

**Stanley Jean-Baptiste**

Planificateur-économiste

Ministère de la Santé publique et de la Population

Analyse des coûts et des avantages

# Une analyse coût-avantage des **projets d'infrastructures sanitaires**



Design by Etelka Prosper - identitygr@gmail.com





# UNE ANALYSE COUT-AVANTAGE DES PROJETS D'INFRASTRUCTURES SANITAIRES

---

Haïti Priorise

Stanley Jean-Baptiste

*Planificateur-économiste*

*Ministère de la Santé publique et de la Population*

© 2017 Copenhagen Consensus Center

[info@copenhagenconsensus.com](mailto:info@copenhagenconsensus.com)

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

Cet ouvrage a été produit dans le cadre du projet Haïti Priorise.

Ce projet est entrepris avec le soutien financier du gouvernement du Canada. Les opinions et interprétations contenues dans cette publication sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.

**Canada**

Certains droits réservés



Cet ouvrage est disponible sous la licence internationale Creative Commons Attribution 4.0 ([CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)). Selon les termes de la licence Creative Commons Attribution, vous êtes libre de copier, distribuer, transmettre et adapter ce travail, y compris à des fins commerciales, dans les conditions suivantes :

#### Attribution

Veillez citer l'ouvrage comme suit : #NOM DE L'AUTEUR#, #TITRE DU RAPPORT#, Haïti Priorise, Copenhagen Consensus Center, 2017. Licence : Creative Commons Attribution CC BY 4.0.

#### Contenu d'un tiers

Copenhagen Consensus Center ne possède pas nécessairement chaque élément du contenu figurant dans l'ouvrage. Si vous souhaitez réutiliser un élément de l'ouvrage, il est de votre responsabilité de déterminer si l'autorisation est nécessaire pour cette réutilisation et d'obtenir l'autorisation du détenteur des droits d'auteur. Par exemple les tableaux, les illustrations ou les images font partie de ces éléments mais ne s'y limitent pas.

## Résumé académique

Ce document présente l'analyse économique que supporte les investissements de deux projets de santé, l'un qui prévoit de doter les 125 sections communales dépourvues d'institutions d'un centre communautaire de santé (CCS), comme le précise le Paquet Essentiel de Services et l'autre qui prévoit une extension du projet de clinique mobile dans les cinq autres départements ou la mise en place de clinique dans les écoles publiques. L'objectif principal de ces deux projets est d'améliorer l'accès aux soins et services de santé pour le public cible. Ces projets visent à atteindre cet objectif par la mise en place dans les 125 sections qui misera sur l'attention primaire et une attention aux écoliers des écoles publiques de la tranche d'âge de 3-14 ans.

On réalise une analyse coût-avantage pour les principaux avantages espérés de ces projets, qui sont :

- La prévention de la maladie
- La réduction des symptômes de maladies
- La réduction des maladies chroniques
- La réduction de la mortalité

Tous ces avantages permettent de réduire le fardeau de la maladie ou l'Année de Vie Corrigée par le facteur d'Incapacité(AVCI), pour la population qui sera desservie par les CCS et les écoliers. Ensuite, ces avantages sont valorisés par le moyen du PIB per capita pour l'année 2016.

L'analyse portée sur l'ACVI montre que le projet de mise en place des CCS est viable pour un ratio coût-avantage de 4, avec une un taux d'escompte de 5%. Le même constat pour le projet clinique à l'école suivant la stratégie de clinique fixe, un ratio de 3.9 , pour celle de clinique mobile à faible échelle un ratio de 4.7 et 5.6 pour la stratégie à grande échelle.

## Résumé de politiques

L'amélioration à l'accès aux soins de santé est l'un des objectifs que s'est fixé l'Etat haïtien à travers le Plan Stratégique de Développement d'Haïti (PSDH) dans les différents programmes et sous-programmes confiés au secteur de la santé. De ses **11, 078, 033 habitants en 2016**, le Ministère de la Santé n'a pas de chiffre officiel sur la couverture sanitaire en Haïti. Souvent fait-on référence à une couverture de 60%.

Les différents reliefs du pays et l'absence de mise en application de plan d'urbanisation rendent d'autant plus difficiles cette offre dont les ressources sont déjà très maigres. Par contre, sans même parler de relief ou de disposition des habitats, l'accès aux soins reste un sujet préoccupant pour certaines couches de la société. Conscient de ce problème et de l'importance de l'accès universel aux soins de santé, le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) s'est donné comme objectif d'étendre le réseau du système de santé jusqu'à mettre une institution de santé dans chaque section communale du pays, comme étant la porte d'entrée dans le système de santé. Ainsi, le MSPP veut atteindre les 125 sections sur les 570 qui n'ont pas encore d'institutions publiques de santé.

Outre que les centres, le MSPP veut également porter une attention particulière aux enfants à l'école, car bon nombre d'enfants malgré la présence des structure de santé dans les communes ou sections communales n'ont guère accès aux services, faute de moyen, comme rapporté dans l'EMMUS seul un tiers des parents ont recours aux services de santé pour leurs enfants. Dans cette optique, le MSPP en collaboration avec le Ministère de l'Education a lancé en 2014 un projet pilote de cliniques mobiles dans les écoles publiques. Ce projet visait les écoliers de la tranche d'âge de 3 -14 ans, car la prise en charge pour un adolescent de plus de 14 ans devrait se faire au niveau institutionnel selon l'un des responsables du programme de clinique mobile.

D'après le recensement de 2013 du Ministère de l'Education Nationale, 24% des écoles du fondamentale ,1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> cycle (Primaire) et 17% du fondamentale 3<sup>ème</sup> cycle disposeraient d'une infirmerie ou une trousse de premiers soins. Donc un pourcentage de 76% et de 83% (fondamentale 1/2 et 3<sup>ème</sup> cycle respectivement) d'écoliers ne disposent d'aucun recours aux premiers soins en cas de blessures ou malaises divers.

L'objectif de telles interventions est d'améliorer l'accès aux soins de santé de la population rurale et des écoliers des institutions publiques. Deux projets qui visent à atteindre leurs objectifs à partir des ses composantes suivantes :

*Clinique mobile à l'école à faible échelle* : Cette intervention inclue le passage de l'autobus scolaire deux fois par an dans chaque école, avec comme personnel prestataire trois infirmières et un médecin en référence à la phase pilote lancée en 2014

*Clinique mobile à l'école à grande échelle*: Contrairement à la première cette intervention projetée des visites mensuelles avec le même staff pendant les dix mois de classe.

*Clinique fixe à l'école* : le clinique fixe à l'école qui représente l'alternative à cette phase pilote, aura comme staff un docteur qui fera une visite chaque deux semaines et une infirmière sur place durant les jours de classe.

*Les centres communautaires de santé* : L'objectif de cette composante est d'améliorer l'offre et la qualité des services en milieu rural et faire des CCS la porte d'entrée dans le système pour ces communes. Pour ce faire, les CCS proposeront des activités de promotion, de prévention et curatives en incluant des attentions à la mère et le nouveau-né.

Ce travail qui se porte sur les infrastructures sanitaires se veut d'analyser la mise en œuvre de ces deux interventions de santé en ce qui concerne la mise en place des CCS dans les 125 sections dépourvues et l'extension du projet de clinique dans les écoles publiques.

#### *Facteurs relatifs aux interventions*

Durant ces dernières années la construction d'un centre aurait coûté en moyenne 20, 000,000 de Gourdes à l'Etat haïtien. La mise en place de telles structures de santé en milieu rural aurait également des effets sur l'emploi dans le secteur de la santé, notamment auprès de certaines agents de santé communautaire qui ne cessent de revendiquer leur intégration dans le système depuis leur formation.

D'autre part, par l'extension des cliniques à l'école, le MSPP souhaiterait atteindre les 100 % des écoles publiques du pays. L'intervention comprend l'acquisition de nouveaux bus, la formation de nouveaux personnels, le suivi et la supervision du programme. Comme autres coûts du programme est l'utilisation d'agent de police pour la sécurité du staff lors des déplacements surtout dans les zones à risques.

#### Justification pour les interventions

Tout comme les CCS qui fourniront des services de promotion, curatifs et préventifs et le projet de clinique dans les écoles pourraient aider à :

- Eviter ou prévenir des maladies
- Réduire la sévérité des symptômes et des maladies
- Réduire la durée des maladies aigue
- Réduire le taux de mortalité

De plus, la clinique à l'école peut aider à avoir un meilleur rendement à l'école, augmenter l'assistance au cours, et comme mentionné plus haut, la création d'emploi peut être comptabilisée comme avantage du projet de mise en place des CCS.

Par ailleurs, l'analyse coût-avantage avant le financement et la mise en œuvre de ces projets permettront de déterminer les effets attendus du projet en comparant la situation des sections sans institutions et la situation avec institutions. De même, pour la situation des écoliers sans clinique et avec clinique.

Vu l'envergure des projets où les ressources qu'ils nécessitent sont importants et que les priorités sont nombreuses, une analyse en profondeur de ces projets devrait permettre à l'Etat de voir si ces projets sont viables ou non. De surcroit, par le fait que les avantages en santé sont moins tangibles que dans d'autres secteurs, l'analyse coût-avantage est donc un puissant outil dans le cadre de cette analyse. Peut-on prétendre que les CCS ont une plus grande couverture et devrait apporter de plus grands avantages que les cliniques à l'école qui ont un public plus restreint? En outre, la clinique fixe à l'école a une présence plus accrue, mais la clinique mobile est moins coûteuse due à la nature de l'intervention de l'utilisation du staff et du capital. Dans ce cas, quelle est la meilleure intervention? De telles interrogations peuvent paraître simples et pourtant elles nécessitent une analyse des coûts et avantages qu'engendrent les interventions.

Comme le résume le tableau suivant la mise en œuvre de telles interventions peut avoir des répercussions positives sur la santé des groupes cibles et l'économie de manière globale. Les coûts de avantages sont des valeurs annuelles en gourdes.

## 1- Tableau des coûts et des avantages

Interventions	Avantage	Coût	Ratio avantage-coût	Qualité des données
Mise en place de CCS	3, 065, 668,058	774, 465,407	4	Fort
Clinique mobile à faible échelle	403, 890,130	85, 263,656	4.7	Fort
Clinique mobile à grande échelle	2,001,604,697	357, 215,348	5.6	Fort
Clinique fixe à l'école	2,001,604,697	516, 296,496	3.9	Fort

Notes : Tous les chiffres sont basés sur un taux d'actualisation de 5%

Le ratio coût-avantage qui est le rapport entre les avantages et les coûts désigne pour chaque gourde dépensée le avantage qui l'engendre. Le taux d'escompte mesure le coût d'opportunité du capital, si ce capital ait été investi dans d'autres secteurs quel est le taux rendement qu'on devrait attendre. Ainsi, suivants les interventions ci-dessus, pour chaque gourde dépensée la société obtiendra des avantages qui varient entre 3,9 et 5,6 Gourdes selon les interventions.

<b>1-INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>2-ANALYSE DOCUMENTAIRE .....</b>	<b>3</b>
METHODOLOGIE .....	3
LES INTERVENTIONS .....	4
<i>Mesures de l'analyse.....</i>	<i>6</i>
<i>Calculs des avantages.....</i>	<i>8</i>
<i>Valorisation monétaire des avantages de santé.....</i>	<i>10</i>
<b>3-CALCUL DES COUTS ET AVANTAGES.....</b>	<b>10</b>
<b>4-CONCLUSION .....</b>	<b>17</b>
<b>ANNEXE .....</b>	<b>20</b>
<b>5-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>26</b>

## 1-Introduction

Le système de santé haïtien a pour objectif principal de garantir l'accès universel et égalitaire aux services de santé à travers les activités de promotion, de prévention et de récupération de la santé. Les services sont fournis à travers trois niveaux de soins, le niveau tertiaire qui regroupe les hôpitaux spécialisés et universitaires, le niveau secondaire qui regroupe les hôpitaux départementaux et le niveau primaire qui comprend trois échelons regroupant les hôpitaux communautaires de référence, les centres de santé dans les communes et les centres de santé communautaires dans les sections communales et la participation complémentaire du secteur privé. La haute direction du Ministère est en charge de formuler, de réguler et de coordonner les actions au niveau national. Les départements sanitaires qui représentent le Ministère dans les dix départements ont la responsabilité d'assurer la prestation des services suivant les grandes lignes du Plan Directeur de Santé (PDS). Le secteur privé et parfois des organisations internationales proposent une offre de soins en vue de pallier aux faiblesses de l'Etat.

La principale stratégie d'offre de soins est donnée par le manuel du Paquet Essentiel de Services (PES), anciennement Paquet Minimum de Service (PMS) qui fut introduit en 2006. Ce modèle présente une équipe pour la prestation de services au niveau du CCS, compose d'un aux-infirmière, comme prestataire clé, des agents de santé communautaires pour les activités de promotion au sein de la commune. Les équipes sont responsables d'une population de 5000-6000 habitants dans sa zone de desserte et réfère les cas qui dépassent ses compétences aux niveaux supérieurs.

Haïti fait face à un défi pour organiser son système de santé, le relief du pays, la dispersion des ménages dans certaine région ou les plans d'urbanisation semblent absents, complique le travail de mise en place du réseau sanitaire dont les ressources qui lui sont allouées tendent à diminuer ces dernières années, de 10 % en 2013 à 4 % en 2016. De plus, la présence d'hôpitaux départementaux en milieu urbain engendre un déséquilibre dans la dispensation des services de soins, des pathologies qui pourront être traités dans des niveaux inférieurs se retrouvent aux niveaux secondaires et même parfois tertiaires, en raison d'une manque de connaissance de la population des services disponibles et d'activité de promotion au niveau communautaire.

Comme préconisé, le système de santé haïtien devrait être en mesure de fournir des soins et services résolutifs de santé maternelle et infantile, d'assurer la prévention et de soigner les maladies transmissibles et de contrôler les maladies chroniques comme le diabète et l'hypertension. Le CCS dans le

réseau de santé constitue ce qu'on appelle la porte d'entrée du système avec des ressources et une technologie adéquate pour répondre aux besoins d'une population déterminée.

Par ailleurs, le projet de clinique mobile scolaire rentre dans le cadre du programme santé scolaire du MSPP qui couvre des interventions touchant à la santé et au développement des adolescents et des jeunes en milieu scolaire. Il couvre, entre autres, la sensibilisation des jeunes sur les comportements sexuels sécuritaires.

Ce projet qui débuta en 2014 se voulait être une réponse ponctuelle au problème d'accessibilité et de disponibilité des soins aux enfants des zones marginalisés. Pour lancer le projet, un financement de 600.000 USD a été octroyé par la Banque Interaméricaine de Développement (BID)<sup>1</sup>. Avec trois autobus, le projet assurait la prise en charge clinique des écoliers des écoles nationales dans le département de l'ouest. Par la suite, soit en 2016 quatre autres autobus ont été délivrés aux départements du Sud, du Nord, du Nord-est et de la Grande-Anse. Avec deux visites par an dans chaque établissement, le projet a visité 98 écoles pour 20 474 élèves dépistés.

Le projet actuel offre les services suivants :

- consultations générales (examen clinique),
- contrôle de la vue, de l'audition et de la statique (le dos),
- mesures de la taille et du poids,
- vérification des vaccinations et dépistage des troubles d'apprentissage (langage, écriture...).
- l'éducation sanitaire
- le déparasitage.

Des médicaments sont également fournis gratuitement aux enfants, selon les pathologies diagnostiquées. Et au besoin, l'enfant est orienté vers d'autres spécialistes.

---

<sup>1</sup> <http://lenouvelliste.com/lenouvelliste/article/135942/Trois-autobus-pour-des-cliniques-mobiles-scolaires>

## 2-Analyse documentaire

Dans cette partie nous présentons la méthodologie qui a été utilisée pour cette étude et la définition de quelques concepts clés pouvant favoriser la compréhension du lecteur.

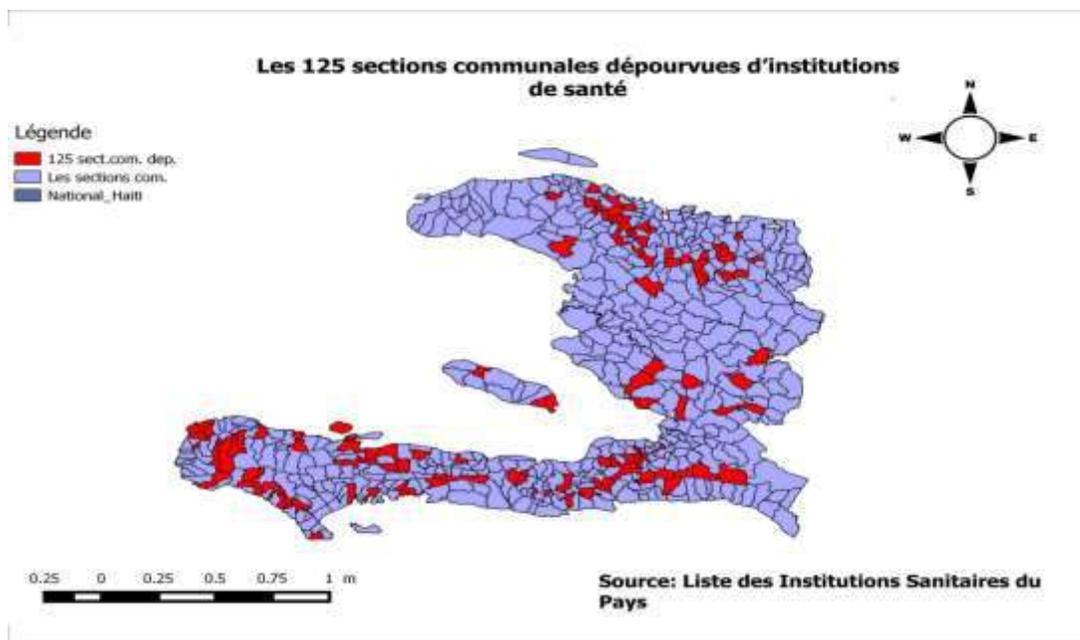
### Méthodologie

#### *Population cible*

La population cible des deux interventions a été déterminée sur la base de projection, à partir des données de publication du MSPP et du Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle (MENFP). Les documents en question sont : la liste des institutions sanitaires publiée en avril 2015 et le recensement scolaire réalisé en 2011 par le MENFP. La population non desservie en 2012 étant de 958,614, cette population a été multipliée par le taux de croissance entre 2012 et 2015, taux de croissance qui est négative de -0,36%, ajusté par le taux de croissance au niveau national qui donne une population dans le besoin au nombre de 958,153 habitants.

Les données des recensements de 2011 et de 2013 ont été utilisées en vue de déterminer le taux de croissance des enfants en préscolaire, au niveau fondamental, premier et deuxième cycle et ceux du troisième cycle fondamental. En comparant la population ayant accès à la population sans aucune structure de santé à l'école, on obtient une population 635,307 écoliers de pour un total de 1648 écoles publiques.

Par ailleurs, l'intervention sur la mise place des CCS découle de la politique nationale du MSPP, qui veut doter chaque section communale d'une institution de sante. Sur les 570 sections, on dénombre un total de 125 qui sont sans structure. La localisation de ces dernières est présentée dans la carte suivante :



## Les interventions

Les avantages de la mise en place des CCS s’obtiendront en augmentant la couverture de santé et donnant accès aux services de santé à un plus grand nombre de personnes dans les sections sans structure de santé et les écoliers des écoles publiques. Dans le contexte de la mise en place du réseau sanitaire, le CCS comme porte d’entrée fournit essentiellement des services curatifs, promotionnels, préventifs incluant des soins pré/post natal, de vaccination et de nutrition. La clinique mobile fournit des services d’éducation, d’hygiène et des soins curatifs.

La démarche de l’étude consistait dans un premier temps à identifier les principales causes de morbidité et de mortalité pour les populations cibles, à savoir la population des sections dépourvues<sup>2</sup> et chez les enfants de 3-14 ans de manière globale. Pour ce faire, on a utilisé les données du rapport du fardeau mondial de la maladie (2015). Puisque le projet de clinique mobile vise que les écoliers des institutions publiques, la deuxième étape a été d’identifier le fardeau de maladie pour ce groupe d’âge dans les

<sup>2</sup> Cette population a été obtenue à partir d’un ajustement de la population non desservie en 2012, selon la liste des institutions sanitaires, publiée en 2015 par le MSPP.

écoles publiques. Par contre, aucun n'ajustement n'a été nécessaire pour la population des sections communales.

La troisième étape a été de terminer les avantages annuels de ces interventions. Les données de coûts pour la mise en place des CCS proviennent de l'étude de coûts des actes médicaux en Haïti<sup>3</sup>, processus nettement détaillé dans la partie sur le calcul de coûts et de l'Unité d'études et de Programmation pour les coûts de construction et de support à la gestion de l'information. Les données de coûts pour l'extension de la clinique proviennent du projet pilote lancé en 2014.

Afin de mesurer l'impact des interventions sur les populations cibles, une réduction en pourcentage des années de vie vécues avec l'incapacité (AVI) et des années de vie perdues (AVP) a été assignée à chaque maladie comme pourcentage de réduction espéré de la mise en œuvre de ces projets. Ces pourcentages de réduction sont basés sur une revue de la littérature internationale qui peut être consultée en annexe.

Dans l'extension de la clinique, deux cas sont à considérer dans le calcul des avantages, les avantages directs obtenus durant les années passées à l'école et les avantages indirects qui seront obtenus après le cycle fondamental. Car les cliniques à l'école offrent l'opportunité d'éduquer les enfants sur des problèmes de santé avec des avantages qui vont au delà de l'adolescence. Ce qui permet à ces dernières d'occuper une position unique quant aux avantages qu'elles procurent qui dépassent ceux de la plupart d'autres services (hôpitaux, centre de santé, centre communautaire). Elles s'accroissent sur :

- la promotion et la prévention de la maladie
- la compréhension des symptômes et la détection précoce de la maladie
- la gestion adéquate de la maladie

Un paquet de soins qui peut comprendre entre autres l'éducation sur l'hygiène (lavage des mains de manière régulière), des suppléments alimentaires (par exemple contre la déficience en anémie et en fer), changement de comportement par la prévention et la réduction des symptômes et l'utilisation adéquate des prescriptions pour les maladies infectieuses (diarrhée, infections respiratoire) et des maladies chroniques telles que l'asthme, certaines maladies de la peau.

Ainsi, une réduction en pourcentage de 50%, grâce à ces interventions a été assignée aux écoliers qui laissent le cycle fondamental à l'âge de 15 ans. Cette réduction a été appliquée aux AVI espérées durant

---

<sup>3</sup> Rapport préliminaire, cas du centre de Sante de portail Léogane, p.58

la vie des écoliers après le cycle fondamental, en absence de clinique scolaire aux taux d'escompte de 3%, de 5% et de 12%.

Ces pourcentages de réduction ont ensuite été convertis en risque relatif. Les risques relatifs qui sont les risques de morbidité et de mortalité que font face les populations n'ayant pas accès aux services par rapport à celles qui en ont accès. Ensuite, des facteurs attribuables de la morbidité et de la mortalité associés au manque d'accès aux services de santé sont calculés pour chaque catégorie de maladie, basé sur le pourcentage de population n'ayant pas accès aux services. Les facteurs attribuables sont ensuite multipliés par le fardeau nation de la maladie en vue d'obtenir une première estimation du fardeau de la maladie du à une manque d'accès aux services de santé.

### **Mesures de l'analyse**

#### *Années de vie corrigées de l'incapacité*

Les années de vie corrigées de l'incapacité ou AVCI représentent une mesure du fardeau de la maladie qui quantifie non seulement la mortalité prématurée reliée aux diverses causes de décès, mais aussi l'écart entre l'état de santé fonctionnelle actuel d'une population et un idéal hypothétique que l'on souhaite atteindre (Lopez et al. 2006). Ce qui constitue un niveau à partir duquel il n'est généralement plus possible, au moment où il est déterminé, de parvenir à un allongement de la vie ou à une amélioration de la santé fonctionnelle.

Une AVCI est défini comme étant la perte d'une année de vie en santé à cause d'une incapacité ou d'un décès. Cet indicateur ne se limite donc pas aux années de vie perdues à cause de la mortalité; il inclut aussi des années de vie en santé perdues par des individus qui se retrouvent dans de mauvais états de santé ou en incapacité (Murray et Lopez, 1996b). Deux composantes, mortalité et santé fonctionnelle, qui sont estimées respectivement par les années de vie perdues et les années vécues avec de l'incapacité.

#### *Années de vie perdues*

Les années de vie perdues ou AVP représentent les années de vie perdues à cause de la mortalité « prématurée ».

#### *Années vécues avec de l'incapacité*

Les années vécues avec de l'incapacité ou AVI se réfèrent aux années de vie en santé perdues en raison de temps passé dans un état de santé fonctionnelle qui n'est pas optimal et ce, à cause d'une maladie particulière.

Cette section contient une description des problèmes de santé majeurs retenus pour l'analyse des avantages dus à la mise en place des CCS et de l'extension du projet de clinique à l'école. Pour les CCS, les problèmes majeurs sont retenus en fonction des différentes tranches d'âge, les enfants de 0-4 ans, les enfants de 5-9 ans et adultes de 20 ans et plus. Ils sont de 8-13 pour les maladies et de 5-6 pour la mort.

Les principales maladies identifiées chez les moins de 20 ans sont :

- La déficience en fer et anémie
- L'asthme
- Les infections respiratoires
- Les maladies diarrhéiques
- Les troubles d'anxiété
- Les troubles dépressives
- Les maladies de la peau et sous-cutanées
- Les blessures non intentionnelles
- La migraine
- L'épilepsie
- Les douleurs au dos et du cou
- Les maladies des organes des sens
- Otite moyenne

Les principales maladies identifiées chez les 20 ans et plus sont :

- La déficience en fer et anémie
- L'asthme
- Les infections respiratoires
- Les maladies diarrhéiques
- Les troubles d'anxiété
- Les troubles dépressives
- Les maladies de la peau et sous-cutanées

- Les blessures non intentionnelles
- La migraine
- L'épilepsie
- Les douleurs au dos et du cou
- Les maladies des organes des sens

Les principales causes de mortalité identifiées chez les enfants sont :

- Les infections respiratoires faibles
- La méningite,
- Les maladies diarrhéiques,
- Les blessures non intentionnelles,
- La coqueluche,
- L'asthme,
- L'épilepsie et
- Les blessures

Chez les 20 ans et plus on a :

- Les maladies diarrhéiques
- La tuberculose
- Les infections respiratoires
- Les blessures
- Le diabète

### Calculs des avantages

Vu qu'il n'existe pas des informations spécifiques en termes d'ACVI pour les projets de santé en Haïti, ou plus particulièrement pour des projets qui vise spécifiquement les enfants, on utilise comme source les estimations disponibles dans la littérature internationale. Une réduction en pourcentage de réduction est assignée aux trois tranches d'âge, entre 2 à 83% pour les maladies et 22 à 84% pour la mortalité<sup>4</sup>. Ces

---

<sup>4</sup> Ejemot-Nwadiaro RI, Ehiri JE, Arikpo D, Meremikwu MM, Critchley JA. Hand washing promotion for preventing diarrhoea. Cochrane Database Syst Rev 2015;CD004265.doi:10.1002/14651858.CD004265.pub3.

Salam et al [2016], Interventions to prevent unintentional injuries among adolescents: a systematic review and meta-analysis, Journal of Adolescent Health, 59 (2016) S76-S87

pourcentages sont les mêmes pour les cliniques fixes et mobiles à grande échelle. Pour plus d'informations sur les pourcentages de réduction appliqués à chaque maladie ou cause de mortalité voir l'annexe.

Les avantages de santé des interventions auprès du public scolaire vont au delà des soins et services procurer sur place, car la sensibilisation des enfants sur les problèmes de santé peuvent avoir des répercussions sur leur vie future. Comme déjà mentionné, on fait l'hypothèse dans cette étude que ces interventions pourraient réduire la morbidité de 50% au cours de la vie des bénéficiaires après le cycle du fondamental.

Aussi faut-il remarquer du côté des centres communautaires que tous ceux qui vont utiliser les nouvelles structures ne seront tous de nouveaux adhérents au système, car certains utilisaient déjà les structures privées et/ou les centres des sections avoisinantes.

Pour cela, on fait l'hypothèse que 50% des nouveaux utilisateurs n'avaient recours à aucun service. Les 50% restant représentent l'épargne de ressources qui équivaut aux coûts variables de fonctionnement des cliniques privées. Toutefois, puisque tous les anciens utilisateurs de structures privées ne vont pas se tourner vers les CCS, l'épargne net est donc considéré comme étant la moitié, donc 25 % du coût variable.

Par ailleurs, la première estimation obtenue à partir du fardeau global de la maladie a ensuite été ajusté pour refléter le fait que certains écoliers ont accès à des alternatives de santé, ce qui fait baisser entre autres les avantages qu'apportent les cliniques à l'école. Les facteurs d'ajustement sont les suivants :

- 1) Pour les cliniques mobiles et fixes à l'école, on admet que 33% des écoliers bénéficieront de ces cliniques<sup>5</sup>, car ces derniers n'ont généralement pas recours aux services de santé auprès des institutions publiques.
- 2) Pour les cliniques à forte intensité ou fixes, on suppose que 67 % auront des avantages partiels (soit 50% du total des avantages), car ces derniers utilisent généralement les structures publiques avec une orientation préventive et éducationnelle, mais avec une plus faible intensité que du côté des cliniques à grande intensité et fixes.

---

<sup>5</sup> Par le fait qu'il n'existe pas de données sur l'utilisation des services de sante par les écoliers en Haïti, les 33% représentent le pourcentage de mère qui cherche des traitements médical pour leurs enfants dans des structures privées contre 67 % dans les structures publiques ou mixtes selon l'EMMUS V.

- 3) Pour la clinique à faible intensité, 67% des écoliers n'en tireront aucun avantage, car les avantages qu'ils reçoivent des centres qu'ils fréquentent généralement ont la même portée que celle que procure la clinique à faible intensité.

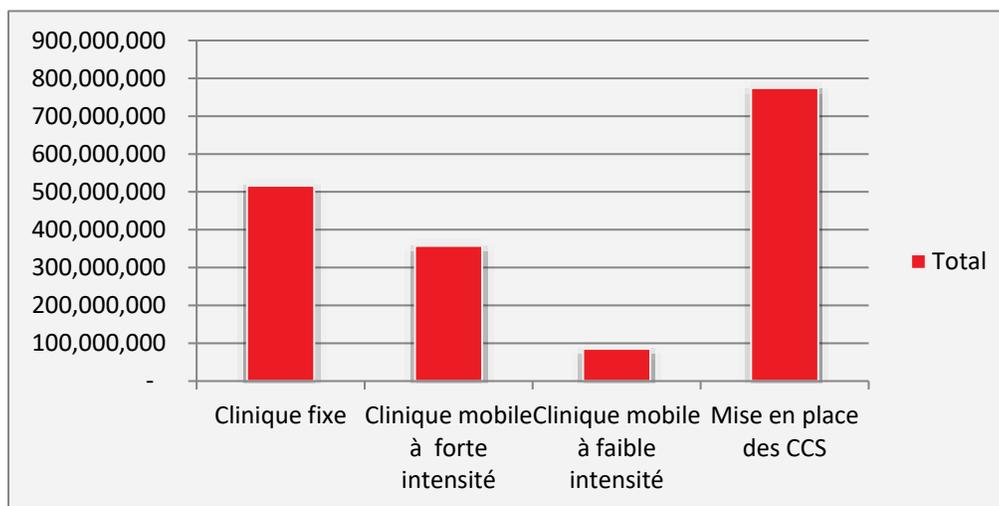
### Valorisation monétaire des avantages de santé

Pour assigner une valeur monétaire aux AVCI évités par la mise en œuvre de ces projets, on assume que ces années de vie corrigées valent une année de productivité pour une personne en plein moyen d'utilisation de ses capacités. La productivité peut être valorisée par le PIB per capita pour Haïti durant l'année 2016, basé sur des projections du PIB sur le taux antérieur de croissance réelle de 2.7% de 1975 à 2014.

## 3-Calcul des coûts et avantages

Le coût associé à cet investissement pour la mise en place des CCS équivaut à 774, 465,407 de Gourdes. Ce financement implique des fonds d'investissement public. De manière générale, la construction de CCS ne dure que d'un an, sans considération des problèmes de décaissement. Le coût associé au projet de clinique dans les écoles s'élève à hauteur de 85, 263,656 pour la stratégie à faible échelle, 357, 215,348 gourdes pour la stratégie à grande échelle et 516, 296,496 gourdes pour les cliniques fixes à l'école.

Graphique 1. Les coûts annuels (en gourdes) selon les interventions



Les calculs pour la mise en place des CCS ont été obtenus sur base d'estimation à partir des données du rapport préliminaire de l'étude de coût des actes médicaux en Haïti. Le tableau utilisé à cet effet a été celui présentant les coûts de fonctionnement pour le centre de santé de Portail Léogane. Les coûts considérés dans ce tableau sont ceux qui correspondent aux services offerts dans un CCS et le personnel de service. Ce sont donc les coûts des unités de dépenses par nature de dépenses, adultes, prénatal, pédiatrique et la vaccination. Ce coût a été ensuite multiplié par la population de desserte d'un CCS qui est de 6000 habitats et divisé par celle d'un centre de santé qui est le centre de Portail Léogane qui est de 30000 hab. Par la suite le coût obtenu a été ajusté par le taux d'inflation entre 2014 et 2016.

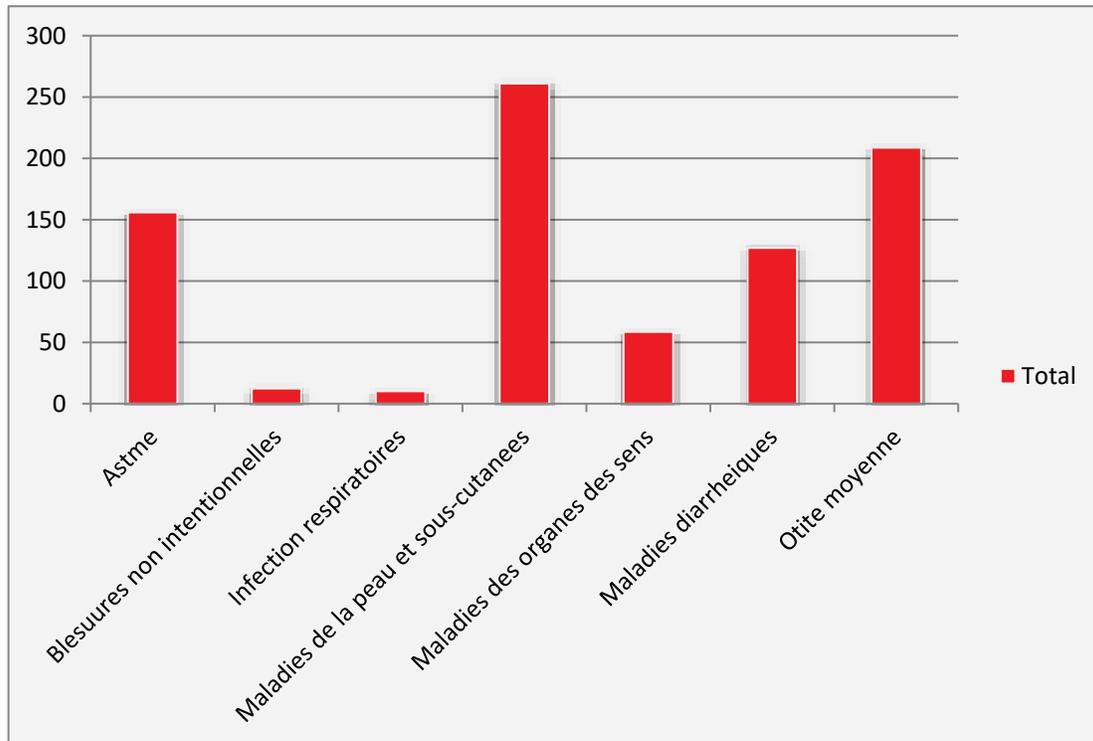
Le coût des services pré/post natal a été estimé séparément. Des données qui proviennent de l'analyse préparée par Mme. F Rozier Balde pour le projet Haïti Priorise, qui est de 31 gourdes en 2014 et 37 gourdes en 2016. Ainsi les années de vies perdues ont été multipliées par les dépenses des CCS en vaccination, puis par le nombre de sections sans institutions. Ce qui donne une estimation des années de vie qui pourront être sauvées chaque année en établissant ces centres dans les sections dépourvues.

Puisque les cliniques fixes et à grande échelle sont supposées apporter un plus grand avantage que les CCS. On assume que le coût par élève pour ces deux interventions sont de 130 gourdes et la moitié pour la clinique à faible échelle. Les coûts d'extension des cliniques mobiles se basent sur les données de la phase pilote, le salaire du personnel à bord et le coût d'entretien des autobus. Sur la base du nombre d'école sans infrastructures de 1648 et du nombre de visite par école pendant un an, (deux/an selon la clinique à faible intensité et dix/an selon la clinique à forte intensité) on a pu déterminer le nombre de jours nécessaires pour chaque stratégie. Puis en se référant au nombre de jours moyen de classe par an, et à partir de la fonction *Round* dans Excel on a pu obtenir le nombre d'autobus additionnels qui est de 9 pour la stratégie à faible intensité et 75 pour la stratégie à forte intensité. Le coût unitaire a été multiplié par 9 et 75 pour trouver les valeurs d'acquisition suivant les stratégies. Le coût annuel a ensuite été déterminé en additionnant le coût annuel de l'investissement (avec un taux d'escompte de 3%) et le coût annuel d'opération.

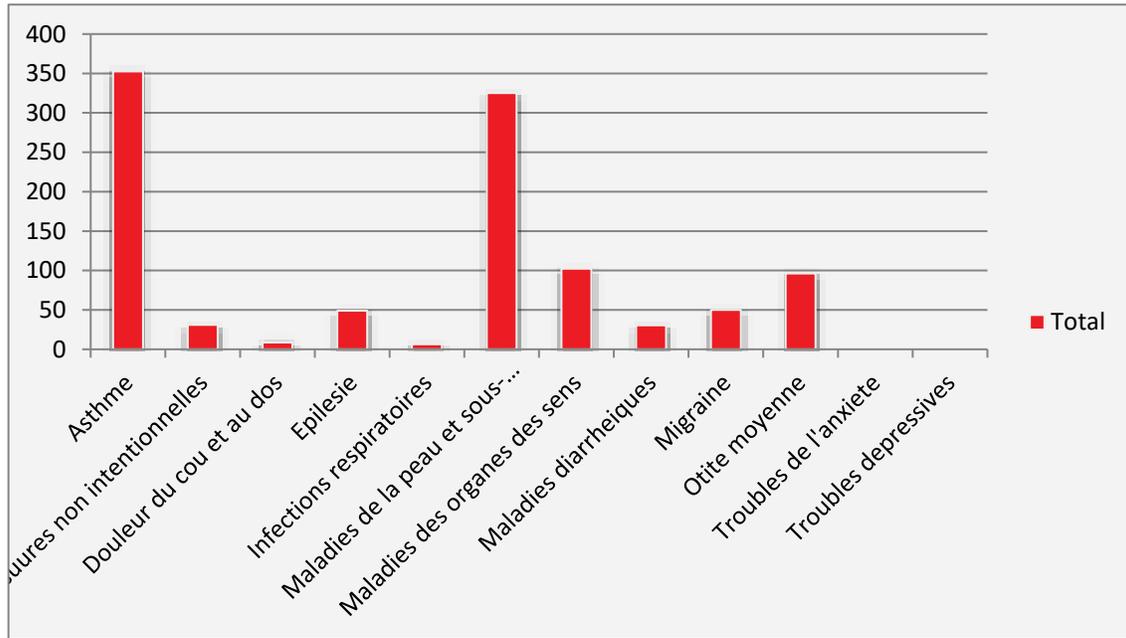
Les coûts de mise en œuvre des cliniques fixes ont été établis en fonction de la surface en mètre carré, soit 12m<sup>2</sup> et le prix par mètre carré qui requiert une infirmerie multiplié par le nombre d'écoles sans structure, le coût pour le personnel médical a été obtenu à partir de la grille salariale en vigueur au MSPP. Moyennant un taux d'escompte de 3% sur l'investissement, la somme du coût annuel de l'investissement et les coûts d'opération nous ont donné le coût annuel de fonctionnement des cliniques fixes à l'école.

Le calcul des avantages se fait à partir des Années de Vie vécues avec l'incapacité (AVI) et les Années de vie Perdues (AVP) évitées. Les avantages sont classés en AVI évitées et AVP évitées par année. Les graphiques suivants fournissent de plus amples information par groupe d'âge et par pathologie pour l'intervention concernant la mise en place des CCS.

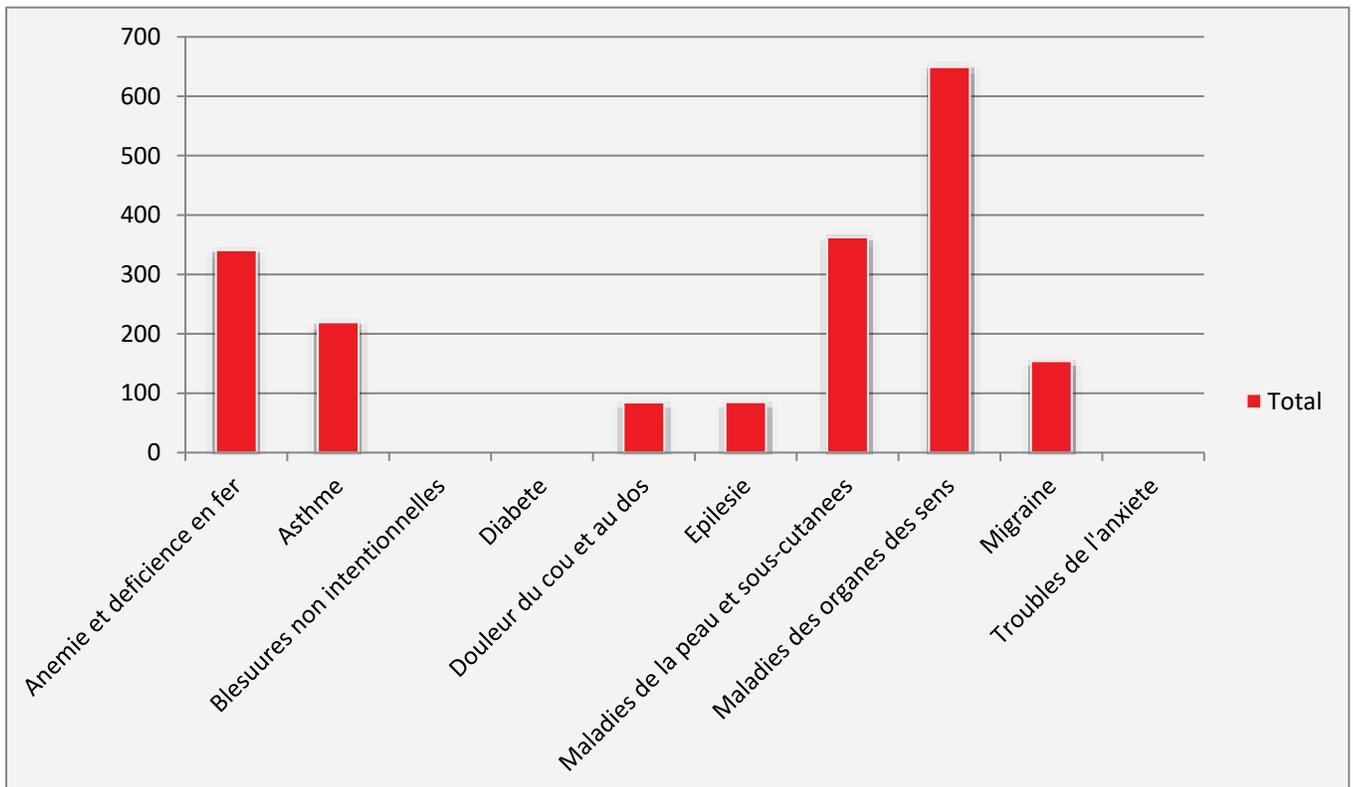
**Graphique 2. Les AVI évitées selon les causes de morbidité chez les moins de 5 ans**



Graphique 3. Les AVI évitées selon les causes de morbidité chez les 5-19 ans

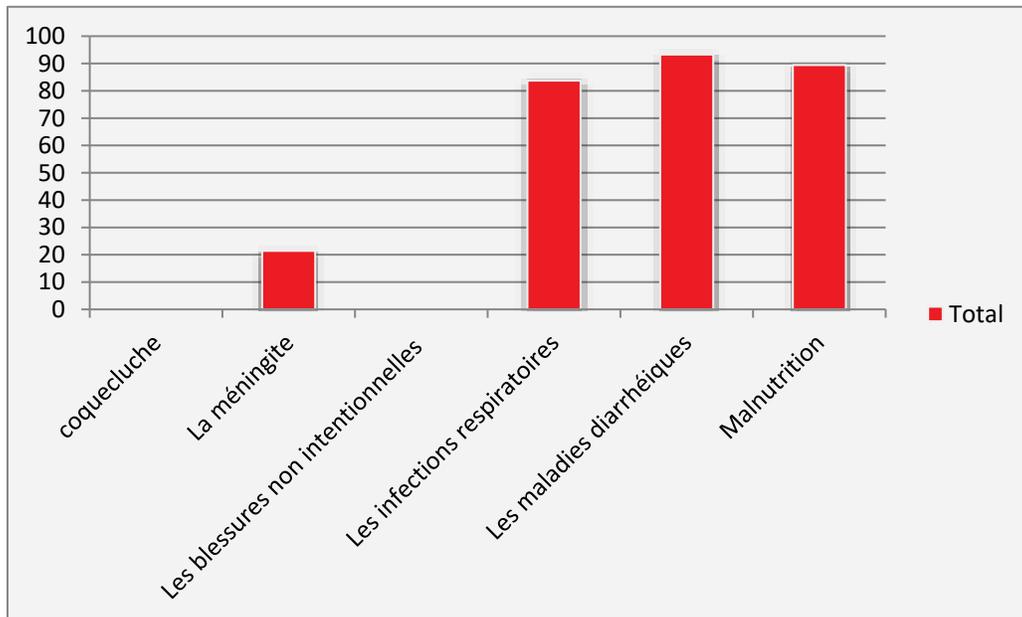


Graphique 4. Les AVI évitées selon les causes de morbidité chez les 20 ans et plus

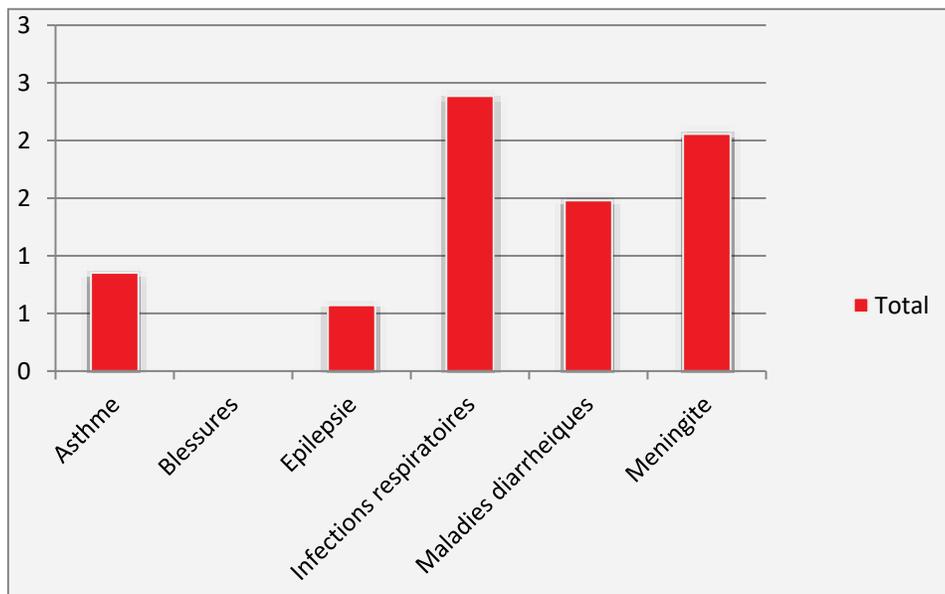


Par ailleurs, les AVP évitées par année dû à la mise en place des CCS dans les 125 sections sont présentés pour les causes de mortalité identifiées selon l'âge.

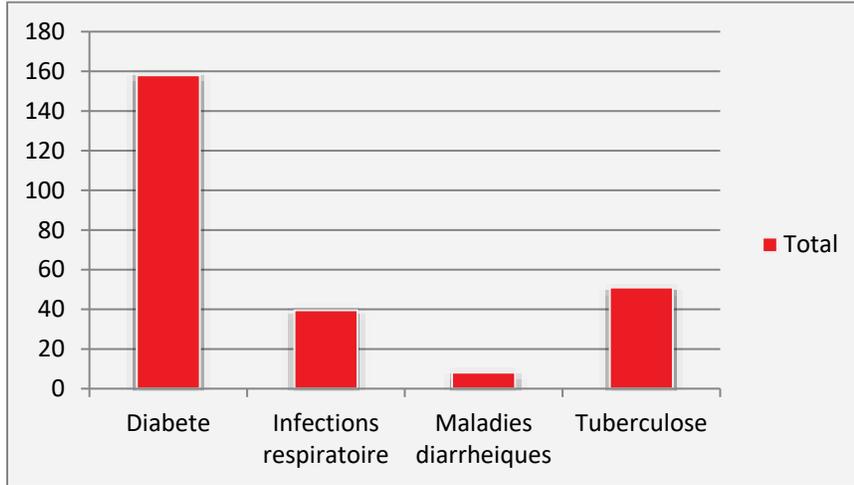
**Graphique 5. Les AVP évitées selon les causes de mortalité chez les moins de 5 ans**



**Graphique 6. Les AVP évitées selon les causes de mortalité chez les 5-19 ans**

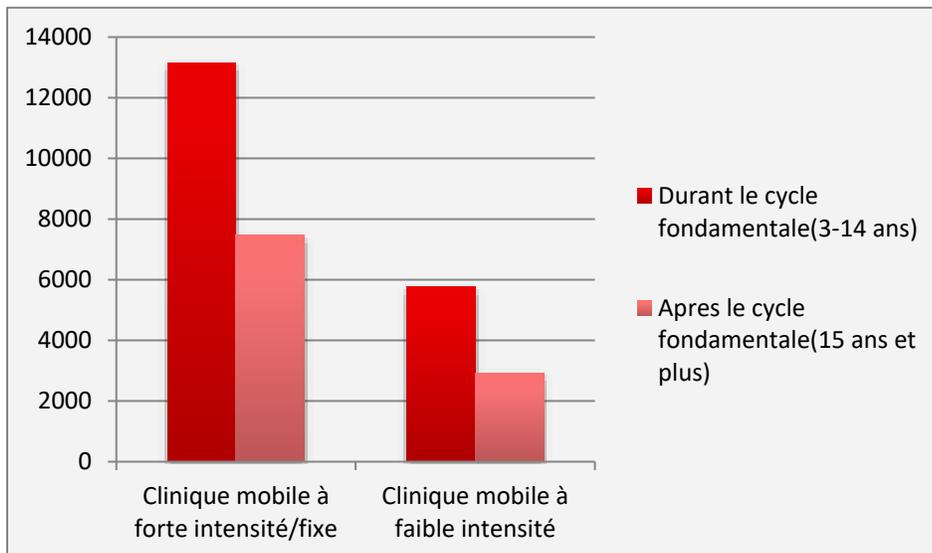


**Graphique 7. Les AVP évitées selon les causes de mortalité chez les 20 ans et plus**

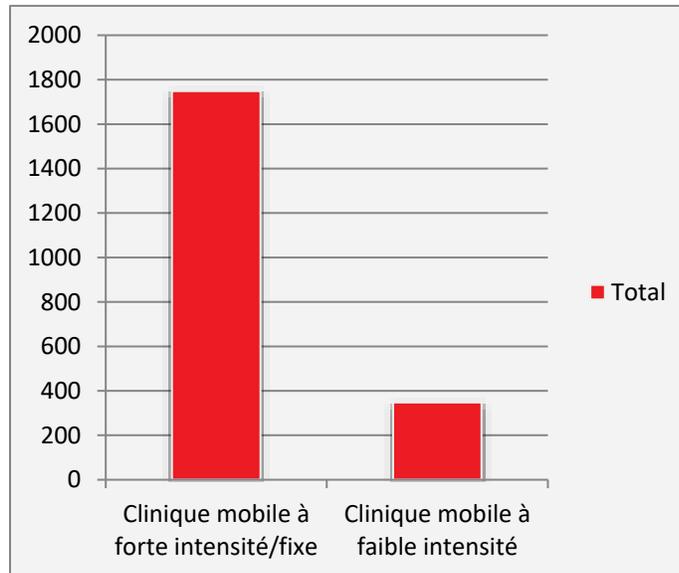


Pour ce qui est de l'extension des cliniques mobiles les AVI et les AVP évitées par année sont présentés pour la clinique à faible intensité et la clinique à forte intensité et clinique fixe réunis, car les mêmes pourcentages de réduction sont appliqués pour ces deux stratégies.

**Graphique 8. Les années de vie vécues avec l'incapacité (AVI) évitées suivant les trois stratégies**

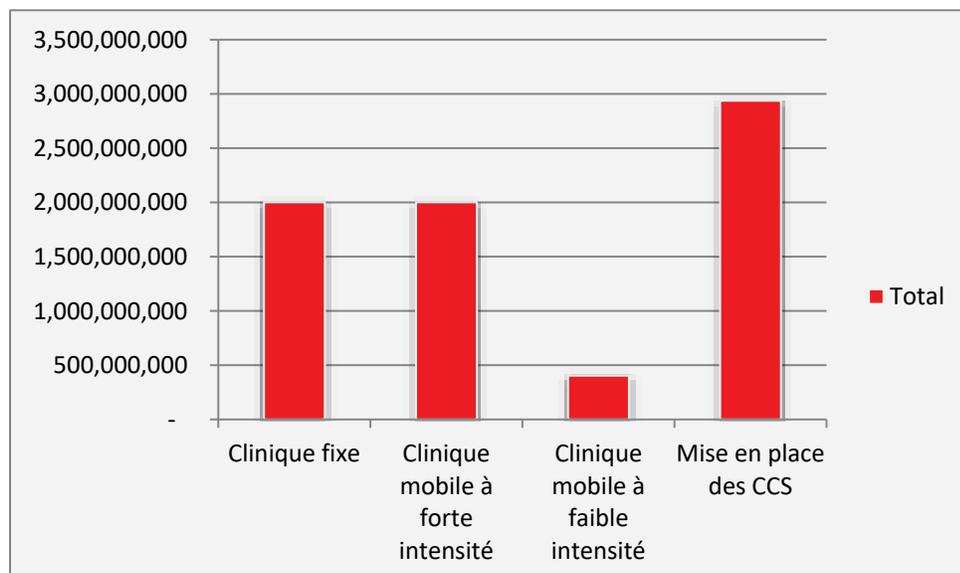


Graphique 9. Les années de vie perdues (AVP) évitées suivant les trois stratégies



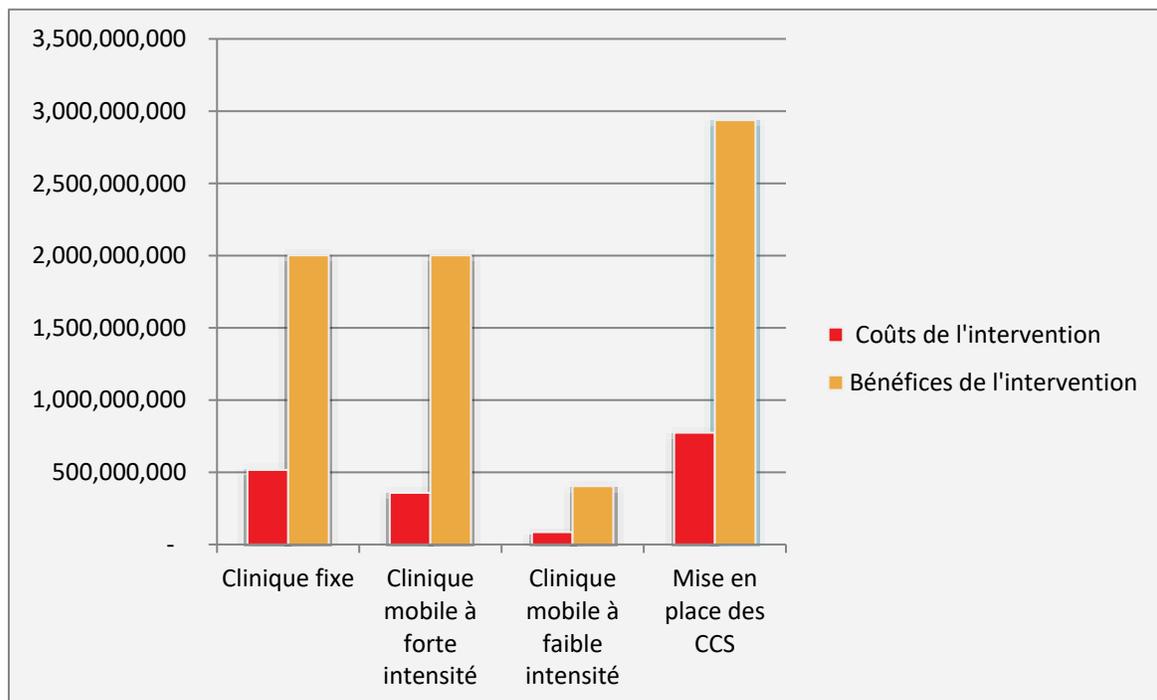
Les totaux des AVCI évitées pour les différentes interventions ont ensuite été multipliés par le PIB/capita pour obtenir les avantages en valeurs monétaires. Toutefois, faut-il préciser que les avantages pour les CCS est la somme des avantages de santé et l'épargne de ressources qu'engendrent l'intervention, épargne qui est de 25% du coût variable de fonctionnement des 125 CCS.

Graphique 10. Les avantages en valeurs monétaires (gourdes) par année selon l'intervention



Une comparaison entre les coûts et les avantages (en gourdes) des interventions nous permet d'obtenir les ratios coûts-avantages associés à chaque intervention. Ainsi pour la clinique fixe on obtient un ratio de 3.9, contre un ratio de 4,7 et 5,6 pour les stratégies à faible et grande intensité, respectivement. Et enfin un ratio coût-avantage de 4 pour la mise en place des cliniques.

**Graphique 11. Comparaison entre les coûts et avantages annuels en gourdes**



## 4-Conclusion

Le MSPP en tant qu'entité chargée de garantir des soins et services de santé à la population haïtienne, met l'accent depuis quelques années sur l'accès universel aux services de santé. Des dizaines de projets de construction de centre de santé, d'hôpitaux communautaires, de mise en place de réseau d'ambulance ont été mis en œuvre en ce sens. La mise en place des CCS dans les sections et l'extension du projet clinique mobile s'inscrivent donc dans ce cadre. Toutefois puisque de tels projets sont d'une envergure nationale, une analyse économique permet d'apprécier les apports de tel investissement pour le public cible.

A travers l'identification, la quantification des coûts, des avantages et des indicateurs de décision. L'analyse a permis de statuer sur le fait que les montants envisagés pour de tels projets valent la peine d'être investi et auront un impact positif pour la population.

Puisque dans le domaine de l'analyse coût-avantage, les méthodologies varient en fonction des spécificités des pays. Cette analyse jettera les bases de l'analyse coût-avantage pour le secteur de la santé et cette méthodologie pourrait servir en vue d'inspiration à d'autre analyse du même type.

Bien que l'analyse puisse être effectuée en se basant sur la littérature internationale, il est important de noter l'importance d'un système d'information sanitaire et de la production de données fiables en vue d'obtenir des résultats qui refléteraient le plus proche possible la réalité du pays.

En outre, les résultats de cette étude peuvent aider à freiner la mise en œuvre de projets fantaisistes et sans impact et entraîner une culture d'analyse de projet en vue de rendre les investissements publics plus efficaces.

Comme mentionné plus haut, le taux d'escompte utilisé pour les résultats obtenus est de 5%, avec un PIB/capita multiplié par 3. Toutefois ce tableau présente pour différents taux d'escompte généralement utilisés dans l'évaluation des projets de santé quelles seraient les avantages aux taux d'escompte de 3 % et de 12%. Les coûts présents dans ce tableau sont des coûts annuels de fonctionnement en prenant en compte la durée de vie des investissements, 25 ans pour les cliniques fixes, 20 ans pour les CCS et 10 ans pour les cliniques mobiles.

## 2-Tableau récapitulatif

Interventions	Taux d'actualisation	Avantage	Coût	Ratio avantage-coût	Qualité des données
Mise en place de CCS	3%	4,133,543,950	730,993,910	5.7	Fort
	5%	3,065,668,058	774,465,406	4.0	
	12%	1,772,089,364	953,452,677	1.9	
Clinique mobile à faible échelle	3%	469,077,335	83,807,706	5.6	Fort
	5%	403,890,130	85,263,656	4.7	
	12%	322,574,894	90,895,685	3.5	
Clinique mobile à grande échelle	3%	2,371,512,277	345,082,431	6.9	Fort
	5%	2,001,604,697	357,215,348	5.6	
	12%	1,542,515,386	404,148,922	3.8	
Clinique fixe à l'école	3%	2,371,512,277	507,603,974	4.7	Fort
	5%	2,001,604,697	516,296,496	3.9	
	12%	1,542,515,386	552,640,713	2.8	

## Annexe

### Relative Risk Reduction Estimates – School Clinics

This section outlines the relative risk reduction assumptions for various diseases due to the presence of low-scale mobile clinic, high-intensity mobile clinics and fixed clinics in schools. These should be interpreted as risk reduction in the given disease relative to *having no other health facilities* either at school or in the community. This may make some relative risk reductions seem high on face value. However, the analysis contains further adjustments after these risk reductions to account for existing coverage from alternative health facilities as described in the methods section of this paper.

### Morbidity tables

	Low intensity Mobile clinics	Description	High Intensity Mobile Clinics / Fixed clinics	Description
Diarrheal diseases	17%	Mobile clinics are able to educate children on hand-washing and encourage school administrators to provide soap and continue promotion within school.  Assume 50% effectiveness of high-intensity mobile / fixed clinic due to lower reinforcement of message.	34% reduction in cases due to hand-washing promotion and soap provision as observed in Ejemot-Nwadiaro et al (2015)	The relative risk reduction is based on a school based hand-washing promotion in Africa with soap provision. It is assumed that clinic staff can work with school administration and teachers to reinforce behaviors and provide soap.
Lower respiratory infections	7%	Assume 50% as effective as high-intensity mobile / fixed clinics in promoting hand washing with soap	14% reduction in cases as observed in Aiello et al (2008)	This is another benefit of hand-washing promotion and hygiene education.
Iron-deficiency anemia	15%	The report on pilot study of	30%	It is assumed that high intensity

	Low intensity Mobile clinics	Description	High Intensity Mobile Clinics / Fixed clinics	Description
		mobile clinics (MSPP 2015) shows that 1,203 out of 20,472 children or 5.9% were diagnosed and treated with anemia. This compares to a baseline prevalence of 39% according to GBD. This suggests mobile clinics are effective in identifying and treating 15% of cases of anemia from one visit. For two visits this would be 30% effectiveness. However not all anemia is from iron-deficiency, so rate is reduced by half.		mobile clinics / fixed clinics are twice as effective as low-intensity mobile clinics in treating iron-deficiency anemia.
Asthma	20%	For low-intensity mobile clinics we assume that teachers are able to play a role in highlighting children with asthmatic symptoms. This parameter is set at 50% effectiveness of fixed clinics.	40%	The Wheezy child program in Brazil was able to reduce hospitalizations by 79% (Lasmar et al, 2009). However, this was in a different resource setting. We estimate the effectiveness of clinics in diagnosing and treating asthma at 50%.
Epilepsy	9%	Again we assume that teachers are able to highlight children with epileptic symptoms and make arrangements with mobile clinics for appropriate testing and treatment. Scenario assumed for low-intensity mobile clinics: 25% coverage rate of AEDs, 60% adherence which according to Chisholm (2005)	38%	The use of older AEDs (especially phenobarbitone) delivered by health care workers, often non-physician health care workers, at the primary care level.  Scenario assumed for fixed clinics / high-intensity mobile clinics: 80% coverage with 80% adherence has 38% improvement in remission

	<b>Low intensity Mobile clinics</b>	Description	<b>High Intensity Mobile Clinics / Fixed clinics</b>	Description
		leads to 9% reduction in disability.		according to Chisholm (2005)
Migraine	0.2%	This is the probability that a mobile clinic visit coincides with a migraine (2/365) multiplied by effectiveness of ibuprofen and triptans (32%) as per Richer et al, (2016).	18%	Ibuprofen and triptans provide improved chance of pain freedom in children - 1.32 times more likely to be pain free at 2 hours (Richer et al, 2016). This is multiplied by 200/365 where 200 is the number of days of schooling.
Depressive disorders	No evidence of effectiveness of interventions in adolescents	Das et al (2016) show that the only evidence for school based interventions that can impact depression involve cognitive behavioural therapy which should be delivered by a qualified, specialised mental health practitioner. This is not part of mobile clinics program, and in any case requires greater intensity of treatment than twice per year.	No evidence of effectiveness of interventions in adolescents	Das et al (2016) show that the only evidence for school based interventions that can impact depression involve cognitive behavioural therapy which should be delivered by a qualified, specialised mental health practitioner. Not part of fixed or mobile clinics staffing.
Anxiety disorders	No evidence of effectiveness of interventions in adolescents	Das et al (2016) show that the only evidence for school based interventions that can impact depression involve cognitive behavioural therapy which should be delivered by a qualified, specialised mental health practitioner. Unlikely to be part of mobile clinics program, and in any case	No evidence of effectiveness of interventions in adolescents	Das et al (2016) show that the only evidence for school based interventions that can impact depression involve cognitive behavioural therapy which should be delivered by a qualified, specialised mental health practitioner. Not part of clinics staffing.

	Low intensity Mobile clinics	Description	High Intensity Mobile Clinics / Fixed clinics	Description
		requires greater intensity of treatment.		
Low back and neck pain	1%	50% effectiveness of fixed clinics setting assuming teacher support in on-going education.	2%	Calvo-Munoz et al. (2012) show that education can reduce back pain outcomes by 4.2%. This comes from HICs however and it is uncertain what extent they are applicable to LMICs. Reduced by 50% to account for uncertainty.
Skin and subcutaneous diseases	20%	For mobile clinics, handwashing promotion was assumed to be 50% as effective as fixed clinics	40%	According to Luby et al (2005), handwashing promotion can reduce impetigo by 34%. We then assume treatment is able to reduce severity somewhat more, hence 40%.
Unintentional injuries	Limited evidence in LMIC setting	Salam et al [2016] show that the interventions with the strongest evidence to prevent unintentional and road injuries are not part of clinic-based care. They are graduated licence arrangements and sports-based injury prevention interventions.  There is limited evidence in LMIC setting.	Limited evidence in LMIC setting	Salam et al [2016] show that the interventions with the strongest evidence to prevent unintentional and road injuries are not part of clinic-based care. They are graduated licence arrangements and sports-based injury prevention interventions.  There is limited evidence in LMIC setting.

## Mortality tables

	Mobile clinics		Fixed clinics	
Diarrheal diseases	17%	Assumes a 17% reduction in cases from handwashing promotion will lead to a 17% reduction in deaths.	46%	Assumes 34% reduction in cases will lead to a 34% reduction in deaths. For the remaining 66% of cases we assume a 36% reduction in deaths from ORS provision as per Edejer (2005)
Lower respiratory infections	7%	Assumes a 7% reduction in cases from handwashing promotion will lead to a 7% reduction in deaths.	42.5%	42.5% reduction from Edejer (2005)
Meningitis	0%	Detection and treatment (unlikely to detect significant number of cases in mobile clinic only visiting twice a year)	0%	Treatment for meningitis is done in the hospital setting. Fixed clinics could help in early detection but there is no evidence of this we could find.
Asthma	20%	Assumed to be the same as morbidity risk reduction	40%	Assumed to be the same as morbidity risk reduction
Epilepsy	9%	Assumed to be the same as morbidity risk reduction	38%	Assumed to be the same as morbidity risk reduction
Road injuries	0%	Salam et al [2016] show that the interventions with the strongest evidence to prevent unintentional and road injuries are not part of clinic-based care. They are graduated licence arrangements and sports-based injury prevention interventions.  There is limited evidence in	0%	Salam et al [2016] show that the interventions with the strongest evidence to prevent unintentional and road injuries are not part of clinic-based care. They are graduated licence arrangements and sports-based injury prevention interventions.

		LMIC setting.		There is limited evidence in LMIC setting.
Unintentional injuries	0%	Salam et al [2016] show that the interventions with the strongest evidence to prevent unintentional and road injuries are not part of clinic-based care. They are graduated licence arrangements and sports-based injury prevention interventions.  There is limited evidence in LMIC setting.	0%	Salam et al [2016] show that the interventions with the strongest evidence to prevent unintentional and road injuries are not part of clinic-based care. They are graduated licence arrangements and sports-based injury prevention interventions.  There is limited evidence in LMIC setting.

### Relative Risk Reduction Estimates – Community Clinics

Relative risk reduction estimates for community clinics are broken down into three age group categories: i) children 0-4 year olds ii) children 5-19 year olds and iii) adults 20+ years. As with the school clinics analysis these should be interpreted as risk reduction in the given disease relative to *having no other health facilities*.

We assume that community clinics focus on young children (0-4 years old) through a combination of maternal support during pregnancy and community health programs, and are able to achieve relative risk reductions that are equivalent to fixed school clinics for this age group. For 5-19 year olds and adults 20+ years relative risk reductions are half that of the same diseases in school fixed clinics. There are two high burden adult diseases not examined in school clinics: diabetes mellitus and tuberculosis. For diabetes we assume a relative risk reduction due to receiving diabetes treatment (insulin) as 80% and that the presence of a clinic allows 2/3 of individuals to be reached for a relative risk reduction of 53%. For tuberculosis we note that in Haiti there is a 79% detection rate and a 78% treatment effectiveness rate (World Bank database). Multiplying these numbers together assumes a relative risk reduction of 62%.

## 5-Références bibliographiques

- 1) Ejemot-Nwadiaro RI, Ehiri JE, Arikpo D, Meremikwu MM, Critchley JA. Hand washing promotion for preventing diarrhoea. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;CD004265. doi:10.1002/14651858.CD004265.pub3.
- 2) Edejer TT, Aikins M, Black R, Wolfson L, Hutubessy R, Evans DB. Cost effectiveness analysis of strategies for child health in developing countries. *BMJ* 2005;331:1177. doi:bmj.38652.550278.7C [pii]\r10.1136/bmj.38652.550278.7C.
- 3) Aiello AE, Coulborn RM, Perez V, Larson EL. Effect of hand hygiene on infectious disease risk in the community setting: a meta-analysis. *Am J Public Health* 2008;98:1372–81. doi:10.2105/AJPH.2007.124610.
- 4) Lasmar L, Fontes MJ, Mohallen MT, Fonseca AC, Camargos P. Wheezy Child Program. *World Allergy Organ J* 2009;2:289–95. doi:10.1097/WOX.0b013e3181c6c8cb.
- 5) Chisholm D. Cost-effectiveness of First-line Antiepileptic Drug Treatments in the Developing World: A Population-level Analysis. *Epilepsia* 2005;46:751–9. doi:10.1111/j.1528-1167.2005.52704.x.
- 6) Iannotti L, Dulience SJ-L, Joseph S, Cooley C, Tufte T, Cox K, et al. Fortified Snack Reduced Anemia in Rural School-Aged Children of Haiti: A Cluster-Randomized, Controlled Trial. *PLoS One* 2016;11:e0168121. doi:10.1371/journal.pone.0168121.
- 7) Richer L, Billingham L, Linsdell MA, Russell K, Vandermeer B, Crumley ET, et al. Drugs for the acute treatment of migraine in children and adolescents. In: Richer L, editor. *Cochrane Database Syst. Rev.*, vol. 4, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2016, p. CD005220. doi:10.1002/14651858.CD005220.pub2.
- 8) Luby SP, Agboatwalla M, Feikin DR, Painter J, Billhimer W, Altaf A, et al. Effect of handwashing on child health: a randomised controlled trial. *Lancet* 2005;366:225–33. doi:10.1016/S0140-6736(05)66912-7.
- 9) Das et al (2016), Interventions for adolescent mental health: An overview of systematic reviews, *Journal of Adolescent Health*, 59 (2016) S49-S60
- 10) Salam et al [2016], Interventions to prevent unintentional injuries among adolescents: a systematic review and meta-analysis, *Journal of Adolescent Health*, 59 (2016) S76-S87
- 11) Ministère de la Santé Publique et de la Population (2105), Paquet Essentiel de Services
- 12) Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation professionnelle (2011), Annuaire Fondamentale 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> et du 3<sup>ème</sup> du secondaire
- 13) Unité de Santé Internationale/MSPP (Octobre 2014), Etude des coûts des actes médicaux en Haiti, rapport préliminaire



Haïti fait face à des défis de développement économique et social parmi les plus importants au monde. Malgré un afflux d'aide à la suite du tremblement de terre de 2010, la croissance et le progrès continuent d'être minimums, au mieux. Avec autant d'acteurs et un large éventail de défis allant de la sécurité alimentaire et de l'accès à l'eau potable à la santé, l'éducation, la dégradation de l'environnement et les infrastructures, quelles devraient être les premières priorités pour les décideurs, les donateurs internationaux, les ONG et les entreprises ? Avec un temps et des ressources limités, il est crucial que l'attention soit régie par ce qui fera le plus grand bien pour chaque gourde dépensée. Le projet Haïti Priorise travaillera avec les parties prenantes partout dans le pays pour trouver, analyser, classer et diffuser les meilleures solutions pour le pays. Nous impliquons les Haïtiens de toutes les parties de la société, par le biais des lecteurs de journaux, ainsi que des ONG, des décideurs, des experts de secteurs et des entreprises afin de proposer les meilleures solutions. Nous avons nommé quelques-uns des meilleurs économistes d'Haïti et du monde pour calculer les coûts et les avantages de ces propositions au niveau social, environnemental et économique. Cette recherche aidera à établir des priorités pour le pays grâce à une conversation à l'échelle nationale sur ce que sont les solutions intelligentes - et moins intelligentes - pour l'avenir d'Haïti.



# Haïti Priorise

Un plan de **développement** alternatif

**Pour plus d'informations visitez [www.HaitiPriorise.com](http://www.HaitiPriorise.com)**

## C O P E N H A G E N   C O N S E N S U S   C E N T E R

Copenhagen Consensus Center est un groupe de réflexion qui étudie et publie les meilleures politiques et opportunités d'investissement basées sur le bien de la société (mesurées en dollars, mais en intégrant également par exemple : la protection de l'environnement, la santé et le bien-être) pour chaque dollar dépensé. Copenhagen Consensus a été conçu pour répondre à un sujet fondamental, mais négligé dans le développement international : dans un monde qui a une courte durée d'attention et des budgets limités, nous devons trouver des moyens efficaces pour faire le plus de bien au plus grand nombre. Copenhagen Consensus fonctionne avec plus de 300 des plus grands économistes au monde, y compris 7 lauréats du prix Nobel pour donner la priorité aux solutions des plus grands problèmes mondiaux, sur la base de l'analyse de données et du rapport coût-avantage.