

Rapport de la Commission Haïtienne sur les Maladies Non-Transmissibles, les Traumatismes (MNTT) et la Pauvreté



**Prioriser la Santé et les Interventions
en Faveur des Plus Pauvres des Pauvres**

**Recadrer les maladies
non- transmissibles
et les traumatismes
pour le milliard le plus pauvre**

Août 2024



RÉPUBLIQUE D'HAÏTI
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION

**LA COMMISSION HAÏTIENNE
SUR LES MNTT ET LA PAUVRETÉ**



Avant-Propos

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) est honoré de présenter ce rapport de la Commission Haïtienne sur les Maladies Non Transmissibles et Traumatiques (MNTT) et la pauvreté, qu'il copréside avec Zanmi Lasante et la FHADIMAC. Ce document, résultat de recherches approfondies et d'un engagement indéfectible de nombreux acteurs et experts, représente une avancée majeure dans notre compréhension de la charge des MNTT qui touchent de manière disproportionnée les populations les plus vulnérables de notre société. Nous espérons que les enseignements tirés de ce rapport contribueront à renforcer notre action collective contre ces maladies.

En Haïti, l'impact des MNTT est particulièrement dévastateur. Notre nation est désormais confrontée à de multiples fardeaux de morbidité : des maladies infectieuses persistantes couplées à une augmentation des MNTT liées à la pauvreté. Les MNTT, incluant les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers et les maladies respiratoires chroniques, constituent une part importante de la charge de morbidité et de mortalité, mesurée en années de vie corrigées sur l'incapacité. En Haïti, les maladies non transmissibles représentent 49 % de ce fardeau, tandis que les traumatismes en contribuent à environ 12 %.

Ce rapport offre une analyse approfondie des données disponibles sur la prévalence des MNTT en Haïti, leur distribution géographique et socio-économique, les principaux facteurs de risque associés, ainsi que leur charge de morbidité et de mortalité. Les témoignages poignants de patients inclus dans ce rapport illustrent de manière vivante les réalités quotidiennes des personnes souffrant de maladies non transmissibles en Haïti. Le rapport met aussi en lumière des disparités alarmantes dans l'accès aux soins de santé et la gestion des MNTT.

Il est impératif de noter que les données utilisées pour la préparation de ce rapport datent de 2019. Depuis, ces informations ont été régulièrement actualisées grâce aux efforts inlassables des collaborations de recherche haïtiennes, et nous invitons les lecteurs à consulter les mises à jour les plus récentes pour une compréhension précise et actuelle de la situation des MNTT en Haïti.

Le MSPP exprime sa gratitude à tous les membres de la Commission de Lancet sur les MNTT et la Pauvreté, aux membres de la Commission Haïtienne sur les MNTT et la Pauvreté, aux chercheurs, aux professionnels de la santé et aux patients qui ont contribué à la réalisation de ce rapport. Leur engagement et leur dévouement sont essentiels pour faire progresser notre mission de santé publique.

Le MSPP sollicite, de ses partenaires techniques et financiers, une action concertée et collaborative avec le gouvernement et les communautés locales pour mettre en œuvre les recommandations de ce rapport. Ensemble, nous pouvons renforcer notre système de santé pour mieux répondre aux besoins de notre population et atténuer l'impact des MNTT sur les générations futures.


Dr Gabriel THIMOTHE
Directeur Général du MSPP



CONTENU

Contenu	2, 3
Liste des Acronymes	4
Liste des Commissionnaires	5
Liste des tableaux et graphes	6
1. Sommaire exécutif et recommandations	8
1.1 Principales constatations	8
1.2 Principales recommandations	14
2. Mise en contexte	17
3. Note Méthodologique	18
4. Répartition de la pauvreté en Haïti	19
4.1 Mesurer la pauvreté en Haïti	19
4.2 Répartition actuelle de la pauvreté en Haïti	20
5. Facteurs de risque des MNNT	24
5.1 Données de l'Enquête démographique et sanitaire (EDS) 2016	24
5.2 Résultats: Distribution de certains facteurs de risque liés aux MNNT et la pauvreté	24
6. Estimations de la morbidité et de la mortalité liées aux MNNT	31
6.1 Données rapportées par le MSPP	31
6.2 Données institutionnelles de l'Hôpital Universitaire de Mirebalais	33
6.3 Estimations de l'Étude sur la Charge de Morbidité Mondiale 2016	38
6.4 Données de l'étude de cohorte sur les maladies cardiovasculaires en haïti	39
6.5 Comparaison des sources de données	40
7. Priorisations des MNNT	43
7.1 Cadre de priorisation des MNNT	43
7.2 Résultats de la priorisation des MNNT	44
7.3 Discussion sur la priorisation	46
8. Disponibilité des services et coût des soins relatifs aux MNNT	47
8.1 Évaluation de la prestation des services de soins de santé de 2013	47
8.2 Disponibilité des services	47
8.3 Résultats: Disponibilité des services	49
8.4 Discussion : Évaluation de la prestation de services	50
8.5 Coûts actuels des MNNT	51
9. Voix des Pauvres souffrant de MNNT	52
9.1 Résultats: Récits de patients	53
9.2 Leur mot à dire : impact personnel des MNNT	53



10. Interventions de lutte contre les MNTT	54
10.1 Evaluations des interventions à l'aide d'estimations du projet de contrôle des maladies et priorités, 3 ^e édition	54
11. Prioriser les interventions de lutte contre les MNTT	54
11.1 Cadre de priorisation des interventions de lutte contre les MNTT	54
11.2 Résultats de la priorisation des interventions de lutte contre les MNTT	56
11.3 Équipes de soins intégrées	55
11.4 Estimation des coûts et des effets des interventions	58
12. Discussion	59
12.1 Estimation des MNTT chez les pauvres	59
12.2 Charge de morbidité : Prioriser les MNTT affectant les pauvres	59
13. Données relatives à la charge de morbidité liée aux MNTT à travers les sources de données	62
14. Recommandations	65
15. References	67



LISTE DES ACRONYMES

AVAI	Années de Vie Ajustées en fonction de l'Incapacité
AVAH	Années de Vie Ajustées pour Handicaps
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AVCI	Année de Vie Corrigée de l'Invalidité
AVI	Années vécues avec incapacité
AVP	Accidents de la Voie Publique
CIM	Classification statistique internationale de la maladie
CMM	Charge Mondiale de la Maladie
EDS	Enquête Démographique et Sanitaire
EMMUS	L'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
EPSSS	Evaluation de la Prestation des services des Soins de Santé
HPV	Human Papilloma Virus
HUM	Hôpital Universitaire de Mirebalais
HTG	Gourde Haïtienne
IMC	Indice de Masse Corporelle
IPM	Indice de Pauvreté Multidimensionnelle
MNT	Maladies Non-Transmissibles
MNTT	Maladies Non- Transmissibles et les Traumatismes
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
OMS	Organisation de Santé Mondiale
PRF	Protection des Risques Financiers
PRFM	Pays à Revenu Faible et Moyen
PIB	Produit Intérieur Brut
PIH	Partners In Health
SISNU	Système d'Information Sanitaire National Unique
USD	Dollar Américain
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine



LISTE DES COMMISSIONAIRES

CO-PRESIDENTS

- Dr. Jean Ronald Cadet**, *Conseiller technique à la Direction Générale, MSPP*
Dr. Nancy Charles Larco, *Directrice exécutive, FHADIMAC*
Dr. Gene F. Kwan, *Conseiller en matière de santé et de politiques, Zanmi Lasante; Université de Boston*

MEMBRES DE LA COMMISSION

- Dr. Roodney Dupuy**, *Point focal du Programme des MNT, MSPP*
Dr. Darius Léopold Fénelon, *Gestionnaire du Programme des MNT, ZL*
Dr. Paul Adrien, *Directeur de l'Épidémiologie de Laboratoire et de Recherche, MSPP*
Dr. Jacques Clerville, *Assistant Chef de service Surveillance épidémiologique, MSPP*
M. René Domersant Junior, *Coordonnateur de l'Unité de Santé mentale, MSPP*
Dr. Jocelyne Pierre-Louis, *Directrice de la Promotion de la Santé et de Protection de l'Environnement(DPSPE/MSPP)*
Dr. Roger Rémy Jean-Charles, *Directeur fondateur du Centre Haïtien d'Hypertension (CHH) ; Président de la Société Haïtienne d'Hypertension (SHH)*
Dr. Rodolphe Malebranche, *Chef du département de Formation et de recherche, FMP/UEH*
Dr. Eddy Eustache, *Directeur du Département Psychosocial de ZL*
Dr. Philip Cleophat, *Chef du département de Médecine interne, HUM, ZL*
Dr. Serge Vertilus, *Assistant-Chef du Département de Médecine interne, HUM, ZL*
Dr. Ruth Damuse, *Chef du Service d'Oncologie, HUM, ZL*
Richard Elie Romage, *Coordonnateur du service de Réhabilitation, ZL*
Dr. Linda Rimpel, *Co-Chef du Service des Urgences, HUM, ZL*
Dr. Shada Rouhani, *Co-Chef du Service des Urgences, HUM, ZL*
Mme Gertie Surena, *Directrice de formation et de communication, Groupe de support contre le cancer (GSCC)*
Dr. Nadine Montreuil, *Directrice administrative, GSCC*
Dr. Stanley Juin, *Chef de l'unité de surveillance épidémiologique, CDC*
Dr. Pascale Hertelou Gassant, *Pédiatre oncologue, Hôpital St-Damien*
Dr. Mauricio Cerpa, *Epidémiologiste, Health surveillance, disease prevention and control, OPS/OMS*
Dr. Julio Pedroza, *Coordonnateur de systèmes de service de santé*
Dr Jean-Pierre Brisma, *Consultant, OPS/OMS*
Dr. Jean Claude Desgranges, *Directeur de la Fondation du 3e âge (F3A)*
Dr Joelle Philogène, *Directrice du Sanatorium*
Dr. Elsie M. Chalumeau, *Chef de service de Médecine Interne, HUEH*
Dr. Denise Fabien, *Anesthésiologiste, HUEH*
Dr. Benisa Joassaint, *Mentor Clinique, Unité de Gestion de Projet, MSPP*

EQUIPE DE COORDINATION ET D'ANALYSE

- Densa Belony**, *Officière de projet, La Commission Haïtienne sur les MNTT et la Pauvreté*
Gertruna Hilaire, *Coordonnatrice de suivi-évaluation, ZL*
Gene Bukhman, *Co-président de la Commission Lancet Pauvreté MNTT*
Ryan McBain, *Directeur d'Évaluation Économique, Partners In Health*
Matt Coates, *Assistant de Recherche, Harvard Medical School*
Maia Olsen, *Gestionnaire de Programme, NCD Synergies, PIH*
J. Reginald Fils-Aimé, MD, MMSc, *Directeur senior de la Planification Stratégique, ZL*
Davidson Laneau, MD, *Directeur Divisionnaire du programme des MNT, ZL*



LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHES

Tableaux

Tableau 1:	Tableau récapitulatif des MNTT prioritaires	12
Tableau 2:	Indicateurs relatifs au statut socio-économique pour l'évaluation de la pauvreté	20
Tableau 3:	Répartition de la pauvreté par département	21
Tableau 4:	Les données de surveillance de 2016 du MSPP: Cas par 100,000 habitants pour les MNTT inclus dans le rapport	32
Tableau 5:	Catégories des diagnostics codés à l'Hôpital Universitaire de Mirebalais en 2017	34
Tableau 6:	Diagnosics en clinique ambulatoire à l'Hôpital Universitaire de Mirebalais	35 36
Tableau 7:	Diagnosics posés au Service des urgences et en hospitalisation à l'Hôpital Universitaire de Mirebalais	37 38
Tableau 8:	Diagnosics les plus courants parmi les patients admis au Service des Urgences de HUM	38
Tableau 9:	Comparaison des sources de données relatives à la charge de morbidité	41 42
Tableau 10:	Cadre de priorisation des MNTT	43
Tableau 11:	Maladies prioritaires sur la base des estimations de l'étude CMM de 2016 faisant usage du cadre de priorisation des maladies	44 45
Tableau 12:	Cadre de priorisation des interventions	55
Tableau 13:	Interventions classées par priorité par plate-forme de service	56 57 58
Tableau 14:	Equipe de soins intégrés (ESI) aux différents niveaux du système de santé	59
Tableau 15:	Liste préliminaire des interventions du secteur non sanitaire et des ministères clés pour assurer l'engagement	59 B
Tableau 16:	Estimation des coûts pour 5 ans d'expansion de la couverture universelle de la santé pour les MNTT	60



Graphes

Graphe 1:	Cartographie d'Haïti montrant la distribution de la pauvreté par département	21
Graphe 2:	Distribution de la pauvreté en Haïti par âge, sexe et niveau de privation	22
Graphe 3:	Pourcentage de la population en Haïti par âge et sexe avec 5 ou plus de privations (Parmi les milliards les plus pauvres dans le monde)	23
Graphe 4:	Accès aux services de santé par niveau de pauvreté (EMMUS 2016-2017)	25
Graphe 5:	Usage de tabac et d'alcool par sexe et niveau de pauvreté (EMMUS 2016-2017)	26
Graphe 6:	Surpoids et obésité par sexe et pauvreté (EMMUS 2016-2017)	27
Graphe 7:	Pression artérielle par sexe et pauvreté chez les adultes âgés de 35 à 64 ans (EMMUS 2016-2017)	29
Graphe 8:	Sensibilisation, traitement et contrôle de l'hypertension par sexe and pauvreté (EMMUS 2016-2017)	29
Graphe 9:	Diabète par sexe et pauvreté. Proportion d'adultes âgés de 35 à 64 ans avec HbA1c >6.5% (EMMUS 2016-2017)	30
Graphe 10:	Dépistage et sensibilisation vis à vis du cancer du col de l'utérus par pauvreté chez les femmes adultes âgées de 35 à 64 ans (EMMUS 2016-2017)	30
Graphe 11:	Disponibilité de services pour le diabète (A), les maladies respiratoires chroniques (B), et les maladies cardiovasculaires C), Evaluation des Services d'Approvisionnement 2013	48
Graphe 12:	Score de disponibilité de services pour les maladies cardiovasculaires (A) le diabète (B), Evaluation des services d'approvisionnement 2013	49 50



1. Sommaire exécutif : Principales constatations et recommandations

La Commission Haïtienne sur les Maladies Non-Transmissibles et les Traumatismes (MNTT) et la Pauvreté a évalué les données disponibles sur la pauvreté, la charge de morbidité et la couverture des soins de santé afin de mieux comprendre l'état actuel des MNTT en Haïti, le lien existant entre la charge de morbidité et la pauvreté, ainsi que la disponibilité des services existants.

1.1 PRINCIPALES CONSTATATIONS

Charge des MNTT

- **Les MNTT représentent le gros de la charge de morbidité en Haïti** – mesurée en années de vie ajustées en fonction de l'incapacité. L'étude sur la charge mondiale de morbidité (CMM) estime que les maladies non-transmissibles représentent 49% et les traumatismes environ 12% de la charge de morbidité en Haïti. À titre de comparaison, les maladies infectieuses et les affections materno-néonatales représentent environ 38% de ce fardeau.
- **Il existe un large éventail de MNTT.** Bien que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) se concentre principalement sur les 4 grandes MNT (maladies cardiovasculaires, diabète, cancers et maladies respiratoires chroniques), il existe un nombre plus grand de maladies au-delà de ces catégories. De plus, dans le dialogue mondial, les maladies cardiovasculaires font généralement référence aux crises cardiaques et aux accidents vasculaires cérébraux. Cependant, en Haïti, des études menées à l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti (HUEH) et à l'Hôpital Universitaire de Mirebalais (HUM) ont révélé que l'insuffisance cardiaque et la cardiopathie rhumatismale étaient les principales causes de maladies cardiovasculaires.
- **Les MNTT en Haïti affectent les jeunes de manière disproportionnée et sévère.** Des affections telles que les malformations congénitales, la drépanocytose, l'épilepsie, l'insuffisance cardiaque / cardiomyopathies, la dépression et la cardiopathie rhumatismale figurent haut sur la liste des causes de décès prématuré et de gravité élevée, selon les estimations sur Haïti de l'étude sur la CMM.
- **Les interventions ciblant davantage que les facteurs de risque liés au mode de vie s'avèrent nécessaires pour lutter contre les MNTT.** L'étude sur la charge mondiale de morbidité estime que le fardeau n'est imputable ni au comportement ni aux facteurs de risque métaboliques dans la majorité des MNTT (64%), des Maladies Non- Transmissibles (MNT) (60%) ou des traumatismes (89%).
- **Le profil de la maladie nécessite une réponse unique, différente de celle apportée aux pays à revenu élevé.** Aborder les facteurs de risque liés au métabolisme et au mode de vie, tels que :



l'hypertension artérielle, l'hyperglycémie, l'inactivité physique et le tabagisme ne sera pas suffisant en Haïti. Une réponse haïtienne aux MNTI nécessite des activités adaptées au contexte haïtien.

- **À la clinique externe de HUM, 79% des diagnostics sont des MNT et 3% des traumatismes.** En clinique externe, les principales affections comprennent la gastrite, l'hypertension, les maladies rénales, le diabète et l'insuffisance cardiaque.
- **À HUM, dans les unités de soins de courte durée, 42% de tous les diagnostics sont dus à des MNT et 16% à des traumatismes.** Parmi les unités de soins de courte durée (département des urgences et les services hospitaliers), les principales MNTT sont l'insuffisance cardiaque, l'hypertension, le léiomyome utérin (fibromes), le diabète, les maladies rénales et les blessures/traumatismes. Les données recueillies uniquement dans cet établissement de santé font ressortir l'existence de plusieurs pathologies très fréquentes et graves ne figurant pas dans le rapport du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP).

2. Les MNTT et la pauvreté

- **De nombreuses maladies représentent un fardeau plus lourd en Haïti que dans les autres pays à revenu élevé.** Par exemple, la drépanocytose et les cardiopathies rhumatismales entraînent respectivement 29 et 12 fois plus d'Année de Vie Corrigée de l'Invalidité (AVCI) par habitant en Haïti que dans les pays à revenu élevé. Cet écart représente le fardeau de ces maladies qui peut être évité grâce à un système de santé plus performant.
- **L'hypertension artérielle est endémique chez les adultes partout en Haïti.** 49% des femmes et 38% des hommes souffrent d'hypertension.
- **L'hypertension est plus fréquente chez les pauvres que chez les riches (54% contre 2% chez les femmes)** et moins de personnes prennent des médicaments sur prescription (9% contre 51% chez les femmes). La prévalence de l'hypertension chez les hommes est similaire pour les pauvres et les riches. Le contrôle de l'hypertension est très mauvais - mais pire pour les pauvres que pour les riches. Alors que les proportions de personnes à qui des médicaments ont été prescrits pour l'hypertension artérielle sont similaires, celle des personnes prenant réellement ces médicaments est beaucoup plus faible chez les pauvres que chez les riches.
- **La sensibilisation sur le cancer du col utérin (39% contre 89%) et le dépistage (2% contre 28%) atteignent moins souvent les pauvres que les riches.** Cette différence conduit à une incidence plus élevée de cancer évitable du col utérin chez les pauvres.



- **L'invalidité grave est plus fréquente chez les pauvres que chez les riches (6% vs 4%).** Les handicaps comprennent les problèmes de vision, de marche, de compréhension et d'audition, lesquels peuvent également rendre plus difficile l'accès aux soins de santé.
- **Le diabète est très répandu chez les adultes en Haïti :** 14% chez les femmes et 8,2% chez les hommes.
- **Le dépistage du diabète est beaucoup plus faible chez les pauvres que chez les riches :** 7% contre 43% chez les femmes et 4% contre 23% chez les hommes.
- **Certaines MNT et facteurs de risque sont plus faibles pour les pauvres que pour les riches.** La prévalence de l'obésité et du diabète est plus faible chez les pauvres. Chez les femmes, le diabète affecte 10,5% des plus pauvres et 18,3% des plus riches ; et l'obésité touche 2,6% des plus pauvres et 32,6% des plus riches. Ce sont des exemples de maladies non- transmissibles liées au mode de vie qui ne touchent pas autant les pauvres que les riches.
- **Dans le rapport du MSPP, le nombre de visites médicales relatives à l'hypertension et le diabète en soins ambulatoires est élevé,** mais beaucoup moins que prévu selon les estimations de la prévalence dans la population. Pour l'ensemble d'Haïti, environ 2 356 personnes souffrant d'hypertension ont été vues dans des établissements de santé en 2016. Les estimations révèlent qu'environ 23 000 adultes âgés de 35 à 64 ans souffrent d'hypertension par 100 000 habitants en Haïti.

3. Répartition de la pauvreté en Haïti et accès aux soins

- **Les pauvres se retrouvent partout en Haïti — mais se concentrent dans les zones rurales.** Pour évaluer la pauvreté, la commission a utilisé une mesure multidimensionnelle incorporant des informations sur l'éducation, la santé et le niveau de vie. Les personnes privées d'au moins cinq indicateurs multidimensionnels sur dix font partie du milliard de personnes les plus pauvres du monde - les plus pauvres des pauvres. En général, les pauvres sont nombreux et répartis à travers Haïti, les proportions étant plus importantes dans les zones rurales. (Figure 1).
- **Les pauvres se retrouvent davantage parmi les enfants et les jeunes adultes** (Figure 2). Environ 50% de moins de 20 ans font partie des milliards les plus pauvres. Plus de 70% des populations de la Grand-Anse et du Centre comptent parmi les plus pauvres du monde.
- **La pauvreté est également répandue en milieu urbain** car 27% de la population de la région métropolitaine de Port-au-Prince font partie des plus pauvres.



- Pour les pauvres, les établissements de santé sont plus éloignés et plus difficiles d'accès. Plus de pauvres que de riches vivent à plus de 15 kilomètres d'un établissement de santé (41% contre 24%) parmi ceux qui ont été interrogés lors de l'enquête EMMUS-VI 2016-2017. En ce qui concerne les malades, 47% seulement des pauvres se rendent en voiture au centre de santé, comparativement à 89% des riches. Il faut en moyenne une heure aux pauvres pour se rendre au centre de santé, alors qu'il en faut en moyenne 15 minutes pour les riches. Les gens - en particulier les pauvres - contournent le centre de santé le plus proche en quête de soins de meilleure qualité (meilleur équipement et personnel mieux formé). À la clinique de soins primaires de HUM, où le coût pour les patients est faible, les plus pauvres des pauvres de la communauté ne viennent pas au centre de santé.

4. Fourniture de services contre les MNTT

- Les services médicaux relatifs au diabète, aux maladies cardiovasculaires et aux maladies respiratoires chroniques varient selon le type et le contexte des structures sanitaires. En général, différentes catégories de médicaments sont plus disponibles dans les hôpitaux, elles le sont moins dans les centres de santé et beaucoup moins dans les dispensaires. Cette situation détermine les endroits où les patients peuvent se faire soigner - beaucoup de personnes atteintes de MNTT graves devront se rendre dans des hôpitaux pour se faire soigner plutôt que dans des centres de santé.
- Tandis que 70% des hôpitaux déclarent pouvoir prendre en charge des patients diabétiques, l'insuline n'y est disponible que dans environ 50% des cas et dans environ 10% des centres de santé. Les patients diabétiques nécessitant de l'insuline doivent se faire soigner à un hôpital.
- Seulement 70% des établissements de santé se disent prêts à prendre en charge des patients atteints d'une maladie cardiovasculaire. Plus d'hôpitaux que de centres de santé disposent d'au moins deux classes de médicaments pour traiter l'hypertension. Cependant, seulement 50% des centres de santé possèdent du furosémide, un médicament nécessaire dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque.
- Les patients présentant une maladie respiratoire plus avancée ne pourront pas obtenir des soins appropriés dans les centres de santé. En ce qui concerne les maladies respiratoires, environ seulement 40% des centres de santé disposent de salbutamol, alors que la bécloметasone y est disponible dans 5% des cas.
- Des services relatifs aux MNTT sont actuellement fournis dans l'ensemble du système de santé. Cependant, des lacunes sont à déplorer. Des équipes de soins intégrées à tous les niveaux assistent actuellement les personnes vivant avec une MNTT. Il faudra améliorer davantage la qualité des soins dispensés, renforcer la capacité des équipes à travers des formations spécifiques et décentraliser les soins vers les échelons inférieurs du système de santé.



5. Identification des MNT prioritaires

- La Commission a révisé des données sur un total de 198 MNTT. Le schéma de classement par ordre de priorité a tenu compte du fardeau causé par les maladies celles causant des décès prématurés, leur sévérité et la différence de fardeau entre Haïti et les autres pays.
- **La Commission a identifié 36 pathologies prioritaires représentant environ 50% de toutes les AVCI liées aux MNT et 63% de toutes les AVCI liées aux traumatismes, indiquées dans le tableau récapitulatif ci-dessous.** Les maladies prioritaires incluent 28 MNT appartenant à plusieurs catégories qui ne se limitent pas aux troubles neurologiques, aux maladies cardiovasculaires, aux pathologies hépatiques, aux tumeurs malignes, aux maladies de l'appareil digestif, au diabète aux maladies endocriniennes, et aux troubles mentaux. Neuf types de traumatisme ont été identifiés, notamment ceux liés aux accidents de la voie publique, aux actes d'automutilation et aux violences interpersonnelles. Les MNT englobent un large éventail de pathologies qui ne sont pas simplement dominées par quelques troubles.

Les MNTT prioritaires – Classés par catégorie de pathologies

MNT (n=28): 50% des AVAH pour MNT (années de vie ajustées pour handicap)		Traumatismes (n=9): 68% AVAH pour traumatisme
Maladies congénitales <ul style="list-style-type: none"> • Cardiopathies congénitales • Anomalies du tube neural Maladies cardiovasculaires <ul style="list-style-type: none"> • Hypertension • Insuffisance cardiaque : cardiomyopathie et myocardite ; cardiopathie hypertensive • Cardiopathie rhumatismale • AVC hémorragique • AVC ischémique Cancers <ul style="list-style-type: none"> • Cancer du col utérin • Cancer du sein • Cancer de la prostate • Cancer gastrique Diabète	Maladies de l'appareil digestif <ul style="list-style-type: none"> • Iléus paralytique et occlusion intestinale • Appendicite • Ulcère peptique Epilepsie Sicklémie Troubles psychiatriques <ul style="list-style-type: none"> • Dépression sévère • Anxiété • Addiction à l'alcool Asthme Troubles de l'appareil locomoteur : Cervicalgie Maladies rénales chroniques Sénescence auditive et surdité d'autres étiologies	Accidents de la voie publique (AVP) <ul style="list-style-type: none"> • AVP piétonnier • AVP à moto • AVP en voiture Noyade Sinistre Brûlure Violence physique par arme à feu Empoisonnement Chute

Tableau 1. Tableau récapitulatif des MNTT prioritaires, classé par catégorie de pathologies



- **La commission a sélectionné 36 interventions prioritaires des 69 qui ont été examinées.** Elles servent toutes dans la lutte contre les MNT. Le schéma de priorisation des interventions a tenu compte des mesures d'efficacité, de couverture des risques financiers et d'équité. La mise en œuvre de toutes les interventions proposées pour lutter contre les MNT prioritaires à un taux de couverture de 25% coûterait environ 6,44 USD par habitant et éviterait environ 3,788 décès par an en Haïti (10% des décès dus aux MNTT selon les estimations de 2016).
- **Les interventions de lutte contre les MNTT peuvent être intégrées dans les plates-formes de services existantes tout en privilégiant les plus défavorisés**
 - **les pauvres et les personnes atteintes d'une maladie grave.** L'utilisation combinée du rapport coût-efficacité de l'équité et de la protection des risques financiers permettra d'élaborer une liste d'interventions prioritaires.
- **De nombreux MNTT peuvent être évités grâce à des stratégies ne relevant pas du secteur de la santé.** Des interventions telles que la taxation des produits tabagiques et l'application des lois relatives à la sécurité routière peuvent réduire les coûts et prévenir les décès et les invalidités dus aux MNTT.

6. Financement des MNTT

- **Il est difficile d'apprécier les dépenses réalisées dans la prise en charge des MNT en Haïti.** L'absence de sources de financement spécifiques et la manière dont les soins relatifs aux MNTT sont pour le moment intégrés dans l'ensemble du système de santé rendent difficile la détermination spécifique des dépenses actuelles allouées aux MNT.
- **En l'absence d'assurance sociale pour la santé, les patients atteints d'une MNT ou d'un traumatisme sont exposés à un risque financier élevé.** Être malade peut aggraver les conditions de pauvreté des individus et des ménages.



1.2 PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

Recommandation 1 : Améliorer les méthodes permettant d'estimer la charge de morbidité parmi les pauvres

- **Mettre à jour la liste des MNTT dans le rapport mensuel du MSPP afin de mieux refléter les MNTT affectant les pauvres en Haïti.** La liste actuelle prend en compte plusieurs affections courantes, notamment l'hypertension et l'obésité, mais ne mentionne pas certaines affections graves largement répandues ou entraînant fréquemment une hospitalisation, particulièrement l'insuffisance cardiaque, la dépression et les maladies respiratoires. Les établissements de santé publics et privés sont encouragés à communiquer des données complètes afin de mieux cerner la charge de morbidité et l'offre de services dans l'ensemble du pays.
- 2.A. Inclure des mesures de pauvreté dans les enquêtes de surveillance des maladies pour améliorer l'accessibilité des services aux pauvres.** De simples mesures d'ordre socio-économique ou les adresses des patients peuvent aider à ventiler les données de surveillance 'aux fins d'identification des populations pour lesquelles l'accès aux soins reste difficile. Les paramètres socio-économiques retrouvés dans l'Indice de pauvreté multidimensionnelle (IPM) ou dans l'Outil d'Équité sont simples à utiliser et facilitent la catégorisation des individus en fonction de leur niveau de richesse.
- 2.B. Des recherches supplémentaires** sont nécessaires pour mieux comprendre le fardeau des MNT et des traumatismes en Haïti et leur impact sur les pauvres.

Recommandation 2 : Interventions de lutte contre les MNTT et la promotion de l'équité par le renforcement des équipes de soins intégrés et la décentralisation

- 2.C. Envisager l'utilisation du cadre de priorisation de la Commission qui s'adapte à la protection des risques financiers et de l'équité** lorsqu'il s'agit d'augmenter la couverture des services dans une perspective d'amélioration de la protection contre les risques financiers (dépenses des ménages) et l'équité. Les membres de cette Commission et les assistants de recherche associés peuvent continuer à offrir une assistance technique au MSPP selon les besoins.
- 2.D. Les services devraient être renforcés dans les hôpitaux de premier niveau,** tout en décentralisant les services de base vers les centres de santé et la communauté, frayant ainsi la voie vers la couverture sanitaire universelle.
- 2.E. Des interventions novatrices et favorables aux pauvres en matière de santé** sont en cours de



mise en œuvre dans certaines régions d'Haïti. Les leçons tirées de ces expériences peuvent être adaptées au reste du pays.

- 2.F. Un renforcement de l'ensemble du système de santé est nécessaire**, notamment en matière de tests de diagnostic, de médicaments et de formation des ressources humaines.
- 2.G. Envisager des interventions réduisant les frais de services, le prix des médicaments et les obstacles aux soins**, notamment le soutien communautaire, le support social. Cette démarche est particulièrement importante pour les patients atteints de MNTT.
- 2.H. Des recherches sur la mise en œuvre des interventions dans le système de santé sont nécessaires** pour évaluer leur efficacité sur la prévention, les décès et les invalidités dues aux MNTT.

Recommandation 3 : Élargir la portée des efforts pour la prévention des MNTT

- 3.A. Faire le plaidoyer auprès des autres ministères en faveur de stratégies visant à améliorer la santé par le biais d'interventions communautaires.
- 3.B. Faire le plaidoyer auprès des autres ministères au sein du gouvernement en faveur de stratégies qui améliorent la santé par le biais de politiques plus larges influençant le comportement individuel et communautaire et améliorent la sécurité.
- 3.C. Encourager de nouveaux cadres juridiques qui permettent de percevoir des taxes ou de prendre d'autres sanctions suite aux comportements malsains tels que la consommation du tabac et de l'alcool tout en faisant la promotion d'une alimentation saine.

Recommandation 4 : Planification stratégique nationale et développement de partenariats

- 4.A. Élaborer un plan stratégique et opérationnel national quinquennal intégré à ceux déjà existant et visant à lutter contre les MNT et les traumatismes.** Un plan stratégique national et un cadre de mise en œuvre pour les soins relatifs aux MNTT sont nécessaires. De nombreux progrès ont été réalisés en Haïti grâce à des plans stratégiques axés sur d'autres problèmes de santé, notamment le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), la tuberculose et le choléra. La réduction effective du nombre de décès et d'invalidités dus aux maladies non transmissibles nécessitera une planification stratégique coordonnée et une surveillance appropriée.
- 4.B. Mettre au point un processus de consultation externe donnant accès aux données disponibles pour évaluer les progrès** accomplis dans la réalisation du plan national



stratégique et ainsi atteindre la couverture sanitaire universelle concernant les MNTT. Les membres de cette Commission sur les MNTT en Haïti peuvent être en mesure de participer à un tel processus.

- 4.C. Développer des partenariats public-privé et travailler avec des partenaires internationaux** pour financer des interventions de lutte contre les MNTT.
- 4.D. Augmenter le financement des services de prise en charge des MNTT et des interventions de prévention** en collaborant avec des donateurs et en adoptant des approches novatrices, notamment la taxation et la collaboration en matière d'achat de médicaments.
- 4.E. Envisager des programmes d'assurance sociale** pour réduire les risques financiers.



2. Mise en contexte

Les MNT et les traumatismes sont les principales causes de mortalité dans le monde. En Haïti, les MNTT sont associés à environ la moitié de la charge de morbidité, selon les données de l'Étude sur la Charge Mondiale de Morbidité¹. Les MNTT affectent de façon disproportionnée les gens des pays à revenu faible et moyen (PRFM). La pauvreté est étroitement liée aux MNTT. Le fardeau des MNTT n'étant pas abordé ne fera qu'entraver les initiatives de réduction de la pauvreté dans les PRFM.²

La politique mondiale en matière de lutte contre les MNT n'a pas encore profité aux populations les plus démunies des pays les plus pauvres. Malgré une réunion de haut niveau des Nations Unies sur les MNT tenue en 2011 et l'inclusion des MNT dans la cible 3.4 des objectifs de développement durable en 2015*, l'aide au développement pour les MNT reste faible. Les fonds limités alloués aux MNT ont porté principalement sur la lutte antitabac dans les pays à revenus moyens et élevés.

Haïti est le pays le plus pauvre des Amériques (avec un Produit Intérieur Brut (PIB) par habitant de 1 800 USD en 2016, à parité de pouvoir d'achat)³ avec des besoins importants en services de base. Environ 2,5 millions de personnes vivent dans l'extrême pauvreté (<1 dollar américain par jour), soit 24% de la population nationale et 38% des habitants des régions rurales.⁴ Haïti consacre relativement peu d'argent à la santé. Dans les comptes nationaux de la santé de 2013-2014, les dépenses totales de santé s'élevaient à 66,08 USD par habitant (à raison de 45 HTG par USD), soit environ 710 millions USD par an.⁵ Les dépenses totales affectées à la santé représentaient environ 8,2% du PIB en Haïti. Sur le total des dépenses de santé, 9,7% provenaient du secteur public, 30% des ménages et 56,7% de sources privées externes (y compris des organisations non-gouvernementales).

Dans le budget national de 2016-2017, 4,5% (5,51 milliards HTG) ont été alloués au Ministère de la Santé (MSPP).³ Les dépenses de l'État équivalent à 2% du produit intérieur brut. Le gouvernement ne prend en charge que 21% environ des soins de santé.⁶ Les coûts directs supportés par les ménages sont estimés à environ 35% des dépenses de santé, tandis que les organisations non-gouvernementales et les autres donateurs financent les 45% restants. Les dépenses du MSPP spécifiquement consacrées aux MNT ne sont pas connues.

Les politiques actuelles de lutte contre les MNTT en Haïti sont limitées. Reconnaisant l'importance et l'urgence de cette question, une Commission Haïtienne sur les MNTT et la Pauvreté a été créée. Sa réunion initiale a eu lieu en décembre 2016. La commission estime que le fardeau des MNTT pour les populations vivant dans l'extrême pauvreté est (1) largement indépendant des

* Objectif de développement durable 3.4: Réduire d'un tiers le nombre de décès prématurés dus aux maladies non transmissibles grâce à la prévention et au traitement d'ici à 2030 et promouvoir la santé mentale et le bien-être.



facteurs de risque évitables liés au mode de vie, tels qu'une pression artérielle élevée, le tabagisme et le manque d'activité physique, et (2) n'est pas dominé par une poignée d'affections telles que les crises cardiaques et les maladies pulmonaires. Pour faire face à cette épidémiologie unique, la réponse aux MNTT dans les populations pauvres doit être définie en termes de politiques et de stratégies de prestation de services de santé intégrés qui sauveront la vie des enfants et des jeunes adultes et contribueront à l'éradication de la pauvreté.

Haïti manque de connaissances sur les indicateurs clés des MNTT et il est nécessaire de développer des outils de programmation pour simuler les impacts de différents scénarios de développement des ressources humaines, lesquels représentent des éléments clés sur lesquels le MSPP peut s'appuyer pour définir les priorités, améliorer le processus décisionnel en matière de politique et assurer l'allocation des ressources pour les MNTT et la santé. L'objectif de la commission est de synthétiser les données disponibles détaillant le fardeau des MNTT en Haïti, de procéder à un exercice d'établissement des priorités afin d'identifier les pathologies et les interventions majeures, d'estimer le coût associé à la mise en œuvre de ces interventions et de recueillir des récits racontés par les patients eux-mêmes afin d'éclairer les discussions sur les souffrances causées par les MNTT et les éventuelles histoires à succès.

3. Note Méthodologique

La Commission de Lutte contre les MNTT et la Pauvreté a rassemblé des données provenant de sources multiples pour étudier (1) la répartition de la pauvreté en Haïti, (2) la charge de mortalité et de morbidité liée aux MNTT parmi les pauvres (3) le coût et le coût-efficacité des interventions relatives aux MNTT. Pour chaque section, nous avons revu les données disponibles et procédé à des analyses de base.



4. Répartition de la pauvreté en Haïti

4.1 MESURER LA PAUVRETÉ EN HAÏTI

Il existe plusieurs méthodes pour évaluer la pauvreté à partir des données disponibles (résumées dans le tableau 1). L'enquête démographique sur la santé (EDS) (L'Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services – EMMUS) utilise un indice de richesse qui comprend 35 questions dont 122 variables qui sont principalement les avoirs et le niveau de vie.⁷ Les données contenues dans l'EMMUS sont utiles pour évaluer la distribution de la pauvreté à l'échelle nationale. Cependant, l'enquête est trop longue et compliquée pour incorporer d'autres systèmes de surveillance des maladies. L'Outil d'Équité est une version simplifiée de l'indice de richesse EDS/ EMMUS qui utilise seulement 13 questions (incluant 19 variables) en Haïti.⁸ Un outil en ligne facile à utiliser permet d'estimer les quintiles de richesse pour des sujets individuels. Les questions spécifiques choisies dans l'Outil d'Équité diffèrent d'un pays à l'autre. Ainsi, l'Outil d'Équité est utile pour les comparaisons dans un même pays, mais pas pour des comparaisons entre les pays.

La Commission mondiale de Lancet a décidé d'utiliser une version adaptée d'une mesure inclusive de la pauvreté. L'indice de pauvreté multidimensionnelle (IPM), mis au point par l'Initiative d'Oxford de Développement Humain et de Lutte contre la Pauvreté, est l'une des méthodes multidimensionnelles les plus couramment utilisées pour évaluer la pauvreté. Les mesures de la pauvreté multidimensionnelle tiennent compte de 10 indicateurs recueillis lors des visites des ménages de l'enquête démographique et sanitaire dans trois dimensions principales : l'éducation, la santé et le niveau de vie (tableau 2).⁹ Les mesures de la pauvreté multidimensionnelle permettent d'évaluer la pauvreté monétaire et non monétaire. Ainsi, des données nationales représentatives tirées des enquêtes démographiques et sanitaires en Haïti – (les dernières données disponibles datent de 2012) - peuvent être comparées à des mesures de la pauvreté similaire dans le monde entier.^{10,11} Les personnes privées de 5 indicateurs ou plus constituent le milliard de personnes les plus pauvres du monde.¹² Les privations basées sur les indicateurs sont attribuées à l'ensemble du ménage. Ainsi, toutes les personnes vivant dans un ménage donné sont considérées comme ayant le même niveau de pauvreté. La Commission mondiale de Lancet n'a pas inclus les indicateurs de la dimension santé pour éviter les biais dans certaines de ses analyses. De tels biais ne sont pas si importants pour le travail de la Commission Haïtienne.

Les mesures de la pauvreté multidimensionnelle ont été spécifiquement choisies pour (1) intégrer les mesures de la pauvreté au-delà du revenu et (2) faciliter les comparaisons à l'échelle territoriale et entre pays lorsque des indicateurs similaires sont mesurés. Des données similaires obtenues à partir de la plateforme de surveillance EDS dans le monde incluent près de 75% de la population mondiale.¹²



Indicateurs de statut socio-économique

Caractéristiques Indicateurs	Index de Pauvreté Multidimensionnel	Outil d'Équité	EDS/EMMUS Index de Richesse
Questions	16	13	35
Variables	16	19	122
Standards de vie	Électricité Sanitaires /Toilette Eau potable Combustible pour la cuisine Matériel constituant le plancher Propriété d'actifs <ul style="list-style-type: none"> • Radio • Réfrigérateur • Télévision • Téléphone • Bicyclette • Voiture/Camion (ette) • Motocyclette 	Électricité Sanitaires /Toilette Eau potable Combustible pour la cuisine Matériel constituant le plancher Matériel constituant le mur Matériel constituant le toit Compte bancaire Bien Possession Radio Réfrigérateur Télévision Cellulaire	
Santé	Mortalité infantile Nutrition	Aucun	Aucun
Éducation	Années d'éducation Fréquentation scolaire des enfants	Aucun	Aucun
Référence	http://www.ophi.org.uk/wp-content/uploads/Haiti.pdf	http://www.equitytool.org/haiti/	

Tableau 2: Indicateurs de statut socio-économique pour évaluer la pauvreté

4.2 RÉPARTITION ACTUELLE DE LA PAUVRETÉ EN HAÏTI

En Haïti, 4,7 millions de personnes, soit 46,8% de la population, sont privées d'au moins cinq des dix indicateurs de pauvreté multidimensionnelle et comptent parmi le milliard de personnes les plus pauvres du monde. Figure 1 et tableau 3 montrent la répartition des pauvres par département en Haïti, qui comptent parmi le milliard de personnes les plus pauvres du monde. Les données infranationales montrent la répartition hétérogène des pauvres et le fait que la pauvreté est une épidémie à l'échelle nationale, en particulier dans les départements ruraux. Dans la Grand-Anse et au Plateau Central, environ 75% des habitants comptent parmi le milliard de personnes les plus pauvres. Alors qu'une proportion relativement plus faible (27%) de la population de la région métropolitaine entourant Port- au- Prince (département de l'Ouest) figure parmi le milliard des plus pauvres, plus d'un million de personnes figurent parmi le milliard de personnes les plus pauvres du fait de la forte population du département. Le département avec le deuxième plus grand nombre de pauvres est l'Artibonite.



Répartition de la pauvreté



Grphe 1: Carte d'Haïti montrant la répartition de la pauvreté par département. La proportion de personnes ayant 5 privations ou plus (parmi le milliard des personnes les plus pauvres du monde) est indiquée. Données primaires de l'EDS 2012

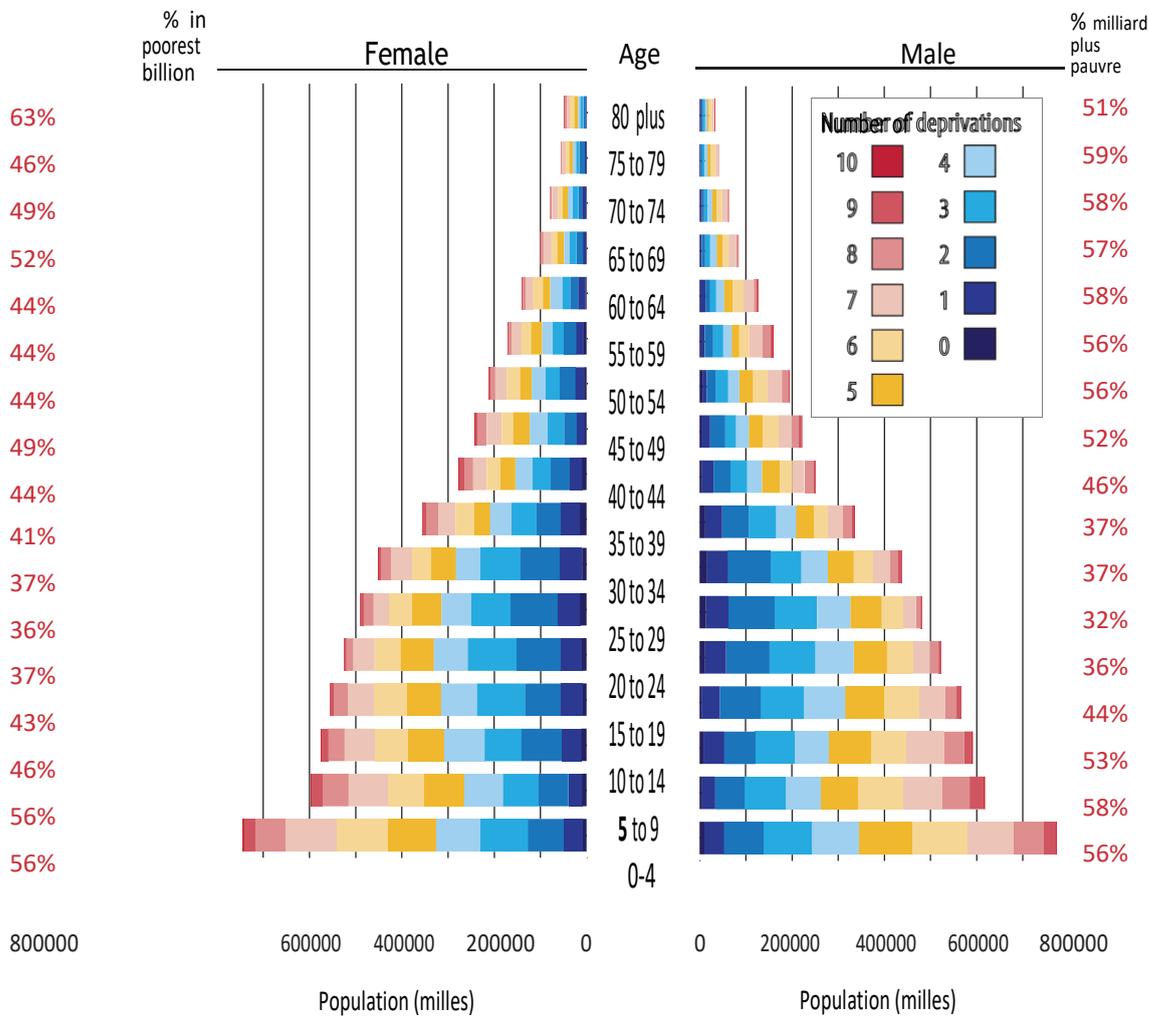
Département	Nombre	Proportion
Grande-Anse	311,257	75.9%
Centre	506,069	74.0%
Nord-Ouest	321,800	65.1%
Nord-Est	247,223	62.9%
Sud-Est	324,190	62.3%
Artibonite	944,026	61.7%
Nippes	178,300	53.7%
Sud	372,951	48.4%
Nord	451,434	43.8%
Aire Métropolitaine/Reste-Ouest	1,091,143	27.4%
Total	4,748,393	46.8%

Tableau 3: Répartition des personnes avec 5 privations ou plu par département.

Les figures 2 et 3 montrent la répartition de la pauvreté en Haïti par âge et sexe. Comme dans d'autres pays à faible revenu, les pauvres sont concentrés parmi les enfants et les jeunes adultes. Environ 50% des moins de 20 ans appartiennent au milliard de personnes les plus pauvres – avec des proportions similaires chez les hommes et les femmes.



Répartition de la pauvreté en Haïti par âge, sexe et degré de privation

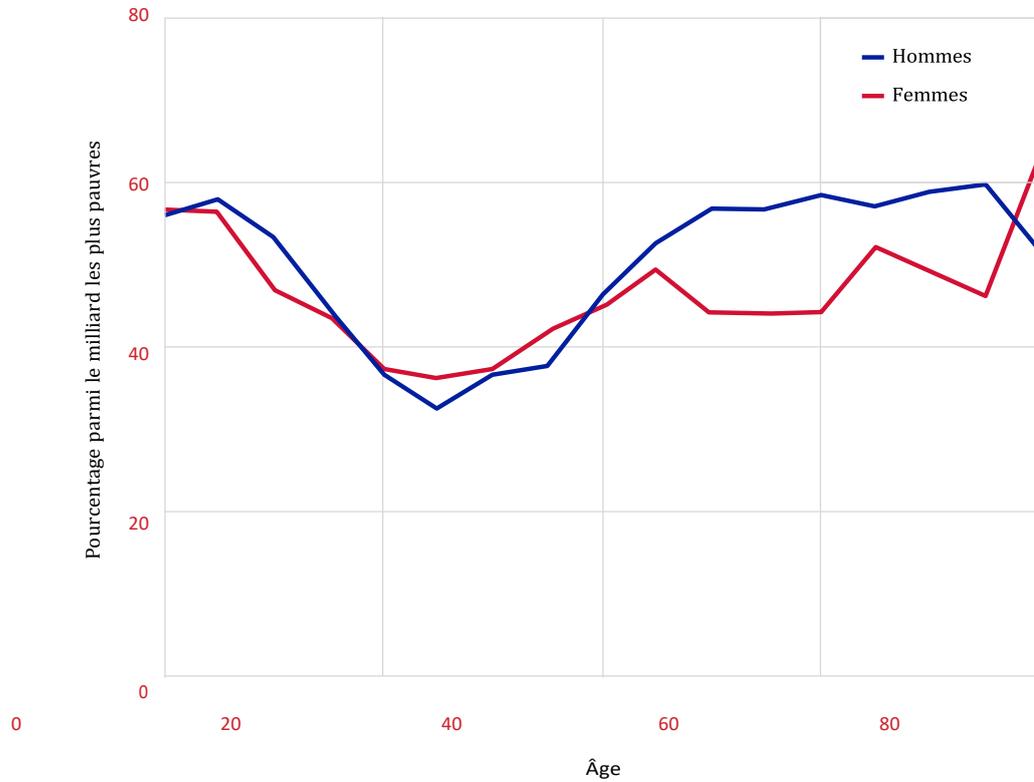


Graph 2: Répartition de la pauvreté en Haïti par âge, sexe et degré de privation.

Les nuances de gris indiquent les personnes avec cinq privations ou plus (parmi le milliard de personnes les plus pauvres du monde). Données primaires de l'EDS 2012. Les pourcentages à gauche et à droite indiquent la proportion de femmes et d'hommes, respectivement, dans chaque tranche d'âge, parmi le milliard des plus pauvres.



Pourcentage de la population en Haïti par âge parmi le milliard de personnes les plus pauvres



Graphe 3. Pourcentage de la population en Haïti par âge et par sexe, avec au moins 5 privations (parmi le milliard de personnes les plus pauvres du monde).



5. Facteurs de risque des MNTT : EMMUS-VI

5.1 DONNÉES DE L'ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE (EDS) 2016-2017

Les données de l'Enquête Démographique et Sanitaire (EDS) d'Haïti (EMMUS) en Haïti ont été réalisées sur la période 2016-2017 et sont disponibles pour analyse.⁷ En ce qui concerne L'EMMUS-VI, les données ont été collectées durant des enquêtes de ménage sur un ensemble élargi de facteurs de risque incluant l'usage du tabac, la consommation d'alcool, le poids, la tension artérielle et la glycémie. Les données de l'EDS incluent également les indicateurs utilisés pour déterminer les catégories de pauvreté telles que définies par le IPM et discutées ci-dessus. En outre, l'équipe de l'EMMUS a utilisé les variables socioéconomiques disponibles pour stratifier les participants en quintiles de richesse. Nous résumons ici les résultats pertinents au sein de l'EMMUS et présentons des données sur les quintiles de richesse les plus pauvres et les plus riches.

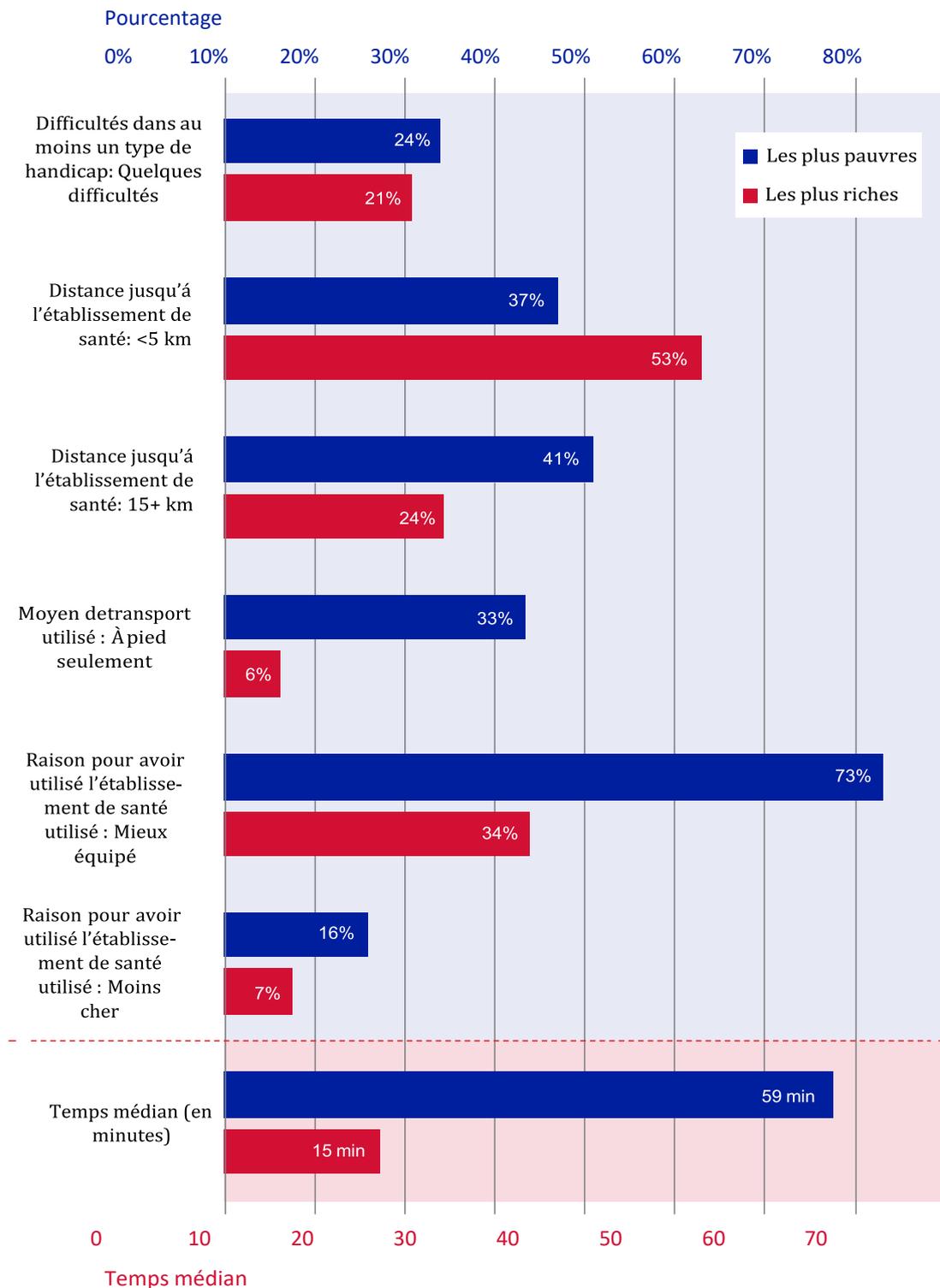
5.2 RÉSULTATS : DISTRIBUTION DE CERTAINS FACTEURS DE RISQUE LIÉS AUX MNTT ET A LA PAUVRETÉ

5.2.1 Accès aux services de santé

Les ménages de l'enquête ont été interrogés sur les handicaps, ainsi que sur la distance qui les sépare du centre de santé le plus proche, les moyens de transport et les habitudes d'utilisation. La figure 4 résume un extrait pertinent des résultats. Les ménages du quintile le plus pauvre se heurtent à de plus grands obstacles pour accéder aux services de santé. Ils souffrent de handicaps plus importants, vivent plus loin des centres de santé, prennent plus de temps et sont plus susceptibles de marcher pour s'y rendre. Une grande proportion des plus pauvres évitent d'aller au centre de santé le plus proche - principalement en raison de la perception de la qualité médiocre des équipements et du coût.



Accès aux services de santé, EMMUS 2016-2017



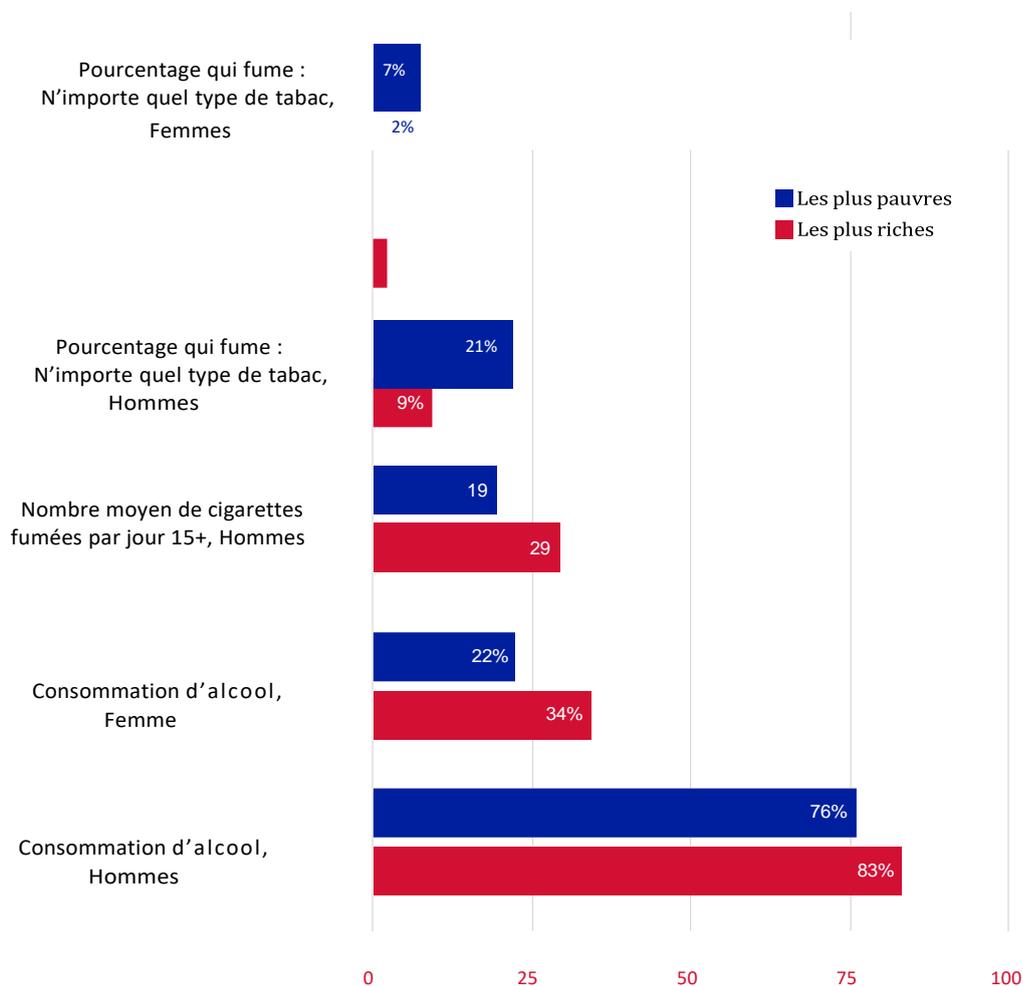
Graph 4. Accès aux services de santé par niveau de pauvreté (EMMUS 2016-2017).



5.2.2 Fumer et consommer de l'alcool

En Haïti, environ 3,7% des femmes et 14,5% des hommes utilisent des produits tabagiques. Comme dans d'autres pays, la consommation du tabac est plus élevée chez les plus pauvres que chez les plus riches. Cependant, parmi ceux qui utilisent des produits tabagiques, la quantité de tabac est plus faible chez les plus pauvres que chez les plus riches. Dans l'ensemble d'Haïti, environ 29,8% des femmes et 76,5% des hommes consomment un certain type d'alcool. La consommation d'alcool est plus faible chez les plus pauvres que chez les plus riches. Les résultats sont résumés dans la figure 5.

Consommation de tabac et d'alcool par sexe et niveau de pauvreté



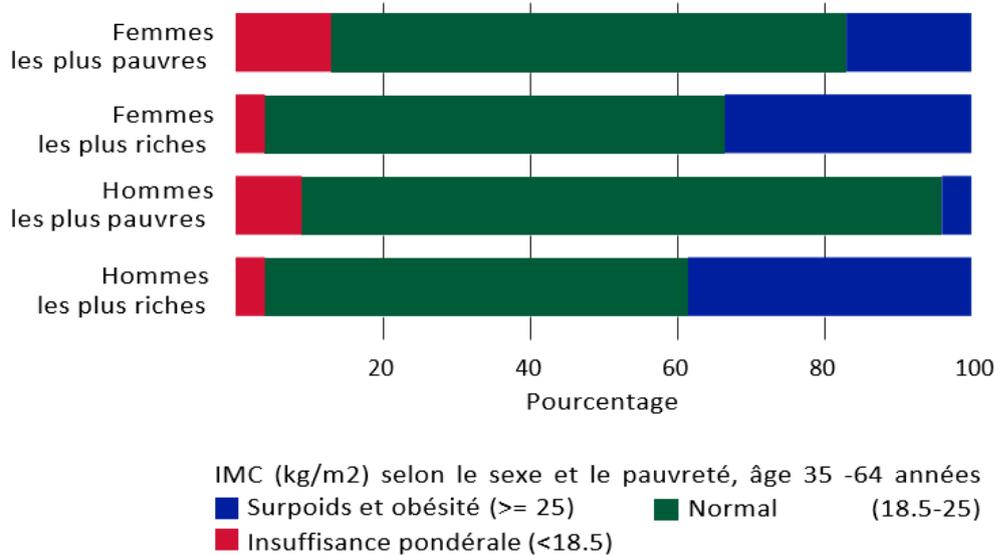
Grappe 5. Consommation de tabac et d'alcool par sexe et niveau de pauvreté (EMMUS 2016-2017).



5.2.3 Surpoids et obésité

En Haïti, comme le montre la figure 6, il y a plus de personnes souffrant d'insuffisance pondérale parmi les plus pauvres que parmi les plus riches hommes et femmes. Il y a moins de personnes en surpoids et obèses parmi les plus pauvres que parmi les plus riches - hommes et femmes

Surpoids et obésité selon le sexe et la pauvreté



Graph 6. Surpoids et obésité selon le sexe et la pauvreté (EMMUS 2016-2017).



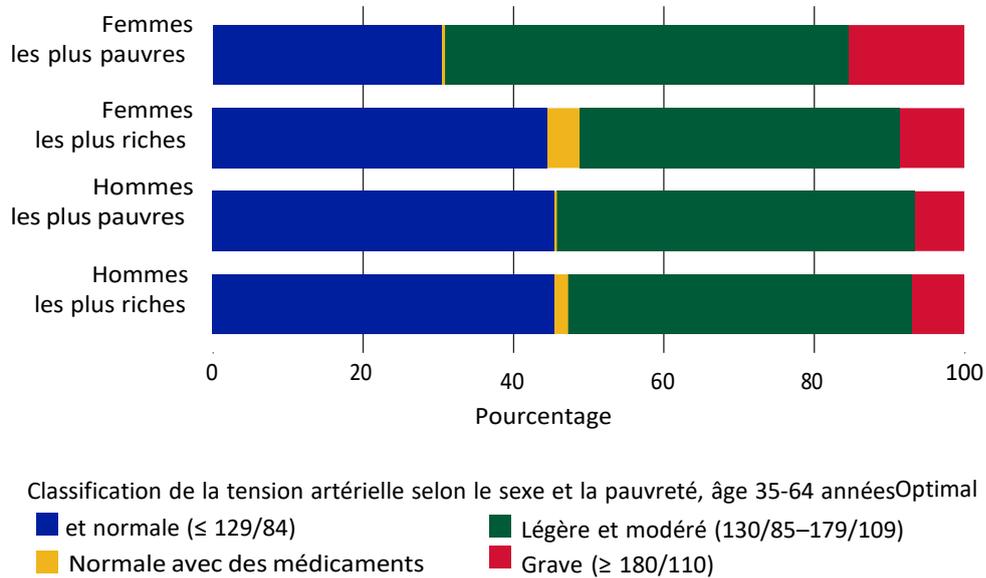
5.2.4 Hypertension artérielle

Une pression artérielle élevée est un facteur de risque majeur pour de nombreuses maladies cardiovasculaires et est très prévalant en Haïti. Parmi les adultes âgés de 35 à 64 ans en Haïti, on estime que 49% des femmes et 38% des hommes souffrent d'hypertension. Nous estimons qu'il y a environ 722 000 femmes et 512 000 hommes en Haïti souffrant d'hypertension.

Chez les femmes, il y a plus d'hypertension (69% contre 52%) et d'hypertension plus sévère (15% contre 9%) parmi les plus pauvres par rapport aux plus riches. Chez les hommes, il n'existe pas de gradient social important. Les résultats sont résumés dans la figure 6. En outre, comme le montre la figure 7, la proportion de personnes hypertendues étant au courant de leur maladie, placées sous traitement et bien contrôlées est beaucoup plus basse pour les plus pauvres que pour les plus riches hommes et femmes combinés.

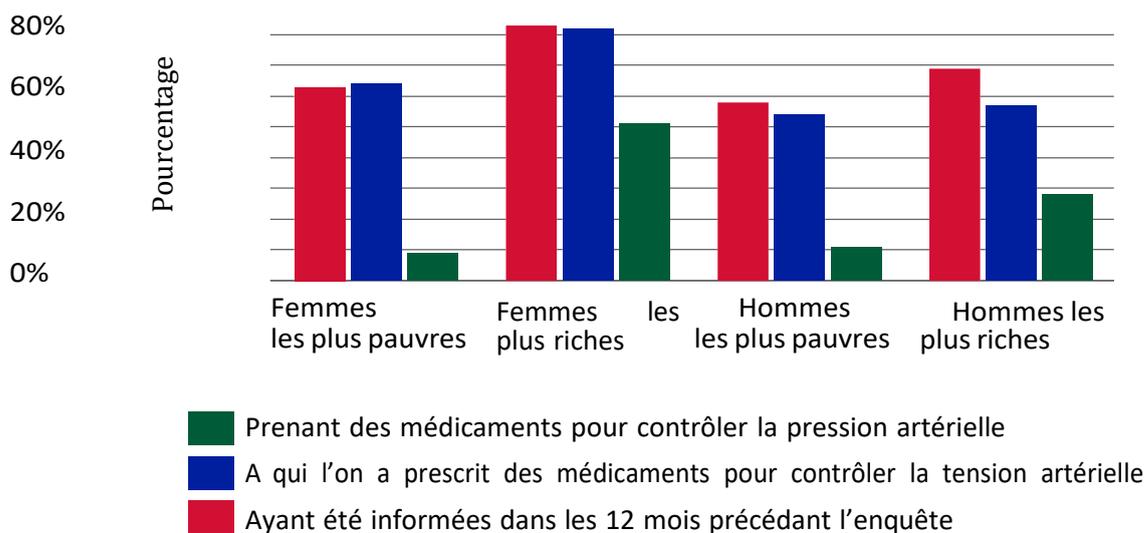


Tension artérielle selon le sexe et la pauvreté



Graphe 7. Pression artérielle selon le sexe et la pauvreté chez les adultes âgés de 35 à 64 ans (EMMUS 2016-2017).

Sensibilisation, traitement et contrôle de l'hypertension, par sexe et par pauvreté



Graphe 8. Sensibilisation, traitement et contrôle de l'hypertension, par sexe et par pauvreté (EMMUS 2016-2017).

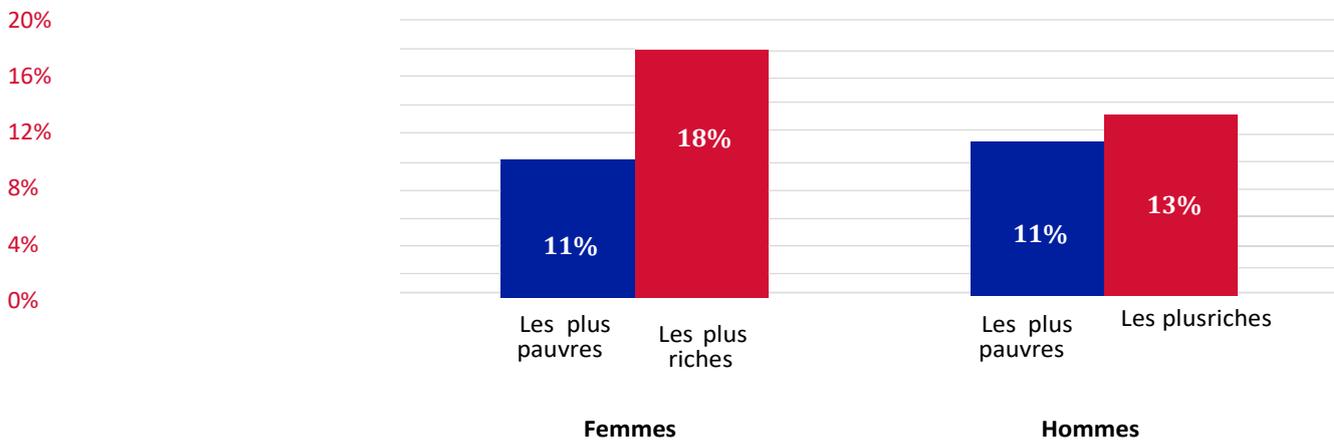
5.2.5 Diabète

À travers Haïti, on estime que 14% des femmes et 8,2% des hommes sont atteints de diabète. Comme le montre la figure 9, la prévalence du diabète est plus faible chez les plus pauvres que



chez les plus riches. Ces résultats sont similaires au modèle de surpoids/ obésité décrit ci-dessus

Diabète : HbA1c >6.5% selon le sexe et le statut socioéconomique (age 35-64 ans)

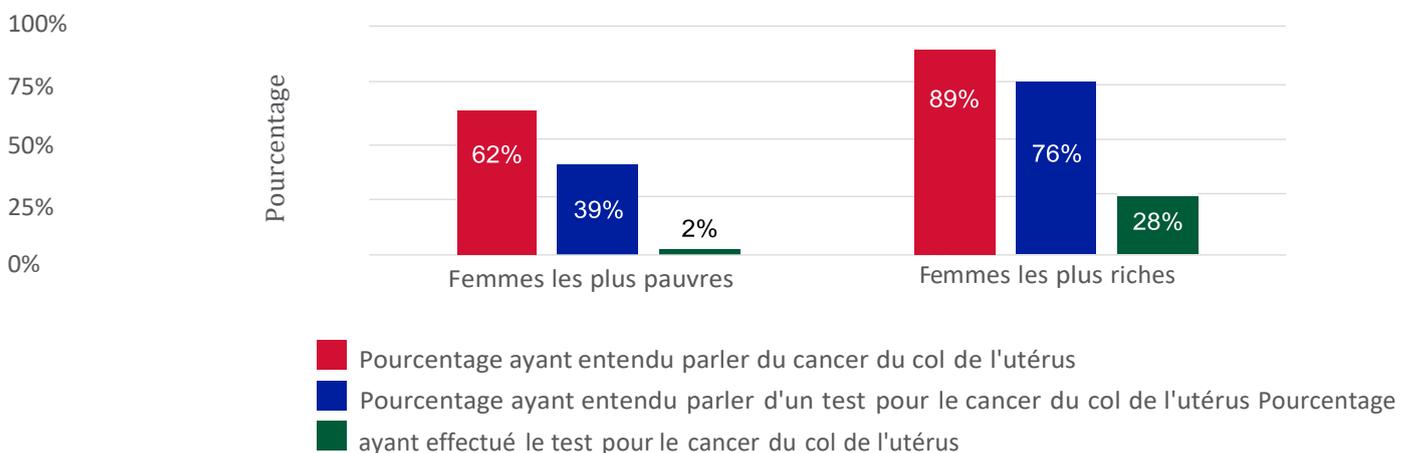


Graphe 9. Diabète par sexe et pauvreté. Proportion d'adultes âgés de 35 à 64 ans avec un taux d'HbA1c > 6,5% (EMMUS 2016-2017).

Cancer du col utérin

Le cancer du col utérin est une cause majeure de décès et d'invalidité liés au cancer dans les pays à faible revenu. En Haïti, comme le montre la figure 10, la proportion de personnes qui sont au courant de la maladie (62% contre 89%), savent qu'il existe un test pour l'identifier (39% contre 76%) et qui ont été testés (2% contre 28%) sont tous beaucoup plus bas parmi les plus pauvres que les plus riches.

Dépistage et sensibilisation vis à vis du cancer du col de l'utérus par rapport à la pauvreté (Femmes, 35-64 ans)



Graphe 10. Dépistage et sensibilisation vis à vis du cancer du col de l'utérus par rapport à la pauvreté chez les femmes adultes âgées de 35 à 64 ans (EMMUS 2016-2017).



6. ESTIMATION DE LA MORBIDITÉ ET DE LA MORTALITÉ LIÉES AUX MNTT

6.1 DONNÉES RAPPORTÉES PAR LE MSPP

6.1.1 Description des données déclarées par le MSPP

Le Système d'Information Sanitaire National Unique (SISNU) en Haïti facilite la communication des indicateurs de santé. Il est un composant de la plateforme District Health Information Software 2 (DHIS 2). Le système porte sur les données agrégées collectées de façon routinière dans les établissements de santé. Les données relatives aux affections sélectionnées pour chaque établissement de santé figurant dans les tableaux 1 et 4 de l'annexe sont soumises mensuellement au MSPP pour agrégation. Les données sont limitées au nombre de patients - nouveaux et en suivi - atteints de la maladie. Les pathologies non incluses dans les rapports de surveillance ne figurent pas dans la base de données. Les données disponibles sur les MNTT au cours de l'année civile 2016 ont été recueillies sur le SISNU. Nous avons utilisé les données démographiques disponibles pour chaque département afin de calculer les taux de cas par 100 000 habitants. Pour évaluer les différences entre Haïti et les régions de pauvreté relative, les taux de cas ont été évalués parmi les départements les plus pauvres (>60% de la population parmi le milliard des plus pauvres ; Artibonite, Centre, Grand-Anse, Nord- Est, Nord-Ouest Sud-Est); forte pauvreté (40 à 60% de la population parmi le milliard les plus pauvres; Nippes, Nord, Sud); et la pauvreté la plus basse (<30% de la population parmi le milliard le plus pauvre; Ouest).

6.1.2 Résultats des données déclarées par le MSPP

Le tableau 4 montre l'utilisation des établissements de santé par 100 000 habitants pour les affections sélectionnées qui ont été rapportés au MSPP pour l'année 2016 dans les départements classés par niveau de pauvreté. Parmi les maladies non- transmissibles, l'hypertension était la plus fréquente avec 2 356 cas pour 100 000 habitants, suivie du diabète avec 681 cas pour 100 000 personnes. Parmi les traumatismes, les accidents de la route et les accidents domestiques sont en tête avec respectivement 423 et 182 cas sur 100 000. Cependant, cette appréciation de l'utilisation des services est assez faible et peut-être une sous-estimation. Nous estimons qu'environ 23 000 adultes âgés de 35 à 64 ans souffrent d'hypertension pour 100 000 habitants en Haïti.



Nombre de cas pour 100 000 habitants pour les MNTT

Condition	Haïti (total)	Département plus pauvres	Départements à forte pauvreté	Départements à pauvreté abaissée
MNTs				
Hypertension†	2356	2522	2378	2152
Diabète†	681	460	795	878
Épilepsie	34	59	19	13
Obésité†	21	22	4	28
Cancer de la prostate†	19	38	8	3
Cancer du col utérin†	18	21	19	15
Cancer du sein†	30	64	5	5
Cataracte†	74	83	53	76
Glaucome†	82	101	120	40
Insuffisance rénale chronique†	17	33	5	4
Malnutrition	350	361	184	427
Extraction dentaire	458	381	546	501
Endodontie	179	182	209	159
Traumatismes				
AVP	423	452	751	210
Accidents domestiques	182	199	252	124
Agressions physiques	118	118	228	59
Accidents du travail	107	108	148	84
Violence sexuelle	11	13	14	8
Autres types de violence	15	16	18	14
* Les départements à pauvreté la plus élevée (plus de 60% de la population parmi les plus pauvres) comprennent Artibonite, Centre, Grand-Anse, Nord-Est, Nord-Ouest et Sud-Est. Les départements à pauvreté élevée (40 à 60% de la population parmi les plus pauvres) incluent Nippes, Nord, Sud. Le département à la pauvreté la plus basse (<30% de la population parmi les plus pauvres) comprend Ouest.				
† nouveaux cas (incidents) et cas de suivi signalés.				

Tableau 4: Données de surveillance 2016 du MSPP : Nombre de cas pour 100 000 habitants pour les MNTT incluses dans la plateforme de surveillance.



6.2 DONNÉES INSTITUTIONNELLES DE L'HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE MIREBALAIS (HUM)

Pour mieux comprendre la prévalence des maladies au-delà de celles incluses dans le système de surveillance du MSPP, les données du système électronique des dossiers médicaux de HUM ont été analysées. HUM est un hôpital universitaire de référence situé dans le département du Centre d'Haïti. Il a ouvert ses portes en 2013 au service d'une zone de desserte primaire d'environ 200 000 habitants et d'une zone de référence d'environ 3 millions d'habitants. Les patients paient un frais unique de 150 HTG. Pour réduire les obstacles financiers aux soins, les visites à la clinique, les diagnostics et les médicaments ne sont pas facturés.¹³ Un médecin ou une infirmière enregistre dans un dossier médical toutes les visites du patient en y associant un diagnostic. Chaque diagnostic est codé sur la base de la Classification statistique internationale de la maladie - 10ème révision (CIM-10). Les diagnostics représentent les plus appropriés considérés par le prestataire à partir des informations cliniques disponibles. Dans certains cas, les diagnostics codés saisis sont des symptômes pouvant correspondre à de nombreux diagnostics spécifiques possibles (exemple : la douleur abdominale peut avoir une cause sous-jacente d'origine infectieuse ou non transmissible). De tels symptômes sont « inclassables ». De plus, les prestataires peuvent saisir sur le dossier médical électronique des diagnostics non codés qui pourraient ne pas être associés à aucun diagnostic spécifique.

Toutes les visites médicales associées à un diagnostic pour l'année civile 2017 ont été évaluées à HUM. Les codes de la CIM-10 ont été attribués par mappage à la cause la plus spécifique de la classification de l'étude sur la Charge Mondiale de Morbidité. Nous avons tenté d'identifier le diagnostic le plus pertinent pour une visite médicale donnée. Les patients hospitalisés peuvent avoir plusieurs diagnostics saisis sur plusieurs jours. Nous avons sélectionné un diagnostic saisi à la dernière date de la visite médicale en question. Les patients ambulatoires peuvent avoir plusieurs diagnostics au cours d'une visite à la clinique. Nous avons sélectionné le premier diagnostic retenu, car il est généralement le plus grave ou le plus pertinent. Les patients peuvent avoir plusieurs consultations en milieu hospitalier et en ambulatoire au cours d'une année civile.

6.2.1 Résultats : Données institutionnelles de l'Hôpital Universitaire de Mirebalais

Le tableau 5 montre la proportion de diagnostics codés par catégorie à HUM en 2017. Plus de 125 000 diagnostics codés ont été évalués. La répartition des diagnostics varie entre les services de soins intensifs (Département des urgences et services hospitaliers) et les structures de soins ambulatoires. Dans le contexte des soins intensifs, 43% des diagnostics sont dus à des causes transmissibles, maternelles, néonatales ou nutritionnelles. Les MNT représentent 42% des diagnostics tandis que 16% sont dus à des blessures. En milieu ambulatoire, la grande majorité des cas sont à des MNT (79%), tandis que 18% sont liées à des affections transmissibles, maternelles, néonatales ou nutritionnelles, et seulement 3% sont des traumatismes.



Catégorie de diagnostics codés à l'Hôpital Universitaire de Mirebalais

Catégorie	Aigu	Ambulatoire	Total
Maladies transmissibles, maternelles, néonatales, et nutritionnelles	7 600 (43%)	1 936 (18%)	26 966 (22%)
Maladies Non-Transmissibles	7 455 (42%)	85 100 (79%)	92 555 (74%)
Traumatismes	2 800 (16%)	2 918 (3%)	5 718 (5%)
Totale codé	17 855	107 384	125 239
Non - codé/ inclassable	3 576	32 089	35 665
Grand Total	21 431	139 473	160 904
Environ 80% de tous les diagnostics sont codés. Proportion de diagnostics codés présentés. Environ 20% des diagnostics ne sont pas répertoriés ou ne sont pas codés.			

Tableau 5: Catégorie de diagnostics codés à l'Hôpital Universitaire de Mirebalais en 2017.

Le tableau 6 présente les diagnostics des MNTs en consultation externe à HUM. Le diagnostic principal lors des consultations externes était la gastrite (14%), suivie de l'hypertension (9%), des douleurs pelviennes (5%), des caries dentaires (4%) et des maux de dos (3%). Parmi les autres affections dans le top 25, on citera l'insuffisance cardiaque, le diabète de type 2, l'hyperplasie de la prostate, le cancer du sein, l'asthme et la drépanocytose. En milieu ambulatoire, 97,7% des diagnostics sont classés comme MNTs et 1,6% comme des traumatismes (Selon les définitions de la CMM).



Le top 40 diagnostics ambulatoires à l'Hôpital Universitaire de Mirebalais (HUM)

Rang	Cause	Pourcentage
1	Autres maladies gynécologiques	5-10%
2	Gastrites et duodénites	5-10%
3	Hypertension non classée dans la « CMM »	5-10%
4	Caries de dents permanentes	5-10%
5	Uropathie et infertilité masculine	2-5%
6	Autres pathologies obstétricales	2-5%
7	Anémie non classée dans la « CMM »	2-5%
8	Diabète mellitus	2-5%
9	Infections des voies respiratoires inférieures	2-5%
10	Cancer du sein	2-5%
11	Traumatismes non classés dans la « CMM »	1-2%
12	Autres pathologies de l'appareil locomoteur	1-2%
13	Pathologies endocriniennes, métaboliques, immunes ou hématologiques	1-2%
14	Autres troubles mentaux et abus de substances	1-2%
15	Hernie inguinale, fémorale, and abdominale	1-2%
16	Léiomyome utérin	1-2%
17	Lombalgie	1-2%
18	Tumeurs non classées dans la « CMM »	1-2%
19	Lithiases urinaires	1-2%
20	Maladies cardiovasculaires non classées dans la « CMM »	1-2%
21	Autres maladies tropicales négligées	1-2%
22	Infections des voies respiratoires supérieures	1-2%
23	Hypertrophie bénigne de la prostate	<1%
24	Autres maladies de l'appareil digestif	<1%
25	Autres maladies de l'appareil urinaire	<1%
26	Sepsis et autres infections maternels	<1%
27	Autres MST	<1%
28	Epilepsie	<1%
29	Autres maladies respiratoires chroniques	<1%
30	Dermatoses fongiques	<1%
31	Dermatites	<1%
32	Asthme	<1%
33	Autres affections cutanées et sous-cutanées	<1%
34	Autres maladies cardiovasculaires et circulatoires	<1%



Rang	Cause	Pourcentage
35	Pyodermie	<1%
36	Autres maladies des organes des sens	<1%
37	Autres infections	<1%
38	Sicklémie	<1%
39	Cancer du col utérin	<1%
40	Dépression sévère	<1%

Tableau 6 : Diagnostics ambulatoires à l’Hôpital Universitaire de Mirebalais. Ordre de classement des affections selon le nombre de visites médicales, par diagnostic, au cours de l’année 2017, dans l’institution. Le top 40 des 188 diagnostics parmi plus de 139 000 patients rencontrés. Les infections / affections maternelles / néonatales sont en ROUGE. Les MNT sont en BLEU. Les blessures sont en VERT. Il convient de noter que les maladies cardiovasculaires ne faisant pas partie de la GBD sont généralement une insuffisance cardiaque (due à des causes multiples et spécifiques).

Le tableau 7 présente les diagnostics du service des urgences et des patients hospitalisés à HUM. Les principaux diagnostics de MNT sont les maladies cardiovasculaires (3,0%), l’hypertension (2,8%), la gastrite (2,8%), l’anémie (2,4%) et les accidents vasculaires cérébraux (1,7%). Particulièrement, l’infection des voies urinaires est définie comme une MNT par CMM. En raison de la manière spécifique dont les fournisseurs peuvent coder les diagnostics à HUM, plusieurs codes de diagnostic ou diagnostics non- codés peuvent correspondre à une cause particulière de maladie. Un exemple est l’insuffisance cardiaque. Les patients souffrant d’insuffisance cardiaque peuvent présenter les codes de diagnostic pour la cardiomyopathie, les cardiopathies rhumatismales, les cardiopathies hypertensives sans avoir de code pour l’«insuffisance cardiaque». Pour expliquer le chevauchement des codes, une équipe du service des urgences de l’HUM a publié un rapport listant les diagnostics les plus fréquents parmi les patients admis à l’hôpital.¹⁴ Le tableau 8 présente les principales causes d’admission non chirurgicale : insuffisance cardiaque congestive, pneumonie, accident vasculaire cérébral, tuberculose, anémie sévère et gastro-entérite. Les principales causes d’admission chirurgicale sont les fractures, l’appendicite, l’obstruction intestinale et les plaies. Il est à noter que les patientes présentant des affections maternelles aiguës ne passent pas par le service des urgences de HUM.



Rang	Cause	Pourcentage
34	Autres affections respiratoires chroniques	<1%
35	Maladies cardiovasculaires et de l'appareil circulatoire	<1%
36	Maladies rénales chroniques	<1%
37	Cardiopathie hypertensive	<1%
38	Septicémie néonatale et autres infections néonatales	<1%
39	Autres maladies urinaires	<1%
40	Marasme (Malnutrition protéino-énergétique)	<1%

Tableau 7: Diagnostics des services d'urgence et des patients hospitalisés à l'Hôpital Universitaire de Mirebalais. Nombre de visites médicales par diagnostic au cours de l'année 2017 dans l'institution. Le top 38 des 177 diagnostics sur plus de 21 000 consultations. Les infections/ affections maternelles / néonatales sont en ROUGES. Les MNTs sont en BLEUS. Les traumatismes sont en vert. Parmi les maladies notables ne figurant pas dans la liste du top 38, citons le VIH / sida entraînant d'autres maladies, le cancer du col utérin, l'insuffisance rénale chronique due à la glomérulonéphrite, la cardiopathie ischémique. Il convient de noter que la maladie Cardiovasculaire ne faisant pas partie de la GBD est généralement l'insuffisance cardiaque (due à des causes multiples et spécifiques).

Diagnostics les plus courants des patients admis au service des urgences de HUM

Admissions Non Chirurgicales	Admissions chirurgicales
Insuffisance cardiaque congestive	Fracture, extrémité (non-fémorale, présumer fermer)
Pneumonie	Fracture, fémorale
Accident cérébro-vasculaire	Appendicite
Tuberculose	Obstruction intestinale
Anémie sévère	Fracture ouverte
Gastroentérite	Plaies

Tableau 8: Diagnostics les plus courants des patients admis au service des urgences de HUM.¹⁴

6.3 ESTIMATIONS DE L'ÉTUDE SUR LA CHARGE DE MORBIDITÉ MONDIALE 2016

L'étude de 2016 sur la charge mondiale de morbidité (CMM) utilise des modèles statistiques pour estimer la charge de morbidité dans le monde en s'appuyant sur l'analyse systématique des données primaires. Les sources de données disponibles, y compris les informations d'état civil et d'autopsie verbale, sont combinées dans l'étude CMM avec des méthodes bayésiennes en vue de générer des estimations sur le nombre de décès et d'invalidités imputables à une longue liste de causes. Il existe 163 MNT et 27 traumatismes (190 causes au total de MNTT) modélisées dans l'étude CMM avec les codes CIM-10 correspondants.



L'étude CMM a procédé à un examen systématique exhaustif des sources de données disponibles pour étayer leurs estimations. Cependant, les données d'état civil proviennent principalement des pays à revenu élevé et intermédiaire. Ces données ne sont souvent pas disponibles dans les pays à faible revenu. En Afrique subsaharienne, par exemple, moins de 5% des décès, principalement concentrés dans les zones urbaines, sont enregistrés. En fait, toute la région centrale de l'Afrique subsaharienne n'a ni de données d'état civil ni d'informations d'autopsie verbale. Seule une petite poignée de pays d'Afrique subsaharienne ont fourni des données sur les causes de décès dans l'étude CMM.

Les estimations détaillées développées dans l'étude CMM représentent les données les plus complètes disponibles pour Haïti. Cependant, Haïti ne dispose d'aucune donnée systématique d'état civil ou d'autopsie verbale pertinente aux MNT qui contribuerait à l'étude CMM. Les données sous-jacentes provenant d'Haïti concernant un sous-ensemble très limité de pathologies ou de facteurs de risque pertinents aux MNTT sont incluses dans l'étude CMM (tableau 2 en annexe).¹⁵

Il n'existe pas de données locales communiquant les estimations en Haïti sur les causes majeures de décès et d'invalidité incluant l'insuffisance cardiaque, le cancer, le diabète et les traumatismes. Là où les données manquent, les attributions des causes aux décès sont modélisées à partir des données des pays voisins et ajustées au niveau du pays pour des co-variables tels que les niveaux d'éducation, de revenu et de pression artérielle. Ainsi, toutes les estimations de l'étude CMM sur les MNTT en Haïti sont purement modélisées. La saisie des données telles que la prévalence d'autres facteurs de risque et les registres des établissements de santé sont difficiles à intégrer dans les estimations des causes de décès modélisées par le CMM.

6.4 DONNEES DE L'ETUDE DE COHORTE SUR LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES EN HAITI

Ce rapport de commission a été initialement rédigé lors des réunions de la commission de 2018-19. Depuis lors, le centre GHESKIO (Groupe Haïtien d'Étude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes) a répondu aux maladies chroniques endémiques par le biais d'une étude épidémiologique robuste. Ils ont recruté la Cohorte des Maladies Cardiovasculaires d'Haïti dans la zone urbaine de Port-au-Prince afin d'étudier le fardeau actuel et futur des maladies cardiovasculaires et des facteurs de risque. Cette étude a inclut 3003 participants des communautés autour du centre GHESKIO. Leurs efforts pionniers ont permis d'identifier davantage le fardeau élevé des maladies non transmissibles et de découvrir de nouveaux facteurs de risque. Parmi leurs principales conclusions figurent:

- Une prévalence élevée de l'hypertension artérielle, avec de faibles taux de sensibilisation, de traitement et de contrôle.³⁵
- Des niveaux élevés de plomb associés à l'hypertension artérielle.³⁶
- Une prévalence élevée de l'insuffisance cardiaque chez les adultes – dont la majorité n'avait pas été diagnostiquée auparavant. Cette prévalence de l'insuffisance cardiaque est près de dix fois supérieure à celle observée dans les pays à revenu élevé comme les États-Unis.³⁷



6.5 COMPARAISON DES SOURCES DE DONNÉES

Étant donné que les données sur la charge de morbidité proviennent de sources multiples, il est utile de comprendre les informations de chaque source, leurs forces et les limitations indiquées dans le tableau 9.



Comparaison des sources de données concernant la charge de morbidité

	DHS/EMMUS	Rapport du MSPP	Données des établissements de santé	Estimations de l'étude CMM
Données de source primaire	Enquêtes auprès des ménages par échantillonnage systématique stratifiée	Utilisation du système de santé pour un ensemble limité de maladies non-transmissibles et de traumatismes présentés par les services de santé au MSPP	Utilisation du système de santé avec des diagnostics codés par des médecins au moment des consultations cliniques	Revue systématique des données d'état civil et d'autopsie verbale à travers le monde. Les estimations sont basées sur des modèles comportant des variables spécifiques à chaque pays
Évaluation de la pauvreté	Statut socio-économique de chaque ménage et individu	L'emplacement des établissements de santé peut être lié aux mesures de la pauvreté au niveau départemental	Les adresses des individus peuvent être liées aux mesures de la pauvreté au niveau communal	La modélisation pour évaluer la charge de morbidité parmi les pauvres comporte de nombreuses limites
Points forts des données primaires	Représentation nationale avec des données au niveau individuel. Mesure individuelle de la pression artérielle et de la glycémie. Évaluation de l'utilisation des établissements de santé	Données fournies à l'échelle nationale	Une liste plus exhaustive des diagnostics possibles (1382 diagnostics uniques ont été codés en 2016)	Liste exhaustive et systématique des maladies basées sur les codes de la CIM-10. Estimations de la morbidité, de la mortalité, de l'incidence et de la prévalence



	DHS/EMMUS	Rapport du MSPP	Données des établissements de santé	Estimations de l'étude CMM
Limites des données primaires	Incapacité de relier les données individuelles aux données des établissements cliniques. Seules les données des traumatismes et des MNT ont été évaluées	Seulement un nombre limité de maladies sont rapportées au MSPP (13 MNT, 6 traumatismes). Il se peut qu'il y ait des rapports incomplets soumis au MSPP par les établissements de santé	Les diagnostics sont principalement limités aux syndromes cliniques basés sur les symptômes, les signes de l'examen physique et des études diagnostiques limitées. Centre unique	Des données représentatives très limitées en Haïti sont incluses. Les estimations concernant Haïti sont inspirées par celles d'autres nations des Caraïbes. Bien qu'elles diffèrent de manière importante. Ces estimations ne sont probablement pas prises en compte dans les modèles

Tableau 9: Comparaison des sources de données concernant la charge de morbidité.



7. Priorisations des MNTT

7.1 CADRE DE PRIORISATION DES MNTT

Accorder la priorité aux MNTT et aux interventions de lutte afférentes nécessite l'ajustement des estimations courantes à l'aide de diverses mesures sur la pauvreté. La Commission mondiale de Lancet a utilisé un cadre similaire. Le cadre de priorisation est discuté plus bas.

Nous avons utilisé les estimations de l'étude CMM de 2016 pour créer une liste initiale de pathologies susceptibles d'être classées par ordre de priorité. Compte tenu du manque de données en Haïti, il est impossible de créer des estimations infranationales fiables à l'aide des données de l'étude CMM. Ensuite, les estimations de la charge de morbidité désagrégée par niveau de pauvreté ne peuvent pas être réalisées. Ainsi, nous avons développé des métriques pour aider à classer la charge de morbidité nationale afin de faciliter la hiérarchisation. Plus précisément, nous avons attribué un classement aux causes en fonction de 4 mesures prioritaires définies dans le tableau 10 : charge, équité, décès prématuré et gravité. Nous avons utilisé la mesure commune du fardeau : l'année de vie corrigée de l'invalidité (AVCI). Les AVCI tiennent compte de l'incidence, de la prévalence, de la gravité, de la létalité et de l'âge moyen de mortalité.

Cadre de priorisation pour les MNT

Métrique	Détail	Description	Poids
Priorisation des maladies			
Charge	Total AVCI en Haïti		3x
Équité	Taux d'AVCI standardisé pour l'âge en Haïti comparé au taux d'AVCI standardisé pour l'âge dans les pays à revenu élevé	Mesure de l'équité et de la morbidité évitable	1x
Décès précoces	Accident de la Voie publique (AVP)/décès	Nombre moyen d'années de vie perdue pour chaque décès. Mesures de la santé tout au long de la vie et prise en compte des décès précoces	1x
Sévérité	Années vécues avec Invalitdtité (AVI)/prévalence	Invalitité moyenne pour chaque cas non mortel	1x

Tableau 10: Cadre de priorisation pour les conditions MNTT.



Pour chaque pathologie, l'ordre de classement a été déterminé pour chacune des 4 mesures de priorité. Les conditions ont été regroupées par quartiles en fonction de chacune des quatre mesures prioritaires. Pour chaque métrique, le quartile a été converti en points (quartile supérieur = 4 points, quartile inférieur = 1 point). Pas toutes les métriques prioritaires ne peuvent être calculées pour toutes les maladies. La métrique concernant le « décès prématuré » n'a pas pu être calculée pour les affections non fatales (c'est-à-dire les troubles dépressifs majeurs et les expositions aux forces de la nature). La métrique relative à la « gravité » n'a pas pu être calculée pour les affections dont la prévalence n'est pas estimée (c'est-à-dire les autres maladies respiratoires chroniques). La commission a estimé que la charge globale de morbidité était la plus importante des métriques. Ainsi, la charge de morbidité (AVCI totales) a reçu un poids plus élevé (3x) par rapport aux autres métriques prioritaires (1x pour chaque autre métrique). Les poids relatifs ont été approuvés par la Commission d'Haïti et sont similaires à ceux choisis par la Commission mondiale de Lancet. Nous avons calculé les points moyens sur les métriques prioritaires disponibles. Les maladies ont été classées dans l'ordre des points moyens.

Le classement initial n'est pas censé être une liste exacte des maladies prioritaires; cependant, elle fournit un ensemble approximatif de maladies avec un score élevé en termes de charge, de gravité et d'iniquité pour que la commission puisse entamer ses réflexions sur les choix définitifs. Lors de la troisième réunion de la commission (le 9 juin 2017), les commissionnaires ont incorporé les priorités et l'expertise locales pour élaborer une liste préliminaire.

7.2 RÉSULTATS DE LA PRIORISATION DES MNTT

La liste des priorités est présentée dans le tableau 11 et comprend 28 MNT prioritaires et 9 traumatismes prioritaires. Pas nécessairement dans un ordre particulier.

MNTT prioritaires selon les estimations de l'étude CMM 2016

Ordre de priorité	Cause-MNTs (n=28)	AVAH liées au CMM à l'échelle nationale	Charge	Equité et morbidité évitable	Décès prématuré	Sévérité	Moyenne des points point de Priorité
1	Autre pathologies congénitales	45,674	16	46	8	42	4.00
1	Anomalies du tube neural	23,528	39	19	4	11	4.00
3	Sicklémie	23,007	41	3	14	87	3.83
3	Iléus paralytique et occlusion intestinale	21,025	46	21	49	8	3.83
3	Epilepsie	27,515	31	64	34	6	3.83



6	Cardiomyopathie et myocardites	21,691	44	78		2	3.80	
7	Cardiopathies congénitales	76,103	9	24	9	122	3.67	
13	Dépression sévère	48,463	14	127		28	3.60	
14	AVC hémorragique	161,684	2	12	104	78	3.50	
14	Cardiopathie rhumatismale	34,832	23	5	68	118	3.50	
14	Asthme	80,689	8	48	65	133	3.50	
14	Cancer du col utérin	32,444	26	8	91	68	3.50	
14	Cancer de la prostate	20,748	48	41	141	39	3.50	
21	Anxiété	40,969	20	142		73	3.40	
21	Cervicalgie	28,832	29	146		71	3.40	
21	Sénescence auditive et autres surdités	43,556	18	91		139	3.40	
24	Cardiopathie hypertensive	40,464	22	15	135	89	3.33	
24	AVC ischémique	85,163	6	26	138	77	3.33	
24	Maladie rénale chronique secondaire à une glomérulonéphrite	28,594	30	10	78	108	3.33	
24	Diabète mellitus	146,325	3	31	125	86	3.33	
24	Maladie rénale chronique d'autres étiologies	21,022	47	29	80	137	3.33	
24	Appendicite	9,453	79	4	37	10	3.33	
24	Maladies liées à la consommation d'alcool	27,028	32	105	71	70	3.33	
24	Autres troubles de l'appareil locomoteur	49,264	13	109	41	85	3.33	
24	Autres tumeurs	22,733	42	85	72	67	3.33	
24	Cancer du sein	34,392	24	76	94	66	3.33	
24	Cancer gastrique	24,842	37	63	120	29	3.33	
41	Ulcère peptique	25,985	33	7	100	166	3.17	
	TOTAL des MNTs prioritaires	1,246,024	50% des AVAH liées aux MNTs					
Ordre de priorité	Cause-Traumatismes (n=9)	AVAH liés au GBD à l'échelle nationale	Charge	Equité et morbidité évitable	Décès prématuré	Sévérité	Moyenne des points de priorité	
7	AVPs piétonniers	40,700	20	42	31	102	3.67	
7	Noyade	65,648	10	10	16	99	3.67	
7	Sinistre	99,023	4	1	26	127	3.67	
7	AVPs à moto	31,804	26	44	20	106	3.67	
7	Brûlure	29,176	27	34	28	142	3.67	
14	AVPs en voiture	84,295	6	66	23	100	3.50	
14	Violence physique par arme à feu	25,122	35	51	21	112	3.50	
26	Empoisonnement	10,895	70	26	17	63	3.33	
53	Chutes	32,753	25	148	66	119	3.00	
	TOTAL des traumatismes prioritaires	419,416	68% des AVAH liées aux traumatismes					

Tableau 11 : Maladies prioritaires selon les estimations de l'étude CMM de 2016 en s'appuyant sur le cadre de priorisation des maladies. Pour chaque affection, le rang est indiqué dans chaque catégorie de priorité spécifique. Dans chaque catégorie de priorité, des points (1-4; 4 = priorité la plus élevée) sont attribués en fonction du quartile du rang (Voir plus bas les points moyens)



7.3 DISCUSSION SUR LA PRIORISATION

Il existe une réorganisation notable des maladies sur la liste de classement après priorisation. Les anomalies congénitales et celles du tube neural sont les affections les plus priorisées. Ce résultat était prévisible puisque la priorisation s'est portée sur les maladies qui provoquent une mort prématurée. Les troubles drépanocytaires étaient en 3e position car de nombreux décès précoces en Haïti peuvent être évités grâce à des interventions appropriées.

Parmi les maladies cardiovasculaires, la cardiomyopathie et la myocardite sont classées n° 44 en tant que fardeau. Cependant, comme elles représentent aussi les deuxièmes maladies les plus graves, elles ont connu une montée dans l'échelle des priorités en atteignant la 6e place.⁶ Les cardiopathies rhumatismales sont classées 23e sur la base de la charge de morbidité, mais se sont par la suite élevés au 14e rang sur la liste des priorités. Dans l'ensemble, la maladie qui représente le plus lourd fardeau est la maladie cardiaque ischémique. Cependant, étant donné que cette maladie a tendance à toucher les personnes âgées et qu'elle est relativement moins grave, elle se retrouve en 41e position dans la liste des MNTT et ne figure pas parmi les priorités majeures. La cardiopathie rhumatismale atteint un rang de priorité plus élevé que la cardiopathie ischémique.

Avec le processus de hiérarchisation, les maladies telles que l'épilepsie, les anomalies du tube neural, les anomalies congénitales, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer du col utérin, la dépression, le cancer du sein et les cardio-myopathies (insuffisance cardiaque) occupent une bonne place sur la liste des priorités de l'étude CMM. Ensemble, les 28 MNT priorisées représentent environ 50% de toutes les AVCI dues par estimation aux MNT.

Les traumatismes dus aux noyades, aux accidents de la voie publique (piétons, véhicules à moteur et motocyclette), aux incendies, à la chaleur et à l'automutilation sont bien classés sur la liste des priorités. Les cas de morbidité et mortalité dus à l'automutilation pourraient être associés à la dépression - bien qu'elle soit séparée dans la nosologie CMM. Pris globalement, les traumatismes prioritaires représentent environ 63% de toutes les AVCI liées aux traumatismes.



8. Disponibilité des services et coût des soins pour les MNTT

8.1 ÉVALUATION DE LA PRESTATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ DE 2013

Nous avons utilisé les données de l'Évaluation de la prestation des services des soins de santé (EPSS), une enquête de recensement des établissements de santé réalisée en Haïti en 2013 par le programme d'enquête démographique et sanitaire. Le recensement comprenait une évaluation des établissements de santé, un questionnaire pour les prestataires de soins de santé, des observations des enfants malades, des consultations prénatales et de planification familiale ainsi que des entretiens de sortie avec les clients observés. Notre analyse intéresse les hôpitaux, les centres de santé, les cliniques et les dispensaires.¹⁶

Dans l'enquête, les données questionnent la capacité des établissements à offrir des services de dépistage et de prise en charge des maladies chroniques, notamment l'hypertension, le diabète et les maladies respiratoires chroniques. La géolocalisation des établissements de santé et des cartes peuvent être générées. Les outils standards de l'EPSS fournissent également une évaluation de la disponibilité des services. Pour chaque pathologie, des indicateurs dans plusieurs domaines tous nécessaires pour fournir des soins efficaces sont évalués. Les principaux domaines sont (1) le personnel et les directives, (2) les équipements et (3) les médicaments et autres ressources de base.

8.2 DISPONIBILITÉ DES SERVICES

La disponibilité des services pour la prise en charge du diabète, des maladies respiratoires chroniques et des maladies cardiovasculaires a été mesurée dans l'EPSS. Chaque établissement a été interrogé en particulier sur sa capacité auto-déclarée de diagnostiquer et de prendre en charge chacune de ces maladies, et la disponibilité de certains médicaments a été évaluée de manière objective.

La figure 11 montre la proportion des établissements selon l'EPSS disposant de capacités de gestion et de diagnostic ainsi que de médicaments pour les MNTT. Les données indiquent une capacité généralement plus grande à diagnostiquer et à traiter les maladies aux plus hauts échelons de la pyramide qu'aux niveaux inférieurs. Par exemple, la capacité de diagnostiquer et de traiter le diabète a été déclarée dans 72% des hôpitaux et 66% des centres de santé. Ces proportions correspondent aussi à la disponibilité des hypoglycémifiants oraux : la metformine et le glibenclamide. Cependant, l'insuline n'est disponible que dans 48% des hôpitaux et 11% des centres de santé.

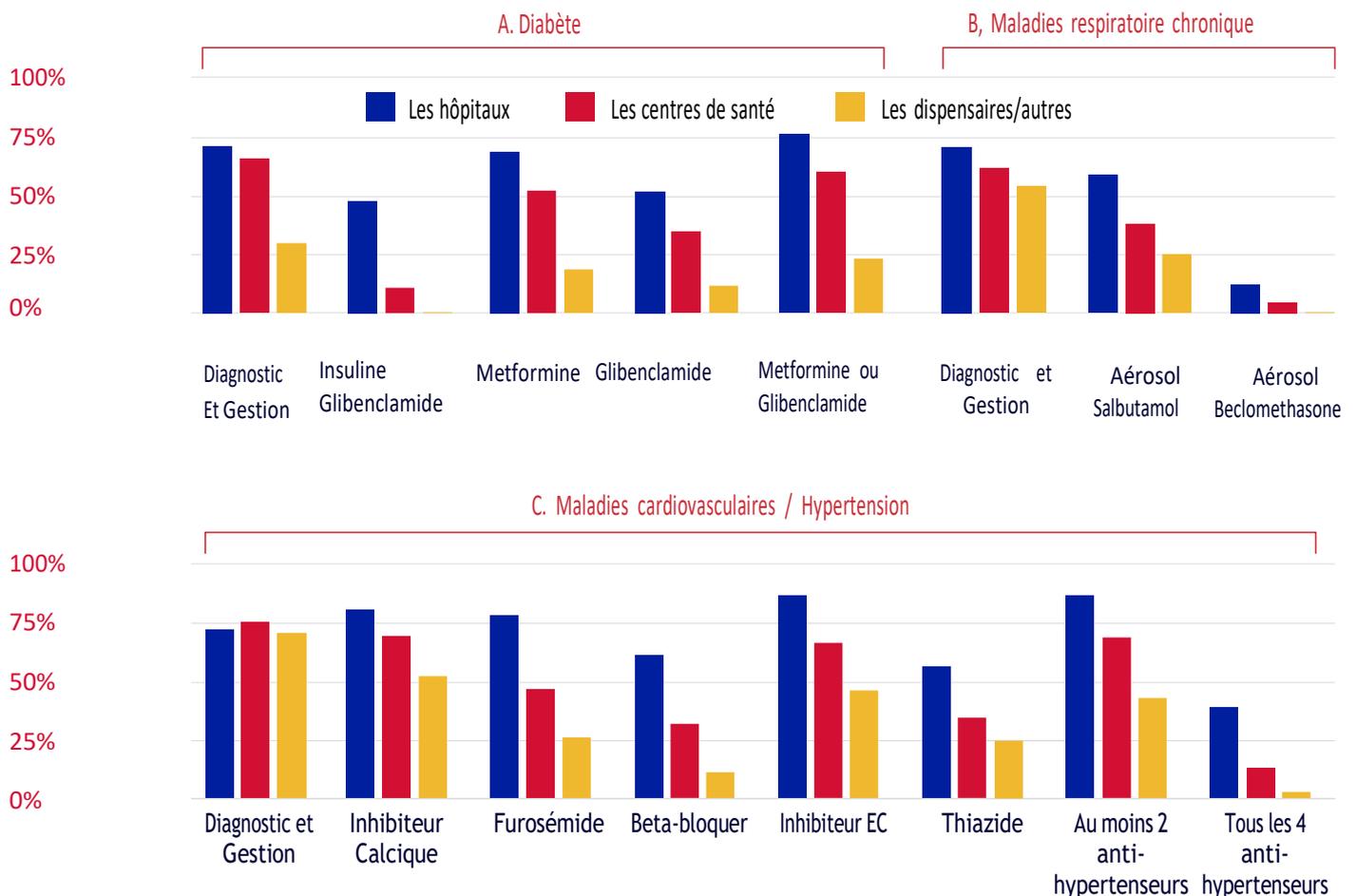
La disponibilité des médicaments pour les maladies respiratoires chroniques est également faible. Le salbutamol n'est disponible que dans 38% des centres de santé. En outre, seulement 5% des



centres de santé ont recours à la béclométasone pour le traitement de fond continu et régulier de l'asthme. Cela contraste avec la capacité auto-déclarée des centres de santé à diagnostiquer et à prendre en charge les maladies respiratoires chroniques : 62%.

Les médicaments pour les maladies cardiovasculaires et l'hypertension ont les taux de disponibilité les plus élevés parmi les MNTT. Cependant, l'hypertension étant fortement répandue dans tout le pays, les soins hospitaliers pour une maladie aussi courante ne sont pas accessibles : les soins doivent être décentralisés vers les centres de santé. Seulement 70% des centres de santé possèdent 2 antihypertenseurs et 13% seulement disposent de 4 médicaments pour contrôler la pression artérielle. En outre, la prise en charge des patients insuffisants cardiaques - une maladie très répandue entraînant une hospitalisation - nécessite plusieurs médicaments et matériels de base : balance pour adultes, stéthoscope, tensiomètre, inhibiteur de l'enzyme de conversion, bêtabloquant, furosémide et échographie. Nous avons constaté que seulement 11% des hôpitaux en Haïti avaient tous ces éléments.

Disponibilité des services pour le diabète, les maladies respiratoires chroniques et les maladies cardiovasculaires



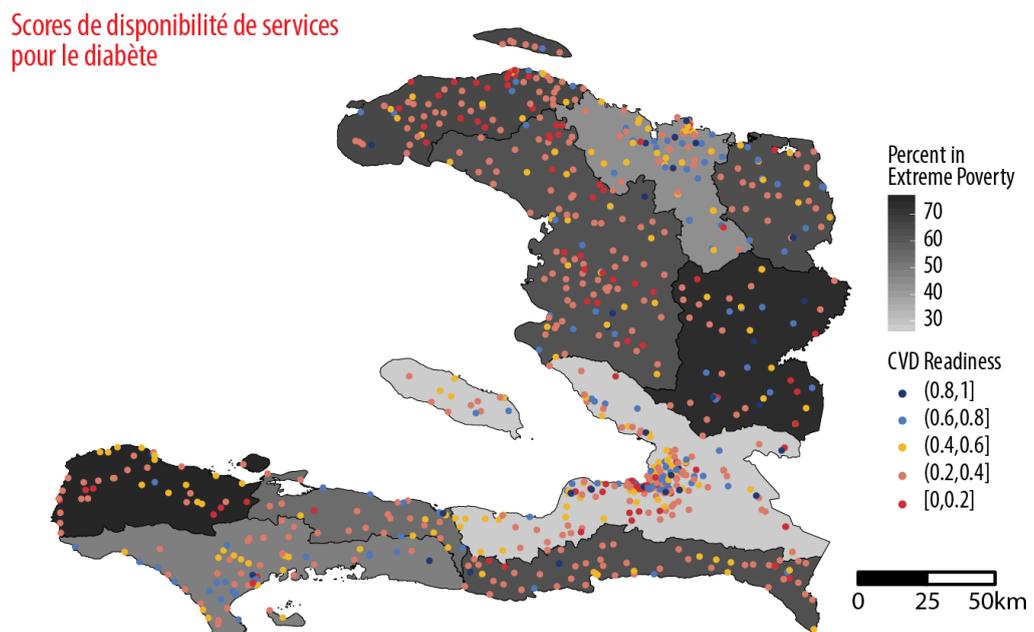
Graphe 11. Disponibilité des services pour le diabète (A), les maladies respiratoires chroniques (B) et les maladies cardiovasculaires (C), Évaluation de la prestation de services de 2013.



8.3 RÉSULTATS : DISPONIBILITÉ DES SERVICES

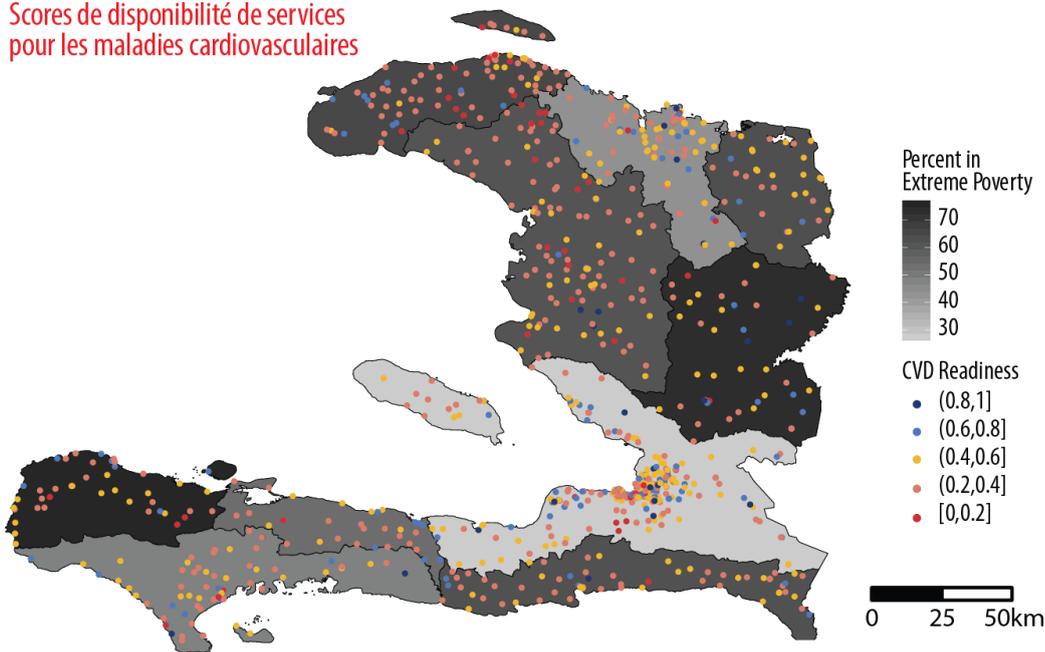
Au sein de l'EPSS, un score de disponibilité de service est généré pour chaque maladie, qui associe la disponibilité des matériels de base et des médicaments nécessaires. Le score de disponibilité de service est compris entre 0 et 1, 1 correspondant à la satisfaction de tous les indicateurs dans tous les domaines pour les maladies considérées. Alors que la disponibilité des services en ce qui concerne des composantes individuelles indique une capacité étendue de diagnostic et de prise en charge des maladies cardiovasculaires, du diabète et des maladies respiratoires chroniques, une telle évaluation à un niveau élémentaire peut être trompeuse. L'évaluation des scores de disponibilité de services pour ces 3 MNT est en général faible. Les scores moyens pour chacune des MNT évaluées se situent autour de 0,2-0,4 (le score parfait étant de 1,0). La figure 12 présente des cartes indiquant la répartition des établissements de santé dans le pays et leur score de disponibilité de services.

Scores de disponibilité de services pour le diabète (A) et les maladies cardiovasculaires (B)





Scores de disponibilité de services pour les maladies cardiovasculaires



Graph 12. Scores de disponibilité de services pour le diabète (A) et les maladies cardiovasculaires (B), Évaluation de la prestation de services de 2013

8.4 DISCUSSION : ÉVALUATION DE LA FOURNITURE DE SERVICES

L'analyse de l'EPSS révèle plusieurs tendances intéressantes. Bien que les établissements déclarent avoir la capacité de diagnostiquer et de gérer certaines affections, certains de ces établissements peuvent ne pas disposer de médicaments essentiels pour fournir des soins de qualité. En outre, pour le diabète, la disponibilité en insuline pour le diabète de type 1 ou les formes plus avancées de diabète de type 2 est beaucoup plus faible que pour le diabète de type 2 ne nécessitant que des hypoglycémifiants oraux.

L'évaluation de la prestation de services révèle qu'il existe des établissements de santé répartis dans tout le pays - des centres de santé aux hôpitaux - qui rapportent disposer de moyens de diagnostic et prise en charge des patients atteints de MNT, notamment l'hypertension, le diabète et les maladies respiratoires. Cependant, une évaluation plus détaillée utilisant le score de disponibilité de service révèle qu'il reste de nombreuses lacunes à combler dans le système de santé. Par exemple, l'insuline n'est disponible que dans un nombre restreint d'établissements sanitaires.



8.5 COÛTS ACTUELS DES MNT

Les données relatives au coût actuel du traitement des MNTT ne sont pas bien établies en Haïti. Quelques études ont évalué les coûts directs. En ce qui concerne la prise en charge du cancer du sein à HUM - où les soins sont gratuits - le total moyen des dépenses directes était de 717 USD.¹⁷ Les dépenses excessivement élevées pour les soins de santé sont dominantes parmi les patients atteints de maladies chroniques. De tels coûts directs contraignent 52% des patientes atteintes de cancer du sein à s'endetter et 20% à vendre leurs biens. En outre, parmi les patients souffrant d'hypertension, de diabète et d'insuffisance cardiaque à HUM, plus de la moitié ont dû emprunter de l'argent ou vendre leurs biens pour payer les soins de santé.¹⁸ En raison du potentiel de dépenses excessives pour les maladies non transmissibles, il faut intégrer un plan de protection contre les risques financiers dans le cadre de priorisation.

Partners In Health/ Zanmi Lasante a réalisé une série d'exercices de chiffrage des dépenses et d'enquêtes pour mieux comprendre le coût des soins ambulatoires et la volonté des consommateurs de payer pour les soins de santé. Les trouvailles revêtent un intérêt majeur pour la commission. Le revenu du ménage parmi les personnes interrogées était faible, les répondants de Mirebalais déclarant un revenu mensuel moyen de 4 452 HTG (72 USD) par ménage, soit 13,4 USD par habitant.¹⁹ Le prix moyen des participants à Mirebalais a indiqué qu'ils seraient disposés à payer par mois était de 80 HTG (1,29 USD) par mois. Cela équivaut à un total de 15,48 \$ par an et par personne. En outre, des estimations de coûts ont été élaborées à partir d'une méthode d'établissement des coûts en fonction des délais. Pour un adulte souffrant d'une MNT, le coût de chaque visite dans plusieurs services était de 6,44 USD à 24,60 USD.¹⁹ La principale cause de cette grande variation des coûts des visites était : (1) la durée des consultations et le type de prestataire de soins (2) les différences quant à la fréquence des médicaments prescrits et des tests de laboratoires ordonnés ; et (3) les dépenses générales.



9. Voix des Pauvres souffrant de MNTT

Pour soutenir le plaidoyer, une composante fondamentale sera le projet baptisé la voix des pauvres atteints de MNTT, une plate-forme de défense des patients qui fournira un espace aux patients et aux prestataires de soins de santé pour le partage de leurs expériences et récits vécus avec les MNTT et les traitements connexes parmi les populations les plus pauvres du monde. La voix des pauvres atteints de MNTT sera fait d'entretiens non systématiques avec des patients et des prestataires pré-identifiés, mettant en évidence leurs expériences et les difficultés rencontrées dans la fourniture des soins intégrés aux populations les plus marginalisées et vulnérables atteints de MNTT. L'amplification de ces voix permettra de faire la lumière sur les MNTT et les traumatismes affectant le milliard d'individus les plus pauvres d'une manière authentique et nuancée ; ce qui est impossible à obtenir uniquement à l'aide de données.

La commission haïtienne a établi une liste préliminaire de maladies pour le projet « La voix des pauvres atteints de « MNTT ». Les commissionnaires ont élaboré la liste en se basant sur leur expertise collective et leur compréhension des MNTT affectant les pauvres en Haïti. Cette liste a ensuite été référencée à la charge estimative de morbidité tirée de l'étude CMM afin de s'assurer que chaque maladie contribuait réellement à la morbidité et à la mortalité.

1. Diabète de type 1
2. Hypertension
3. Cancer du col utérin
4. Cancer du sein
5. Asthme
6. Trauma – Accident de la voie publique
7. Dépression
8. Cardiomyopathie peripartum / insuffisance cardiaque
9. Anémie falciforme
10. Cardiopathie congénitale
11. Épilepsie
12. Schizophrénie
13. Cancer pédiatrique - lymphome de Wilm's
14. Cardiopathie rhumatismale
15. Maladie rénale chronique de jeunes

Les conversations avec les patients seront informelles. Les intervieweurs permettront aux patients et aux fournisseurs de soins de raconter leurs propres histoires en leurs termes dans l'ordre qu'ils voudraient. Les récits privilégieront à la fois les défis et les exemples de réussite - en présentant des faits où les patients ont pu avoir accès au traitement que nécessite leurs cas en Haïti, en plus des obstacles et des défis résultant de la pauvreté extrême. Les contributions et



points de vue des membres de la famille / dispensateurs de soins consentants sont également des ajouts précieux au processus des interviews et des récits. Un guide d'entretien semi-structuré (voir annexe) sera utilisé. Le guide permettra d'explorer l'expérience du patient avec sa maladie et son impact sur sa vie, les difficultés à bénéficier d'un traitement et l'amélioration de ses conditions de vie depuis le début des soins. Nous interrogerons également plusieurs prestataires en Haïti pour comprendre les défis auxquels ils sont confrontés pour fournir des soins de haute qualité.

9.1 RÉSULTATS : RÉCITS DE PATIENTS

Un premier récit a été obtenu d'un patient. Il s'agit d'un garçon de 8 ans vivant à Mirebalais qui a été interrogé avec sa mère. Il est né avec une anomalie cardiaque congénitale grave (Tétralogie de Fallot). En 2015, le patient présentait des symptômes sévères nécessitant de fréquentes visites à l'hôpital. Il a pu subir une chirurgie cardiaque et est maintenant amélioré. Ci-dessous quelques citations de l'entretien (le nom a été supprimé pour des raisons de confidentialité et de protection de la vie privée):

- **Avant traitement** : « Les autres parents de la communauté n'ont pas accepté que le PATIENT joue avec leurs enfants. Lorsque le patient souffrait de cette maladie, il se roulait toujours par terre. Ses vêtements étaient toujours sales. Il n'était pas autorisé à regarder même la télévision dans le quartier. S'il s'est assis sur une chaise dans la communauté, il était chassé des maisons, si jamais il s'asseyait sur une chaise. »
- « Tout mon argent était consacré à me renseigner sur la maladie. Le patient demeurait encore malade. Il se rendait à l'hôpital tous les 3 jours. C'est pourquoi je n'ai pas payé son écolage quand il était très malade.»
- **Après traitement** : « Après la chirurgie cardiaque, il est retourné à l'école. Il a pu jouer avec tous les enfants de la communauté. Il ne va à l'hôpital que chaque année, lorsque les spécialistes y viennent.»

9.2 LEUR MOTS À DIRE : EFFET PERSONNEL DES MNTT

À partir de notre entretien initial avec un patient et sa famille, nous pouvons commencer à comprendre l'impact des MNTT chroniques sur les enfants en Haïti. Les frais de scolarité peuvent être prohibitifs dans le meilleur des cas. Cependant, si les familles sont obligées de payer les frais de soins de santé de leur poche, moins de ressources seront disponibles pour la famille. Nous prévoyons rassembler continuellement des thèmes de lutte, de désespoir et d'impuissance suivis de gratitude, d'encouragement et de potentialité lors de nos entretiens ultérieurs. Les récits compléteront les listes de priorités quantitatives.



10. Interventions de lutte contre les MNTT

10.1 ÉVALUATION DES INTERVENTIONS À L'AIDED'ESTIMATIONS DU PROJET DE CONTRÔLE DES MALADIES ET PRIORITÉS, 3E ÉDITION

Le Projet Contrôle des Maladies et des Priorités, 3e édition (*Disease Control and Priorities project, 3rd edition; DCP3*) formule des recommandations au sujet des paquets spécifiques d'interventions essentielles en matière de santé. Les paquets sont déterminés à partir de revues systématiques de la littérature sur des données relatives au coût d'intervention et l'efficacité. Les coûts dans la littérature peuvent ensuite être ajustés aux coûts locaux du pays. Les coûts unitaires moyens pour les pays à faible revenu sont estimés à environ 0,7 fois le coût standard en 2012 en USD. Afin de préciser davantage le coût prévu en Haïti, nous avons d'abord décomposé le coût unitaire en composantes commerciales et non commerciales (c'est-à-dire ressources humaines). Les coûts non commerciaux ont été estimés à environ 70% du coût d'intervention. Nous avons ensuite ajusté la composante non commerciale en fonction du ratio des salaires des travailleurs qualifiés de la santé en Haïti par rapport à la moyenne des pays à faible revenu, qui est d'environ 1,09 plus. Pour représenter les coûts intégrés dans d'autres forfaits à l'échelle du système de santé (services de pathologie, par exemple), le coût de chaque intervention a été multiplié par 1,5. L'ajustement des coûts donne une approximation du coût réel des interventions en Haïti, même si sa précision est limitée d'une intervention à l'autre. La population ayant besoin de l'intervention est déterminée par la prévalence estimée des personnes atteintes d'une maladie spécifique (nombre de personnes atteintes du cancer du sein) ou de la population dans les catégories d'âge recevant une intervention (c'est-à-dire toute la population haïtienne bénéficiant à travers les médias des messages sur l'hygiène alimentaire). Les détails sont disponibles dans le tableau 3 en annexe.

11. Prioriser Les Interventions de lutte contre les MNTT

11.1 CADRE DE PRIORISATION DES INTERVENTIONS DE LUTTE CONTRE LES MNTT

La priorisation des interventions est initiée avec les estimations du rapport coût-efficacité spécifiques à Haïti DCP3. Chaque intervention a été évaluée en fonction de 3 catégories de priorités spécifiques présentées dans le tableau 12 : rapport coût-efficacité, protection des risques financiers (PRF) et équité. Les seuils de rapport cout-efficacité ont été sélectionnés à partir de rapports antérieurs.



Cadre de priorisation des interventions de lutte contre les MNTT

Catégorie	Description	Points					Note	Poids
		0 point	1 point	2 points	3 points	4 points		
Rapport cout-efficacité	USD/AVCI		>4100	1301-4100 <2.3x PIB IMT	251-1300 <2.3x PIB LI	<250 <0.5x GDP LI		
Protection des risques financiers (FRP)	Cout unitaire	>1.6	1.6-49	>49			Cout par cas (2012 USD)	1x
	Acuité	No urgent	urgent				urgence	1x
	Invalidité	<=0.1	>0.1				Pondération d'invalidité	1x
	Décès précoce	>46	<=46				Limite d'âge	1x
	Dépenses évitées	no	oui				L'intervention permet-elle de prévenir et d'éviter les coûts futurs (par exemple, la vaccination contre le HPV permet d'éviter les coûts futurs des soins liés au cancer du col de l'utérus)	1x
Équité	Âge ajusté en fonction de l'état de santé lors du décès		>49	40-49	<40		si décès précoce/morbidité, plus de points	1x

PIB = produit intérieur brut ; LI = pays à faible revenu ; IMT = pays à revenu intermédiaire inférieur

Tableau 12: Cadre de priorisation des interventions de lutte contre les MNTT.

La protection contre les risques financiers a été évaluée en tenant compte de 5 paramètres spécifiques : coût unitaire, acuité, invalidité, décès prématuré et éviction. Pour chaque métrique, nous avons évalué l'impact potentiel de la maladie sur les finances d'un patient. Par exemple, la probabilité de dépenses excessives en santé est plus grande si (1) le coût des soins est élevé, (2) il est difficile de planifier les dépenses en cas d'urgence médicale, (3) le handicap causé par la situation est très grave, (4) le décès est prématuré empêchant ainsi à une personne de contribuer économiquement aux besoins de son ménage, ou (5) si une intervention précoce évite des coûts ultérieurs (par exemple, la vaccination des jeunes pour prévenir le cancer du col de l'utérus). Pour chaque mesure, un score de relatif à la PRF sont attribués si le risque financier est plus élevé (tableau 12). Le PRF est noté entre 0 et 6 points, un score de 0 représentant un risque financier très faible et un score de 6, représentant un risque financier très élevé.

L'équité a été évaluée à partir de l'âge du décès en fonction de l'état de santé ; une mesure qui intègre à la fois les décès prématurés et l'invalidité. Pour chaque affection, les années vécues avec une invalidité et le nombre d'années de vie perdues sont combinés en une seule mesure, l'âge du décès en fonction de l'état de santé. Un nombre inférieur indique une affection plus grave – survenue précoce de la maladie ou du décès.



Le gradient d'équité repose approximativement sur les tertiles de l'âge du décès en fonction de l'état de santé.

Dans chaque catégorie de priorité, des points ont été attribués à chaque mesure. Les points les plus élevés indiquent une intervention plus avantageuse pour les pauvres. Les interventions ont initialement été sélectionnées pour être incluses dans le paquet de soins de santé universels de plus haute priorité selon l'ordre de priorité sur la base des classements par priorité. Ensuite, la commission a examiné la liste des interventions afin d'enlever les interventions de la liste des priorités absolues ou de les y inclure.

11.2 RÉSULTATS DE LA PRIORISATION DES INTERVENTIONS MNTT

Diverses interventions nécessaires dans la lutte contre les MNTT ont été identifiées pour le bien-être de la population haïtienne. Cela reflète l'éventail des pathologies prioritaires identifiées par la commission. Aucune intervention unique, ni d'ensemble de quelques interventions, ne traiteront des maladies prioritaires. Un large ensemble d'interventions mises en œuvre au sein du système de santé existant peuvent être adaptées de préférence.

Le comité a identifié une liste de 36 interventions prioritaires à partir du cadre comportant l'efficacité, la protection contre les risques financiers et l'équité. Le Tableau 13 montre la liste des interventions prioritaires. L'atteinte de la couverture universelle de la santé est un objectif ambitieux. Afin de progresser dans cette direction, les interventions devront être priorisées puisque la couverture s'étend à une gamme de pathologies et l'ensemble de la population. Les interventions peuvent être intégrées aux plates-formes de système de santé existantes : population, communauté, centre de santé, hôpital et centre de référence.

Interventions classées par priorité, par plate-forme de services

Plateforme	Catégories de Maladies	Description de l'Intervention
Interventions en matière de santé auprès de la population	Maladies cardio-vasculaires (MCV) et maladies respiratoires	Messages diffusés dans les médias de masse concernant la consommation de tabac et d'alcool
	Maladies cardio-vasculaires	Messages diffusés dans les médias de masse ciblant l'alimentation saine ou l'activité physique au moyen des médias de masse
Communauté	Agression/Violence	Campagnes d'éducation pour la prévention de la violence basée sur le genre
	Cancer	Vaccination des filles contre le HPV à l'école



Plateforme	Catégories de Maladies	Description de l'Intervention	
Centre de Santé	Agression/Violence	Prise en charge de la violence basée sur le genre incluant conseil et soutien, des soins contraceptifs d'urgence, référence vers des services d'aide (médicale et judiciaires) des victimes de viol	
	Cancer	Dépistage opportuniste du cancer du col de l'utérus par inspection visuelle ou test ADN-VPH et traitement des lésions précancéreuses par cryothérapie	
	Maladie rénale chronique	Traitement de l'hypertension en cas de maladie rénale, avec l'utilisation d'inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion (IEC) ou d'inhibiteur des récepteurs de l'angiotensine en cas de maladie rénale albuminurique	
	MCV et maladies respiratoires	Conseil en matière de sevrage tabagique et recours à la thérapie de substitution de la nicotine dans certaines circonstances	
	MCV et Maladie cardiaque rhumatismale		Traitement de la pharyngite aiguë chez l'enfant pour prévenir le rhumatisme articulaire aigu
			Prophylaxie secondaire à la pénicilline pour le rhumatisme articulaire aigu ou la maladie cardiaque rhumatismale établie
			Prise en charge médicale de l'insuffisance cardiaque chronique à l'aide de diurétiques, de bêta-bloquants, d'IEC et d'antagonistes des minéralocorticoïdes
			Gestion à long terme de la cardiopathie ischémique, de l'AVC et des maladies vasculaires périphériques (MVP) avec de l'aspirine, des bêtabloquants, des IEC et des statines (selon les indications), pour la prévention secondaire
	Diabète		Dépistage opportuniste de l'hypertension pour tous les adultes, les décisions de traitement étant guidées par le risque absolu de maladie cardiovasculaire
			Utilisation d'aspirine en cas de suspicion d'infarctus du myocarde
Troubles mentaux		Dépistage du diabète chez les femmes enceintes	
		Prévention des complications à long terme du diabète par la prise en charge de la pression artérielle, du taux des lipides et de glucose sanguin ainsi que par les soins réguliers des pieds	
		Prise en charge de l'épilepsie à l'aide d'antiépileptiques génériques	
Hôpital premier niveau	Cancer	Prise en charge du trouble bipolaire à l'aide de médicaments génériques stabilisateurs de l'humeur et d'un traitement psychosocial	
		Prise en charge de la dépression et des troubles d'anxiété grâce à une thérapie psychologique antidépressive et des antidépresseurs génériques	
	Cancer; Soins Palliatifs	Prise en charge de la schizophrénie à l'aide de médicaments antipsychotiques génériques et d'un traitement psychosocial	
		Détection et traitement précoce du cancer du col de l'utérus à un stade précoce	
	Congénital	Services de soins palliatifs et de contrôle de la douleur*	
	MCV et Maladie cardiaque Rhumatismale	Dépistage universel des nouveau-nés pour les troubles endocriniens ou métaboliques congénitaux (par exemple, hypothyroïdie congénitale, phénylcétonurie) qui ont un taux d'incidence élevé et pour lesquels un traitement à long terme est possible dans un contexte de ressources limitées*.	
	La polyarthrite rhumatoïde	Gestion médicale de l'insuffisance cardiaque aiguë	
	Drépanocytose	Thérapie combinée, comprenant des corticostéroïdes à faible dose et des médicaments antirhumatismaux génériques modificateur de la maladie (y compris le méthotrexate), pour les personnes souffrant de polyarthrite rhumatoïde modérée à sévère	
		Dans les milieux où la drépanocytose est un problème de santé publique, le dépistage universel des nouveau-nés suivi d'une prophylaxie standard contre les infections bactériennes et le paludisme*	
	Traumatismes; Chirurgie	Services chirurgicaux de base des hôpitaux de premier niveau*.	
Services de rééducation de base*			
Laboratoire	Services de pathologie de base des centres de santé*.		
	Services de pathologie de base des hôpitaux de premier niveau*		



Plateforme	Catégories de Maladies	Description de l'Intervention
Hôpital de référence/ Spécialisé	Cancer	Traiter le cancer du sein au stade précoce par des approches multimodales appropriées, y compris la chimiothérapie générique, dans une intention curative, pour les cas qui sont référés par les centres de santé et les hôpitaux de premier niveau après détection par examen clinique
		Traiter le cancer colorectal de stade précoce par des approches multimodales appropriées, y compris la chimiothérapie générique, avec une intention curative, pour les cas qui sont référés par les centres de santé et les hôpitaux de premier niveau
		Traiter certains cancers précoces chez les enfants avec une intention curative dans les unités de cancérologie pédiatrique ou les hôpitaux
	Traumatismes; Chirurgie	Services chirurgicaux spécialisés*.
Laboratoire		Services de pathologie des hôpitaux de référence

Tableau 13. Interventions classées par priorité, par plateforme de services.

Parmi les interventions évaluées par la commission, certaines peuvent être pertinentes à plusieurs causes prioritaires spécifiques. Par exemple, les interventions intéressant l'hypertension - une cause majeure de fréquentation des institutions de santé, préviendront les accidents vasculaires cérébraux ischémiques et hémorragiques, les cardiopathies hypertensives et la dissection aortique. Les interventions ciblant la drépanocytose ont été priorisées sur la base du cadre de priorisation. Le diagnostic était initialement classé 41 selon l'étude sur la CMM mais a ensuite progressé vers la 3e place.

Plusieurs maladies prioritaires ne font pas l'objet d'interventions spécifiques dans le cadre du DCP3. L'absence de telles interventions au sein du DCP3 ne reflète pas un manque d'importance. Cela représente plutôt un manque de preuves dans la littérature ou dénote l'existence d'interventions en dehors du secteur de la santé. Parmi les affections prioritaires sans interventions dans le secteur de la santé en ce qui concerne le DCP3, on distingue l'ulcère gastroduodéal. En tant que Commission, nous pouvons établir une intervention simple comprenant les tests de dépistage de l'infection à *Helicobacter pylori* suivi d'un traitement.

11.3 ÉQUIPES DE SOINS INTÉGRÉES

Les services de santé sont organisés à travers des plates-formes de services - niveaux du système de santé. À chaque niveau du système de santé, il existe des prestataires fournissant des services relatifs à un ensemble de maladies. Ces équipes peuvent être appelées équipes de soins intégrés. Les commissionnaires du Global Lancet ont élaboré une carte d'équipes de soins intégrés à travers les différents niveaux du système de santé (voir Tableau 14). Bien que ces équipes de soins soient utiles dans l'organisation des services, elles doivent être adaptées à chaque établissement de santé.



Équipes de soins intégrées (ESI) à différents niveaux du système de santé

Niveau de référence	Hôpital de niveau 1	Centre de santé	Communauté
<p>Hôpital de Référence ESI</p> <p>Equipe de chirurgie gynécologique Equipe de chirurgie orthopédique</p> <p>Equipe de chirurgie cardiothoracique</p> <p>Equipe de chirurgie spécialisée</p> <p>Equipe d'hospitalisation en médecine interne</p> <p>Equipe de pédiatrie</p> <p>Equipe de soins critiques et palliatifs</p> <p>Equipe de chimiothérapie</p> <p>Equipe de cardiologie interventionnelle</p> <p>Equipe d'ophtalmologie</p> <p>Equipe d'anapathologie</p> <p>Equipe de radiologie</p> <p>Equipe de réhabilitation (trauma médullaire)</p> <p>Equipe du laboratoire de référence</p> <p>Equipe de la pharmacie</p>	<p>Hospitalisation ESI</p> <p>Equipe de soins hospitaliers aigus Urgence/Équipe de Haute Décence Equipe de chirurgie générale</p> <p>Equipe de soins et de dépistages néonataux</p> <p>Equipe de laboratoire</p> <p>Equipe de radiologie</p> <p>Equipe de réhabilitation</p> <p>Equipe des soins obstétricaux</p> <p>Equipe d'hospitalisation en pédiatrie</p> <p>Cliniques Externe ESI</p> <p>Equipe de soins pédiatriques ambulatoires</p> <p>Médecine interne</p> <p>Médecine Interne</p> <p>Equipe chirurgicale ambulatoire</p> <p>Equipe des soins gynéco-obstétricaux ambulatoires</p> <p>Equipe de la clinique des troubles mentaux sévères</p> <p>Equipe de la clinique des MNTs sévères</p> <p>Equipe de la clinique d'ophtalmologie</p> <p>Equipe d'odontologie</p> <p>Equipe de la pharmacie</p> <p>Equipe des soins ambulatoires</p>	<p>Centre de Santé ESI</p> <p>Equipe de soins aigus</p> <p>Equipe des soins gynéco-obstétricaux</p> <p>Equipe des soins chroniques</p> <p>Clinique TB/VIH</p> <p>Equipe de la santé mentale</p> <p>Equipe de nutrition</p> <p>Equipe de Réhabilitation</p> <p>Equipe de laboratoire</p>	<p>Communauté ESI</p> <p>Equipe Communautaire de soins aigus et de prévention</p> <p>Equipe communautaire de soins chroniques</p> <p>Equipe de soins scolaires</p>

Tableau 14: Équipes de soins intégrées (ESI) à différents niveaux du système de santé

Plusieurs MNTT peuvent être atténuées grâce à des interventions ne relevant pas du secteur de la santé. Le tableau 15 présente une liste préliminaire de maladies, d'instruments politiques et de ministères à impliquer. Un exemple clé comprend les interventions non sanitaires visant à réduire les traumatismes, notamment les taxes et restrictions sur l'alcool, la réglementation sur la conduite en état d'ébriété, l'application de mesures de sécurité (ceintures de sécurité, casques de moto) et le contrôle du respect de limites de vitesse. En tant que commission, nous continuerons à déterminer les politiques existantes dans des secteurs autres que celui de la santé et à formuler des recommandations.

Liste préliminaire des interventions du secteur autre que celui de la santé

Risque majeur pour la santé	Instruments Politique	Les ministères clés à impliquer
Pollution de l'air	<ul style="list-style-type: none"> • Mesures fiscales et réglementations visant à réduire les émissions de carbone • Subventions et réglementations pour soutenir les combustibles ménagers plus propres • Construire et renforcer des systèmes de transport public abordables dans les zones urbaines • Mettre en place des systèmes nationaux de surveillance qui suivent toutes les sources de pollution atmosphérique 	<ul style="list-style-type: none"> • Finance • Energie • Transport • Services Statistiques
Fumée de tabac	<ul style="list-style-type: none"> • Taxes d'accise élevées sur les produits du tabac • L'interdiction de fumer dans les lieux publics et la publicité, la promotion et le parrainage, avec une application adéquate • Etiquette de mise en garde et emballages neutres sur les produits du tabac 	<ul style="list-style-type: none"> • Finance • Renforcement de la loi • Industrie • Agriculture • Sports • Education
Risques Alimentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Enrichissement des produits alimentaires en fer et acide folique • Iodation des produits salins • Interdiction des gras trans et remplacement par des gras polyinsaturés • Mesure visant à réduire la quantité de sel dans les produits alimentaires manufacturés et à décourager l'utilisation discrétionnaire • Taxes sur les boissons sucrées • Mesures visant à décourager la consommation d'aliments malsains, y compris des restrictions sur la commercialisation auprès des enfants et la vente dans les écoles 	<ul style="list-style-type: none"> • Agriculture • Industrie • Education
Blessures	<ul style="list-style-type: none"> • Taxes d'accise sur les produits alcoolisés • Restrictions à l'accès à l'alcool vendu en détail • Réglementation sur la conduite en état d'ébriété, y compris l'application des limites de concentrations d'alcool dans le sang • Législation et application des mesures de sécurité dans les transports personnels, y compris les ceintures de sécurité dans les véhicules et le casque pour les utilisateurs de moto • Fixation et application des limitations de vitesse sur les routes • Contrôle strict et interdiction sélective des pesticides hautement dangereux 	<ul style="list-style-type: none"> • Finance • Transport • Industrie • Environnement • Planification
Autres facteurs environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> • Standards nationales pour l'eau potable et l'assainissement à l'intérieur des ménages • Législation et renforcement des normes relatives à l'élimination des déchets dangereux • Mesures visant à réduire l'exposition humaine au plomb, y compris l'interdiction des carburants au plomb, et l'élimination progressive des produits de consommation à base de plomb • Réduction et élimination progressive de l'utilisation d'antibiotiques sous- thérapeutiques dans l'agriculture 	<ul style="list-style-type: none"> • Travaux Publics • Environnement • Industrie • Agriculture • Commerce

Tableau 15 : Liste préliminaire des interventions du secteur autre que celui de la santé et des ministères clés pour la participation.



11.4 ESTIMATION DES COÛTS ET DES EFFETS DES INTERVENTIONS

Nous avons envisagé la mise en œuvre collective de toutes les interventions s’inscrivant dans un paquet de MNTT prioritaires. Nous avons estimé une augmentation de 5% de la couverture par an sur une période de 5 ans - conduisant à une augmentation de 25% de la couverture au bout de 5 ans (voir tableau 16). Une augmentation de la couverture de 25% pour les interventions prioritaires coûterait environ 69, 096 ,770 dollars, soit environ 6,44 dollars par habitant, soit environ 1% du revenu national brut (RNB) actuel. Avec une couverture de 25%, nous estimons qu’environ 3 788 décès par an seraient évités en Haïti (environ 10% des décès liés aux MNTT sur la base des estimations de 2016). Une couverture complète pour 100% de la population pour les mêmes interventions prioritaires coûterait environ 276 387 090 dollars, soit environ 25,78 dollars par habitant - soit environ 5% du RNB actuel - et éviterait environ 15 000 décès par an en 2016. Les 33 autres interventions non sélectionnées coûteraient 431 145 156 dollars supplémentaires (8% du RNB) à une couverture de 100%.

Estimation des coûts d’extension sur cinq ans de la couverture universelle essentielle de la santé

Catégorie principale(% couverture)	Année 1 (5%)	Année 2 (10%)	Année 3 (15%)	Année 4 (20%)	Année 5 (25%)	Couverture sanitaire Universelle (100%)
Cancer	\$321.02	\$642.04	\$963.06	\$1,284.08	\$1,605.10	\$6,420.39
Maladies cardiovasculaires et respiratoires	\$297.84	\$595.69	\$893.53	\$1,191.38	\$1,489.22	\$5,956.90
Maladies cardiovasculaires	\$3,536.73	\$7,073.46	\$10,610.18	\$14,146.91	\$17,683.64	\$70,734.57
Diabète, Maladies endocrines, urogénitales et du sang	\$3,319.21	\$6,638.41	\$9,957.62	\$13,276.83	\$16,596.04	\$66,384.15
Traumas	\$339.56	\$679.11	\$1,018.67	\$1,358.23	\$1,697.79	\$6,791.15
Traumas et chirurgie	\$4,085.39	\$8,170.77	\$12,256.16	\$16,341.55	\$20,426.93	\$81,707.73
Troubles liés à l’usage de substance, Troubles neurologues et mentaux	\$1,748.93	\$3,497.86	\$5,246.80	\$6,995.73	\$8,744.66	\$34,978.65
Troubles musculo-squelettiques	\$170.68	\$341.36	\$512.03	\$682.71	\$853.39	\$3,413.56
Total	\$13,819.35	\$27,638.71	\$41,458.06	\$55,277.42	\$69,096.77	\$276,387.09
USD par habitant	\$1.29	\$2.58	\$3.87	\$5.16	\$6.44	\$25.78

Tableau 16 : Estimation des coûts de l’extension, sur cinq ans, de la couverture maladie universelle essentielle en cas de maladie non transmissible



12. Discussion

12.1 ESTIMATION DES MNTT CHEZ LES PAUVRES

L'objectif de la Commission Haïtienne sur les MNTT en Haïti était d'utiliser les données disponibles pour mieux comprendre les MNTT affectant les pauvres et les interventions destinées à y remédier. L'estimation du fardeau spécifique des MNTs sur les pauvres en Haïti est un défi compte tenu de la limitation des données disponibles. Les données sanitaires liées à la pauvreté ne sont disponibles que pour un petit sous-ensemble de facteurs de risque : tabagisme, alcool et obésité. Des données plus robustes associant santé et pauvreté sont d'une grande nécessité en Haïti.

Les plus récentes données communautaires multidimensionnelles estimant la pauvreté proviennent de l'enquête EDS 2012. Il est possible qu'après l'ouragan Matthew en 2016, l'appauvrissement de la péninsule méridionale soit encore pire. Toutefois, la répartition globale d'une pauvreté plus élevée dans les départements ruraux et moindre dans la région métropolitaine de Port-au-Prince risque de persister. À l'aide des données de l'EDS 2012, la Commission a déterminé que la pauvreté touchait principalement les jeunes. En outre, les personnes souffrant de maladies plus graves ont tendance à souffrir de difficultés financières entraînant la pauvreté. Ainsi, à défaut de données sanitaires spécifiques liées à la pauvreté, la Commission s'est engagée à prioriser des MNTT - se fondant non seulement sur la charge, mais aussi sur l'équité, la gravité et les décès précoces – afin d'estimer la charge de morbidité portée par les pauvres.

12.2 CHARGE DE MORBIDITÉ : PRIORISER LES MNTT AFFECTANT LES PAUVRES

Les données compilées à partir de sources multiples peuvent être utilisées pour comprendre le fardeau que représentent les MNTT en Haïti - et la façon dont ils affectent les pauvres. La Commission a identifié 37 maladies prioritaires représentant 54% de toutes les AVCI liées aux MNTT en Haïti - voir le tableau.

1. Les maladies prioritaires couvrent un large éventail de diagnostics en tenant compte des principes de hiérarchisation basés sur la gravité, l'équité et la prématurité des décès. Pas une seule affection ni d'ensemble de plusieurs maladies englobent le fardeau des MNTT. Les MNTT prioritaires devraient être considérées plutôt comme des menaces pour le bien-être des jeunes et des pauvres. Ces maladies sont toutes très répandues et entraînent la mort et l'invalidité à un degré très élevé chez les jeunes et les pauvres.

Les 28 maladies prioritaires représentent environ 50% de toutes les AVCI liées aux MNT. Les maladies non transmissibles comprennent les affections pour lesquelles le fardeau est très lourd, notamment les maladies cardiovasculaires (accidents vasculaires cérébraux, cardiopathies congénitales et rhumatismales et les causes d'insuffisance cardiaque), les cancers (cancer cervical,



cancer du sein et de l'estomac), le diabète, les maladies respiratoires et les troubles gastro-intestinaux (iléus/obstruction intestinale et l'appendicite). L'épilepsie, la drépanocytose, les troubles mentaux (dépression et anxiété) et les maladies du rein sont des affections dont le fardeau est relativement faible, mais qui affectent les pauvres ou sont particulièrement graves. Les neuf traumatismes prioritaires représentent environ 68% de toutes les AVC liés aux traumatismes. Les traumatismes prioritaires incluent les accidents de la route, la noyade, la violence, l'empoisonnement et les chutes.

Les données locales supportent la hiérarchisation selon les informations fournies par l'étude CMM. Les données provenant des établissements de santé du MSPP confirment que l'hypertension, le diabète et le cancer sont les principaux motifs de consultation. Les données de HUM montrent que la gastrite, l'hypertension, le diabète et l'insuffisance cardiaque sont les affections les plus couramment traitées en ambulatoire. Les patients présentant une maladie grave au service des urgences et en hospitalisation souffrent souvent d'une insuffisance cardiaque et d'accidents cérébraux vasculaires _les cardiopathies ischémiques étant relativement rares.

La liste des maladies prioritaires de la Commission n'est pas dominée par une petite liste d'affections associées à des facteurs de risque liés au métabolisme ou au mode de vie qui sont la cible habituelle des interventions contre les MNT telles que la pression artérielle élevée, le diabète, le tabagisme, une alimentation malsaine et un mode de vie sédentaire. Par exemple, l'épilepsie peut être liée à des infections cérébrales non traitées ; les tares congénitales peuvent être liées à la nutrition maternelle ; la cardiopathie rhumatismale est liée à une pharyngite non traitée (infections de la gorge). Les causes sous-jacentes et les facteurs de risque des maladies prioritaires ont des implications directes sur le choix des interventions visant à réduire la charge de morbidité et à prévenir les décès prématurés.

- **Facteurs de risque**

Les données de l'EDS utilisées pour l'évaluation de la pauvreté ont été obtenues lors des enquêtes de ménages de 2016-2017. Ces données sont particulièrement utiles car il s'agit des seules données représentatives au niveau national qui intègrent le statut socioéconomique individuel et la prévalence des facteurs de risque liés aux MNTT. Au cours des enquêtes auprès des ménages, les données collectées incluent les composantes du IPM pour évaluer le statut socio-économique. En outre, pour chaque personne interrogée, des informations limitées sur les facteurs de risque liés aux MNTT sont obtenues. Nous sommes en mesure d'évaluer les différentes prévalences des facteurs de risque entre les personnes les plus pauvres et les plus riches en Haïti.



Différents facteurs de risques liés aux MNT ont des relations variables entre la prévalence et la pauvreté. L'obésité, l'hypertension artérielle chez les femmes et le diabète font partie des affections les moins répandues parmi les pauvres. La sensibilisation, le traitement et le contrôle de l'hypertension et du cancer du col de l'utérus sont tous plus faibles chez les plus pauvres que chez les plus riches.

Les facteurs de risque pour lesquels il n'y a pas de différence en fonction du statut socioéconomique incluent l'hypertension artérielle chez les hommes. Le diabète et l'obésité sont moins fréquents chez les plus pauvres.

Les taux de consommation de tabac sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes et plus élevés chez les plus pauvres que chez les plus riches. Cependant, la quantité de tabac utilisée est plus faible chez les plus pauvres que chez les plus riches.

Ces données de l'EDS 2016-2017 pour Haïti révèlent une configuration nationale selon laquelle les facteurs de risque traditionnels sont moins fréquents chez les pauvres. Ces associations suggèrent que les MNTT causées par des facteurs de risque métaboliques pourraient être moins importantes chez les pauvres, particulièrement les cardiopathies ischémiques. Alors que le tabagisme est plus fréquent chez les pauvres – comme dans d'autres pays à faible revenu²² – la quantité de tabac consommée est plus faible chez les pauvres en Haïti. De même, dans les zones rurales en Inde, par exemple, les fumeurs consomment moins de cigarettes que ceux vivant dans les zones urbaines²³. Cela peut être différent de ce qui est observé dans les zones urbaines. Dans l'étude PREDIAH (Prévalence du diabète et de l'hypertension artérielle en 2006) menée à Port-au-Prince par la FHADIMAC, un faible niveau d'éducation était associé à une prévalence plus élevée du diabète.²⁴ De surcroît, les pauvres ont moins tendance à être imbus de leurs affections sous-jacentes ou à avoir recours aux soins pour contrôler leurs facteurs de risque - en particulier dans le cas l'hypertension et du diabète. Ce schéma correspond aux maladies priorisées par la commission.

Lorsqu'il s'agit des MNTT, l'attention générale est centrée sur les facteurs de risque liés au métabolisme et au mode de vie, tels que le tabagisme, l'inactivité physique et une alimentation malsaine. Cependant, bon nombre des MNTT qui affectent les pauvres ne sont pas liés à de tels facteurs de risque métaboliques ni au mode de vie. Le tableau 1 présente un résumé des MNT priorisées. Bon nombre des facteurs de risque énumérés sont liés à la faiblesse des systèmes de soins de santé primaires ou d'urgence, à l'exposition aux infections entraînant des MNT ou aux mauvaises infrastructures et sécurité routières. On ne saurait s'attaquer à ces facteurs de risque en se concentrant uniquement sur ceux d'ordre métabolique. En outre, comme le montrent les données de l'EDS de 2012, la prévalence des cas de surpoids et d'obésité sont en quantité moindre chez les plus pauvres que chez les moins pauvres.



13. Données relatives à la charge de morbidité liée aux MNTT à travers les sources de données

L'ordre de classement des maladies rapportées au MSPP, obtenues de HUM et estimées à partir de l'étude CMM, diffère de plusieurs égards. Les différences sont principalement liées aux différentes méthodes de collecte et d'analyse des données.

Le MSPP recueille des données auprès de tous les établissements de santé pour un sous-ensemble restreint de MNTT. Les affections importantes et très prévalentes, notamment l'insuffisance cardiaque, la dépression et les maladies respiratoires, ne sont pas incluses parmi celles signalées au MSPP. En outre, les données rapportées correspondent à l'utilisation des établissements de santé et peuvent sous différents angles donner une estimation biaisée de la prévalence et de l'incidence de certaines affections. Premièrement, parmi les pauvres, par exemple, il existe de nombreuses barrières sociales, culturelles et relatives au système de santé empêchant l'accès aux soins dans un établissement de santé. En Haïti, des études sur le comportement en matière de recours aux soins chez des patients souffrant d'autres pathologies tels que le VIH /SIDA et la tuberculose, montrent que les obstacles peuvent inclure un temps limité disponible pour se rendre dans un établissement de santé à cause du travail, un faible revenu, l'insécurité alimentaire, un manque de soutien social, les normes culturelles, le transport coûteux, les coûts des médicaments et la complexité du système de santé.²⁶⁻³⁰ Parmi les patientes bénéficiant d'un traitement «gratuit» du cancer du sein à HUM, le total des dépenses directes (incluant transport et perte de salaire) était d'environ 3 000 dollars - ou 91% du revenu annuel moyen^{17,31}. De telles barrières affectent les pauvres de manière disproportionnée et peuvent entraîner une représentation réduite des maladies liées à la pauvreté à partir des données institutionnelles.

Deuxièmement, les patients peuvent être vus en dehors des établissements locaux. Malgré les obstacles à l'obtention de soins, les patients en Haïti voyagent souvent en dehors de leur localité pour se faire soigner. Dans une étude portant sur des patients insuffisants cardiaques admis à l'Hôpital rural de référence HUM, seulement 47% des patients appartenaient à la zone de desserte.³² Dans notre analyse, nous avons calculé le taux pour 100 000 habitants des MNTT déclarés en supposant que les patients sollicitant des soins vivent dans la zone géographique de l'établissement de santé. Il est possible que les patients plus pauvres ou atteints de maladies plus graves choisissent de parcourir de plus longues distances pour obtenir des soins.

Troisièmement, la sévérité de la maladie peut affecter l'utilisation des soins de santé. Les patients qui ne se sentent pas trop bien pour voyager mais qui ne sont pas encore gravement malades, peuvent ne pas rechercher de soins dans un établissement de santé. Ainsi, les données rapportées peuvent être biaisées par rapport aux personnes souffrant de maladies sévères.



En outre, pour des affections chroniques (telle que l'hypertension) on a rapporté le nombre de patients uniques, alors qu'on a rapporté le nombre total de visites pour les cas de traumatismes. Ainsi, un même patient peut se faire soigner plusieurs fois pour des traumatismes alors qu'un patient avec hypertension en visite mensuelle n'est compté qu'une fois. Les valeurs rapportées peuvent surestimer le nombre de personnes concernées par les traumas.

Malgré les limitations, les données rapportées par le MSPP indiquent une très forte utilisation des établissements de santé pour l'hypertension, le diabète et les traumas dus aux accidents de la route, les accidents domestiques et les violences physiques. Aucune relation constante n'avait été observée entre les taux de pauvreté dans les départements et les taux de cas. Les données suggèrent que le taux de cas est plus élevé dans les régions de forte pauvreté pour des affections qui peuvent toucher principalement les pauvres, notamment l'hypertension, le cancer du sein, l'épilepsie, les maladies rénales et les traumas. Cependant, le taux de cas s'est révélé plus faible chez les pauvres souffrant de diabète.

Les données d'un établissement de santé comme l'Hôpital Universitaire de Mirebalais utilisant un dossier médical électronique lors de chaque visite médicale peuvent être utilisées pour combler certaines des lacunes dans les connaissances sur les maladies affectant les patients. Dans les cliniques ambulatoires rurales offrant des soins fortement subventionnés, les affections les plus fréquentes étaient la gastrite, l'hypertension, les douleurs pelviennes, les caries dentaires, les lombalgies, les calculs rénaux, le léiomyome utérin (fibromes), les douleurs mammaires, l'insuffisance cardiaque et le diabète de type 2.

Il existe plusieurs limitations lors de l'évaluation des maladies observées au niveau institutionnel. Premièrement, les catégories de diagnostics peuvent être vastes et sont davantage liées au syndrome clinique qu'à un diagnostic spécifique. Par exemple, la gastrite est le diagnostic principal. Il existe de nombreuses causes spécifiques pouvant être associées à des douleurs abdominales. Dans une clinique achalandée avec un accès limité aux tests de diagnostic de confirmation, le diagnostic retenu peut être une description des symptômes présentés. Deuxièmement, les cas faciles à diagnostiquer peuvent être surreprésentés. L'hypertension était le deuxième diagnostic le plus courant. Des études antérieures ont montré que la prévalence de l'hypertension dans les zones rurales d'Haïti était d'environ 25% chez les hommes et de 40% chez les femmes.³³ Cependant, il est probable que de nombreux patients vus pour d'autres affections présentent également une pression artérielle élevée. De plus, parmi les affections fréquemment diagnostiquées figurent celles de gravité relativement faible, notamment les caries dentaires, les lombalgies et les autres douleurs articulaires. Cela pourrait indiquer que les patients qui utilisent le système de soins de santé primaires sont ceux souffrant d'affections de faible sévérité, tandis que les patients présentant des affections d'une gravité supérieure restent chez eux et ne se rendent à un établissement de santé qu'au stade très avancé de leur maladie. Les estimations de l'étude CMM sont particulièrement



utiles dans la priorisation des investissements dans le système de santé en Haïti. Des estimations complètes sont calculées pour chaque cause dans chaque pays. En examinant la liste de priorités selon l'étude CMM avec nos commissionnaires, nous avons pensé qu'elle était dans l'ensemble raisonnable pour Haïti. Une différence notable entre les estimations de l'étude CMM et les données locales concerne les cardiopathies ischémiques. On estime que la cardiopathie ischémique est la principale cause de morbidité en Haïti. Cependant, il est assez rare chez les patients admis à l'hôpital. Le cadre de priorisation n'a finalement pas considéré la cardiopathie ischémique la liste des priorités (position n° 41). L'insuffisance cardiaque - pour laquelle il existe plusieurs causes distinctes - est la manifestation prédominante des maladies cardiovasculaires en Haïti - en particulier chez les patients admis à l'hôpital.^{14,32,34} Les causes d'insuffisance cardiaque ont été adéquatement prise en compte au cours du processus de priorisation.

En synthétisant les données provenant des 3 sources principales, notre Commission a estimé qu'il était important de modifier la liste de priorités en fonction de la CMM de plusieurs manières importantes. Premièrement, la gastrite étant l'un des principaux diagnostics rencontrés lors des consultations cliniques en clinique externe à l'HUM, il a été estimé que l'ulcère peptique devrait être élevé dans le classement prioritaire de la CMM. Deuxièmement, les traumatismes dus aux « effets indésirables du traitement médical » devraient être traités lors des interventions globales pour améliorer la qualité des soins et devraient se trouver plus bas dans le classement. Troisièmement, les chutes comptent parmi les principales causes d'admission à l'hôpital à partir du service des urgences de HUM - et touchent principalement les jeunes enfants.¹⁴ Les chutes ont gagné une meilleure place dans la liste des priorités.



14. Recommandations

Après discussions et un examen approfondi des données, les commissionnaires ont dressé une liste de recommandations. Un ensemble de 4 catégories de recommandations ont été retenues, chacune portant sur des points d'action spécifiques. Celles-ci ont été préalablement présentées dans la section précédente intitulée Sommaire Exécutif : - Principales constatations et recommandations. En voici un résumé.

Recommandation 1 : Améliorer les méthodes permettant d'estimer le fardeau de la maladie parmi les pauvres

Les membres de la commission ont été frappés par le peu de données représentatives au niveau national concernant le fardeau imposé par les MNNT. De plus, ces données ne permettent pas une ventilation en fonction du statut socioéconomique. Par conséquent, il est nécessaire de réviser les rapports mensuels des établissements sanitaires existants afin de mesurer spécifiquement les affections hautement prioritaires, notamment l'insuffisance cardiaque, la dépression et les maladies respiratoires. Encourager une soumission plus complète des données par les établissements de santé peut aider à mesurer une couverture efficace des MNNT.

En outre, des mesures du statut socio-économique, liées aux données sur la charge de santé sont nécessaires. L'évaluation de l'équité dans la couverture sanitaire et l'effet des interventions nécessitent une évaluation de la pauvreté. Plusieurs mesures composites peuvent être utilisées ou adaptées pour estimer correctement le statut socio-économique des individus. Des recherches plus poussées sont nécessaires pour mieux mesurer et comprendre le fardeau que représentent les MNNT en Haïti.

Recommandation 2 : Interventions de lutte contre les MNNT et de promotion de l'équité à travers le renforcement des équipes de soins intégrés et la décentralisation

La Commission a utilisé un cadre de définition des priorités intégrant non seulement le fardeau total des conditions liées aux MNNT, mais également des mesures du risque financier et de l'équité lors de l'évaluation des interventions potentielles. La décentralisation progressive peut amener les interventions des hôpitaux de premier niveau vers des centres de santé plus éloignés et la communauté afin de progresser vers la couverture sanitaire universelle. Des interventions axées sur les pauvres sont actuellement en train d'être mises en œuvre dans le pays et peuvent être répandues davantage. Les données de l'EDS en Haïti indiquent que les pauvres sont moins informés sur les MNNT et moins susceptibles de se faire prendre en charge. Des interventions visant à réduire les obstacles aux soins sont nécessaires pour promouvoir l'équité.



Recommandation 3 : Élargir la portée des efforts de prévention des MNTT

Les interventions qui influencent la santé de la population haïtienne sont souvent gardés en dehors du système de santé. Les autres ministères au sein du gouvernement devraient s'atteler à promouvoir des politiques visant l'amélioration de la santé. De telles politiques et cadres juridiques peuvent influencer le comportement des individus et des communautés qui soutiennent des décisions saines, améliorent la sécurité et génèrent des revenus pouvant aider à financer davantage d'interventions.

Recommandation 4 : Planification stratégique nationale et développement de partenariats

Une vision nationale est nécessaire pour résoudre un problème national. Outre la vision, un plan stratégique et opérationnel impliquant les parties prenantes locales sera nécessaire. Haïti a connu dans son histoire beaucoup de succès contre d'autres maladies, notamment le VIH, la tuberculose et le choléra. Une telle coordination et surveillance sera nécessaire pour réduire le nombre de décès et d'invalidités liés aux MNTT. Des stratégies de suivi et d'évaluation doivent s'incorporer à ces plans, et des partenariats public-privé et un examen externe par des parties prenantes engagées peuvent contribuer à faire progresser ces plans. Un financement accru du secteur de la santé est nécessaire. Un programme d'assurance sociale est un des moyens de réduire les risques financiers.



REFERENCES

1. GBD 2016 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthylife expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* (London, England) [Internet] 2017;390(10100):1260–344. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28919118>
2. Kidder A, Kwan GF, Cancedda C, Bukhman G. *Partners In Health Guide to Chronic care Integration for Endemic Non-Communicable Diseases: Rwanda Edition* [Internet]. Boston: Partners In Health; 2011. Available from: <http://www.pih.org/library/the-pih-guide-to-chronic-care-integration-for-endemic-non-communicable-dise>.
3. Central Intelligence Agency. *The World Factbook: Haiti* [Internet]. [cited 2017Sep 22]; Available from: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ha.html>
4. World Bank. *Investing in people to fight poverty in Haiti*. 2014;14.
5. *Rapport des Comptes Nationaux de Santé, 2013-2014*. 2017.
6. World Health Organization. *Health System Financing Country Profile: Haiti, 2014*. Geneva, Switzerland: 2014.
7. Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) et ICF. 2018. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI 2016-2017)* Pétiion-Ville, Haïti, et Rockville, Maryland, USA : IHE et ICF.
8. *Haiti | Equity Tool* [Internet]. [cited 2018 Dec 11]; Available from: <http://www.equitytool.org/haiti/>
9. Alkire S, Santos ME. *A Multidimensional Approach: Poverty Measurement & Beyond*. *Soc Indic Res* [Internet] 2013;112(2):239–57. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11205-013-0257-3>
10. Cayemittes M, Busangu MF, Bizimana J de D, et al. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, EMMUS-V Haïti, 2012*. [Internet]. Claverton, Maryland, USA: 2013. Available from: <http://measuredhs.com/what-we-do/survey/survey-display-368.cfm>
11. Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI). *Country Briefing June 2016: Haiti* [Internet]. Oxford, United Kingdom: 2016. Available from: www.dataforall.org/dashboard/ophi/index.php/mpi/download_brief_files/HTI
12. Alkire S, Jindra C, Robles G, Vaz A. *Multidimensional Poverty Index 2016: Brief methodological note and results*. 2016;44(December):1–23. Available from: <http://www.ophi.org.uk/multidimensional-poverty-index/mpi-2015/mpi-data/>
13. Ivers LC, Kendrick D, Doucette K. *Efficacy of antiretroviral therapy programs in resource-poor settings: a meta-analysis of the published literature*. *Clin Infect Dis* [Internet] 2005;41(2):217–24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15983918>
14. Marsh RH, Rouhani SA, Pierre P, Farmer PE. *Strengthening emergency care: Experience in central Haiti*. *Lancet Glob Heal* 2015;3(S2):S5–7.
15. *Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Data Input Sources Tool* [Internet]. [cited 2017 Jan 1]; Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2016/data-input-sources>
16. *Evaluation of the delivery of health care services*. Pétiion-Ville: 2014.



17. O'Neill KM, Mandigo M, Pyda J, et al. Out-of-pocket expenses incurred by patients obtaining free breast cancer care in Haiti: A pilot study. *Surgery* [Internet] 2015;158(3):747–55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26150200>
18. Kwan GF, Isaac B, Yan L, et al. High poverty among patients with noncommunicable diseases in rural Haiti. *Circulation* [Internet] 2018;137:AP140. Available from: https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/circ.137.suppl_1.p140
19. Partners In Health. *Costing and Financing Healthcare Delivery: an analysis of the Zanmi Lasante network*. 2017.
20. Hirai M, Grover N, Huang C. The measurement of non-communicable diseases in 25 countries with demographic and health surveys. DHS Occasional Papers No. 10 [Internet]. Rockville, Maryland, USA: ICF International; 2015. Available from: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/OP10/OP10.pdf>
21. World Health Organization. STEPS Country Reports [Internet]. [cited 2016 May 1]; Available from: <http://www.who.int/chp/steps/reports/en/>
22. Palipudi KM, Gupta PC, Sinha DN, Andes LJ, Asma S, McAfee T. Social determinants of health and Tobacco use in thirteen low and middle-income countries: Evidence from Global Adult Tobacco Survey. *PLoS One* 2012;7(3).
23. Pampel F. Tobacco use in sub-Saharan Africa: estimates from the demographic health surveys. *Soc Sci Med* [Internet] 2008 [cited 2016 Mar 28];66(8):1772–83. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953607006545>
24. Jean-Baptiste E, Larco P, Charles-Larco N, Vilgrain C, Simon D, Charles R. Glucose intolerance and other cardiovascular risk factors in Haiti (PREDIAH). *Diabetes Metab* [Internet] 2006 [cited 2014 Jan 22];32(5):443–51. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1262363607703026>
25. The DHS Program - Haiti: Standard DHS, 2016 [Internet]. [cited 2017 Sep 19]; Available from: <http://dhsprogram.com/what-we-do/survey/survey-display-503.cfm>
26. Noel E, Esperance M, McLaughlin M, et al. Attrition from HIV testing to antiretroviral therapy initiation among patients newly diagnosed with HIV in Haiti. *J Acquir Immune Defic Syndr* [Internet] 2013 [cited 2014 Feb 12];62(3):e61-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23254154>
27. Wasti SP, Simkhada P, Randall J, Freeman J V, van Teijlingen E. Factors influencing adherence to antiretroviral treatment in Nepal: a mixed-methods study. *PLoS One* [Internet] 2012 [cited 2014 Feb 25];7(5):e35547. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0035547>
28. Cameron A, Ewen M, Ross-Degnan D, Ball D, Laing R. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. *Lancet* [Internet] 2009 [cited 2014 Feb 1];373(9659):240–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19042012>
29. Ivers L, Jerome J, LoPorto K, Smith Fawzi M, Mukherjee J. Pervasive food insecurity is a major factor in the care of patients with HIV infection in resource-poor settings. In: XVI International AIDS Conference. Toronto: 2006.
30. Sowah LA, Turenne F V, Buchwald UK, et al. Influence of transportation cost on long-term retention in clinic for HIV patients in rural Haiti. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2014;67(4):e123-30.
31. O'Neill KM, Mandigo M, Pyda J, et al. Out-of-pocket expenses incurred by patients



- obtaining free breast cancer care in Haiti. *Lancet* (London, England) [Internet] 2015[cited 2016 Jan 11];385 Suppl:S48. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673615608431>
32. Kwan GF, Jean-Baptiste W, Cleophat P, et al. Descriptive epidemiology and short-term outcomes of heart failure hospitalization in rural Haiti. *Heart* [Internet] 2016;102(2):140–6. Available from: <http://heart.bmj.com/lookup/doi/10.1136/heartjnl-2015-308451>
 33. Polsinelli V, Joizil P, Satchidanand N, et al. Hypertension and ageing in rural Haiti: Results from a preliminary survey. *J Hypertens* [Internet] 2015;33(2):e390. Available from: <http://embase.com/search/results?subaction=viewrecord%7B%7Dfrom=export%7B%7Ddid=L71935863%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1097/01.hjh.0000468594.54188.37>
 34. Malebranche R, Tabou Moyo C, Morisset P, Raphael N, Wilentz JR. Clinical and echocardiographic characteristics and outcomes in congestive heart failure at the Hospital of The State University of Haiti. *Am Heart J* [Internet] 2016;178(May 2011):151–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ahj.2016.06.001>
 35. Metz M, Pierre JL, Yan LD, et al. Hypertension continuum of care: Blood pressure screening, diagnosis, treatment, and control in a population-based cohort in Haiti. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2022;24:246-54. PMC8925011
 36. Yan LD, Rouzier V, Pierre JL, Lee MH, Muntner P, Parsons PJ, Apollon A, St-Preux S, Malebranche R, Pierre G, Emmanuel E, Nash D, Kingery J, Walsh KF, Smith CE, Metz M, Tymejczyk O, Deschamps M, Pape JW, Fitzgerald DW, McNairy ML. High Lead Exposure Associated With Higher Blood Pressure in Haiti: a Warning Sign for Low-Income Countries. *Hypertension*. 2022 Jan;79(1):283-290. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.121.18250. Epub 2021 Nov 17. PMID: 34878898; PMCID: PMC8667279.
 37. Kingery JR, Roberts NL, Lookens Pierre J, et al. Population-Based Epidemiology of Heart Failure in a Low-Income Country: The Haiti Cardiovascular Disease Cohort. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2023;16:e009093.





THE HAITI
NCDI
POVERTY
Commission

LA COMMISSION HAÏTIENNE
SUR LES
MNTT ET LA PAUVRETÉ



