

---

# **PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION**

---



Ministère de la Santé Publique  
et de la Population

## **PLAN PLURI ANNUEL COMPLET 2016-2020**

---

**JUIN 2016**

## Sommaire

SOMMAIRE .....	II
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYME .....	IV
LISTE DES TABLEAUX .....	VI
LISTE DES GRAPHIQUES ET FIGURES .....	VI
PRÉFACE DU MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION.....	VIII
MOT DU DIRECTEUR DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION.....	IX
RÉSUMÉ EXÉCUTIF.....	X
<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>II. CONTEXTE GENERAL.....</b>	<b>2</b>
2.1. CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE, DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIOPOLITIQUE .....	2
2.2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE.....	3
2.3. ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE.....	7
2.4. RESSOURCES HUMAINES ET INFRASTRUCTURES.....	8
2.5. FINANCEMENT DU SECTEUR SANTÉ .....	8
<b>III. ANALYSE DE LA SITUATION DU PEV.....</b>	<b>9</b>
3.1. ANALYSE DES SERVICES DE VACCINATION (SYSTEMATIQUE/ROUTINE) .....	9
3.2. INITIATIVE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES.....	14
3.3. ANALYSE DES COMPOSANTES DU SYSTÈME DE VACCINATION .....	15
3.3.1. <i>Gestion du PEV</i> .....	15
3.3.2. <i>Ressources Humaines</i> .....	19
3.3.3. <i>Logistique, Chaîne de froid et Approvisionnement</i> .....	21
3.3.4. <i>Stratégie de Communication et Génération de la demande</i> .....	24
3.3.5. <i>Surveillance (Surveillance de routine, ESAVI, ...)</i> .....	25
3.3.5.1. Surveillance de PFA.....	25
3.3.5.2. Surveillance de la rougeole/Rubéole.....	25
3.3.5.3. Surveillance du Syndrome de la rubéole congénitale .....	26
3.3.5.4. Surveillance TNN.....	26
3.3.5.5. Surveillance de la diphtérie et de la coqueluche.....	26
3.3.5.6. Surveillance du rota virus. ....	26
3.3.5.7. Surveillance des Maladies bactériennes invasives (méningite et pneumonie à pneumocoque) .....	27
3.3.6. <i>Coût et financement des activités</i> .....	27
3.4. SYNTHÈSE DES FORCES, FAIBLESSES, MENACES ET OPPORTUNITÉS .....	28
3.4.1. <i>Analyse des champs de force de l'environnement interne</i> .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>IV. PROBLEMES PRIORITAIRES / FIXATION DES PRIORITÉS .....</b>	<b>36</b>
4.1. PRESTATION DE SERVICE DE VACCINATION. ....	36
4.2. GESTION DU PROGRAMME & GOUVERNANCE .....	36
4.3. RESSOURCES HUMAINES .....	36
4.4. LOGISTIQUE (INTRANTS ET CHAÎNE DE FROID) .....	37
4.5. COMMUNICATION ET GÉNÉRATION DE LA DEMANDE .....	37

4.6.	SURVEILLANCE .....	37
4.7.	COÛT ET FINANCEMENT .....	37
<b>V.</b>	<b>PLAN PLURI ANNUEL 2016 - 2020 .....</b>	<b>38</b>
5.1.	VISION.....	38
5.2.	BUT .....	38
5.3.	OBJECTIF GENERAL.....	38
5.4.	CIBLES DU PEV (2016-2020).....	38
5.5.	STRATÉGIES ET INTERVENTIONS ESSENTIELLES.....	39
5.5.1.	<i>Axe stratégique 1 : Renforcement de la vaccination de routine et extension de services.....</i>	<i>39</i>
5.5.2.	<i>Axe stratégique 2 : Renforcement de la gouvernance globale.....</i>	<i>40</i>
5.5.3.	<i>Axe stratégique3 : Mobilisation pour le PEV d'une masse critique de ressources humaines adéquates en qualité et en quantité .....</i>	<i>42</i>
5.5.4.	<i>Axe stratégique 4 : Renforcement de la logistique des intrants.....</i>	<i>43</i>
5.5.5.	<i>Axe stratégique 5: Recadrage de la composante communication et génération de la Demande ....</i>	<i>44</i>
5.5.6.	<i>Axe strategique6 : Renforcement de la surveillance épidémiologique.....</i>	<i>45</i>
5.5.7.	<i>Axe stratégique 7 : Renforcement du système d'information du PEV.....</i>	<i>47</i>
5.5.8.	<i>Axe stratégique 8 : Consolidation du financement du PEV sur une base régulière .....</i>	<i>48</i>
5.6.	STRATEGIES DE VIABILITE FINANCIERE.....	49
5.7.	ANALYSE DES COÛTS ET FINANCEMENTS DU PROGRAMME.....	52
5.8.	MECANISMES DE MISE EN ŒUVRE, SUIVI ET EVALUATION DU PPAC.....	55
5.8.1.	<i>Gestion du PEV.....</i>	<i>55</i>
5.8.2.	<i>Suivi / évaluation .....</i>	<i>56</i>
5.9.	PLAN DE SUIVI.....	56
5.10.	CHRONOGRAMME D'ACTIVITÉS.....	74
5.11.	COÛTS, FINANCEMENT ET MOBILISATION DES RESSOURCES .....	72
5.12.	FACTEURS DE RISQUE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PPAC .....	80
6.	PLAN OPERATIONNEL DE LA PREMIERE ANNEE (2016) .....	<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>
7.	ANNEXES .....	81
	<i>A- Arbre des objectifs .....</i>	<i>81</i>
<b>VI.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>83</b>

## Liste des abréviations, sigles et acronyme

BCG	: Vaccin anti-tuberculose (bacille de Calmette et Guérin)
CCIA-PEV	: Comité de coordination inter agence du PEV
CDC	: Center for Disease control
CT-PEV	: Comité technique du PEV
DDS	: Direction Départementale de la Santé
DELR	: Direction d'Épidémiologie des Laboratoires et de la Recherche
DOSS	: Direction d'Organisation des Services de Santé
DPEV	: Direction du Programme Élargi de Vaccination
DGA	: Data Quality Audit
DSF	: Direction de la Santé Familiale
DSNCRP	: Document de Stratégie Nationale pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
DT2	: Vaccin bivalent anti diphtérique-anti tétanique
DTP	: Vaccin anti diphtérie-tétanos-coqueluche (pertussis)
EMMUS	: Enquête Morbidité-Mortalité-Utilisation des Services de Santé
GAVI	: Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GIVS	: La vaccination dans le monde-vision et stratégie
GFIMS	: Cadre mondial de suivi et de surveillance de la vaccination
H1b	: Hémophilus influenza type b
IHSI	: Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique
MeVs	: Maladies évitables par la vaccination
MSPP	: Ministère de la Santé Publique et de la Population
OMD	: Objectif de Développement pour le Millénaire
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
OPS/OMS	: Organisation Panaméricaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé
PCIME	: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	: Programme Élargi de Vaccination
PFA	: Paralysie Flasque Aigue
PES	: Paquet Essentiel de Services
Promess	: Programme de médicaments essentiels
PPAC	: Plan Pluriannuel Complet

PVF	:	Plan de Viabilité Financière
RR	:	Vaccin anti rubéole
RSI	:	Règlement Sanitaire International
SA	:	Stratégie Avancée
SE	:	Surveillance Épidémiologique
SNIS	:	Système National d'Informations Sanitaires
SMI	:	Santé Maternelle et Infantile
SRC	:	Syndrome de Rubéole Congénitale
SSPE	:	Services de Santé de Premier Échelon
TCF	:	Technicien de la Chaîne de Froid
TMIN	:	Tétanos Maternel et Néonatal
TNN	:	Tétanos Néo Natal
UCS	:	Unité Communale de Santé
UNFPA	:	Fond des Nations Unis pour la Population
UNICEF	:	Fond des Nations Unis pour l'Enfance
UPE	:	Unité de Planification et d'Évaluation
USAID	:	Agence pour le Développement International des États Unis d'Amérique

## Liste des tableaux

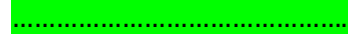
TABLEAU 1: PROJECTION DES GROUPES CIBLES DU PEV POUR LE QUINQUENNAT 2015-2020 .....	3
TABLEAU 2: : CALENDRIER DE VACCINATION.....	9
TABLEAU 3: TAUX DE PERTE ENREGISTRÉS PAR ANTIGÈNES EN 2014 SELON LES DONNÉES DE L'ÉTUDE RÉALISÉE EN JUIN 2015 .....	22
TABLEAU 4: ANALYSE DES CHAMPS DE FORCE DE L'ENVIRONNEMENT EXTERNE.....	29
TABLEAU 5 : COMPOSANTE : <i>PRESTATION DE SERVICES</i> .....	<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>
TABLEAU 6 : COMPOSANTE : GOUVERNANCE GLOBALE .....	<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>
TABLEAU 7 : COMPOSANTE : LOGISTIQUE DES INTRANTS ET DE LA CHAÎNE DE FROID.....	<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>
TABLEAU 8: <i>COMPOSANTE: COMMUNICATION</i> .....	<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>
TABLEAU 9: COMPOSANTE : SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE .....	<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>
TABLEAU 10: <i>COMPOSANTE : SUIVI ÉVALUATION</i> .....	<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>
TABLEAU 11: PROJECTION DES GROUPES CIBLES DU PEV POUR LE QUINQUENNAT 2015-2020 .....	38
TABLEAU 12 : OBJECTIFS SPECIFIQUES PAR ANTIGÈNE .....	38
TABLEAU 13 : <i>GOUVERNANCE GLOBALE</i> .....	57
TABLEAU 14 : <i>PRESTATION DES SERVICES DE VACCINATION</i> .....	61
TABLEAU 15 : <i>LOGISTIQUE DES INTRANTS</i> .....	63
TABLEAU 16 : <i>SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE</i> .....	67
TABLEAU 17 : <i>COMMUNICATION ET MOBILISATION SOCIALE</i> .....	69
TABLEAU 18: CHRONOGRAMME D'ACTIVITES .....	74

## Liste des graphiques et figures

GRAPHIQUE 1: DISTRIBUTION DES CAS SUSPECTS DE ROUGEOLE/RUBÉOLE NOTIFIÉS ET INVESTIGUÉS, HAÏTI 2011 À 2015 .....	4
GRAPHIQUE 2: DISTRIBUTION DE CAS DE PFA, DE TÉTANOS NÉONATAL ET DES CAS SUSPECTS DE SYNDROME DE RUBÉOLE CONGÉNITALE NOTIFIÉS ET INVESTIGUÉS, HAÏTI, 2011- 2015.....	5
GRAPHIQUE 3: DISTRIBUTION DES CAS PROBABLES ET CONFIRMÉS DE DIPHTÉRIE ET DE COQUELUCHE, HAÏTI, 2011 - 2015 .....	5
GRAPHIQUE 4: DISTRIBUTION DES CAS SUSPECTS, CONFIRMÉS ET PROPORTION DES CAS DE DIARRHÉES A ROTA VIRUS, HAÏTI 2012 - 2015 .....	6
GRAPHIQUE 5: DISTRIBUTION DES CAS SUSPECTS ET CONFIRMÉS DE MÉNINGITE DE 2013 À 2015.....	7
GRAPHIQUE 6: GERMES DÉTECTÉS AU NIVEAU DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN, HAÏTI, 2013-2014. ....	7
GRAPHIQUE 7: OFFRE DE SERVICES DE VACCINATION PAR CATÉGORIE D'INSTITUTIONS EN 2013. ....	9
GRAPHIQUE 8: OFFRE DE SERVICES DE VACCINATION SELON LE STATUT DES INSTITUTIONS EN 2013.....	10
GRAPHIQUE 9: ACCÈS GÉOGRAPHIQUE AUX SERVICES DE VACCINATION SELON LA DISTANCE ENTRE LES LOCALITÉS DES UTILISATEURS DE SERVICE ET LES INSTITUTIONS PRESTATAIRES LES PLUS PROCHES. ....	11
GRAPHIQUE 10: :DISPARITÉS INTERDÉPARTEMENTALES ENTRE LES COUVERTURES VACCINALES DES ENFANTS DE MOINS DE 1 AN PAR PENTA 3 EN 2015. ....	11
GRAPHIQUE 11: : DISPARITÉS INTERDÉPARTEMENTALES ENTRE LES COUVERTURES VACCINALES DES ENFANTS DE MOINS DE 1 AN PAR RR EN 2015. ....	12
GRAPHIQUE 12: DISPARITÉS INTERCOMMUNALES ENTRE LES COUVERTURES VACCINALES DES ENFANTS DE MOINS DE 1 AN PAR PENTA3 EN 2015 .....	12

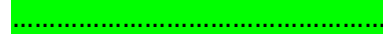
GRAPHIQUE 13 : NIVEAU DE COUVERTURES DES ENFANTS DE MOINS DE 1 AN ET DE FEMMES ENCEINTES PAR LES VACCINS DU PEV EN 2011-2012-2013-2014 .....	14
GRAPHIQUE 14 : ESTIMATION DES TAUX D'ABANDON DTC1-DTC3 (PENTA1-PENTA3) ET BCG-VAR DE 2011 À 2014 .....	15
GRAPHIQUE 15: POURCENTAGES D'INSTITUTIONS AVEC 1 PERSONNE AYANT REÇU UNE FORMATION CONTINUE EN PEV EN 2012.....	19
GRAPHIQUE 16: POURCENTAGE D'INSTITUTIONS OU SONT AFFICHÉES DES DIRECTIVES TECHNIQUES .....	20
FIGURE 1: DISTRIBUTION SPATIALE DES CAS CONFIRMÉS DE DIPHTÉRIE ET DES DÉCÈS PAR COMMUNES, HAÏTI	6

## Préface du ministre de la Santé Publique et de la Population





## Mot du Directeur du Programme Elargi de Vaccination



## Résumé exécutif

*Le PPAC du PEV haïtien est un cadre stratégique général conçu pour renseigner et indiquer les démarches adoptées par de l'Etat Haïtien en matière d'immunisation pour la période allant de 2016 à 2020. Il constitue un document de référence auquel tous les acteurs nationaux et internationaux devront se référer pour toutes les activités de vaccination.*

*Le PPAC répond à un besoin, mais également :*

- *A l'obligation pour Haïti de s'aligner sur les principes directeurs, les priorités, les objectifs, les stratégies régionaux et internationaux en matière de vaccination ;*
- *Aux principes et orientations de la Politique Nationale de Santé et du Plan Directeur de Santé ;*
- *A la nécessité de travailler davantage à l'élimination de la morbidité et la mortalité liées à des maladies évitables par la vaccination (MeVs).*

*Le PPAC 2016-2020 émerge de multiples constats faits au cours de l'évaluation de la mise en œuvre du dernier PPAC du PEV, ainsi que des conclusions de l'analyse de l'environnement externe et interne et de l'analyse des forces et des besoins spécifiques du PEV haïtien.*

*Ainsi, sur le plan programmatique, cinq objectifs ont été retenus ; ce sont:*

- *Porter au niveau national la couverture effective des moins de 1 an pour tous les vaccins du PEV à, au moins, 95% en 2020 ;*
- *Porter la couverture vaccinale des femmes enceintes par le DT2 à 80% en 2020 ;*
- *Protéger les acquis en terme d'élimination de la Polio, la rougeole, la rubéole ;*
- *Compléter l'agenda inachevé en vue de l'élimination du TNN ;*
- *Introduire de nouveaux vaccins dans le cadre du PEV.*

*Tandis que sur le plan opérationnel, le PPAC 2016-2020 du PEV/Haïti s'articule autour de 8 domaines d'interventions ou composantes :*

- *La gouvernance globale du PEV ;*
- *La gestion des ressources humaines pour le PEV ;*
- *La prestation de services de vaccination ;*
- *La logistique des intrants et de la chaîne de froid pour le PEV ;*
- *La communication pour la génération de la demande de vaccination ;*
- *La surveillance épidémiologique des MeVs ;*
- *Le système d'information du PEV ;*
- *Le financement soutenu des activités du PEV.*

*De ces composantes, des axes stratégiques prioritaires, sur lesquels reposeront les actions de la DPEV pour la période couverte par ce PPAC, ont été identifiés ; ce sont essentiellement :*

- *Le renforcement de la gouvernance globale;*
- *Le renforcement et l'extension l'offre des services de vaccination;*
- *La mobilisation, pour le PEV, d'une masse critique de ressources humaines adéquates tant quantité qu'en qualité;*
- *La dynamisation du sous-système de logistique des intrants pour le PEV;*
- *Le recadrage de la composante communication;*
- *Le renforcement de la surveillance épidémiologique;*
- *Le renforcement du système d'information du PEV ;*
- *La consolidation du financement du PEV sur une base régulière et permanente.*

Chacun de ces axes stratégiques a fait l'objet d'un plan de mise en œuvre avec :

- Plusieurs objectifs stratégiques;
- Un ou plusieurs stratégies
- Un ensemble d'interventions essentielles à développer et à mettre en œuvre pour l'atteinte des objectifs fixés;
- Des indicateurs de suivi pour le monitoring des interventions à travers d'un cadre de performance

De plus, le cadre de performance élaboré permettra le monitoring de la mise en œuvre du PPAc 2016-2020 dont la gestion se fera à 4 niveaux selon une pyramide pré établie. Ce sont :

- Un niveau de mobilisation de ressources, de suivi stratégique, de prise de décisions. Ce niveau est représenté par la CCIA qui est présidé par le Ministre de la Santé;
- Un niveau de gestion nationale des opérations du PEV. Il est représenté par la DPEV, travaillant en coordination avec les autres structures centrales du MSPP sous la supervision du Directeur Général du MSPP ;
- Un niveau de coordination et de gestion de la mise en œuvre du PEV par les dix (10) Départements sanitaires. Il est représenté par le bureau sanitaire départemental;
- Un niveau institutionnel de prestation de services de vaccination représenté par les institutions de santé impliquées dans le PEV.

Par ailleurs, certains facteurs endogènes et exogènes, qui pourraient représenter des risques susceptibles d'interférer avec l'atteinte des objectifs programmatiques et stratégiques du PPAc 2016-2020, ont également été identifiés. De même que des conditions favorables pouvant aider à mitiger ces risques. Ce sont notamment :

- L'élaboration et la mise en application d'un cadre politique de référence pour le guidage du PEV;
- La mise en place d'une gouvernance réelle et d'un leadership effectif;
- La mobilisation de ressources endogènes pour le financement sur une base régulière pour le PEV.

## I. INTRODUCTION

Le Programme Élargi de vaccination (PEV) a démarré en Haïti au début de l'année 1983. Depuis 2006, Haïti élabore des Plans quinquennaux pour son Programme Élargi de Vaccination (PEV). Le dernier en date a été produit pour la période 2011-2015. L'actuel PPAC 2016-2020 du PEV véhicule les options arrêtées pour les cinq prochaines années.

Le PPAC 2016-2020 répond donc à un besoin, mais également:

- A la nécessité de diminuer la morbidité et la mortalité infantiles et juvéno infantiles causées par les maladies évitables par la vaccination;
- Aux orientations de la « Politique Nationale de Santé » et du « Plan directeur de Santé » de la République d'Haïti ;
- Aux obligations de la République d'Haïti de s'aligner sur les principes, priorités, objectifs, stratégies régionaux et internationaux en matière de vaccination.

De plus, ce Plan Pluri Annuel a été établi sur la base de:

- Performances du PPAC-2011-2015 du PEV / Haïti;
- Besoins spécifiques liés à la nature du Programme Élargi de Vaccination;
- Résultats de l'analyse de l'environnement externe et de l'environnement interne du PEV, et des implications qui en découlent;
- Priorités établies à partir de l'analyse des contextes environnementaux.

Un appel à plus de concertation entre les différents acteurs étatiques, plus de cohésion entre les différentes directions du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) et plus de partenariats avec les organisations de la société civile (OSC) doit être lancé en vue d'accroître la performance globale du PEV.

## II. CONTEXTE GENERAL

### 2.1. Contexte géographique, démographique et sociopolitique

La République d'Haïti a une superficie de 27,750 kilomètres carrés (Km<sup>2</sup>) dont environ 20,000 en montagnes et en plateaux avec 7,250 km<sup>2</sup> de plaines. Les villes d'Haïti ont connu, durant les 50 dernières années, une croissance physique et démographique importante marquée notamment par le débordement de l'habitat hors des limites considérées comme espaces urbains. A l'inverse, le milieu rural où vit 51% de la population est organisé sur la base d'un habitat rural dispersé, parfois regroupé en de petits lots de maisonnettes. L'isolement par rapport aux services sociaux de base est la caractéristique principale de l'habitat rural. Le réseau routier est, dans l'ensemble, insuffisant ; 50.2% de la population réside dans une localité dépourvue de transport collectif.

La période du quinquennat 2011-2015 a été relativement stable sur le plan politique. Cependant, depuis la fin de l'année 2015, le pays traverse une période d'incertitude sur le plan politique. Cependant, cela ne devrait pas constituer une menace pour le PEV, du fait du caractère transitoire de cette période.

Se référant au dernier recensement général de la population de 2003, les projections démographiques de l'IHSI estiment la population résidente haïtienne à 11, 555,392 habitants en 2015; en 2020, elle atteindra environ 12, 203,194 habitants (avec un taux d'accroissement estimé à 1.6%).

Le rythme de l'urbanisation s'est accéléré au cours des cinquante dernières années, passant d'un taux de 3.5% entre 1971 et 1982, à un taux de 4.7% entre 1983 et 2003. Actuellement, la population rurale est estimée à 51% contre 49% en milieu urbain. La population migrante s'agglutine dans les bidonvilles où vivent plus de 50% des populations urbaines suivant un taux de concentration de 100.000 habitants/km<sup>2</sup>.

La population haïtienne se caractérise par une croissance rapide et une très forte jeunesse ; ce phénomène résulte de l'effet conjugué d'une mortalité en baisse et d'une natalité encore élevée. L'indice synthétique de fécondité est passé de 6,33 enfants par femme à la fin des années 80 à 4.0 enfants par femme selon EMMUS -IV 2006; ce qui dénote que les Haïtiens ont de moins en moins d'enfants. Cependant, la population des moins de 1 an continuera à augmenter même si des mesures agressives de planification familiale sont adoptées pour réduire la fécondité. L'explosion démographique d'à partir des années 80-90 est à la base de l'augmentation considérable du nombre des enfants de moins de 1 an en dépit du fait que de 2000 à 2012 la mortalité infantile ait accusé une diminution assez sensible.

Différentes sources de données : Enquête-budget, Consommation des ménages, Carte de Pauvreté d'Haïti (2004), EMMUS IV 2004-2005, EMMUS V-2010-2011, s'accordent sur la précarité du niveau d'accès de la population haïtienne aux services sociaux de base. Les différentes enquêtes EMMUS

ont évalué l'accessibilité géographique aux services institutionnels de santé à environ 60%. Globalement, l'indice d'accès aux services de santé de base (carte de la pauvreté d'Haïti-2004 a montré que sur 133 communes de la République, 26 seulement bénéficiaient de la mention moins faible; toutes les autres communes sont classées faibles ou très faibles. Cette situation traduit une iniquité dans l'organisation du dispositif sanitaire haïtien.

**Tableau 1:** Projection des groupes cibles du PEV pour le quinquennat 2015-2020

	<b>Année 2015</b>	<b>Année 2016</b>	<b>Année 2017</b>	<b>Année 2018</b>	<b>Année 2019</b>	<b>Année 2020</b>
<b>Femmes enceintes</b>	345895	355417	365231	375346	385771	
<b>Nouveaux nés</b>	323574	332485	341689	351165	360833	
<b>Enfants de moins de 1 An</b>	288742	296611	304722	313080	321698	
<b>Enfants de 1 à 4 ans</b>	1154389	1185846	1281264	1 25676	1286114	

Source : Projections d'IHSI

Les situations en cours ou survenues dans l'environnement externe et dans l'environnement spécifique des programmes et projets obligent parfois une réévaluation des priorités, des plans, et des stratégies pour les adapter aux contextes évolutifs. Le Programme élargi de Vaccination d'Haïti n'échappe pas à cette règle. Dans ce chapitre les différents contextes sont abordés afin d'identifier les facteurs susceptibles d'affecter ou d'interférer avec la mise en œuvre, donc avec l'atteinte des résultats, dans le cadre du PPAc 2016-2020.

## 2.2. Contexte Épidémiologique

En Haïti, la surveillance épidémiologique des MEV a été mise en place depuis plusieurs décennies. D'abord entre 1988 et 1991 avec l'implantation, dans un premier temps, du réseau de surveillance de la paralysie flasque aigue (PFA) et dans un deuxième temps avec celle d'un réseau sentinelle prenant en compte certaines maladies de l'enfance: Méningococcie, Paralysie flasque aigue, Rougeole, Tétanos néonatal. Ce réseau initialement implémenté dans l'aire métropolitaine s'est étendu au niveau national à travers une cinquantaine d'institutions sélectionnées en fonction de certains critères, tels : fréquentation, accessibilité, capacité, ...etc.

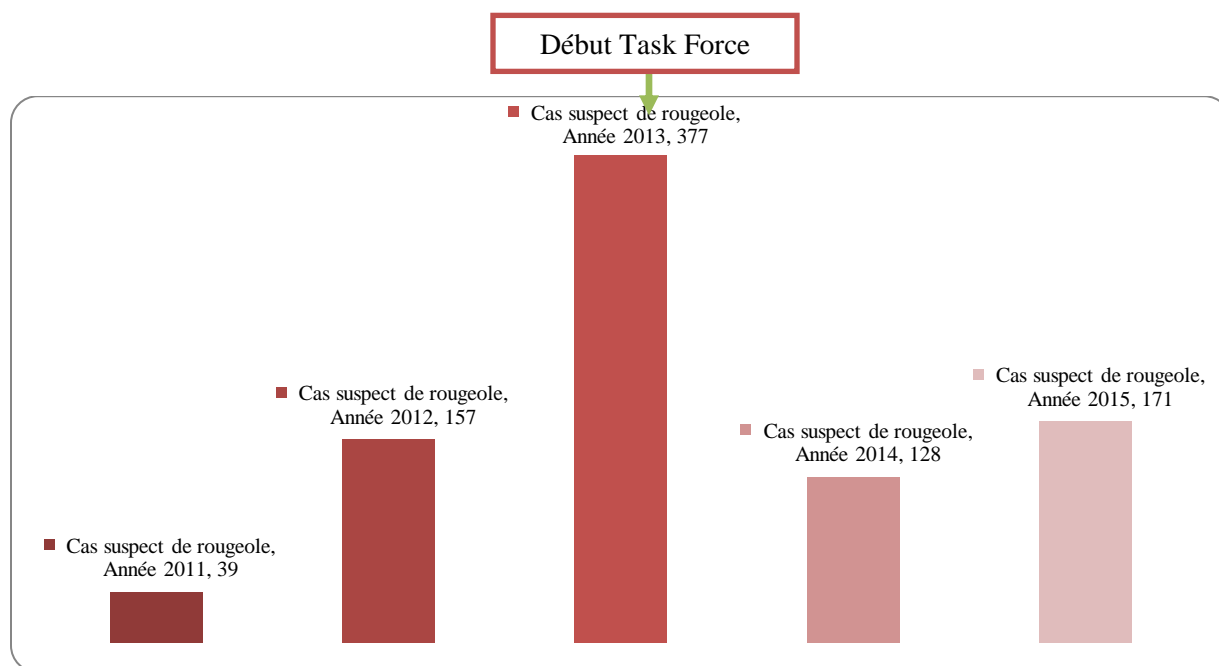
Entre temps, avec la création, en 2005, de la Direction d'Epidémiologie, de Laboratoire et de Recherche responsable de la mise en œuvre des différentes stratégies de renforcement de la surveillance épidémiologique, la surveillance des MEV s'est développée de manière satisfaisante. Ceci a pu être observé durant la période de la mise en œuvre du PPAc 2011-2015.

Entre 2011 et 2015, 872 cas suspects de Rougeole/ Rubéole ont ainsi été investigués mais aucun d'eux n'a été confirmé. A noter qu'avec le renforcement de la surveillance épidémiologique en Haïti depuis 2012 et l'introduction de la composante task force du projet tripartite (renforcement de la surveillance des MEV) plus de trois quart (77,5%) des cas a été investigué au cours des trois dernières années (années du projet) (*Graphique 1*). Parallèlement, 104 cas de PFA, 25 cas de tétanos néonatal et 124 cas suspects de syndrome de rubéole congénitale ont été investigués au cours des quatre dernières années sauf pour les PFA de la période quinquennale (*Graphique 2*).

En outre, entre 2011-2015, 134 cas probables de diphtérie ont été investigués dont plus de la moitié 85 (63,4%) au cours des deux dernières années (2014-2015). Des 85 cas, 35 (41,2%) se sont révélés positifs (*Graphique 3*) suite à une flambée qui a commencé en 2014 à Ganthier (département de l'Ouest) pour se propager dans trois autres départements du pays (Nord, Centre et Artibonite). A signaler que 10 des cas confirmés sont décédés, ce qui donne un taux de létalité de 28,6%. (Cartographie 1). Aussi 84 cas suspect de coqueluche ont été notifiés au cours des quatre dernières années dont 6 (7,1%) ont été confirmés (*Graphique 3*).

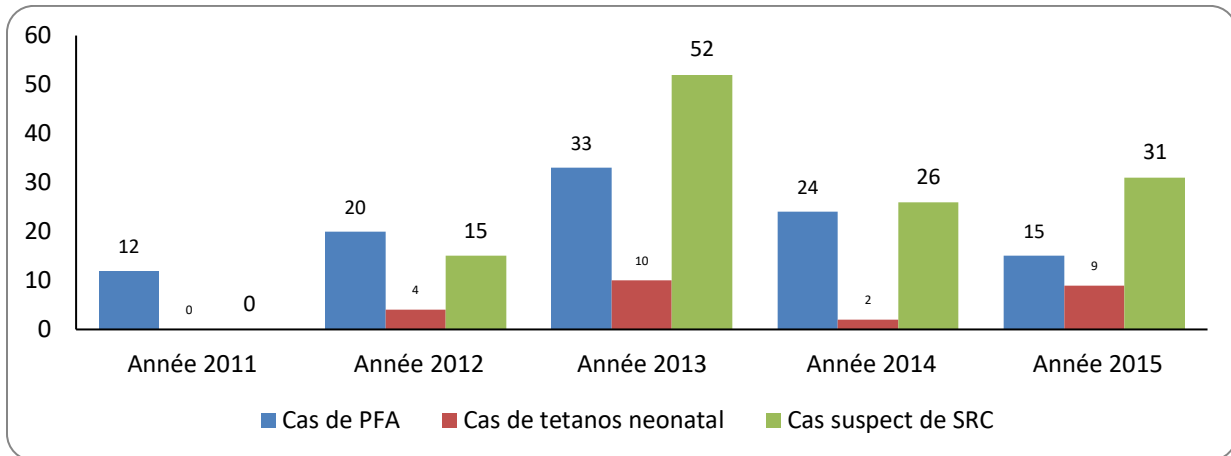
En ce qui a trait à la surveillance des maladies liées aux nouveaux vaccins initiée en 2012, 4868 cas suspects de diarrhées à rota virus ont été investigués, 524 (10,7%) ont été confirmés. Il convient aussi de signaler qu'au fil des années, la proportion de positivité a augmenté passant de 1 % en 2012 à 18 % en 2015, une tendance à la hausse même après l'introduction du vaccin Rotarix en 2014. Par ailleurs, la surveillance de la méningite et de la pneumonie à pneumocoque a permis de tester 101 cas suspects dont 19 (18,8%) se sont révélés positifs (*Graphique 4*). L'analyse des données entre 2013 et 2014 varie tant par rapport aux techniques de laboratoire utilisées qu'aux germes identifiés (en 2013, par culture : 1,8% pour pneumo et 5,6% pour HIB; PCR : 10,8 pour pneumo et 18,9 pour HIB). En 2014, les constats suivants ont été faits (Culture : 1,1 pour pneumo et 0,0 pour HIB. PCR : 26,3 pour pneumo et 12,2 pour HIB).

**Graphique 1: Distribution des cas suspects de Rougeole/Rubéole notifiés et investigués, Haïti 2011 à 2015**



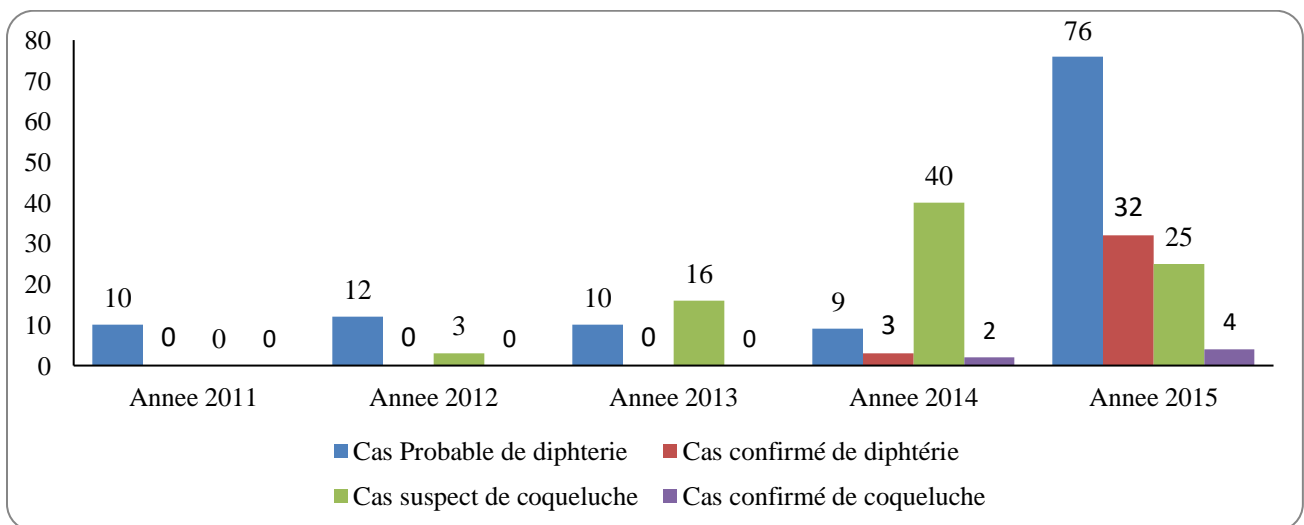
Source : DELR

**Graphique 2: Distribution de cas de PFA, de tétanos néonatal et des cas suspects de syndrome de rubéole congénitale notifiés et investigués, Haïti, 2011- 2015**



Source : DELR

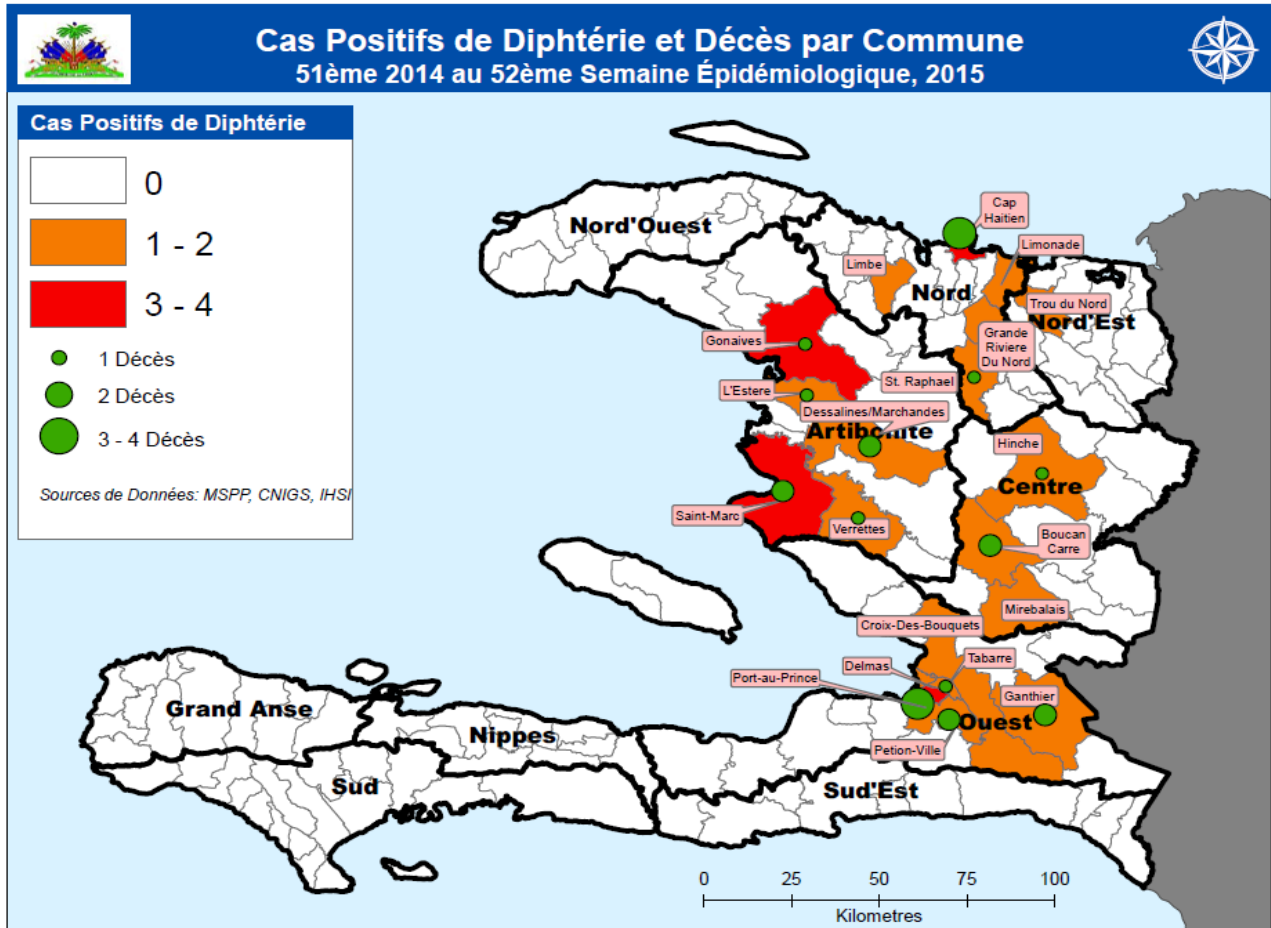
**Graphique 3: Distribution des cas probables et confirmés de diphtérie et de coqueluche, Haïti, 2011 - 2015**



Source : DELR

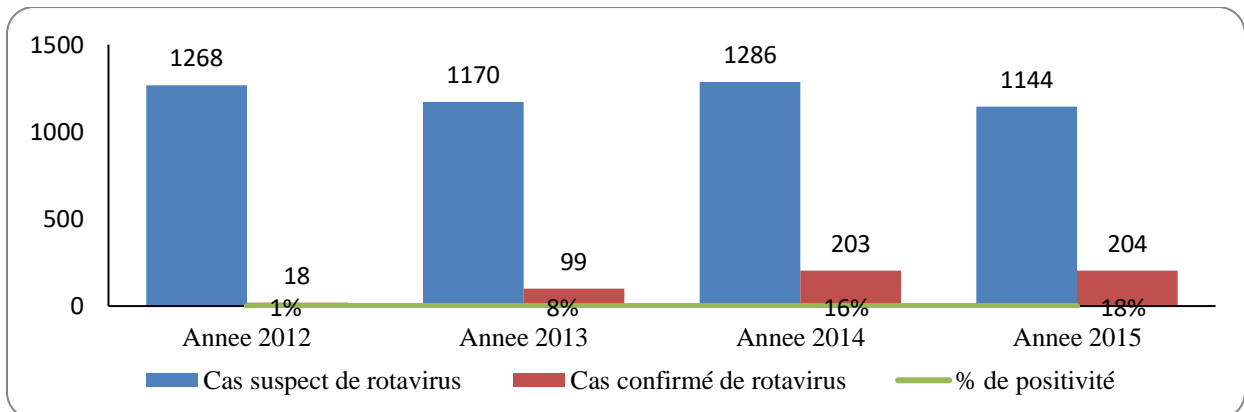


Figure 1: Distribution spatiale des cas confirmés de diphtérie et des décès par communes, Haïti



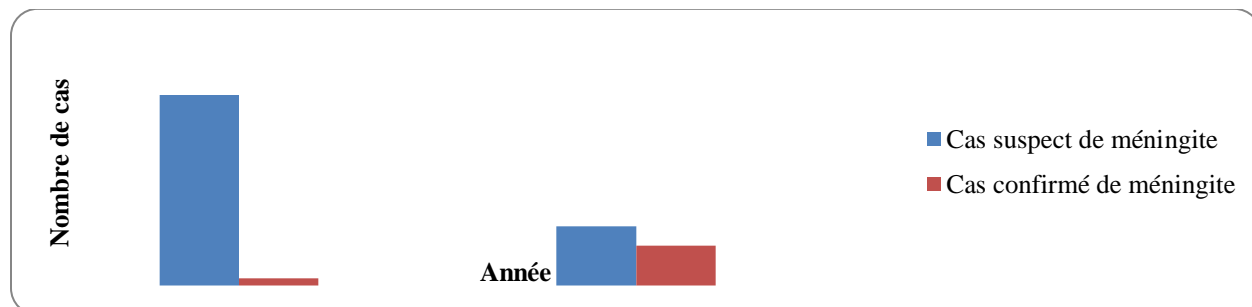
Source : DELR

Graphique 4: Distribution des cas suspects, confirmés et proportion des cas de diarrhées a rota virus, Haïti 2012 - 2015



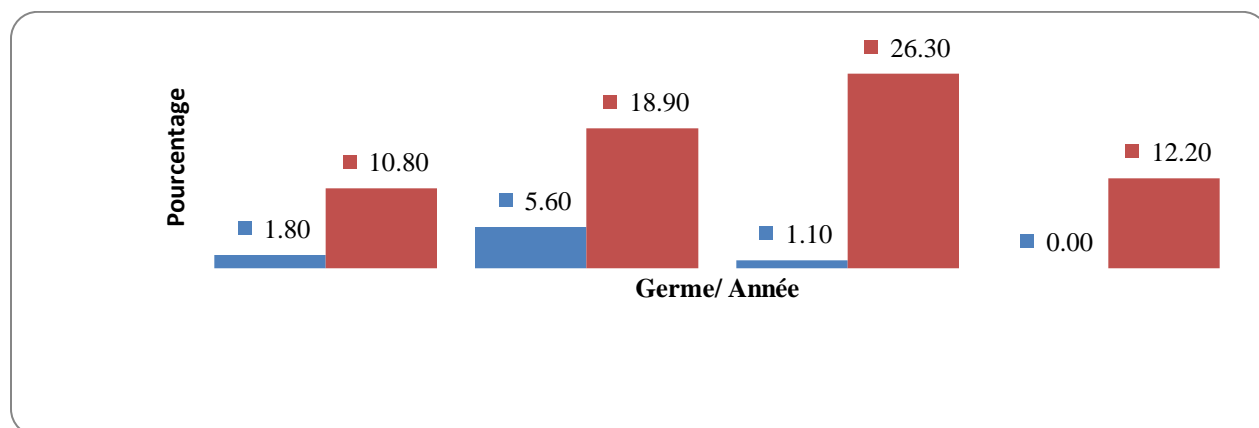
Source : DELR

Graphique 5: Distribution des cas suspects et confirmés de Méningite de 2013 à 2015



Source : DELR

Graphique 6: Germes détectés au niveau du Liquide céphalo-rachidien, Haïti, 2013-2014.



Source : DELR

Les examens pour la méningite n'ont pu être réalisés en 2015 faute de réactifs.

### 2.3. Organisation du Système de Santé

Globalement, le système de soins de santé compte 1048 institutions sanitaires recensées et réparties comme suit: 390 institutions publiques (37.21%) 490 institutions privées à but lucratif et philanthropiques (46.76%), 168 institutions mixtes (16.03 % (Réf : Liste des Institutions sanitaires du Pays – MSPP, Avril 2015)

Le système de soins est structuré en trois niveaux :

- Premier niveau composé de structures de santé de premier échelon (SSPE) avec et sans lit et un 2ème échelon et d'hôpitaux communautaires de référence (HCR) ;
- Deuxième niveau avec 10 hôpitaux départementaux ;

- Troisième niveau avec l'Hôpital de l'Université d'État d'Haïti (HUEH) et quelques centres spécialisés.

A noter que le système compte également 58 structures de soins de santé qui offrent des services spécialisés ou qui ont un niveau de complexité de l'offre de services ne permettant pas de les catégoriser.

Ce réseau formel est théoriquement organisé en 58 Unités Communales de santé (UCS) desservant chacune une population d'environ 80.000 à 140.000 habitants. Les UCS ont le mandat d'assurer la dispensation d'un paquet minimum de services (PMS) et de coordonner le réseau sanitaire du premier niveau.

Cependant, malgré les efforts, ce modèle n'est pas appliqué à tout le pays. Les principales raisons pour expliquer ce développement inégal sont, d'une part, le manque de volonté politique, d'autre part, le manque de ressources pour établir et maintenir ces structures. Par ailleurs, l'aire géographique des UCS ne correspond pas au découpage administratif national et le modèle de décentralisation n'a pas été suivi par l'ensemble des secteurs.

Le système haïtien de soin de santé présente une couverture de 60% à travers un circuit formel d'offre de services à la population. Cet accès réduit est compensé en partie par la médecine traditionnelle qui est utilisée en premier recours.

#### **2.4. Ressources Humaines et infrastructures**

Au niveau institutionnel, le problème de ressources humaines du programme se pose plus particulièrement au niveau des dispensaires (représentant 42% du nombre total des institutions sanitaires) qui sont tenus généralement par 1 ou 2 auxiliaires infirmières qui, en plus des tâches liées à la vaccination, doivent assurer aussi celles en rapport avec tous les éléments du paquet essentiels de services du premier échelon.

Au niveau communautaire, le corps des anciens agents de santé du MSPP, qui n'est ni renouvelé ni recyclé, est en train d'être remplacé par celui des Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP). Actuellement, environ 4000 ont déjà bénéficié de la formation initiale et sont déployés au niveau d'un certain nombre de communes. Cependant l'Etat Haïtien éprouve beaucoup de difficultés à les intégrer dans le système.

#### **2.5. Financement du Secteur Santé**

L'analyse du budget alloué à la santé démontre un faible niveau de financement et beaucoup d'inefficacité. L'État Haïtien assume près d'un tiers des dépenses en santé, dont une grande partie, environ 80%, est affecté au paiement des salaires du personnel. Vu l'importance des fonds injectés par la coopération internationale dans le financement de la santé, le manque de coordination de l'appui financier entraîne la fragmentation du système et ne fait qu'affaiblir le leadership du MSPP.

### III. ANALYSE DE LA SITUATION DU PEV

#### 3.1. Analyse des services de vaccination (systématique/routine)

Le Programme élargi de vaccination de la République d'Haïti cible les enfants de moins d'un an et les femmes enceintes. Il a pour finalité l'élimination, l'éradication ou le contrôle des maladies évitables par la vaccination et la certification du pays comme entité géographique et démographique libre de ces maladies.

Dans le cadre du PEV, les vaccins suivants sont administrés :

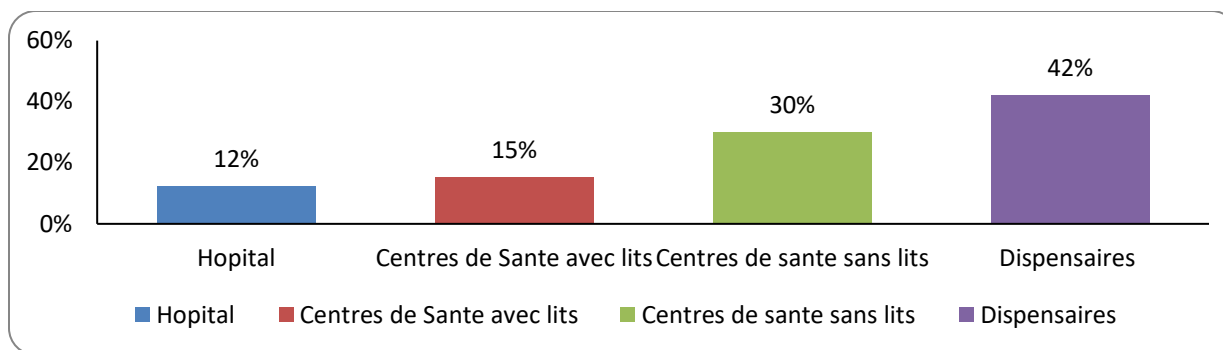
- Le BCG contre la tuberculose ;
- Le vaccin polio oral et le vaccin polio inactivé contre la poliomyélite;
- Le vaccin pentavalent contre la diphtérie, le tétanos néonatal, la coqueluche, les infections à Haemophilus Influenza type B, l'hépatite virale B;
- Le vaccin antirotavirus contre certaines formes de diarrhée;
- Le vaccin contre la rougeole et la rubéole;
- Le vaccin dT contre la Diphtérie et le Tétanos chez l'adulte.

Tableau 2: Calendrier de Vaccination

VACCINS	Enfants à la naissance	Enfants de 6 semaines	Enfants de 10 semaines	Enfants de 14 semaines	Enfants de 9 mois	Enfants Entre 12 et 23 mois
BCG	Naissance Jusqu'à 11 mois	-	-	-	-	-
Vaccin anti Polio oral et antipolio injectable	VPO jusqu'à 14 jours	VPI	VPO	VPO	-VPO	-
Pentavalent (DTC-HepB-Hib)	-	Penta1	Penta2	Penta3	-	
Anti rota virus 2 doses	-	Rota1	Rota2	-	-	-
Rougeole/Rubéole	-	-	-	-	RR	-
Tétanos (dT) : Femmes enceintes	A la 1ère visite prénatale	1 mois après		6 mois après	1an après	1 an après

En 2013, environ 67% des institutions sanitaires, soit environ 644 sur 1048, offraient des services de vaccination. Cependant, comme le montre le *graphique # 7*, les dispensaires, dotés que d'une ou de deux auxiliaires infirmières et représentant 42 % des institutions sanitaires, assurent la vaccination. Ce qui constitue un problème affectant négativement l'approche institutionnelle de prestation de services de vaccination.

Graphique 7: Offre de services de vaccination par catégorie d'institutions en 2013.



Source : EPSSS/MSPP 2013

De plus, il est possible de noter, d'une part, que les institutions non publiques représentent un peu plus de la moitié du total des institutions offrant des services de vaccination ; de ce nombre, 17 % sont à but lucratif. Cette fragmentation du système exige une grande capacité de coordination de la part des responsables du programme à tous les niveaux pour converger les efforts de tous les acteurs vers les mêmes objectifs.

**Graphique 8: Offre de services de vaccination selon le statut des institutions en 2013.**



Source : EPSSS /MSPP 2013

D'autre part, il y a lieu de souligner que, parmi les institutions qui pratiquent la vaccination, un fort pourcentage ne le fait pas au quotidien. En exemple, le pentavalent et le RR sont administrés 1 ou 2 jours par semaine dans respectivement 21,18 % et 31,82% de ces institutions et tous les jours de la semaine dans respectivement 63,73 % et 47,2 %. Cette situation est aggravée par les disparités qui existent entre les départements quant à la disponibilité des services de vaccination.

D'un autre côté, en vue d'améliorer l'offre et d'éviter les opportunités perdues de services, le MSPP a initié, depuis l'année 1998, dans son programme l'approche PCIME. Cependant sur 847 institutions évaluées en 2013, il est ressorti que seulement 34 % du personnel avaient déclaré avoir suivi une formation sur la PCIME. Ce qui corrobore le constat fait lors des supervisions que les principes et normes de cette approche ne sont presque plus appliquées dans les institutions de santé.

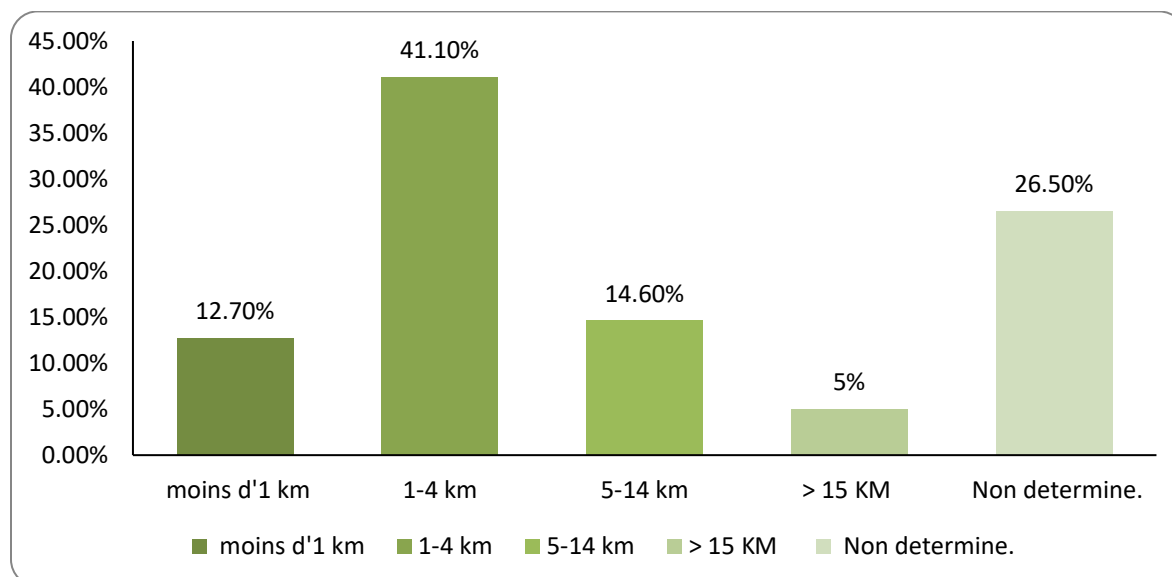
Tout ceci fait état des déficits de l'offre de services en termes de couverture institutionnelle, d'offre journalière de services et d'intégration. Cependant, il existe encore un autre facteur qu'il convient aussi de mentionner : le contenu de l'offre qui est un indicateur de qualité. En ce sens, l'EPSSS a révélé qu'au moment où elle se réalisait, 70% des institutions disposaient du vaccin pentavalent,

79% du vaccin contre la rougeole et la rubéole ; tandis que seulement 58% des institutions disposaient de tous les vaccins faisant partie de l'offre de services du MSPP.

L'accès aux services de vaccination tel que le traduit le Penta1 s'est révélé assez élevé depuis le début du quinquennat jusqu'en 2013. On a vu qu'en 2014 le taux a chuté à 71%. Cependant, dans un pays où l'accès géographique aux services de santé est estimé à 60%, ces données cachent la réalité réelle du terrain, caractérisée par des zones d'accès difficile, éloignées ou enclavées avec un poids certain dans les causes d'abandon.

Comme le montre le *graphique #9*, l'accès géographique aux services mesuré en kilomètres dans le cadre de l'EMMUS IV a montré que seulement 12.7% des patients habitent à moins d'1 km de l'institution de santé la plus proche et qu'environ 14.6% des utilisateurs de services vivent dans des localités situées entre 5 et 15 kilomètres des institutions de santé les plus proches.

**Graphique 9: Accès géographique aux services de vaccination selon la distance entre les localités des utilisateurs de service et les institutions prestataires les plus proches.**

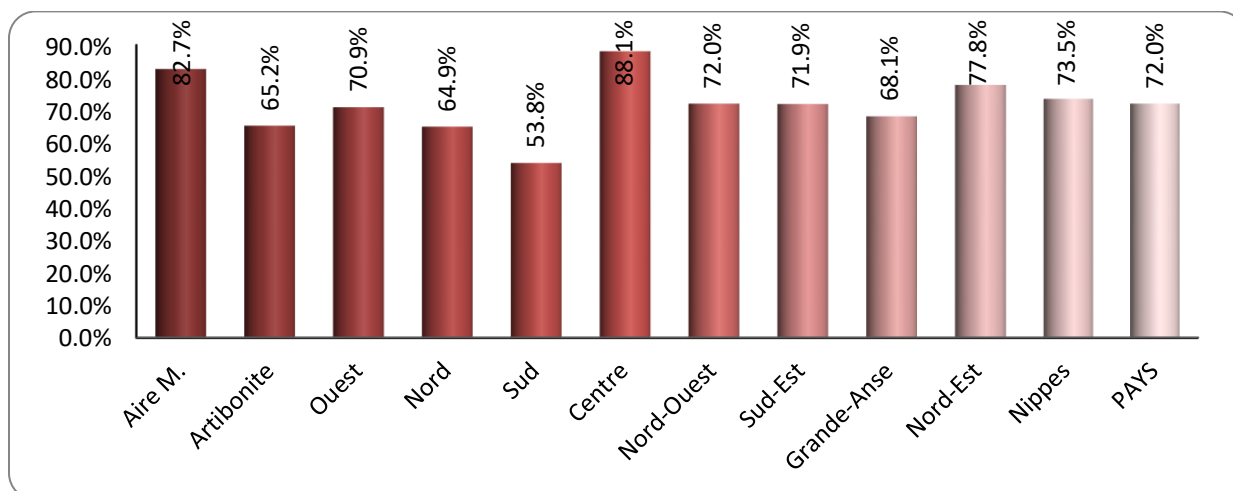


Source EMMUS IV (2006)

Ce déficit d'accès aux services de vaccination est compensé au niveau de beaucoup de communes par les stratégies avancées réalisées soit par des agents de santé travaillant pour des ONG's dont la viabilité du financement n'est pas toujours assurée, ou par les nouveaux Agents de Santé Communautaires Polyvalents du MSPP (ASCP) dont le nombre formé et embauché ne peut encore assurer le tiers de la couverture nationale planifiée dans le Plan Directeur du MSPP.

Comme le montre le *graphique #10*, aucun département n'a atteint en 2015 la couverture de 95% avec le Penta 3 tandis que 2 seulement d'entre eux (l'Aire métropolitaine et le Centre) ont le Penta 3  $\geq 80\%$ . D'autre part on verra que pour le RR aucun département n'a pu atteindre 80% de couverture des enfants de moins de 1 an.

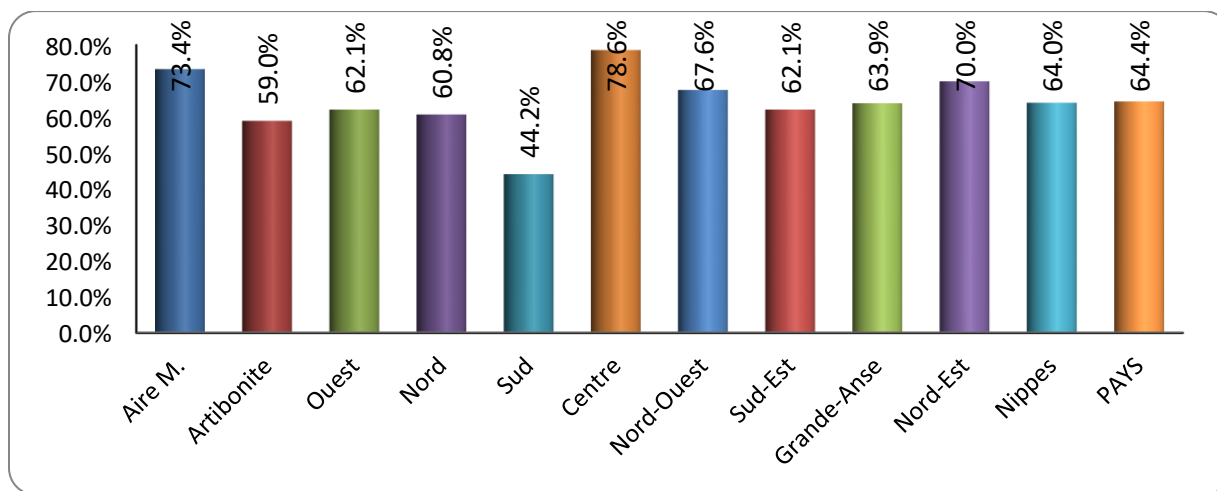
**Graphique 10: Disparités interdépartementales entre les couvertures vaccinales des enfants de moins de 1 an par PENTA 3 en 2015.**



Source : (DPEV) Données administratives de 2015 du PEV

D'autre part on verra que pour le RR aucun département n'a pu atteindre 80 % de couverture des enfants de moins de 1 an.

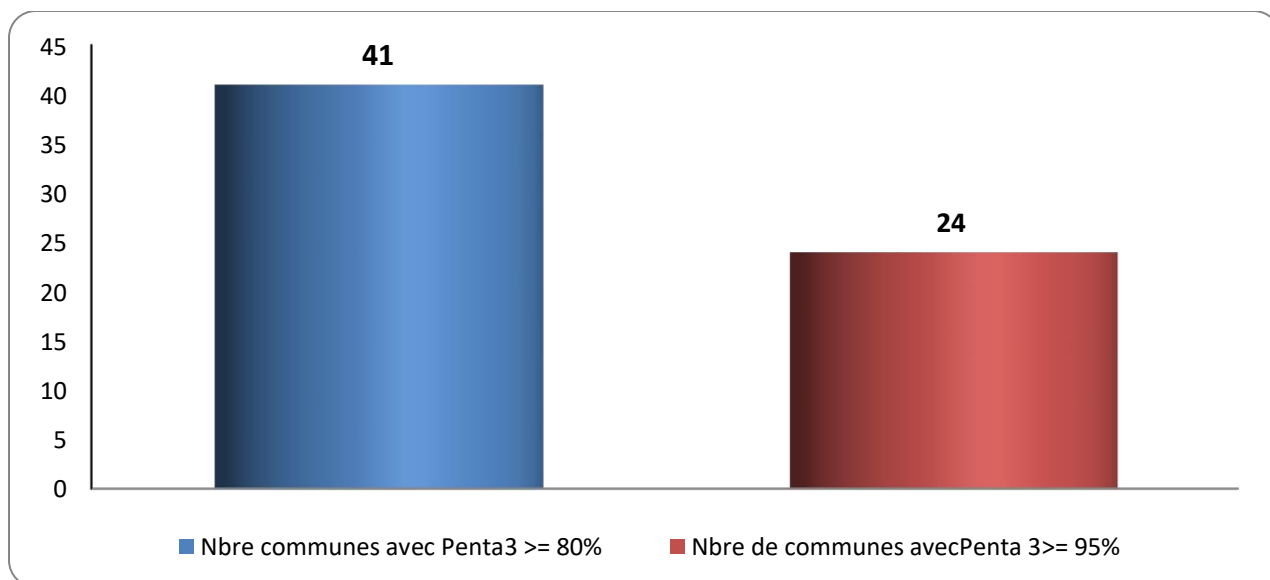
**Graphique 11: Disparités interdépartementales entre les couvertures vaccinales des enfants de moins de 1 an par RR en 2015.**



Source : (DPEV) Données administratives de 2015 du PEV

Quant aux communes, seulement 41 d'entre elles (29.3%) ont atteint des couvertures Penta 3  $\geq$  80 % tandis au niveau de 24 (17%) la couverture des enfants de moins de 1 an par le Penta 3 est  $\geq$  95%.

**Graphique 12: Disparités intercommunales entre les couvertures vaccinales des enfants de moins de 1 an par Penta3 en 2015**



Source : (DPEV) Données administratives de 2015 du PEV

Il n'existe pas une base de données établie systématiquement sur l'évaluation des besoins en formation du personnel prestataire. Ce n'est qu'au cours des visites de supervision que des constats de manque de compétences peuvent être dressés.

En 1983, dans le cadre de l'évaluation des services de soins réalisée en 2013 par le MSPP, il a été révélé que 41% des institutions sanitaires avaient un personnel ayant déclaré avoir participé à une formation en PEV au cours des 24 mois précédant l'étude, soit entre 2011 et 2013.

Il y a lieu de souligner que les sessions de formation n'ont pas fait l'objet de supervision pour en apprécier le suivi et s'assurer de l'application des nouvelles compétences. De plus, en 2014, le Manuel de Normes et de Procédures du PEV a été révisé et actualisé ce qui permet de former ou recycler 100% du personnel prestataire.

Des sessions de formation pour les prestataires ont été réalisées en 2012 mais c'était pour l'introduction du Pentavalent et en 2014, pour l'introduction du vaccin anti rota virus. Dans ce dernier cas 910 prestataires institutionnels et environ 3000 agents de santé communautaire en ont bénéficié.

D'après les résultats de l'enquête de l'EPSS 2013, au niveau de 62 % des institutions, des fiches techniques du PEV ont été retrouvées. Pourtant en 2014, des fiches techniques résumant des notions essentielles à retenir sur la gestion des vaccins et de la chaîne de froid ont été produites pour être affichées à la chambre froide de PROMESS, au niveau des dépôts périphériques départementaux (CDAI) et au niveau de 100 % des institutions sanitaires.

Enfin, la qualité des services au niveau institutionnel devrait être aussi améliorée par la supervision régulière. Dans ce contexte, il est à noter qu'entre 2011 et 2015, la supervision du niveau de prestation par le niveau départemental n'a pu être réalisée comme le recommande les normes qui stipulent que toutes les institutions soient visitées au moins une fois tous les 3 mois. A cette situation en partie due à la surcharge de travail des coordonnatrices PEV départementales et

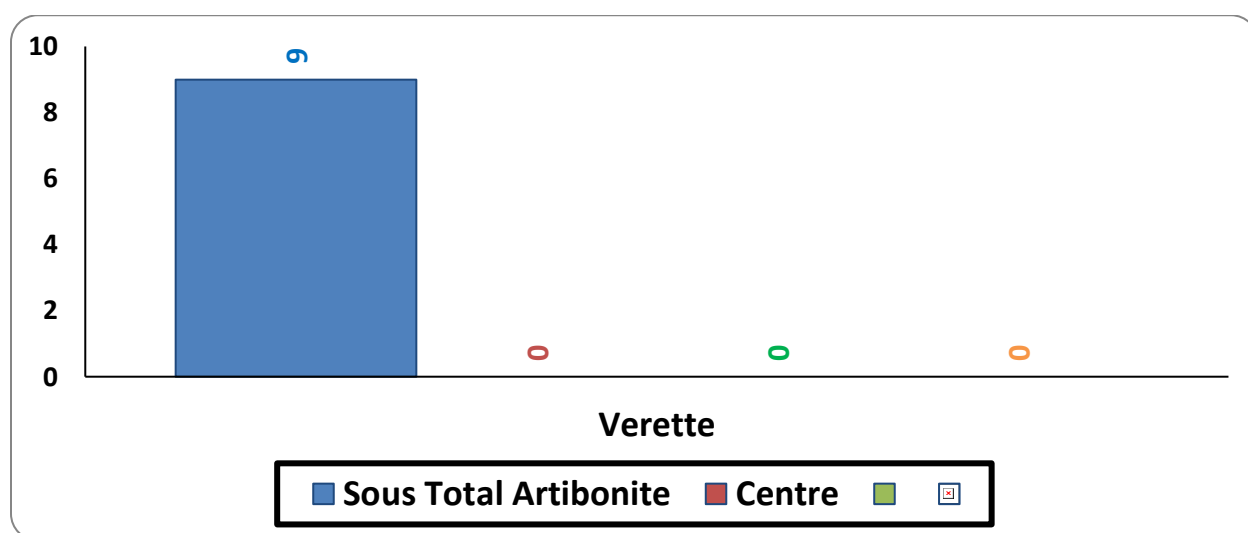


au chevauchement des activités dont elles ont la responsabilité, des tentatives de solutions ont été adressées de 2012 à 2015 à travers l'appui de médecins ou d'infirmières contractuels affectés aux services départementaux de PEV pour des périodes allant de 2 à 6 mois.

### 3.2 Initiative de lutte contre les maladies

Les couvertures vaccinales au cours de ces 4 dernières années ont évolué en dent de scie. Les meilleures performances ont été enregistrées en 2011 et 2013, années durant lesquelles le niveau minimal de 80% souhaité a été atteint et dépassé sensiblement pour certains antigènes. A partir de 2014, une chute des performances a été constatée pour tous les antigènes et cette tendance s'est poursuivie jusqu'à 2015.

**Graphique 13: Niveau de couvertures des enfants de moins de 1 an et de femmes enceintes par les vaccins du PEV en 2011-2012-2013-2014**



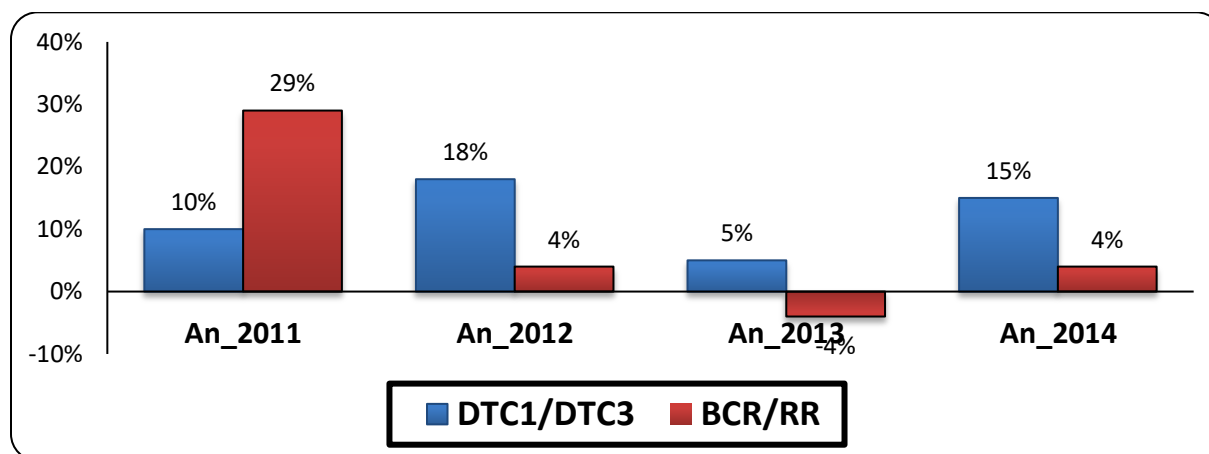
Source : DPEV ; données PEV de routine

De 2011 à 2013, les couvertures vaccinales administratives de tous les antigènes pour les enfants de 0-11 mois ont atteint les objectifs fixés par le PPAC. De 2014 à date aucun antigène n'a pu atteindre le niveau fixé dans le Plan Pluri Annuel complet 2011-2015. Cette situation peut s'expliquer par :

- Les ruptures de stock répétitives en vaccins et intrants liées aux problèmes dans le circuit d'approvisionnement des institutions sanitaires ;
- Les ruptures fréquentes du gaz propane ;
- Les failles du système d'information du fait que les données ne sont pas collectées ou rapportées à cause de fréquentes ruptures d'outils de collecte, le mauvais remplissage des supports de gestion du PEV et la faible complétude dans la transmission des rapports de vaccination par les institutions sanitaires. Ce sont autant de facteurs qui ont contribué à influencer négativement la couverture vaccinale.

Le nombre d'enfants non vaccinés est resté supérieur à 40 000 de 2011 à 2015 avec un pic de 120520 en 2014. Tous ces enfants constituent des cohortes exposées à des épidémies de maladies évitables par la vaccination.

Graphique 14 : Estimation des taux d'abandon DTC1-DTC3 (Penta1-Penta3) et BCG-VAR de 2011 à 2014



Source : rapport annuel du PEV 2011-2015

Les taux d'abandon de Penta 1 et Penta3 ont fluctué en dent de scie au cours des quatre dernières années. Ils sont, de manière générale, toujours élevés par rapport aux valeurs acceptées soit < à 10% sauf en 2013. Les taux d'abandon Penta1/Penta3 anormalement supérieurs aux abandons BCG\_RR couplés aux valeurs négatives de la déperdition BCG\_RR remettant en question la qualité des données de la vaccination de routine.

Un outil nouveau est mis à la disposition de toutes les institutions qui pratiquent la vaccination. C'est l'échéancier qui, à l'aide de carte de suivi, permet de repérer les enfants qui ratent leur rendez-vous de vaccination et de procéder au rappel par téléphone ou par le biais des agents de santé à leurs mères ou autres responsables concernées. Cet outil n'est pas utilisé de façon systématique par les prestataires qui, en général, manquent des cartes d'appels pour contacter les familles des retardataires dans le cadre de ce suivi.

### 3.3. Analyse des composantes du Système de vaccination

#### 3.3.1. Gestion du PEV

Le programme national de Vaccination n'est pas supporté par une politique nationale formelle et explicite qui définirait les choix stratégiques du pays quant aux approches de prestation et de gouvernance du PEV, de contrôle, d'élimination et /ou d'éradication des MEV et enfin qui traduirait, entre autres, l'engagement politique en termes de projection de la contribution nationale au financement du programme.

Il n'existe pas non plus de loi sur la vaccination qui porterait, entre autres, sur l'obligation pour les mères et responsables d'enfants de les faire vacciner ; non plus pour les directeurs d'établissements scolaires d'exiger l'évidence de la vaccination complète des enfants avant leur admission à l'école fondamentale.

Quant au financement du programme, la plus importante contribution nationale est traduite dans les salaires du personnel des institutions publiques et des prestataires pris en charge par le MSPP au niveau des structures sanitaires mixtes. Il convient toutefois de souligner les efforts déployés

depuis environ 3 ans par le MSPP pour créer une ligne au niveau du budget d'investissement du MSPP pour financer l'achat du gaz propane.

En termes d'affectation préférentielle de ressources pour les zones géographiques et les catégories socio démographiques défavorisées ou très peu desservies, on peut citer l'approche RED ou ACC (Atteindre Chaque Commune) et les stratégies avancées qui visent en priorité les groupes cibles des zones d'accès difficile.

Néanmoins, ces affectations préférentielles ne concernent pas des cas problématiques comme celui des zones marginales urbaines dont les caractéristiques socio démographiques exigent la mise en place de stratégies de vaccination adaptées à leurs spécificités.

Dans le domaine des politiques devant réagir sur le fonctionnement du PEV, le programme est doté depuis une année d'un nouveau manuel de normes et de procédures qui décrit les protocoles d'interventions relatives aux opérations du programme et les règles devant garantir la qualité des services offerts.

En conformité avec le Plan Pluri annuel Complet 2011-2016 (PPAC) la DPEV élabore chaque année, conjointement avec les partenaires impliqués dans cette thématique, les plans opérationnels annuels et, au niveau départemental, les micro-plans institutionnels le sont conjointement avec les institutions sanitaires et des représentants des communautés locales. Cependant, il faut reconnaître que durant le quinquennat 2011-2015 la périodicité réglementaire, pour l'élaboration des plans opérationnels et des micros plans, n'a pas toujours été respectée.

Pour leur exercice de Planification, les Directions départementales se réfèrent aux résultats des évaluations du programme menées à la fin de chaque année. Ils utilisent aussi les rapports de supervision et de monitoring trimestriels quand ces derniers existent. De leur côté, les institutions sanitaires, afin de mieux cibler leurs interventions et déployer avec plus d'efficacité leur personnel communautaire sur le terrain, utilisent le critère de difficulté d'accès géographique.

Par ailleurs, aucun des départements ne s'est doté d'une carte sanitaire actualisée et dynamique pour informer de façon exacte sur l'accès géographique des services de vaccination sur une base globale, sur la localisation et l'importance des zones non couvertes, sur des zones qui ne sont desservies qu'à l'occasion des campagnes, sur la localisation de groupes cibles qui refusent la vaccination, sur les localités d'où proviennent les cas suspects ou confirmés de MEV ou enfin sur les institutions qui peuvent s'approvisionner par leur propre moyen.

En dépit du fait que le CCIA a été opérationnel durant le quinquennat, ce comité a fonctionné en dehors d'un cadre légal réglementaire. Selon les informations disponibles, le CCIA a tenu une moyenne de 3 réunions l'an ; elles ont fait l'objet de procès-verbaux. Par contre, le Comité Technique PEV (CTPEV) s'est réunie au moins chaque 6 à 8 semaine durant les 5 années du PPAC ; c'était dans la plupart des cas pour donner leur avis sur des dossiers techniques devant être soumis au CCIA. Il y a lieu de souligner qu'une proposition de réglementation du fonctionnement du Comité de Coordination Inter agence /PEV a été déjà soumis par la DPEV au Bureau du Ministre pour validation.

La DEPV est l'entité du MSPP qui a la responsabilité de gérer le programme mais elle doit affirmer davantage son leadership face aux autres niveaux d'interventions du système de santé et aussi à travers une appropriation effective de la gestion et de la coordination des activités aux niveaux

départemental, communal et institutionnel. Cependant, à l'analyse beaucoup de facteurs comme l'insuffisance en personnel technique et la dépendance des fonds externes, contribuent à fragiliser le leadership de la DPEV et son appropriation du programme.

Il n'existe aucun partenariat entre le PEV et les Institutions nationales étatiques. En effet, les ministères de l'Economie et des finances, de la Planification et la Coopération Externe, à la Condition Féminine et aux Droits de la Femme, des Affaires Sociales et du Travail, de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle, le Parlement qui est justiciables d'un partenariat avec le PEV ne sont pas encore approchées à ce sujet.

Un partenariat implicite est établi, à partir de relations de travail très étroit, entre le PEV et la Société Haïtienne de Pédiatrie, la Croix Rouge Haïtienne, et la Plateforme Haïtienne des Organisations de la Société Civile pour le Renforcement de la Vaccination (PHAREV). A date, ces partenariats ne sont pas formalisés et ne sont pas scellées par aucun document. Ces OSC, outre leur participation comme membres au CCIA, contribuent à la réalisation des Activités Supplémentaires de Vaccination, et éventuellement au financement d'autres activités. La SHP en particulier apporte son appui technique aux prises de décisions qui ont rapport avec l'actualisation et à l'application des normes techniques du PEV.

Durant le quinquennat, le monitoring des activités de vaccination n'a pas pu se réaliser sur une base régulière comme planifié et ce à tous les niveaux du système de santé.

Au niveau national, les réunions de monitoring semestrielles des plans opérationnels annuels ont été tenues selon une moyenne d'une par an, sauf en 2011 où deux ont été organisées. Cependant, l'absence de la plupart des directeurs départementaux à ces rencontres ne garantit pas le suivi efficace et effectif des recommandations et des prises de décisions opportunes pour des corrections éventuelles à apporter à la gestion du programme au niveau opérationnel et /ou aux stratégies de prestation au niveau local.

La complétude des données s'est révélée acceptable au niveau national pendant la période du PPAC (taux de complétude > 80%) ; elle accuse cependant des disparités départementales. Par contre la promptitude est demeurée faible. Ce qui pèse d'un certain poids dans l'irrégularité des réunions de monitoring. Enfin, l'analyse des données accuse de grosses difficultés dans le suivi des stocks de vaccins (monitorage des taux de perte).

Au niveau départemental, l'organisation des réunions de monitoring trimestrielles avec la participation des responsables de toutes les institutions prestataires reste un défi à relever. Ces activités ont été menées de façon irrégulière en 2013 et 2014. Plusieurs causes sont à la base de cette situation :

- L'appui technique du niveau central, qui n'est pas toujours disponible mais qui est nécessaire à la tenue des ateliers départementaux de monitoring ;
- Les bas taux de promptitude des rapports statistiques qui affectent grandement le respect des calendriers et le bon déroulement de ces ateliers;
- Le chevauchement des activités tant au niveau central que départemental qui occasionne souvent le report de ces activités.

Au niveau institutionnel, le monitoring des activités ne se fait pas régulièrement. En effet les supervisions ont révélé que rares sont les institutions qui remplissent régulièrement le graphique de suivi des couvertures vaccinales, voire qui en utilisent les données. Des réunions

d'harmonisation ou de validation des données ne sont pas tenues. Toutefois, les ruptures de stock des outils de collecte, trop souvent répétées, rendent difficile la gestion du programme à tous les niveaux.

Il convient de souligner la mise en place au Ministère du SISMU ; en fonctionnement depuis le début de l'année et qui devrait rationaliser le Système d'Information Sanitaire qui était fragmenté en autant de programmes composant l'offre en soins préventifs du MSPP. Cependant, l'implantation trop hâtive de ce système, sans période de transition est à la base de beaucoup de retard enregistré par le PEV dans la collecte des rapports.

Le PEV s'appuie sur les données administratives de couverture vaccinale, mais aussi sur des études ponctuelles (enquêtes) qui sont régulièrement conduites. Au cours du quinquennat 2011-2015, quelques études et enquêtes ont été réalisées. On peut citer l'EMMUS V en 2012, l'évaluation finale du PAPEV 2014, l'évaluation de post introduction du rota virus (PIE) 2015, l'étude d'évaluation des taux de perte des vaccins en Haïti 2015.

Dans l'EMMUS V, par exemple, la couverture en DTP3 pour les enfants de 12-23 mois en Haïti est de 54,9% contre une couverture administrative de 85% en 2011 pour les enfants de 0-11 mois. Cependant, il n'y a pas de revue récente du PEV à proprement parler réalisée en Haïti. La dernière remonte à environ 25 ans. L'absence d'archives bien organisées sur la vaccination au niveau central rend difficile la traçabilité des données de ces différentes évaluations.

Il est important de souligner que le programme ne fait pas assez de recherches opérationnelles dont les résultats permettraient d'apporter des correctifs aux approches de prestation ou choix des interventions.

L'audit organisationnel du MSPP commandité par les autorités sanitaires et réalisé en 2010 avait couvert entre autres domaines : la gouvernance et l'organisation du système, le financement durable du secteur santé, le système d'information sanitaire, la gestion des ressources humaines.

Au cours du dernier quinquennat, plusieurs des recommandations issues de cette analyse ont été mises en application ou sont en cours de l'être. En exemple, une nouvelle loi organique qui tient compte des faiblesses identifiées au niveau de l'organisation du secteur a été élaboré. Un système d'information sanitaire unifié (le SISNU) est venu remplacer les multiples sous-systèmes que géraient les différents programmes, Des avancées sont encore notées dans la recherche d'une gestion plus efficiente des ressources et d'une meilleure performance du secteur à travers la mise en place au niveau central d'une unité qui gère le Financement Basé sur les Résultats et d'un projet pilote du FBR au niveau du département du Nord'Est. Cette initiative contribue à asseoir les bases du financement durable. Enfin, le Ministère est en train, à travers l'élaboration de politiques publiques adressant plusieurs domaines d'intervention, de satisfaire certaines conditionnalités à l'amélioration de la gouvernance du système.

En dépit de ces importantes avancées dans la reforme entreprise, le système de santé haïtien présente encore à tous les niveaux d'importants problèmes de fonctionnalité, d'organisation, de gestion et de contrôle avec pour conséquence une offre de services fragmentée, peu accessible et de faible qualité. La faiblesse de la gouvernance du secteur se traduit notamment par :

- Une absence de cadre légal approprié ;
- Une loi organique adaptée mais non encore en vigueur ;
- Une déficience quantitative et qualitative des ressources tant humaines que matérielles ;

- Une multiplicité d'acteurs avec des motivations et philosophies divergentes ;
- Une faible capacité de planification et de coordination intra-intersectorielle  
(Source : Politique nationale de Santé 2012)

### 3.3.2. Ressources Humaines

Le manque de personnel en quantité qu'en qualité est un problème identifié à tous les niveaux d'intervention du programme.

Au niveau central, la DPEV compte environ une vingtaine d'employés dont 25% seulement répondent au profil exigé pour les postes qu'ils occupent. Cette situation a des conséquences sérieuses sur le style de gestion des responsables qui ne peuvent assez souvent déléguer certaines tâches. Ce problème a été pris en compte dans un Plan d'organisation de la DPEV et de renforcement des capacités managériales du staff. Mais ce Plan n'a jamais pu être mis en œuvre.

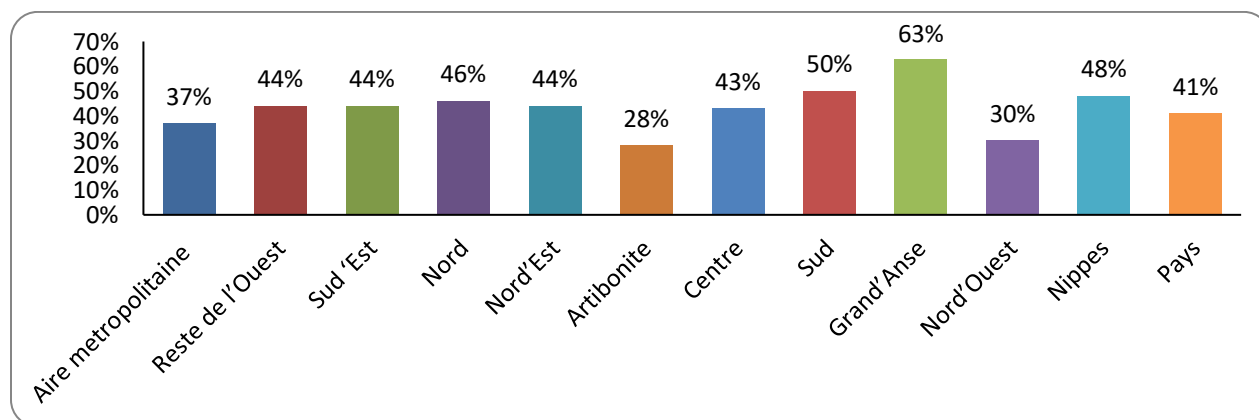
La situation du niveau départemental n'est pas aussi grave que celle de la DPEV dans la mesure où :

- la majorité des services PEV de ce niveau est coordonnée par une infirmière qui compte beaucoup d'années d'expériences à ce poste ;
- dans 4 départements sur 10 l'infirmière coordonnatrice PEV est aidée par une ou deux assistantes ;
- de-2012 à 2015, ces services PEV sont appuyés, chacun par un médecin ou une infirmière contractuelle qui après une formation appropriée assistent les coordonnatrices départementales pour des périodes allant de 3 à 8 mois l'an ;
- Le programme bénéficie de l'appui au niveau des 10 départements d'un assistant épidémiologiste qui est chargé exclusivement d'appuyer la surveillance des MEV.

Cependant, il y a lieu de noter que les coordonnatrices du PEV sont responsables, en plus du PEV, d'autres programmes ce qui rend difficile leur déplacement sur le terrain pour la supervision du PEV. Tâches qu'elles confient assez souvent aux assistantes.

Les gestionnaires du programme aux niveaux central et départemental ainsi que les prestataires du niveau institutionnel ont bénéficié en 2012 d'une formation pour l'introduction du vaccin pentavalent et en 2014 d'une formation en normes et procédures du PEV et une autre pour l'introduction du vaccin anti rota virus.

**Graphique 15: Pourcentages d'institutions avec 1 personne ayant reçu une formation continue en PEV en 2012.**



Il est important de souligner qu'une évaluation commanditée par le MSPP en 2013 sur la prestation des services de soins de santé a révélé que sur un échantillon de 644 institutions, il y a eu au niveau national 41 % avec au moins 1 prestataire par service de vaccination ayant reçu une formation continue structurée en PEV au cours des 24 mois précédant l'enquête.

D'autre part, il est intéressant de noter qu'en 2012 et en 2015 respectivement 12 et 15 cadres de la DPEV et des Coordination PEV départementales ont participé au Cours de gestion du PEV pour les gestionnaires du niveau intermédiaire (Mid Level Management ou MLM).

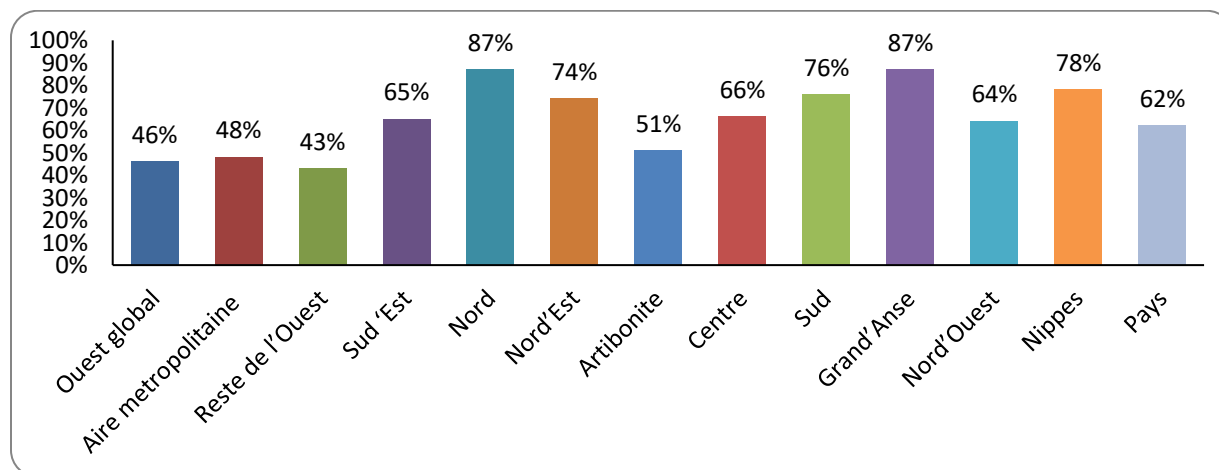
Concernant les ressources humaines communautaires, les 3960 ASCP formés et déployés sur le terrain n'ont pas encore bénéficié de la formation en normes et procédures du PEV.

D'un autre côté, les techniciens de chaîne de froid des niveaux central et départemental ont été recyclés en gestion de la CDF en 2012 et en 2014 et à l'utilisation du logiciel de gestion de stock (VSSM) en 2013 et 2014. De plus, il y a lieu de souligner des situations qui probablement ont affecté négativement les résultats attendus de ces formations. Ce sont, entre autres :

- L'absence d'un plan de formation découlant d'une évaluation des besoins réels en formation ;
- les prestataires qui bénéficient des formations ne sont pas toujours ceux-là qui assurent les services de vaccination ;
- Les sessions de formations ne sont pas systématiquement suivies de supervision et/ou de suivi de la formation.

L'adéquation en qualité est aussi mise en évidence par la disponibilité de directives techniques affichées au niveau des institutions. En ce sens, l'enquête sur la prestation des services de soins de Santé (MSPP) a révélé qu'en 2013, au niveau de 62 % des services de vaccination des 644 institutions évaluées il y avait des fiches techniques PEV affichées.

**Graphique 16: Pourcentage d'institutions où sont affichées des directives techniques**



Source : (évaluation de la prestation des services de soins de santé, MSPP-2013)

L'irrégularité des visites de supervision mise en évidence dans tous les rapports et évaluations a en partie pour cause le manque de moyen de transport et la surcharge de travail du personnel

superviseur. L'absence de reddition automatique et systématique de compte aux départements par la haute direction du MSPP contribue aussi dans une certaine mesure à cette situation.

Enfin, certains problèmes affectent négativement l'efficacité des activités de supervision quand ces dernières sont réalisées. Ce sont, entre, autres :

- le non-respect de certains éléments de la norme, à savoir que : chaque institution de santé doit être visitée au moins une fois par mois et chaque coordination départementale PEV doit être supervisée au moins une fois chaque 3 mois par le niveau central ;
- Les visites de supervision réalisées aux départements par le service Logistique /Chaîne de froid/Contrôle de qualité des vaccins ne font pas l'objet de rapport ;
- La rétro information du niveau supervisé et des autres niveaux concernés n'est pas systématiquement appliquée ;
- Les rapports de supervision ne sont pas systématiquement analysés pour des prises de décision et les recommandations ne sont pas mises en œuvre ;
- Enfin, la majorité du personnel cadre du PEV est formée en technique de supervision.

### 3.3.3. Logistique, Chaîne de froid et Approvisionnement

#### 3.3.3.1. Approvisionnement

Le financement des vaccins et des intrants de la vaccination est assuré par les bailleurs de fonds internationaux. Pendant le quinquennat 2011-2015 les vaccins traditionnels ont été financés par le Projet tripartite, l'UNICEF et PAHO et depuis 2015 par UNICEF, PAHO et la Banque Mondiale. Les nouveaux vaccins sont financés par GAVI avec un cofinancement du CDC. L'Etat haïtien s'est engagé à contribuer au financement du programme avec l'aménagement d'une ligne budgétaire pour l'achat du gaz propane.

Au niveau central, une prévision annuelle des besoins en vaccins et matériels d'injection est disponible. Un plan d'approvisionnement est élaboré en début d'année ; il prévoit une distribution trimestrielle aux dépôts départementaux et mensuelle aux institutions sanitaires. Cependant la fréquence de l'approvisionnement n'est pas toujours respectée que ce soit par le niveau central que par les départements en raison de certaines difficultés liées principalement à la mobilisation des ressources nécessaires au financement de ces activités. Des ruptures de vaccins et de matériels d'injection ont été souvent enregistrées à tous les niveaux entre 2013 et 2014. Toutefois en 2015, aucune rupture de vaccins n'a été enregistrée au niveau central, par contre, elles ont été signalées au niveau de certains départements et institutions sanitaires.

En ce qui concerne le suivi des stocks de vaccins, un outil informatisé de gestion des vaccins et des intrants le VSSM (Vaccines Supplies Stock Management) a été rendu disponible et installé au niveau central, et au niveau de 5 directions départementales en 2014, avec l'appui de l'OPS/OMS. Plus d'une vingtaine d'agents du niveau central et des départementaux ont été formés à l'utilisation de cet outil. En 2015 cette disposition a été étendue à tous les départements. L'estimation des besoins et le suivi des différents paramètres de gestion de stock sont régulièrement réalisés à travers ce système informatisé. Ce qui permet de disposer de bases de données cohérentes en matière de gestion des stocks de vaccins, diluants et matériel d'injection. Cependant, malgré la formation, l'outil n'est pas systématiquement utilisé au niveau de tous les départements.



Au niveau des institutions sanitaires l'enregistrement des différents mouvements de stocks est fait sur des supports manuels. Cependant, les évaluations conduites ces dernières années et les différents rapports de supervision montrent que dans la grande majorité des institutions sanitaires les mouvements des vaccins ne sont pas correctement notifiés. Des efforts en ce sens sont à encourager. De plus, au niveau des dépôts départementaux et les institutions sanitaires, l'inventaire physique ne se fait pas sur une base régulière. En conséquence, le suivi des stocks doit être amélioré par la mise en place et l'utilisation effective d'outils appropriés pour l'enregistrement des différentes transactions.

Le suivi des taux de perte des vaccins est intégré au système de monitoring de routine du PEV. Les données essentielles sur l'utilisation des vaccins sont prises en compte dans les formulaires de rapportage mensuel. En dépit de toutes ces précautions, dans de nombreux rapports mensuels les informations essentielles du monitoring des taux de perte (vaccins utilisés, vaccins administrés...) ne sont pas fournies. Ce qui rend difficile le calcul de cet indicateur au niveau national.

Par ailleurs une étude rétrospective portant sur l'année 2014 financée par l'UNICEF sur les taux de pertes des vaccins et réalisée au cours du mois de juin 2015 a montré que, pour tous les vaccins sauf pour le BCG, les taux de pertes enregistrés sur le terrain sont supérieurs aux objectifs du programme.

**Tableau 3: Taux de perte enregistrés par antigènes en 2014 selon les données de l'étude réalisée en juin 2015**

Vaccins	BCG	VPO	RR	Penta	Rota	dT
<b>Taux de perte selon l'étude de juin 2005</b>	43%	35%	38%	16%	49%	46%

Les vaccins en flacons multi doses (VPO : 35% ; DT : 53%) qui sont soumis à la politique des flacons entamés enregistrent également des taux de perte très élevés. En ce qui concerne les vaccins à dose unique Pentavalent (16%) et Rota (49%) les taux sont anormalement très élevés.

### 3.3.3.2. Chaîne du froid

Depuis son démarrage, le PEV en Haïti, a bénéficié, à tous les niveaux, de l'appui de nombreux partenaires techniques et financiers pour l'installation, le renouvellement et l'entretien des équipements de la chaîne du froid (CDF). Le dernier inventaire complet, détaillé remonte à 2013. La mise à jour de cet inventaire a été faite en octobre 2015.

Le dépôt central du PEV installé à PROMESS (projet de l'OPS/OMS) dispose de 4 chambres froides positives totalisant une capacité brute de 130 000 litres et d'1 chambre froide négative d'une capacité brute de 20 000 litres. Les chambres froides, installées dans l'entrepôt de PROMESS, sont connectées au réseau électrique de cette institution qui est dotée de plusieurs génératrices pour un fonctionnement alterné. La capacité actuelle de stockage des équipements de la CDF au niveau central est suffisante par rapport aux besoins actuels identifiés du PEV de routine avec les 6 antigènes de l'offre actuelle et même en prévision de l'introduction annoncée des vaccins VPI et pneumo, à raison de 2 livraisons annuelles. Cependant, cette capacité s'est révélée insuffisante pendant les périodes de campagne.

L'inventaire complet des équipements de la chaîne du froid réalisé par la DPEV avec l'appui de l'UNICEF a été mis à jour en juin 2015 à l'occasion de l'acquisition de nouveaux réfrigérateurs. Il a montré qu'il y a environ dans le pays 1004 appareils, dont 66% sont à gaz, 28% à énergie solaire et 6% à énergie électrique. Il faut noter que 85% des appareils inventoriés sont en bon état de fonctionnement, 9% en panne majeure contre 3% en panne mineure et 3% sont de nouveaux appareils à installer.

Depuis 2011, le PEV d'Haïti avec l'appui des partenaires s'est engagé dans un processus de solarisation des équipements de la chaîne du froid. Ainsi de 2011 à 2012, 153 réfrigérateurs solaires Vestfrost ont été installés à travers le pays. En 2014, tous les dépôts départementaux et/ou périphériques ont été équipés de réfrigérateurs à énergie solaire de dernière génération de grande capacité. En cette même année le PEV a fait acquisition et installation de 78 nouveaux réfrigérateurs de marque Dometic TCW3000SDD de grande capacité. En 2015, avec l'appui financier des CDC, 29 réfrigérateurs solaires Dometic TCW40SDD a été faite pour les institutions. Il est important de signaler que les réfrigérateurs solaires (Vesfrost) installés dans les institutions en 2011-2012 ont connu des difficultés de fonctionnement.

Les capacités de stockage installés au niveau des dépôts périphériques des départements du Centre, de la Grande-Anse, des Nippes, du Nord, du Nord-Est, du Nord-Ouest, et du Sud-Est sont suffisantes et le seront jusqu'en 2020. Par contre, les capacités des dépôts des départements de l'Artibonite et du Sud, les capacités sont suffisantes jusqu'en 2018. En ce qui concerne le département de l'Ouest y compris l'Aire Métropolitaine où il n'y a pas de dépôts, les institutions sont souvent approvisionnées directement à partir de PROMESS ou à partir des bureaux communaux dont la capacité de stockage doit être renforcée afin de jouer pleinement le rôle de dépôts relais. Des ressources supplémentaires doivent être mobilisées pour renforcer les capacités de tous les dépôts départementaux.

Il ressort de l'analyse des données de l'inventaire, qu'environ 89% des institutions sanitaires disposent de capacités suffisantes pour le stockage des vaccins de routine. La grande majorité des réfrigérateurs fonctionnent au gaz. Il est important de signaler que les institutions sanitaires dotées de frigos fonctionnant au gaz propane souffrent de sérieux problèmes d'approvisionnement en gaz, dus au manque de moyens de transport au niveau local et à l'échec de l'approche qui consistait à rembourser aux prestataires les coûts de l'approvisionnement actif.

De plus les relevés de températures ne se font pas régulièrement. Un système de monitoring à distance de la température a été installé à titre pilote au niveau du dépôt de Gonaïves et de quelques institutions sanitaires.

La maintenance des chambres froides centrales est assurée par une structure privée qui a signé un contrat de maintenance avec PROMESS.

La maintenance préventive des réfrigérateurs est assurée par les utilisateurs et les TCF départementaux. En ce qui concerne la maintenance curative des réfrigérateurs dans les dépôts départementaux et les institutions sanitaires, elle est assurée par les TCF départementaux et centraux qui ont reçu des formations à cet effet. Les TCF ont été formés sur l'installation et la maintenance des réfrigérateurs solaires.

Cependant les TCF ont du mal à assurer convenablement les missions de réparation des équipements sur le terrain à cause de la non disponibilité des pièces de rechange, des problèmes liés à la mobilisation de la logistique et des ressources financières pour financer leur déplacement sur le terrain.

### 3.3.3.3. Transport

Le niveau central dispose de 3 camions pour assurer l'approvisionnement des dépôts départementaux en vaccins et consommables.

Les véhicules de supervision, dont dispose le niveau central et dont les coûts sont déjà amortis, sont en nombre insuffisant et en mauvais état.

Au niveau des départements, il n'existe pas de moyens de transport affectés spécifiquement à l'approvisionnement et à la supervision des institutions. Ce qui rend difficile la disponibilité permanente des intrants du PEV au niveau de prestation et l'encadrement continu des prestataires.

Les institutions sanitaires ne disposent d'aucun moyen de transport, ni pour le réapprovisionnement ni pour la supervision. Le personnel des institutions ont souvent recours à la location de moto pour leur déplacement. Au nombre des problèmes liés au transport figurent :

- L'absence d'un inventaire exhaustif des moyens de transport à tous les niveaux ;
- L'absence d'une politique de maintenance pour assurer l'entretien, le suivi régulier et le renouvellement de ce matériel.

### 3.3.4. Stratégie de Communication et Génération de la demande

L'analyse de la situation du PEV en matière de communication réalisée en 2014 a permis d'identifier certaines lacunes qui contribuent grandement à la faiblesse de la couverture vaccinale. Mentionnons :

- L'absence de stratégies de communication de proximité permettant de sensibiliser sur le bien-fondé de la vaccination et sur les bienfaits du suivi du calendrier vaccinal pour l'immunisation complète des enfants ;
- L'insuffisance d'équipements modernes pour la mise en œuvre des activités de communication ;
- L'insuffisance de messages en faveur de la vaccination de routine diffusés dans les communes à faibles couvertures vaccinales ;
- L'absence ou l'insuffisance des activités de communication interpersonnelle à l'endroit des gardiens d'enfants lorsqu'ils viennent au centre de santé avec leurs enfants
- Le manque d'appropriation du programme par le personnel de santé, manque de description de tâches, manque de supervision ;
- L'expérience négative des parents ou responsables d'enfants lors de la fréquentation des services (non disponibilité des services le jour de la visite, un temps d'attente trop long, un mauvais accueil) augmente le taux d'abandon ;
- Le manque d'information sur l'importance des vaccins, le calendrier vaccinal. la complétude des doses, les effets secondaires des vaccins, particulièrement sur la douleur au site d'injection et la fièvre ;
- Les fonds alloués à la communication et la mobilisation sociale pour le PEV DE routine sont insuffisants, voire inexistant ;
- Manque de coordination entre les différents partenaires et bailleurs pour une utilisation plus rationnelle des fonds de communication ;
- L'importance fondamentale du volet communication pour la réussite du programme qui n'est pas soulignée lors des rencontres avec les décideurs.

De l'analyse comportementale, il a été constaté que les femmes enceintes ne fréquentent pas les institutions de santé ou les postes de rassemblement pour recevoir les deux doses de vaccins dT requises durant leur grossesse, ce qui augmente le taux de risque au TMN. Certaines d'entre elles pensent que la vaccination au Td rend stérile tandis que d'autres pensent ne pas être concernées.

Bon nombre de parents ou de gardiens d'enfants de moins d'un an ne respectent pas les rendez-vous vaccinaux de leurs enfants et ne conservent pas leurs cartes de vaccination. De plus, certains croient que les enfants souffrant d'une quelconque maladie ne peuvent pas être vaccinés.

### **3.3.5. Surveillance** (*Surveillance de routine, ESAVI, ...*)

La surveillance épidémiologique en Haïti se fait à travers des sites sentinelles (310 sites) ou généralement un officier de surveillance épidémiologique (OSE) poste les données via la plateforme «monitoring, évaluation system interface» (MESI) ou par téléphone pour être analysées au niveau de la direction départementale, éventuellement à des fins d'investigation et de réponses nécessaires aux alertes. Les données une fois validées par les directions départementales sont transmises à la DELR où un bulletin est produit et présenté à la salle de situation chaque semaine.

Pour les cas investigués, un prélèvement est effectué et analysé au Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) pour toutes les maladies évitables par la vaccination sauf pour la coqueluche où l'analyse se fait au laboratoire de CDC Atlanta et pour la polio à Caribbean Public Health Agency (CARPHA).

La surveillance des MEVs est structurée de la même manière que la surveillance épidémiologique en Haïti. Pour la majorité de ces maladies, la surveillance est mixte (active et passive) et la notification est immédiate. En vue de l'élimination d'un ensemble de maladies évitables par la vaccination, en 2013, il y a eu un renforcement de la surveillance épidémiologique par les partenaires techniques et financiers (PTF) de manière générale et en particulier la surveillance des MEVs par l'implémentation du projet Task force (Tripartite) approprié par la DELR.

#### **3.3.5.1. Surveillance de PFA**

La région des Amériques a été certifiée libre de polio depuis 1994. Le dernier cas de poliovirus sauvage confirmé date de 1989. Une épidémie de polio est survenue en Haïti en 2000 à partir d'une souche de virus vaccinal Sabin type-1, qui aurait subi des mutations successives ; elle s'est soldée par 8 cas de polio confirmés, le dernier cas remontant à juillet 2001. Analysant le canevas antérieur, les indicateurs de surveillance de PFA ne sont pas satisfaisants car au cours des cinq dernières années, le taux de détection de PFA pour 100 000 habitants n'a jamais atteint la norme minimale préconisée par OPS/OMS ( $\geq 1/100000$  habitants). Le taux de détection le plus élevé de PFA notifié était de 0,9 /100 000 habitants en 2013. En outre, la couverture vaccinale en VPO3 est en dessous des 95 % préconisée par OPS/OMS.

#### **3.3.5.2. Surveillance de la rougeole/Rubéole**

Haïti a notifié le dernier cas de rougeole en 2001 et de rubéole en 2006. Le taux de cas suspect de RR (2,3/100000 habitants) notifié se trouvait dans les normes en 2013. En 2014, compte tenu de certaines contraintes la détection a diminué à 1.3/100,000 habitants (inférieur aux normes de l'OPS/OMS qui est d'au moins 2/100,000 habitants). En 2013, Haïti a soumis le rapport sur la documentation et la vérification de l'élimination de la rougeole/ rubéole, du SRC qui a été acceptée par OPS/OMS. Au 15 octobre 2015, 856 cas de rougeole ont été confirmés en provenance de 27 états. En raison de couverture administrative RR faible entraînant l'accumulation des susceptibles

et le risque d'importation de la rougeole en Haïti, il est prévue une campagne de suivi ciblant les enfants de 9 à 59 mois au cours de l'année 2016.

### **3.3.5.3. Surveillance du Syndrome de la rubéole congénitale**

La surveillance de SRC est effective en Haïti depuis janvier 2013. Le taux de cas suspect de syndrome de rubéole congénitale (1/10,000 naissances vivantes) se trouve depuis dans les normes.

### **3.3.5.4. Surveillance TNN**

Avant 2012, Haïti était silencieux pour le tétanos néonatal, en 2013, 13 cas ont été notifiés par le système de surveillance épidémiologique. Haïti est le seul pays de la région des Amériques à n'avoir pas encore éliminé cette maladie. A la XXIII réunion qui s'est tenue à Cuba en juillet 2015, Le TAG a recommandé à Haïti de prendre les mesures nécessaires pour éliminer le TNN d'ici 2016. L'analyse des données des trois dernières années a montré qu'en 2013 cinq communes ont eu une incidence supérieure à 1/10000 naissances vivantes. Ces communes étaient Fonds des Nègres, Saint Louis du Sud, Arniquet, Coteaux et Chantal.

Cependant, compte tenu du faible taux d'accouchement institutionnel en 2014 (57,07 %), la faible proportion d'institutions à pratiquer des accouchements propres (25%) et la non exhaustivité de la surveillance épidémiologique en Haïti, il peut y avoir une sous notification des cas. L'analyse des cinq dernières années a permis de montrer que l'objectif des 80 % de couverture vaccinale des femmes enceintes au dT fixé n'a pas été atteint à travers la routine. Cependant, une campagne a été menée permettant d'atteindre une couverture vaccinale supérieure à 80 % dans 67,8 % des communes du pays, l'une des conditions requises pour l'élimination du TNN dans le pays. Les communes n'ayant pas atteint les 80 % au cours de la campagne se trouvent dans le département sanitaire du Sud et dans l'aire métropolitaine de Port-au-Prince.

### **3.3.5.5. Surveillance de la diphtérie et de la coqueluche**

La dernière épidémie de diphtérie documentée en Haïti date de 2009. Entre la 51ème SE de 2014 jusqu'à la 44ème SE de 2015, 68 cas probables de diphtérie ont été enregistrés dont 37 cas ont été testés pour une positivité de 59 %. Le taux de létalité est de 50 %. Jusqu'à date, les cas confirmés proviennent de cinq départements (Ouest, Artibonite, Nord, Nord-est et Nord-Ouest). Tous les cas ont eu un statut vaccinal inconnu ou non vacciné. Un plan de riposte de diphtérie a été élaboré et sera implémenté. Il faut remarquer qu'à cause de l'indisponibilité des réactifs tous les spécimens ont été testés au laboratoire de la branche de diphtérie à CDC Atlanta.

Aussi, ont été notifiés des cas de coqueluche. Au cours des cinq dernières années, 85 cas suspects ont été investigués, 76 (93,8%) furent testés dont 8 (10,5%) positifs. En raison de l'impossibilité du LNSP de faire la confirmation, ces spécimens ont été envoyés au laboratoire de CDC.

Trois ans après l'introduction du Penta3, la couverture vaccinale est encore faible, en témoignent les données (60,3 % et 73 %\*) pour 2014 et 2015 respectivement. En comparant les données administratives et celles de l'EMMUS V, on a observé un écart de couverture qui varie de 22,4 en 2011 à 2,7 en 2014.

### **3.3.5.6. Surveillance du rota virus.**

La surveillance du rota virus a été initiée en avril 2012 en Haïti suite à l'implémentation d'un projet de renforcement de la surveillance épidémiologique en Haïti (PRESEPI). Ce projet, est piloté par la DELR/LNSP. Opérationnel en 2013 dans trois départements à travers quatre sites du pays (HUP, Foyer Saint Camille, Hôpital St-Michel de Jacmel et l'hôpital St-Nicolas de Saint Marc) le projet s'est

étendu dans 2 autres sites en 2015 (HUEH et HNPFS). Le site HUP a été officiellement désigné comme site sentinelle de surveillance rota par le ministère de la santé publique et de la population. Le flux d'informations, contrairement à ce qui est établi par le système de surveillance épidémiologique, se fait à travers la plateforme VINUVA. Les données collectées depuis le site sont transmises à la DELR pour validation avant d'être envoyées à OPS/OMS Washington. L'analyse des données pour 2012, 2013, 2014, et 2015 montre une positivité respectivement de 1,4 %, 8,4%, 15,7% et 16,8 avec une prédominance du génotype G1P(6) dans 72,5% des cas en 2015 alors qu'en 2013, le génotype prédominant était le G1P(8) avec 43 % des cas. Il faut aussi noter que cette surveillance a facilité l'introduction du vaccin anti rota virus au calendrier national.

### **3.3.5.7. Surveillance des Maladies bactériennes invasives (méningite et pneumonie à pneumocoque)**

En 2013, la DELR a initié la surveillance épidémiologique sentinelle des maladies bactériennes invasives (méningites et pneumonie à pneumocoque). Comme le rota virus, la surveillance sentinelle des maladies bactériennes invasives était implémentée à travers le projet PRESEPI dans trois sites (HUP-site officiel, Hôpital Albert Schweitzer et hôpital Nos Petits Frères et Sœurs). Cette surveillance suit la même structure organisationnelle que celle de rota virus. L'analyse des données de 2013 varie tant pour les techniques de laboratoire utilisées que pour les germes identifiés (en 2013, par culture : 1,8% pour pneumo et 5,6% pour HIB, PCR : 10,8 pour pneumo et 18,9 pour HIB). En 2014, les constats ont été faits (Culture : 1,1 pour pneumo et 0,0 pour HIB. PCR : 26,3 pour pneumo et 12,2 pour HIB). Par manque de réactifs, les tests n'ont pas été effectués en 2015. Cette surveillance permettra de suivre la tendance de la maladie avant et après l'introduction du vaccin PCV prévue en juin 2016. Il faut noter que la surveillance de la pneumonie à pneumocoque n'est pas encore effective, mais elle devra être programmée au cours des prochaines années.

### **3.3.6. Coût et financement des activités**

Le poids démographique est le critère le plus important ou le plus utilisé pour l'allocation des ressources financières ; à un moindre degré, le critère d'accès géographique est pris en compte particulièrement quand des fonds sont prévus pour des interventions en zones d'accès difficile.

Cependant, la distribution et le nombre d'institutions sanitaires par département ou par commune, de même que le nombre de personnel prestataire affecté à une institution sanitaire n'obéissent pas à une logique démographique ce qui rend difficile la recherche d'équité en utilisant ces critères dans l'allocation des ressources financières.

Le financement national en faveur du PEV est faible, il est même nul pour les vaccins. Cette situation illustre le désengagement de l'Etat haïtien pour le financement de la santé. La « logique » du gouvernement est que la santé peut être financée par l'aide externe et que cela lui permet de consacrer ses maigres ressources à d'autres secteurs. Cela est rendu politiquement possible par l'intérêt insuffisant des acteurs nationaux (gouvernement, parlementaires, population, média, etc.) aux questions de santé et à l'absence de connaissances relatives à l'importance de la vaccination, son rapport coût/efficacité, etc.

L'évolution du financement de la santé de ces dernières années tendrait effectivement à confirmer la pertinence de cette stratégie. Cependant la période écoulée est biaisée par l'engagement extraordinaire des partenaires internationaux en réponse à la catastrophe de 2010. Le financement externe de la santé est maintenant en baisse drastique. De plus, faire financer sa santé par l'international coûte en souveraineté nationale et témoigne d'un manque de vision. Le MSPP a du

mal à exercer le leadership nécessaire à la mise en œuvre de sa politique nationale de santé, les financements ne sont pas concentrés sur les priorités nationales, par ailleurs insuffisamment définies, et son système extrêmement fragmenté est à l'origine de beaucoup d'inefficience.

Ainsi, dans les conditions prévalentes, la dimension nationale du PEV est extrêmement faible. Peu de responsables sanitaires nationaux s'y retrouvent. Cela tient autant du vide laissé par les composantes nationales du programme (du fait notamment du désengagement de l'Etat) que des conditions de mise en œuvre des financements externes. En effet, le contournement quasi-systématique de l'Etat haïtien, considéré comme faible voir « failli », non seulement ne permet de le renforcer mais l'affaiblit sans cesse un peu plus.

De plus, le PEV comme le MSPP manque de ressources techniques en financement de la santé, rendant difficile la bonne gestion de cette composante du programme. Beaucoup de ces financements sont de court terme et ne permettent pas la prévisibilité nécessaire. Le PEV se retrouve souvent à devoir gérer des urgences notamment au niveau de son financement ce qui permet de travailler à la structuration de cette composante et sur la viabilité financière du programme.

Le PEV et le secteur santé partagent toutes ces tares. Elles sont exacerbées dans le cas du PEV du fait les enjeux régionaux et globaux spécifiques à la vaccination. Elles handicapent fortement la pérennisation de ce programme national inclus son historicité.

Enfin certains des déterminants de cette situation dépassent le cadre du PEV et même du secteur santé. La conjoncture politique et économique nationale notamment est très défavorable à l'amélioration du financement national de la vaccination.

### **3.4. Synthèse des forces, faiblesses, menaces et opportunités**

L'analyse des forces et faiblesses du PEV-Haïti a fait ressortir des avancées certaines par rapport aux objectifs mondiaux et régionaux d'élimination, d'éradication et de contrôle des maladies évitables par la vaccination. Toutefois, beaucoup de défis restent encore à relever, notamment par rapport aux menaces et faiblesses qui ont été identifiées.

Globalement, 5 grands défis doivent être adressés ; ce sont : l'éradication de la polio, l'élimination de la rougeole/rubéole, l'élimination du tétanos néonatal, le contrôle des autres maladies du PEV et la garantie de la pérennité des effets de toutes les interventions du PEV en cas de retrait partiel ou total du financement international.

## Analyse des champs de force de l'environnement externe

Tableau 4 : Analyse des champs de force de l'environnement externe

Sous Composante	Opportunités	Menaces	Implication pour le MSPP et le PEV
<b>Politique</b>	Aucune contrainte d'ordre légal et/ou culturel	Absence de loi sur la vaccination. Perturbation des services de vaccination par la situation sociopolitique	Plaidoyer pour l'élaboration d'un projet de Loi sur la vaccination.  Plaidoyer pour un continuum des services de vaccination même en période de crise ;
<b>Démographique</b>	La migration interne a engendré une concentration de la population en milieu urbain (52%) avec pour corollaire l'amélioration de l'accessibilité géographique à la vaccination.	Population infantile en hausse ; Environ 50% de la population urbaine évoluent dans un environnement propice à l'émergence de maladies évitables par la vaccination.	Mobilisation de ressources suffisantes pour répondre aux besoins croissants ;  Application de stratégies appropriées pour atteindre les zones à grande concentration démographique.
<b>Socio Économique</b>		Forte prévalence de la pauvreté, donc de l'insécurité alimentaire, susceptible d'influencer négativement les populations cibles.	Stratégie de mobilisation sociale et communautaire en support aux activités de vaccination notamment dans les zones marginales.
<b>Coopération nationale et/ou Internationale</b>	Existence de stratégie régionale ciblant l'élimination des maladies évitables par la vaccination ;  Intérêt des partenaires techniques et financiers dont l'OPS/OMS pour la vaccination universelle en Haïti	Diminution progressif du financement pour le PEV en raison de la crise économique mondiale.	Création, au niveau du budget national, d'une ligne pour la prise en charge progressive du financement du PEV.

## 3.4.1. Analyse des champs de force de l'environnement interne



Tableau 5 : Composante : Prestation de services

Forces	Faiblesses	Implication pour le MSPP et le PEV
<p>Existence, au niveau du document de la politique de santé d'orientations stratégiques claires pour l'offre de services en vaccination ;</p> <p>Support des plus hautes autorités étatiques et sanitaires ;</p> <p>Existence de document de normes et procédures pour le PEV ;</p> <p>Existence de fiches techniques et d'ordinogrammes à l'intention du personnel prestataire ;</p> <p>Existence de curriculum de formation en gestion du PEV et sur les normes et procédures.</p>	<p>L'absence de cadre légal en faveur de la vaccination universelle.</p>	<p>Plaidoyer pour le projet de loi sur la vaccination universelle ;</p> <p>Augmentation de l'offre de services selon les directives en vigueur.</p>
<b>Ressources Humaines</b>		
<p>Cadres des niveaux central et départemental formés à la gestion du PEV</p> <p>Personnel prestataires formés aux normes et procédures du PEV</p>	<p>La rotation du personnel prestataire ;</p> <p>L'absence de plan de formation continue basé sur les besoins réels du personnel du PEV</p> <p>Les ASCP, déployés sur le terrain, n'ont pas bénéficié d'une formation sur les normes et procédures du PEV ;</p> <p>Les visites de supervision ne sont pas systématiques.</p>	<p>Evaluation nationale des besoins en formation ;</p> <p>Elaboration et mise en œuvre de plan annuel de formation en fonction des besoins mis en évidence par les supervisions ;</p> <p>Elaboration et mise en œuvre effectif de plan suivi des sessions de formation.</p>
<b>Offre de services</b>		
<p>Expertise confirmée par les professionnels de la santé ;</p> <p>Organisation de stratégies avancées pour pallier aux limitations de l'offre</p>	<p>Seulement 70% des institutions sanitaires offrent des services de vaccination</p> <p>Les problèmes d'accessibilité géographique et institutionnelle affectent négativement</p>	<p>Elargissement du réseau d'institutions offrant des services de vaccination</p> <p>Augmentation de l'accès de la population aux services de vaccination par l'approche RED et</p>

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>	<b>Implication pour le MSPP et le PEV</b>
institutionnelle de vaccination ; Vaccination acceptée par la population et services globalement utilisés.	l'utilisation et la continuité de l'utilisation des services de vaccination Temps d'attente trop long et non disponibilité fréquente des services décourageant les parents et responsables d'enfants à continuer d'utiliser les services de vaccination La localisation des points de services en stratégies avancées n'est pas définie sur une base formelle.	en particulier les stratégies avancées à institutionnaliser;  Offre quotidienne de services de vaccination disponible à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;  Mis à profit des agents de santé ou des ASCP ou des agents vaccinateurs pour la vaccination 5 jours par semaine au niveau institutionnel.
Existence d'institutions sanitaires privées offrant également des services de vaccination	Manque d'intégration du secteur privé à but lucratif au processus de rapportage.	Mise en place d'instruments légaux et de mécanismes pour impliquer les hôpitaux et cliniques médicaux privés à la vaccination universelle, la surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination et le rapportage.

Tableau 6: Composante : *Gouvernance globale*

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>	<b>Implication pour le MSPP et le PEV</b>
Existence d'outils de programmation et de suivi de la mise en œuvre des politiques publiques.	Limitation technique des responsables locaux pour l'élaboration de micro plan. Environ 30 40 % des institutions sanitaires ne disposent pas sur une base régulière d'un micro plan PEV actualisé	Intégration de la micro planification dans un cycle régulier d'exercices de planification, de suivi, d'évaluation au niveau départemental.
Existence d'un comité de coordination inter agence (CCIA) Existence d'un partenariat informel avec la Société Haïtienne de Pédiatrie, la Croix Rouge Haïtienne et la Plateforme des Organisations de la Société Civile.	Absence d'un cadre réglementaire formel pour le fonctionnement du CCIA et des autres partenariats. Absence de mécanismes formels de coordination entre la DPEV et les autres directions centrales et concernées et du MSPP Absence d'implication d'autres ministères sectoriels (Ministère de l'Education Nationale, ...)	Validation de la proposition de mission, organisation et fonctionnement du CCIA ;  Développement /ou formalisation de partenariats avec des Organisations de la Société Civile concernées par le PEV ;

Forces	Faiblesses	Implication pour le MSPP et le PEV
	Absence d'implication de certaines entités de la Société Civile telles : Eglises, Associations de Femmes, les Association Communautaires, les Groupements de Jeunes etc....	Réactivation des tables sectorielles au niveau départemental ;  Mise en place d'une structure de coordination intersectorielle étatique en faveur du PEV.

Tableau 7 : Composante : Logistique des intrants et de la chaîne de froid

Forces	Faiblesses	Implication pour le MSPP et le PEV
Stock stratégique conforme aux normes internationales Structure d'entrepôt, au niveau central, adéquate et efficace ; Disponibilité de matériels et d'équipements informatiques au niveau de tous les dépôts Élaboration de SOP sur la gestion des vaccins et des intrants à tous les niveaux ; Existence et mise en œuvre d'un plan d'amélioration de la GEV et d'une politique de solarisation de la chaîne du froid.	Le plan d'approvisionnement n'est pas efficacement respecté  Disponibilité des vaccins et consommables de la vaccination non garantie ni à moyen ni à long termes.	Processus d'approvisionnement à renforcer ;  Viabilité financière du programme à assurer notamment pour garantir la disponibilité des vaccins.
Formation des techniciens de chaîne de froid sur la gestion des vaccins et l'entretien des équipements à tous les niveaux ; Système informatisé de gestion des vaccins et des intrants, le VSSM (Vaccine Supplies Stock Management) Existence d'un inventaire complet des équipements de la chaîne du froid ; Existence d'un plan de réhabilitation des équipements de la chaîne du froid ; Formation de tous les TCF centraux sur la maintenance de la chaîne du froid ;	Le plan de distribution n'est pas respecté ; Absence de supervision des gestionnaires de stock (à tous les niveaux) Rupture récurrente de stock en vaccins et en gaz propane ; Manque de moyens de transport pour l'approvisionnement du niveau institutionnel par e niveau départemental Manque de suivi de la mise en œuvre du plan d'approvisionnement (stock stratégique) et de distribution (disponibilité de vaccins au niveau institutionnel)	Identification des goulots d'étranglement dans le circuit d'approvisionnement et de distribution à des fins de redressement ;  Plan de monitoring de la gestion des vaccins et des autres intrants du PEV ainsi que des taux de pertes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;  Élaboration et mise en œuvre d'un plan de distribution des vaccins et des

Forces	Faiblesses	Implication pour le MSPP et le PEV
<p>Capacité de stockage suffisante pour la vaccination de routine au niveau central et dans certains dépôts départementaux ;</p> <p>Existence de système de monitoring de la température des réfrigérateurs au niveau de certains dépôts départementaux et institutions sanitaires ;</p> <p>Existence de plan d'urgence à mettre en œuvre à tous les niveaux.</p>	<p>Pertes en vaccins non calculées à tous les niveaux</p> <p>Non-respect par les départements des quotas des départements et des institutions sanitaires dans la distribution des vaccins ;</p> <p>La capacité de stockage et de congélation, au niveau de certains dépôts départementaux et institutions, se révèle insuffisante notamment durant les campagnes;</p> <p>Plan de maintenance des équipements de la chaîne du froid inexistant ;</p> <p>Faiblesse dans le monitoring continu de la température des chambres froides.</p>	<p>autres intrants de la vaccination ainsi que du propane au besoin;</p> <p>Intégration de la supervision de la chaîne d'approvisionnement dans les TDR des missions de supervision intégrée à tous les niveaux ;</p> <p>Recyclage et/ou formation du personnel des dépôts et des institutions.</p>
<p>Financement des stocks stratégiques des vaccins traditionnels pour l'année 2016 et de nouveaux vaccins jusqu'en 2020</p> <p>Appui des partenaires dans le renforcement de la chaîne du froid par l'acquisition de réfrigérateurs solaires de dernière génération pour tous les dépôts départementaux ;</p> <p>Formation à l'extérieur de 6 TCF sur l'installation et la maintenance des équipements de la chaîne du froid solaire.</p>	<p>Incertitude quant au financement des vaccins traditionnels après 2016</p> <p>Retard dans la mise en œuvre du plan de renouvellement des équipements de la chaîne du froid</p> <p>Incertitude quant au financement de la contrepartie nationale des nouveaux vaccins après 2016.</p> <p>Difficulté pour le programme de payer chaque année le coût de l'entreposage des vaccins a PROMESS</p>	<p>Plaidoyer auprès du MSPP pour la prise en charge progressive du financement des vaccins traditionnels ;</p> <p>Mise à profit de la Plateforme GAVI pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de remplacement des réfrigérateurs à gaz ;</p> <p>Plaidoyer auprès des entités étatiques concernées pour la prise en charge progressive du financement des vaccins ;</p> <p>Mobilisation de fonds auprès des partenaires pour contribuer au financement du programme.</p>

**Tableau 8: Composante: Communication**

Forces	Faiblesses	Implication pour le MSPP et le PEV
--------	------------	------------------------------------

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>	<b>Implication pour le MSPP et le PEV</b>
Existence d'un plan stratégique de communication pour la vaccination de routine ;	Le plan stratégique n'a pas été mis en œuvre de façon intégrale.	Développement d'une stratégie nationale de communication cohérente et adaptée pour le PEV de routine.
Existence de données de recherche mettant en évidence les connaissances attitudes pratiques de la population en matière de vaccination ;	L'absence d'activités continues de communication pour la vaccination limite l'accès de la population à l'information sauf en période de campagne.	
Existence d'un réseau de journalistes en santé et d'un réseau de stations radios de communication qui aident à la promotion de la vaccination	Les activités de communication pour le PEV ne bénéficient pas de support financier suffisant.	Mobilisation de fonds suffisants pour le programme national de communication pour le PEV.

**Tableau 9: Composante : Surveillance épidémiologique**

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>	<b>Implication pour le MSPP et le PEV</b>
Existence de documents normatifs ; Standardisation des outils de collecte ; Existence d'un programme d'évaluation externe de la qualité des tests de labo réalisés par le LNSP.	La surveillance épidémiologique des MEVs est limitée à la surveillance sentinelle.	Passage de la surveillance sentinelle à la surveillance totale impliquant toutes les institutions sanitaires ;  Mise en œuvre de la surveillance épidémiologique communautaire ;
Leadership de la DELR ; Existence de mécanismes de coordination entre la DPEV et la DERL ; Suivi hebdomadaire des données épidémiologiques.	Sous-notification des cas ; Rupture fréquente de stock de matériel et d'intrants.	Adoption de mesures nécessaires et mise en place des mécanismes administratifs adéquats pour éviter les ruptures de stock de matériels et de réactifs de labo
Personnel compétent grâce à la formation continue.		

**Tableau 10: Composante : Suivi Evaluation**

<b>Forces</b>	<b>Faiblesses</b>	<b>Implication pour le MSPP et le PEV</b>
Existence d'une structure intégrée de suivi et d'évaluation	Faible complétude et promptitude des rapports dans la plupart des départements.	Identification des goulots d'étranglement qui interfèrent avec la complétude des données de vaccination.
Existence de documents de collecte de données pour le niveau institutionnel ; Existence d'un outil informatique de gestion des données au niveau central et départemental.	Rupture fréquente de stock des outils de collecte Monitoring des données de la vaccination n'est pas réalisé à tous les niveaux ; Collecte des données de vaccination dans le secteur privé lucratif non formalisée et non institutionnalisée.	<p>Organisation de la production et de la dissémination des outils de collecte ;</p> <p>Identification des goulots d'étranglement qui interfèrent avec la complétude et la promptitude des données de vaccination ;</p> <p>Formation des prestataires au remplissage, à l'interprétation et à l'utilisation effective du graphique de suivi des couvertures vaccinales.</p> <p>Institutionnalisation et vulgarisation du Bulletin mensuel d'informations sur les performances du PEV ;</p> <p>Adoption de mesures légales pour impliquer le sous-secteur privé lucratif à la collecte et au rapportage de données.</p>
	Non tenue des réunions trimestrielles de monitoring du PEV par les départements.	<p>Mobilisation de ressources nécessaires pour la revue annuelle du PEV pour 2016 ;</p> <p>Organisation de 2 réunions semestrielles de monitoring du PEV au niveau national PEV.</p>

## IV. PROBLEMES PRIORITAIRES / FIXATION DES PRIORITES

Dans le cadre du processus d'élaboration du PPAC/PEV-2016-2020, l'analyse des contextes et des tendances de l'environnement externe et des composantes du PEV, permet d'adresser les problèmes prioritaires qui interfèrent avec l'atteinte des objectifs du programme. Le Pays doit nécessairement adresser ces éléments compte tenu des enjeux nationaux et des engagements internationaux d'Haïti. Les composantes retenues sont au nombre de 8. Elles sont liées aux éléments constitutifs du système de santé. Ce sont :

- La prestation des services de vaccination ;
- La gouvernance globale du PEV ;
- La gestion des ressources humaines ;
- La logistique des intrants ;
- La génération de la demande (communication) ;
- La surveillance épidémiologique ;
- Le système d'information du PEV
- Le financement.

En raison de la capacité du programme à les mettre en œuvre et de leur efficacité technique les problèmes prioritaires suivants ont été retenus :

### 4.1. Prestation de service de vaccination.

- Manque d'accès universel à la vaccination en mettant l'accent sur :
- Présence de disparités liées à la disponibilité des services de vaccination et la fréquence de l'offre effective et efficiente de service de la vaccination routinière.

### 4.2. Gestion du programme & Gouvernance

- Manque d'implication de tous les organismes d'état concernés, de toutes les structures du ministère de la santé, de tous les partenaires du secteur santé, de toutes les forces organisées de la société civile ;
- Manque de mécanismes d'encadrement et de contrôle de qualité susceptible de garantir la capacité des interventions à générer des effets positifs par rapport aux objectifs ;
- Absence de loi sur la vaccination ;
- Présence de goulots d'étranglement qui interfèrent avec la disponibilité et l'utilisation des outils de collecte dans les départements et les institutions et avec la complétude des données de vaccination ;
- Irrégularité à tous les niveaux de monitoring des activités de vaccination.

### 4.3. Ressources Humaines

- Absence à tous les niveaux d'une masse critique suffisante et permanente de personnel compétent et imbu de leurs tâches, pour la gestion du PEV.

#### 4.4. Logistique (Intrants et Chaîne de froid)

- La disponibilité des vaccins et intrants de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire non garantie sur le long terme ;
- Pertes fréquentes en vaccins ;
- Fonctionnement inefficace de la chaîne de froid et de la chaîne d'approvisionnement.

#### 4.5. Communication et Génération de la Demande

- Manque d'utilisation adéquate des services de vaccination ;
- Absence d'alliances solides avec les masses media et de structure formelle de plaidoyer ;
- Manque de communication et de coordination entre les différentes structures du MSPP d'une part, du PEV et des autres partenaires du secteur de santé d'autre part.

#### 4.6. Surveillance

- Non atteinte des indicateurs de performance de la surveillance des MEV selon les normes internationales ;
- Faiblesse de la surveillance sentinelle par rapport à une surveillance plus exhaustive incluant toutes les institutions sanitaires du pays ;
- Incapacité de maintenir et d'absorber dans le système les Ressources humaines qui aident à la recherche active de cas ;
- Faiblesse de la surveillance épidémiologique à base communautaire des MEV.

#### 4.7. Système d'information du PEV

- Faiblesse dans la collecte et la fiabilité de données ;
- Absence d'un système d'analyse régulière des données générées à des fins de prise de décisions.

#### 4.8. Coût et Financement

- Absence de financement national des vaccins et faiblesse du financement national en faveur du PEV
- Désengagement de l'Etat haïtien pour le financement de la santé
- Prédicibilité insuffisante des engagements financiers en faveur du PEV (part importante des financements à court terme)
- Faiblesses dans la gouvernance, la gestion et la pérennité du PEV
- Insuffisance de ressources techniques nationales sur le financement de la santé
- Manque de connaissances sur l'importance de la vaccination, ses coûts, son financement, etc.
- Intérêt national insuffisant aux questions de santé
- Modalités de l'aide externe et système de financement du PEV inefficients
- Faiblesses de la dimension nationale du PEV
- Absence d'un chantier national visant valablement l'objectif de couverture sanitaire universelle



## V. PLAN PLURI ANNUEL 2016 - 2020

### 5.1. Vision

Sous le leadership des autorités sanitaires, à travers des interventions coordonnées, efficaces, des autres entités étatiques, des partenaires en santé nationaux et internationaux, de certaines composantes de la société civile Haïtienne, ce plan permettra d'éliminer, d'éradiquer ou de contrôler à moyen terme en Haïti, les maladies évitables par la vaccination et de réduire par ainsi la mortalité infantile. Cette vision est en cohérence avec la politique nationale se santé et les lignes stratégiques définies par le GVAP.

### 5.2. But

Ce plan est conçu dans le but de réduire de 2016- 2020 valablement la morbi-mortalité infantile dues aux maladies évitables par la vaccination

### 5.3. Objectif général

Améliorer la performance globale du programme élargi de vaccination (PEV) en Haïti en renforçant globalement l'offre de services notamment la vaccination de routine, la gouvernance locale et la surveillance épidémiologique ; également en développant des stratégies innovantes de communication et des mécanismes de financements appropriés et adaptés.

### 5.4. Cibles du PEV (2016-2020)

Les groupes cibles du PEV sont définis au niveau du plan pluri annuel de 2016 à 2020 ; ils sont déterminés à partir des données du dernier recensement de 2013 et d'un taux national de croissance décrit au niveau du tableau ci-dessous.

Tableau 11: Projection des groupes cibles du PEV pour le quinquennat 2015-2020

	Année 2015	Année 2016	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020
<b>Femmes enceintes</b>	272795	276951	281119	285288	289444	293575
<b>Nouveaux nés</b>	305531	310185	314854	319523	324178	328804
<b>Enfants de moins de 1 an</b>	264195	264438	264550	264530	264375	264084
<b>Enfants de 1 à 4 ans</b>	1023927	1026865	1029368	1031376	1032827	1033659

Tableau 12 : Objectifs spécifiques par antigène

Antigènes	Année de base (2015)	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Vaccins de routine</b>	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	
<b>Enfant de moins d'un an</b>						

Antigènes	Année de base (2015)	2016	2017	2018	2019	2020
BCG	71,7%	80%	85%	90%	95%	95%
DTC-HepB-Hib3	-	90%	90%	90%	95%	95%
VPO1	-	80%	85%	90%	95%	95%
VPO3	75,5%	80%	85%	90%	95%	95%
VPI	-	80%	85%	90%	95%	95%
Pneumo3	-	40%	80%	85%	90%	95%
RR	64.4%	80%	85%	90%	95%	95%
Rota2	55,1%	70%	80%	85%	90%	95%
<b>Enfant de 1 à 4 ans</b>						
DTC (DiTePer)		70%	75%	80%	95%	90%
<b>Femmes Enceintes</b>						
dT2+	60%	80%	85%	90%	95%	95%

## 5.5. Stratégies et interventions essentielles

### 5.5.1. Axe stratégique 1 : Renforcement de la vaccination de routine et extension de services.

#### Objectifs Spécifiques

- Porter de 2016 à 2020, au niveau national départemental et communal, la couverture vaccinale effective des moins d'un an pour tous les vaccins du PEV, au moins à 95%;
- Porter de 2016 à 2020, au niveau national départemental et communal, la couverture vaccinale effective des femmes enceintes par le DT2 au moins à 80% ;
- Vacciner en 2016 et en 2020, 95% des enfants de 9 mois à 5 ans et de 0 à 5 ans respectivement contre la RR et contre la polio en vue d'éliminer les susceptibles et protéger les acquis en termes d'élimination de la rougeole, la rubéole et d'éradication de la polio.

Objectifs spécifiques	Stratégies	Interventions essentielles
Porter de 2016 à 2020, au niveau national départemental et communal, la couverture vaccinale effective des moins d'un an pour tous les vaccins du PEV, au moins, à 95%.	Renforcement et extension des réseaux institutionnel et communautaire de services de vaccination.	Vaccination régulière au niveau institutionnel et au niveau communautaire tous les enfants de moins de 1 an et toutes les femmes enceintes qui fréquentent une institution sanitaire ou un poste de rassemblement.
	Résolution des problèmes d'approvisionnement qui affectent l'offre quotidienne de services et engendrent les occasions perdues de vaccination.	Intégration dans le réseau institutionnel du PEV d'environ 300 nouvelles institutions sanitaires.
		Réduction des déficits de l'offre de services institutionnels de vaccination

Objectifs spécifiques	Stratégies	Interventions essentielles
		Mise en place de l'approche RED dans 100 % des communes du pays
Porter de 2016 à 2020, au niveau national départemental et communal, la couverture vaccinale effective des femmes enceintes par le DT2 au moins à 80% ;	Intégration dans le PEV de toutes les institutions publiques et philanthropiques non encore investies dans le PEV	Poursuite de la mise en œuvre des recommandations de l'évaluation de la GEV en vue s'assurer de la mise en place d'un système efficace de distribution des vaccins et intrants.
		Introduction de nouveaux vaccins (Anti-pneumo coque en 2017/HPV 2018)
		Organisation par les prestataires de stratégies avancées pour la prestation de services de Vaccination
		Disponibilité permanente du PES en matière de santé maternelle
		Implémentation des mesures de lutte requises selon l'agenda inachevé en vue de l'élimination du TNN
Vacciner en 2016 et en 2020, 95% des enfants de 9 mois à 5 ans et de 0 à 5 ans respectivement contre la RR et contre la polio en vue d'éliminer les susceptibles et protéger les acquis en terme d'élimination de la rougeole, la rubéole et d'éradication de la polio.	<p>Réduction à 0 % des risques d'importation des virus de la rougeole/rubéole et de la polio en Haïti</p> <p>Organisation d'une campagne de vaccination contre la rougeole, la rubéole et la polio</p> <p>Complétude des calendriers vaccinaux par la vaccination scolaire</p>	Prise en compte des problèmes mis en évidence par l'enquête CAP réalisée en 2014
		Elimination des facteurs éducationnels qui interfèrent avec la fidélisation des clients et handicapent l'utilisation adéquate des services de vaccination
		Adaptation du calendrier de vaccination et des supports
		Vaccination intensive contre la rougeole et la rubéole pendant 15 jour des enfants de 9 mois à 5 ans et contre la polio des enfants de 0 à 5 ans.

### 5.5.2. Axe stratégique 2 : Renforcement de la gouvernance globale

#### Objectifs spécifiques

- Disposer, d'ici 2018, d'un instrument légal de support et d'un cadre de référence à la mise en œuvre de la Politique Nationale de Vaccination ;
- Institutionnaliser en 2016 le fonctionnement des structures de coordination du PEV (CTPEV, CCIA);
- Renforcer, de 2016 à 2020, l'organisation et les compétences managériales des structures de gestion du PEV ;

- Réaliser au cours des 5 prochaines années 100% des réunions semestrielles de monitoring du programme au niveau national et au moins 80% des réunions trimestrielles départementales.
- Continuer la mise en applications des recommandations issues des évaluations du PEV réalisées de 2010 à 2015.

Objectifs spécifiques	Stratégies	Interventions essentielles
Disposer d'ici 2018 d'un instrument légal de support et d'un cadre de référence à la mise en œuvre de la Politique de la vaccination.	Renforcement de la coordination extra-sectorielle	<p>Mise en place d'un comité multisectorielle formé de représentants de ministères sociaux concernés par le PEV, du Ministère de l'Economie et des Finances, du Ministère du Plan et du parlement</p> <p>Création de partenariat avec la société civile.</p> <p>Elaboration et mise en œuvre de la Politique Nationale de Vaccination</p> <p>Elaboration d'une loi sur la vaccination</p>
Institutionnaliser en 2016 le fonctionnement des structures intra sectorielles de coordination du PEV.	<p>Formalisation de l'organisation et du fonctionnement du CCIA et du CTEPV</p> <p>Renforcement des capacités de plaidoyer du PEV au profit de sa promotion et de sa viabilité financière.</p>	<p>Institutionnalisation du CCIA et du CTPEV via une procédure légale ou administrative</p> <p>Organisation régulière de réunions de coordination</p>
Renforcer, de 2016 à 2020, l'organisation et les compétences managériales des structures de gestion du PEV	<p>Formalisation de l'évaluation de l'organisation et des compétences managériales de la DPEV et des structures départementales de coordination du PEV</p> <p>Respect strict des recommandations découlant des constats issus de l'évaluation</p>	<p>Réalisation d'une analyse institutionnelle du PEV</p> <p>Inventaires des ONG et Projets intervenant dans le domaine de la santé et Vaccination en vue d'une meilleure coordination.</p> <p>Elaboration et implémentation d'un plan de renforcement de l'organisation et des compétences de gestion de la DPEV et des structures départementales de coordination du PEV.</p> <p>Mise en application sur une base régulière des outils nécessaires à la rationalisation du cycle annuel de planification</p> <p>Organisation à l'intention des nouveaux cadres de la DPEV et des coordonnatrices départementales du PEV d'un Cours MLM</p>

Objectifs spécifiques	Stratégies	Interventions essentielles
Réaliser, d'ici 2020, 100% des réunions semestrielles de monitoring du programme au niveau national et au moins 80% des réunions trimestrielles départementales	Institutionnalisation à tous les niveaux des réunions régulières de monitoring des indicateurs de performance du PEV	Réalisation de 2 réunions semestrielles de monitoring du PEV au niveau national Réalisation de 4 réunions trimestrielles de monitoring du programme au niveau de chaque département
Appliquer les recommandations issues des évaluations du PEV réalisées durant le quinquennat	Suivi des plans de réponses aux problèmes identifiés dans les évaluations du PEV réalisées de 2010 à 2015	Continuation des activités programmées en réponses aux problèmes identifiés dans les évaluations suivantes : GEV-Joint Apraisal, PIE, DQA)

### 5.5.3. Axe stratégique3 : Renforcement des compétences du personnel du PEV

- Améliorer, de 2016 à 2020, les compétences de 100 % du personnel du PEV aux niveaux central et départemental ;
- Réaliser de façon effective la supervision formative intégrée du PEV.

Objectifs spécifiques	Stratégies	Interventions essentielles
Améliorer, de 2016 à 2020, les compétences de 100 % du personnel du PEV à tous les niveaux.	Dotation en personnel qualifié et suffisant de toutes les unités de production et de travail liées au PEV	Réalisation d'une évaluation nationale des besoins en formation dans toutes les unités de gestion, de prestation de services de vaccination, de services de supports liés au PEV Identification des professionnels à former et réalisation des sessions de formation Organisation du suivi de la formation Recrutement de nouveaux talents
Réaliser de façon effective la supervision formative intégrée du PEV	Encadrement du personnel	Actualisation ou élaboration des outils nécessaires à la mise en place de la supervision formative intégrée Formation du personnel du niveau central et départemental à l'utilisation de ces outils Réalisation à tous les niveaux des visites régulières de supervision : - Chaque 3 mois niveau départemental par le niveau central ; - Chaque mois niveau local par le départemental

#### 5.5.4. Axe stratégique 4 : Renforcement de la logistique des intrants

##### Objectifs spécifiques

- Assurer, d'ici 2020, la disponibilité permanente des vaccins et autres intrants de qualité au niveau du dépôt central et dans 100% des départements et 100% des Institutions offrant les services de vaccination;
- Réduire, d'ici 2020, de 70% le niveau la perte en vaccins ;
- Augmenter, d'ici 2020, de 80 % la couverture en réfrigérateur fonctionnel au niveau des Institutions sanitaires ;

Objectifs spécifiques	Stratégies	Interventions essentielles
D'ici 2020, assurer la disponibilité permanente des vaccins et autres intrants de qualité au niveau du dépôt central et dans 100% des départements et 100% des Institutions offrant les services de vaccination.	<p>Développement d'un mécanisme d'approvisionnement régulier en vaccins et autres intrants des dépôts et des institutions prestataires</p> <p>Transfert de la gestion du dépôt central au MSPP</p> <p>Renforcement de la capacité de stockage des dépôts périphériques et départementaux</p> <p>Prévention de tous les accidents et autres effets négatifs résultants d'un traitement inadéquat des déchets</p> <p>Elimination de tous les facteurs liés au transport qui favorisent les ruptures de stock</p>	Formation et la supervision continue des agents à tous les niveaux à la gestion des vaccins
		Utilisation du VSSM au niveau central et des 10 départements
		Réhabilitation du dépôt central du MSPP
		Dotation de la DPEV et des départements en équipements informatiques et en connexion internet pour la gestion des vaccins et le monitoring des données
		Dissémination des procédures opératoires normalisées développées dans le cadre de la GEV
		Réalisation d'inventaires physiques périodiques par niveau de dépôt
		Informatisation du système d'information logistique)
		Transfert des chambres froides au dépôt réhabilité et acquisition d'une chambre froide pour le dépôt
D'ici 2020, Réduire de 70% le niveau de perte en vaccins	Réduction des pertes liées au système et à l'administration	Acquisition et installation d'un système d'enregistrement continu de température dans les chambres froides centrales, les départements et les institutions
		Réalisation d'une évaluation GEV en début de quinquennat

Objectifs spécifiques	Stratégies	Interventions essentielles
D'ici 2020, augmenter de 80% la couverture en réfrigérateur fonctionnel au niveau des Institutions sanitaires	Maintenance continue des équipements existants  Solarisation des réfrigérateurs au niveau des institutions et Départements	Dotation des dépôts départementaux et des institutions en glacières et porte vaccins
		Dotation du dépôt départemental de l'Ouest d'une chambre froide
		Elaboration des normes et procédure pour le transport des vaccins et autres intrants
		Formation des agents de maintenance préventive et curative (solaire et gaz)
		Solarisation du parc frigorifique par la dotation de réfrigérateurs solaires aux dépôts et à 650 institutions sanitaires
		Acquisition des matériels et outils de réparation et pièces de recharge en quantité suffisante (Solaire et à gaz)
		Disponibilité continue du Gaz Propane pour répondre aux besoins des institutions

### 5.5.5. Axe stratégique 5: Recadrage de la composante communication et génération de la Demande

#### Objectifs Spécifiques

- De 2016 à 2020, établir ou resserrer les liens de partenariat entre le PEV et les organisations de la société civile pouvant aider à la promotion du programme ;
- Susciter une demande plus spécifique et une utilisation plus adéquate de services de vaccination ;
- Au moins 60% des stations radios commerciales et 100% des radios communautaires appuient de façon continue les activités de promotion en matière de vaccination.

Objectifs spécifiques	Stratégies	Interventions essentielles
DE 2016 à 2020 établir ou resserrer les liens de partenariat entre le PEV et les organisations de la société civile pouvant aider à la promotion du programme.	Engagement des autorités - Politique- Administrative- Religieuses- Traditionnelles (APART) et les organisations de la Société Civile (OSC) du niveau central (national) et de toutes les communes du pays dans les activités de vaccination	Plaidoyer auprès du parlement pour l'allocation fonds pour la vaccination et pour le suivi du décaissement ;  Plaidoyer auprès du gouvernement pour le décaissement effectif ;  Plaidoyer auprès des responsables des Eglises, des leaders traditionnels (Vaudou, Matrones...) pour la promotion du PEV
Susciter une demande plus spécifique et une utilisation plus adéquate de services de vaccination.	Promotion de la communication pour le changement de comportement en faveur de la vaccination	Formation des Agents de Santé en communication Interpersonnel et Communication de masse.  Dotation des Institution sanitaires en matériels de communication.  Large diffusion de message en

Objectifs spécifiques	Stratégies	Interventions essentielles
		<p>utilisant les canaux efficaces de façon synergique.</p> <p>Développement de partenariat avec les opérateurs de téléphonie mobile</p>
	<p>Promotion/ extension de l'approche communautaire</p>	<p>Renforcement des compétences en technique de communication des agents sanitaires incluant les relais communautaires ;</p> <p>Harmonisation de l'approche communautaire ;</p> <p>Production des supports IEC supportant les messages des agents communautaires ;</p> <p>Célébration des événements spéciaux ;</p> <p>Développement de l'approche "éducation par les paires" (pair éducateur, groupement des femmes, association des jeunes, les fidèles,...).</p>
	<p>Renforcement des recherches opérationnelles</p>	<p>Réalisation d'enquêtes CAP périodiques ;</p> <p>Développement d'un cadre d'analyse en matière de communication dans le système de suivi/supervision de routine.</p>
<p>Au moins 60% des Station radio commerciale et 100% des radios communautaires appuient de façon continue les activités de promotion en matière de vaccination</p>	<p>Mobilisation sociale, Développement d'accords de partenariat.</p>	<p>Développement du partenariat avec le Ministère de l'Information, de la Culture et de la Communication ;</p> <p>Développement de partenariat avec le radio communautaire ;</p> <p>Renforcement de capacités des animateurs radio et des journalistes.</p> <p>Mobilisation pour la promotion du PEV de principales organisations de la société civile œuvrant dans la promotion de la santé.</p>

### 5.5.6. Axe stratégique6 : Renforcement de la surveillance épidémiologique

#### Objectifs spécifiques

- Rendre le sous-système de surveillance épidémiologique apte à détecter et à mesurer les tendances épidémiologique des maladies évitables par la vaccination
- Evaluer l'impact vaccinal pour le pentavalent, le rota virus, le pneumocoque



Objectifs spécifiques	Stratégies	Interventions essentielles
Rendre le sous-système de surveillance épidémiologique apte à détecter et à mesurer les tendances épidémiologiques des maladies évitables par la vaccination	Normalisation et institutionnalisation du sous-système de surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination dans le cadre du PEV	Elaboration d'un cadre technique et opérationnel pour l'organisation de la surveillance épidémiologique des MEVs ;  Actualisation et diffusion du manuel de normes et procédures.
	Renforcement des stratégies de surveillance de toutes les MEVs ciblées par le PEV	Recrutement et déploiement de 37 officiers de surveillance additionnels ;  Formation et équipement des OSE recrutés.  Approvisionnement d'OSE en kits de prélèvement ;  Approvisionnement en réactifs des laboratoires ;  Formation au besoin des techniciens des laboratoires ;  Gestion des spécimens ;  Implication des agents de santé dans la surveillance épidémiologique communautaire ;  Recherches actives des cas institutionnels et communautaires Implication des cabinets médicaux privés dans la surveillance épidémiologique ;  Collecte et analyse de données ;  Reportage
	Extension de la surveillance du CA du col  Documentation des données épidémiologiques et application des procédures pour la reconnaissance d'Haïti comme pays libre de certaines MEVs	Identification des sites pour l'introduction de la surveillance sentinelle ;  Formation du personnel sur la surveillance du CA du col ;  Production et reproduction des fiches techniques  Réalisation de la pré-évaluation de l'élimination du TNN en Haïti ;  Elaboration et soumission de la documentation de l'élimination du TNN ;  Elaboration et soumission de la documentation de l'élimination de rougeole, la rubéole, le syndrome de

Objectifs spécifiques	Stratégies	Interventions essentielles
		rubéole congénitale.
Evaluer l'impact vaccinal pour le pentavalent, le rota virus, le pneumocoque	Planification et exécution de la recherche	Elaboration des protocoles d'étude ; Implantation des protocoles d'étude : - Enquête de couverture vaccinale et de séroprévalence de la RR, du tétanos chez les enfants de 12 mois à 6 ans - Enquête de séroprévalence de HepB chez les enfants de 5 à 6 ans - Enquête de couverture vaccinale et de séroprévalence chez les femmes âgées de 15 à 39 ans

### 5.5.7. Axe stratégique 7 : Renforcement du système d'information du PEV

#### Objectif spécifique

- Générer des données fiables et complètes pour la prise de décisions

Objectifs spécifiques	Stratégies	Interventions essentielles
Générer des données fiables et complètes pour la prise de décisions	Collecte de données de vaccination et rapportage régulier	Production d'outils standards de collecte et de reportage ;  Approvisionnement régulier des départements et institutions pour éviter toute rupture de stock de formulaire de collecte et de reportage ;  Actions administratives ponctuelles pour exiger la complétude des rapports et de données ;  Au besoin, renforcement des compétences pour l'élaboration des rapports.
	Analyse des rapports de vaccination à des fins de prises de décision	Analyse de la conformité des rapports de vaccination ;  Analyse des données de vaccination à tous les niveaux ;  Publication des rapports.
	Evaluation de la qualité des données	Réalisation d'un DQA chaque année.

### 5.5.8 Axe stratégique 8 : Consolidation du financement du PEV sur une base régulière

#### Objectif spécifique

- Renforcer la capacité du PEV de mobiliser et d'utiliser de manière efficiente et transparente les ressources domestiques et externes nécessaires à l'atteinte des objectifs à moyen et long terme de la vaccination à travers toutes ses dimensions (accès, utilisation, qualité, sécurité et équité)

Objectifs spécifiques	Stratégies	Interventions essentielles	
Renforcer la capacité du PEV de mobiliser et d'utiliser de manière efficiente et transparente les ressources domestiques et externes nécessaires à l'atteinte des objectifs à moyen et long terme de la vaccination à travers toutes ses dimensions (accès, utilisation, qualité, sécurité et équité)	Renforcement de la composante <Financement> du PEV	Evaluer la composante <Financement> et mettre en œuvre ses recommandations	
		Développer des compétences nationales	
		« Routiniser » la pratique des questions financières au sein du PEV	
		Produire des connaissances sur le financement du PEV	
	Développement de stratégies pour améliorer le financement national de la vaccination		Elaborer un plan progressif de cofinancement national des vaccins
			Analyser et conceptualiser un système de financement du PEV plus efficient, plus transparent, plus pérenne et favorable au renforcement progressif du MSPP et de l'État Haïtien
			analyser et éventuellement conceptualiser l'option d'une « taxe ciblée »
			Analyser et éventuellement conceptualiser l'option d'un « fonds national d'affectation spéciale »
			Analyser et éventuellement conceptualiser d'autres options de financement innovant adapté au contexte
Amélioration de la gouvernance, de l'efficience et de la pérennité du PEV		Evaluer la gouvernance, la gestion et la pérennité du programme PEV	
		Mettre en œuvre le plan d'amélioration de la gouvernance, de l'efficience et de la pérennité du PEV	
		Développer et expérimenter	

		l'utilisation d'une plate-forme technologique pour améliorer la MEO du PEV
		Renforcer l'appropriation nationale du PEV et le leadership du MSPP
	Transfert de connaissances et plaidoyer pour améliorer l'appropriation nationale et le financement du programme de vaccination	Elaborer le plan de transfert de connaissances (TC) & plaidoyer
		Vulgariser et diffuser des connaissances sur l'importance de la vaccination, ses coûts, son rapport coût/efficacité, son financement, etc.
		Mettre en œuvre le Plan Plaidoyer (groupes cibles : population, média, OSC, gouvernement, parlementaires, etc.)
	Capitalisation et lien à l'objectif national de CSU	Suivre/analyser les processus de pérennisation du PEV
		Evaluer les effets de l'intervention sur la pérennité du PEV
		Capitaliser cette expérience de renforcement de la VF et de la pérennité d'un programme national de santé prioritaire
		Lier l'ensemble des travaux à l'objectif de couverture santé universelle

## 5.6. Stratégies de viabilité financière

La stratégie du plan de renforcement de la viabilité financière « *La viabilité financière du programme national de vaccination, une souveraineté à (ré)inventer* » est celle précédemment résumée dans l'axe stratégique n°8 (5.5.8).

Ce plan doit encore être partagé et bonifier avec les principaux partenaires en juillet 2016.

L'objectif de ce plan vise à « Renforcer la capacité du PEV de mobiliser et d'utiliser de manière efficiente et transparente les ressources domestiques et externes nécessaires à l'atteinte des objectifs à moyen et long terme de la vaccination à travers toutes ses dimensions (accès, utilisation, qualité, sécurité et équité) »

Les axes stratégiques de ce plan seraient :

- i) Renforcement de la composante <Financement> du PEV
- ii) Développement de stratégies pour améliorer le financement national de la vaccination

- iii) Amélioration de la gouvernance, de l'efficacité et de la pérennité du PEV
- iv) Transfert de connaissances et plaidoyer pour améliorer l'appropriation nationale et le financement du programme de vaccination
- v) Capitalisation et lien à l'objectif national de CSU

L'intervention essentielle « Routiniser » la pratique des questions financières au sein du PEV> de i) réfèrent à des activités relatives au système d'informations financières nécessaire, au costing, à la budgétisation, au suivi budgétaire, aux analyses financières, à la reddition de compte, à la transparence, etc.

L'amélioration de la gouvernance et de l'efficacité, en partie liée à la gestion du programme, sera mise en œuvre en synergie avec les autres axes stratégiques de ce PPAc prévoyant également ces interventions.

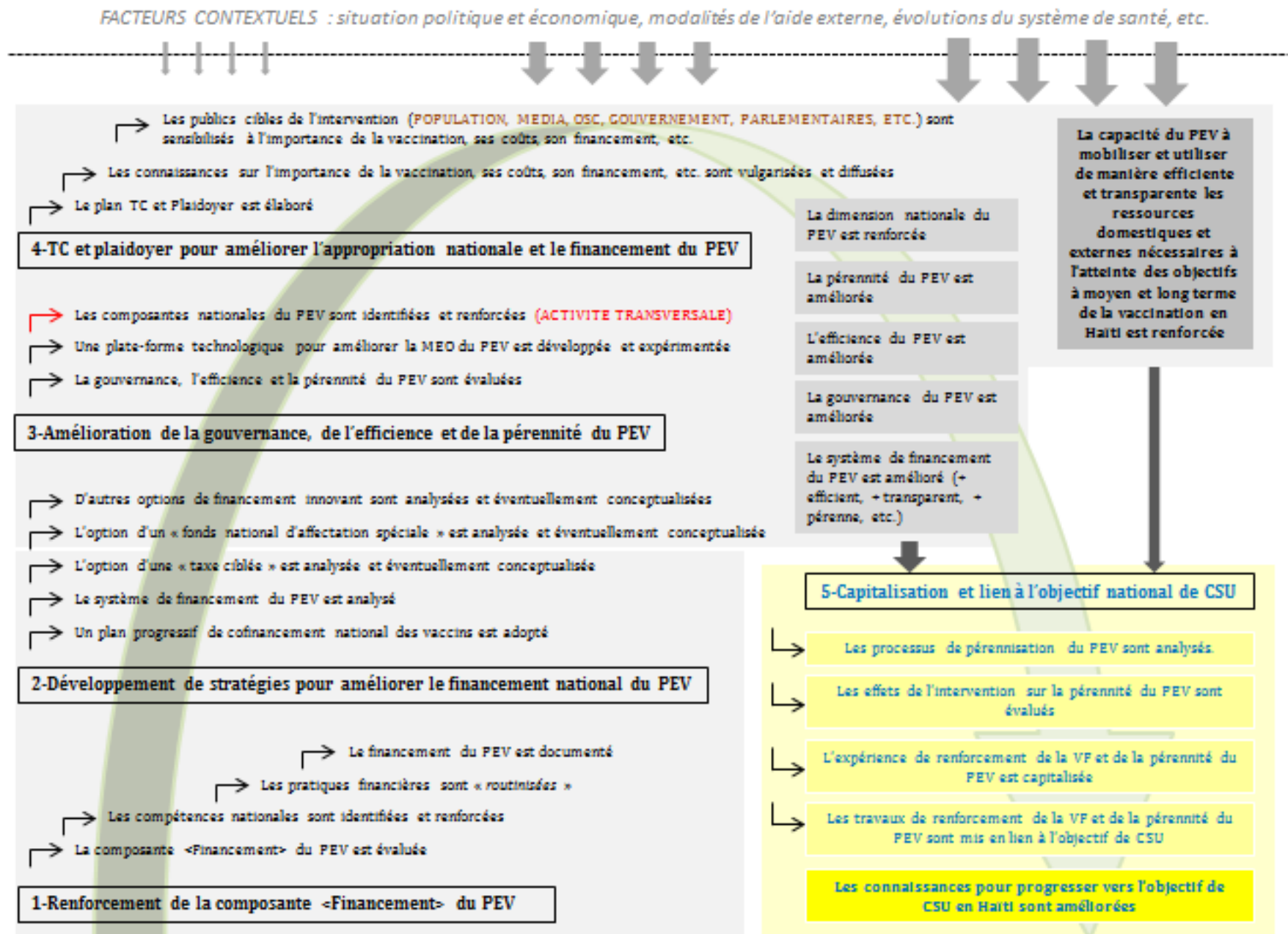
L'intervention essentielle <Renforcer l'appropriation nationale du PEV et le leadership du MSPP> placée sous l'axe stratégique iii) est en fait transversale à l'ensemble du plan de renforcement de la viabilité financière du PEV. Nous la considérons comme critique pour la pérennisation progressive du PEV.

Le plan plaidoyer de l'axe stratégique iv) ciblerait plusieurs groupes cibles telles que la population, les médias, les OSC, le gouvernement, les parlementaires, etc. de manière spécifique.

La viabilité financière du PEV passe par une bonne intégration du programme dans la mise en œuvre de la politique nationale de santé. Notre plan de renforcement de la viabilité financière du PEV va relever certains des défis que l'on retrouve sur l'ensemble des programmes de santé prioritaires. Ces défis sont à relever pour le PEV. Ils ne nous semblent pas encore négociables à l'échelle du secteur santé en simultané dans les conditions actuelles. Cependant nous avons l'ambition que ce que nous pourrions réaliser pour le PEV concernant sa viabilité financière et à sa pérennisation puisse servir à terme à l'ensemble du secteur santé à travers, nous l'espérons, la réalisation de l'objectif de couverture sanitaire universelle qui reste à organiser.

La modèle logique intérimaire de ce plan est représenté dans la figure <...>.

Figure 2 : modèle logique du plan de renforcement de la viabilité financière



## 5.7. Coûts, financements et analyse

- Principales données de coûts

Nous présentons les principales données de coûts du PPAc 2016-2020 à l'aide de quelques tableaux et commentaires et joignons en annexe la version en cours de l'outil de calcul des coûts et de financement du PPAc 2016-2020 (version du 5 juillet 2016).

Les coûts des activités supplémentaires de vaccination ne sont pas présentés car toutes les campagnes envisagées durant la période 2016-2020 ne sont pas encore planifiées avec précision.

### *Les coûts par catégories*

Les coûts récurrents de la vaccination systématique par année et par catégorie de coûts du PPAc 2016-2020 (exclus les coûts partagés et les coûts des activités supplémentaires de vaccination) sont présentés dans le tableau 13.

**Tableau 13 : coûts (US\$) par année et par catégorie de coûts du PPAc 2016-2020 (exclus les coûts partagés et les coûts des activités supplémentaires de vaccination)**

Catégorie de coûts/Année	2016	2017	2018	2019	2020
Vaccins traditionnels	\$717,413	\$727,168	\$728,553	\$802,246	\$811,938
Vaccins sous utilisés	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Nouveaux vaccins	\$3,775,504	\$5,996,901	\$7,785,413	\$8,120,711	\$8,563,592
Matériel d'injection	\$117,600	\$163,003	\$201,969	\$212,452	\$219,489
Personnel	\$6,303,502	\$6,469,149	\$6,609,305	\$6,741,491	\$6,876,321
Transport	\$154,953	\$172,410	\$186,079	\$184,403	\$196,175
Autres coûts récurrents de routine	\$7,933,047	\$8,495,789	\$8,415,333	\$8,528,507	\$8,639,622
Véhicules	\$35,700	\$88,434	\$53,060	\$129,892	\$0
Équipements de la chaîne du froid	\$409,395	\$2,381,389	\$2,585,634	\$2,469,125	\$2,457,040
Autres biens d'équipement	\$24,990	\$81,151	\$103,998	\$0	\$4,416
<b>Total</b>	<b>\$19,472,105</b>	<b>\$24,575,394</b>	<b>\$26,669,345</b>	<b>\$27,188,827</b>	<b>\$27,768,593</b>

### *Les coûts par composantes*

Les coûts par année et par composante du PPAc 2016-2020 (inclus les coûts partagés et exclus les coûts des activités supplémentaires de vaccination) sont présentés dans le tableau 14.

**Tableau 14 : coûts (US\$) par année et par composante du PPAc 2016-2020 (inclus les coûts partagés et exclus les coûts des activités supplémentaires de vaccination)**

Composante/Année	2016	2017	2018	2019	2020
Approvisionnement en vaccins & logistiques	\$ 6,667,109	\$ 11,284,842	\$ 13,487,507	\$ 13,826,847	\$ 14,258,575
Prestation des services	\$ 5,819,674	\$ 5,980,264	\$ 6,118,775	\$ 6,235,753	\$ 6,368,552
Plaidoyer et communication	\$ 375,748	\$ 219,958	\$ 228,900	\$ 200,969	\$ 8,203
Monitoring et contrôle des maladies	\$ 1,354,085	\$ 1,400,268	\$ 1,430,362	\$ 1,458,969	\$ 1,488,149
Gestion du programme	\$ 5,255,489	\$ 5,690,062	\$ 5,403,800	\$ 5,466,289	\$ 5,645,114
Coûts partagés du système de santé	\$ 15,158,467	\$ 15,301,124	\$ 15,623,064	\$ 14,853,093	\$ 15,150,155
<b>Total</b>	<b>\$ 34,630,572</b>	<b>\$ 39,876,518</b>	<b>\$ 42,292,409</b>	<b>\$ 42,041,920</b>	<b>\$ 42,918,748</b>

### *Les coûts partagés*

Le détail des coûts partagés du PPAC 2016-2020 et leurs parts par année des coûts totaux du tableau précédent sont présentés dans le tableau 15.

**Tableau 15 : détails des coûts (US\$) partagés du PPAC 2016-2020 par année et % des coûts totaux**

Coûts partagés du système de santé	2016	2017	2018	2019	2020
Personnel	\$9,301,947	\$9,488,736	\$9,678,510	\$9,872,080	\$10,069,522
Transport (véhicules, carburant, entretien)	\$1,182,370	\$1,044,755	\$1,081,568	\$20,768	\$21,183
Bâtiments (construction)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Bâtiments (Overhead)	\$4,674,150	\$4,767,633	\$4,862,986	\$4,960,245	\$5,059,450
<b>Total</b>	<b>\$15,158,467</b>	<b>\$15,301,124</b>	<b>\$15,623,064</b>	<b>\$14,853,093</b>	<b>\$15,150,155</b>
<i>Part des coûts partagés / coûts totaux (%)</i>	44%	38%	37%	35%	35%

Les parts des coûts partagés sont de 35 à 44% selon les années. A noter que la totalité de ces coûts partagés du système de santé ne sont pas financés uniquement par le gouvernement haïtien mais qu'une partie dépend aussi de financements externes.

#### Les coûts par stratégie

Les coûts par année et par stratégie de la vaccination systématique du PPAC 2016-2020 (coûts partagés exclus) sont présentés dans le tableau 16.

**Tableau 16 : coûts (US\$) par année et par stratégie de la vaccination systématique du PPAC 2016-2020 (coûts partagés exclus)**

Stratégie/Année	2016	2017	2018	2019	2020
Livraison aux emplacements fixes	\$32,899,043	\$37,882,692	\$40,177,788	\$39,939,824	\$40,772,811
Activités de stratégie avancée	\$1,731,529	\$1,993,826	\$2,114,620	\$2,102,096	\$2,145,937

Le PEV ne prévoit pas de stratégie mobile.

#### Les coûts des vaccins

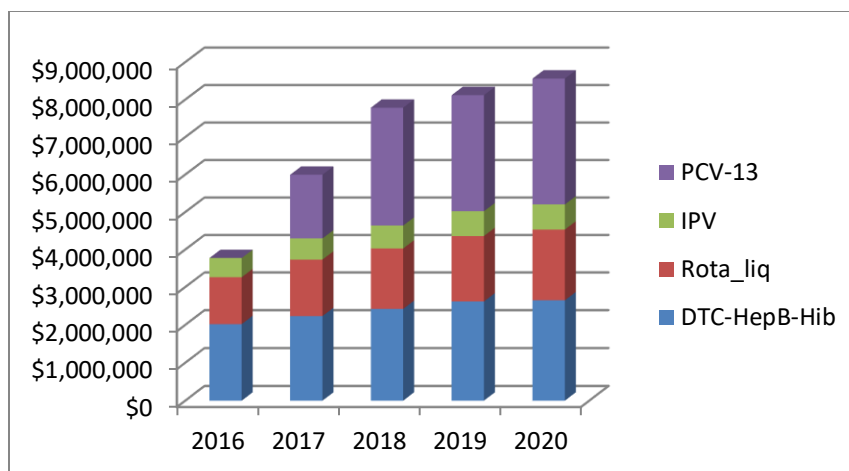
Les coûts par année des vaccins de la vaccination systématique du PPAC 2016-2020 sont présentés dans le tableau 17.

**Tableau 17 : coûts (US\$) par année des vaccins de la vaccination systématique du PPAC 2016-2020**

Vaccins (inclus fret)	2016	2017	2018	2019	2020
BCG	\$73,309	\$71,966	\$58,869	\$67,815	\$68,637
bVPO	\$192,626	\$194,670	\$199,234	\$218,498	\$221,144
RR	\$357,840	\$365,018	\$372,878	\$408,930	\$413,855
DT	\$93,639	\$95,513	\$97,571	\$107,004	\$108,302
<i>Vaccins traditionnels</i>	<i>\$717,413</i>	<i>\$727,168</i>	<i>\$728,553</i>	<i>\$802,246</i>	<i>\$811,938</i>
DTC-HepB-Hib	\$2,021,750	\$2,233,250	\$2,421,750	\$2,618,250	\$2,650,000
Rota_liq	\$1,241,514	\$1,498,661	\$1,606,573	\$1,742,121	\$1,883,722
IPV	\$512,240	\$565,820	\$613,510	\$663,290	\$671,460
PCV-13	\$0	\$1,699,170	\$3,143,580	\$3,097,050	\$3,358,410
<i>Nouveaux vaccins</i>	<i>\$3,775,504</i>	<i>\$5,996,901</i>	<i>\$7,785,413</i>	<i>\$8,120,711</i>	<i>\$8,563,592</i>
<b>TOTAL</b>	<b>\$4,492,918</b>	<b>\$6,724,069</b>	<b>\$8,513,965</b>	<b>\$8,922,957</b>	<b>\$9,375,531</b>

**Graphique 17 : évolution des coûts (US\$) des nouveaux vaccins (vaccination systématique du PPAC 2016-2020)**





Le coût des nouveaux vaccins devrait plus que doubler entre 2016 et 2020 (226%). Il s'agit d'une augmentation très importante durant le PPAc 2016-2020 pour un programme confronté déjà à de grosses difficultés de financement.

- Données de financement collectées à date

Les données de financement sont encore incomplètes dans l'outil de calcul des coûts et de financement du PPAc 2016-2020. Nous présentons ici seulement les données de financement du PPAc 2016-2020 déjà partagées.

#### *Les vaccins traditionnels*

UNICEF s'est engagé pour le financement du vaccin RR jusqu'en 2018. La BM s'est engagée pour le financement des autres vaccins traditionnels pour 2016 ainsi que du matériel d'injection et divers (financement total de \$ 904,646). Les besoins en financement des vaccins traditionnels pour le PPAc 2016-2020, à date, sont présentés dans le tableau 18.

**Tableau 18 : besoins en financement des vaccins traditionnels du PPAc 2016-2020 (US\$)**

Vaccin/Année	2016	2017	2018	2019	2020
BCG	BM	\$71,966	\$58,869	\$67,815	\$68,637
bVPO	BM	\$194,670	\$199,234	\$218,498	\$221,144
RR	UNICEF	UNICEF	UNICEF	\$408,930	\$413,855
DT	BM	\$95,513	\$97,571	\$107,004	\$108,302
<i>Total</i>	<i>\$0</i>	<i>\$362,149</i>	<i>\$355,674</i>	<i>\$802,246</i>	<i>\$811,938</i>

A ce jour, l'État haïtien n'a pas prévu de financement pour les vaccins traditionnels durant la période 2016-2020. Le financement des vaccins traditionnels pour l'année 2017 doit être réglé en octobre 2016 au plus tard pour éviter toute rupture au début de l'année 2017 du fait des délais de commande, livraison, etc.

Si UNICEF ne finance pas le vaccin RR pour 2019 et 2020, une demande de financement devrait être faite à Gavi en temps opportun en considérant aussi les besoins de cofinancement nécessaire à Gavi.

#### *Les nouveaux vaccins*

Gavi finance les nouveaux vaccins aux conditions habituelles des pays à revenu faible jusqu'en 2020 et CDC devrait assurer le cofinancement nécessaire en lieu et place de l'État haïtien jusqu'en 2018. Une solution pour les besoins de cofinancement doit être trouvée pour 2019 et 2020.

#### *La chaîne de froid*

Pour le coût des besoins en équipements de la chaîne de froid s'élevant à \$ 10,302,583 de 2016 à 2020 (cf. tableau 13), le programme compte tout particulièrement sur la proposition soumise à Gavi au début de l'année 2016 dans le cadre de l'appel relatif à la plate-forme d'optimisation d'équipement de la chaîne de froid d'un montant de \$ 7,436,685 soit 72% des besoins estimés.

#### *Autres*

UNICEF prévoit de financer à hauteur de 1,2 millions d'USD par an les activités du PEV dans le cadre de sa stratégie RED.

#### *Travaux en cours ou très prochains concernant les coûts et les financements du PPAC 2016-2020*

L'équipe du programme est en train de collecter l'ensemble des données de financement disponibles et probables pour actualiser la situation d'ici la fin du mois de juillet 2016 (Gavi RSS, CDC, UNICEF, OPS/OMS, etc.).

Durant ce mois de juillet 2016, il est également prévu de partager le plan de renforcement de la viabilité financière du PEV, d'en finaliser le budget et d'entreprendre la recherche des fonds nécessaires à son exécution.

L'équipe du programme travaille aussi sans attendre à mobiliser les ressources nécessaires au financement manquant des vaccins traditionnels pour 2017.

En août 2016, il est également prévu de finaliser le *costing* des activités supplémentaires de vaccination à l'aide entre autres, des données de coûts des campagnes Choléra et RR réalisées durant le second trimestre 2016.

## **5.8. Mécanismes de mise en œuvre, suivi et évaluation du PPAC**

La capacité du MSPP et de ses partenaires à mobiliser des ressources et à les gérer de façon efficace et efficiente dans le choix et la mise en œuvre des interventions est le déterminant essentiel pour l'attente des objectifs et des résultats arrêtés dans le PPAC 2016-2020. Aussi la mise en œuvre de ce plan exige un cadre institutionnel cohérent et souple garantissant aux acteurs une définition claire des orientations et une certaine autonomie d'action.

### **5.8.1. Gestion du PEV**

Cette gestion s'exerce à travers 4 niveaux :

- Un niveau de mobilisation de ressources, de suivi stratégique, de prise de décision stratégique, représenté par la CCIA et présidé par le/la ministre de la santé. La composition de la CCIA, ainsi que le mode et les mécanismes de fonctionnement de cette structure sont définis dans les documents normatifs du PEV.
- Un niveau de gestion nationale des opérations du PEV représenté par la DPEV travaillant en coordination avec les autres structures centrales du MSPP, sous la supervision directe du Directeur Général de la Santé. Les fonctions et attributions de la DPEV de même que les mécanismes de coordination de cette structure avec les autres structures centrales et périphériques du MSPP sont définis par les documents normatifs du MSPP.
- Un niveau de gestion et de coordination de la mise en œuvre du PEV dans chacun des dix (10) départements sanitaires. Le Bureau Sanitaire Départemental, en coordination avec les autres partenaires du sous-secteur privé philanthropique de santé à la responsabilité de la mise en œuvre des opérations du PEV au niveau des départements. Les fonctions et attributions spécifiques des bureaux sanitaires départementaux sont définies dans les documents organiques du MSPP.

- Un niveau institutionnel représenté par les établissements de prestation de services et soins de santé. En coordination et sous la supervision des bureaux départementaux les structures de santé, organisent la prestation institutionnelle des services de vaccination.

### 5.8.2. Suivi / évaluation

La mise en place d'un système d'évaluation et de suivi systématique et de proximité des activités de vaccination et la mise en place d'un système continue des gaps sont des éléments essentiels à l'atteinte des résultats escomptés. Le suivi de ce présent plan se retrouve à trois niveaux d'intervention : au niveau communal, le point focal, s'assure que les institutions de prestations soient en mesure d'offrir des services aux femmes enceintes et en âge de procréer, que les enfants cibles reçoivent les doses de vaccins nécessaires à leur protection dans les conditions et dans le cadre des stratégies préposées, selon les normes requises, veille à l'application de celles-ci et se rapporte au besoin au niveau départemental. La Direction Départementale répond de la coordination et du contrôle de la prestation de services de vaccination, de la communication en la matière, de l'approvisionnement des institutions, de la surveillance épidémiologique des maladies du PEV, pour ce qui concerne sa juridiction. La DPEV a la responsabilité du suivi de la mise en œuvre de ce plan dans ses composantes, en rend compte à la Direction Générale selon les mécanismes établis au niveau du MSPP. Toutes les activités de supervision ou d'encadrement technique font l'objet de rapport et de recommandations et les rapports trimestriels mentionnent les corrections apportées aux problèmes, les contraintes et menaces éventuelles à lever pour la bonne marche du programme, à cet égard le Comité Technique du PEV et CCIA/PEV peuvent se révéler particulièrement utiles.

Deux évaluations sont prévues dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan : une évaluation formative qui sera conduite à la fin de la première étape à savoir à la fin de l'année 2018, afin d'identifier les goulots d'étranglements possibles et de réaligner le plan en vue d'atteindre la performance désirée. Une évaluation sommative au deuxième trimestre de la cinquième année et destinée à préparer le prochain plan pluri annuel du PEV d'Haïti.

## 5.9. Plan de Suivi

Le DPEV veillera à ce que toutes les instances impliquées soient, à tout moment et en temps réel, en possession des outils et instruments appropriés pour la collecte des données de vaccination, la saisie et l'analyse. Des directives administratives émanant des directeurs départementaux et du Directeur Général du MSPP seront utilisées de façon systématique pour rappeler le devoir de reportage dans les délais. Tout ceci se fera selon le cadre de performance ci -près:

## CADRE DE PERFORMANCE

Tableau 13 : Gouvernance globale

Activités Essentielles	Indicateurs de Performance	Données de base de 2015	Performance visée 2016	Performance visée 2017	Performance visée 2018	Performance visée 2019	Performance visée 2020
Elaboration et mise en œuvre de la Politique Nationale de Vaccination	Disponibilité de la politique pour la vaccination élaborée sur une base participative et validée par le CCIA	Absence de politique de vaccination	Elaboration d'une politique nationale de la vaccination	Validation de la politique par le CCIA Rapports mettant en évidence son application	Rapports mettant en évidence l'application de la politique	Rapports mettant en évidence l'application de la politique	Rapports mettant en évidence l'application de la politique
Elaboration d'une loi sur la vaccination	Loi sur la vaccination vote et publiée dans le moniteur	Absence de loi sur la vaccination	Projet de loi élaboré	Projet de loi vote et publié dans le Moniteur	Rapports mettant en évidence l'application de la loi	Rapports mettant en évidence l'application de la loi	Rapports mettant en évidence l'application de la loi
Mise en place d'un comité multisectorielle formé de représentants de ministères sociaux concernés par le PEV, du MSPP, du Ministère de l'Economie et des Finances, du Ministère du Plan du parlement, du MCFDF et du MAST	Comite multisectoriel informe du cout/efficacité de la vaccination, participant à l'élaboration de la loi sur la vaccination et facilitant son application	Absence de structures extra sectorielles participant au plaidoyer en faveur de la vaccination					
Création de partenariats avec la société civile.	Accords de partenariats signes avec des OSC pouvant participer à la promotion du PEV et au plaidoyer pour sa viabilité financière	Existence de partenariats implicite HPs entre le PEV et SHP, PADEV, CRH.	Rapports d'inventaires des OSC répondant aux critères décrits	Accords de partenariats signes avec des OSC Impacts positifs de ces accords sur la promotion et les	Impacts positifs de ces accords sur la promotion et les performances du PEV	Impacts positifs de ces accords sur la promotion et les performances du PEV	Impacts positifs de ces accords sur la promotion et les performances du PEV

Activités Essentielles	Indicateurs de Performance	Données de base de 2015	Performance visée 2016	Performance visée 2017	Performance visée 2018	Performance visée 2019	Performance visée 2020
				performances du PEV			
Institutionnalisation du CCIA et du CTPEV via une procédure légale ou administrative	Reconnaissance officielle du CCIA par la haute direction du MSPP à travers la validation des documents constitutifs décrivant l'organisation et le fonctionnement de ce Comité.	Existence des documents constitutifs décrivant l'organisation et le fonctionnement du CCIA	4 rapports de réunions organisées en accord avec clés prescrits de l'acte constitutif	Rapports de 4 réunions réglementaires Evidences de retombées positives du renforcement du CCIA	Rapports de 4 réunions réglementaires Evidences de retombées positives du renforcement du CCIA	Rapports de 4 réunions réglementaires Evidences de retombées positives du renforcement du CCIA	Rapports de 4 réunions réglementaires Evidences de retombées positives du renforcement du CCIA
Mise en œuvre des recommandations issues du plan de renforcement de l'organisation et des compétences managériales de la DPEV et des structures de coordination du programme au niveau départemental.	Existence des résultats d'une analyse institutionnelle de la DPEV et d'un Plan de renforcement	Recrutement d'un TCF pour le département de l'Artibonite	Organisation à l'intention 15 nouveaux cadres de la DPEV et des coordinations PEV des départements d'un Cours MLM.	Evidences d'application de recommandations du Plan de renforcement	Evidences d'application de recommandations du Plan de renforcement	Evidences d'application de recommandations du Plan de renforcement	Evidences d'application de recommandations du Plan de renforcement
		Recrutement d'un spécialiste en communication pour la DPEV	Dotation de la DPEV d'un point focal en communication/mobilisation sociale				
		Recrutement d'un gestionnaire de données pour la DPEV					

Activités Essentielles	Indicateurs de Performance	Données de base de 2015	Performance visée 2016	Performance visée 2017	Performance visée 2018	Performance visée 2019	Performance visée 2020
		Prise en charge des salaires des assistants épidémiologistes pour le reste de l'année et des couts d'opérations de leur appui à la surveillance des MEV.					
Inventaires des ONG et Projets intervenant dans le domaine de la santé et Vaccination en vue d'une meilleure coordination. .	Inventaire exhaustif non existant des ONG'S œuvrant dans la vaccination aux différents niveaux	Préparation des outils de l'inventaire et collecte d'informations de base	Rapport de l'inventaire élaboré Evidences d'Utilisation des données de l'inventaire	Evidences d'Utilisation des données de l'inventaire	Evidences d'Utilisation des données de l'inventaire	Evidences d'Utilisation des données de l'inventaire	Evidences d'Utilisation des données de l'inventaire
Suivi /évaluation des activités	Nombre de sessions de monitoring des plans opérationnels départementaux par an	2 sessions/an	4 sessions/an	4 sessions/an	4 sessions/an	4 sessions/an	4 sessions/an
	Nombre de sessions de monitoring des micros plans institutionnels par an	N/A	2 par an	4 par an	4 par an	4 par an	4 par an
	Evaluation post introduction du vaccin pneumo (PIE)			Rapport de l'évaluation de post introduction			

Activités Essentielles	Indicateurs de Performance	Données de base de 2015	Performance visée 2016	Performance visée 2017	Performance visée 2018	Performance visée 2019	Performance visée 2020
				du vaccin anti pneumo élaboré et validé			

## Renforcement des compétences du personnel

Activités Essentielles	Indicateurs de Performance	Données de base de 2015	Performance visée 2016	Performance visée 2017	Performance visée 2018	Performance visée 2019	Performance visée 2020
Réalisation d'une évaluation nationale des besoins en formation à tous les niveaux du système	Rapport de l'évaluation élaboré et diffusé			Rapport de l'évaluation élaboré et diffusé			
Identification des professionnels et techniciens à former et réalisation des sessions de formation	Nbre de membres du personnel formé			A déterminer	A déterminer	A déterminer	A déterminer
Actualisation ou élaboration des outils nécessaires à la réalisation des supervisions formatives intégrées	100% des outils nécessaires à la supervision formative intégrée actualisées	100% des outils déjà actualisés					
Formation du personnel des niveaux central et départemental à l'utilisation de ces outils	Nbre de personnel des niveaux central et départemental formé	100 % des cadres techniques des niveaux central et départemental impliqués dans la supervision du PEV formés à l'utilisation		50%	50 %		

Activités Essentielles	Indicateurs de Performance	Données de base de 2015	Performance visée 2016	Performance visée 2017	Performance visée 2018	Performance visée 2019	Performance visée 2020
		des outils actualisés					
Réalisation des missions de supervisions du niveau départemental par le niveau central	Nbre de missions de supervision du niveau central reçues annuellement par les départements	1 supervision /départ	3 supervisions par département	4 supervisions par département	4 supervisions par département	4 supervisions par département	4 supervisions par département
Réalisation de la supervision des institutions par le niveau départemental	Nbre de missions de supervision du niveau départemental reçues par les institutions	N/A	1 supervision par institution l'an	3 supervisions par institution l'an	3 supervisions par institution l'an	3 supervisions par institution l'an	3 supervisions par institution l'an

Tableau 14 : Prestation des services de vaccination

Activités Essentielles	Indicateurs de Performance	Données de base de 2015	Performance visée 2016	Performance visée 2017	Performance visée 2018	Performance visée 2019	Performance visée 2020
Augmentation d'ici 2020 et maintien à 95% au moins des couvertures vaccinales des enfants de moins de 1 an aux niveaux national, départemental et communal	% d'enfants de moins de 1 an ayant reçu 1 dose de BCG	71,7%	80%	85%	90%	95%	95%
	% d'enfants de moins de 1 an ayant reçu 3 doses de VPO	75,5%	80%	85%	90%	95%	95%
	% d'enfants de moins de 1 an ayant reçu 1 dose VPI	N/A	80%	85%	90%	95%	95%
	% d'enfants de moins de 1 an ayant reçu 3 doses de	72%	90%	90%	90%	95%	95%



Activités Essentielles	Indicateurs de Performance	Données de base de 2015	Performance visée 2016	Performance visée 2017	Performance visée 2018	Performance visée 2019	Performance visée 2020
	Penta						
	% d'enfants de moins de 1 an ayant reçu 2 dose de Rota	55,1%	70%	80%	85%	90%	95%
	% d'enfants de moins de 1 an ayant reçu 3 doses de vaccin anti pneumo	N/A	0%	80%	85%	90%	95%
	% d'enfants de moins de 1 an ayant reçu 1 dose de RR	64,4%	80%	85%	90%	95%	95%
Introduction dans le calendrier vaccinal d'une dose de rappel de DTP pour les enfants de 12 à 59 mois.	% d'enfants de moins de 12 à 59 mois ayant reçu 1 dose de rappel de DTP	N/A	70%	75%	80%	90%	95%
Introduction dans le calendrier vaccinal de la 2eme dose de RR pour Les enfant de 12 à 23 mois	% d'enfants de moins de 12 à 59 mois dose de rappel de RR	N/A	30%	75%	80%	90%	95%
Taux d'abandon	Taux écart penta 1-Penta 3	8,6 % au niveau national					
Diminution des disparités intercommunales en termes de couvertures des moins de 1 an par le PENTA 3	% de communes avec Penta 3= ou > a 95%						
Augmentation d'ici 2020 au niveau national, départemental et communal de la couverture des femmes enceintes par le dT2 et + 95%	% de femmes enceintes ayant reçu 2 doses et+ de vaccin dT	60%	80%	85%	90%	95%	95%
Introduction du vaccin HPV dans le calendrier vaccinal	% de filles de 15 à 15 ans ayant reçu 1 dose de vaccin HPV	N/A	N'A	N/A	A déterminer	A déterminer	A déterminer

Activités Essentielles	Indicateurs de Performance	Données de base de 2015	Performance visée 2016	Performance visée 2017	Performance visée 2018	Performance visée 2019	Performance visée 2020
Intégration d'ici 2020 de 300 nouvelles institutions dans le réseau des institutions PEV	Nbre de nouvelles ayant intégré le réseau des institutions PEV		50 nouvelles institutions	75 nouvelles institutions	75 nouvelles institutions	75 nouvelles institutions	75 nouvelles institutions
Réduction du déficit d'offre de services institutionnels de vaccination	Nbre de communes avec extension communautaires des services de vaccination assurée à travers l'approche RED ou les stratégies avancées.	70 communes	140	140	140	140	140
Implémentation des mesures de lutte requises selon l'agenda inachevé en vue de l'élimination du TNN	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcement de la S.E du TNN</li> <li>Promotion des Accouchements propres</li> <li>Maintien de la couverture de la vaccination des F.E a au moins 80 % de dT2 et + au niveau de toutes les communes</li> </ul>		A déterminer	A déterminer	A déterminer	A déterminer	A déterminer
Vaccination intensive contre la rougeole et la rubéole pendant 15 jours des enfants de 9 mois à 5 ans et contre la polio des enfants de 0 à 5 ans.	% de moins d'enfants de moins de 1 an vaccinés au RR		= ou > 95%				= ou > 95%
	% d'enfants de moins de 1 an vacciné avec 1 dose de polio		= ou > 95%				= ou > 95%

Tableau 15 : Logistique des intrants

Activités Essentielles	Indicateurs de Performance	Données de base de 2015	Performance visée 2016	Performance visée 2017	Performance visée 2018	Performance visée 2019	Performance visée 2020
Formation continue du personnel à tous les niveaux à la gestion des vaccins	% de personnel formés à la gestion des vaccins			25%	25%	25%	25%
Utilisation du VSSM au niveau central et des 10 départements	Nombre de départements à élaborer et à envoyer les rapports de gestion de stocks au niveau central	3 départements	5 départements	9 départements	9 départements	9 départements	9 départements
Réhabilitation du dépôt central du MSPP	Dépôt du MSPP réhabilité, réaménagé, équipé et meuble et prêt au stockage des vaccins et des autres intrants			Dépôt du MSPP réhabilité, réaménagé, équipé et meuble et prêt au stockage des vaccins et des autres intrants			
Dotation de la DPEV et des départements en équipements informatiques et en connexion internet pour la gestion des vaccins et le monitoring des données	% de départements avec connexion internet et équipements informatiques fonctionnels pour la gestion de stock des vaccins et intrants		50%	100%	100%	100%	100%
Dissémination des procédures opératoires normalisées développées dans le cadre de la GEV	% des institutions sanitaires ayant les procédures opératoires normalisées affichées.	65%	80%	100 %	100 %	100 %	100 %

Activités Essentielles	Indicateurs de Performance	Données de base de 2015	Performance visée 2016	Performance visée 2017	Performance visée 2018	Performance visée 2019	Performance visée 2020
Réalisation d'inventaires physiques périodiques par niveau de dépôt	% de dépôts à réaliser les inventaires physique mensuellement	N/D	100%	100%	100%	100%	100%
Acquisition et installation d'un système d'enregistrement continu de température dans les chambres froides centrales, les départements et les institutions	% de dépôts dotes de système d'enregistrement continu de la Température	Le dépôt central et les dépôts périphériques sont dotés du système					
	% d'institutions dotes de système d'enregistrement continu de la To	Aucune institution n'est dotée de ce système					
Réalisation d'une évaluation GEV en début de quinquennat	Rapport de l'évaluation et plan de renforcement élaboré			Rapport de l'évaluation et plan de renforcement élaboré			
Réalisation d'une évaluation GEV en début de quinquennat	Rapport de l'évaluation et plan de renforcement élaboré			Rapport de l'évaluation et plan de renforcement élaboré			
Dotation des dépôts départementaux et des institutions en glacières et porte vaccins							
Dotation du dépôt départemental de l'Ouest d'une chambre froide				Chambre froide fonctionnelle au niveau du dépôt de la			

Activités Essentielles	Indicateurs de Performance	Données de base de 2015	Performance visée 2016	Performance visée 2017	Performance visée 2018	Performance visée 2019	Performance visée 2020
				DSO			
Elaboration des normes et procédure pour le transport des vaccins et autres intrants				Document de normes et de procédures pour le transport des vaccins et autres intrants élaboré et diffuse			
Formation des agents de maintenance préventive et curative (solaire et gaz)	Nbre de personnel prestataire forme ou recycle à la maintenance préventive des frigos			<b>25%</b>	<b>25%</b>	<b>25%</b>	<b>25%</b>
	% de TCF formes ou recycles a la maintenance curative des unités de chaine de froid	50%	60%	100%			
Solarisation du parc frigorifique par la dotation de réfrigérateurs solaires aux dépôts et à 650 institutions sanitaires	Nbre de nouvelles institutions dotées de frigos solaires	Environ 150	50	125	125	125	150
Acquisition des matériels et outils de réparation et pièces de recharge en quantité suffisante (Solaire et à gaz)	% de départements dotes de matériels et outils de réparation et de pièces de rechange en quantité	100 % des départements sont dotés d'outils et de matériels de	100% de départements (pour les frigos a gaz)	100% de départements (pour les frigos a gaz)	100% pour les 2 types de frigos	100% pour les 2 types de frigos	100% pour les 2 types de frigos

Activités Essentielles	Indicateurs de Performance	Données de base de 2015	Performance visée 2016	Performance visée 2017	Performance visée 2018	Performance visée 2019	Performance visée 2020
	suffisante (solaire et gaz)	réparation et de pièces de rechange pour les frigos a gaz					
Disponibilité continue du Gaz Propane pour répondre aux besoins des institutions	% d'institutions ayant expérimenté au moins semaine sans gaz propane par mois		50 %	40%	30%	20%	10%

Tableau 16 : Surveillance épidémiologique

Activités Essentielles	Indicateurs de Performance	Données de base de 2015	Performance visée 2016	Performance visée 2017	Performance visée 2018	Performance visée 2019	Performance visée 2020
Actualisation et diffusion du manuel de normes et procédures de surveillance épidémiologique des MEV'S	Existence et dissémination du manuel révisée		Le document du manuel de normes et procédures de la SE des MEV est élaboré	Le manuel est disséminé			
Recrutement et déploiement de 37 officiers additionnels de surveillance	Nbre d'OSE recrutés		37 officiers recrutés et formés				
Approvisionnement des OSE en Kits de prélèvement	% d'OSE disposant de kits de prélèvement			100%	100%	100%	100%
Approvisionnement des laboratoires en réactifs	% de labo disposant de réactifs		100%	100%	100%	100%	100%

Activités Essentielles	Indicateurs de Performance	Données de base de 2015	Performance visée 2016	Performance visée 2017	Performance visée 2018	Performance visée 2019	Performance visée 2020
Formation, au besoin, des Techniciens de laboratoires en gestion de spécimens	% de techniciens de labo formés à la gestion des spécimens		50 %	50 %			
Implication des ASCP dans la surveillance épidémiologique communautaire	Nbre d'ASCP formes pour la surveillance communautaire des MEV		250	1500	1500		
Recherche active des cas institutionnels et communautaires							
Implication des cabinets médicaux privés dans la surveillance épidémiologique	% de cabinets médicaux privés impliqués dans la surveillance épidémiologique des MEV		10%	50%	40%		
Identification des sites pour la surveillance sentinelle des CA du col	Nbre de sites sentinelles identifiés			Rapports d'identification des sites élaborés et soumis à la DG			
Formation du personnel des sites sentinelles sur la surveillance des CA du col	% de personnels clés des sites formés				100 % des sites sentinelles formés		
Production et reproduction des fiches techniques	Nombre de fiches techniques CA du col reproduits				500 fiches techniques CA du col disponibles		
Pré évaluations de l'élimination du TNN	Rapport de la pré évaluation de l'élimination du TNN élaboré et validé		Rapport de la pré évaluation de l'élimination du TNN élaboré et valide				

Tableau 17 : Communication et mobilisation Sociale

Activités Essentielles	Indicateurs de Performance	Données de base de 2015	Performance visée 2016	Performance visée 2017	Performance visée 2018	Performance visée 2019	Performance visée 2020
Plaidoyer auprès du parlement pour l'allocation de fonds pour la vaccination et pour le suivi du décaissement.	Ligne du budget aménagé et approvisionnée pour l'achat de vaccins		Fonds disponibles dans le budget d'investissement de 2017 pour l'achat d'un vaccin	Fonds disponibles dans le budget d'investissement de 2018 pour l'achat de plus d'un vaccin	Fonds disponibles dans le budget d'investissement de 2019 pour l'achat de 2 vaccins	Fonds disponibles dans le budget d'investissement de 2020 pour l'achat de plus de 2 vaccins	Fonds disponibles dans le budget d'investissement de 2021 pour l'achat d'au moins 3 vaccins
Plaidoyer auprès du gouvernement pour le décaissement effectif	% de fonds décaissé de l'enveloppe alloué par le gouvernement à l'achat des vaccins			100% de fonds décaissé de l'enveloppe allouée par le gouvernement à l'achat des vaccins	100% de fonds décaissé de l'enveloppe allouée par le gouvernement à l'achat des vaccins	100% de fonds décaissé de l'enveloppe allouée par le gouvernement à l'achat des vaccins	100% de fonds décaissé de l'enveloppe allouée par le gouvernement à l'achat des vaccins
Plaidoyer auprès des responsables des Eglises, des leaders traditionnels (Vaudou, Matrones...) pour la promotion du PEV	Nbre d'activités de promotion de la vaccination dans lesquelles ces OSC sont impliquées (ou qui sont organisées par les OSC)		A déterminer	A déterminer	A déterminer	A déterminer	A déterminer
Formation des Agents de Santé en communication Interpersonnelle et Communication de masse.	Nbre d'ASCP forme en communication interpersonnelle		250	250	250	250	250
Dotations des Institutions sanitaires en matériels de communication.	% d'institutions dotées de matériels de communication	100% des I.S détiennent 1 mégaphone	25 % des I.S sont dotés en matériels de communication scriptovisuels	50 % des I.S sont dotés en matériels de communication scriptovisuels	25 % des I.S sont dotés en matériels de communication scriptovisuels		



Activités Essentielles	Indicateurs de Performance	Données de base de 2015	Performance visée 2016	Performance visée 2017	Performance visée 2018	Performance visée 2019	Performance visée 2020
Large diffusion de messages en utilisant les canaux efficaces de façon synergique.	Augmentation progressive du nombre de personnes informées sur la vaccination à partir des medias de masse.						
	Augmentation progressive du nombre de personnes informées sur la vaccination à partir des canaux communautaires traditionnels.						
Développement de partenariat avec les opérateurs de téléphonie mobile	Diffusion des messages à travers les compagnies de téléphonie		Diffusion des messages à travers les compagnies de téléphonie	Diffusion des messages à travers les compagnies de téléphonie	Diffusion des messages à travers les compagnies de téléphonie	Diffusion des messages à travers les compagnies de téléphonie	Diffusion des messages à travers les compagnies de téléphonie
Renforcement des compétences en technique de communication des agents sanitaires incluant les relais communautaires	Nbre de personnel de sante formé en technique de communication	N/A		400	400		
Normalisation de l'approche communautaire							
Production des supports IEC supportant les messages des agents communautaires polyvalents	Matériels de supports IEC conçus, reproduits et diffuses destines aux ASCP		Matériels de supports IEC conçus, reproduits et diffuses destines aux ASCP	Matériels de supports IEC conçus, reproduits et diffuses destines aux ASCP			
Célébration des événements spéciaux	Nombre de fêtes patronales et d'autres événements sociaux utilises pour faire la		A déterminer	A déterminer	A déterminer	A déterminer	A déterminer

Activités Essentielles	Indicateurs de Performance	Données de base de 2015	Performance visée 2016	Performance visée 2017	Performance visée 2018	Performance visée 2019	Performance visée 2020
	promotion de la vaccination						
Développement de l'approche "éducation par les paires" (pair éducateur, groupement des femmes, association des jeunes, les fidèles,...)	Nombre d'institutions utilisant l'approche éducation par les paires.		A déterminer	A déterminer	A déterminer	A déterminer	A déterminer
Réalisation d'enquêtes CAP périodiques	Disponibilité d'un rapport d'enquête CAP tous les 2 ans			Rapport d'enquête CAP		Rapport d'enquête CAP	
Développement d'un cadre d'analyse en matière de communication dans le système de suivi/supervision de routine							
Développement du partenariat avec le Ministère de l'Information, de la Culture et de la Communication.	Accord de partenariat signé entre le MSPP et le ministère de la Culture et de l'information et de la Communication			Accord de partenariat signé	Rapport sur les évidences de retombées positives de l'accord	Rapport sur les évidences de retombées positives de l'accord	Rapport sur les évidences de retombées positives de l'accord
Développement de partenariat avec les radios communautaires	Accords de partenariat signés entre les Départements et les Radios communautaires			Accords de partenariat signés	Rapport sur les évidences de retombées positives des accords	Rapport sur les évidences de retombées positives de l'accord	Rapport sur les évidences de retombées positives de l'accord
Renforcement de capacités des animateurs de radio et des journalistes	Nbre de journalistes membres de l'ANMH et de l'AJH formés sur la vaccination		25 % de journalistes membres de l'ANMH et de l'AJH formés sur la vaccination	25 % de journalistes membres de l'ANMH et de l'AJH formés sur la vaccination	50 % des journalistes membres de l'ANMH et de l'AJH formés sur la vaccination		

## Système d'information du PEV

Activités Essentielles	Indicateurs de Performance	Données de base de 2015	Performance visée 2016	Performance visée 2017	Performance visée 2018	Performance visée 2019	Performance visée 2020
Production d'outils standards de collecte et de rapportage.	100% des catégories d'outils de collecte et de rapportage disponibles en quantité suffisante pour chaque année		0% de rupture de stock d'outils au niveau national	0% de rupture de stock d'outils au niveau national	0% de rupture de stock d'outils au niveau national	0% de rupture de stock d'outils au niveau national	0% de rupture de stock d'outils au niveau national
Approvisionnement régulier des départements et institutions pour éviter toute rupture de stock de formulaire de collecte et de reportage	% d'institutions avec rupture de stock d'un ou de plusieurs outils de collecte ou de rapportage pendant 1 semaine ou plus		40%	30 %	20 %	15 %	5 %
Actions administratives ponctuelles pour exiger la complétude des rapports et de données	Taux de complétude des rapports au niveau national	89,5%	90%	95%	95%	100%	100%
	Taux de promptitude des rapports au niveau national	72,4%	85%	90%	90%	95%	95%
Analyse des données de vaccination à tous les niveaux	Rencontres de monitoring des données de vaccination avec les ASCP et le personnel prestataire		1 Réunion chaque semaine	1 Réunion chaque semaine	1 Réunion chaque semaine	1 Réunion chaque semaine	1 Réunion chaque semaine
	Réunions de monitoring des données par les responsables départementaux		1 rencontre interne chaque mois	1 rencontre interne chaque mois	1 rencontre interne chaque mois	1 rencontre interne chaque mois	1 rencontre interne chaque mois
	Réunions de monitoring des données avec les institutions au niveau des départements		1 rencontre interne chaque 3 mois par département	1 rencontre interne chaque 3 mois par département	1 rencontre interne chaque 3 mois par département	1 rencontre interne chaque 3 mois par département	1 rencontre interne chaque 3 mois par département

Activités Essentielles	Indicateurs de Performance	Données de base de 2015	Performance visée 2016	Performance visée 2017	Performance visée 2018	Performance visée 2019	Performance visée 2020
	Monitoring des données avec les départements par le niveau central		1 rencontre chaque 6 mois avec les départements	1 rencontre chaque 6 mois avec les départements	1 rencontre chaque 6 mois avec les départements	1 rencontre chaque 6 mois avec les départements	1 rencontre chaque 6 mois avec les départements
Réalisation d'un DQA chaque année	Rapport d'un DQA suivi d'un plan de renforcement du SISPEV		Rapport d'un DQA suivi d'un plan de renforcement du SISPEV		Rapport d'un DQA suivi d'un plan de renforcement du SISPEV		Rapport d'un DQA suivi d'un plan de renforcement du SISPEV

## 5.10. Chronogramme d'activités

Tableau 18: Chronogramme d'activités

Axes stratégiques	Interventions essentielles	Echéancier				
		2016	2017	2018	2019	2020
Renforcement de la gouvernance globale	Elaboration et mise en œuvre de la Politique Nationale de Vaccination					
	Elaboration d'une loi sur la vaccination					
	Mise en place d'un comité multisectorielle formé de représentants de ministères sociaux concernés par le PEV, du MSPP, du Ministère de l'Economie et des Finances, du Ministère du Plan du Parlement, du MCFDF et du MAST					
	Développement de partenariat avec la société civile.					
	Institutionnalisation du CCIA et du CTPEV via une procédure légale ou administrative					
	Mise en œuvre des recommandations issues du plan de renforcement de l'organisation et des compétences managériales de la DPEV et des structures de coordination du programme au niveau départemental.					
	Inventaires des ONG et Projets intervenant dans le domaine de la santé et de la Vaccination pour une meilleure coordination des activités.					
	Réalisation des sessions de monitoring des plans PEV départements.					
	Réalisation des sessions de monitoring des micros plans institutionnels.					
	Réalisation de l'évaluation post introduction du vaccin anti pneumo					

Axes stratégiques	Interventions essentielles	Echéancier				
		2016	2017	2018	2019	2020
Renforcement des compétences	Réalisation d'une évaluation nationale des besoins en formation à tous les niveaux du système sanitaire.					
	Identification des professionnels et techniciens à former et réalisation des sessions de formation					
	Actualisation ou élaboration d'outils nécessaires à la réalisation des supervisions formatives intégrées					
	Formation du personnel des niveaux central et départemental à l'utilisation de ces outils					
	Supervision du programme a tous les niveaux					

Axes stratégiques	Interventions essentielles	Echéancier				
		2016	2017	2018	2019	2020
Prestation et extension des services de vaccination	Augmentation d'ici 2020 et maintien à 95% au moins des couvertures vaccinales des enfants de moins de 1 an aux niveaux national, départemental et communal					
	Introduction dans le calendrier vaccinal d'une dose de rappel de DTP pour les enfants de 12 à 59 mois.					
	Introduction dans le calendrier vaccinal de la 2ème dose de RR pour Les enfant de 12 à 59 mois					
	Augmentation, d'ici 2020 au niveau national, départemental et communal, de la couverture des femmes enceintes par le dT2 et + à 95%					
	Introduction du vaccin HPV dans le calendrier vaccinal					
	Intégration d'ici 2020 de 300 nouvelles institutions au réseau des institutions offrant le PEV					
	Réduction du déficit d'offre de services institutionnels de vaccination					

	Implémentation des mesures de lutte requises selon l'agenda inachevé en vue de l'élimination du TNN					
	Vaccination intensive contre la rougeole et la rubéole pendant 15 jours des enfants de 9 mois à 5 ans et contre la polio des enfants de 0 à 5 ans.					

Axes stratégiques	Interventions essentielles	Echéancier				
		2016	2017	2018	2019	2020
Logistique des intrants	Formation continue du personnel à tous les niveaux à la gestion des vaccins					
	Utilisation du VSSM au niveau central et des 10 départements					
	Réhabilitation du dépôt central du MSPP					
	Dotation de la DPEV et des départements en équipements informatiques et en connexion internet pour la gestion des vaccins et le monitoring des données					
	Dissémination des procédures opératoires normalisées développées dans le cadre Du dernier GEV					
	Réalisation d'inventaires physiques périodiques au niveau de tous les dépôts.					
	Acquisition et installation d'un système d'enregistrement continu de température dans les chambres froides centrales, les départements et les institutions					
	Réalisation d'une évaluation GEV en début de quinquennat					
	Dotation des dépôts départementaux et des institutions en glacières et porte vaccins					
	Dotation du dépôt départemental de l'Ouest d'une chambre froide					
	Elaboration des normes et procédure pour le transport des vaccins et autres intrants					

Axes stratégiques	Interventions essentielles	Echéancier				
		2016	2017	2018	2019	2020
	Formation des agents de maintenance préventive et curative (solaire et gaz).					
	Solarisation du parc frigorifique par la dotation de réfrigérateurs solaires aux dépôts et à 650 institutions sanitaires					
	Acquisition des matériels et outils de réparation et pièces de recharge en quantité suffisante (Solaire et à gaz)					
	Disponibilité continue du Gaz Propane pour répondre aux besoins des institutions					

Axes stratégiques	Interventions essentielles	Echéancier				
		2016	2017	2018	2019	2020
Surveillance épidémiologique	Actualisation et diffusion du manuel de normes et procédures de surveillance épidémiologique des MEV'S					
	Recrutement et déploiement de 37 officiers additionnels de surveillance					
	Approvisionnement des OSE en Kits de prélèvement					
	Approvisionnement des laboratoires en réactifs					
	Formation au besoin des Techniciens des laboratoires en gestion des spécimens					
	Implication des ASCP dans la surveillance épidémiologique communautaire					
	Recherche active des cas institutionnels et communautaires					
	Implication des cabinets médicaux privés dans la surveillance épidémiologique					



Axes stratégiques	Interventions essentielles	Echéancier				
		2016	2017	2018	2019	2020
	Identification des sites pour la surveillance sentinelle des CA du col					
	Formation du personnel des sites sentinelles sur la surveillance des CA du col					
	Production et reproduction des fiches techniques					
	Pré évaluation de l'élimination du TNN					

Axes stratégiques	Interventions essentielles	Echéancier				
		2016	2017	2018	2019	2020
<b>Communication et mobilisation sociale</b>	Plaidoyer auprès du parlement pour l'allocation de fonds pour la vaccination et pour le suivi du décaissement.					
	Plaidoyer auprès du gouvernement pour le décaissement effectif					
	Plaidoyer auprès des responsables des Eglises, des leaders traditionnels (Vaudou, Matrones...) pour la promotion du PEV					
	Formation des Agents de Santé en communication Interpersonnelle et Communication de masse.					
	Dotation des Institution sanitaires en matériels de communication.					
	Large diffusion de messages en utilisant les canaux efficaces de façon synergique.					
	Développement de partenariat avec les opérateurs de téléphonie mobile					
	Renforcement des compétences en technique de communication des agents sanitaires incluant les relais communautaires					
	Normalisation de l'approche communautaire					

Axes stratégiques	Interventions essentielles	Echéancier				
		2016	2017	2018	2019	2020
	Production des supports IEC en appui aux messages des agents communautaires polyvalents					
	Célébration des événements spéciaux					
	Développement de l'approche "éducation par les pairs" (pair éducateur, groupement des femmes, association des jeunes, les fidèles,...)					
	Réalisation d'enquêtes CAP périodiques					
	Développement d'un cadre d'analyse en matière de communication dans le système de suivi/supervision de routine					
	Développement du partenariat avec le Ministère de l'Information, de la Culture et de la Communication.					
	Développement de partenariat avec les radios communautaires					
	Renforcement de capacités des animateurs radio et des journalistes					

Axes stratégiques	Interventions essentielles	Echéancier				
		2016	2017	2018	2019	2020
Système d' informations du PEV	Production d'outils standards de collecte et de rapportage.					
	Approvisionnement régulier des départements et institutions pour éviter toute rupture de stock de formulaire de collecte et de reportage					
	Actions administratives ponctuelles pour exiger la complétude des rapports et de données					
	Analyse des données de vaccination à tous les niveaux					
	Publication des rapports					

	Réalisation d'un DQA chaque année					
--	-----------------------------------	--	--	--	--	--

## 5.12. Facteurs de risque de la mise en œuvre du PPAC

La mise en œuvre du PPAC 2016 – 2020 sera initié dans un contexte difficile marqué notamment :

- Sur le plan national par l'incertitude relative au dénouement de l'actuelle crise électorale et aux choix politiques du futur gouvernement.
- Sur le plan international par :
  - La non résolution intégrale de la crise économique et financière à l'échelle mondiale et les préoccupations des états en relation avec le terrorisme et le coût élevé des mesures pour la sécurité nationale des pays concernés ;
  - Les nouvelles préoccupations relatives au réchauffement climatique et le coût élevé des mesures de mitigation ce qui éventuellement est susceptible de réorienter les priorités des partenaires financiers d'Haïti et compromettre en partie le financement international du PEV.

Les éléments suivants peuvent aider à mitiger les risques susceptibles d'interférer avec l'atteinte des objectifs et des résultats :

- Élaboration et mise en application d'un cadre politique de référence pour le guidage du PEV qui :
  - Définirait les principes généraux sur lesquels reposerait cette politique et constituerait la référence nationale pour l'élaboration de documents stratégiques nationaux et locaux ;
  - Définirait les priorités programmatiques ;
  - Identifierait les intervenants et distribuerait les rôles et responsabilités ;
  - Définirait les conditions générales de planification, de mis en œuvre, de suivi, d'évaluations.

## 7. ANNEXES

### A- Arbre des objectifs



## VI. BIBLIOGRAPHIE

- Guide de OMS-UNICEF sur l'élaboration d'un Plan Pluri Annuel Complet de Vaccination (PPAc-Mise à jour- Septembre 2013)
- Plan Pluri Annuel Complet du Programme Élargi de Vaccination (PPAc-PEV 2011-2015)
- Manuel de Normes Techniques et de Procédures du PEV en Haïti-2014
- Évaluation du Programme Élargi de Vaccination en Haïti sur une base documentaire (27oct=7nov2014)
- Analyse des barrières à des couvertures vaccinales élevées, soutenues et homogènes en Haïti (aout 2013)
- Évaluation finale du projet d'appui au Programme Élargi de Vaccination (PAPEV) (Rapport final-Carl François – juin 2015)
- Évaluation de la prestation des services de soins de santé (MSPP-2013)
- Politique Nationale de Sante (MSPP-2013)
- Plan Directeur de Sante (MSPP-oct. 2013)
- Rapport statistique 2014 (MSPP juin 2015)
- Enquête morbidité-mortalité - utilisation des services (EMMUS-V MSPP 2012)
- Situation des enfants et des femmes en HAITI (UNICEF-2013)
- HAITI INFORMATION (Health Policy Initiative – Us aid- sept.2007)
- Base de données des indicateurs démographiques et socio-économiques- Estimation-Projection et Impacts-2010-2050. (Erick Gaillard et Laurent Eustache pour GH-TECH/USAID – janv. 2010)
- La Dynamique Démographique et ses implications en HAITI : Une contribution à la Planification du développement socio-économique du Pays (Erick Gaillard et Laurent Eustache pour GH-TECH/USAID oct. 2009)
- Manuel de Gestion Sanitaire à l'usage des Directeurs départementaux et Responsables d'UCS ( L. Eustache-G.M. Craan-M. G. Raymond pour MSPP Mai 2009)