataire	2	1	1	3	0	1	2	0	0	2	1	1	
Explication insuffisante sur la grossesse	4	0	0	4	1	1	2	8			2	2	
Longue attente pour voir le prestataire	20	9	23	20	10	7	15	8	29	3	14	14	
Impossibilité de discuter des problèmes (peu de temps de l'agent)	20	9	23	20	10	7	15	8	29	3	14	3	
Médicaments indisponibles dans l'institution	2	1	0	3	2	0	1	4	0	0	1	4	

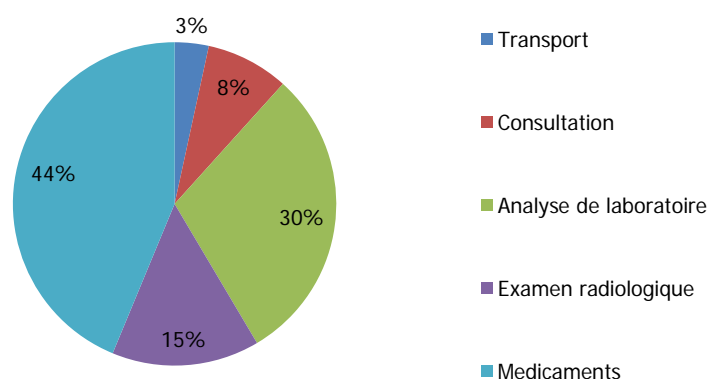
Jours d'ouverture de l'institution limités	7	7	19	3	6	6	7	8	0	6	7	1
Heures d'ouverture de l'institution limitées	3	1	2	3	0	2	1	0	0	6	2	1
Institution pas propre	1	2	0	4	1	1	2	0	0	0	2	1
Services coûteux (indice compose avec question 08, 09, 10)	12	10	23	7	10	9	11	12	0	11	11	1
Intimité visuelle insuffisante	2	2	0	2	4	1	2	8	0	3	2	2
La qualité générale des services fournis est satisfaisante	3	0	5	1	1	0	1	0	14	0	1	
Effectif	232	311	84	153	143	163	448	25	7	63	543	1,620
Score moyen d'insatisfaction	5	3	7	5	4	3	4	4	4	2	4	N/A

Source : Auteurs ; Note : N/A : Non-Applicable. Note : la comparaison avec l'enquête EPSSS est informative seulement et doit être interprétée avec prudence car la taille et représentativité des échantillons des deux enquêtes sont différentes. L'échantillon de l'EPSSS est national et sonde toutes les IS d'Haïti (N=907) alors que l'échantillon de l'étude d'impact du FBR, étude de base, n'est pas national et inclut 196 IS.

3.2. Qualité des Services de Santé Infantile

Le coût d'une consultation infantile reste important compte tenu du niveau de vie et reste à la charge du patient car seulement 0.5% de l'échantillon est couvert par une assurance maladie. En moyenne, les accompagnateurs ou parents de l'enfant de moins de 5 ans malade paient 317 HTG ce qui fait 5,56 \$ avec un taux de change de 1USD à 57 HTG (au 1er janvier 2016). Sachant que 58% de la population vit avec 2,5\$ par jour et 23% avec 1.25\$ par jour, ce coût reste élevé. Le coût d'une consultation est plus élevé en HCR (405 HTG), qu'en centres de santé (334 HTG en CAL et 354 HTG en CSL) et le plus bas en dispensaires, avec 256 HTG. De la même manière, le coût est plus élevé en milieu urbain (368 HTG) qu'en milieu rural (285 HTG). Les deux contributeurs majeurs des coûts de la consultation infantile sont les analyses des laboratoires et les médicaments (Figure 4), représentant les trois quarts du coût. Ces coûts restent à la charge des patients sachant que seulement 0.55% des enfants sont enrôlés dans une assurance maladie. Aucun enfant n'est enrôlé dans un programme d'assurance maladie en milieu rural contre 1.29% en milieu urbain.

Figure 4. Coût de la consultation, par composante, pourcentage



Source : Auteurs

Le temps d'attente pour une consultation infantile reste très élevé, avoisinant une heure, ce qui suggère la faible qualité des services. En moyenne, les accompagnateurs et enfants ont attendu 54 minutes

pour la consultation, avec un temps d'attente plus élevé en milieu urbain (70 minutes) qu'en milieu rural (46 minutes). Le temps d'attente est également plus élevé en HCR (69 minutes) et CAL (60 minutes) qu'en CSL (44 minutes) et dispensaires (59 minutes). Il y a aussi des différences par gestion. Par exemple, il semble que la durée d'attente moyenne soit très élevée dans les IS gérées par le MSPP (76 minutes) en comparaison avec celles gérées par le secteur privé commercial (45 minutes), 56 minutes pour les IS gérées par des ONG et 53 minutes pour celles gérées par des organisations confessionnelles. Il y a des différences départementales importantes. La Grand'Anse (47 minutes), le Nord-Ouest (40 minutes), le Sud-Est (36 minutes) et le Nord-Est (27 minutes) ont les temps de consultation les plus courts alors que l'Artibonite (74 minutes) et le Centre (74 minutes) ont les temps de consultation les plus longs. Cela pourrait s'expliquer soit par un taux d'absence des prestataires soit par un nombre de clients élevé qui ne planifient pas leurs consultations à l'avance.

Plus des deux tiers des IS ont des protocoles aux niveaux des services de santé infantile et presque toutes les IS ont le matériel adéquat pour offrir des services de santé infantile. 84% et 76% des IS détiennent des directives sur la PCIME et sur le suivi de la croissance, ce qui est deux à trois fois plus élevé que les résultats de l'EPSSS. Pratiquement toutes les IS offrant des services de PCIME détiennent une balance pour enfant (95%), une toise (88%), un thermomètre (97%), un stéthoscope (97%). Cependant, seulement 49% des IS détiennent un pèse-bébé et 39% des IS ont un chronomètre. Ces deux équipements avaient un taux de disponibilité plus élevé dans l'EPSSS, avec 68% d'IS ayant des pèse-bébés et 66% des IS ayant un chronomètre. Les taux de disponibilités des autres équipements étaient à peu près les mêmes. De manière générale, les HCR et CAL ont plus d'équipement et de directives pour les soins curatifs infantiles que les dispensaires et CSL. Certains départements performant mieux que d'autres. Le Nord-Ouest semble rencontrer le plus de lacunes dans la disponibilité des directives et équipements de base pour offrir des services de santé infantile. Les IS en milieu urbain font mieux que celles en milieu rural, ayant en effet plus de dispensaires et de CSL, dont la capacité d'équipements et de directives reste la plus faible.

Tableau 27. Directives et équipements pour les services de soins curatifs infantiles

<i>Caractéristiques de base</i>	<i>Directive PCIME</i>	<i>Directive Suivi de la Croissance</i>	<i>Balance pour les enfants</i>	<i>Pèse-bébé</i>	<i>Toise</i>	<i>Thermomètre</i>	<i>Stéthoscope</i>	<i>Chronomètre</i>	<i>Effectif des IS avec soins curatifs pour</i>
Categories									
HCR	100	91	100	91	91	100	100	73	11
CAL	86	77	100	80	94	100	100	57	35
CSL	88	84	96	59	90	98	96	39	48
Disp	79	70	92	29	85	92	92	29	90
Secteur									
MSPP	84	76	95	56	92	95	93	43	118
Secteur Lucratif	83	75	100	50	92	100	92	33	13
ONG	89	89	100	78	89	100	100	44	13
Mission	85	79	97	30	79	97	100	36	40
Département									
Artibonite	91	73	91	36	82	95	95	41	21
Centre	80	75	95	45	75	100	90	25	19
Grand-Anse	100	80	100	50	90	100	100	40	9
Nippes	80	80	100	50	100	90	80	40	10
Nord	74	79	89	53	84	95	100	42	19
Nord-Est	100	82	100	91	100	100	100	55	11

Nord-Ouest	71	67	96	37	88	92	90	22	46
Sud	98	83	95	58	93	98	100	60	37
Sud-Est	69	77	92	62	92	92	100	38	12
Milieu									
Urbain	93	98	100	53	96	98	100	40	44
Rural	81	69	93	48	86	95	93	39	140
Ensemble	84	76	95	49	88	95	95	39	184
EPSSS	33	28	71	68	64	97	99	66	644

Source : Auteurs. Note : la comparaison avec l'enquête EPSSS est informative seulement et doit être interprétée avec prudence car la taille et représentativité des échantillons des deux enquêtes sont différentes. L'échantillon de l'EPSSS est national et sonde toutes les IS d'Haïti (N=907) alors que l'échantillon de l'étude d'impact du FBR, étude de base, n'est pas national et inclut 196 IS.

Les capacités de laboratoires en services de diagnostic restent très élevées également. 89% des IS offrant des services de PCIME peuvent conduire des tests d'hémoglobine, 97% de malaria et 44% des tests de microscopie des selles. Les capacités en tests d'hémoglobine et de malaria sont deux fois plus importantes que celles reportées dans l'EPSSS. Les capacités diagnostiques sont légèrement plus faibles en milieu rural qu'en milieu urbain et certains départements font mieux que d'autres comme celui de l'Artibonite et de la Grand'Anse pour certains tests.

Tableau 28. Capacités en diagnostics de laboratoire

	<i>Tests d'hémoglobine</i>	<i>Test de paludisme</i>	<i>Microscopie des selles</i>	<i>Effectif des IS avec services curatifs pour enfants</i>
Categories				
HCR	100%	100%	50%	11
AL	94%	100%	42%	35
CSL	90%	97%	41%	48
Dispensaire	77%	91%	50%	90
Secteur				
MSPP	94%	97%	52%	118
Secteur lucratif	100%	100%	13%	13
ONG	88%	100%	25%	13
Mission	80%	93%	60%	40
Département				
Artibonite	92%	92%	31%	21
Centre	91%	100%	55%	19
Grand-Anse	80%	100%	20%	9
Nippes	83%	100%	50%	10
Nord	94%	94%	29%	19
Nord-Est	100%	100%	57%	11
Nord-Ouest	90%	95%	45%	46
Sud	83%	100%	57%	37
Sud-Est	100%	100%	50%	12
Milieu				
Urbain	92%	97%	46%	44
Rural	88%	97%	43%	140
Ensemble	89%	97%	44%	184
EPSSS	33%	42%	31%	644

Source : Auteurs. Note : la comparaison avec l'enquête EPSSS est informative seulement et doit être interprétée avec prudence car la taille et représentativité des échantillons des deux enquêtes sont différentes. L'échantillon de l'EPSSS est national et sonde toutes les IS d'Haïti (N=907) alors que l'échantillon de l'étude d'impact du FBR, étude de base, n'est pas national et inclut 196 IS.

Les IS possèdent en majorité les directives et les équipements de base pour offrir les services de vaccination. Par exemple, 86% des IS possèdent des directives pour les services de vaccination, 91% possèdent un réfrigérateur, 93% un porte-vaccin, 95% une boîte sécurisée pour objets tranchants et 32% détiennent des seringues et des aiguilles. La prévalence de ce dernier indicateur est beaucoup plus faible que celui de l'EPSSS (83%), mais pour le reste, de manière générale, les capacités en directives et équipements pour les services de vaccination restent plus élevées dans l'échantillon de cette enquête. Les IS disposent davantage des directives et équipements pour assurer les services de vaccination. Par exemple 100% des IS en milieu urbain disposent des directives sur la vaccination contre 82% en milieu rural et 42% des IS en milieu urbain disposent d'aiguilles et de seringues contre 30% en milieu rural. Comme pour les autres services, les HCR et CAL disposent en général de plus de directives et d'équipements de base pour conduire les services de vaccination.

Tableau 29. Directives et personnel pour les services de vaccination, %

<i>Caractéristiques de base</i>	<i>Protocoles sur la vaccination</i>	<i>Refrigerator</i>	<i>Porte-vaccin avec conservateur de froids</i>	<i>Boîte sécurisée pour objets tranchants</i>	<i>Seringues et aiguilles</i>	<i>Effectif des IS avec soins curatifs pour enfants</i>
Catégories						
HCR	100%	91%	82%	91%	64%	11
CAL	86%	94%	97%	100%	49%	35
CSL	94%	94%	94%	100%	43%	48
Disp	81%	89%	93%	90%	18%	90
Secteur						
MSPP	86%	93%	93%	95%	29%	118
Secteur Lucratif	92%	100%	100%	92%	25%	13
ONG	100%	100%	100%	100%	78%	13
Mission	85%	82%	88%	90%	33%	40
Département						
Artibonite	82%	86%	91%	90%	14%	21
Centre	80%	85%	90%	100%	30%	19
Grand-Anse	90%	80%	90%	89%	40%	9
Nippes	90%	100%	100%	90%	30%	10
Nord	79%	89%	95%	100%	32%	19
Nord-Est	100%	100%	100%	100%	64%	11
Nord-Ouest	86%	94%	94%	91%	24%	46
Sud	93%	95%	93%	95%	45%	37
Sud-Est	77%	85%	92%	100%	31%	12
Milieu de résidence						
Urbain	100%	93%	96%	95%	42%	44
Rural	82%	91%	93%	94%	30%	140
Ensemble	86%	91%	93%	95%	32%	184
EPSSS	62%	63%	95%	91%	83%	644

Source : Auteurs. Note : la comparaison avec l'enquête EPSSS est informative seulement et doit être interprétée avec prudence car la taille et représentativité des échantillons des deux enquêtes sont différentes. L'échantillon de l'EPSSS est national et sonde toutes les IS d'Haïti (N=907) alors que l'échantillon de l'étude d'impact du FBR, étude de base, n'est pas national et inclut 196 IS.

Evaluation et Examens des Enfants Malades

Dans la moitié des cas, les consultations sont réalisées par les médecins, 19% des cas par les infirmières et dans 20% des cas par une auxiliaire, des résultats à peu près similaires à ceux de l'EPSSS même s'il y avait une proportion plus élevée de consultations réalisées par des médecins. En milieu rural, les consultations sont conduites en majorité par le personnel infirmière-auxiliaire (51%) contre 43% par les médecins alors qu'en milieu urbain, les consultations sont réalisées d'abord par les médecins. Il y a également plus de consultations réalisées par médecin dans les HCR et CAL que dans les CSL et Dispensaires.

Les observations des prestataires lors de la consultation des enfants de moins de 5 ans montrent une qualité raisonnable des services de santé infantile, avec de meilleurs résultats en milieu rural et dispensaires. Dans presque la moitié des cas, voire plus, tous les signes généraux ont été évalués : 67% des prestataires ont évalué l'incapacité à manger ou à boire quoi que ce soit, 63% s'il y avait eu des vomissements, 49% s'il y avait eu des convulsions et 44% ont évalué tous les signes généraux de danger. L'évaluation de ces taux est plus importante en milieu rural et dispensaire qu'en milieu urbain et HCR. Par ailleurs, l'évaluation du symptôme principal reste élevé et plus important que dans l'EPSSS, 2013 (enquête qui a utilisé la même méthodologie que l'étude d'impact du FBR, et a conduit des observations de prestataires lors de la consultation des enfants de moins de 5 ans). Par exemple, 81% des prestataires ont évalué si l'enfant avait de la toux ou une difficulté à respirer (69% dans l'EPSSS), 58% si l'enfant avait eu une diarrhée (43% dans l'EPSSS), 82% si l'enfant avait eu de la fièvre (72% dans l'EPSSS), et 43% si les 3 principaux symptômes étaient présents (contre 29% dans l'EPSSS). La prévalence des examens médicaux reste également élevée en général sauf pour les examens de l'oreille (21%) et la pression sur les deux pieds pour détecter un œdème (21%). Cependant il faut noter que seulement 69% des prestataires ont pris la température de l'enfant contre 82% dans l'EPSSS, mais il y a des variations par milieu et catégorie. Les prestataires des IS en milieu rural et des dispensaires semblent accorder plus de temps aux patients et réaliser l'ensemble des composantes de l'examen médical. Par exemple, 90% des prestataires en dispensaires avaient pris la température de l'enfant et 85% en milieu rural, mais seulement 47% en milieu urbain et 46% en HCR. Il se pourrait que les HCR aient plus de clients et que les prestataires prennent moins de temps lors de la consultation, omettant l'évaluation de certains antécédents et de certaines composantes de l'examen médical. Il se pourrait aussi qu'un autre personnel, par exemple, une infirmière-auxiliaire soit responsable de cette tâche en CAL et HCR, n'ayant ainsi pas été capturé par cette observation. De manière générale, le prestataire a su donner des conseils essentiels aux responsables de l'enfant. Dans 82% des cas, le prestataire a conseillé de donner des liquides supplémentaires à l'enfant et dans 81% des cas à continuer à nourrir l'enfant.

Tableau 30. Evaluation et examen des enfants malades

	<i>HCR</i>	<i>CAL</i>	<i>CSL</i>	<i>Disp</i>	<i>Autre</i>	<i>MSPP</i>	<i>Secteur Lucratif</i>	<i>ONG</i>	<i>Mission</i>	<i>Autre</i>	<i>Urbain</i>	<i>Rural</i>	<i>Ensemble</i>	<i>EPSSS</i>
Composante de la consultation														
Consultation effectuée par un médecin généraliste ou un médecin spécialiste	79	80	41	25	0	75	50	52	67	52	61	43	51	69
Consultation effectuée par une infirmière	5	4	26	29	0	0	19	4	8	25	16	21	19	14
Consultation effectuée par une auxiliaire	3	2	20	40	0	25	22	4	0	18	7	30	20	17
Antécédents : évaluation des signes généraux de danger														
Incapacité à manger ou à boire quoi que ce soit	55	68	65	75	38	70	61	17	75	29	54	77	67	20
Vomissements	48	60	59	75	38	66	26	25	70	29	44	77	63	32
Convulsions	27	51	43	62	13	52	13	8	61	12	26	66	49	4
Tous les signes généraux de danger	26	49	38	53	0	46	9	0	57	6	23	59	44	1
Antécédents : évaluation du symptôme principal														
Toux ou difficulté à respirer	79	74	81	86	75	82	57	73	85	88	81	81	81	69
Diarrhée	49	37	66	69	63	58	39	50	66	47	56	59	58	43
Fièvre	71	81	81	87	100	82	61	83	88	82	83	81	82	72
Les 3 principaux symptômes	33	26	50	54	38	45	26	33	41	29	43	43	43	29
Douleur à l'oreille ou écoulements des oreilles	22	26	21	22	0	21	43	33	23	6	18	25	22	5
Les 3 symptômes principaux et douleurs/écoulement aux oreilles	33	26	50	54	38	45	26	33	41	29	43	43	43	2
Examen Medical														
Température de l'enfant prise avec un thermomètre	47	61	63	90	13	72	43	25	73	53	48	85	69	89

Auscultation avec un stéthoscope ou comptage des pulsations	84	95	80	90	60	89	69	100	91	64	83	90	88	72
Vérification de la pâleur par examen des paumes	22	40	29	44	0	39	30	8	30	0	24	45	36	7
Examen de l'oreille de l'enfant	23	26	18	20	0	20	39	33	27	0	16	25	21	14
Pression sur les deux piEMMUS pour détecter un oedème	19	29	14	21	0	22	43	8	11	6	12	28	21	7
Conseils essentiels pour les responsables de l'enfant														
Donner des liquides supplémentaires à l'enfant	63	83	81	87	100	85	33	20	84	56	62	91	82	18
Continuer à nourrir l'enfant	65	83	80	85	0	85	33	40	80	33	65	89	81	12
Effectif d'observations d'enfants	56	137	150	202	375	31	40	99	233	312	216	185		545

Source : Auteurs. Note : la comparaison avec l'enquête EPSSS est informative seulement et doit être interprétée avec prudence car la taille et représentativité des échantillons des deux enquêtes sont différentes. L'échantillon de l'EPSSS est national et sonde toutes les IS d'Haïti (N=907) alors que l'échantillon de l'étude d'impact du FBR, étude de base, n'est pas national et inclut 196 IS.

Le taux de satisfaction de la qualité de la consultation infantile reste élevé (87%). Les accompagnateurs et parents des enfants montrent une plus grande insatisfaction aux niveaux des frais et du temps d'attente, ce qui s'aligne avec les résultats précédents. 87% des répondants sont satisfaits de la qualité des services de santé infantile, avec une plus grande satisfaction en milieu rural (91%) qu'en milieu urbain (77%). 94% considèrent également que le personnel médical était courtois et respectueux et 93% que l'agent de santé avait passé suffisamment de temps avec le patient et ces résultats sont meilleurs en milieu rural qu'en milieu urbain et en dispensaire qu'en HCR (Tableau 32). Ces résultats rejoignent l'analyse précédente montrant que les prestataires en dispensaires et milieu rural posent plus de questions sur les symptômes, antécédents du patient et font plus d'examen que les prestataires en milieu urbain et HCR. Par ailleurs, 92% des accompagnateurs/parents considèrent qu'il y avait assez d'intimité pour leurs enfants et la famille durant la consultation. Par contre les taux de satisfaction sont plus faibles quand il s'agit des frais et du temps d'attente. Seulement 53% des patients étaient satisfaits sur les frais d'analyses médicales et 79% étaient satisfaits sur les frais des médicaments. Cette plus grande insatisfaction à ce niveau reflète la lourdeur des frais en médicaments et examens de laboratoires, qui représentaient 35% des dépenses de santé (Figure 4). Par ailleurs, 77% des patients étaient satisfaits avec le temps d'attente, un taux à nouveau plus faible que les taux de satisfaction global, qui reflète lui aussi les résultats précédents indiquant un temps moyen d'attente élevé, à 55 minutes.

Tableau 31. Taux de satisfaction des accompagnateurs/parents de la consultation infantile, %

Problèmes mentionnés	Milieu		Catégorie					Secteur				
	Urbain	Rural	HCR	CAL	CSL	Disp	MSP	Secteur lucratif	ONG	Mission	Autre	Ensemble
L'établissement de santé est propre	83	95	82	93	88	91	75	92	93	91	100	90
Le personnel de santé est courtois et respectueux	89	97	86	93	93	97	85	91	96	96	100	94
Il est facile de se procurer les médicaments prescrits par les agents de santé	78	90	82	79	85	89	75	85	86	89	50	85
Les frais de consultation à payer à l'établissement étaient raisonnables	79	92	75	89	83	90	76	90	85	90	50	86
Les frais d'analyses médicales à payer à l'établissement pour cette consultation étaient raisonnables	50	56	54	67	61	39	64	69	54	39	50	53
Les frais de pharmacie à payer à l'établissement pour cette consultation étaient raisonnables	68	87	73	78	81	79	68	83	81	79	50	79
Le temps d'attente pour être vu par un agent de santé était raisonnable	71	81	73	69	78	83	67	73	77	85	38	77
L'agent de santé a passé suffisamment de temps avec vous	88	96	86	92	92	96	85	95	93	95	63	93
Les horaires d'ouverture de l'établissement sont adaptés à vos besoins	85	96	89	93	87	93	86	93	89	93	75	91
La qualité générale des services fournis était satisfaisante	94	98	96	98	94	96	93	99	94	97	87	96

Votre visite s'est déroulée dans des conditions d'intimité satisfaisantes	94	93	89	97	92	93	88	98	95	91	75	93
Score moyen de satisfaction	77	91	82	87	86	89	77	88	87	89	67	87

Source : Auteurs. Note : la comparaison avec l'enquête EPSSS est informative seulement et doit être interprétée avec prudence car la taille et représentativité des échantillons des deux enquêtes sont différentes. L'échantillon de l'EPSSS est national et sonde toutes les IS d'Haïti (N=907) alors que l'échantillon de l'étude d'impact du FBR, étude de base, n'est pas national et inclut 196 IS.

3.3. Personnel de Santé Institutionnel

Dans ce chapitre, le personnel évalué comprend les catégories suivantes : Directeur d'hôpital/Administrateur, Directeur médical, Médecin-Généraliste, Médecin-spécialiste, Pharmacien, Infirmière, Sage-Femme, Infirmière et Auxiliaire.

3.3.2. Formation

Plus des trois quarts du personnel médical interrogé ont reçu une formation sur la prise en charge de la santé infantile pendant les 12 mois précédents l'enquête ou au-delà, cependant la plupart de ces formations datent de plus d'un an en général. En effet, seulement le tiers du personnel médical (32%) a reçu une formation sur la prise en charge de l'enfant les 12 derniers mois précédents l'enquête et les deux tiers au-delà d'une année (65%). Le personnel des dispensaires a reçu en proportion plus de formations (ces 12 derniers mois et au-delà d'un an) : 83% contre 60% en HCR, 69% en CAL et 73% en CSL. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il y a plus de personnels en HCR et CAL, de sorte que les proportions de personnels formés sont plus faibles. Il y a peu de différences par secteur. 74% du personnel du MSPP et des ONG ont reçu une formation dans la prise en charge de l'enfant, 71% en IS gérées par le secteur privé lucratif, et 81% des IS gérées par le secteur confessionnel. Il y a peu de différences entre le milieu urbain (73%) et rural (76%) ainsi qu'entre départements. Les Nippes présentent un taux de formation en santé infantile le plus faible avec 63% alors que le Nord-Est présente un taux de formation en santé infantile le plus élevé avec 81%.

Les deux tiers du personnel médical ont reçu une formation en santé maternelle les 12 mois précédents l'enquête ou au-delà, cependant comme les formations en santé infantile, une plus faible proportion du personnel a reçu une formation récemment. A peine un quart du personnel de santé interrogé (24%) a effectué une formation en santé maternelle les 12 derniers mois et 56% au-delà d'un an (Tableau 33). Il y a quelques différences par catégorie d'IS mais elles sont plus faibles en comparaison avec les formations en santé infantile. 72% du personnel en dispensaires a reçu une formation les 12 derniers mois ou au-delà contre 60% en HCR, 66% en CAL et CSL. Les variations par secteur et milieu restent également minimales. Enfin, le département avec le moins de personnel médical formé en santé maternelle est le Sud (58%) et celui avec la proportion la plus élevée en personnel formé est le Nord-Ouest (75%).

Tableau 32. Personnel institutionnel formé en santé infantile et maternelle

	<i>Moins d'un an</i>		<i>Plus d'un an</i>		<i>Moins d'un an ou plus d'un an</i>		<i>Effectif</i>	
	Santé infantile	Santé maternelle	Santé infantile	Santé maternelle	Santé infantile	Santé maternelle	Santé infantile	Santé maternelle
Catégorie								
HCR	16%	27%	51%	49%	60%	60%	45	45
CAL	24%	25%	55%	55%	69%	66%	132	132
CSL	33%	24%	63%	55%	73%	65%	171	171
Disp	38%	22%	68%	56%	83%	72%	193	193
Secteur								

MSPP	30%	23%	62%	53%	72%	66%	354	354
Lucratif	29%	19%	62%	67%	72%	72%	43	43
ONG	18%	24%	68%	59%	79%	72%	43	43
Mission	34%	27%	61%	52%	76%	64%	101	101
Milieu								
Urbain	29%	29%	61%	53%	74%	66%	236	236
Rural	35%	20%	65%	57%	76%	68%	306	306
Ensemble	32%	24%	64%	56%	75%	67%	542	542

Source : Auteurs

3.4.3. Absentéisme

6.14% du personnel médical est absent²⁰, sur lesquelles, 8.1% ont une absence non-autorisée, soit 0.5% de l'échantillon. Le taux d'absentéisme est particulièrement important dans le secteur confessionnel et public et auprès des dispensaires. Le taux d'absentéisme (non en poste le jour de l'enquête) varie par type de structure, de gestion et milieu. Toutes les catégories socio-professionnelles sont concernées, autant le personnel médical que le personnel administratif et d'appui. Le taux d'absentéisme est 2 fois plus élevé que la moyenne dans les dispensaires (11%) et très faible en HCR (0.5%). Il reste légèrement en dessous de la moyenne en CSL (4.68%) et CAL (5.47%). Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'il y a moins de patients en dispensaires étant localisés en zone rurale (Josephson et al. 2008; Kivimaki et al. 2001; Nyahi & Jooste 2008; Plant 2003; Williams et al. 2007), et parfois très reculée, ainsi le personnel médical pourrait être plus absent et pourrait compléter son revenu (le plus faible en dispensaire par rapport aux autres catégories) par un second emploi (il y a en effet proportionnellement plus de personnel avec un second emploi en dispensaire qu'en HCR, voir analyses suivantes). Par ailleurs, le taux d'absentéisme est également plus élevé dans les IS gérées par le secteur confessionnel (7%) et le MSPP (7%) que dans le secteur lucratif (4%) et inexistant dans les IS gérées par les ONG. Cela pourrait venir du niveau des salaires plus faible, dans le secteur confessionnel (Tableau 34) ainsi que d'un retard important au niveau du paiement des salaires. Ce même retard des salaires, important dans le secteur public (voir Tableau 35) pourrait également expliquer le taux d'absentéisme plus élevé dans le secteur public. Les raisons principales de l'absentéisme sont les vacances annuelles, une absence autorisée, mais dont la cause n'est pas connue et la formation (Figure 6). 8% des absences sont non-autorisées ou 0.5% de l'échantillon. Il faut noter cependant que l'absentéisme est sous-estimé dans l'échantillon de cette enquête car la mesure de l'absentéisme se base sur une visite annoncée aux IS.

Figure 5. Personnel en poste et absent

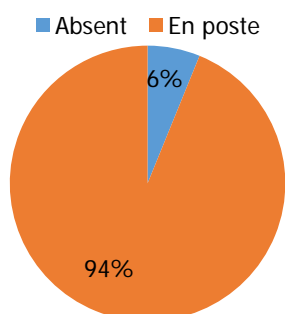
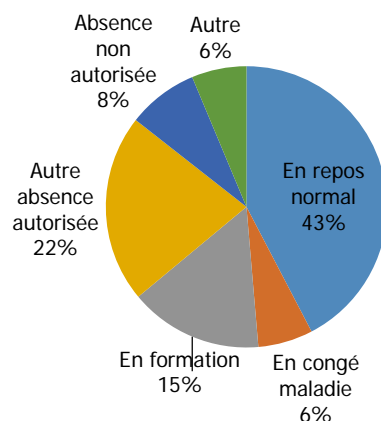


Figure 6. Raisons de l'absentéisme



²⁰ Est compte absente une personne qui n'est pas présente le jour de l'enquête, pour des raisons planifiées et autorisées (vacances annuelles, études, congé maternité, conférence, formation) et non-planifiées et autorisées (un problème avec un enfant, un problème de transport, accident). Dans certains cas, cette absence peut être non planifiée et non autorisée mais volontaire, comme dans le cas d'un second emploi.

Source : Auteurs

3.4.4. Revenus et Second emploi

542 agents de la santé ont été interrogés, en majorité des infirmières (n=186), des auxiliaires (N=219) et des médecins généralistes (N=52). Il y a des variations salariales au sein de chaque poste. Le salaire moyen net mensuel d'un médecin généraliste est de 17,484 gourdes et varie entre 5,458 HTG dans un dispensaire et 27,514 HTG dans le secteur lucratif. La médiane souligne également cette variation importante au sein de cette catégorie (Médiane=13,250 HTG). Il est très probable que le médecin qui gagne 5,458 HTG par mois soit en début de carrière et que cela représente en fait une allocation dans le cadre des deux premières années de service social. Il n'y a pas de grandes variations du salaire moyen d'un médecin généraliste par catégorie (à l'exception des dispensaires). Par contre, un médecin généraliste travaillant dans le secteur privé non lucratif et pour une organisation confessionnelle gagne beaucoup moins qu'un médecin généraliste travaillant dans le secteur lucratif et public. Le même constat s'applique pour la catégorie infirmière : les infirmières du secteur public et lucratif gagnent mieux que celles du secteur des ONG et confessionnel. En moyenne, une infirmière gagne 12,555 HTG par mois, toute catégorie confondue. Le salaire moyen d'une auxiliaire est de 8,315 HTG par mois. Les auxiliaires gagnent en moyenne plus dans une IS d'échelon plus élevé (Tableau 34) et si elle/il travaille dans le secteur public et des ONG. Par contre, le salaire moyen de l'auxiliaire est particulièrement bas dans le secteur lucratif et confessionnel. Il semble que le secteur lucratif valorise davantage les médecins et infirmières. En général, un médecin généraliste, une infirmière et une auxiliaire gagnent moins en milieu rural qu'en milieu urbain (Tableau 34). Il est difficile de tirer des conclusions pour les autres catégories, c.-à-d., la fonction de directeur, de sage-femme etc... car il y a peu d'observations pour ces postes. Cependant, elles apparaissent dans le tableau en guise d'information.

Tableau 33. Salaire Mensuel Net, Par Poste

	<i>Directeur</i>	<i>Directeur Medical</i>	<i>Médecin Généraliste</i>	<i>Médecin Spécialiste</i>	<i>Infirmière SF</i>	<i>Infirmière</i>	<i>Auxiliaire</i>	<i>Autre</i>	<i>Ensemble (moyenne)</i>
Catégorie									
HCR	-	-	21,644	64,300	10,357	14,318	10,002	12,001	15,289
CAL	63,000	20,000	19,209	5,550	20,537	14,216	9,433	19,224	14,333
CSL	24,799	25,195	23,365	-	15,570	15,002	9,374	14,711	14,313
Disp	50,000	24,136	5,458	55,500	14,540	7,859	6,704	11,592	8,374
Secteur									
MSPP	21,355	24,127	19,557	70,000	16,355	14,229	9,515	14,871	13,289
Lucratif	50,000	-	27,514	100,000	-	12,625	5,897	3,760	14,268
ONG	59,716	23,675	13,126	11,000	18,824	8,695	6,909	18,596	13,338
Mission	3,500		8,363	32,075	-	7,886	5,575	13,500	7,660
Milieu									
Rural	46,111	20,000	10,445	85,000	6,135	10,654	7,860	15,453	14,799
Urbain	24,666	28,143	21,400	25,050	18,810	15,002	9,079	13,965	10,496
Ensemble (moyenne)	33,857	26,980	17,484	12,888	15,641	12,555	8,315	14,656	
Ensemble (médiane)	32,163	24,272	13,250	46,560	13,500	15,000	9,456	12,944	-
Effectif	7	7	52	5	16	186	219	49	542

Source : Auteurs

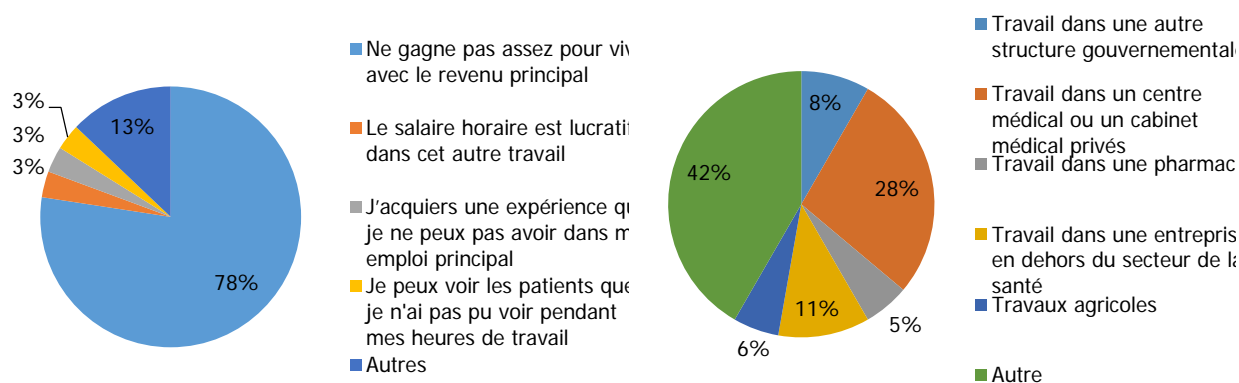
18% du personnel interrogé a rencontré un retard de salaire ces 12 derniers mois, en particulier dans les dispensaires et dans le secteur confessionnel et public. Ces mêmes secteurs et catégories d'IS ont également un taux d'absentéisme plus important et dans certains cas, un salaire plus faible. 20% du personnel des dispensaires ont un retard de salaire, 24% dans les CSL mais seulement 7% en HCR et 11% en CAL. Ce retard pourrait également expliquer le taux d'absentéisme plus élevé auprès des dispensaires (voir paragraphe précédent). 20% des employés du secteur confessionnel enregistrent un délai dans la réception de leur salaire, 18% dans les IS du MSPP et des ONG et 14% dans les IS du secteur lucratif. Cela est problématique pour le secteur confessionnel sachant qu'il s'agit en général du secteur qui paie le moins bien son personnel médical (Médecin généraliste, infirmière et auxiliaire, Tableau 34). Étonnamment il n'y a pas de différences entre le milieu urbain (19%) et rural (19%). Par contre, il y a des variations importantes entre départements. Le quart du personnel médical a rencontré un retard de salaire au cours des 12 derniers mois dans la Grand'Anse (27%) et le Sud (25%) et le tiers dans le Sud-Est (33%). À l'opposé, c'est le cas de 10% du personnel médical seulement dans l'Artibonite et de 12% dans le Centre et le Nord-Est.

6% du personnel médical occupe un second emploi, en particulier en zone urbaine et auprès des IS gérés par les ONG. D'autres études ont montré qu'entre un tiers et la moitié des médecins, auxiliaires et infirmières avaient un second emploi (USAID, BM, MSPP, 2013). Le chiffre de cette enquête est plus bas, certainement dû au fait qu'il s'agit de tout le personnel médical et administratif, avec un dénominateur plus important. La prévalence est plus élevée en dispensaire (7%, N=13) et CSL (6%, N=11) qu'en CAL (5%, N=7) et HCR (2%, N=1). La moindre proportion de personnel ayant un second emploi en HCR s'explique certainement par un meilleur salaire et un plus grand nombre de patients. 14% des IS gérées par les ONG ont un second emploi dans les ONG (N=5) contre seulement 6% auprès des IS du MSPP (N=19), 7% de celles gérées par le secteur confessionnel (N=5) et 7% dans le secteur lucratif (N=3). Le taux d'absentéisme est inexistant en ONG, donc ce constat est surprenant. Il se peut qu'un certain nombre de personnel médical ait été présent le jour de l'enquête auprès des IS gérées par les ONG, mais occupe un second emploi dans l'après-midi/fin de journée. La prévalence du 2^{ème} emploi varie entre 3% dans le Sud-Est et 9% dans la Grand'Anse et le Sud. Presque trois fois plus de personnel médical ont un second emploi en milieu urbain (9%) qu'en milieu rural (4%), car il y a certainement plus d'options et de demandes possibles.

Le personnel médical occupe un second emploi en raison de la faiblesse du revenu du premier emploi. 78% des personnes avec un second emploi déclarent ne pas gagner assez avec le revenu principal alors qu'il s'agit d'autres raisons pour 13% des cas. Dans 3% des cas, il s'agit d'acquérir une expérience supplémentaire, de voir les patients que le personnel médical n'a pas le temps de voir dans son emploi principal (en dispensaire essentiellement). Dans 3% d'autres cas, il s'agit d'obtenir un salaire horaire plus lucratif. Parmi le personnel médical avec un second emploi, 82% ont décidé d'avoir un second emploi parce qu'ils ne gagnaient pas assez pour vivre avec le revenu principal en milieu rural contre 76% en milieu urbain, une faible différence par milieu. Le fait de ne pas gagner assez dans le 1^{er} emploi était le seul motif d'un second emploi pour le personnel de HCR, certainement dû au fait qu'il n'y avait qu'une personne en HCR ayant déclaré avoir eu un second emploi, et d'à peu près 85% dans les centres de santé et seulement de 69% en dispensaires. Enfin, presque le tiers du personnel médical qui a un second emploi travaille dans un centre médical ou un cabinet médical privé alors que 11% travaille en dehors du secteur de la santé et 6% dans le secteur agricole.

Figure 7. Raison du second emploi

Figure 8. Type du second emploi



Source : Auteurs

3.3.5. Motivation et Satisfaction

Les trois quarts du personnel médical sont satisfaits de leur emploi actuel. 24 questions sur la satisfaction du personnel ont été posées au personnel médical (voir questionnaire F2) et ces questions ont reçu un score de 1 à 3 (1 étant le plus faible score et 3 le score plus élevé). En moyenne, le score global de satisfaction (la moyenne du résultat des 24 questions) a donné un score de 2.23 ou de 74%. Il y a quelques variations de ce score par type d'IS, de secteur et de milieu. Aux niveaux des IS, les CAL ont l'indice de satisfaction du personnel le plus élevé avec 2.30 ou 77% et le HCR a l'indice de satisfaction le plus faible avec 2.19 ou 73%. Le personnel médical travaillant dans le secteur privé lucratif et des ONG ont le score de satisfaction le plus élevé, avec respectivement 2.33 (78%) et 2.36 (79%). Le personnel travaillant en milieu rural est également plus satisfait que le personnel travaillant en milieu urbain (Tableau 34). Il y a quelques variations par département : le score de satisfaction maximal est dans le Nord et Nord-Est avec un score de 2.70. Le moins bon score est dans le Nord-Ouest avec 2.17.

Tableau 34. Score global de satisfaction par IS, type de gestion et milieu

	HCR	CAL	CSL	Disp	MSPP	Lucratif	ONG	Mission	Rural	Urbain	Ensemble
Score de satisfaction (1)	2.19	2.30	2.23	2.20	2.20	2.33	2.36	2.28	2.20	2.26	2.24
%	73%	77%	74%	73%	73%	78%	79%	76%	73%	75%	74%
Effectif	45	131	171	186	349	43	43	98	306	236	542
Score de motivation (2)	3.98	4.00	4.05	3.99	4.02	4.06	3.98	3.98	4.00	4.03	4.02
%	80%	80%	81%	80%	80%	81%	80%	80%	80%	81%	80%
Effectifs	45	131	171	186	349	43	43	98	306	236	542

Source : Auteurs ; Note : (1) score minimum est de 1 et maximal est de 3 ; (2) score minimum est de 1 et maximal est de 5.

Le respect de la communauté joue un rôle capital dans la satisfaction du personnel médical alors que le salaire, les avantages sociaux et la faible disponibilité des médicaments et des équipements sont les éléments principaux d'insatisfaction du personnel. Les 5 éléments apportant le plus de satisfaction dans

l'emploi actuel du personnel médical sont le respect au sein de la communauté (2.92 ou 97%) ainsi que les relations entre l'IS et les chefs locaux (2.68 ou 89%), les relations de travail avec le personnel de la communauté (2.89 ou 96%), avec la direction de l'IS (2.83 ou 94%), la qualité des médicaments disponibles dans l'établissement (2.74 ; 91%) et le fait de pouvoir discuter de questions de travail avec les superviseurs (2.68 ou 89%). A l'opposé, le personnel est particulièrement insatisfait avec les 5 critères suivants qui ont reçu le moins bon score de satisfaction : 61% étaient satisfaits avec la quantité de médicaments disponibles dans l'IS (un score de 1.82 sur 3), 57% avec la quantité de matériel de l'IS (un score de 1.72), 46% étaient satisfaits avec les possibilités d'être récompensés pour avoir beaucoup travaillé (un score de 1.39), seulement 42% étaient satisfaits avec les avantages actuels (logement, indemnité de déplacement, primes) (un score de 1.26) et enfin 40% du personnel étaient satisfait avec leur salaire (score de 1.20 sur 3). Ces résultats sont pertinents car le FBR pourrait contribuer à augmenter la satisfaction du personnel en ce qui concerne la récompense sur la base des résultats ainsi que la disponibilité des médicaments. Ainsi, à terme, on espère que ces deux éléments d'insatisfaction, avec la mise en place de FBR deviennent des éléments de satisfaction.

80% du personnel médical est motivé par son environnement de travail et il y a peu de variations par IS, gestion et géographie. 37 affirmations ont été lues au personnel médical qu'ils devaient classer de 1 à 5 (1 étant le moins bon score de motivation et 5, le meilleur score de motivation). Les scores de motivations varient de 3.98 pour les HCR à 4.05 pour les CSL, 4.00 pour les CAL et de 3.99 pour les dispensaires. Ramenés en pourcentage, les HCR, CAL et dispensaires obtiennent un score de 80% de motivation et les CSL de 81%, ainsi peu de variations existent entre catégories. Le même constat peut être fait par secteur. Les structures commerciales comptabilisent un score de motivation légèrement plus élevé (4.06 sur 5 soit 81%) que le secteur public, les ONG et les IS gérées par les organismes confessionnels (voir Tableau 34). Par département, le score varie entre 3.88 dans l'Artibonite, le minimum, (78%) jusqu'à 4.15, le maximum, dans le Nord-Est (83%) et le score est légèrement plus élevé parmi le personnel en milieu urbain (4.03 or 81%) qu'en milieu rural (4.01 or 80%).

Les facteurs qui motivent le plus le personnel sont liés au travail, mais aussi à la fierté qu'ils en tirent ainsi qu'à la reconnaissance de la communauté. Au contraire, les plaintes de certains travailleurs de la santé, les bavardages et le fait qu'il y ait des changements fréquents contribuent à démotiver le personnel. Les facteurs qui motivent le plus le personnel médical de l'échantillon sont l'assiduité (score de 4.60 sur 5 ou 92%) et la performance (score de 4.57 ou 91%). Par ailleurs, 91% du personnel médical ont aussi déclaré que la fierté et le rendement étaient des critères de motivations importants (scores respectifs de 4.55 et 4.53 ou de 91%). Enfin, la reconnaissance de la communauté motive 90% du personnel médical (score de 4.52%). A l'opposé, le personnel médical est peu motivé par les éléments suivants : il y a des changements fréquents rapides dans leur travail (score de 3.25 ou 65% du personnel), le fait que certains personnels se plaignent, ce qui est le cas de 51% du personnel (score de 2.54 sur 5) et le bavardage (32% du personnel et score de 1.58). Par ailleurs 51% du personnel ont déclaré qu'ils préféreraient travailler dans un autre établissement. Il sera intéressant de constater si le FBR modifie cet élément de motivation et si le score de motivation s'accroît après 2 ans de FBR.

3.4. Personnel de Santé Communautaire

3.4.2. Formation

La totalité des agents de santé communautaire ont reçu une formation en santé infantile et maternelle les 12 mois précédents l'enquête ou datant de plus d'un an. 98% de l'échantillon (N=304) ont reçu une formation en santé infantile datant de moins d'un an et 44% une formation datant de plus d'un an. Au niveau de la formation des ASC datant de moins d'un an, une proportion plus faible d'ASC a reçu une formation en dispensaires (79%) en comparaison avec les autres catégories d'IS (voir tableau). Cela s'applique aussi

pour les formations de plus d'un an pour les IS gérées par les organismes confessionnels. Par ailleurs les IS gérées par les organismes confessionnels proposent également en proportion moins de formation en santé maternelle que les autres types de secteur. Enfin, il y a peu de variation entre milieu urbain et rural. La totalité des ASC interrogés ont également reçu une formation en santé maternelle (de moins d'un an ou de plus d'un an). 95% ont reçu une formation de moins d'un an et 67% ont reçu une formation de plus d'un an (certaines de ces personnes pouvaient avoir reçu une formation de moins d'un an également).

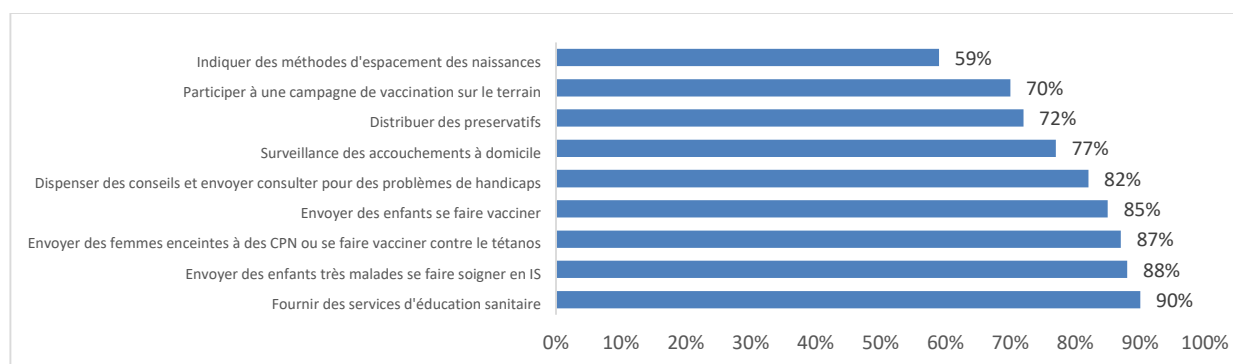
Tableau 35. Proportion des ASC ayant reçu une formation en santé infantile

	<i>Moins d'un an</i>		<i>Plus d'un an</i>		<i>Moins d'un an ou plus d'un an</i>		<i>Effectif</i>	
	Santé infantile	Santé maternelle	Santé infantile	Santé maternelle	Santé infantile	Santé maternelle	Santé infantile	Santé maternelle
Catégorie								
HCR	86%	86%	23%	45%	100%	100%	19	19
CAL	84%	84%	29%	50%	100%	100%	58	58
CSL	83%	84%	34%	53%	100%	100%	88	88
Disp	79%	73%	43%	59%	100%	100%	138	138
Secteur								
MSPP	87%	85%	38%	55%	100%	100%	230	230
Lucratif	89%	71%	46%	71%	100%	100%	25	25
ONG	69%	69%	54%	62%	100%	100%	13	13
Mission	53%	56%	24%	44%	100%	100%	35	35
Milieu								
Rural	98%	97%	46%	65%	100%	100%	91	91
Urbain	99%	95%	44%	68%	100%	100%	213	213
Ensemble	98%	95%	44%	67%	100%	100%	304	304
Effectif								

Source : Auteurs

Ces formations en santé maternelle et infantile bénéficient aux ASC qui offrent en majorité des services de promotion et prévention dans ces deux domaines (Figure 9). 3 des 9 services les plus fréquemment offerts concernent la santé infantile, notamment la vaccination (2 activités en particulier, voir Figure 9) et inciter les familles à se rendre dans une IS pour la prise en charge de certaines pathologies infantiles. Deux des services le plus fréquemment offerts sont des services de référence de la CPN et de l'accouchement (soins de santé maternelle). Les ASC ne sont pas en charge de superviser l'accouchement, mais plutôt de surveiller la patiente et de l'inciter à se rendre en IS pour que son accouchement soit pris en charge par du personnel qualifié. Deux autres services concernent la planification familiale. Enfin, un service concerne la promotion des activités sanitaires, qui est d'ailleurs le service le plus fréquemment offert par les ASC (90%), et un autre service, assez fréquemment offert concerne l'offre de conseils et la référence en IS pour problèmes liés aux handicaps (Figure 9).

Figure 9. Les services les plus fréquemment offerts par les ASC



Source : Auteurs

3.4.4. Revenus

En moyenne, le salaire moyen d'un ASC est de 6,033 HTG, avec quelques variations par catégorie d'IS, secteur et milieu. C'est dans les IS du secteur lucratif que les ASC reçoivent le salaire le plus bas avec 5,096 HTG (n=25) suivi des IS gérées par les ONG avec 5,145 HTG (n=13). A l'opposé, les ASC du secteur public ont le salaire le plus élevé parmi tout type de secteur avec 6,169 HTG (n=230). Les ASC de dispensaires (n=138) gagnent moins que ceux des ASC des HCR (n=19) et centres de santé (voir Tableau 36). Le salaire moyen en milieu urbain (n=91) est légèrement plus élevé (1.1 fois plus) que celui des ASC en milieu rural (n=213).

Tableau 36. Salaire moyen des ASC, HTG

	<i>Revenu Moyen</i>	<i>Effectifs</i>
Catégorie		
HCR	5,369	19
CAL	6,106	58
CSL	6,805	88
Dispensaire	5,166	138
Secteur		
Public	6,169	230
Lucratif/Prive	5,096	25
ONG	5,145	13
Prive	5,387	35
Milieu		
Urbain	6,417	91
Rural	5,856	213
Ensemble	6,033	304

Source : Auteurs

3.4.5. Motivation et Satisfaction

Tableau 37. Motivation et satisfaction du personnel communautaire

	<i>HCR</i>	<i>CAL</i>	<i>CSL</i>	<i>Disp</i>	<i>MSPP</i>	<i>Lucratif</i>	<i>ONG</i>	<i>Mission</i>	<i>Rural</i>	<i>Urbain</i>	<i>Ensemble</i>
Score de satisfaction (1)	1.21	1.24	1.22	1.24	1.23	1.23	1.29	1.21	1.24	1.23	1.23

%	40%	41%	41%	41%	41%	41%	43%	40%	41%	41%	41%
Effectif	19	58	88	138	230	25	13	35	91	213	304
Score de motivation	1.08	1.10	1.08	1.13	1.10	1.09	1.12	1.17	1.11	1.11	1.11
%	36%	37%	36%	38%	37%	36%	37%	39%	37%	37%	37%
	19	58	88	138	230	25	13	35	91	213	304

Source : Auteurs

Le taux de satisfaction des ASC est médiocre à 1.23 ou 41% des ASC sont satisfaits seulement. La faible reconnaissance de la communauté et des relations médiocres avec l'IS contribue à ce taux d'insatisfaction. Les mêmes questions que le personnel institutionnel ont été posées au personnel communautaire et il s'avère que le taux de satisfaction est particulièrement faible. Un peu plus d'un tiers des agents communautaires de santé (sur 304 ASC interrogés) étaient satisfaits de leur travail. Il y a peu de variations, notamment par milieu ou le taux de satisfaction reste à 41% (ou un score de 1.23 sur 3). Le score de satisfaction des ASC est légèrement plus élevé en dispensaires (1.24) et CAL (1.24) qu'en HCR (1.21) et CSL (1.22), mais demeure médiocre à nouveau. Le score de satisfaction des ASC est à 41% auprès des IS gérées par le MSPP et du secteur lucratif (score de 1.23), plus élevé auprès des ONG (score de 1.29), et plus faible auprès des IS gérées par le secteur confessionnel (score de 1.21). Le personnel communautaire est particulièrement satisfait avec les éléments qui leur permettent la provision de leurs services, notamment avec la quantité et qualité des médicaments. 80% des ASC sont satisfaits avec la quantité de médicaments (score de 2.41), ce qui est de loin le score le plus élevé après la qualité des médicaments (score de 1,66 ou de 55%). Par ailleurs, 48% des ASC sont satisfaits avec la qualité et l'état physique du matériel disponible et 45% sont satisfaits avec sa qualité. Enfin 44% (score de 1.44) sont satisfaits avec les possibilités d'augmenter leur niveau de qualification par ce poste. Cependant les ASC sont le moins bien satisfaits avec les 5 éléments suivants : les possibilités de discuter des questions de travail avec le superviseur (score de 1.10, soit 37% des ASC), les relations avec le personnel important de la communauté, la reconnaissance du travail, les relations de travail avec le personnel de l'établissement (score de 1.09 sur 3, ou 36% des ASC) et le niveau de respect au sein de la communauté. Les 5 éléments d'insatisfaction montrent que les ASC ont du mal à trouver leur place, autant aux niveaux de l'IS que de la communauté.

Le taux de motivation des ASC est encore plus faible que leur taux de satisfaction. Le taux de motivation est à 37% et reste le même d'un milieu à un autre. Le taux de motivation, comme celui de satisfaction est légèrement meilleur en dispensaires et CAL qu'en HCR et CSL. Le taux de motivation reste plus élevé dans les IS gérées par les organismes confessionnels que dans le secteur public, lucratif et des ONG, mais la variation demeure symbolique (voir Tableau 36). Neuf affirmations de motivation des ASC par rapport à leur emploi ont été posées et les ASC devaient répondre par 1 (score le plus bas) et 3 (score le plus élevé). Les 3 éléments de motivation des ASC reposaient sur le fait qu'ils puissent utiliser leurs compétences (pour 41% d'entre eux, soit un score de 1.24 sur 3), une bonne atmosphère (40% ou un score de 1.20) et la ponctualité de leurs activités (pour 39% des cas, soit un score de 1.17). Par contre les éléments de motivations qui obtenaient peu d'adhésion étaient la fierté (seulement 35% des ASC sont fiers de leur travail ou un score de 1.01), le manque de motivation pour faire le maximum (le cas de 35% des cas ou un score de 1.05) et l'assiduité (seulement 34% des ASC ont répondu qu'ils étaient travailleur, avec un score de 1.02, soit le score le plus faible).

3.4.6. Score de Connaissance

Le score de connaissance du personnel médical en santé maternelle reste médiocre (à 35%), ce qui ne reflète pas forcément les résultats des observations des CPN indiquant une meilleure qualité des services offerts dans la pratique. Il se pourrait que lorsque le personnel n'est pas dans le cœur de l'action, il ne pose pas toutes les questions requises à la patiente sur ses grossesses précédentes, sa grossesse actuelle, ses antécédents médicaux, ses examens physiques et de laboratoire et omette de donner tous les conseils nécessaires (en nutrition, allaitement etc.) et mesures de suivi. Globalement, le score de connaissance est

plus important en HCR et relativement similaire entre centres de santé et dispensaires. Le personnel médical travaillant dans des IS gérées par le MSPP obtient le meilleur score avec 36%, suivi de près par le personnel travaillant dans des IS gérées par des ONG (35%), le secteur confessionnel (34%) et enfin par le secteur lucratif (31%). Le personnel médical travaillant en milieu rural a un score de connaissance en CPN légèrement plus élevé que le personnel travaillant en milieu urbain (34%). Enfin, le score de connaissance s'accroît avec le niveau de profession : par exemple les médecins spécialistes, certainement dans ce cas-ci les gynécologues-obstétriciens ont un score de connaissance en CPN plus élevé (40%) que les médecins généralistes (39%), ayant eux même un score plus élevé que le personnel infirmier et sage-femme. Cependant, le score de connaissance demeure similaire, voire meilleure aux niveaux de infirmières (35%) et auxiliaire (35%) en comparaison avec celui des sages-femmes (33%).

Tableau 38. Score de Connaissance du Personnel Médical en service de santé périnatale

	<i>Moyenne</i>	<i>ET</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Catégorie				
HCR	38	6	21	51
CAL	35	10	17	77
CSL	34	10	18	69
Dispensaire	35	15	11	79
Secteur				
MSPP	36	11	16	77
Lucratif	31	10	19	66
ONG	35	12	17	71
Mission	34	13	11	79
Milieu				
Urbain	34	9	18	77
Rural	36	13	11	79
Profession				
Médecin Généraliste	39	12	25	73
Médecin spécialiste	40	8	23	48
Sage-Femme	33	8	24	48
Infirmière	35	9	17	77
Auxiliaire	35	13	11	79
Ensemble	35	11	11	79

Source : Auteurs

Chapitre 4. Equilibre à la Base pour les Différents Groupes

L'équilibre à la base entre les groupes d'intervention et de contrôle permet de confirmer que les trois groupes de l'enquête ont des caractéristiques similaires et que les effets du FBR sur certaines variables ne soient pas le résultat de ces différences entre groupe, mais bien le résultat du FBR.

Le chapitre suivant présente quatre tableaux : 1) un tableau résumant les indicateurs sur la disponibilité des services de santé, infrastructures, médicaments, la qualité des services de santé infantile et maternelle ainsi que certaines caractéristiques en gestion et en ressource humaine des institutions sanitaires. Ces indicateurs proviennent de l'enquête des IS. (Tableau 39) ; 2) un tableau résumant les indicateurs en santé maternelle et infantile ainsi que l'accès financier aux services de santé, provenant de l'enquête des ménages (Tableau 40) ; 3) un tableau équivalent au tableau 39 de l'enquête des IS mais sans les sites de l'USAID (pour t1 et t2) et 4) un tableau équivalent au tableau 40 de l'enquête des ménages, mais sans les sites de l'USAID (pour t1 et t2).

Les quatre tableaux présentent les moyennes des indicateurs principaux des enquêtes ménages et IS pour chacun des trois groupes : les 2 groupes de traitement (t1 et t2) et le groupe contrôle (c). Il faut noter que ces indicateurs ont été sélectionnés car le FBR et l'assistance technique/coaching (t1) ou l'assistance technique/coaching seule (t2) devraient avoir un impact sur ces derniers, par exemple il est attendu que la prévalence en contraception moderne des femmes augmente ou que les dépenses catastrophiques de santé des ménages diminuent avec la mise en œuvre du FBR et de l'assistance technique/coaching (t1) ou du coaching seulement (t2).

Par ailleurs, les tableaux montrent si la différence entre les moyennes des indicateurs est statistiquement non significative entre les 3 groupes de l'évaluation (t1 : FBR+Assistance Technique/Coaching ; t2 : Assistance Technique/Coaching seulement ; t3 : groupe contrôle).

L'analyse de ces indicateurs révèle qu'il y a une différence significative des moyennes de 10% pour l'enquête des ménages et de 17% pour l'enquête des IS. Cependant, ces différences sont plus faibles entre les groupes de traitement t1 et t2 dans les enquêtes des ménages (7%) et des IS (10%), ce qui est le plus important, car ces groupes ont été assignés aléatoirement. De manière générale, on obtient une proportion plus importante de p-value qui sont significative à 0.05 pour les comparaisons t1-c et t2-c, car le groupe contrôle (c) n'a pas pu être assigné aléatoirement.

Une analyse similaire est conduite en excluant les sites USAID de t1 et de t2 car ceux-là n'ont pas pu être sélectionnés de manière aléatoire. Seul les sites de la BM ont été sélectionnés de manière aléatoire. On s'attend donc à voir une balance plus faible entre les groupes t1 et t2 des enquêtes des IS et des ménages seulement avec les sites de la BM. La balance de l'enquête des IS est de 3% entre t1 et t2 pour l'échantillon exclusif de la BM, autrement dit seulement 3% des indicateurs ont une p-value significative à 0.05 cependant cette proportion augmente jusqu'à 20% pour l'enquête ménages (toujours en excluant les sites USAID). Les résultats de l'enquête des ménages sont plutôt surprenants étant donné la faible balance de l'enquête des IS (qui est très encourageante) et que les sites de la BM ont été sélectionnés de manière aléatoire. Cependant, la méthode des doubles-différences devrait corriger ce problème.

De manière générale, les résultats de l'enquête restent satisfaisants car on obtient moins de 10% de p-value significatives à 0.05 entre les groupes de traitement (t1 et t2) pour les échantillons (sites BM et USAID) des enquêtes ménage et IS. Ainsi, les différences entre groupes devraient bien être le résultat du FBR car il y a peu de différences significatives entre les groupes traitement sélectionnés de manière aléatoire.

Tableau 39. Statistiques descriptifs et Ttests : Indicateurs principaux des institutions de santé

Indicateurs	RBF+coaching (t1)		Coaching (t2)		Groupe contrôle (c)		F-test (P val.)	T-test (P val.)		
	Moy.	N	Moy.	N	Moy.	N	Ens.	t1-t2	t1-c	t2-c
Disponibilité des services de base	0.31	72	0.23	73	0.18	50	0.39	0.33	0.12	0.48
Disponibilité de l'électricité	0.57	72	0.68	72	0.5	50	0.38	0.17	0.45	0.05
Disponibilité de l'eau	0.54	72	0.47	72	0.34	50	0.42	0.41	0.03	0.15
Disponibilité d'un incinérateur	0.47	72	0.36	72	0.3	50	0.64	0.18	0.06	0.49
Médicament de base	0.18	72	0.05	73	0.06	50	0.01	0.02	0.05	0.9
Eau et savon	0.68	68	0.57	69	0.55	47	0.56	0.18	0.18	0.9
Equipements de stérilisation	0	72	0	71	0	47				
Incinérateur fonctionnel	0.47	72	0.36	72	0.3	50	0.64	0.18	0.06	0.49
Disponibilité de budget	0.41	22	0.27	22	0.29	14	0.55	0.35	0.47	0.93
Disponibilité de plan d'action	0.4	72	0.26	72	0.26	50	0.65	0.08	0.1	0.96
Salaire moyen d'une infirmière	14,127	86	13,436	61	11,588	67	0.13	0.6	0.05	0.18
Temps de la CPN (min)	19.44	241	20.03	190	23.17	112	0	0.5	0	0
Directive sur la CPN	0.11	72	0.17	72	0.14	50	0.06	0.34	0.64	0.69
Disponibilité du Vaccin antitétanique	0.61	62	0.58	67	0.49	47	0.99	0.72	0.2	0.33
Conseil en nutrition	0.75	72	0.77	73	0.76	50	0.51	0.81	0.9	0.93
Satisfaction générale de la CPN	0.98	241	0.93	190	0.96	112	0.08	0.03	0.57	0.23
Directives sur la PCMIE	0.86	72	0.85	72	0.78	50	0.66	0.81	0.25	0.35
Evaluation de tous les signes généraux de danger (Consultation Infantile - CI)	0.48	216	0.4	185	0.42	144	0.28	0.12	0.32	0.67
Les 3 principaux symptômes (CI)	0.38	216	0.42	185	0.53	144	0.02	0.39	0.01	0.06
Satisfaction générale de la CI	0.98	215	0.96	185	0.94	144	0.28	0.4	0.11	0.45
Score de satisfaction du personnel médical	2.29	208	2.17	179	2.23	139	0	0	0.07	0.05
Score des connaissances du personnel médical	33.94	208	36.23	178	34.91	139	0.13	0.05	0.41	0.31
Score de satisfaction des ASC	1.21	114	1.2737	105	1.2097	85	0	0	0.98	0
Absence non justifiée	0.88	52	0.85	33	0.81	26	0.66	0.63	0.36	0.68
Proportion des personnels ayant reçu une formation dans un domaine de prise en charge de l'enfant	0.38	208	0.46	179	0.55	139	0.01	0.15	0.00	0.12

Proportion du personnel medical avec un second emploi	0.04	208	0.07	179	0.07	139	0.27	0.14	0.17	0.98
Palement a temps des salaires	0.79	208	0.87	179	0.8	139	0.14	0.06	0.91	0.11
Existence des termes de references des postes de travail	0.58	72	0.42	73	0.38	50	0.66	0.06	0.03	0.62
Pratique d'elaboration des plans de travail annuels	0.08	72	0.04	73	0.04	50	0.52	0.30	0.35	0.98
Pratique de rapports mensuels sur le systeme d'information et de gestion de la sante	0.03	72	0.03	73	0	50	0.50	0.99	0.24	0.24
Synthèse (30 indicateurs) : différence significative p value<0,05							17%	10%	20%	7%

Source : Auteurs

Tableau 40. Statistiques descriptifs et Ttests : Enquête des Ménages

<i>Indicateurs</i>	<i>RBF+coaching (t1)</i>		<i>Coaching (t2)</i>		<i>Groupe contrôle (c)</i>		<i>F-test (P val.)</i>	<i>T-test (P val.)</i>		
	<i>Moy.</i>	<i>N</i>	<i>Moy.</i>	<i>N</i>	<i>Moy.</i>	<i>N</i>	<i>Ens.</i>	<i>t1-t2</i>	<i>t1-c</i>	<i>t2-c</i>
% < 15 ans	0.44	9674	0.43	10159	0.43	6940	0.21	0.23	0.08	0.51
% < 5 ans	0.24	9674	0.23	10159	0.23	6940	0.5	0.42	0.51	0.95
Nombre total d'enfants	0.73	2726	0.84	2852	0.77	1982	0.27	0.05	0.48	0.29
% hommes	0.45	9674	0.46	10159	0.45	6940	0.52	0.12	0.74	0.28
Taille du ménage	5.75	9674	5.78	10159	5.68	6940	0.61	0.3	0.06	0
% allant à l'école	0.57	3317	0.56	3524	0.57	2296	0.31	0.12	0.55	0.43
Dépenses totales de santé	1297.8	1926	1529.61	2016	1747.29	1405	0.27	0.33	0.05	0.5
% des ménages avec DCS	0.05	1705	0.06	1802	0.06	1249	0.53	0.32	0.33	0.95
Coût de la CPN	40.83	179	52.97	117	52.4	86	0.47	0.02	0.04	0.93
% utilisant contraceptifs modernes	0.25	2726	0.2	2852	0.23	1982	0.01	0	0.07	0.01
% de femmes enceintes	0.26	1460	0.25	1571	0.25	1063	0.68	0.73	0.59	0.82
% Au moins 4 CPN	4.37	1179	4.35	1232	4.23	843	0.84	0.88	0.47	0.55
% femmes ayant eu le vaccin du tétanos	0.9	633	0.87	577	0.88	525	0.06	0.1	0.27	0.61
% Accouchement avec un professionnel de santé	0.54	819	0.54	873	0.46	609	0.23	0.88	0	0.01
%Couverture des soins postnatale	0.55	876	0.55	932	0.53	634	0.74	0.97	0.42	0.43
% des femmes ayant reçu vitamine A >ac	0.28	876	0.26	932	0.27	634	0.8	0.49	0.87	0.64
%Complètement vaccinés 12-23 mois	0.19	883	0.16	844	0.18	593	0.23	0.1	0.76	0.24

% enfants ayant reçu Vitamine A	0.34	821	0.35	783	0.36	549	0.81	0.67	0.53	0.81
% vaccins contre DTP	1.66	883	1.63	844	1.69	593	0.39	0.43	0.55	0.19
%Indice de retard de croissance (taille-pour-âge)	0.22	1340	0.21	1314	0.27	928	0.01	0.41	0	0
%Indice d'insuffisance pondérale (poids-pour-âge)	0.12	1340	0.13	1314	0.13	928	0.6	0.63	0.41	0.71
Proportion des individus ayant répondu « trop cher » comme raison de non-utilisation des services de santé et d'achat des médicaments	0.53	230	0.55	257	0.49	138	0.87	0.56	0.54	0.26
Proportion des individus ayant répondu « trop cher » comme raison de non-achat des médicaments	0.54	249	0.55	262	0.47	150	0.78	0.80	0.17	0.11
Stratégies pour faire face aux dépenses catastrophiques de santé	0.21	196	0.2	205	0.26	151	0.37	0.92	0.23	0.19
Vaccination Hib contre la pneumonie et la méningite	0.38	452	0.38	373	0.35	265	0.82	0.84	0.31	0.43
Vaccination contre la rougeole ou une injection ROR	0.55	452	0.49	373	0.55	265	0.25	0.10	0.97	0.16
% des ménages propriétaire de leur logement	0.63	1926	0.64	2016	0.66	1405	0.394	0.63	0.18	0.36
Dépenses totales du ménage	105775.45	1926	100383.07	2016	99907.03	1405	0.56	0.41	0.42	0.91
% des ménages possédant de l'eau	0.20	1926	0.19	2016	0.17	1405	0.05	0.46	0.02	0.08
% des ménages possédant de l'électricité	0.08	1926	0.07	2016	0.05	1405	0.00	0.17	0.00	0.02
Synthèse (30 indicateurs) : différence significative p value<0,05							10%	7%	17%	13%

Source : Auteurs

Tableau 41. Statistiques descriptifs et Ttests : Enquête des institutions de santé, sites USAID exclus

<i>Indicateurs</i>	<i>RBF+coaching (t1)</i>		<i>Coaching (t2)</i>		<i>Groupe contrôle (c)</i>		<i>F-test (P val.)</i>	<i>T-test (P val.)</i>		
	<i>Moy.</i>	<i>N</i>	<i>Moy.</i>	<i>N</i>	<i>Moy.</i>	<i>N</i>	<i>Ens.</i>	<i>t1-t2</i>	<i>t1-c</i>	<i>t2-c</i>
Disponibilité des services de base	0.18	49	0.18	50	0.18	50	0.83	0.96	0.96	1.00
Disponibilité de l'électricité	0.47	49	0.67	49	0.50	50	0.82	0.04	0.76	0.08
Disponibilité de l'eau	0.57	49	0.55	49	0.34	50	0.33	0.84	0.02	0.03
Disponibilité d'un incinérateur	2.22	49	2.47	49	2.40	50	0.82	0.20	0.36	0.71
Médicament de base	0.12	49	0.04	50	0.06	50	0.17	0.14	0.28	0.65
Eau et savon	1.84	45	1.91	46	1.89	47	0.98	0.75	0.81	0.93

Equipements de stérilisation	2.08	49	1.94	48	2.04	47	0.85	0.62	0.89	0.72
Incinérateur fonctionnel	2.22	49	2.47	49	2.40	50	0.82	0.20	0.36	0.71
Disponibilité de budget	2.17	12	2.47	15	2.43	14	0.59	0.43	0.50	0.91
Disponibilité de plan d'action	2.27	49	2.39	49	2.48	50	0.67	0.53	0.25	0.61
Salaire moyen d'une infirmière	11608.50	2	15600.20	5	20625.00	4	0.61	0.69	0.33	0.51
Temps de la CPN (min)	16.90	151	20.69	100	23.17	112	0.00	0.00	0.00	0.07
Directive sur la CPN	0.06	49	0.18	49	0.14	50	0.08	0.07	0.20	0.56
Disponibilité du Vaccin antitétanique	0.56	41	0.53	45	0.49	47	0.82	0.80	0.51	0.68
Conseil en nutrition	0.73	49	0.70	50	0.76	50	0.54	0.71	0.77	0.50
Satisfaction générale de la CPN	0.97	151	0.97	100	0.96	112	0.91	0.87	0.67	0.82
Directives sur la PCMI	1.37	49	1.37	49	1.44	50	0.97	1.00	0.66	0.66
Evaluation de tous les signes généraux de danger (Consultation Infantile - CI)	1.51	148	1.61	103	1.58	144	0.23	0.10	0.23	0.58
Les 3 principaux symptômes (CI)	1.63	148	1.53	103	1.47	144	0.03	0.14	0.01	0.34
Satisfaction générale de la CI	0.98	148	0.97	103	0.94	144	0.25	0.65	0.11	0.32
Score de satisfaction du personnel médical	2.18	118	2.07	103	2.13	139	0.31	0.15	0.52	0.39
Score des connaissances du personnel médical	35.04	118	36.76	102	34.91	139	0.48	0.35	0.93	0.26
Score de satisfaction des ASC	1.24	52	1.29	63	1.21	85	0.01	0.06	0.31	0.00
Absence non justifiée	0.78	23	1.00	21	0.81	26	0.08	0.02	0.83	0.03
Proportion des personnels ayant reçu une formation dans un domaine de prise en charge de l'enfant	0.51	118	0.59	103	0.55	139	0.50	0.21	0.54	0.48
Proportion du personnel médical avec un second emploi	0.06	118	0.12	103	0.07	139	0.26	0.13	0.69	0.23
Paiement à temps des salaires	0.76	118	0.84	103	0.80	139	0.33	0.13	0.49	0.36
Existence des termes de références des postes de travail	0.49	49	0.40	50	0.38	50	0.13	0.37	0.28	0.84
Pratique d'élaboration des plans de travail annuels	0.04	49	0.04	50	0.04	50	0.48	0.98	0.98	1.00
Pratique de rapports mensuels sur le système d'information et de gestion de la santé	0.04	49	0.02	50	0.00	50	0.17	0.55	0.15	0.32

Synthèse (30 indicateurs) : différence significative p value<0,05	10%	3%	10%	3%
---	------------	-----------	------------	-----------

Source : Auteurs

Tableau 42. Statistiques descriptifs et Ttests : Enquête des ménages, sites USAID exclus

<i>Indicateurs</i>	<i>RBF+coaching (t1)</i>		<i>Coaching (t2)</i>		<i>Groupe contrôle (c)</i>		<i>F-test (P val.)</i>	<i>T-test (P val.)</i>		
	<i>Moy.</i>	<i>N</i>	<i>Moy.</i>	<i>N</i>	<i>Moy.</i>	<i>N</i>	<i>Ens.</i>	<i>t1-t2</i>	<i>t1-c</i>	<i>t2-c</i>
% < 15 ans	0.44	6342	0.43	7071	0.43	6940	0.94	0.36	0.10	0.47
% < 5 ans	0.24	6342	0.23	7071	0.23	6940		0.29	0.60	0.59
Nombre total d'enfants	2.28	1007	2.38	1013	2.29	1068	0.39	0.27	0.90	0.31
% hommes	0.45	6342	0.47	7071	0.45	6940	0.28	0.01	0.56	0.05
% des femmes de 15-49 ans	0.55	6342	0.53	7071	0.55	6940	0.032	0.01	0.56	0.05
% allant à l'école	0.59	2200	0.59	2440	0.57	2296	0.06	0.90	0.21	0.16
Dépenses totales de santé	1388.09	1259	1805.28	1348	1747.29	1405	0.28	0.23	0.19	0.88
% des ménages avec DCS	0.05	1087	0.06	1203	0.06	1249	0.81	0.43	0.63	0.75
Coût de la CPN	50.80	112	42.50	78	52.40	86	0.26	8.75	0.82	0.13
% utilisant contraceptifs modernes	0.24	1774	0.17	1898	0.23	1982	0.00	0.00	0.22	0.00
% de femmes enceintes	0.22	1007	0.26	1012	0.25	1067	0.06	0.03	0.20	0.36
% Au moins 4 CPN	0.50	760	0.45	779	0.47	843	0.99	0.04	0.19	0.41
% femmes ayant eu le vaccin du tétanos	0.90	353	0.89	351	0.88	525	0.35	0.45	0.31	0.85
% Accouchement avec un professionnel de santé	0.54	565	0.43	534	0.46	609	0.06	0.00	0.01	0.33
%Couverture des soins postnatale	1.08	760	1.18	779	1.14	843	0.84	0.08	0.26	0.52
% des femmes ayant reçu vitamine A >ac	0.29	598	0.23	577	0.27	634	0.20	0.03	0.52	0.12
%Complètement vaccinés 12-23 mois	0.19	885	0.16	845	0.18	595	0.58	0.09	0.71	0.24
% enfants ayant reçu Vitamine A	0.34	822	0.35	784	0.35	551	0.01	0.67	0.58	0.87
% vaccins contre DTP	1.66	885	1.62	845	1.69	595	0.94	0.41	0.55	0.18
%Indice de retard de croissance (taille-pour-âge)	0.22	1342	0.21	1316	0.28	932	0.71	0.41	0.00	0.00
%Indice d'insuffisance pondérale (poids-pour-âge)	0.12	1342	0.13	1316	0.13	932	0.89	0.63	0.34	0.62

Proportion des individus ayant répondu « trop cher » comme raison de non-utilisation des services de santé et d'achat des médicaments	0.55	165	0.60	222	0.49	138	0.49	0.35	0.31	0.05
Proportion des individus ayant répondu « trop cher » comme raison de non-achat des médicaments	0.56	174	0.59	224	0.47	150	0.45	0.60	0.08	0.02
Stratégies pour faire face aux dépenses catastrophiques de santé	0.21	150	0.21	148	0.26	151	0.46	0.95	0.24	0.26
Vaccination Hib contre la pneumonie et la méningite	0.38	452	0.38	373	0.35	265	0.85	0.84	0.31	0.43
Vaccination contre la rougeole ou une injection ROR	0.55	452	0.49	373	0.55	265	0.20	0.10	0.97	0.16
% des ménages propriétaire de leur logement	0.62	1259	0.63	1348	0.66	1405	0.13	0.76	0.06	0.11
Dépenses totales du ménage	105905.21	1259	100884.79	1348	99907.03	1405	0.73	0.27	0.49	0.84
% des ménages possédant de l'eau	0.20	1259	0.18	1348	0.17	1405	0.03	0.07	0.01	0.43
% des ménages possédant de l'électricité	0.07	1259	0.07	1348	0.05	1405	0.07	0.82	0.03	0.06
Synthèse (30 indicateurs) : différence significative p value<0,05							10%	20%	13%	10%

Source : Auteurs

Chapitre 5. Bibliographie

- Basinga P, Gertler PJ, Binagwaho A et al. 2011. Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. *The Lancet* 377: 1421–8.
- Eichler R, Auxila P, Pollock J. 2001. Output-based health care: paying for performance in Haiti. *Public Policy in the Private Sector*, Note 236. Washington, DC: World Bank. Online at: http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2002/05/14/000094946_02042504015950/Rendered/PDF/multi0page.pdf
- Eichler R, Levine R. 2009. *Performance Incentives for Global Health: Potential and Pitfalls*. Washington, DC: Center for Global Development.
- Josephson M, et al. 2008. The same factors influence job turnover and long spells of sick leave—a 3-year follow-up of Swedish nurses. *Eur J Public Health*, 18:380–385.
- Kivimäki M, et al. 2001. Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. *Occup Environ Med*, 58:361–366.
- Meessen B, Kashala JP, MusaONG L. 2007. ‘Output-based payment to boost staff productivity in public health centres: contracting in Kabutare district, Rwanda’. *Bulletin of the World Health Organization* 85: 108–15
- Ministère de la Santé et de la Population. 2014. *Operational Manual for the implementation of RBF in Haiti*. Unpublished document by MSPP.
- Ministère de la Santé et de la Population. 2012. *Politique Nationale de la Santé d’Haïti*. Port-au-Prince. Haiti: Ministère de la Santé Publique et de la Population, République d’Haïti. Online at: <http://mspp.gouv.ht/site/downloads/PNS%2021juillet%20version%20finale.pdf>
- Nyathi M, Jooste K. 2008. Working conditions that contribute to absenteeism among nurses in a provincial hospital in the Limpopo Province. *Curationis*, 31:28–37.
- Plant M. 2003. Primary care nurses’ attitude to sickness absence: a study. *Br J Community Nurs*, 8:421–427.
- Sabri B, Siddiqi S, Ahmed AM, Kakar FK, Perrot J. 2007. Towards sustainable delivery of health services in Afghanistan: options for the future. *Bulletin of the World Health Organization* 85: 712–18.
- Soeters R, Griffiths F. 2003. ‘Improving government health services through contract management: a case from Cambodia’. *Health Policy and Planning* 18: 74–83

Soeters R, Habineza C, Peerenboom PB. 2006. 'Performance based financing and changing the district health system: experience from Rwanda'. Bulletin of the World Health Organization 84: 884–9.

Williams ES, Rondeau KV, Xiao Q, Francescutti LH. 2007. Heavy physician workloads: impact on physician attitudes and outcomes. Health Serv Manage Res 2007, 20:261–269.

Witter, Sophie; Toonen, Jurrien, Meessen, Bruno; Kagubare, Jean; Fritsche, Gyorgy; Vaughan, Kelsey. 2013. Performance-based financing as a health system reform: mapping the key dimensions for monitoring and evaluation. BMC Health Services Research. 13:367.

World Bank. 2016. Health Financing System Assessment. *Forthcoming*.

World Bank. 2013. Project Appraisal Document: Improving Maternal and Child Health through Integrated Social Service Project. Online at <http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/04/17659693/haiti-improving-maternal-child-health-through-integrated-social-services-project> (last accessed May 8, 2014)

World Bank. 2012. World Development Indicators. Online at: <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators> (last accessed May 8, 2014).

Zeng W., Cros M., Dilley K., Shepard D. 2012. Impact of performance-based financing on primary health care services in Haiti. Health Policy and Planning.

Chapitre 6. Annexes

Annexe A. Caractéristiques générales des enquêtés

Tableau A.1. Distribution du nombre de ménages par département et milieu de résidence

	<i>Urbain</i>		<i>Rural</i>		<i>Ensemble</i>	
	N	%	N	%	N	%
Artibonite	111	18.56%	487	81.44%	598	100.0%
Centre	166	28.47%	417	71.53%	583	100.0%
Grand-Anse	112	40.00%	168	60.00%	280	100.0%
Nippes	55	19.71%	224	80.29%	279	100.0%
Nord	166	31.32%	364	68.68%	530	100.0%
Nord-Est	57	18.51%	251	81.49%	308	100.0%
Nord-Ouest	301	22.15%	1058	77.85%	1359	100.0%
Sud	155	15.14%	869	84.86%	1024	100.0%
Sud-Est	85	22.02%	301	77.98%	386	100.0%
Ensemble	1208	22.59%	4139	77.41%	5347	100.0%

Tableau A.2. Répartition de la population par groupe d'âge et par sexe

	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Ensemble</i>	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>	<i>Ensemble</i>
0-4	3163	3075	6238	26%	21%	23%
5-9	1591	1523	3114	13%	10%	12%
10-14	1162	1123	2285	10%	8%	9%
15-19	936	1318	2254	8%	9%	8%
20-24	757	1710	2467	6%	12%	9%
25-29	875	1599	2474	7%	11%	9%
30-34	887	1165	2052	7%	8%	8%
35-39	757	886	1643	6%	6%	6%
40-44	529	507	1036	4%	3%	4%
45-49	443	375	818	4%	3%	3%
50-54	310	347	657	3%	2%	2%
55-59	233	253	486	2%	2%	2%

60 ans et +	588	661	1249	5%	5%	5%
Ensemble	12231	14542	26773	100%	100%	100%

Tableau A3. Taille moyenne des ménages, par milieu

	<i>Urbain</i>	<i>Rural</i>	<i>Ensemble</i>
Artibonite	5.40	5.34	5.35
Centre	5.79	5.80	5.80
Grand-Anse	6.03	5.74	5.86
Nippes	6.00	5.14	5.33
Nord	6.21	5.72	5.88
Nord-Est	5.86	5.78	5.79
Nord-Ouest	5.90	5.72	5.76
Sud	6.11	5.82	5.87
Sud-Est	4.91	5.96	5.76
Ensemble	5.87	5.70	5.74

Annexe B. Caractéristiques socio-économiques des enquêtés

Tableau B1. Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques

	<i>Homme</i>		<i>Femme</i>		<i>Ensemble</i>	
	N	%	N	%	N	%
Age						
15-19	936	18.06%	1318	17.43%	2254	17.69%
20-24	757	14.60%	1710	22.62%	2467	19.36%
25-29	875	16.88%	1599	21.15%	2474	19.41%
30-34	887	17.11%	1165	15.41%	2052	16.10%
35-39	757	14.60%	886	11.72%	1643	12.89%
40-44	529	10.20%	507	6.71%	1036	8.13%
45-49	443	8.55%	375	4.96%	818	6.42%
Ensemble	5184	100.0%	7560	100.0%	12744	100.0%
Milieu						

Urbain	1229	23.71%	1777	23.51%	3006	23.59%
Rural	3955	76.29%	5783	76.49%	9738	76.41%
Ensemble	5184	100.0%	7560	100.0%	12744	100.0%
Education						
Aucun	1087	20.97%	1670	22.09%	2757	21.63%
Ecole Primaire	1360	26.23%	2326	30.77%	3686	28.92%
Ecole secondaire et plus	2716	52.39%	3518	46.53%	6234	48.92%
Autres	21	0.41%	46	0.61%	67	0.53%
Ensemble	5184	100.0%	7560	100.0%	12744	100.0%
Etat Matrimonial						
Celibataire	2079	40.10%	2932	38.78%	5011	39.32%
Marie/Vie maritale	1969	37.98%	3015	39.88%	4984	39.11%
Unionlibre/concubinage/Place	1127	21.74%	1482	19.60%	2609	20.47%
Divorce/Separe	5	0.10%	77	1.02%	82	0.64%
Veuf/veuve	4	0.08%	54	0.71%	58	0.46%
Ensemble	5184	100.0%	7560	100.0%	12744	100.0%
Departements						
Artibonite						
Centre						
Grand'Anse						
Nippes						
Nord						
Nord-Est						
Nord-Ouest						
Sud						
Sud-Est						
Ensemble						

Annexe C. Désir d'enfants supplémentaires

Tableau C1. Répartition en pourcentage des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, par désir d'enfants supplémentaires par département

	<i>Ne voulait pas attendre</i>		<i>Moins de 2 ans</i>		<i>Plus de 2 ans</i>		<i>Ne veut pas</i>		<i>Pas encore décidé</i>		<i>Infertile</i>		Ensemble	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Département														

Artibonite	31	5.86%	2	.38%	69	13.04%	145	27.41%	271	51.23%	11	2.08%	529	100.0%
Centre	58	11.22%	4	.77%	66	12.77%	133	25.73%	244	47.20%	12	2.32%	517	100.0%
Grand-Anse	11	5.21%	4	1.90%	23	10.90%	68	32.23%	104	49.29%	1	0.47%	211	100.0%
Nippes	17	7.66%	0	NA	27	12.16%	74	33.33%	99	44.59%	5	2.25%	222	100.0%
Nord	43	9.05%	2	.42%	52	10.95%	139	29.26%	228	48.00%	11	2.32%	475	100.0%
Nord-Est	17	5.99%	2	.70%	36	12.68%	90	31.69%	134	47.18%	5	1.76%	284	100.0%
Nord-Ouest	79	6.38%	14	1.13%	160	12.92%	315	25.44%	639	51.62%	31	2.50%	1238	100.0%
Sud	62	9.24%	16	2.38%	93	13.86%	265	39.49%	225	33.53%	10	1.49%	671	100.0%
Sud-Est	20	5.83%	3	.87%	34	9.91%	103	30.03%	178	51.90%	5	1.46%	343	100.0%
Milieu														
Urbain	68	6.99%	13	1.34%	172	17.68%	284	29.19%	402	41.32%	34	3.49%	973	100.0%
Rural	270	7.68%	34	0.97%	388	11.03%	1048	29.80%	1720	48.91%	57	1.62%	3517	100.0%
Niveau d'instruction														
Aucun	106	9.04%	11	0.94%	81	6.91%	447	38.14%	487	41.55%	40	3.41%	1172	100.0%
Ecole Primaire	129	8.87%	18	1.24%	177	12.16%	486	33.40%	617	42.41%	28	1.92%	1455	100.0%
Ecole Secondaire	99	5.78%	18	1.05%	284	16.58%	356	20.78%	940	54.87%	16	0.93%	1713	100.0%
Ecole préparatoire	0	0.00%	0	0.00%	7	17.95%	13	33.33%	18	46.15%	1	2.56%	39	100.0%
Enseignement Supérieur	2	2.50%	0	0.00%	8	10.00%	20	25.00%	47	58.75%	3	3.75%	80	100.0%
Autres	2	6.45%	0	0.00%	3	9.68%	10	32.26%	13	41.94%	3	9.68%	31	100.0%
Quintile du niveau de vie														
1er Quintile	87	9.68%	9	1.00%	147	16.35%	262	29.14%	372	41.38%	22	2.45%	899	100.0%
2ème Quintile	70	7.86%	13	1.46%	131	14.70%	263	29.52%	386	43.32%	28	3.14%	891	100.0%
3ème Quintile	49	5.52%	12	1.35%	120	13.53%	290	32.69%	402	45.32%	14	1.58%	887	100.0%
4ème Quintile	77	8.39%	8	0.87%	93	10.13%	269	29.30%	461	50.22%	10	1.09%	918	100.0%
5ème Quintile	55	6.15%	5	0.56%	69	7.71%	248	27.71%	501	55.98%	17	1.90%	895	100.0%
Ensemble	338	7.53%	47	1.05%	560	12.47%	1332	29.67%	2122	47.26%	91	2.03%	4490	100.0%

Annexe D. Prévalence contraceptive moderne

Tableau D1. Prévalence contraceptive actuelle moderne au sein des femmes en union

	<i>Oui</i>		<i>Non</i>		<i>Ensemble</i>	
	N	%	N	%	N	%
Departement						
Artibonite	133	25.48%	389	74.52%	522	100.0%
Centre	144	28.29%	365	71.71%	509	100.0%
Grand-Anse	53	25.73%	153	74.27%	206	100.0%
Nippes	85	38.46%	136	61.54%	221	100.0%
Nord	147	31.61%	318	68.39%	465	100.0%

Nord-Est	87	31.29%	191	68.71%	278	100.0%
Nord-Ouest	275	22.60%	942	77.40%	1217	100.0%
Sud	175	23.43%	572	76.57%	747	100.0%
Sud-Est	78	23.49%	254	76.51%	332	100.0%
Milieu						
Urbain	242	24.54%	744	75.46%	986	100.0%
Rural	935	26.63%	2576	73.37%	3511	100.0%
Education						
Aucun	365	24.56%	1121	75.44%	1486	100.0%
Ecole Primaire	334	27.67%	873	72.33%	1207	100.0%
Ecole Secondaire	463	26.83%	1263	73.17%	1726	100.0%
Autres	10	21.74%	36	78.26%	46	100.0%
Quintile du niveau de vie						
1er Quintile	182	19.93%	731	80.07%	913	100.0%
2ème Quintile	276	29.39%	663	70.61%	939	100.0%
3ème Quintile	278	30.58%	631	69.42%	909	100.0%
4ème Quintile	232	26.36%	648	73.64%	880	100.0%
5ème Quintile	207	24.79%	628	75.21%	835	100.0%
Ensemble	1177	26.17%	3320	73.83%	4497	100.0%

Annexe E. Utilisation d'une méthode quelconque de contraception

Tableau E1. Utilisation d'une méthode quelconque de contraception

	<i>Oui</i>		<i>Non</i>		<i>Ensemble</i>	
	N	%	N	%	N	%
Département						
Artibonite	187	33.51%	371	66.49%	558	100.0%
Centre	215	38.39%	345	61.61%	560	100.0%
Grand-Anse	92	37.40%	154	62.60%	246	100.0%
Nippes	125	49.21%	129	50.79%	254	100.0%
Nord	220	40.59%	322	59.41%	542	100.0%
Nord-Est	123	40.33%	182	59.67%	305	100.0%
Nord-Ouest	393	32.06%	833	67.94%	1226	100.0%
Sud	304	33.22%	611	66.78%	915	100.0%
Sud-Est	118	35.76%	212	64.24%	330	100.0%
Milieu						
Urbain	398	33.76%	781	66.24%	1179	100.0%

Rural	1379	36.70%	2378	63.30%	3757	100.0%
Niveau d'instruction						
Aucun	382	37.27%	643	62.73%	1025	100.0%
Ecole Primaire	576	36.99%	981	63.01%	1557	100.0%
Ecole Secondaire	773	34.93%	1440	65.07%	2213	100.0%
Ecole préparatoire	15	25.00%	45	75.00%	60	100.0%
Enseignement Supérieur	23	38.98%	36	61.02%	59	100.0%
Autres	8	36.36%	14	63.64%	22	100.0%
Ensemble	1777	36.00%	3159	64.00%	4936	100.0%
Quintile du niveau de vie						
1er Quintile	424	39.30%	655	60.70%	1079	100.0%
2ème Quintile	392	38.89%	616	61.11%	1008	100.0%
3ème Quintile	377	36.18%	665	63.82%	1042	100.0%
4ème Quintile	353	34.99%	656	65.01%	1009	100.0%
5ème Quintile	231	28.95%	567	71.05%	798	100.0%
Ensemble	1777	36.00%	3159	64.00%	4936	100.0%

Annexe F. Soins prénatales et accouchement

Tableau F.1. Proportion de femmes ayant effectué au moins 4 visites prénatales auprès d'un professionnel de santé à la dernière grossesse survenue au cours des 24 derniers mois.

	<i>0</i>		<i>1 à 3</i>		<i>4 et plus</i>		<i>Ensemble</i>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Département								
Artibonite	29	9.29%	80	25.64%	203	65.06%	312	100.0%
Centre	64	12.83%	116	23.25%	319	63.93%	499	100.0%
Grand-Anse	32	19.75%	34	20.99%	96	59.26%	162	100.0%
Nippes	34	21.12%	43	26.71%	84	52.17%	161	100.0%
Nord	53	13.95%	87	22.89%	240	63.16%	380	100.0%
Nord-Est	39	19.90%	45	22.96%	112	57.14%	196	100.0%
Nord-Ouest	97	12.33%	179	22.74%	511	64.93%	787	100.0%
Sud	107	20.38%	145	27.62%	273	52.00%	525	100.0%
Sud-Est	38	16.38%	67	28.88%	127	54.74%	232	100.0%
Ensemble	493	15.15%	796	24.46%	1965	60.39%	3254	100.0%
Milieu								

Urbain	122	16.97%	167	23.23%	430	59.81%	719	100.0%
Rural	371	14.64%	629	24.81%	1535	60.55%	2535	100.0%
Ensemble	493	15.15%	796	24.46%	1965	60.39%	3254	100.0%
Statut de l'établissement de santé								
RBF+assistance technique	178	15.10%	276	23.41%	725	61.49%	1179	100.0%
Assistance technique seulement	185	15.02%	307	24.92%	740	60.06%	1232	100.0%
Groupe contrôle	130	15.42%	213	25.27%	500	59.31%	843	100.0%
Ensemble	493	15.15%	796	24.46%	1965	60.39%	3254	100.0%
Niveau d'instruction								
Aucun	234	21.04%	265	23.83%	613	55.13%	1112	100.0%
Ecole Primaire	126	14.11%	219	24.52%	548	61.37%	893	100.0%
Ecole Secondaire et plus	127	10.52%	295	24.44%	785	65.04%	1207	100.0%
Autres	3	13.04%	8	34.78%	12	52.17%	23	100.0%
Ensemble	490	15.15%	787	24.33%	1958	60.53%	3235	100.0%
Quintile du niveau de vie								
1er Quintile	154	26.55%	131	22.59%	295	50.86%	580	100.0%
2ème Quintile	92	14.89%	142	22.98%	384	62.14%	618	100.0%
3ème Quintile	90	13.60%	172	25.98%	400	60.42%	662	100.0%
4ème Quintile	67	9.61%	176	25.25%	454	65.14%	697	100.0%
5ème Quintile	87	12.78%	169	24.82%	425	62.41%	681	100.0%
Ensemble	490	15.13%	790	24.40%	1958	60.47%	3238	100.0%

Tableau F.2. Pourcentage de femmes dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal

	<i>Oui</i>		<i>Non</i>		<i>Ensemble</i>	
	N	%	N	%	N	%
Département						
Artibonite	241	77.24%	71	22.76%	312	100.0%
Centre	385	77.15%	114	22.85%	499	100.0%
Grand-Anse	116	71.60%	46	28.40%	162	100.0%
Nippes	113	70.19%	48	29.81%	161	100.0%
Nord	287	75.53%	93	24.47%	380	100.0%
Nord-Est	151	77.04%	45	22.96%	196	100.0%
Nord-Ouest	587	74.59%	200	25.41%	787	100.0%
Sud	365	69.52%	160	30.48%	525	100.0%
Sud-Est	165	71.12%	67	28.88%	232	100.0%
Ensemble	2410	74.06%	844	25.94%	3254	100.0%
Milieu						
Urbain	554	77.05%	165	22.95%	719	100.0%
Rural	1856	73.21%	679	26.79%	2535	100.0%
Ensemble	2410	74.06%	844	25.94%	3254	100.0%

Statut de l'établissement de santé						
RBF + assistance technique	884	74.98%	295	25.02%	1179	100.0%
Assistance technique seulement	923	74.92%	309	25.08%	1232	100.0%
Groupe contrôle	603	71.53%	240	28.47%	843	100.0%
Ensemble	2410	74.06%	844	25.94%	3254	100.0%
Niveau d'instruction						
Aucun	763	68.62%	349	31.38%	1112	100.0%
Ecole Primaire	680	76.15%	213	23.85%	893	100.0%
Ecole Secondaire et plus	933	77.30%	274	22.70%	1207	100.0%
Autres	20	86.96%	3	13.04%	23	100.0%
Ensemble	2396	74.06%	839	25.94%	3235	100.0%
Quintile du niveau de vie						
1er Quintile	308	53.10%	272	46.90%	580	100.0%
2ème Quintile	454	73.46%	164	26.54%	618	100.0%
3ème Quintile	518	78.25%	144	21.75%	662	100.0%
4ème Quintile	567	81.35%	130	18.65%	697	100.0%
5ème Quintile	552	81.06%	129	18.94%	681	100.0%
Ensemble	2399	74.09%	839	25.91%	3238	100.0%

Tableau F.3. Proportion de femmes ayant bénéficié de l'assistance d'un professionnel de santé au dernier accouchement survenu au cours des 24 derniers mois

	<i>Oui</i>		<i>Non</i>		<i>Ensemble</i>	
	N	%	N	%	N	%
Département						
Artibonite	155	54.77%	128	45.23%	283	100.0%
Centre	246	68.52%	113	31.48%	359	100.0%
Grand-Anse	46	47.42%	51	52.58%	97	100.0%
Nippes	54	56.25%	42	43.75%	96	100.0%
Nord	142	56.80%	108	43.20%	250	100.0%
Nord-Est	53	43.80%	68	56.20%	121	100.0%
Nord-Ouest	289	47.38%	321	52.62%	610	100.0%
Sud	148	44.58%	184	55.42%	332	100.0%
Sud-Est	59	38.56%	94	61.44%	153	100.0%
Ensemble	1192	51.80%	1109	48.20%	2301	100.0%
Milieu						
Urbain	283	58.71%	199	41.29%	482	100.0%
Rural	909	49.97%	910	50.03%	1819	100.0%
Ensemble	1192	51.80%	1109	48.20%	2301	100.0%
Statut de l'établissement de santé						

RBF + assistance technique	442	53.97%	377	46.03%	819	100.0%
Assistance technique seulement	468	53.61%	405	46.39%	873	100.0%
Groupe contrôle	282	46.31%	327	53.69%	609	100.0%
Ensemble	1192	51.80%	1109	48.20%	2301	100.0%
Niveau d'instruction						
Aucun	346	43.63%	447	56.37%	793	100.0%
Ecole Primaire	307	48.65%	324	51.35%	631	100.0%
Ecole Secondaire et plus	522	61.41%	328	38.59%	850	100.0%
Autres	8	47.06%	9	52.94%	17	100.0%
Ensemble	1183	51.64%	1108	48.36%	2291	100.0%
Quintile du niveau de vie						
1er Quintile	141	32.12%	298	67.88%	439	100.0%
2ème Quintile	218	46.28%	253	53.72%	471	100.0%
3ème Quintile	257	52.24%	235	47.76%	492	100.0%
4ème Quintile	288	59.63%	195	40.37%	483	100.0%
5ème Quintile	282	68.95%	127	31.05%	409	100.0%
Ensemble	1186	51.70%	1108	48.30%	2294	100.0%

Tableau F.4. Proportion de femmes dont le dernier accouchement s'est déroulé dans une IS au cours des 24 derniers mois

	<i>Oui</i>		<i>Non</i>		<i>Ensemble</i>	
	N	%	N	%	N	%
Département						
Artibonite	134	47.35%	149	52.65%	283	100.0%
Centre	234	65.18%	125	34.82%	359	100.0%
Grand-Anse	38	39.18%	59	60.82%	97	100.0%
Nippes	42	43.75%	54	56.25%	96	100.0%
Nord	122	48.80%	128	51.20%	250	100.0%
Nord-Est	43	35.54%	78	64.46%	121	100.0%
Nord-Ouest	252	41.31%	358	58.69%	610	100.0%
Sud	124	37.35%	208	62.65%	332	100.0%
Sud-Est	47	30.72%	106	69.28%	153	100.0%
Ensemble	1036	45.02%	1265	54.98%	2301	100.0%
Milieu						
Urbain	256	53.11%	226	46.89%	482	100.0%
Rural	780	42.88%	1039	57.12%	1819	100.0%
Ensemble	1036	45.02%	1265	54.98%	2301	100.0%

Statut de l'établissement de santé						
RBF + assistance technique	392	47.86%	427	52.14%	819	100.0%
Assistance technique seulement	413	47.31%	460	52.69%	873	100.0%
Groupe contrôle	231	37.93%	378	62.07%	609	100.0%
Ensemble	1036	45.02%	1265	54.98%	2301	100.0%
Niveau d'instruction						
Aucun	284	35.81%	509	64.19%	793	100.0%
Ecole Primaire	270	42.79%	361	57.21%	631	100.0%
Ecole Secondaire et plus	467	54.94%	383	45.06%	850	100.0%
Autres	6	35.29%	11	64.71%	17	100.0%
Ensemble	1027	44.83%	1264	55.17%	2291	100.0%
Quintile du niveau de vie						
1er Quintile	117	26.65%	322	73.35%	439	100.0%
2ème Quintile	179	38.00%	292	62.00%	471	100.0%
3ème Quintile	221	44.92%	271	55.08%	492	100.0%
4ème Quintile	257	53.21%	226	46.79%	483	100.0%
5ème Quintile	256	62.59%	153	37.41%	409	100.0%
Ensemble	1030	44.90%	1264	55.10%	2294	100.0%

Annexe G. Soins Postnatales

Tableau G.1. Proportion de femmes ayant eu recours aux soins postnatals après l'issue de la dernière grossesse survenue au cours des 24 derniers mois

	<i>Oui</i>		<i>Non</i>		<i>Pas de réponse</i>		<i>Ensemble</i>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Département								
Artibonite	130	41.67%	159	50.96%	23	7.37%	312	100.0%
Centre	247	49.50%	132	26.45%	120	24.05%	499	100.0%
Grand-Anse	63	38.89%	45	27.78%	54	33.33%	162	100.0%
Nippes	49	30.43%	56	34.78%	56	34.78%	161	100.0%
Nord	157	41.32%	107	28.16%	116	30.53%	380	100.0%
Nord-Est	62	31.63%	66	33.67%	68	34.69%	196	100.0%
Nord-Ouest	355	45.11%	288	36.59%	144	18.30%	787	100.0%
Sud	177	33.71%	188	35.81%	160	30.48%	525	100.0%

Sud-Est	84	36.21%	77	33.19%	71	30.60%	232	100.0%
Ensemble	1324	40.69%	1118	34.36%	812	24.95%	3254	100.0%
Milieu								
Urbain	293	40.75%	225	31.29%	201	27.96%	719	100.0%
Rural	1031	40.67%	893	35.23%	611	24.10%	2535	100.0%
Ensemble	1324	40.69%	1118	34.36%	812	24.95%	3254	100.0%
Statut de l'établissement de santé								
RBF + assistance technique	480	40.71%	396	33.59%	303	25.70%	1179	100.0%
Assistance technique seulement	510	41.40%	422	34.25%	300	24.35%	1232	100.0%
Groupe contrôle	334	39.62%	300	35.59%	209	24.79%	843	100.0%
Ensemble	1324	40.69%	1118	34.36%	812	24.95%	3254	100.0%
Niveau d'instruction								
Aucun	435	21.46%	394	19.44%	1198	59.10%	2027	100.0%
Ecole Primaire	346	23.24%	328	22.03%	815	54.73%	1489	100.0%
Ecole Secondaire et plus	525	25.44%	384	18.60%	1155	55.96%	2064	100.0%
Autres	8	15.69%	9	17.65%	34	66.67%	51	100.0%
Ensemble	1314	23.34%	1115	19.80%	3202	56.86%	5631	100.0%
Quintile du niveau de vie								
1er Quintile	213	18.72%	251	22.06%	674	59.23%	1138	100.0%
2ème Quintile	239	21.24%	246	21.87%	640	56.89%	1125	100.0%
3ème Quintile	242	21.42%	270	23.89%	618	54.69%	1130	100.0%
4ème Quintile	302	26.65%	218	19.24%	613	54.10%	1133	100.0%
5ème Quintile	321	28.56%	130	11.57%	673	59.88%	1124	100.0%
Ensemble	1317	23.31%	1115	19.73%	3218	56.96%	5650	100.0%

Tableau G.2. Répartition (en %) par type de prestataire ayant dispensé les premiers soins postnatals à la mère après la dernière naissance vivante

	<i>Docteur en médecine</i>		<i>Infirmière / sage-femme</i>		<i>Infirmière auxiliaire/sage-femme</i>		<i>Matrone</i>		<i>Autre</i>		<i>Ensemble</i>	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Département												
Artibonite	31	23.85%	40	30.77%	17	13.08%	35	26.92%	9	6.92%	130	100.0%
Centre	77	31.17%	104	42.11%	22	8.91%	35	14.17%	11	4.45%	247	100.0%
Grand-Anse	11	17.46%	25	39.68%	8	12.70%	19	30.16%	0	0.00%	63	100.0%
Nippes	7	14.29%	18	36.73%	4	8.16%	19	38.78%	1	2.04%	49	100.0%
Nord	57	36.31%	41	26.11%	12	7.64%	43	27.39%	4	2.55%	157	100.0%
Nord-Est	12	19.35%	7	11.29%	12	19.35%	29	46.77%	4	6.45%	62	100.0%
Nord-Ouest	74	20.85%	127	35.77%	59	16.62%	86	24.23%	14	3.94%	355	100.0%
Sud	25	14.12%	36	20.34%	30	16.95%	84	47.46%	2	1.13%	177	100.0%
Sud-Est	12	14.29%	16	19.05%	17	20.24%	37	44.05%	3	3.57%	84	100.0%

Ensemble	306	23.11%	414	31.27%	181	13.67%	387	29.23%	48	3.63%	1324	100.0%
Milieu												
Urbain	84	28.67%	120	40.96%	17	5.80%	59	20.14%	13	4.44%	293	100.0%
Rural	222	21.53%	294	28.52%	164	15.91%	328	31.81%	23	2.23%	1031	100.0%
Ensemble	306	23.11%	414	31.27%	181	13.67%	387	29.23%	36	2.72%	1324	100.0%
Statut de l'établissement de santé												
RBF+assistance technique	132	27.50%	131	27.29%	74	15.42%	129	26.88%	14	2.92%	480	100.0%
Assistance technique seulement	105	20.59%	193	37.84%	70	13.73%	132	25.88%	10	1.96%	510	100.0%
Groupe contrôle	69	20.66%	90	26.95%	37	11.08%	126	37.72%	12	3.59%	334	100.0%
Ensemble	306	23.11%	414	31.27%	181	13.67%	387	29.23%	36	2.72%	1324	100.0%
Niveau d'instruction												
Aucun	82	18.85%	130	29.89%	51	11.72%	159	36.55%	13	2.99%	435	100.0%
Ecole Primaire	73	21.10%	92	26.59%	45	13.01%	123	35.55%	13	3.76%	346	100.0%
Ecole Secondaire et plus	146	27.81%	182	34.67%	84	16.00%	103	19.62%	10	1.90%	525	100.0%
Autres	1	12.50%	5	62.50%	1	12.50%	1	12.50%	0	0.00%	8	100.0%
Ensemble	302	22.98%	409	31.13%	181	13.77%	386	29.38%	36	2.74%	1314	100.0%
Quintile du niveau de vie												
1er Quintile	33	15.49%	56	26.29%	62	29.11%	60	28.17%	2	0.94%	213	100.0%
2ème Quintile	32	13.39%	56	23.43%	41	17.15%	102	42.68%	8	3.35%	239	100.0%
3ème Quintile	58	23.97%	77	31.82%	24	9.92%	75	30.99%	8	3.31%	242	100.0%
4ème Quintile	73	24.17%	123	40.73%	20	6.62%	77	25.50%	9	2.98%	302	100.0%
5ème Quintile	109	33.96%	97	30.22%	34	10.59%	72	22.43%	9	2.80%	321	100.0%
Ensemble	305	23.16%	409	31.06%	181	13.74%	386	29.31%	36	2.73%	1317	100.0%

Tableau G.3. Proportion de femmes ayant reçu une supplémentation en fer après l'accouchement

	<i>Oui</i>		<i>Non</i>		<i>Ensemble</i>	
	N	%	N	%	N	%
Département						
Artibonite	85	29.41%	204	70.59%	289	100.0%
Centre	128	33.77%	251	66.23%	379	100.0%
Grand-Anse	41	37.96%	67	62.04%	108	100.0%
Nippes	27	25.71%	78	74.29%	105	100.0%
Nord	100	37.88%	164	62.12%	264	100.0%
Nord-Est	31	24.22%	97	75.78%	128	100.0%

Nord-Ouest	141	21.93%	502	78.07%	643	100.0%
Sud	104	28.49%	261	71.51%	365	100.0%
Sud-Est	34	21.12%	127	78.88%	161	100.0%
Ensemble	691	28.30%	1751	71.70%	2442	100.0%
Milieu						
Urbain	151	29.15%	367	70.85%	518	100.0%
Rural	540	28.07%	1384	71.93%	1924	100.0%
Ensemble	691	28.30%	1751	71.70%	2442	100.0%
Statut de l'établissement de santé						
RBF + assistance technique	268	30.59%	608	69.41%	876	100.0%
Assistance technique seulement	240	25.75%	692	74.25%	932	100.0%
Groupe contrôle	183	28.86%	451	71.14%	634	100.0%
Ensemble	691	28.30%	1751	71.70%	2442	100.0%
Niveau d'instruction						
Aucun	216	26.06%	613	73.94%	829	100.0%
Ecole Primaire	156	23.15%	518	76.85%	674	100.0%
Ecole Secondaire et plus	307	33.77%	602	66.23%	909	100.0%
Autres	3	17.65%	14	82.35%	17	100.0%
Ensemble	682	28.08%	1747	71.92%	2429	100.0%
Quintile du niveau de vie						
1er Quintile	93	20.04%	371	79.96%	464	100.0%
2ème Quintile	101	20.82%	384	79.18%	485	100.0%
3ème Quintile	129	25.20%	383	74.80%	512	100.0%
4ème Quintile	166	31.92%	354	68.08%	520	100.0%
5ème Quintile	196	43.46%	255	56.54%	451	100.0%
Ensemble	685	28.17%	1747	71.83%	2432	100.0%

Tableau G.4. Proportion de femmes ayant reçu une supplémentation en vitamine A deux mois après l'accouchement

	<i>Oui</i>		<i>Non</i>		<i>Ensemble</i>	
	N	%	N	%	N	%
Département						
Artibonite	74	25.61%	215	74.39%	289	100.0%
Centre	114	30.08%	265	69.92%	379	100.0%
Grand-Anse	32	29.63%	76	70.37%	108	100.0%
Nippes	20	19.05%	85	80.95%	105	100.0%
Nord	89	33.71%	175	66.29%	264	100.0%

Nord-Est	28	21.88%	100	78.13%	128	100.0%
Nord-Ouest	189	29.39%	454	70.61%	643	100.0%
Sud	78	21.37%	287	78.63%	365	100.0%
Sud-Est	32	19.88%	129	80.12%	161	100.0%
Ensemble	656	26.86%	1786	73.14%	2442	100.0%
Milieu						
Urbain	162	31.27%	356	68.73%	518	100.0%
Rural	494	25.68%	1430	74.32%	1924	100.0%
Ensemble	656	26.86%	1786	73.14%	2442	100.0%
Statut de l'établissement de santé						
RBF+assistance technique	241	27.51%	635	72.49%	876	100.0%
Assistance technique seulement	243	26.07%	689	73.93%	932	100.0%
Groupe contrôle	172	27.13%	462	72.87%	634	100.0%
Ensemble	656	26.86%	1786	73.14%	2442	100.0%
Niveau d'instruction						
Aucun	212	25.57%	617	74.43%	829	100.0%
Ecole Primaire	170	25.22%	504	74.78%	674	100.0%
Ecole Secondaire et plus	260	28.60%	649	71.40%	909	100.0%
Autres	7	41.18%	10	58.82%	17	100.0%
Ensemble	649	26.72%	1780	73.28%	2429	100.0%
Quintile du niveau de vie						
1er Quintile	100	21.55%	364	78.45%	464	100.0%
2eme Quintile	128	26.39%	357	73.61%	485	100.0%
3eme Quintile	117	22.85%	395	77.15%	512	100.0%
4eme Quintile	157	30.19%	363	69.81%	520	100.0%
5eme Quintile	150	33.26%	301	66.74%	451	100.0%
Ensemble	652	26.81%	1780	73.19%	2432	100.0%

Annexe H. Santé des Enfants (< 5 ans)

Tableau H.1. Proportion d'enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins du Programme Elargi de Vaccination

	Oui		Non		Total	
	N	%	N	%	N	%
Département						
Artibonite	54	37,1%	80	62,9%	134	100,0%
Centre	72	49,6%	63	50,4%	135	100,0%
Grand-Anse	28	40,0%	41	60,0%	69	100,0%
Nippes	21	29,0%	45	71,0%	66	100,0%

Nord	78	56,6%	57	43,4%	135	100,0%
Nord-Est	49	46,2%	50	53,8%	99	100,0%
Nord-Ouest	179	46,9%	194	53,1%	373	100,0%
Sud	81	29,7%	189	70,3%	270	100,0%
Sud-Est	58	54,5%	37	45,5%	95	100,0%
Milieu de résidence						
Urbain	155	44,0%	188	56,0%	343	100,0%
Rural	465	42,6%	568	57,4%	1033	100,0%
Statut de l'établissement de santé						
RBF+assistance technique	258	44,3%	301	55,7%	559	100,0%
Assistance technique seulement	205	40,6%	283	59,4%	488	100,0%
Groupe contrôle	157	44,2%	172	55,8%	329	100,0%
Niveau d'instruction						
Aucun	185	39,0%	289	61,0%	474	100,0%
Ecole Primaire	165	42,6%	222	57,4%	387	100,0%
Ecole Secondaire et plus	248	52,0%	229	48,0%	477	100,0%
Autres	11	57,9%	8	42,1%	19	100,0%
Niveau de vie						
1er Quintile	115	46,8%	130	53,2%	245	100,0%
2ème Quintile	129	44,4%	160	55,6%	289	100,0%
3ème Quintile	128	42,4%	173	57,6%	301	100,0%
4ème Quintile	124	44,5%	150	55,5%	274	100,0%
5ème Quintile	117	47,5%	139	52,5%	256	100,0%
Ensemble	613	42,9%	752	57,1%	1365	100,0%
<i>Oui</i>	<i>Non</i>			<i>Ensemble</i>		

Tableau H.2. Proportion d'enfants de moins de cinq ans ayant reçu une supplémentation en vitamine A

	<i>Oui</i>		<i>Non</i>		<i>Ensemble</i>	
	N	%	N	%	N	%
Département						
Artibonite	88	25.96%	251	74.04%	339	100.0%
Centre	102	24.40%	316	75.60%	418	100.0%
Grand-Anse	63	33.33%	126	66.67%	189	100.0%
Nippes	51	26.56%	141	73.44%	192	100.0%
Nord	110	30.22%	254	69.78%	364	100.0%

Nord-Est	71	29.10%	173	70.90%	244	100.0%
Nord-Ouest	231	26.83%	630	73.17%	861	100.0%
Sud	225	27.78%	585	72.22%	810	100.0%
Sud-Est	68	26.67%	187	73.33%	255	100.0%
Ensemble	1009	27.48%	2663	72.52%	3672	100.0%
Milieu						
Urbain	271	32.03%	575	67.97%	846	100.0%
Rural	738	26.11%	2088	73.89%	2826	100.0%
Ensemble	1009	27.48%	2663	72.52%	3672	100.0%
Statut de l'établissement de santé						
RBF+assistance technique	371	27.12%	997	72.88%	1368	100.0%
Assistance technique seulement	403	28.77%	998	71.23%	1401	100.0%
Groupe contrôle	235	26.02%	668	73.98%	903	100.0%
Ensemble	1009	27.48%	2663	72.52%	3672	100.0%
Niveau d'instruction						
Aucun	331	25.46%	969	74.54%	1300	100.0%
Ecole Primaire	279	29.09%	680	70.91%	959	100.0%
Ecole Secondaire et plus	371	28.43%	934	71.57%	1305	100.0%
Autres	13	30.95%	29	69.05%	42	100.0%
Ensemble	994	27.57%	2612	72.43%	3606	100.0%
Quintile du niveau de vie						
1er Quintile	182	24.56%	559	75.44%	741	100.0%
2eme Quintile	219	28.78%	542	71.22%	761	100.0%
3eme Quintile	184	24.83%	557	75.17%	741	100.0%
4eme Quintile	215	29.13%	523	70.87%	738	100.0%
5eme Quintile	201	30.00%	469	70.00%	670	100.0%
Ensemble	1001	27.42%	2650	72.58%	3651	100.0%

Tableau H.3. Proportion des enfants de moins de 5 (taille pour âge en-dessous de 2ET)

	<i>Taille pour âge en dessous -2ET</i>	
	N	%
Département		
Artibonite	446	29.06%
Centre	321	18.82%
Grand-Anse	190	25.30%
Nippes	141	20.26%
Nord	463	34.04%
Nord-Est	224	26.14%
Nord-Ouest	740	19.60%
Sud	301	15.73%
Sud-Est	273	24.16%
Ensemble	3099	22.58%

Milieu		
Urbain	696	19.51%
Rural	2403	23.66%
Ensemble	3099	22.58%
Statut de l'établissement de santé		
RBF + assistance technique	1093	21.55%
Assistance technique seulement	1038	20.58%
Groupe contrôle	968	26.81%
Ensemble	3099	22.58%
Niveau d'instruction		
Aucun	1098	22.07%
Ecole Primaire	896	23.96%
Ecole Secondaire et plus	1057	21.87%
Autres	48	31.37%
Ensemble	3099	22.62%
Quintile du niveau de vie		
1er Quintile	454	20.29%
2ème Quintile	626	20.97%
3ème Quintile	663	23.81%
4ème Quintile	700	23.53%
5ème Quintile	655	23.91%
Ensemble	3098	22.58%

Tableau H.4. Proportion des enfants de moins de 5 (poids pour âge en dessous de 2ET)

	<i>Poids pour âge en dessous -2ET</i>	
	N	%
Département		
Artibonite	201	13.09%
Centre	178	10.43%
Grand-Anse	80	10.65%
Nippes	72	10.34%
Nord	130	9.56%
Nord-Est	117	13.65%
Nord-Ouest	451	11.94%
Sud	280	14.63%
Sud-Est	150	13.27%
Ensemble	1659	12.09%
Milieu		
Urbain	292	8.19%
Rural	1367	13.46%
Ensemble	1659	12.09%
Statut de l'établissement de santé		

RBF + assistance technique	566	11.16%
Assistance technique seulement	629	12.47%
Groupe contrôle	464	12.85%
Ensemble	1659	12.09%
Niveau d'instruction		
Aucun	644	12.94%
Ecole Primaire	505	13.51%
Ecole Secondaire et plus	479	9.91%
Autres	31	20.26%
Ensemble	1659	12.11%
Quintile du niveau de vie		
1er Quintile	346	15.46%
2ème Quintile	329	11.02%
3ème Quintile	259	9.30%
4ème Quintile	354	11.90%
5ème Quintile	371	13.54%
Ensemble	1659	12.09%

Tableau H.5. Proportion des enfants de moins de 5 (poids pour taille en dessous de 2ET)

	<i>Poids pour taille en dessous de 2ET</i>	
	N	%
Département		
Artibonite	227	14.79%
Centre	295	17.29%
Grand-Anse	79	10.52%
Nippes	53	7.61%
Nord	109	8.01%
Nord-Est	127	14.82%
Nord-Ouest	435	11.52%
Sud	276	14.42%
Sud-Est	124	10.97%
Ensemble	1725	12.57%
Milieu		
Urbain	330	9.25%
Rural	1395	13.73%
Ensemble	1725	12.57%
Statut de l'établissement de santé		
RBF + assistance technique	572	11.28%
Assistance technique seulement	732	14.51%
Groupe contrôle	421	11.66%
Ensemble	1725	12.57%
Niveau d'instruction		

Aucun	642	12.90%
Ecole Primaire	489	13.08%
Ecole Secondaire et plus	566	11.71%
Autres	28	18.30%
Ensemble	1725	12.59%
Quintile du niveau de vie		
1er Quintile	351	15.68%
2eme Quintile	391	13.10%
3eme Quintile	273	9.81%
4eme Quintile	396	13.31%
5eme Quintile	314	11.46%
Ensemble	1725	12.57%

Annexe I. Tableau de Bord des Indicateurs Principaux par Département

Tableau I.1. Tableau de Bord – Couverture en soins infantiles et maternels et accès financier

	<i>Ensemble</i>	<i>Artibonite</i>	<i>Centre</i>	<i>Grand' Anse</i>	<i>Nippes</i>	<i>Nord</i>	<i>Nord-Est</i>	<i>Nord-Ouest</i>	<i>Sud</i>	<i>Sud-Est</i>	<i>EMMUS</i>	<i>PAB</i>
Accès financier aux services de santé												
DCS	5.3%	8.4%	3.6%	2.5%	3.7%	3.5%	5.4%	6.6%	5.4%	3.7%	N/A	N/A
Barrières financières aux soins CPN	7%	11%	8%	0%	5%	6%	2%	9%	6%	1%	N/A	N/A
Planification Familiale												
Besoin Non Satisfait	16%	17%	13%	14%	9%	13%	13%	26%	23%	14%	35%	22%
Prévalence contraceptive moderne	26%	25%	28%	26%	38%	32%	31%	23%	23%	23%	31%	
Prévalence contra-ceptive quelconque	36%	34%	38%	37%	49%	41%	40%	32%	33%	36%	36%	
Soins Prénatals et Accouchements												
4 Visites prénatale	60%	65%	64%	59%	52%	63%	57%	65%	52%	55%	67%	40%
Femmes protégés par le tétanos néo.	74%	77%	77%	72%	70%	76%	77%	75%	70%	71%	76%	N/D
Accouchement avec professionnel de santé	52%	55%	69%	47%	56%	57%	44%	47%	45%	39%	37%	51%
Accouchement institutionnel	45%	47%	65%	39%	44%	49%	36%	41%	37%	31%	36%	N/D
Soins Postnatals												
Couverture des soins postnatals	41%	42%	49%	39%	30%	41%	32%	45%	34%	36%	N/D	N/D
% des femmes ayant reçu du fer > ac	28%	29%	34%	38%	26%	38%	24%	22%	28%	21%	N/D	N/D
% des femmes ayant reçu vitamine A >ac	27%	26%	30%	30%	19%	34%	22%	29%	21%	20%	46%	N/D
Santé Infantile												
Vaccination complète	43%	37%	50%	40%	29%	57%	46%	47%	30%	55%	45%	
DTP	69%	74%	72%	60%	58%	74%	71%	76%	58%	74%	63%	80%

Vitamine A	27%	26%	24%	33%	27%	30%	29%	27%	28%	27%	44%	63%
Retard de croissance	23%	29%	19%	25%	20%	34%	26%	20%	16%	24%	22%	39%
Insuffisance pondérale	12%	13%	10%	11%	10%	10%	14%	12%	15%	13%	12%	21%

Source : Auteurs ; Non-Disponible : N/D

Tableau I2. Tableau de Bord – Qualité des services de santé infantile et maternelle

	<i>Ensemble</i>	<i>Artibonite</i>	<i>Centre</i>	<i>Grand' Anse</i>	<i>Nippes</i>	<i>Nord</i>	<i>Nord-Est</i>	<i>Nord-Ouest</i>	<i>Sud</i>	<i>Sud-Est</i>	<i>EPSSS</i>
Disponibilité des services de base											
Services de base	25%	32%	15%	20%	10%	42%	55%	24%	15%	23%	
Disponibilité des infrastructures de base											
Electricité	59%	59%	60%	80%	50%	68%	45%	53%	55%	46%	65%
Eau Potable	64%	45%	85%	80%	50%	68%	55%	59%	65%	77%	79%
Transport quelconque	21%	14%	35%	30%	40%	11%	27%	6%	30%	31%	32%
Médicaments de base											
Indice sur Médicaments de base	10%	14%	5%	20%	20%	11%	18%	2%	15%	8%	
Précaution standard pour la prévention des infections											
Eau et savon	45%	33%	63%	44%	30%	47%	45%	30%	62%	42%	44%
Equipements de stérilisation	38%	52%	35%	30%	33%	68%	36%	31%	33%	25%	36%
Incinérateur fonctionnel	21%	18%	30%	10%	30%	16%	45%	27%	8%	23%	N/D
Gestion de base											
Disponibilité de budget	33%	14%	75%	40%	100%	14%	33%	21%	31%	67%	N/D
Disponibilité de plan de travail	31%	5%	20%	40%	40%	53%	45%	22%	48%	15%	N/D
Qualité des services											
Temps de la CPN (min)	128	118	74	117	58	83	137	82	121	680	N/D
Directive sur la CPN	15%	14%	10%	10%	11%	22%	27%	4%	25%	15%	N/D
Vaccin antitétanique	58%	52%	58%	50%	63%	67%	60%	55%	58%	73%	44%
Conseil en nutrition	66%										25%
Conseil sur allaitement exclusif	43%										7%
Satisfaction de la CPN	96%	96%	98%	95%	90%	98%	95%	96%	94%	96%	86%
Directive sur la PCMI	84%	91%	80%	100%	80%	74%	100%	71%	98%	69%	N/D
Les 3 principaux symptômes (CI)	43%										29%
Satisfaction de la CI	77%	83%	81%	87%	85%	86%	87%	86%	84%	77%	N/D
Score de satisfaction du personnel inst.	74%	71%	81%	80%	77%	76%	78%	68%	74%	79%	N/D
Score des connaissances											
Score de satisfaction des ASC	41%	41%	42%	38%	41%	39%	42%	42%	41%	40%	N/D
% absence	6%	5%	4%	8%	23%	7%	4%	2%	11%	5%	N/D

Source : Auteurs. Note : Non-Disponible : N/D