

[HAÏTI]

Justification de soutien au programme

[2018-2022]

La justification de soutien au programme (JSP) décrit les justifications et les objectifs de haut niveau pour la programmation du soutien de Gavi pour la période à venir et (conjointement à la justification de soutien aux vaccins mentionnée ci-dessous), remplace les formulaires d'application précédemment utilisés pour la demande d'un nouveau soutien).

- La JSP est élaborée environ tous les cinq ans sur la base de, et en s'alignant sur les plans stratégiques nationaux de santé et de vaccination et leurs budgets.
- L'évaluation conjointe y est intégrée au cours de l'année de la revue du JSP.
- Les niveaux de stock et les demandes de renouvellement ou de changements de produit doivent être rapportés sur le portail pays de Gavi entre fin mars et le 15 mai 2017
- La JSP s'appuie sur une analyse robuste des données du pays et des données factuelles des progrès réalisés (ou des difficultés persistantes) en termes de couverture et d'équité.
- Parallèlement à la JSP, le plan de travail opérationnel et le budget ainsi que le cadre de performance des subventions (GPF – Grant Performance Framework) sont élaborés pour compléter les objectifs présentés dans la JSP. Le budget et le plan de travail opérationnel seront mis à jour chaque année pour s'aligner sur les processus de planification opérationnelle du pays, en tenant compte de l'évaluation conjointe.
- La JSP sera revue par des experts techniques indépendants, qui formuleront leurs recommandations à Gavi sur l'intégralité du portefeuille de soutien pour la durée de la JSP, y compris tout soutien en cours nécessitant un renouvellement.
- Une requête complémentaire de soutien aux vaccins sera formulée pour soutenir les demandes de soutien et l'approbation de Gavi pour le soutien aux nouveaux vaccins avant leur introduction (environ 12 à 18 mois en amont du lancement).



Pour en savoir plus sur les processus étayant le développement, la revue et l'approbation des demandes de soutien consolidées dans la JSP, veuillez consulter le document d'orientation sur le processus du cadre d'engagement pour le pays de Gavi (disponible auprès du SCM Gavi). Une liste des documents obligatoires pour le pays y est fournie (Annexe 4).

Signatures – Approbation de la JSP

Veillez noter que l'approbation finale du soutien de Gavi nécessite les signatures à la fois du ministre de la Santé et du ministre des Finances ou leur autorité déléguée (et du ministre de l'Éducation pour le soutien au VPH). Gavi a également besoin que la JSP et le cadre de performance des subventions soient approuvés par le forum de coordination dirigé par le gouvernement concerné (Comité de coordination inter-agences (CCIA), Comité de coordination du secteur de la santé (CCSS) ou organisme équivalent), par le biais de la soumission des signatures des membres du forum de coordination ainsi que du compte-rendu de la réunion d'approbation. Les signatures et approbations de la JSP sont nécessaires avant que les experts indépendants de Gavi formulent une recommandation en matière de soutien.

Nous soussignés affirmons que les objectifs et activités de la JSP de Gavi correspondent pleinement aux plans stratégiques nationaux de santé et de vaccination (ou équivalent), et que les fonds permettant la mise en œuvre de toutes les activités, y compris les fonds domestiques et tout cofinancement de vaccin nécessaire, seront inclus dans le budget annuel du ministère de la Santé.

Le ministre de la Santé (ou autorité déléguée)	Le ministre des Finances (ou autorité déléguée)
Nom :	Nom :
Signature :	Signature :
Date :	Date :

TABLE DES MATIÈRES

1. Vaccins : Cofinancement du pays et demande de soutien à Gavi pour le financement des vaccins existants et nouveaux de Gavi.....	8
Vaccins existants soutenus par Gavi.....	8
Demande de soutien aux vaccins nouveaux.....	8
Résumé du total des coûts et du cofinancement	9
Demande de changement de la présentation du vaccin pour le soutien actuel	10
5.4 Dates de présentation et de mise en œuvre des vaccins	10
2. Soutien financier	11
2.1 Soutien financier actuellement actif de Gavi (uniquement les montants déjà approuvés mais pas encore terminés)	11
2.2 Demande de nouveau soutien financier	11
2.3 Options de vérification des données pour le calcul du RSS/financement sur la base des performances (FBP)	12
3. Informations contextuelles sur le pays	13
4. Résultats obtenus par le pays par rapport aux principaux indicateurs des résultats vaccinaux en harmonie avec la stratégie de Gavi (2016-2020)	13
5. Situation de la couverture et de l'équité.....	14
5.1 Couverture vaccinale et équité en matière d'immunisation aux niveaux national et infranational.....	15
5.1.1 Couverture vaccinale en Haïti	15
5.1.2 Couverture vaccinale et Equité	21
5.1.3 Surveillance épidémiologique RR.....	26
5.2 Difficultés sous-jacentes à la performance du système de vaccination	30
5.2.1 Manque de ressources humaines en quantité et en qualité.....	30
5.2.2 Goulots d'étranglement liés à l'offre de services	30
5.2.3 Création de la demande/mobilisation de la communauté	31
5.2.4 Difficultés liées à la chaîne d'approvisionnement et chaîne de froid.....	32
5.2.5 Défis liés à la gestion et à la coordination.....	32
5.3 Difficultés liées au financement du programme de vaccination	33
5.4 Leçons apprises et les meilleures pratiques relatives à l'efficacité des activités mises en œuvre pour améliorer la couverture et l'équité	33
5.4.1 Renforcement de la prestation de services de vaccination	33
<i>La stratégie pour l'immunisation urbaine à Cité Soleil</i>	<i>34</i>
<i>L'approche Atteindre Chaque Commune (ACC/RED).....</i>	<i>34</i>
<i>L'extension du modèle de soins de santé communautaire et l'importance du rôle des Equipes de santé familiale dans la prestation de services vaccination.....</i>	<i>35</i>
<i>Mise en place de la stratégie avancée dans le projet d'extension communautaire des services primaires de base assurés par les Equipes de Santé Familiale (ESF)</i>	<i>35</i>

5.4.2	Renforcement du système d'approvisionnement en vaccins et intrants	36
	<i>Transport des vaccins et intrants.....</i>	<i>36</i>
	<i>Renforcement des capacités des gestionnaires de la chaîne d'approvisionnement</i>	<i>36</i>
6.	Gestion du programme, gestion des vaccins et gestion financière	37
6.1	Gestion du programme	37
6.2	Gestion des stocks de vaccins	38
6.3	Gestion financière.....	39
7.	Performance antérieure des subventions, difficultés de mise en œuvre et enseignements	41
7.1	Performance du système de vaccination : Exécution du plan opérationnel annuel de vaccination	41
7.1.1	Tendances des indicateurs de performance	41
	<i>Surveillance épidémiologique du MEV.....</i>	<i>43</i>
	<i>Réunions de coordination</i>	<i>46</i>
7.1.2	Participation des différentes parties prenantes au système de vaccination.....	46
7.2	Performance des subventions de GAVI	46
7.2.1	Réalisations par rapport aux objectifs convenus	46
	<i>Améliorer la capacité de planification et suivi du programme et des services de vaccination aux trois niveaux du système.....</i>	<i>47</i>
	<i>Renforcer le système d'information.....</i>	<i>47</i>
	<i>Renforcer l'accès et l'organisation de services de vaccination</i>	<i>47</i>
	<i>Renforcement de la chaîne d'approvisionnement</i>	<i>48</i>
7.2.2	Situation globale de mise en œuvre, enseignements tirés et meilleures pratiques	48
7.2.3	Usage et résultats obtenus grâce au financement basé sur la performance (FBP)	48
7.3	Performance de la gestion financière	48
7.3.1	Taux d'absorption et d'utilisation financiers	49
7.3.2	Conformité à l'information financière et progrès en matière de vérification des exigences	49
7.3.3	Principaux problèmes découlant des vérifications des programmes de trésorerie ou des examens de surveillance	49
7.3.4	Systèmes de gestion financière, y compris toute modification apportée par des arrangements antérieurs.....	49
7.4	Durabilité et planification de la transition (le cas échéant)	49
8.	Planification d'un soutien futur : coordination, transparence et cohérence	50
9.	Introductions de vaccins planifiées pendant la durée de la stratégie nationale de vaccination.....	51
10.	Description du soutien demandé pour chaque nouveau programme de vaccination	57
11.	Programmatique : description des investissements RSS prioritaires de Gavi.....	62
11.1	Informations relatives à l'allocation de Gavi	62
11.2	Objectifs et activités prioritaires pour le soutien financier de Gavi	62
	ANNEXES	84
	Liste des références.....	85

TABLE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau 1 : Objectifs spécifiques par antigène et groupes cibles du PEV (PPAC, 2016-2020)	15
Tableau 2 : Couvertures vaccinales par antigène en Haïti 2005-2017 (JRF)	16
Tableau 3 : Couvertures PEV par département année 2017* et Taux d'abandon (Source SISNU DHISS2 – MSPP 2017)	21
Tableau 4 : Couvertures vaccinales par antigène en milieu urbain et rural.....	21
Tableau 5: Couvertures vaccinales et nombre d'enfants non-vaccinés par département en 2016 (DHIS2, 2016)	22
Tableau 6 : Couvertures PEV par Département année 2016 (Source DPEV – MSPP 2016)	41
Tableau 7 : Couvertures PEV par département année 2017* et Taux d'abandon (Source SISNU DHISS2 – MSPP 2017)	42
Tableau 8 :Taux de notification de la PFA 2012-2017 * (Source DELR, 2017)	44
Tableau 9 : Nombre de personnes vaccinées et couverture vaccinale du vaccin contre le choléra 2016-2017	45
Tableau 10 :Execution des fonds GAVI 2014-2017.....	49
Graphique 1 : Evolution des couvertures vaccinales chez les enfants de 12-23 mois selon le WUENIC de 2005 à 2016	17
Graphique 2 : Evolution des couvertures vaccinales chez les enfants de 12-23 mois selon enquêtes EMMUS de 2005 à 2017	18
Graphique 3 : Couvertures vaccinales du DTC/Penta3 selon différentes sources de données 2005- 2017*	19
Graphique 4: Différence entre le taux de couverture rapporté vs WUENIC pour le DTC/Penta 3 en 2016	19
Graphique 5: Taux d'abandon DTC/Penta3 entre 2004 et 2016.....	20
Graphique 6: Couvertures vaccinales par département- comparaison EMMUS V et VI	24
Graphique 7 : Disparités entre les communes selon la couverture vaccinale en DTC/Penta 3 2005- 2016 (WUENIC)	24
Graphique 8: Répartition des communes par département selon la couverture vaccinale en DTC/Penta 3 en 2017*	25
Graphique 9: Taux de couverture vaccinale pour le DTC3, le RR et le BCG selon le sexe de l'enfant (EMMUS II, III, IV,V)	25
Graphique 10: Taux de couverture vaccinale selon le niveau d'éducation de la mère (EMMUS VI- 2016-2017).....	26

Graphique 11: Taux de couverture vaccinale selon le quintile du bien-être économique (EMMUS VI-2016-2017).....	26
Graphique 12: Incidence des cas suspects de RR pour 100 000 habitants, Haïti 2011-2017*(objectif: >2/100 000 habitants)	27
Graphique 13 :Incidence des cas suspects de SRC pour 10 000 naissances vivantes, Haïti 2011-2017* (objectif: >1/10 000 NV)	27
Graphique 14: Incidence des cas suspects de PFA pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, Haïti 2011-2017* (objectif : >1/100 000 enfants de moins de 15 ans)	28
Graphique 15: Distribution des cas probable et confirmés de diphtérie et de coqueluche de 2011 à 2017	28
Graphique 16 : Couvertures vaccinales par le vaccin RR de 2012 à octobre 2017	29
Graphique 17 : Cumul des susceptibles- Hypothèse #1 : couvertures projetées des moins de 1 an pour RR : 2017, 2018, 2019 respectivement : 75 % ; 80% ; 90 %.....	29
Graphique 18 : Cumul des susceptibles- Hypothèse # 2 : Couvertures projetés des moins de 1 an par RR : 2017, 2018, 2019 respectivement : 75% ; 85 % ; 95%	29
Graphique 19: Pourcentage des institutions offrant des services de santé infantile spécifiques, selon le secteur (ESPP, 2013)	31
Graphique 20 : Doses de vaccins administrées dans les institutions avec ou sans ESF (Données PEV, Bureau communal de Carrefour, 2016).....	36
Graphique 21 : Evolution des indicateurs de performance surveillance RR en Haïti de 2012 à 2017* (DELR, 2017).....	43

ABBREVIATIONS

ASEC : Assemblées des Sections Communales
ACC/RED : Atteindre Chaque Commune
ASCP : Agents de Santé Communautaire Polyvalents
CASEC : Conseils d'Administration des Sections Communales
CEP/CEF : Cadre d'Engagement du Pays
CCIA : Comité de Coordination Inter agences
CDAI : Centres Départementaux d'Approvisionnement en Intrants
CDC : Centers for Disease Control and Prevention (des Etats-Unis)
CNS : Comptes Nationaux de santé
CTPEV : Comité Technique du PEV
DAB : Direction de l'Administration et du Budget
DDS: Direction Départementale Sanitaire
DELR : Direction d'Epidémiologie, Laboratoire et Recherche
DPEV : Direction du Programme Elargie de Vaccination
DOSS : Direction de l'Organisation des Services de Santé
EMMUS : Enquêtes Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
EPSSS: Evaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé
ESAVI : Evènements Supposément Attribuables à la Vaccination ou l'Immunisation
ESF : Équipes de Santé de Famille
FBP : Financement BasÉ sur les Performances
GAVI : Global Alliance for Vaccines and Immunization- Alliance Mondiale pour la Vaccination et l'Immunisation
GEV : Gestion Efficace des Vaccins
GTCV/NITAG : Groupe Technique Consultatif national pour la Vaccination
HSIS : Système d'Information Sanitaire Haïtien
IEC : Information, Education, Communication
IRA: Infection Respiratoire Aiguë
JRF: WHO/UNICEF Joint Reporting Form
JSI: John Snow, Inc.Public health consulting
JSP/PSR : Justification de Soutien au Pays
MEV : Maladies Evitables par la Vaccination
MSPP : Ministère de Santé Publique et de la Population
OPS/OMS : Organisation Pan Américaine de la Santé / Organisation Mondiale de la Santé
PAMV : Plan d'action mondial pour les vaccins
PAPEV : Projet d'Appui au PEV
PCV 13 : Pneumococcal Conjugate Vaccine – Vaccin conjugué antipneumococcique à 13 valences
PEV : Programme Élargi de vaccination
PFA : Paralysie Flasque Aigue
PHAREV : Plateforme Haïtienne des Organisations de la Société Civile pour le Renforcement de la Vaccination
POECF : Plateforme d'Optimisation des Équipements de la Chaîne de Froid
POS : Procédures Opératoires Standadisées
PPAC : Plan Pluri-Annuel Complet

RISS : Réseau Intégré de Services de Santé

RSS : Renforcement des Systèmes de Santé

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

RR : Vaccin contre la rougeole/rubéole

SIS : Système d'Information Sanitaire

SISNU : Système d'Information Sanitaire National Unique

UEP : Unité d'Evaluation et de Planification

UNWPP: United Nations World Population Prospects

VIP : Vaccin Injectable contre la Polio

VSSM : Vaccination Supplies Stock Management (VSSM) - Logiciel de gestion des stocks de vaccins et consommables

WUENIC : WHO/UNICEF Estimates of National Immunization Coverage- Estimations de l'UNICEF/OMS quant à la couverture vaccinale nationale

Partie A : Vue d'ensemble du portefeuille de soutien

1. Vaccins : Cofinancement du pays et demande de soutien à Gavi pour le financement des vaccins existants et nouveaux de Gavi

Vaccins existants soutenus par Gavi		Projections estimées ¹				
		2018	2019	2020	2021	2022
Pentavalent	Cofinancement du pays (USD)	\$151,192	\$198,736	\$202,713	\$197,716	\$196,852
	Soutien de Gavi (USD)	\$772,500	\$982,000	\$1,001,500	\$918,846	\$914,832
Rotavirus	Cofinancement du pays (USD)	\$86,700	\$125,700	\$128,100	\$126,859	\$126,305
	Soutien de Gavi (USD)	\$847,500	\$1,229,000	\$1,252,500	\$1,190,874	\$1,185,670
Pneumo (Octobre 2018)	Cofinancement du pays (USD)	\$55,313	\$247,079	\$227,375	\$204,181	\$203,289
	Soutien de Gavi (USD)	\$866,000	\$4,011,000	\$3,812,500	\$2,928,370	\$2,915,575
VPI	Cofinancement du pays (USD)	0\$	0\$	0\$	0\$	0\$
	Soutien de Gavi (USD)	\$402,000	\$667,096	\$680,438	\$677,753	\$674,792
a) Total du cofinancement du pays pour les vaccins existants (USD)		\$	\$	\$	\$	\$
b) Total du soutien de Gavi pour les vaccins existants (USD)		\$	\$	\$	\$	\$
c) Total des coûts des vaccins existants (a+b) (USD) :		\$	\$	\$	\$	\$
Demande de soutien aux vaccins nouveaux						
Measles-Rubella (Campagne de suivi, April 2019), 10 dose vial	Population dans la cohorte d'âge cible (#)		1,366,538			
	Population cible (1re dose ou dose unique) (#)		1,298,211.1			
	Population cible pour la dernière dose (#)		NA			
	Taux de pertes estimé ²		324 552.775 (25%)			
	Cofinancement du pays (USD)		17500			
	Soutien de Gavi (USD)		\$1,411,000			
Rougeole-Rougeole (Routine, December 2021)	Population dans la cohorte d'âge cible (#)					
	Population cible (1re dose ou dose unique) (#)					

¹ Ces estimations offrent une visibilité quant au financement total nécessaire que le pays doit prévoir pour compléter le financement de Gavi. Ces estimations sont des projections et peuvent varier des engagements actuels, qui sont calculés par année et illustrés dans les lettres de décision de Gavi. La source de ces estimations sont les toutes dernières contributions reçues du pays et ont fait l'objet d'ajustements pas le secrétariat de Gavi (par ex. mises à jour des prix, contraintes de fournitures, etc).

² Pour les taux de pertes indicatifs pour toute autre présentation préférée (%), merci de vous reporter aux profils détaillés des produits disponibles ici : <http://www.gavi.org/library/gavi-documents/supply-procurement/detailed-product-profiles/>

	Population cible pour la dernière dose (#)					
	Taux de pertes estimé					
	Cofinancement du pays (USD)					
	Soutien de Gavi (USD)					
Roubeole-Rougeole, (Catch-up campaign, 10d, December 2021	Population dans la cohorte d'âge cible (#)	#	#	#	#	#
	Population cible (1re dose ou dose unique) (#)	#	#	#	#	#
	Population cible pour la dernière dose (#)	#	#	#	#	#
	Taux de pertes estimé	%	%	%	%	%
	Cofinancement du pays (USD)	\$	\$	\$	\$	\$
	Soutien de Gavi (USD)	\$	\$	\$	\$	\$
d) Total du cofinancement du pays pour les vaccins nouveaux demandés (USD)	\$	\$	\$	\$	\$	
e) Total du soutien de Gavi pour les vaccins nouveaux demandés (USD)	\$	\$	\$	\$	\$	
f) Coût total des vaccins nouveaux demandés (d+e) (USD)	\$	\$	\$	\$	\$	
Résumé du total des coûts et du cofinancement						
g) Total du cofinancement du pays pour les vaccins existants et les vaccins nouveaux demandés (a+d) (USD)	\$	\$	\$	\$	\$	
h) Total du soutien de Gavi pour les vaccins existants et les vaccins nouveaux demandés (b+e) (USD)	\$	\$	\$	\$	\$	
i) Total cost of current and new vaccines requested (g+h) (US\$)	\$	\$	\$	\$	\$	

1.4 Demande de changement de la présentation du vaccin pour le soutien actuel (le cas échéant)³. Veuillez noter que cela nécessite des documents complémentaires contenant la capacité de la chaîne du froid, les niveaux de stock actuels du produit et le plan d'activités chiffré (à soumettre via le portail du pays dans la rubrique « Documents justificatifs »).

Dans la mesure du possible, Gavi a pour objectif de satisfaire les préférences nationales concernant la **présentation des vaccins**. En cas d'approvisionnement insuffisant d'un produit pour répondre à la demande d'un pays, Gavi tiendra compte de la justification du changement afin de classer par ordre de priorité l'approvisionnement entre les pays.

Présentation souhaitée	Mois d'introduction souhaité	Justification à l'appui du changement de présentation souhaité, y compris toute incidence anticipée sur la couverture et l'équité
...

5.4 Dates de présentation et de mise en œuvre des vaccins : le pays doit compléter toutes les colonnes pour chaque introduction de vaccin nouveau et chaque campagne prévue pendant toute la durée de la JSP et pour lesquelles le pays fait une demande de soutien.

Programme et type de soutien	Présentation préférée ⁴	Date souhaitée d'arrivée du vaccin	Date prévue de lancement	Soutien demandé jusqu'en
Campagne	RR	Février 2019	Avril 2019	2019
[Type de soutien 2]	Voir les profils détaillés des produits	Mois année	Mois année	Année

³ Pour une description détaillée des profils des produits de vaccination, visitez le site Web de Gavi (cliquez sur le 3^e onglet) : <http://www.gavi.org/about/gavis-business-model/vaccine-supply-and-procurement/>

⁴ Pour les préférences de présentations des vaccins, veuillez vous reporter aux profils détaillés des produits disponibles ici : <http://www.gavi.org/library/gavi-documents/supply-procurement/detailed-product-profiles/>

2. Soutien financier

2.1 Soutien financier actuellement actif de Gavi (uniquement les montants déjà approuvés mais pas encore terminés) Tableau entier pré-rempli par Gavi

Type de soutien	Montant approuvé	Montant décaissé	Montant restant	Année(s) de soutien
RSS1	3,299,915	3,299,915	0	2014-2018
PCV - VIG	271,500	0	271,500	2017
CCEOP	1,592,278	1,172,041	420,237	2017

2.2 Demande de nouveau soutien financier Le pays doit compléter le tableau ci-dessous

Veuillez noter le plafond RSS du pays pour les 5 prochaines années ⁵ : (montant du plafond en USD)	Estimations indicatives ⁶					Total
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	
Soutien au renforcement des systèmes de santé (RSS)						
Objectif 1 : Favoriser un accès équitable aux services de la vaccination et augmenter la couverture vaccinale à au moins 80% dans les 38 communes ayant un nombre élevé d'enfants non vaccinés dans l'Ouest et le Sud	\$1, 369,701	\$1,599,968				
Objectif 2 : Améliorer la chaîne d'approvisionnement et la chaîne de froid au niveau national à travers une Gestion Efficace des Vaccins	\$ 233, 951	\$300 041				
Objectif 3 : Renforcer la gestion et la coordination du programme national de vaccination pour le rendre plus efficace et efficient afin de mieux servir la population ciblée et améliorer la couverture et l'équité vaccinales	\$ 206 205	\$44 560				
Total RSS (USD)	\$ 1, 809 857	\$ 1, 944 569				
Plateforme d'optimisation des équipements de la chaîne de froid (POECF)						
Co-investissement de Gavi dans la POECF ⁷						
Co-investissement du pays dans la POECF⁸						
• Fonds nationaux						
• RSS de Gavi (avec ce montant clairement prévu dans les limites du plafond RSS pour éviter de le compter deux fois)						

⁵ Si les circonstances le justifient et que la source de l'investissement du pays pour la plateforme d'optimisation d'ECF est le RSS de Gavi, ce montant doit être déduit du plafond du RSS.

⁶ Afin de déterminer le plafond (total) de ces allocations supplémentaires (VIG et Ops), le pays doit spécifier la population cible pour le vaccin associé

⁷ Co-investissement de Gavi dans la POECF= 50 % ou 80 % du montant total pour la POECF, en fonction du groupe RNB de la Banque mondiale (et du statut de cofinancement de Gavi)

⁸ Co-investissement de Gavi dans la POECF = 20 % ou 50 % du montant total pour la POECF, en fonction du groupe RNB de la Banque mondiale (et du statut de cofinancement de Gavi)

• Autres partenaires						
Total POECF⁹ (USD)						
Soutien aux vaccins nouveaux (subventions à l'introduction des vaccins ou soutien opérationnel aux campagnes ou allocations de changement de produit)						
Coûts opérationnels Campagne RR	\$ 908 919					
Introduction PCV 13	\$ 271 500					
Total du soutien HSIS demandé (USD)						

2.3 Options de vérification des données pour le calcul du RSS/financement sur la base des performances (FBP) Le pays doit renseigner l'ensemble du tableau

Utilisation des données administratives du pays (Oui/Non) :	Oui	Utilisation des estimations de l'OMS/UNICEF (Oui/Non) :	Oui	Utilisation d'enquêtes (Oui/Non) :	Oui
---	-----	---	-----	------------------------------------	-----

⁹ Total POECF = Co-investissement du pays dans la POECF + Co-investissement de Gavi dans la POECF

Partie B : Analyse du système de vaccination du pays

La stratégie Gavi 2016-2020 est axée sur l'accroissement de la couverture et de l'équité des services de vaccination, pour que chaque enfant bénéficie du soutien vaccinal. L'analyse présentée dans la partie B est essentielle pour identifier les zones de faible couverture et les facteurs d'iniquités qui devront éventuellement être ciblées par un soutien de Gavi (décrit dans la partie D).

3. Informations contextuelles sur le pays

Années du plan national de développement sanitaire	Plan directeur de santé 2012-2022
Années de la stratégie de vaccination (par ex. PPAC)	PPAC 2016-2020
Dates de début et de fin de l'exercice fiscal	Octobre-Septembre
Planification du travail opérationnel national annuel	Janvier 2018
Statut de la transition et du cofinancement (mentionner le statut : auto-financement initial, phase de transition préparatoire, accélérée)	Auto-financement initial (2018)
Budget annuel total de la vaccination pour le gouvernement et les partenaires (CNS 2013-2014)	\$726 230 405 (31 954 137856HTG)
Dépenses de santé totales/per capita (CNS 2013-2014)	\$66.08
Investissement total dans la vaccination de routine par enfant (tiré du FRC et des données UNWPP)	\$9.57 Total (all sources) immunisation expenditure per child 2016

4. Résultats obtenus par le pays par rapport aux principaux indicateurs des résultats vaccinaux en harmonie avec la stratégie de Gavi (2016-2020), sur la base du cadre de performance actualisé du pays (y compris source et année).

Investissement total dans la vaccination de routine par enfant (tiré du FRC et des données UNWPP)	\$9.57 Total (all sources) immunisation expenditure per child 2016
Vaccins (non financés par Gavi) dans le programme de vaccination actuel (par ex. OPV)	BCG, Polio b, PVI, dT, DTC, (Banque mondiale); RR1 (UNICEF)
Autre statut pertinent au sein de Gavi (par ex. Niveau de PEF, Fragilité, Ebola, Couverture et équité)	Fragilité, PEF 2, Couverture et équité
Couverture du Penta 3 au niveau national (Penta 3 ⁱ)	Estimés par source de données : <i>Administratif (2016) – 70%</i> <i>Officiel (2016) – 70%</i> <i>Enquêtes (2017) – 55%</i> <i>OMS/UNICEF (2016) – 58%</i>
Couverture du vaccin anti-rougeoleux (première dose) au niveau national (VVR1)	Estimés par source de données : <i>Administratif (2017) – 57%</i> <i>Officiel (2017) – 57%</i> <i>Enquêtes (2017) – 61%</i> <i>OMS/UNICEF (2016) – 53%</i>
Taux d'abandon entre le Penta 1 et le Penta 3	Estimés par source de données : <i>Administratif (2016) – 9%</i>

ⁱ Voir l'annexe 3 des directives CEF pour connaître les exigences minimales d'éligibilité

	Officiel (2016) – 9% Enquêtes (2017) – 33% OMS/UNICEF (2016) – 26%
Équité de la couverture vaccinale selon la zone géographique : pourcentage de districts ou de zones administratives équivalentes ayant une couverture Penta 3 supérieure à 80 %	Administratif (2016) – 27%
Équité de la couverture vaccinale selon le niveau de richesse : écart de pourcentage de couverture Penta 3 entre le quintile le plus pauvre et le quintile le plus riche	Enquête (2017) – 35%
Couverture vaccinale selon le niveau d'éducation de la mère/du responsable : écart de pourcentage de couverture Penta 3 entre les enfants dont la mère/le responsable n'a reçu aucune éducation et ceux dont la mère/le responsable a terminé l'enseignement secondaire ou supérieur	Enquête (2017) – 27%
Qualité des données : écart de pourcentage entre la couverture administrative nationale Penta 3 et l'estimation de l'enquête de couverture	2017 – 9% (administratif : 64% ; enquêtes : 55%)
Score composite national de la dernière évaluation de la gestion efficace des vaccins (GEV) (score annuel et agrégé)	55% (2013)

5. Situation de la couverture et de l'équité



Pour améliorer la pérennité de la couverture et traiter les inégalités, il est indispensable de pouvoir identifier les populations non vaccinées, de comprendre les goulots d'étranglement ou les difficultés qui empêchent ces populations d'être vaccinées, et d'adapter les interventions pour résoudre ces blocages spécifiques. Cette section définit le contexte pour le ciblage des populations, communautés ou zones géographiques spécifiques nécessitant un soutien intensif, afin d'améliorer la couverture de tels groupes de façon équitable.

5.1 Décrivez les évidences en matière de couverture et d'équité de l'immunisation aux niveaux national et infranational dans le pays et les contraintes à l'amélioration. En particulier, identifiez les régions et les groupes présentant une faible couverture ou des inégalités élevées sur la base de considérations géographiques, socio-économiques, culturelles ou liées à l'alphabétisation des femmes, ainsi que les communautés systématiquement marginalisées. Précisez les régions et/ou les populations à faible couverture (%) et celles ayant le plus grand nombre absolu d'enfants non vaccinés/incomplètement vaccinés. Parmi les sources de données, tenez compte des données administratives, des enquêtes sur la couverture vaccinale, EDS/MICS, des analyses d'équité, des enquêtes Connaissances-Attitudes-Pratiques et des données sur les maladies comme la rougeole.

5.1 Couverture vaccinale et équité en matière d'immunisation aux niveaux national et infranational

5.1.1 Couverture vaccinale en Haïti

En Haïti, le Programme Élargi de vaccination (PEV) cible les maladies évitables par la vaccination (MEV) telles que la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, le rotavirus, la rougeole, la rubéole et la tuberculose. En Novembre 2012, le pays a introduit le vaccin pentavalent qui, en plus de protéger contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, protège contre l'hépatite B et l'Haemophilus influenzae type b (Hib). En avril 2014, le vaccin contre le rotavirus a été introduit suivi en 2015 du vaccin injectable contre la polio (VIP).

Dans le but de réduire de 80% la morbi-mortalité infantile dues aux MEV, le pays s'est doté d'un Plan Pluri-Annuel Complet (2016-2020) en cohérence avec la politique nationale de santé et les lignes directrices définies dans le Plan d'action mondial pour les vaccins (PAMV, 2011-2020). Dans ce cadre, des objectifs spécifiques par antigène ont été fixés et des groupes cibles définis (Tableau1).

Antigènes	Année de base (2015)	2016	2017	2018	2019	2020
Vaccins de routine	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Enfant de moins d'un an						
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%
RR2			85%			
Rota2	55,1%	70%	80%	85%	90%	95%
Enfant de 1 à 4 ans						
DTC (DiTePer)		70%	75%	80%	95%	90%
Femmes Enceintes						
dT2+	60%	80%	85%	90%	95%	95%

Tableau 1 : Objectifs spécifiques par antigène et groupes cibles du PEV (PPAC, 2016-2020)

L'analyse des données administratives révèle qu'au cours de la dernière décennie, les performances du Programme national de vaccination ont évolué de façon irrégulière et sont généralement restées en deça des objectifs. Malgré les progrès réalisés notamment en matière de contrôle et de l'élimination de la

poliomyélite, de la rougeole et du tétanos maternel et néonatal, les objectifs d'atteinte d'un seuil protecteur entre 80 et 95% selon les antigènes demeurent difficiles à réaliser.

Selon les données administratives officielles issues du Joint Reporting Form (JRF) entre 2010 et 2013, les couvertures vaccinales pour certains antigènes ont dépassé le seuil protecteur (Tableau 2). La couverture du BCG était de 82% en 2011; 99% pour le Penta 1 et 85% en 2012; la Polio 3 a atteint respectivement 83% en 2010 et 92% en 2013. La couverture vaccinale de la rougeole-rubéole n'a pu atteindre les 80% qu'en 2013. Dans ce dernier cas, pour palier la faiblesse prolongée des couvertures, l'accumulation des personnes susceptibles et le risque élevé d'importation de cas de rougeole, une campagne nationale de vaccination contre la rougeole-rubéole a été menée en mars-avril 2016 avec une couverture de 99,6% selon les données administratives. Le pays a aussi introduit depuis 2016, une deuxième dose du vaccin RR dans le cadre du programme national. Ces efforts ont contribué à une amélioration du taux de couverture par rapport aux années précédentes. Néanmoins, en 2016, le taux de couverture du RR demeure deçà des objectifs (76%).

Bien que couverture vaccinale du Rota2 rapportée à partir de 2014 (date d'introduction du vaccin) ait progressé de 40% à 60% en 2016, elle demeure très en deçà des objectifs fixés.

En 2017, selon les données administratives, les couvertures vaccinales couvrant la période de Janvier à Octobre sont en chute de nouveau par rapport à 2016.

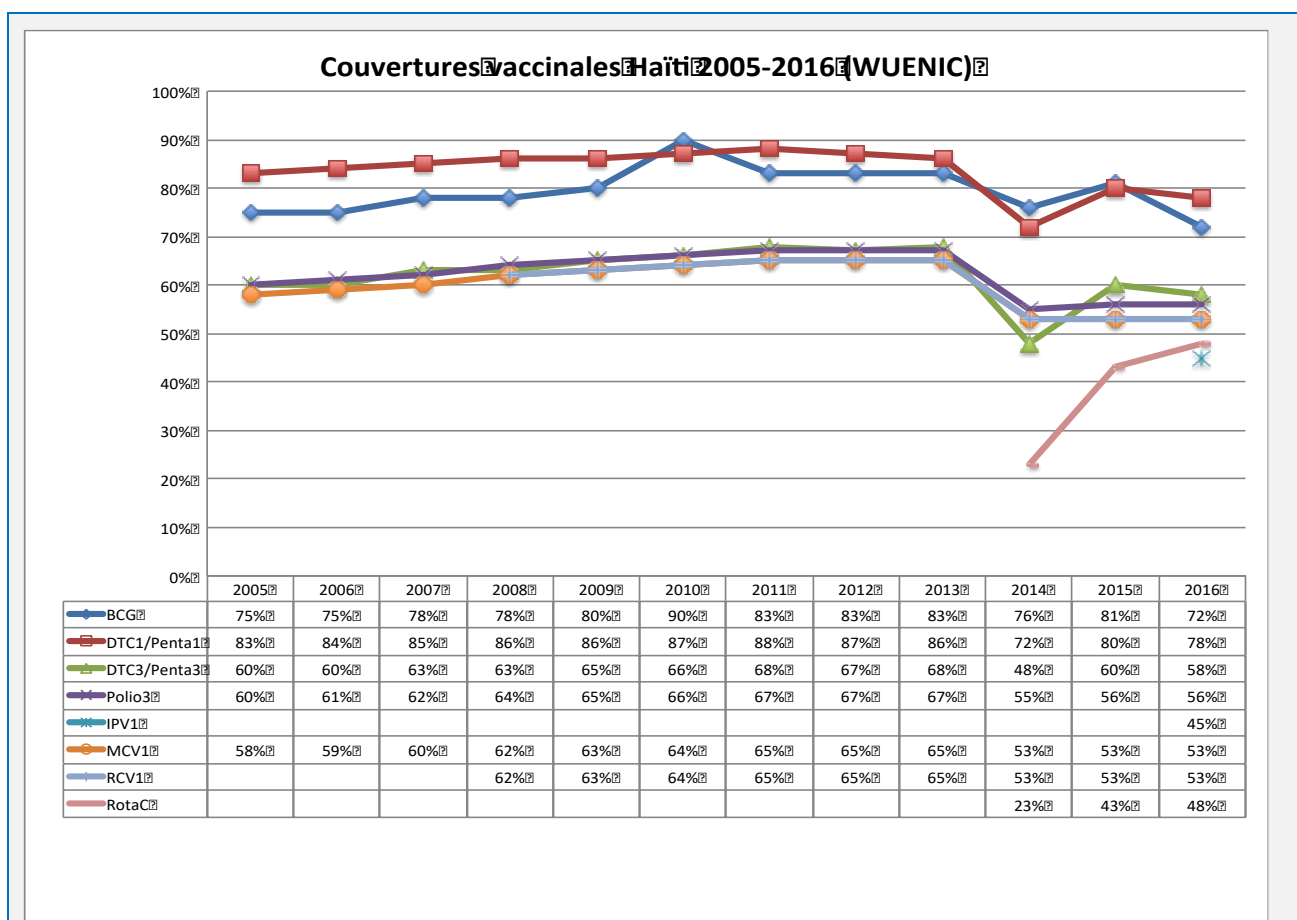
Antigènes	Années												
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 ^k
BCG	62	59	70	62	66	68	82	69	75	67	72	63	55
DTC1/Penta1	57	90	77	77	73	98	92	99	90	71	79	77	69
DTC3/Penta3	68	79	68	58	68	98	85	81	85	60	72	70	64
Polio3	65	75	66	58	65	83	78	76	92	75	76	65	48
VPI													58
MCV1	59	66	54		17	19	58	66	80	65	64	76	57
RCV1					17	45	58	66	80		64		
Rota2										40	55	60	59

Tableau 2 : Couvertures vaccinales par antigène en Haïti 2005-2017^l (JRF)

Les estimations de l'UNICEF/OMS (WUENIC) entre 2005 et 2016 présentent une tendance séculaire à la hausse avec une chute importante en 2014. Hormis le BCG et le DTC 1 dont la couverture vaccinale a pu atteindre ou dépasser le seuil protecteur de 80%, celle de tous les autres antigènes demeurent en deçà de 70% de couverture.

^k Pour l'année 2017, les données administratives extraites de la base de données de la DPEV ne couvrent que la période Janv-Oct 2017

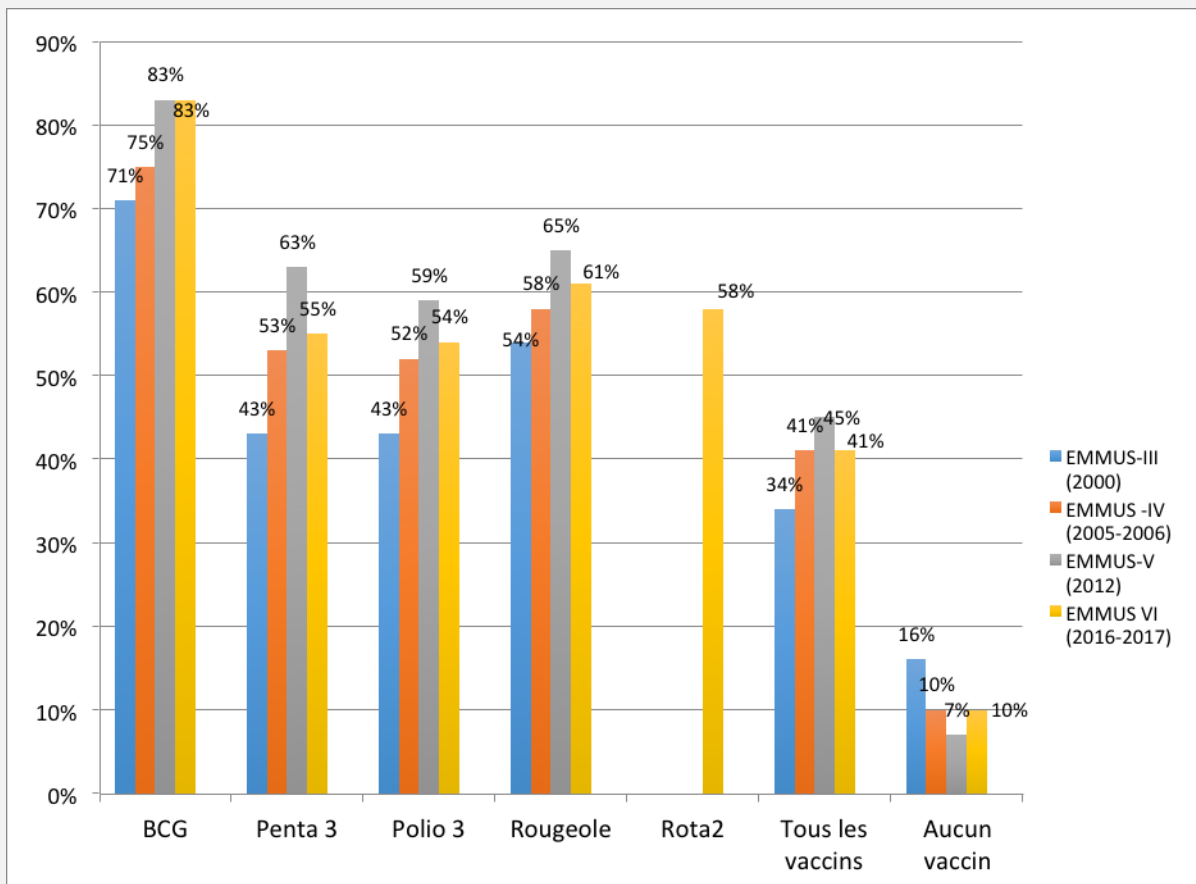
^l Pour l'année 2017, les données administratives extraites de la base de données de la DPEV ne couvrent que la période Janv-Oct 2017



Graphique 1 : Evolution des couvertures vaccinales chez les enfants de 12-23 mois selon le WUENIC de 2005 à 2016

L'examen des **enquêtes Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS)** mettent en évidence une nette amélioration de la couverture vaccinale en Haïti entre 2000 (EMMUS III) et 2012 (EMMUS V) mais connaît une chute importante en 2017 (EMMUS-VI). Quelque soit la tendance, la couverture demeure en deçà des objectifs que s'est fixé le pays.

La tendance positive constatée dans la décennie 2000-2012 est confirmée par les données du WUENIC (Queuille & Ridde, 2016). En effet, parmi les enfants de 12-23 mois vaccinés, la proportion d'enfants ayant reçu tous les vaccins du programme est passée de 34 % en 2000 à 41 % en 2005-2006 pour atteindre 45 % en 2012. Elle chute à 41% 2017, soit une baisse de 4 points. De même, la proportion d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin a augmenté en passant de 7% en 2016 pour atteindre 10 % en 2017 (Graphique 2).



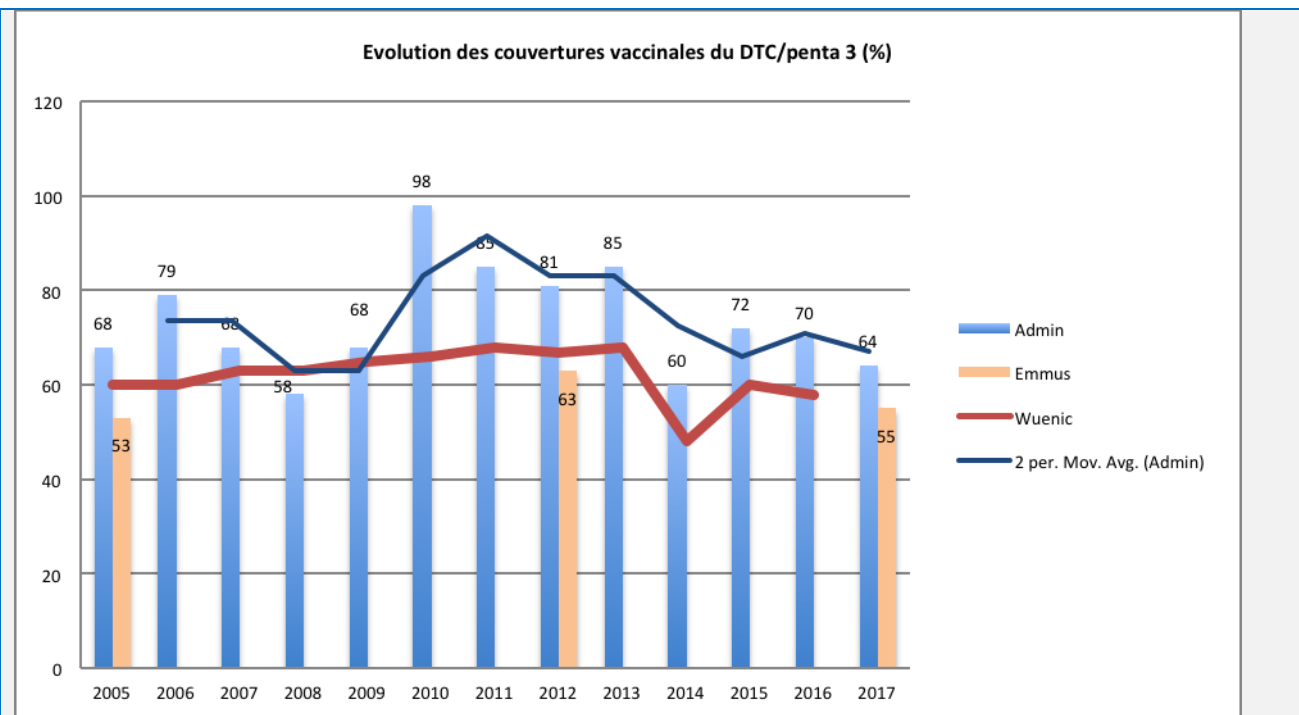
Graphique 2 : Evolution des couvertures vaccinales chez les enfants de 12-23 mois selon enquêtes EMMUS de 2005 à 2017

De manière spécifique, 83 % des enfants de 12 -23 mois ont reçu le BCG; Penta 3: 55 % ; OPV3: 54%; RR: 61 % et Rota 2: 58%. La dose de vaccin Polio 0 (à la naissance) a été reçue par 38 % des enfants de 12-23 mois. On note également des déperditions entre la première et la troisième dose de Pentavalent (84% vs 55%) et de la Polio (84% vs 54%) et entre la première et la deuxième dose de Rotavirus (73% vs 58%).

▪ Couverture du DTC/Penta3

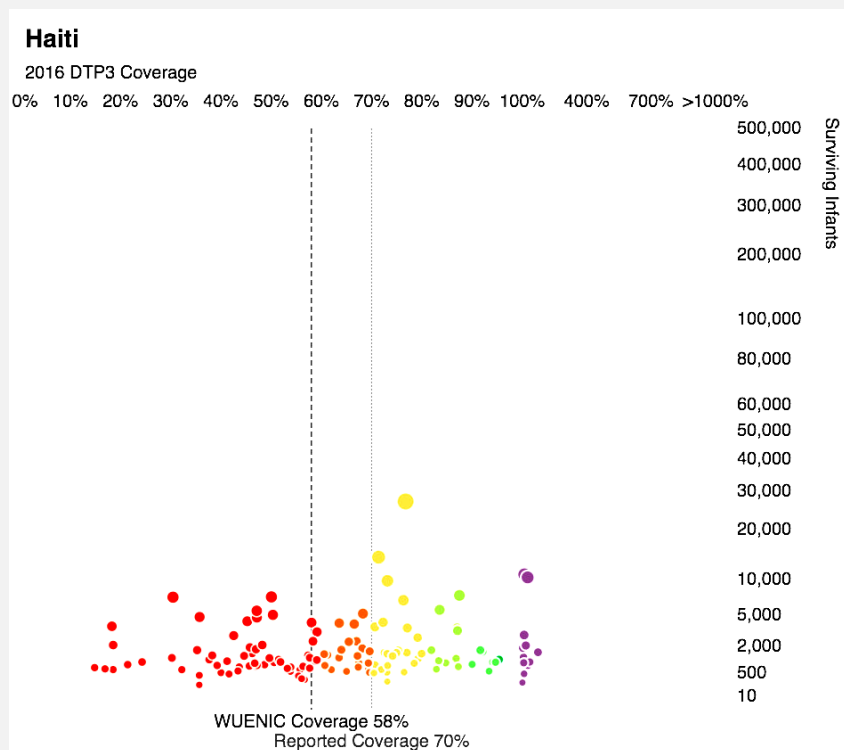
La couverture par le DTC/Penta3 tout particulièrement, permet d'apprécier la robustesse du programme de vaccination à travers l'utilisation des services. Les meilleures couvertures vaccinales selon les données administratives officielles (JRF) ont été enregistrées en 2011 (85%), 2012 (81%) et 2013 (85%) pour le Penta 3 avec des taux de couverture supérieurs au seuil de 80%. Il faut noter que la couverture vaccinale de 98% rapportée pour l'année 2010 ne correspondant pas aux données administratives de la Direction du Programme Elargi de Vaccination (DPEV) qui enregistrent une couverture vaccinale de 68% cette année-là. En 2014, la couverture vaccinale chute de façon importante (60%) puis remonte légèrement l'année suivante. Cette baisse de la performance en 2014 serait attribuée aux financements tardifs de certains vaccins occasionnant des ruptures de stock constatées à différents niveaux de la chaîne d'approvisionnement (Queuille & Ridde, 2016).

Les estimations de 2017 augurent d'une nouvelle chute des performances du programme de vaccination avec un taux de couverture de Penta 3 estimée à 64% pour la période janvier à octobre selon les données administratives de la DPEV et à 55% selon l'EMMUS VI. Les données administratives pour la période couverte sont toutefois à prendre avec précaution car elles sont incomplètes.



Graphique 3 : Couvertures vaccinales du DTC/Penta3 selon différentes sources de données 2005-2017*

Alors que les données administratives de couverture sont irrégulières à travers le temps avec des taux pouvant atteindre ou dépasser 80%, les estimations de l'UNICEF/OMS (WUENIC) montrent une tendance séculaire à la hausse avec un taux de couverture moyen de 62% et une chute à 48% en 2014. En 2016, on note une différence de 12 points de pourcentage entre les données administratives officielles et les estimations du WUENIC (Graphique 4).



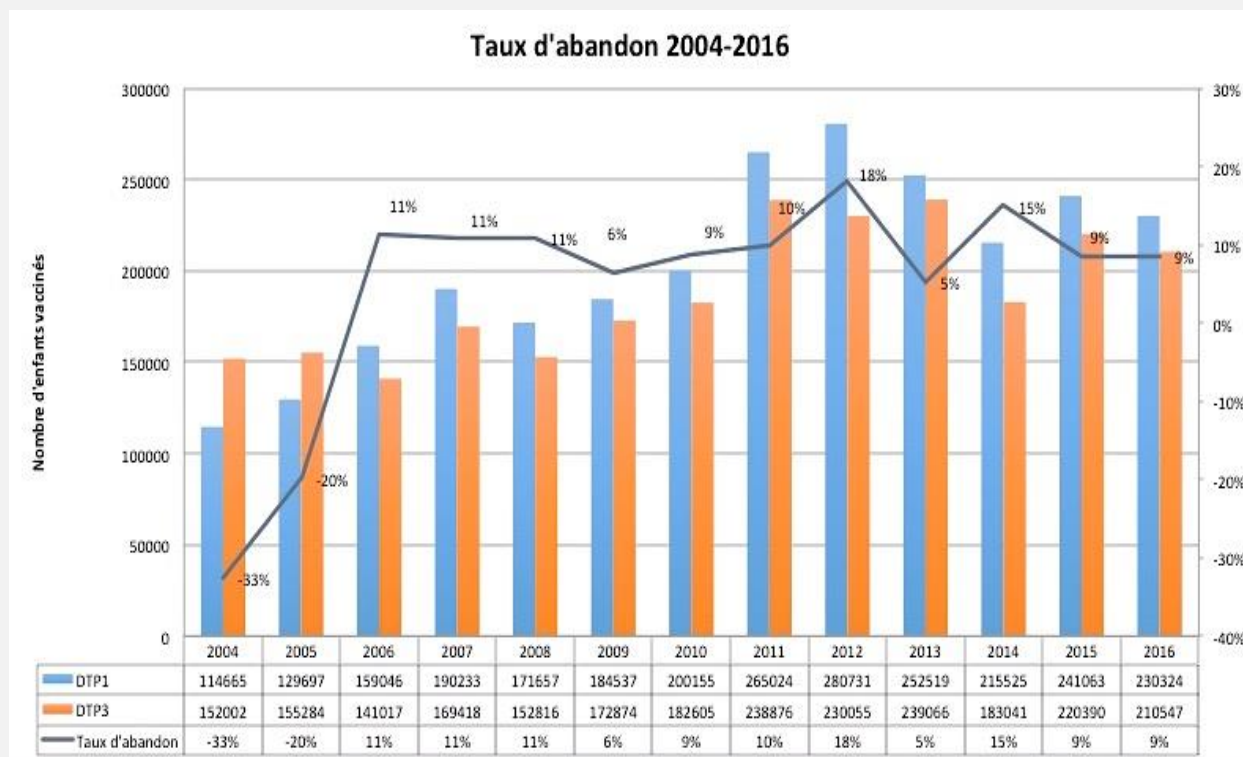
Graphique 4 : Différence entre le taux de couverture rapporté vs WUENIC pour le DTC/Penta 3 en 2016

De même, on note une différence de 9 points entre les données du récent EMMUS VI (2017) (55%) et les

données administratives partielles de 2017 (64%).

- Taux d'abandon DTC/Penta3

Le taux d'abandon – qui sert de mesure d'appréciation de la capacité du système à administrer aux enfants trois doses de vaccin pentavalent- a atteint son niveau le plus élevé en 2012 (18%) et 2014 (15%). En 2016, le taux d'abandon est estimé à 9%, ce qui reste au deçà à l'objectif de 5% visé par Haïti.



Graphique 5: Taux d'abandon DTC/Penta3 entre 2004 et 2016

Selon une analyse de l'équité en immunisation en Haïti réalisée par la MSPP/PEV et ses partenaires en 2017, le taux d'abandon sur les cinq dernières années dans l'Aire métropolitaine de Port-au-Prince est inférieur à 10% mais dépasse cette proportion dans les départements à faible potentialité économique (MSPP et al. 2017).

En 2017, le taux d'abandon (proportion des enfants qui ont eu la première dose du vaccin Pentavalent et absents à la troisième dose) est estimé à 6% selon les données administratives pour la période de janvier à octobre. Elle varie d'un département à l'autre; plus forte dans le département de la Grande Anse (33%) suivi du Centre (16 %) et de l'Artibonite (11 %) et de l'Ouest (10%). L'Aire métropolitaine et le Nord-enregistre des taux d'abandon négatifs respectivement de -4 et -16% (Tableau 3).

Departement	Couvertures vaccinales janvier octobre 2017 et taux d'abandon								Taux d'abandon Penta1/Penta 3 (%)
	BCG	PENTA1	PENTA3	VPI	POLIO3	ROTA2	RR1	dT2+	
Aire Metropolitaine	47,9	73,9	76,7	67,9	59,9	64,2	69,1	41,0	-4
Artibonite	64,9	74,5	66,4	64,6	55,5	64,6	58,7	41,0	11
Centre	66,2	74,7	62,8	61,0	53,8	55,8	52,2	39,6	16
Grand-Anse	85,6	105,3	70,5	70,2	60,7	79,9	65,6	24,3	33
Nippes	53,7	57,8	58,0	51,5	42,5	56,6	55,6	23,7	0
Nord	66,8	73,6	73,4	59,5	47,2	63,1	61,9	32,9	0
Nord-Est	45,5	54,0	62,8	48,6	32,5	56,0	54,9	42,9	-16
Nord-Ouest	39,2	44,9	41,5	37,0	29,2	38,5	36,7	21,7	8
Ouest	53,9	79,6	71,3	60,4	55,4	66,8	63,2	32,5	10
Sud	29,1	28,2	26,3	24,0	14,9	25,3	21,2	15,0	6
Sud-Est	55,1	65,3	64,1	60,3	36,0	59,9	52,7	34,2	2
Haiti	54,6	68,6	64,4	58,0	48,1	58,8	56,5	34,8	6

Tableau 3 : Couvertures PEV par département année 2017* et Taux d'abandon (Source SISNU DHISS2 – MSPP 2017)

5.1.2 Couverture vaccinale et Equité

La couverture vaccinale varie selon certaines caractéristiques telles que les disparités géographiques (rural/urbain; interdépartements et intercommunales), sociodémographiques.

5.1.2.1 Disparités géographiques

- Rural/urbain

Alors qu'1 enfant sur 2 reçoit tous les vaccins en milieu urbain, ils sont seulement 37% en milieu rural. De même, en milieu rural près de 12% des enfants n'ont reçu aucun contre 6% en zone urbaine (EMMUS VI, 2016-17). Toutefois, il s'agit là d'une différence dans l'absolu qui ne reflète pas les disparités plus profondes lorsqu'on considère le nombre élevé d'enfants non-vaccinés. En effet, **au-delà des différences importantes entre la couverture vaccinale en zone urbaine par rapport à la zone rurale, l'Aire métropolitaine demeure une zone qui concentre un nombre élevé d'enfants non-vaccinés et concentre près de la moitié de la population haïtienne (52%)**. Ceci favorise crée un environnement propice à l'émergence de maladies évitables par la vaccination surtout dans les bidonvilles. De nombreux facteurs contribuent à cette situation: la mobilité des populations, le manque d'infrastructures de base dans certaines zones, des ruptures de stocks de vaccins, la mauvaise expérience des mères pour les séances de vaccination antérieures et surtout l'insécurité.

	Couvertures vaccinales par antigène en milieu urbain et rural					
	BCG	Penta 3	Polio 0	Polio 3	RR	Rota 2
Urbain	88	65	51	79	68	65
Rural	81	50	31	66	58	54

Tableau 4 : Couvertures vaccinales par antigène en milieu urbain et rural 2016-2017

- Disparités interdépartementales

En considérant les données administratives prises en compte dans l'analyse de l'équité en immunisation en Haïti, et le taux de couverture du Penta 1 utilisé pour apprécier l'*accessibilité aux services de vaccination*, les 4 départements les plus performants entre 2012 et 2016 étaient le Centre avec 113%, suivi des Nippes avec

89%, le Nord Est et l'Ouest avec 87%. Les performances les plus faibles ont été enregistrées au Sud, en Artibonite, au Nord avec 74% et dans l'Aire métropolitaine (83%) (MSPP et al. 2017). En 2017, les données administratives disponibles pour la période de Janvier à Octobre identifient le Sud (28%), le Nord-Ouest (45%) et le Nord-Est (54%) comme les moins performants.

En ce qui concerne l'utilisation et la performance des services, le taux de couverture en Penta 3 en 2016 est plus faible dans la Grande Anse (54%), le Sud, l'Artibonite et l'Ouest (58%). Lorsqu'on analyse les données relatives au nombre d'enfants non vaccinés au Penta 3 et RR1, on constate qu'il est très important dans l'Aire métropolitaine, l'Artibonite, l'Ouest et le Sud.

Département	CIBLE	2016			Cible	2016			2016		
		Couverture vaccinale				Nombre vaccinés			Non vaccinés		
		Penta 1	Penta 3	R(O)R		Penta1	Penta3	R/R	Penta1	Penta3	R/R
Aire Métropolitaine	74 805	80,8%	85,3%	86,1%	74 805	60 454	63 841	64 426	14 351	10 964	10 379
Artibonite	47 449	65,9%	58,1%	69,1%	47 449	31 268	27 552	32 792	16 181	19 897	14 657
Ouest	35 875	75,2%	58,4%	72,1%	35 875	26 962	20 946	25 857	8 913	14 929	10 018
Nord	29 311	73,0%	73,5%	75,0%	29 311	21 387	21 535	21 979	7 924	7 776	7 332
Sud	21 286	70,5%	56,6%	62,8%	21 286	15 005	12 046	13 378	6 281	9 240	7 908
Centre	20 496	102,4%	78,5%	71,6%	20 496	20 978	16 099	14 666	(482)	4 397	5 830
Nord-Ouest	20 018	82,2%	74,8%	75,7%	20 018	16 464	14 983	15 149	3 554	5 035	4 869
Sud-Est	17 375	72,5%	63,3%	67,2%	17 375	12 594	11 004	11 672	4 781	6 371	5 703
Grande-Anse	12 862	69,3%	53,5%	70,3%	12 862	8 917	6 879	9 047	3 945	5 983	3 815
Nord-Est	11 665	81,1%	79,0%	83,0%	11 665	9 455	9 216	9 682	2 210	2 449	1 983
Nippes	9 408	76,4%	70,2%	94,5%	9 408	7 185	6 600	8 891	2 223	2 808	517
ENSEMBLE DU PAYS	300 550	76,7%	70,1%	75,7%	300 550	230 669	210 701	227 539	69 881	89 849	73 011

Tableau 5: Couvertures vaccinales et nombre d'enfants non-vaccinés par département en 2016 (DHIS2, 2016)

Comme explicité plus haut, une couverture vaccinale absolue en Penta 3 (77% en 2017 contre 85% en 2016 dans l'Aire métropolitaine) cache souvent des poches de concentration d'un nombre élevé d'enfants non-vaccinés en zone urbaine défavorisée. D'autre part, la population utilisée comme dénominateur pour le calcul des données administratives de la couverture est souvent sous-estimée surtout en zone urbaine, et peut résulter d'une extrapolation des données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) réalisé en janvier 2003. Une autre explication serait l'absence d'enregistrement ou l'enregistrement inadéquat des enfants vaccinés par le personnel de santé.

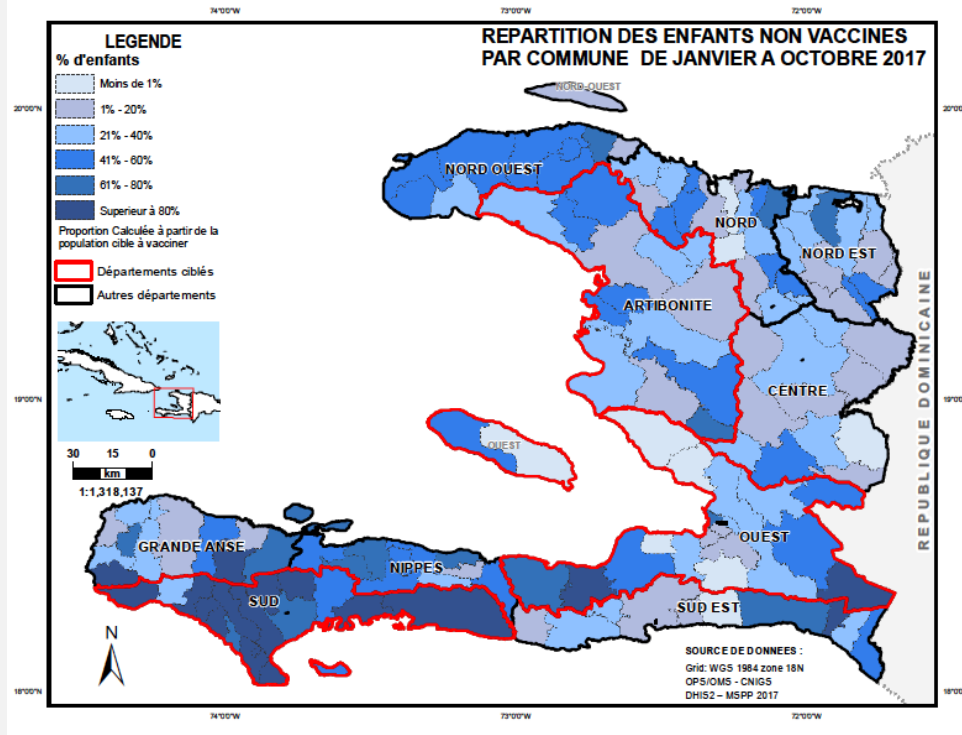
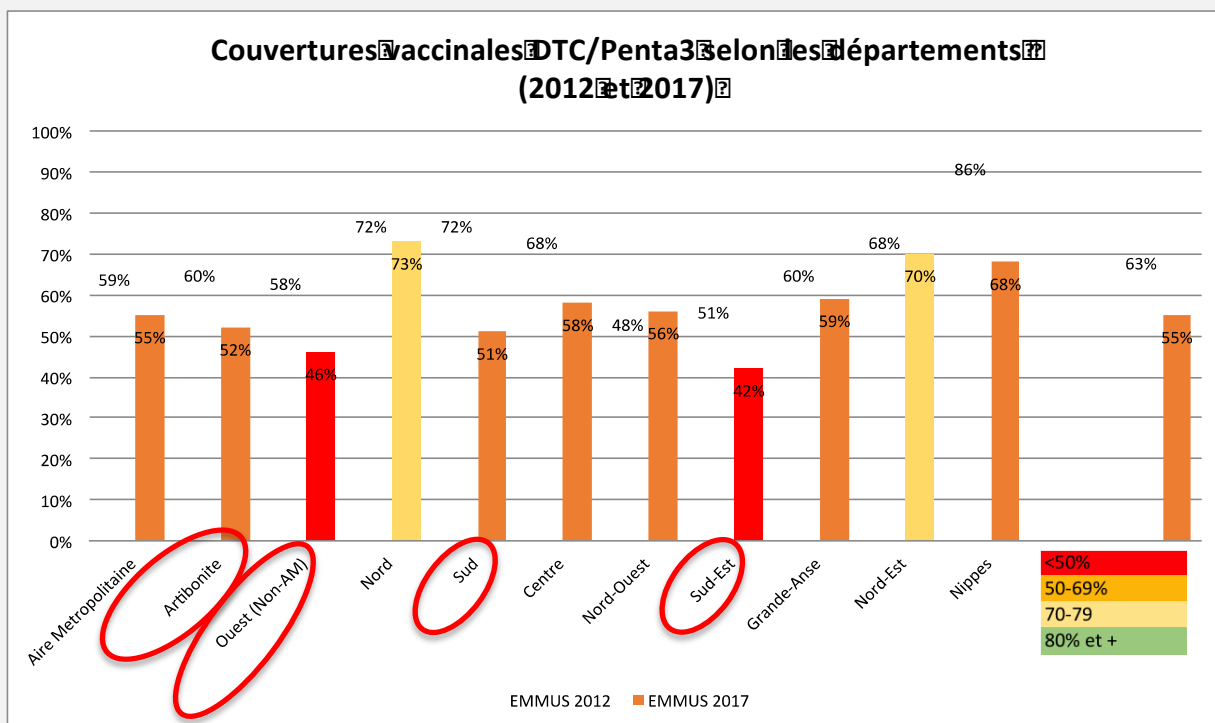


Figure 1 : Répartition des enfants non-vaccinés en Penta 3 par commune de Janvier à Octobre 2017 (DHIS2-MSPP,2017)

Les données de l’EMMUS VI (2016-2017) montrent une chute drastique de la couverture vaccinale en Penta 3 dans tous les départements et qu’aucun département n’atteint un taux de couverture du Penta 3 supérieur ou égal à 80% contrairement aux données de EMMUS V (2012). Ainsi, deux départements enregistrent des taux de couverture < 50%, sept se situent entre 50 et 69%, et deux ont un taux de couverture de 70 et 73% respectivement. Les résultats selon les départements montrent que la couverture vaccinale varie d’un maximum de 73% dans le Nord à un minimum de 42% dans le Sud-Est (Graphique 6).



Graphique 6: Couvertures vaccinales par département- comparaison EMMUS V et VI

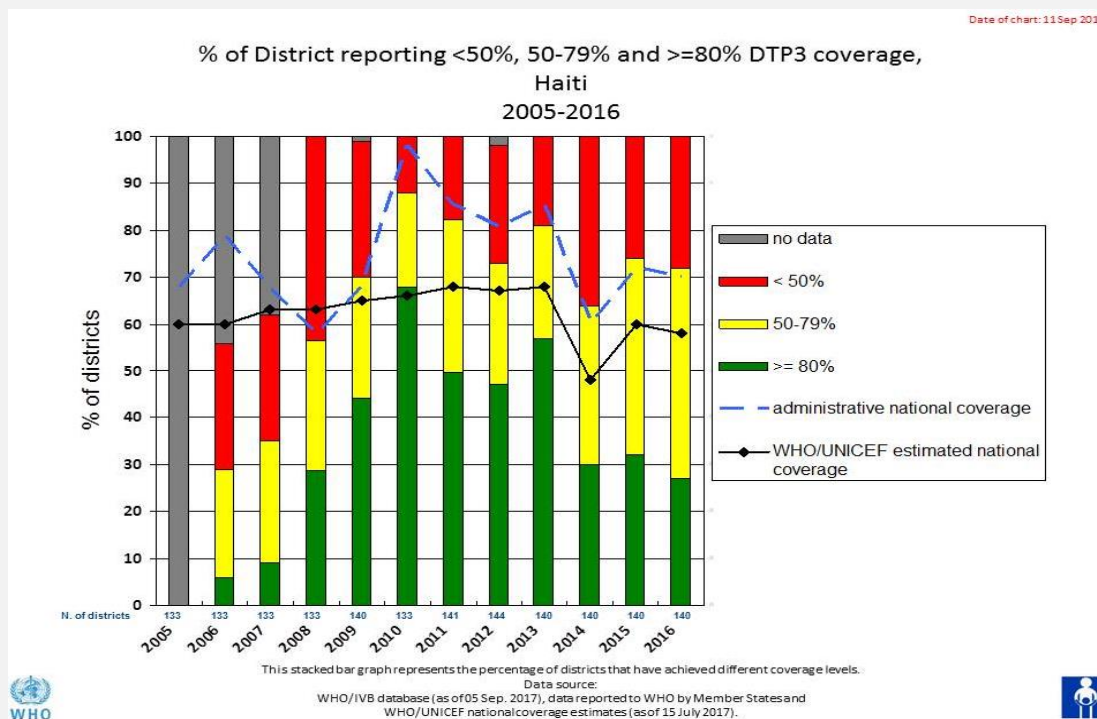
Au regard des données de l'EMMUS VI, ce sont **les départements du Sud- Est, de l'Ouest, du Sud et de l'Artibonite** (Graphique 6) qui seraient les moins performants alors que les données administratives de la période Janv-Oct 2017 identifient le Sud (26%), le Nord-Ouest (41,5%) et les Nippes(58%) comme peu performants en notant que ces données sont incomplètes (Tableau 3).

En somme, en considérant les données administratives et les données d'enquête de couverture en Penta 3 (2016-2017), les départements les moins performants sont l'Ouest, le Sud et l'Artibonite, le Sud-Est, le Nord-Ouest et les Nippes.

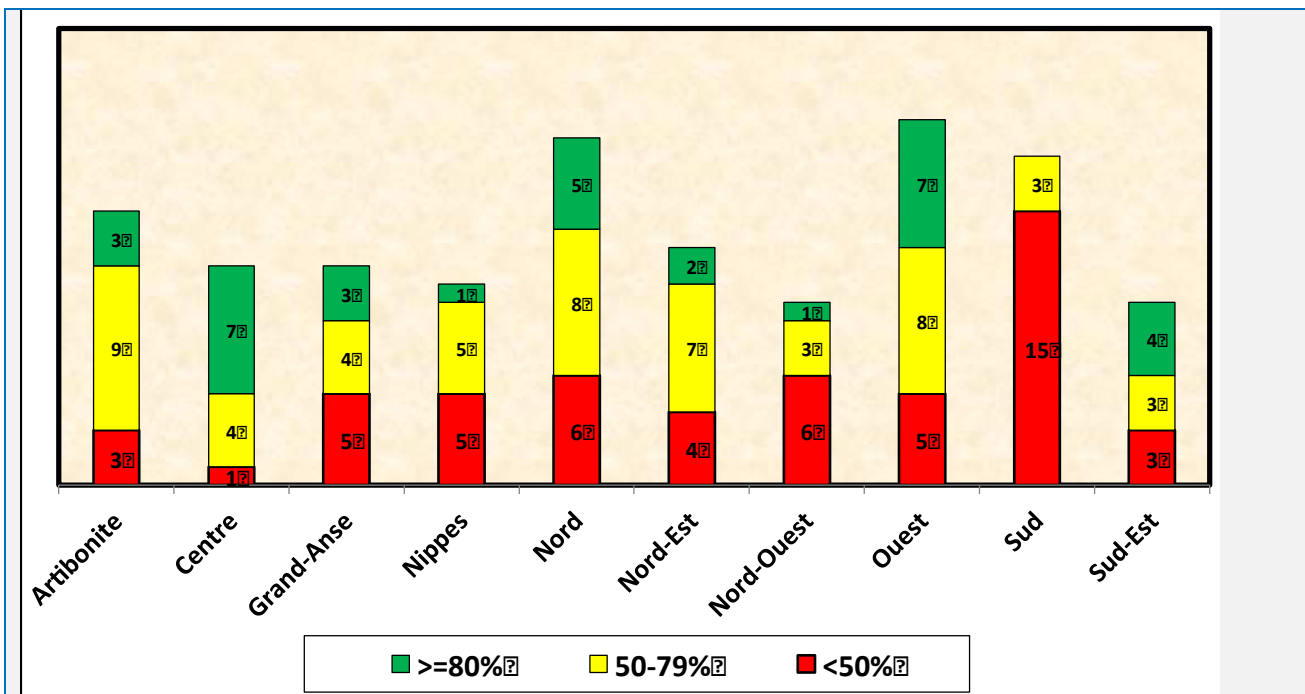
- Disparités intercommunales

Les disparités entre départements percolent également au niveau des communes. Il existe en effet d'importantes disparités entre les communes d'un même département. En 2016, sur un total de 140 communes, environ 28% avaient un taux de couverture en Penta 3 inférieur à 50%; près de 44% se situaient entre 50-79% et environ 28% étaient couvertes à 80% ou plus (Graphique 7). L'analyse de l'équité en immunisation en Haïti montrent clairement les inégalités de couvertures vaccinales entre les différentes communes du pays. Paradoxalement, elle révèle aussi que le plus grand nombre d'enfants non vaccinés ne résident pas dans les milieux ruraux les plus éloignés du pays. En effet, durant les trois dernières années, 42% des enfants non vaccinés au penta 3 résident dans 3 communes de l'Aire métropolitaine (Port-au-Prince, Cité soleil et Carrefour) et dans deux grandes villes (Gonaïves et Saint-Marc) (MSPP et al.2017).

Les données administratives couvrant la période Janv-Oct 2017 montrent que le département du Sud par exemple compte plus de 15 communes avec un taux de couverture inférieur à 50% (Graphique 8).



Graphique 7 : Disparités entre les communes selon la couverture vaccinale en DTC/Penta 3 2005-2016 (WUENIC)

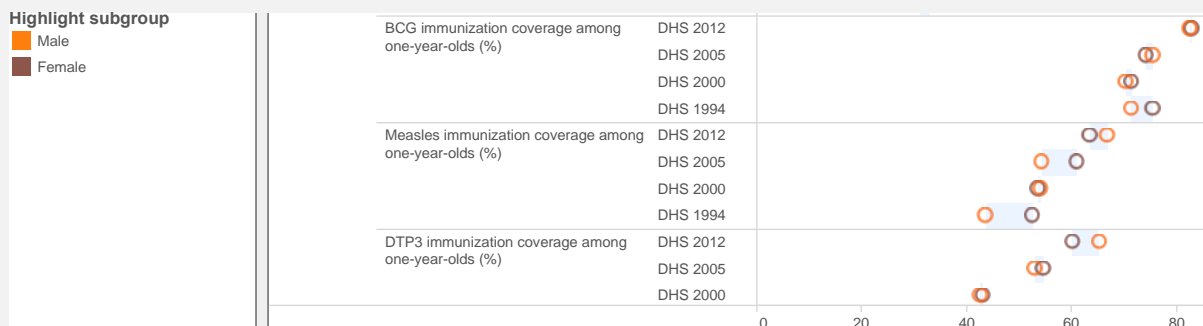


Graphique 8: Répartition des communes par département selon la couverture vaccinale en DTC/Penta 3 en 2017*

5.1.2.2 Statut socio-économique

- Genre et ordre de naissance

Selon les données d'enquête (EMMUS 2016-2017), 44% des filles contre 38% des garçons ont reçu tous les vaccins de base. Pour le Penta 3 par exemple, 59% des filles ont été vaccinées contre 52% des garçons.



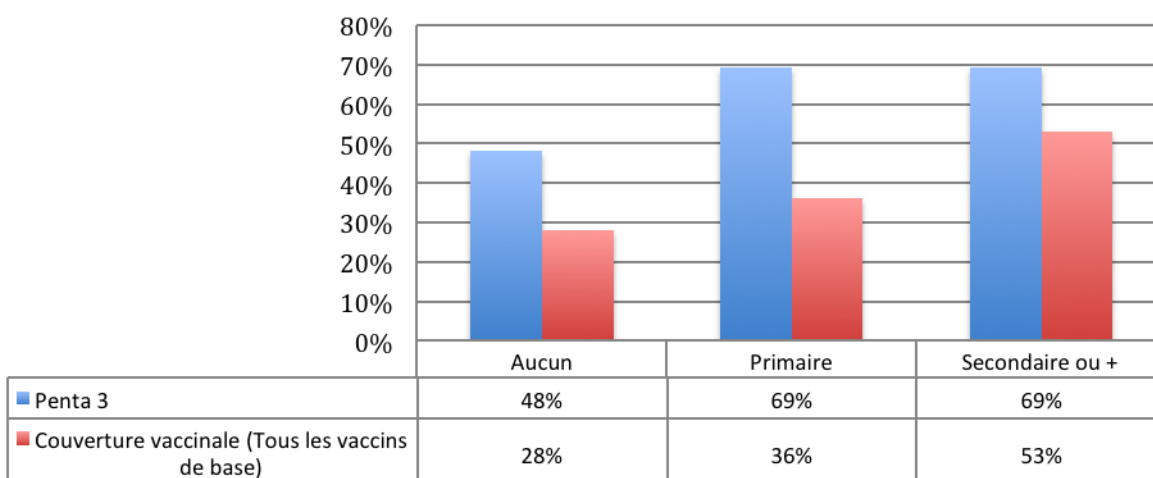
Graphique 9: Taux de couverture vaccinale pour le DTC3, le RR et le BCG selon le sexe de l'enfant (EMMUS II, III, IV, V)

Le rang de naissance semble influencer la décision des parents pour vacciner leur enfant car on note une diminution de la couverture vaccinale qui passe de 48% pour le rang 1 à 29% pour le rang 6 ou plus pour tous les vaccins.

- Niveau d'éducation de la mère

Le profil des enfants non vaccinés semble être influencé par le niveau d'éducation de la mère. Les proportions d'enfants complètement vaccinés augmentent avec le niveau d'instruction de la mère, passant de 28% parmi ceux dont la mère est sans instruction à 36% parmi ceux dont la mère a un niveau primaire et à 53% quand la mère a un niveau équivalent au secondaire ou plus (EMMUS VI).

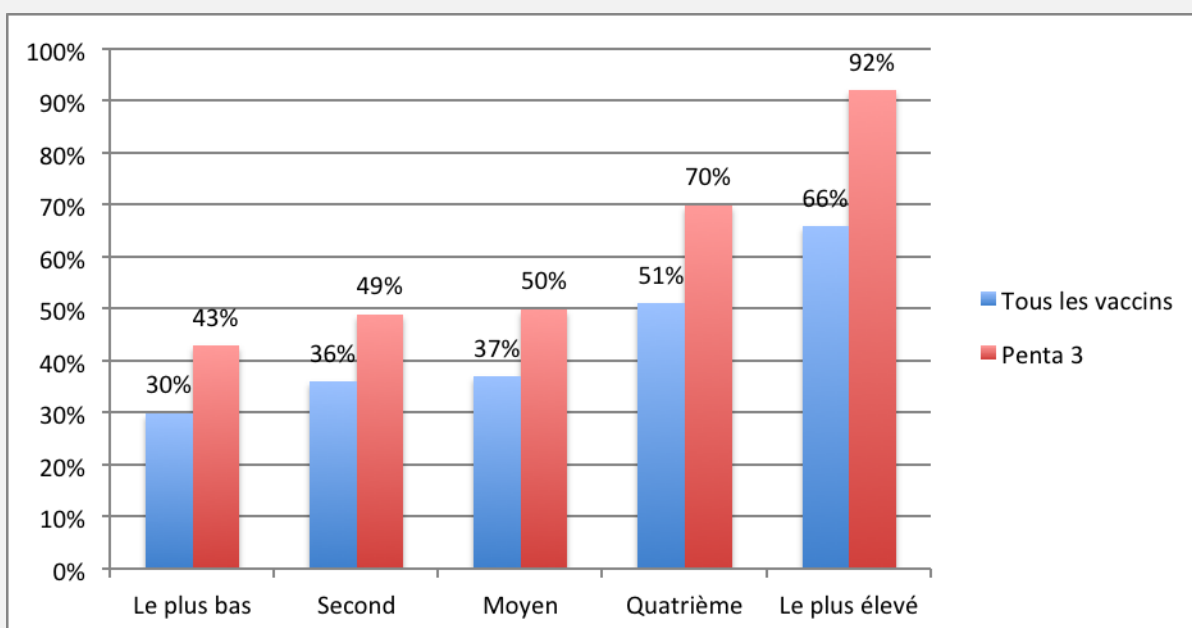
Couverture vaccinale selon le niveau d'éducation de la mère



Graphique 10: Taux de couverture vaccinale selon le niveau d'éducation de la mère (EMMUS VI-2016-2017)

- Statut économique

Les données d'enquête révèlent qu'un enfant a plus de chance d'être vacciné s'il appartient à une famille dont le bien-être économique est élevé. Plus le quintile du bien-être économique est élevé, plus la couverture augmente (EMMUS 2016-2017).



Graphique 11: Taux de couverture vaccinale selon le quintile du bien-être économique (EMMUS VI-2016-2017)

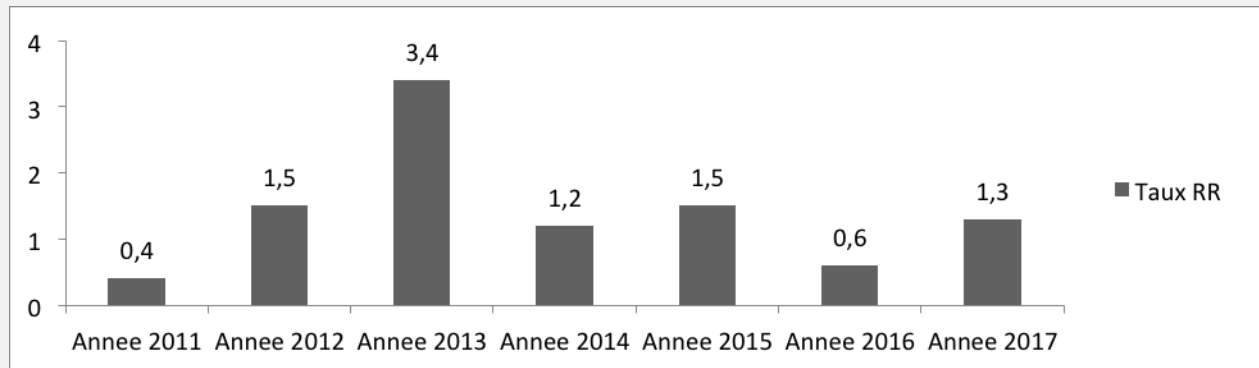
5.1.3 Surveillance épidémiologique RR

5.1.3.1 Surveillance épidémiologique des MEV

La surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination (MEV) en particulier, a été mise en place en Haïti entre 1988 et 1991 avec l'implantation du réseau de surveillance de la paralysie flasque aigue (PFA) dans un premier temps, et dans un deuxième temps avec la mise en place d'un réseau sentinelle prenant en compte certaines maladies de l'enfance: méningococcie, paralysie flasque aigue,

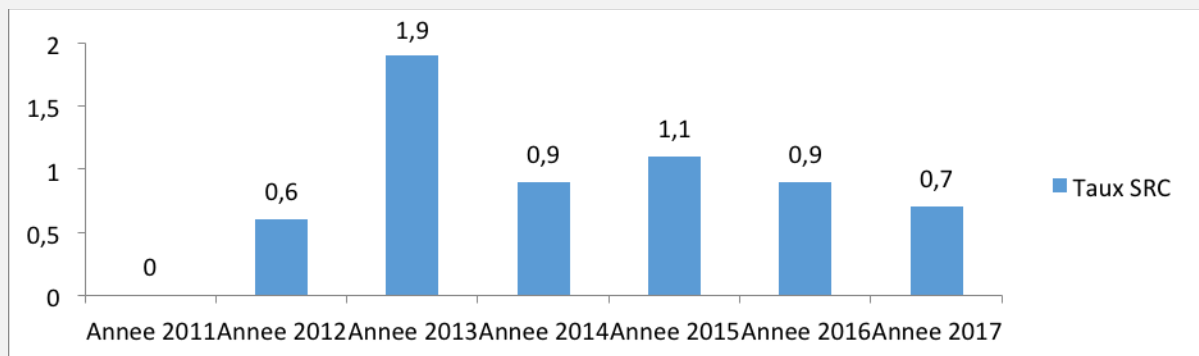
rougeole, et tétanos néonatal. A partir de 2005, la création de la Direction d'Épidémiologie de Laboratoire et de Recherche a contribué au développement de la surveillance des MEV.

Les indicateurs relatifs à la surveillance des MEV (nombre de cas, investigations ou spécimens analysés) se sont améliorés avec la mise en œuvre du projet Task Force à partir de 2013.



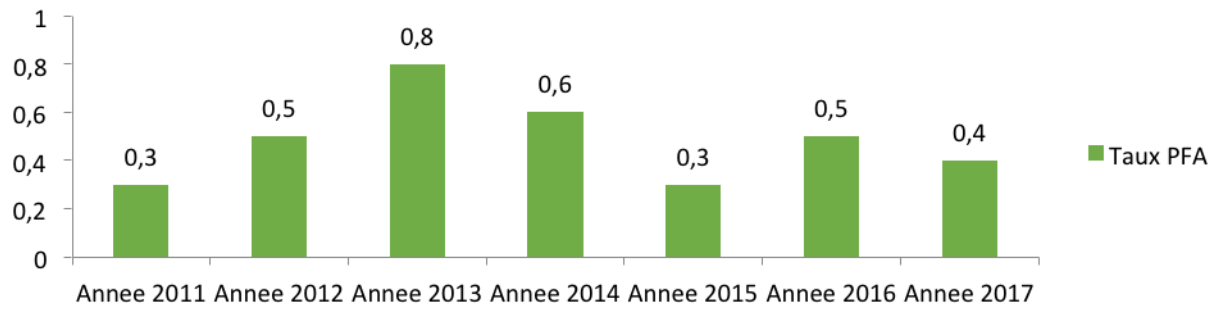
Graphique 12: Incidence des cas suspects de RR pour 100 000 habitants, Haïti 2011-2017* (objectif: >2/100 000 habitants)

La fin du projet en 2015 a certes eu une influence négative sur les indicateurs, mais la surveillance des MEV se poursuit dans tous les départements sanitaires du pays. Bien que les objectifs de cas suspects attendus pour le RR, SRC et PFA n'ont souvent pas été atteints, on note qu'aucun cas de rougeole/rubéole, de syndrome de rubéole congénitale ni de poliomyélite n'a été confirmé au cours de ces deux dernières années. Cette situation a ainsi permis à Haïti de maintenir la certification de l'élimination de la rougeole, la rubéole, le syndrome de rubéole congénitale obtenue en 2014.

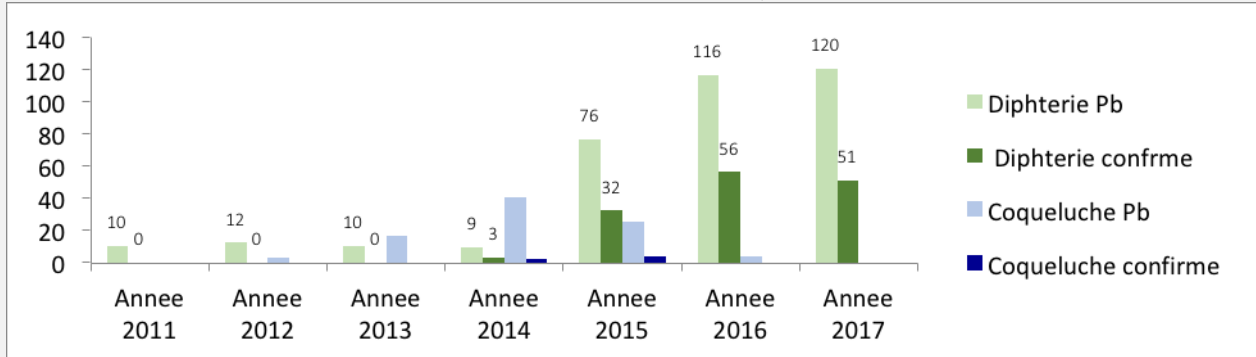


Graphique 13 : Incidence des cas suspects de SRC pour 10 000 naissances vivantes, Haïti 2011-2017* (objectif: >1/10 000 NV)

La surveillance vise le contrôle de ces maladies en Haïti par l'identification, l'investigation, la recherche active de cas contact et la mise en place de mesures de contrôle des cas probables dans le cas de la coqueluche et de la diphtérie. Des cas sont enregistrés de façon continue de part et d'autre du pays, et des cas de diphtérie et de coqueluche ont été confirmés en 2014 et 2015. D'ailleurs, une épidémie de diphtérie sévit en Haïti depuis depuis la 51^{ème} semaine épidémiologique de l'année de 2014.



Graphique 14: Incidence des cas suspects de PFA pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, Haïti 2011-2017* (objectif : >1/100 000 enfants de moins de 15 ans)

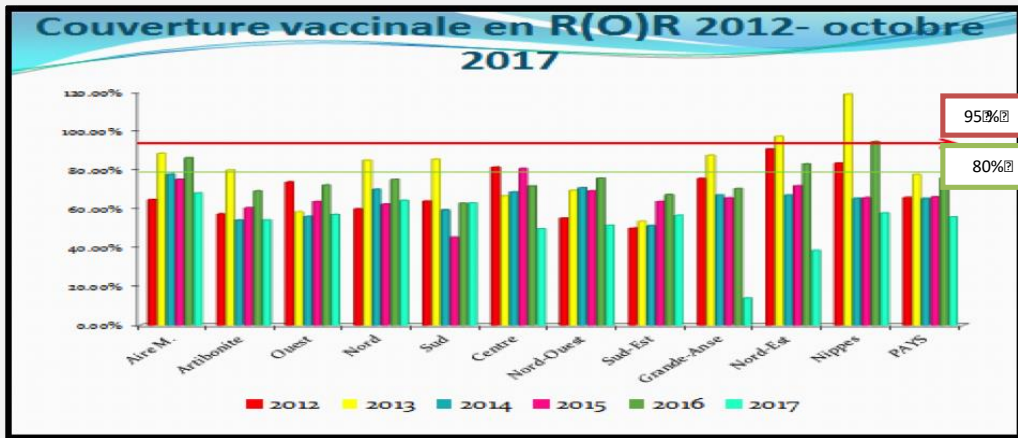


Graphique 15: Distribution des cas probable et confirmés de diphtérie et de coqueluche de 2011 à 2017

La surveillance à base de laboratoire du MSPP, initiée en 2012 par le projet PRESEpi et financée par le CDC, contribue à identifier le taux d'hospitalisation d'enfants de moins de 5 ans associé à la diarrhée à rotavirus, à déterminer sa saisonnalité, mais aussi à évaluer l'efficacité et l'impact du vaccin en Haïti. Certaines institutions sont aussi utilisées comme sites sentinelles du réseau Régional de la Surveillance de Nouveaux Vaccins (VINUVA) de l'OPS/OMS. L'analyse des données pour 2012, 2013, 2014 et 2015 montre une positivité de 1,4%, 8,4%, 15,7% et 16,8% respectivement avec une prédominance du génotype G1P (6) dans 72,5% des cas en 2015, tandis qu'en 2013 le génotype prédominant a été G1P (8) avec 43% des cas. Il convient également de noter que cette surveillance a facilité l'introduction du vaccin Rotarix. Ce réseau a également été utilisé pour initier la surveillance des infections bactériennes invasives telle que la méningite en 2014 et la pleurésie en 2016. L'analyse des données jusqu'à 2016 montre qu'environ 15% des spécimens de liquide céphalo-rachidien sont positifs au pneumocoque dont 40% de sérotypes 6strep6. Ce système a aussi fourni les arguments pour l'introduction du PCV13.

5.1.3.2 Surveillance épidémiologique RR

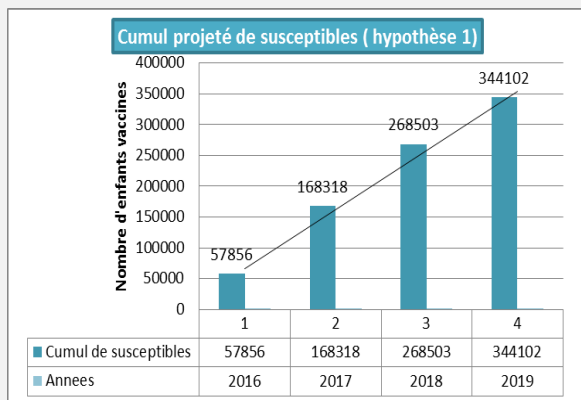
Entre 2012 et octobre 2017 sept départements sur 10 ont dépassé les 80 % de couvertures par le vaccin RR seulement en l'année 2013. En cette même année deux départements le Nord 'Est et les Nippes ont atteint une couverture RR > à 95 %. Il faut noter que la couverture RR enregistrée jusqu'en octobre 2017 (55.7 %) ne correspond qu'à 67 % de complétude des rapports mensuels.



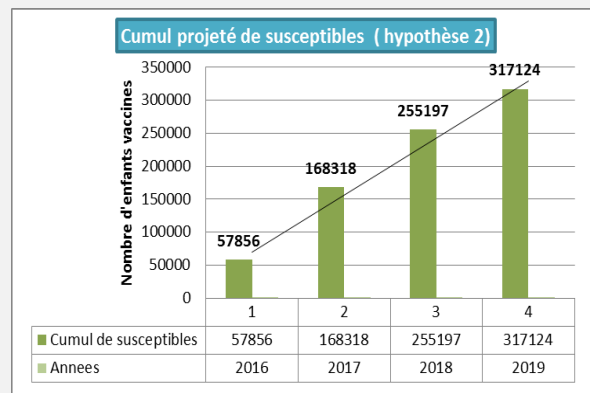
Graphique 16 : Couvertures vaccinales par le vaccin RR de 2012 à octobre 2017

Jusqu'à date Haïti n'a pas enregistré de cas de rougeole. Cependant, le pays est à haut risque d'en faire l'expérience. Le risque pour le pays d'enregistrer des cas importés est d'autant plus élevé que les couvertures vaccinales par le vaccin RR sont les plus basses de la région dans un contexte où l'île accueille chaque jour un nombre important de voyageurs en provenance des Etats Unis, du Canada et de pays d'Afrique où sévit la rougeole.

Bien que la campagne de suivi de 2016 ait contribué à diminuer notablement les susceptibles cumulés depuis 2012, les projections faites à partir des couvertures enregistrées par le programme de routine en 2016 et de Janvier à Octobre 2017 montrent que d'ici 2019 même avec des hypothèses optimistes (Graphiques 17 et 18), le nombre de susceptibles sera égal ou presque à une cohorte de nouveau-nés.



Graphique 17 : Cumul des susceptibles- Hypothèse #1 : couvertures projetées des moins de 1 an pour RR : 2017, 2018, 2019 respectivement : 75 % ; 80 % ; 90 %



Graphique 18 : Cumul des susceptibles- Hypothèse # 2 : Couvertures projetés des moins de 1 an par RR : 2017, 2018, 2019 respectivement : 75 % ; 85 % ; 95 %

En 2016, plus de 95% des enfants de moins d'un an ont reçu une dose de RR. Ceci implique que 20% d'enfants n'auraient pas été protégés contre la maladie tenant compte du fait que chez 15 % d'entre eux, il n'y a pas eu de séroconversion et que 5% n'auraient pas été vaccinés. Si on assume qu'en 2017 le pays compte atteindre 75% de couverture, 80% en 2018, et 90% en 2019, alors il y aurait un cumul de susceptibles de 344 102 enfants (Graphique 17). Selon le même schéma, si en 2018, 85% de couverture était atteint et 95% en 2019, le cumul de susceptibles serait de 317 124 enfants (Graphique 18).

D'autre part, vu que la surveillance épidémiologique des MEVs présente des faiblesses notables depuis

2014 (taux de notification < 2/100000), le risque de propagation de la maladie en cas d'importation est aussi élevé. Face à cette situation de haut risque, le Ministère de la Santé Publique et de la Population a jugé nécessaire de réaliser pour l'année 2019 des activités supplémentaires de vaccination de suivi contre la rougeole et la rubéole au niveau national.

5.2 Décrivez les difficultés sous-jacentes à la performance du système de vaccination, y compris au niveau de la chaîne d'approvisionnement en vaccins, la création de la demande/mobilisation de la communauté, la qualité/disponibilité/utilisation des données et le leadership, la gestion et la coordination.

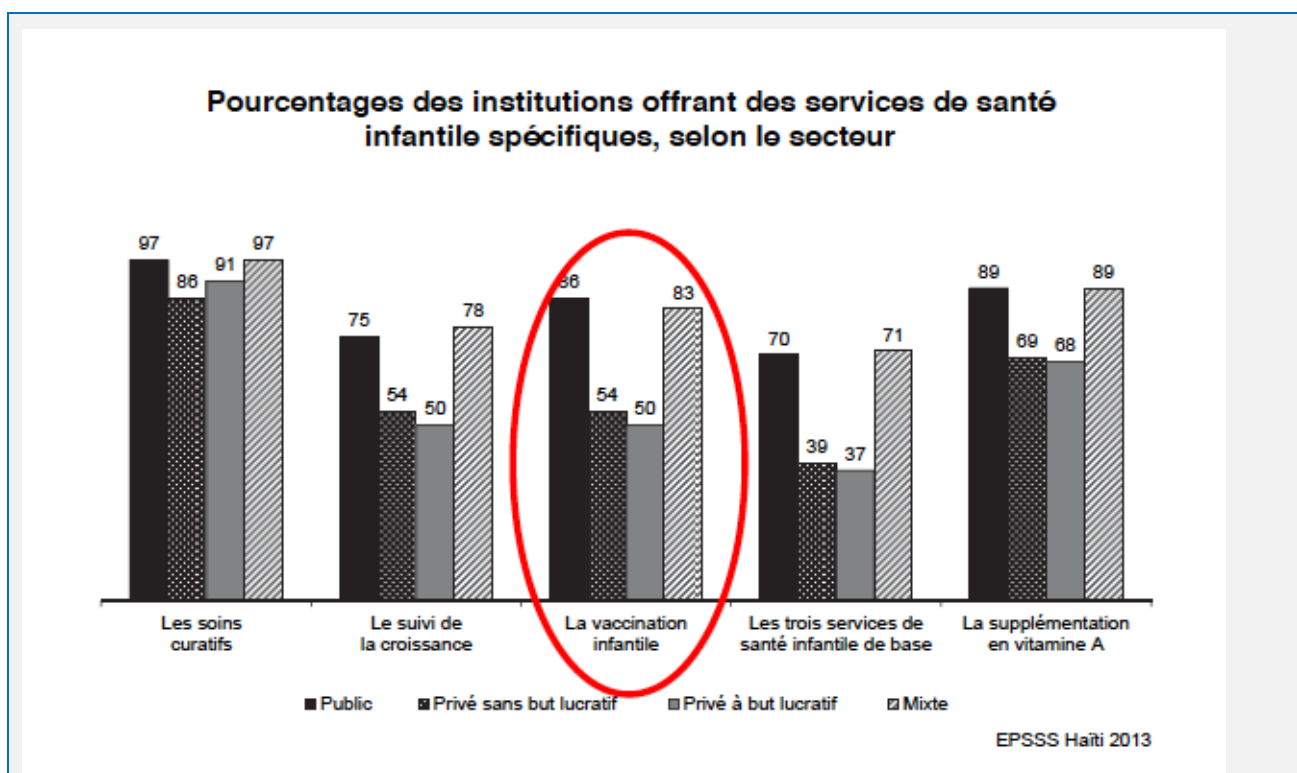
5.2 Difficultés sous-jacentes à la performance du système de vaccination

5.2.1 Manque de ressources humaines en quantité et en qualité

Le manque de ressources humaines en quantité et en qualité constitue un frein important à la performance du système de vaccination à tous les niveaux. Au niveau central, on dénombre une trentaine d'employés dont environ 1 sur 4 ne répondrait pas au profil exigé, ce qui nuit au processus de gestion et d'implantation du programme. Au niveau des départements, le problème de ressources humaines demeure important mais moins critique qu'au niveau local. En effet, la majorité des services PEV sont coordonnés par une infirmière d'expérience soutenue par deux assistantes dans 4 départements sur 10. Le niveau local et notamment les institutions, ne disposent pas de personnel suffisant pour offrir des services de qualité. En général, on constate une surcharge de travail de l'infirmière auxiliaire notamment qui est responsable de l'ensemble des éléments constituant le Paquet Essentiel de Services. Par ailleurs, il existe d'importants besoins en Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP) qui sont les intermédiaires entre la population et les institutions de référence. Ceux-ci seront intégrés lorsque possible, à des Équipes de Santé de Famille (ESF) pour offrir les soins essentiels dont la vaccination et ce, conformément au modèle d'organisation des soins de santé qui vise à offrir des services de santé intégrés et intégrales aux familles haïtiennes, notamment en milieu urbain où résident le plus grand nombre d'enfants non vaccinés. Or, sur les 5400 ASCP nécessaires pour atteindre le quota de 1 ASCP pour 2000 habitants, seulement 3960 environ ont été formés au PEV.

5.2.2 Goulots d'étranglement liés à l'offre de services

Le manque de ressources humaines en quantité et en qualité met notamment en cause la disponibilité quotidienne des services de vaccination de routine. Dans la plupart des institutions, ils sont offerts une fois par semaine et dans d'autres, une fois par mois. Au niveau communautaire, seulement 7 institutions sur 10 (71 %) déclarent offrir les services de vaccination et environ 6 institutions sur 10 (58 %) disposaient effectivement de tous les vaccins infantiles de base (DiTePer/Pentavalent, Polio, Rougeole, BCG). En ce qui concerne la fréquence des services de vaccination, environ six institutions sur dix (58 %- 61 %) offrent le vaccin contre la poliomyélite, le pentavalent et le DiTePer au moins 5 jours par semaine, et 22 % les offrent seulement un ou deux jours par semaine. Enfin, seulement 1 institution privée sur 2 offre des services de vaccination selon les résultats de l'Évaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé (EPSSS, 2013).



Graphique 19: Pourcentage des institutions offrant des services de santé infantile spécifiques, selon le secteur (ESPP, 2013)

De plus, l'accessibilité géographique est une contrainte majeure aux services de vaccination. Le relief montagneux en milieu rural haïtien notamment n'encourage pas les familles à se rendre dans les institutions. Selon EPSSS, plus de la moitié de la population vit à au moins 5 km d'une institution sanitaire et plusieurs communautés isolées demeurent inaccessibles en voiture ou à moto et sont délaissées par les prestataires. Dans le milieu urbain défavorisé a priori physiquement accessible comme Cité Soleil –il existe également une «distance sociale» entre les prestataires et les parents qui sont souvent occupés par leur travail journalier pendant des heures pour la vaccination.

5.2.3 Création de la demande/mobilisation de la communauté

L'enquête Connaissances-Attitudes-Pratiques (CAP) conduite en 2012 (MSPP, UNICEF et GENESIS-GSIS, 2013) et l'analyse des barrières à des couvertures vaccinales élevées, soutenues et homogènes en Haïti (MSPP, 2013) ont permis d'identifier certains défis à la création de la demande en vaccination qui pourraient être surmontés par la mise en œuvre de stratégies de communication efficaces. Malgré l'existence d'un plan de communication élaboré en 2014, la mise en œuvre et le suivi des activités n'ont pas été réalisés de façon systématique notamment en raison du manque de financement disponible pour ce type d'activités.

L'absence de stratégies de communication de proximité permettant de sensibiliser la population sur le bien-fondé de la vaccination et sur les bienfaits du suivi du calendrier vaccinal pour l'immunisation complète des enfants; l'absence ou l'insuffisance des activités de communication interpersonnelle entre le prestataire et les parents et parfois, l'expérience négative de certains parents au regard de la qualité technique et interpersonnelle des services (non disponibilité des services le jour de la visite, long temps d'attente, un mauvais accueil); l'insuffisance de messages en faveur de la vaccination de routine diffusés dans les communes à faible couverture vaccinale; le manque d'information sur l'importance des vaccins, le calendrier vaccinal, la complétude des doses et les effets secondaires des vaccins sont autant de facteurs qui concourent à l'augmentation du taux d'abandon. S'il est admis que les campagnes peuvent constituer des activités additionnelles au programme de routine et de ce fait, engendrer une surcharge de travail ou le

déplacement de certaines activités du programme, la communication produite pendant les campagnes contribue à renforcer la routine. En effet, elle permet de mobiliser la communauté autour de la vaccination en général, de renforcer la formation des prestataires et de contribuer à l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement.

5.2.4 Difficultés liées à la chaîne d'approvisionnement et chaîne de froid

Le niveau central assure la livraison des vaccins et consommables vers les départements de façon trimestrielle et l'approvisionnement des institutions par les départements se fait à une fréquence mensuelle sauf exception. Toutefois, on constate que l'approvisionnement trimestriel n'est pas toujours respecté dans l'Artibonite, l'Ouest et l'Aire métropolitaine, notamment en raison de leur faible capacité de stockage. Dans certains cas, le manque de disponibilité des vaccins dû à des ruptures de stock (cas du vaccin bivalent polio oral) ne permet pas d'assurer une distribution en quantité conforme et dans les délais requis.

Les défis relatifs à la distribution du niveau départemental vers les institutions sont dus entre autres, au manque de moyens de transport appropriés et au faible financement du budget de distribution qui n'est pas à la hauteur des besoins exprimés par les départements. Par ailleurs, il n'existe pas de plan de distribution élaborée au niveau de chaque département, ce qui conduit à des ruptures ou des sur-stockage dans certaines institutions. La discontinuité de la chaîne du froid est récurrente au niveau institutionnel. Bien qu'on estime qu'environ 89% des institutions sanitaires disposent de capacités suffisantes pour le stockage de vaccins de routine, la grande majorité d'entre elles ont des réfrigérateurs qui fonctionnent au gaz propane et ont du mal à s'approvisionner (manque de disponibilité du gaz et de moyens de transport). Malgré les formations reçues par les techniciens chaîne de froid (TCF), d'autres contraintes en lien avec la réparation et la maintenance des équipements de la chaîne de froid persistent (par ex : difficultés d'utiliser les outils de gestion logistiques, disponibilité des pièces de rechange).

5.2.5 Défis liés à la gestion et à la coordination

En Haïti, il n'existe pas de loi sur la vaccination ni de politique nationale formelle qui définit la vision, les stratégies de financement ou de gouvernance du PEV. Aucun règlement ne sanctionne la non-adhésion à la vaccination complète des enfants avant leur admission à l'école fondamentale (PPAC, 2016- 2020). En matière de financement, la contribution nationale la plus importante est réalisée au niveau des salaires du personnel des institutions publiques et des prestataires pris en charge par le MSPP au niveau des structures sanitaires mixtes.

La DPEV est l'entité du MSPP qui a la responsabilité de gérer le programme et son leadership est crucial au sein des instances de coordination comme le CCIA et le CTPEV. De plus, de l'efficacité de la DPEV dans la gestion et la coordination des activités aux niveaux départemental, communal et institutionnel va dépendre l'appropriation effective des autres niveaux d'intervention du système de santé et de l'amélioration des couvertures vaccinales. Cependant, 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 (PPAC, 2016-2020).

Par ailleurs, il n'existe pas de partenariats formalisés entre le PEV et les organisations de la société civile telles que 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). Pourtant, en plus d'être membres du CCIA, ces organisations contribuent à la réalisation et parfois au financement des Activités Supplémentaires de Vaccination.

En conformité avec le Plan Pluri annuel Complet 2011-2015 (PPAC, 2011-2015), la DPEV élabore chaque année conjointement avec les partenaires du programme les plans opérationnels annuels et les micro-plans institutionnels au niveau départemental conjointement avec les institutions sanitaires et des représentants des communautés locales. Cependant, entre 2011 et 2016, l'élaboration de ces plans ne s'est pas faite dans les délais. Et lorsque la mise en œuvre démarra finalement, le monitoring des activités de vaccination tel que prévu, a été difficilement complété.

Au niveau national, les réunions de monitoring semestrielles des plans opérationnels annuels ont été tenues (1/an en moyenne) mais le temps qui est imparti à ces activités ne permet pas de faire une bonne analyse de la situation du PEV et de prendre les mesures correctrices requises pour une gestion efficace du programme au niveau opérationnel. Au niveau départemental, l'organisation des réunions de monitoring trimestrielles avec la participation des responsables de toutes les institutions prestataires demeure un défi en raison notamment du manque d'appui technique du niveau central, des faibles taux de promptitude des rapports statistiques ainsi que le chevauchement des activités tant au niveau central que départemental, ce qui affecte le respect des calendriers et le bon déroulement des activités de suivi.

Le PEV s'appuie sur les données administratives de couverture vaccinale, mais aussi sur des enquêtes démographiques qui sont régulièrement conduites telles que les Enquêtes Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS). Le rapport préliminaire du dernier EMMUS VI-2016-2017 vient de paraître. D'importants défis subsistent au niveau de la collecte, de la remontée d'informations des institutions vers les départements puis vers le niveau central ainsi qu'en matière de validation des données. Le manque de disponibilité et de qualité des données est un frein à la planification et à la prise de décisions efficaces et par conséquent, ne favorise pas l'émergence de stratégies d'amélioration de la couverture vaccinale et de l'équité en Haïti.

5.3 Décrivez tout problème lié au financement du programme de vaccination et qui a une incidence sur la capacité à augmenter la couverture, y compris les goulots d'étranglement liés à la planification, à la budgétisation, au décaissement et à la mise en place des ressources.

5.3 Difficultés liées au financement du programme de vaccination

L'Etat des lieux effectué par la DPEV fait le constat que le financement et l'approvisionnement des vaccins sont très dépendants de l'aide externe. Par ailleurs, l'absence d'une législation sur la vaccination ne favorise pas l'accès à des financements additionnels.

Toutefois, il faut noter que le budget pour 2017-2018 pour les doses de vaccins à expédier en 2018 a été approuvé par le parlement en octobre 2017. En revanche, les doses de 2019 ne sont pas encore garanties car cet aspect sera évalué lors du prochain exercice budgétaire prévu en juin 2018 (pour l'année financière 2018-2019). De même, le cofinancement de nouveaux vaccins, y compris le PCV13 a également été approuvé dans le budget pour 2018.

Par ailleurs, le PEV fait face à des structures de gestion financière qui expérimentent régulièrement des problèmes de fonds non justifiés par les directions sanitaires départementales et la DPEV. Cette situation entraîne des blocages récurrents au niveau des décaissements. Un engagement de l'ensemble des partenaires et de la Direction de l'administration et du budget et de tout autre organe du MSPP en lien avec la gestion financière du PEV est primordial pour mieux améliorer les processus de décaissement dans les délais et ainsi la mise en œuvre efficiente des activités.

5.4 Décrivez les leçons apprises et les meilleures pratiques relatives à l'efficacité des activités mises en œuvre pour améliorer la couverture et l'équité ; les recommandations les modifications ou les nouvelles interventions qui seraient nécessaires pour accélérer les progrès (incluant les données pertinentes pour étayer toute conclusion, recommandation)

5.4 Leçons apprises et les meilleures pratiques relatives à l'efficacité des activités mises en œuvre pour améliorer la couverture et l'équité

5.4.1 Renforcement de la prestation de services de vaccination

La situation actuelle en matière d'accès à des services de santé de qualité fait état d'une répartition inégale des institutions sanitaires sur le territoire national, d'une carence importante en ressources humaines (prestataires institutionnels et communautaires), d'un manque d'accessibilité géographique de certaines communautés, etc. Cet ensemble de contraintes ne favorise pas l'équité en immunisation en Haïti. Il

apparaît donc important de s'orienter vers le développement d'approches novatrices pour atteindre les zones urbaines périphériques (bidonvilles) et les communes rurales marginalisées qui concentrent de fortes densités d'enfants non-vaccinés.

▪ La stratégie pour l'immunisation urbaine à Cité Soleil

Dans la commune urbaine de Cité Soleil, la couverture vaccinale DPT3 est restée très faible soit un niveau inférieur à 30% entre 2012-2016. Une analyse situationnelle réalisée en 2017 a mis en évidence les goulots d'étranglement suivants:

- une organisation inadéquate des services de vaccination dans les institutions,
- le manque de disponibilité des équipements de la chaîne de froid (ECF) fonctionnels et un approvisionnement insuffisant et irrégulier en vaccins entraînant des ruptures de stocks de vaccins fréquentes,
- de longs temps d'attente pour les mères d'enfants combinés à une mauvaise expérience de prise en charge qui ne les encouragent pas à revenir,
- la non-disponibilité des données complètes pour la planification et la méconnaissance de la population cible en raison d'un recensement de la population non à jour,
- la réticence des partenaires fournir des services (formation, supervision, etc.) à la Cité Soleil par crainte de l'insécurité (JSI, 2017).

Afin d'apporter une réponse à la faible couverture vaccinale de la Cité Soleil, un modèle a été développé sous le leadership de la DPEV et a pris en compte les partenaires, le Bureau du maire, les agents de santé communautaires polyvalents et les leaders de la Cité Soleil. Ce modèle prévoit des interventions à court, moyen et long terme et s'inspire des solutions présentées par les parties prenantes, les bonnes pratiques d'autres pays et l'expérience de JSI dans la vaccination.

Grâce à une approche de mentorat et d'assistance technique de proximité, les actions jugées coût-efficaces suivantes ont été mises en œuvre:

- Suivi hebdomadaire des stocks des vaccins disponibles dans les institutions utilisant les téléphones mobiles,
- Mise en place d'une ligne rapide pour les parents et gardiens d'enfants qui se présentent pour la vaccination,
- Réaménagement et indication claire de l'espace réservé au service de vaccination
- Mise en place de salle de situation au niveau des formations sanitaires où sont présentées les données de vaccination de l'institution sanitaire (cartographie de l'aire de santé, tableau de population, données de couverture vaccinale et d'abandons, courbe de monitoring de couverture et d'abandons, etc.).

Certaines améliorations ont été observées : une augmentation du nombre d'enfants vaccinés pour presque tous les antigènes, comparé à la même période pour l'année précédente, la disponibilité des données et leur complétude, et une amélioration globale de la qualité des données. Par ailleurs, un atelier de réflexion autour de la répliquabilité du modèle urbain de Cité Soleil aux Gonaïves a montré que le processus et le modèle pouvaient être adaptés aux d'autres contextes urbains du pays.

La mise en œuvre du projet Cité Soleil toujours en cours met en évidence la possibilité d'intégrer de nouvelles façons de faire dans le schéma traditionnel des services de routine pour observer des résultats en matière de couverture sans avoir forcément recours à un budget important pour le financement des activités planifiées. Il s'agit notamment de mettre en œuvre les composantes clés telles que l'extension des heures de vaccination et la vaccination pendant les weekends, la localisation appropriée des services de vaccination en stratégies avancées par les ASCPs pour réduire les distances sociales de résidents de bidonvilles, le suivi des enfants et l'engagement communautaire pour réduire les abandons, le micro recensement, etc. (JSI, 2017).

▪ L'approche Atteindre Chaque Commune (ACC/RED)

Afin d'assurer l'équité et pour améliorer la couverture vaccinale en Haïti, l'UNICEF appuie le Gouvernement dans la mise en œuvre de l'approche Atteindre Chaque Commune (ACC) dans 36 communes à faible

performance depuis 2011. L'approche RED a été conçue pour répondre à des faiblesses identifiées dans la vaccination de routine au niveau des communes à faible couverture vaccinale. Le choix de ces communes a été fait par les responsables départementaux à partir des critères suivants: accessibilité géographique difficile; basses couvertures pendant les trois dernières années (<50%); cumul d'enfants non vaccinés supérieur une cohorte de naissances; présence d'autres partenaires (ONG) qui appuient la vaccination. A travers la mise en œuvre de l'approche RED qui intègre toutes les composantes de la vaccination de routine, la disponibilité des vaccins et intrants ainsi que leur bonne gestion, l'approvisionnement des institutions sanitaires, la formation du personnel prestataire pourraient être améliorés. Bien que le RED n'ait pas fait l'objet d'une évaluation systématique démontrant des résultats significatifs, la valeur ajoutée de cette stratégie est plausible pour chaque mois supplémentaire d'activité réalisée (Unicef, 2017). ^[17]

- L'extension du modèle de soins de santé communautaire et l'importance du rôle des Equipes de santé familiale dans la prestation de services vaccination

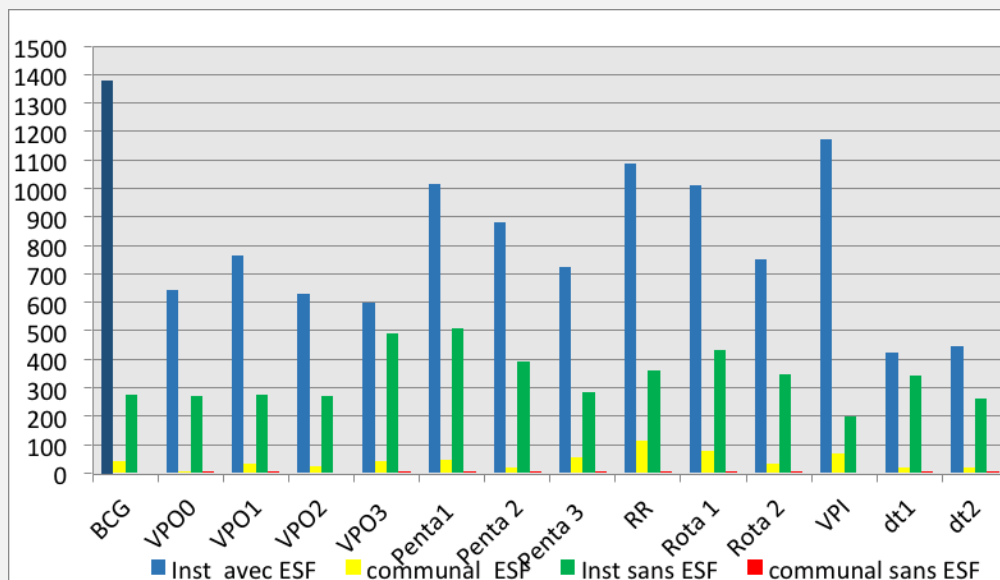
Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) a développé un modèle rénové d'organisation des soins de santé communautaire en Haïti basé sur la stratégie des soins de santé primaires (SSP) en vue de cheminer vers l'atteinte de la couverture universelle. Les composantes clés sont : 1) l'organisation d'un réseau intégré de services de santé (RISS); 2) le comité communal de santé pour assurer l'approche intersectorielle et la participation sociale; et 3) l'équipe de santé familiale (ESF). Une ESF est responsable de la couverture de santé de 60 000 habitants et est théoriquement composée d'1 infirmière, de 2 auxiliaires infirmières polyvalentes (AIP) et de 30 agents de santé communautaire polyvalents (ASCP) soit un ratio de 1 ASCP pour 2000 habitants. Il faudrait alors environ 5400 ASCP pour couvrir tout le pays. Les ESF intégrant les ASCP, constituent un élément fondamental et indispensable à l'amélioration de l'accès aux soins et aux services de santé primaires à l'ensemble de la population du pays.

Avec l'appui technique de l'OPS/OMS et le financement du Canada, le MSPP a expérimenté ce modèle dans la commune de Carrefour, commune densément peuplée contiguë à celle de Port-au-Prince entre 2011 et 2015 (MSPP & OPS/OMS, 2017). Une ESF a été mise en place et les ASCP qui la composent ont été déployés autour des institutions sanitaires du premier niveau. Un récent rapport sur l'état d'avancement de l'extension du modèle d'organisation des soins de santé communautaire de Septembre à Décembre 2016 conclut que malgré certaines contraintes, les résultats relatifs aux indicateurs clés comme la vaccination, la consultation prénatale, l'accouchement institutionnel et la planification familiale ont été considérablement améliorés en comparaison aux années antérieures où les agents de santé travaillaient pour la plupart, dans des programmes verticaux (OPS/OMS 2016). Le rôle des ESF en PEV est crucial pour garantir le suivi et la sensibilisation de chaque famille autour des bienfaits de la vaccination; ce qui va permettre d'identifier les enfants et les femmes enceintes à vacciner, de faire le suivi du calendrier vaccinal et des enfants complètement vaccinés, d'améliorer l'accès, de diminuer les taux d'abandon, d'améliorer le rapportage des activités, et aussi de mieux intégrer les services de vaccination dans le paquet essentiel de services.

- Mise en place de la stratégie avancée dans le projet d'extension communautaire des services primaires de base assurés par les Equipes de Santé Familiale (ESF)

La stratégie avancée a comme finalité de rapprocher les services de vaccination des populations qui vivent dans les zones reculées d'accès difficile aux institutions de santé; de promouvoir l'accès universel à la vaccination, d'améliorer la santé en étendant tous les avantages de la vaccination à tous les individus quelque soit l'endroit où ils sont nés, qui ils sont et où ils vivent; de permettre aussi le renforcement des liens avec la communauté à travers les rencontres impliquant tous les groupes pertinents dans toutes les activités de vaccination. Des communes ont donc été ciblées et sélectionnées à partir des critères suivants: densité populationnelle, vulnérabilité, faibles couvertures, présence des ASCP et continuité avec le modèle d'organisation des soins de santé communautaire. Les activités d'appui à la vaccination réalisées par les ASCP dans le cadre de la stratégie avancée sont les suivantes : référence aux institutions, éducation sur la vaccination au profit des parents et de la communauté, participation dans des postes de vaccination réalisés pendant la période ; tout ceci a favorisé la promotion, l'accès et la demande aux services de vaccination.

A titre d'illustration, une analyse comparative de la période d'octobre à décembre 2016 réalisée au niveau du bureau communal de Carrefour a montré que parmi les 26 institutions qui font la vaccination, le nombre de doses administrées par antigènes au niveau communautaire ou institutionnel est considérablement supérieur dans les institutions de santé qui possèdent des ESF (ASCP et AIP) (10) et celles qui n'ont pas (16) (OPS/OMS, 2017).



Graphique 20 : Doses de vaccins administrées dans les institutions avec ou sans ESF (Données PEV, Bureau communal de Carrefour, 2016)

L'équipe de santé de la famille (ESF) participe également à la mise en place et le fonctionnement du Comité communal de Santé, un des axes fondamentaux du modèle d'organisation des soins au niveau communautaire dans le but d'impliquer tous les secteurs vitaux de la commune dans la promotion de la santé de la population et de la vaccination.

5.4.2 Renforcement du système d'approvisionnement en vaccins et intrants

Conservation des vaccins

Le PEV procède actuellement au remplacement des réfrigérateurs à gaz par des réfrigérateurs solaires pour s'assurer de la disponibilité des vaccins de qualité dans toutes les institutions sanitaires et pallier la rupture en gaz propane.

Transport des vaccins et intrants

La DPEV, avec l'appui technique de ses partenaires, doit établir des directives claires (responsabilité, fréquence et conditions de transport etc) sur les approvisionnements des départements sanitaires et adopter un mode d'approvisionnement unique (PUSH) des directions sanitaires vers les institutions sanitaires. Elle doit également mobiliser les ressources pour doter les directions sanitaires de moyens logistiques pour approvisionner les institutions sanitaires et réaliser la maintenance des équipements de chaîne de froid.

Renforcement des capacités des gestionnaires de la chaîne d'approvisionnement

La DPEV et ses partenaires doivent assurer la formation de tout le personnel prestataire sur la gestion des vaccins et intrants pour rationaliser l'utilisation des intrants du PEV. La supervision formative doit intégrer des aspects spécifiques à la chaîne du froid et à la gestion des intrants du PEV. Des missions de partage réciproque d'expériences avec des pays francophones doivent être encouragées pour renforcer les capacités du personnel.

6. Gestion du programme, gestion des vaccins et gestion financière

Résumez les besoins prioritaires à prendre en charge dans les objectifs suivants (Partie D) afin de renforcer les composants de la gestion programmatique, vaccinale et financière qui le nécessitent, en tenant compte des résultats de l'évaluation de la capacité des programmes (PCA), des récents audits et de l'évaluation de la GEV (le cas échéant).

- 6.1 Gestion du programme** : capacité de leadership et de gestion et défis à relever par l'équipe du PEV national ; efficacité et défis du forum de coordination (CCIA, CCSS ou organisme équivalent) ; contraintes en matière de couverture et d'équité liées à la capacité de gestion infranationale dans les régions prioritaires.
- 6.2 Gestion des stocks de vaccins** : domaines prioritaires en matière d'amélioration de la gestion des risques liés aux stocks de vaccins, par exemple en se fondant sur les audits ou évaluations récents.
- 6.3 Gestion financière** : domaines prioritaires pour réduire les lacunes en matière de gestion financière.

6.1 Gestion du programme

Les besoins prioritaires à prendre en compte sous le volet gestion de programme concernent notamment le renforcement de la gestion et de la coordination du programme à travers le renforcement des capacités techniques et managériales de la DPEV, des directions départementales, des unités d'arrondissement et unités communales de santé et des bureaux communales de santé, l'amélioration de la coordination entre les partenaires, le renforcement de la gestion financière et des opérations. Plus spécifiquement, les activités prioritaires suivantes pourraient être prises en charge par les fonds additionnels LMC (Leadership, Management and Coordination) mis à disposition par GAVI:

- 1) élaboration d'un plan de restructuration de la DPEV suite à une analyse diagnostique approfondie de la structure organisationnelle par une équipe de consultants spécialisés en gestion,
- 2) élaboration d'un plan de restructuration des coordinations départementales,
- 3) recrutement d'un consultant pour appuyer la mise en œuvre des mécanismes de coordination et de gestion
- 4) évaluation des besoins et renforcement des capacités à travers la formation notamment pour les cadres intermédiaires du PEV,
- 5) Appui à la DPEV dans son rôle de secrétariat des structures de coordination
- 6) Organisation d'un atelier pour la mise en œuvre du plan d'organisation et de fonctionnement des instances de coordination (CCIA et CT-PEV).

Il est important de mettre en évidence le besoin crucial de renforcer la gouvernance et de la gestion du niveau local et tout particulièrement les UAS/UCS et BCS, qui sont les structures de proximité des populations, dans le cadre d'un Réseau intégré de services de santé. Ces structures constituent la clé de voûte d'une offre intégrée et intégrale de services accessibles, de qualité, efficaces et qui répondent aux besoins de la population tels la vaccination de routine. Ainsi, la performance du système d'immunisation pourra effectivement conduire à l'amélioration la couverture et l'équité au niveau des communes, des départements en Haïti.

D'autres besoins prioritaires à couvrir ont trait i) au renforcement de la planification à travers des plans opérationnels annuels budgétisés, ii) à l'amélioration du suivi-évaluation des activités du PEV, iii) à l'amélioration de la disponibilité, la qualité et l'utilisation des données et enfin iv) à l'amélioration de la surveillance épidémiologique.

En vue de favoriser un accès équitable aux services de vaccination et augmenter les couvertures

vaccinales des antigènes PEV dans les zones avec densité élevée d'enfants non vaccinés et tout particulièrement dans les départements de l'Artibonite, l'Ouest et le Sud, les activités prioritaires suivantes doivent être prises en compte :

- 1) Réaliser une campagne RR dont les activités permettront de renforcer la vaccination de routine à travers i) la microplanification pour identifier les zones à faible couverture et à forte densité d'enfants non vaccinés, ii) l'utilisation de l'opportunité de la campagne pour promouvoir la vaccination auprès des populations, iii) la formation des prestataires et ESF en particulier les ASCP et les AIP tout en favorisant la synergie dans l'utilisation des ASCPs et en assurant la fonctionnalité de l'ensemble des ASCPs formés
- 2) Mettre en œuvre des stratégies porteuses ayant un potentiel de répliquabilité en matière de prestation des services d'immunisation telles que la stratégie de vaccination en milieu urbain défavorisé (projet Cité soleil)
- 3) Renforcer la vaccination de routine en intégrant i) la mise en œuvre des stratégies avancées et de l'approche RED; ii) les missions de supervision, de suivi et de monitoring à tous les niveaux afin d'identifier les raisons des faibles performances de façon spécifique par département et prendre des mesures correctrices.
- 4) Renforcer les activités de communications et générer la demande notamment à travers la révision et la mise en œuvre d'une stratégie de communication efficace visant à briser les barrières à la vaccination.

6.2 Gestion des stocks de vaccins

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) en Haïti a réalisé en août 2013 l'évaluation de la Gestion Efficace des vaccins (GEV) avec l'appui de ces principaux partenaires dont l'UNICEF, l'OMS et le CDC. Suite à cette évaluation, un plan d'amélioration intégrant des recommandations a été développé. Sur les 49 activités proposées pour améliorer la gestion de la chaîne d'approvisionnement, 31 activités réalisées totalement, 15 réalisées partiellement et 4 n'ont pas été réalisées.

Parmi les recommandations qui ont été partiellement réalisées, il y a l'installation des équipements de contrôle à distance de la température dans toutes les chambres froides du niveau central mais qui sera effectuée pour les 10 départements au début de l'année 2018 par l'UNICEF. Par ailleurs, bien que des Procédures Opératoires Standardisées (POS ou PON) pour la GEV aient été recommandées et élaborées, elles n'ont pas encore été diffusées aux acteurs pertinents. Enfin, le plan d'amélioration prévoit aussi d'établir la cartographie de températures des chambres froides positives et l'organisation des vaccins selon cette cartographie. Cette activité prévue au mois de Juillet 2017 n'a pas eu lieu en raison d'un conflit d'agenda avec le logisticien mis à disposition par Unicef basé à New York.

Les 4 recommandations qui n'ont pas été mises en œuvre sont :

- l'installation des extincteurs dans les entrepôts pour la protection incendie et leur contrôle régulier
- la mise à disposition d'un espace adéquat en collaboration avec la Direction de l'Organisation des Services de Santé (DOSS) pour l'entreposage des vaccins et un aménagement des rayonnages pour les consommables du PEV dans certains bâtiments servant de dépôts
- l'élaboration d'un contenu de paquet minimum de formation pour tout gestionnaire PEV
- l'élaboration d'un paquet minimum de formation pour les gestionnaires de stocks


Il faut noter que la sous-commission logistique va se réunir en 2018 pour procéder à l'actualisation du plan d'amélioration qui n'a pas été revu depuis le mois de juin 2017.

Malgré un bon niveau général de réalisation, il existe des besoins prioritaires relatifs au renforcement de la chaîne d'approvisionnement. Il s'agit notamment de l'installation de chambres froides, de la dotation en moyens de transport pour approvisionner les institutions, de l'amélioration du système de maintenance des équipements et du système de distribution des vaccins et enfin de la formation davantage pratique que théorique des prestataires aux outils logistiques et de gestion des stocks.

6.3 Gestion financière

L'amélioration du fonctionnement et de l'implication des comptables publics, administrateurs et directeurs départementaux dans la gestion des fonds de Gavi est centrale à l'atteinte des objectifs du programme. Les principales actions suivantes sont à prendre en compte: i) harmonisation des procédures de fonctionnement des comptables publics, ii) sensibilisation/formation de l'ensemble des administrateurs et comptables interagissant avec les comptables publics sur les procédures de fonctionnement des comptables publics, iii) organisation de missions de supervision périodiques du fonctionnement des comptables publics (missions auprès des comptables publics et des structures interagissant avec eux) pour s'assurer de leur fonctionnement adéquat pour répondre aux exigences du programme en termes de pièces justificatives et de décaissements dans les délais.

Partie C : Revue des progrès de la mise en œuvre (pour remplacer l'évaluation conjointe) (3-4 pages)

 La partie C décrit les progrès réalisés l'année précédente dans le cadre du système de vaccination. En complétant les données présentées dans le portail du pays (p. ex., le cadre de performance actualisé des subventions, les rapports financiers, l'évaluation de la qualité des données, etc.), cette section explique les résultats par rapport aux cibles et objectifs, les difficultés de mise en œuvre associées et les principaux enseignements tirés de la période de rédaction de rapports antérieure (remplaçant ainsi le rapport d'évaluation conjointe pour cette année). Les difficultés persistances décrites ici doivent être prises en compte dans la partie D pour la programmation future.

7. Performance antérieure des subventions, difficultés de mise en œuvre et enseignements

Veillez commenter brièvement la performance du soutien aux vaccins et au renforcement des systèmes de santé et de vaccination (RSS, soutien opérationnel aux campagnes (Ops), subvention d'introduction des vaccins (VIG), POECF) reçu de la part de Gavi :

7.1 Performance du système de vaccination en termes de

- Mise en œuvre du plan opérationnel annuel pour la vaccination
- Participation des différentes parties prenantes (y compris l'OMS, l'UNICEF, les OSC, les bailleurs) au système de vaccination

7.2 Performance des subventions octroyées par Gavi en termes de

- Atteinte des cibles convenues
- Situation globale de mise en œuvre, enseignements tirés et meilleures pratiques
- Progrès et résultats atteints spécifiquement avec le soutien du RSS et de la plateforme d'optimisation de l'ECF de Gavi
- Usage et résultats obtenus grâce au financement basé sur la performance (FBP)

7.3 Performance de la gestion financière en termes de

- Absorption financière et taux d'utilisation
- Conformité avec les rapports financiers et progrès dans les réponses aux exigences des audits
- Problèmes majeurs découlant des audits des subventions en cash ou des revues de suivi
- Systèmes de gestion financière, y compris toute modification apportée aux dispositions antérieures

7.4 Pérennité et (le cas échéant) planification de la transition

- Concrétisation de l'engagement de cofinancement
- Pour les pays disposant d'un plan de transition, progression de la mise en œuvre des activités planifiées

7. Performance antérieure des subventions, difficultés de mise en œuvre et enseignements

7.1 Performance du système de vaccination : Exécution du plan opérationnel annuel de vaccination

En 2014, à la fin du projet Projet d'Appui au PEV (PAPEV) et la cessation du financement des projets de santé communautaire financés par l'USAID / MSH, une baisse des performances a été constatée pour tous les antigènes jusqu'en 2016. Toutefois, les efforts réalisés par le programme de vaccination a contribué à l'élimination de la rougeole, la rubéole, la rubéole congénitale et la poliomyélite depuis 2013. En septembre 2017, la certification de l'élimination du Tétanos maternel et néonatal a été accordé à Haïti par l'OPS/OMS. Malgré des telles avancées, on observe une recrudescence de la diphtérie avec l'apparition d'une épidémie ayant causé 52 morts au cours de l'année 2017.

7.1.1 Tendances des indicateurs de performance

▪ Couvertures vaccinales

Les performances du Programme national de vaccination ont évolué au cours des dernières années, de manière irrégulière et sont restées généralement en dessous des objectifs fixés (Voir section 5.1).

En 2016, la couverture vaccinale nationale au Penta 3 était évaluée à 70% avec d'importantes disparités entre les départements selon les données administratives. Les départements les moins performants avec moins de 70% de couverture en Penta3 sont la Grande Anse, le Sud, l'Ouest, l'Artibonite, et le Sud-Est (Tableau 7).

DEPARTEMENTS	BCG	RR	Polio 3	ROTA 2	VPI	Penta 1	Penta 3
Aire M	58%	86%	78%	56%	50%	81%	85%
Artibonite	74%	69%	53%	58%	32%	66%	58%
Centre	63%	72%	70%	76%	50%	102%	79%
Grande-Anse	51%	70%	50%	61%	46%	69%	53%
Nippes	74%	95%	67%	67%	53%	76%	70%
Nord	66%	75%	60%	53%	46%	73%	73%
Nord-Est	54%	83%	69%	64%	35%	81%	79%
Nord-Ouest	54%	76%	65%	59%	38%	82%	75%
Ouest	68%	72%	59%	60%	42%	75%	58%
Sud	64%	63%	47%	62%	59%	70%	57%
Sud-Est	64%	67%	59%	65%	57%	72%	63%
HAÏTI	63%	76%	63%	60%	45%	77%	70%

Tableau 6 : Couvertures PEV par Département année 2016 (Source DPEV – MSPP 2016)

Ainsi, seule l'Aire Métropolitaine a pu atteindre une couverture supérieure à 80%. Pour le RR, seuls trois départements-Nippes (95%), Aire Métropolitaine (86%) et Nord (83%)- ont pu dépasser la barre des 80 % de couverture.

Département	Couvertures vaccinales janvier octobre 2017 et taux d'abandon								Taux d'abandon Penta1/Penta 3 (%)
	BCG	PENTA1	PENTA3	VPI	POLIO3	ROTA2	RR1	dT2+	
Aire Métropolitaine	47,9	73,9	76,7	67,9	59,9	64,2	69,1	41,0	-4
Artibonite	64,9	74,5	66,4	64,6	55,5	64,6	58,7	41,0	11
Centre	66,2	74,7	62,8	61,0	53,8	55,8	52,2	39,6	16
Grand-Anse	85,6	105,3	70,5	70,2	60,7	79,9	65,6	24,3	33
Nippes	53,7	57,8	58,0	51,5	42,5	56,6	55,6	23,7	0
Nord	66,8	73,6	73,4	59,5	47,2	63,1	61,9	32,9	0
Nord-Est	45,5	54,0	62,8	48,6	32,5	56,0	54,9	42,9	-16
Nord-Ouest	39,2	44,9	41,5	37,0	29,2	38,5	36,7	21,7	8
Ouest	53,9	79,6	71,3	60,4	55,4	66,8	63,2	32,5	10
Sud	29,1	28,2	26,3	24,0	14,9	25,3	21,2	15,0	6
Sud-Est	55,1	65,3	64,1	60,3	36,0	59,9	52,7	34,2	2
Haiti	54,6	68,6	64,4	58,0	48,1	58,8	56,5	34,8	6

Tableau 7 : Couvertures PEV par département année 2017* et Taux d'abandon (Source SISNU DHISS2 – MSPP 2017)

En examinant la période de Janvier-Octobre 2017 (Tableau 8), et en tenant compte d'une complétude estimée à 67%, on observe une baisse des couvertures vaccinales. Seulement le VPI présente une augmentation de 13 points; les autres vaccins (notamment BCG et RR) enregistrant une baisse importante. Le taux d'abandon entre le Penta 1 et Penta 3 s'est amélioré par rapport à l'année 2016 passant de 9 à 6%. Le taux d'abandon en Penta3 négatif du Nord-Est (-16) doit être interprété avec précaution car il s'agit d'un département frontalier qui reçoit un nombre important de femmes ayant accouché en République dominicaine et qui reviennent faire vacciner leurs enfants en Penta 3 dans ce département.

Toutefois, des disparités subsistent entre les différents départements et les communes d'un même département. Bien que l'objectif de couverture Penta 3 fixé dans le PPAC pour l'année 2016 soit de 90% pour les 140 communes, seulement 15% des communes (21) ont réussi à l'atteindre, 14% (20) ont enregistré un taux de couverture entre 80 et 89 %; 47% (66) se situent entre 50 et 79 %, et les 28% restant (40) sont encore en dessous de 50%. Dans la même veine, selon les données disponibles pour la période de Janvier à Octobre 2017, on constate que l'Aire métropolitaine, l'Artibonite, l'Ouest et le Sud concentrent des communes ayant un nombre d'enfants non-vaccinés très élevé comme c'est dans le cas pour Carrefour, Cité-Soleil, Port-au-Prince et Tabarre dans l'Aire métropolitaine (Tableau en annexe).

Plusieurs éléments peuvent expliquer la concentration d'un nombre élevé d'enfants non-vaccinés dans les départements et communes identifiés.

En Octobre 2016, le Sud a tout particulièrement été victime des ravages de l'Ouragan Mathew, ce qui a aggravé les faibles performances séculaires de ce département. En effet, plusieurs institutions ont subi des dommages matériels importants. Par ailleurs, les déplacements de populations affectées ont eu une influence négative sur la maîtrise du dénominateur populationnel.

En matière de gestion, le manque de justification des fonds préalablement reçus depuis 2015 a conduit à une absence de décaissement pour la mise en oeuvre de l'approche RED en 2016 et 2017. Le département expérimente aussi des retards dans les décaissements notamment en raison de la mise en place de nouvelles procédures plus centralisées des comptables publics adoptées en 2016.

Les performances du Département de l'Ouest sont fortement influencées par les défis de l'Aire métropolitaine (Voir section 5.4.1): surpopulation notamment dans les bidonvilles, exode rural, manque de moyens de transport pour approvisionner les institutions en vaccins, importantes poches de susceptibles dans les zones périphériques ayant des caractéristiques similaires aux zones rurales. Comme

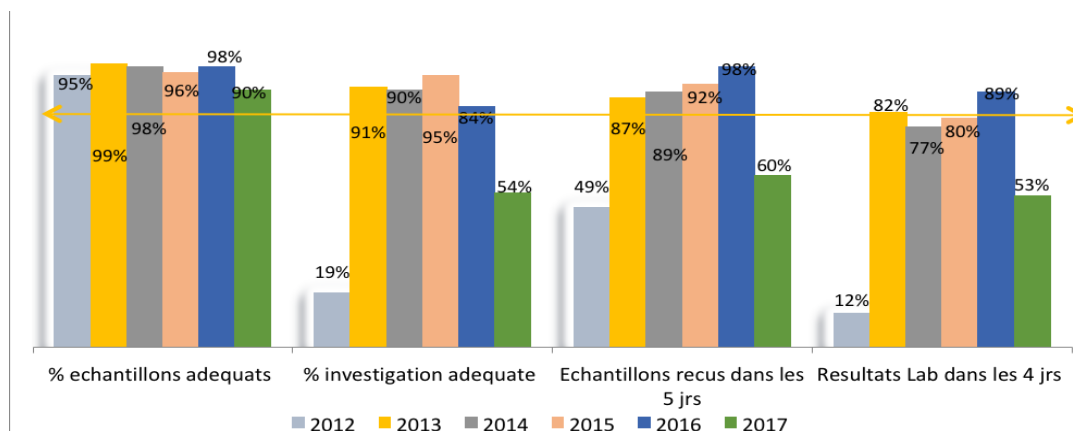
c'est le cas dans plusieurs départements, l'Ouest le manque de justification des fonds nuit à la fluidité des décaissements. De plus, pour un département qui concentre près la moitié de la population, l'Ouest ne compte qu'un seul comptable public.

En Artibonite, seulement 45 institutions sur 96 offrent des services de vaccination. Selon l'analyse de l'équité réalisée par le MSPP et ses partenaires se rapportant à des données collectées de Mars à Mai 2017, les principaux goulots d'étranglement identifiés sont :

- le manque de disponibilité permanente des RH communautaires. Les partenaires travaillant dans le département tels que Unicef, USAID/SSQH, le Canada/Prisma n'offrent pas un appui continu à la DDS et les stratégies avancées ne sont pas mises en œuvre de façon régulière
- le manque de disponibilité des intrants qui ne permet pas de couvrir les besoins du département. En effet, la quantité d'intrants allouée n'est que de 62%
- Les faiblesses au niveau de la communication et du plaidoyer : leaders communautaires, Conseils d'Administration des sections communales (CASEC) et ASEC ont rapporté qu'ils ne sont pas impliqués dans la mise en œuvre des activités et ne peuvent donc pas soutenir la promotion de la vaccination
- Le Centre d'Approvisionnement en intrants a été fermé en raison de la grève des ASCP pendant 4 mois en 2017, ce qui a perturbé la distribution des vaccins au niveau des institutions du Haut Artibonite
- Les difficultés relatives à la gestion financière : manque de planification entre le comptable et le responsable du programme au sein de la Direction de l'Administration et du Budget (DAB), manque de disponibilité du comptable public
- Les déficiences relatives à la surveillance des MEV (déficience de rapportage et de la recherche active des cas)

▪ Surveillance épidémiologique du MEV

De 2013 à 2015, la surveillance des MEV a bénéficié d'un appui important dans le cadre du Projet Tripartite (Brésil-Cuba-Haïti). Dans ce cadre, une douzaine de professionnels nationaux dotés de moyens logistiques ont été affectés au niveau des dix départements et de la DELR pour effectuer la recherche active au niveau des institutions sentinelles et participer à toutes les phases de la surveillance des MEV. Pendant la période, les indicateurs de performance de la surveillance des MEV ont atteint leurs meilleurs niveaux (Graphique 21). Depuis fin 2015, ces activités ont connu un ralentissement important avec des indicateurs se situant pour la plupart en deça des objectifs fixés. Pour les indicateurs de performance de la rougeole/ rubéole, le taux de notification de cas en 2016 était de 0.5 cas/100.000 au niveau national tandis qu'on a noté pour 2017 une certaine amélioration dans le rapport de cas avec 1.6 / 100.000 habitant de Janvier à Octobre 2017 (Voir section 5.1.3).



Graphique 21 : Evolution des indicateurs de performance surveillance RR en Haïti de 2012 à 2017* (DELR, 2017)

Il faut noter que malgré une certaine baisse du taux d'investigation depuis 2015, la performance de 80% est maintenue. Le taux d'investigation adéquate est passé de 90% en 2015 à 80% en 2017 jusqu'à la 44eme semaine épidémiologique et seulement 48% des spécimens sont arrivés au laboratoire dans le 5 jours. En ce qui concerne la surveillance de la Paralyse Flaque Aigue tout particulièrement, le taux de notification de PFA non polio qui doit être $\geq 1/100000$ des moins de 15 ans, n'a pu être atteint au cours des cinq dernières années. En effet pour 2016, ce taux était de 0.4 cas/100000 enfants de moins de 15 ans et au mois d'octobre 2017, il était estimé à seulement 0,35 cas /100.000 habitants de moins e 15 ans.

Evolution des taux de notification PFA en Haïti de 2012 à 2017						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Taux de notification PFA	0.08	0.71	0.56	0.33	0.39	0.2
% Investigation adéquate	33	81	73	83	71	50
% Echantillon adéquat	67	44	45	67	50	50

Tableau 8 :Taux de notification de la PFA 2012-2017 * (Source DELR, 2017)

Les autres indicateurs relatifs à l'investigation de cas et des échantillons adéquats montrent aussi une tendance à la baisse. Bien que les objectifs de cas suspects attendus de rougeole, de rubéole et de PFA n'aient pas souvent été atteints, il faut noter qu'aucun cas de Rougeole/rubéole, de syndrome de rubéole congénitale ni de poliomyélite n'a été confirmé au cours de cette période permettant ainsi à Haïti de maintenir la certification de l'élimination de ces maladies.

Élimination de la Poliomyélite

En 2016, la couverture du VPO était de 63,4% et de 45,4% pour le VPI. En outre, les indicateurs actuels de performance de la surveillance de PFA ne sont pas satisfaisants (taux de PFA de 0,4 (objectif ≥ 1) et pourcentage de cas adéquats investigués de 75% (objectif $\geq 80\%$).

Le remplacement du vaccin Polio oral trivalent par le VPO bivalent (Switch) a été réalisé avec succès en avril-mai 2016 avec une campagne nationale de vaccination contre la rougeole et la poliomyélite ayant enregistré une couverture de 80,6% pour le vaccin polio. A partir de 2017, le pays s'est doté d'un Plan de prévention et riposte à une épidémie de poliomyélite.

Elimination de la Rougeole, Rubéole et Syndrome de rubéole congénitale

En raison de la faiblesse prolongée des couvertures avec le vaccin RR entraînant l'accumulation de personnes susceptibles et du risque élevé d'importation de cas de rougeole, une campagne nationale de vaccination contre la rougeole-rubéole a été réalisée en mars-avril 2016 avec une couverture de 99,5%. En outre, le pays a introduit depuis 2016, une deuxième dose de vaccin RR dans le cadre du programme national avec une couverture RR1 à 75,7% et RR2 à 26%. En 2017* la couverture est de 56.5% sur la période de Janvier à Octobre.

Elimination de Tétanos Néonatal

Après l'élaboration et la validation d'un Plan pour l'élimination du tétanos néonatal sur la période 2013-2015, le pays a mis en œuvre des campagnes de vaccination contre le tétanos ciblant les femmes en âge de procréer dans 65 communes classées à haut risque. Les couvertures vaccinales obtenues ont été supérieures à 80 % dans 67,8 % des communes ciblées ; en 2017 lors de l'évaluation finale du plan, Haïti a été certifié comme pays ayant éliminé le TMN comme problème de santé publique.

Contrôle de la Diphtérie

Entre décembre 2014 (début de l'épidémie actuelle) et décembre 2016, 193 cas probables de diphtérie ont été notifiés par le pays dont 90 confirmés positifs et 53 décès. En 2016, tous les départements sanitaires ont eu à notifier au moins un cas probable et 28 communes sur un total de 140 ont notifié au

moins un cas confirmé. En 2017, la situation de la diphtérie continue à être préoccupante avec 97 cas probables 28 confirmés et 5 décès avec un taux de létalité de 17.85%. Ceci a conduit le Ministère à organiser des activités de vaccination supplémentaire (AVS) à travers des «mini-campagnes» dans les 37 communes à haut risque des dix départements c'est-à-dire celles ayant notifié au moins un cas confirmé ou un décès par diphtérie en 2016.

Choléra

Le MSPP a retenu la vaccination parmi les stratégies devant permettre l'atteinte des objectifs du Plan national pour l'élimination du choléra (2013-2022). Cette option prend en compte les recommandations émises en octobre 2012 par le Groupe Technique Consultatif de l'OPS-OMS sur les maladies évitables par la vaccination (TAG/PAHO). Les campagnes de vaccination contre le choléra associées à des activités comme la chloration de l'eau à domicile et la promotion de la santé. La survenue de l'Ouragan Matthew en Octobre 2016 a permis de vacciner contre le choléra la population de 18 communes dans les départements du Sud et de la Grande Anse dans le contexte de crise humanitaire. De Novembre 2016 à Janvier 2017, un premier passage a été organisé et a permis de vacciner 779 345 personnes (93% de couverture vaccinale administrative) dans les 18 communes ciblées. Au mois de mai 2017, un deuxième passage a été organisé dans les mêmes communes avec 654 143 personnes vaccinées dont 555 315 ayant reçu la 2^{ème} dose du vaccin contre le choléra. Les résultats préliminaires font état d'une couverture de 81% au Sud et de 76% dans la Grande Anse. Une évaluation de cette campagne est en cours de réalisation dans ces deux départements.

Département	Cible	Nombre de personnes vaccinées			Couverture vaccinale		
		1ère phase	2ème phase	2 doses reçues	1er passage	2e passage	2 doses reçues
Grande Anse	387838	371748	284230	244428	95.85%	73.29%	63.02%
Sud	449716	407597	369913	310887	90.63%	82.25%	69.13%
Total	837553	779345	654143	555315	93.05%	78.10%	66.30%

Tableau 9 : Nombre de personnes vaccinées et couverture vaccinale du vaccin contre le choléra 2016-2017

Entre 2017 et 2020, le pays envisage la couverture totale des départements du Centre et de l'Artibonite et les communes avec des poches persistentes de choléra selon les données épidémiologiques en commençant par 23 communes prioritaires du Centre, de l'Artibonite et de l'Ouest. Les besoins en vaccin sont de 3,5 millions en 2018 pour 12 communes des départements du Centre et de l'Artibonite ainsi que dans d'autres communes qui pourront être en flambée dans d'autres départements. Le vaccin contre le choléra n'étant pas un vaccin de routine, le financement de Gavi passerait par la Task force GTFCC comme ce fut le cas en 2016 et 2017.

- Gestion de l'information et la collecte de données de routine du PEV

Le programme a connu un changement majeur au cours du 2016 et 2017. Le MSPP a décidé d'utiliser une base unique pour la gestion de l'information sanitaire, DHIS2. Les informations relatives aux activités de vaccination sont collectées à l'aide de différents outils et supports disponibles à tous les niveaux du système. Ainsi, les données recueillies lors des séances de vaccination au niveau institutionnel ou communautaire (postes de rassemblement) sont ensuite transmises au département sanitaire (parfois par le biais de la commune) par les responsables institutionnels. Jusqu'en 2016 ces informations étaient saisies au niveau de chaque département dans une base de données du PEV (SISPEV) puis transmises au niveau de la DPEV pour la synthèse nationale. Depuis le début de 2017, le système de gestion des données PEV a officiellement intégré le SISNU (DHIS2) qui est une base de données nationale prenant en compte tous les programmes nationaux de santé. Cependant, pour diverses raisons (problème de compatibilité entre les outils de collecte PEV existants et les exigences de la base de données SISNU, non disponibilité du personnel, absence de formation des responsables, problèmes de connexion internet), cette transition n'est pas encore totalement aboutie pour ce qui concerne le PEV. Par exemple, les

données PEV de Janvier 2017 n'ont pas été intégrées au DHIS2 car, contrairement aux requis de la nouvelle base, n'étaient pas désagrégées par sexe. Ainsi, certaines données des départements de la Grande Anse, du Sud et des Nippes n'étaient pas disponibles sur la plateforme DHIS2. Par ailleurs, la complétude des rapports (67% en octobre 2017) a été estimée sur la base des 1048 institutions existant dans le pays alors que seulement 765 d'entre elles offrent des services de vaccination. Des actions ont été entreprises pour assurer la cohérence entre le SISPEV et le SISNU dès septembre 2017. Un atelier de formation sur la qualité du monitoring de vaccination a été réalisé au profit de cadres de la DEPV, de la DELR et de l'UEP avec l'appui technique du niveau régional de l'OPS et de l'OMS Genève.

- Réunions de coordination

Les partenaires traditionnels du PEV poursuivent leur appui au MSPP à travers le CCIA et le CT/PEV. L'OPS-OMS a appuyé le MSPP dans toutes les phases de la mise en place du Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination (GTCV), un organe consultatif indépendant constitué d'experts nationaux officiellement créé en février 2017 et s'est tenu une seule fois en mars. Au cours du premier semestre de 2017, le CTPEV s'est réuni 4 fois au moins. Néanmoins, suite aux changements survenus au niveau de la direction technique de la DPEV le fonctionnement régulier de ces instances de coordination a été ralenti.

Participation des différentes parties prenantes au système de vaccination

L'OPS, l'UNICEF et le CDC sont les principaux partenaires techniques et financiers du PEV ainsi que la Banque Mondiale qui apporte surtout un appui financier au Programme. Les différents partenaires font partie du CCIA et du Comité Technique PEV. Comme présenté précédemment, le fonctionnement régulier de certaines instances de coordination a été ralenti en raison non seulement des changements survenus au niveau de la direction mais aussi en raison d'un manque de personnel. Ainsi une proportion importante du personnel a été mobilisée pour des activités prioritaires (développement de la nouvelle proposition, activités de supervision, bilan départemental et visite de mission- CEP, mini campagne contre la diphtérie en août 2017).

La nouvelle direction a entrepris une révision des TDR du GTCV pour le redynamiser. En ce qui concerne le CT-PEV, les 4 réunions qui ont eu lieu dans le premier semestre 2017 ont permis la validation du Plan d'exécution de la troisième tranche du GAVI RSS, le suivi de l'élaboration du POA – PEV pour l'épidémie de la diphtérie, et l'organisation de la campagne choléra. Aucune réunion du CTPEV n'a été convoquée durant les six derniers mois de l'année.

7.2 Performance des subventions de GAVI

Le soutien de GAVI aux programmes de vaccination en Haïti par le biais des fonds RSS a pour but de contribuer à atteindre et maintenir des couvertures vaccinales sur l'ensemble du territoire national et à la réduction de la morbidité et de la mortalité infantiles dues aux MEV sur la base d'un plan de travail élaboré conjointement par la DPEV et ses principaux partenaires et suivi régulièrement lors des réunions du Comité Technique PEV, des réunions du CCIA et dans le cadre des missions d'évaluation conjointe menées par GAVI. Ainsi, la subvention GAVI a permis d'introduction de nouveaux vaccins dans le calendrier vaccinal haïtien dont celui contre les méningites, les pneumonies et autres infections dues à l'*Haemophilus Influenzae* type b, contre l'hépatite B (vaccin pentavalent introduit en 2012), le vaccin contre les diarrhées à rota virus introduit en 2014, le vaccin injectable contre la polio introduite fin 2015 et pour l'année 2018, une introduction du PCV13 est prévue.

7.2.1 Réalisations par rapport aux objectifs convenus

En 2013, une demande de soutien au Renforcement des Services de Santé (RSS) faite par le pays au Secrétariat de l'Alliance Mondiale pour la Vaccination et l'Immunisation (GAVI) s'est traduite par un appui financier sur 3 ans pour la mise en œuvre des activités qui n'ont débuté qu'en 2014. Le fonds GAVI

permet également le renforcement de la logistique des intrants vaccinaux, du système de santé en lien avec la vaccination et des organisations de la société civile impliquées dans la promotion de la vaccination.

La subvention GAVI-RSS continue à couvrir en 2017 trois axes stratégiques:

- Améliorer la capacité de planification et suivi du programme et des services de vaccination aux trois niveaux du système

En 2017, la microplanification a été réalisée dans 100% des institutions de l'Ouest telle que prévue. Dans le cadre de l'extension du modèle de service de santé communautaire, les 477 ASCP et 33 auxiliaires infirmières ciblés ont été formés aux normes et procédures du PEV en vue d'améliorer la prestation de services au niveau communautaire et rendre effectif le paquet essentiel de services notamment dans les communes de Ennery (Artibonite) Aquin (Sud), Croix des bouquets, Cité Soleil et Carrefour (Ouest). Un manuel des normes et procédures du PEV a été distribué au cours de la formation.

Les missions de supervision formative des directions départementales par le niveau central ont connu une certaine amélioration car tous les départements ont été visités au moins une fois (8/10) et 2 ont reçu deux visites réalisées avec la participation des superviseurs de la DPEV, des cadres de l'Unité d'Etudes et de Programmation (UEP), de la Direction d'Administration et du Budget, de la DERL, de l'OPS/OMS et de l'UNICEF. La supervision formative du niveau départemental vers les institutions en revanche, n'a pas été complètement réalisée telle que prévue en raison des retards de décaissements et du manque de disponibilité des moyens de transport au niveau des départements du Sud et de l'Ouest. Des fonds ont été alloués aux départements pour le carburant et la maintenance des véhicules en vue de faciliter la réalisation des missions de supervision.

En matière de recrutement du personnel, les fonds GAVI ont permis le recrutement de 6 assistantes techniques chargées d'assurer le suivi de la mise en œuvre des activités du PEV (2 pour le DSO, 1 DPEV, 1 Nord-Ouest, le Sud-est et l'Artibonite et 2 techniciens de chaîne de froid pour la DPEV et l'Artibonite. Enfin un consultant international a été recruté pour l'élaboration de la nouvelle proposition pour la subvention GAVI-RSS 2.

- Renforcer le système d'information

Les 10 départements ont réalisé au moins de 1 session de monitorage trimestriel du PEV au niveau des institutions (vaccination et surveillance épidémiologique, nutrition) sur les 2 prévues (sauf le Sud qui n'a pas encore reçu les fonds). Une réunion bilan a été conduite au cours du premier trimestre 2017 afin de passer en revue les indicateurs du PEV au niveau central.

Grâce aux fonds GAVI, une connexion internet fiable a été installée à la DPEV pour faciliter la circulation des informations entre les différents niveaux.

- Renforcer l'accès et l'organisation de services de vaccination

Les coûts opérationnels de 400 ASCP et 26 AIP (Ennery, Croix des bouquets, Cité Soleil et Carrefour) ont été pris en charge ainsi que des vaccinateurs et agents mobilisateurs sociaux dans le cadre de la mise en œuvre des activités d'accélération de la vaccination ainsi que d'autres activités relatives à l'extension du modèle d'organisation des services de santé (réunions communautaires, renforcement des comités de santé, mise en réseau d'institutions). Des fonds ont été transférés aux départements pour la mise en œuvre des activités d'accélération.

Suite à la proposition du projet Cité Soleil, un plan de travail a été élaboré par la DPEV a été financé par les fonds GAVI pour la mise en œuvre des activités dans le dernier trimestre 2017.

L'approvisionnement en vaccins et intrants a été réalisé avec une périodicité semestrielle (5 missions réalisées) dans les dépôts périphériques et institutions offrant la vaccination. Un appui financier a été octroyé aux départements pour réaliser l'approvisionnement mensuel aux institutions.

Au delà du financement GAVI-RSS, le projet CCEOP a contribué au renforcement de la chaîne d'approvisionnement.

▪ Renforcement de la chaîne d'approvisionnement

Dans le cadre du projet CCEOP, 111 réfrigérateurs ont été installés au mois d'octobre et novembre 2017. 55 réfrigérateurs vont être installés en décembre 2017 et les 25 autres seront installés début janvier 2018. Pour cette année 2017, il était prévu d'installer au total 191 réfrigérateurs solaires en tenant compte des critères suivants pour sélectionner les institutions:

- 35 dans les Institutions fonctionnelles ne disposant pas des réfrigérateurs,
- 63 dans les institutions utilisant des réfrigérateurs domestiques (non pré-qualifiés par l'OPS-Unicef),
- 93 institutions dont les réfrigérateurs sont en panne et fonctionnant avec le gaz propane.

Ainsi, les problèmes récurrents liés à la disponibilité des vaccins, les ruptures fréquentes de gaz propane, la fiabilité et l'accessibilité seront résolus.

7.2.2 Situation globale de mise en œuvre, enseignements tirés et meilleures pratiques

Actuellement GAVI est le principal financeur du programme au travers des fonds alloués gérés par l'OPS/OMS, le CDC et l'UNICEF. En complément des meilleures pratiques présentées en Section 5.4, il faut noter que processus de solarisation de chaîne de froid, le renforcement du GEV, la démarche et la mise en œuvre d'une supervision intégrée, les efforts de monitoring fait par les départements et l'introduction des nouveaux vaccins constituent des pratiques issues d'enseignements tirés des mises en œuvre des années antérieures.

7.2.3 Usage et résultats obtenus grâce au financement basé sur la performance (FBP)

Le programme national de FBR a démarré par un pilote en août 2014 avec l'appui de la Banque mondiale (BM) et de l'USAID (projet Leadership, Management & Governance (LMG) de l'organisation Management Sciences for Health (MSH)). Il est piloté par un Groupe technique de travail et un Comité national de pilotage et conduit par une Unité de contractualisation (UC) spécialement créée au MSPP.

Bien que la vaccination tienne une place importante dans le programme FBR, les approximations répétées au niveau des indicateurs du programme FBR lié au PEV tendent à révéler une collaboration insuffisante entre l'UC et la DPEV et laissent penser à une certaine verticalité dans l'approche de l'un et/ou de l'autre programme. En l'absence d'analyse longitudinale et de comparaison, les résultats proposés par le pilote FBR ne permettent pas d'évaluer ses effets sur l'utilisation des services, notamment sur la couverture vaccinale. Le FBR du MSPP et de ses partenaires ne contribue pas au financement des services de vaccination. Cette approche présuppose un financement minimum des services, tel que démontré par les ruptures de vaccins constatées en 2014, par manque de financement rendant inopérantes toutes mesures d'incitation à délivrer plus de services et plus de qualité. En résumé, il n'a pas encore été démontré que le FBR avait un effet positif sur la couverture vaccinale (Queuille & Ridde, 2016).

7.3 Performance de la gestion financière

La gestion financière des fonds GAVI se fait directement à travers les mécanismes de financement existants au sein de l'OPS/OMS et de l'UNICEF qui définissent procédures à prendre en compte par les différentes Directions sanitaires pour l'utilisation et la justification des montants décaissés. La nouvelle disposition administrative mise en place par le Ministère de Finances ajoutée au retard des justifications des fonds reçus a freiné la mise en œuvre des activités. Cependant, des efforts sont en cours en matière de suivi de l'exécution budgétaire au niveau des entités de mise en œuvre opérationnelle des activités avec l'implication de la Direction d'Administration et du Budget (DAB) du MSPP.

7.3.1 Taux d'absorption et d'utilisation financiers

La mise en œuvre de la subvention GAVI/RSS a démarré avec la première tranche avec un montant de 1, 137,842 US\$ en février 2014, mais l'exécution des activités a été tardive (fin 2014). Pendant l'année 2015, une accélération des activités a eu lieu depuis le mois de janvier et s'est traduite par une bonne exécution des activités. La seconde tranche de la subvention d'un montant de 1, 035,827 US\$ a été rendue disponible en octobre 2015 en complément de la balance de l'année 2014 qui était de 988,935.45 US\$. C'est ainsi qu'au total 2, 024,762 US\$ ont été mobilisés pour la mise en œuvre des activités pour l'année 2015 avec une balance de 848,394.35 US\$ au 31 décembre 2015.

En 2016 la balance existante de 2015 a permis la réalisation des activités avec une exécution de 78% et une balance de 203,044.59US\$. Une troisième et dernière tranche de cette subvention a été transférée en février 2017 pour un montant de 1, 126,206US\$. A la fin du mois d'octobre 2017 l'exécution était de 40% pour le troisième versement avec une balance de 899.161,58 US\$; fonds qui sont déjà engagés pour l'exécution des activités en cours. L'exécution totale de la subvention à ce jour est de 73%. Considérant que la date prévue pour la fin de la subvention est décembre de 2017, le MSPP a sollicité une extension sans coûts pour le premier semestre de 2018 auprès du Secrétariat GAVI. Cette situation révèle les difficultés en matière de capacité d'absorption et d'exécution des fonds dans les délais.

Exécution de la subvention GAVI 2014-2017					
	2014	2015	2016	2017	Total
Fonds reçus	1.137.842	1.035.827		1.126.206	3.299.875,00
Exécution Fonds	48.907	176.368	645.349,76	30.089,01	2.400.713,42
Balance	88.935	848.394,35	203.044,59	899.161,58	899.161,58

Tableau 10 : Execution des fonds GAVI 2014-2017

7.3.2 Conformité à l'information financière et progrès en matière de vérification des exigences

Les financements pour les subventions de Gavi sont tous administrés par des agences des Nations Unies et ne sont pas soumis à des audits externes.

7.3.3 Principaux problèmes découlant des vérifications des programmes de trésorerie ou des examens de surveillance

N/A

7.3.4 Systèmes de gestion financière, y compris toute modification apportée par des arrangements antérieurs


Toutes les subventions en espèces sont gérées par OPS / OMS et l'assistance technique est directement transférée aux agences de l'ONU comme l'UNICEF, OPS / OMS, la Banque Mondiale et CDC.

7.4 Durabilité et planification de la transition (le cas échéant)

Le financement actuel du programme dépend dans une large mesure de la communauté internationale et de manière plus précise du fonds GAVI pour la vaccination principalement. Après plusieurs années d'efforts, la possibilité de financement des vaccins de base par l'Etat Haïtien s'est concrétisée dans le cadre de l'exécution du prochain budget dans lequel est prévu des fonds pour l'achat des vaccins traditionnels et la contrepartie des coûts des nouveaux vaccins. Les efforts de plaidoyer doivent se poursuivre pour la création d'une ligne budgétaire à cet effet ainsi que la mise en place d'autres mécanismes pour assurer une garantie systématique d'un financement approprié pour les vaccins et le PEV à l'avenir. Ce travail est supporté par l'assistance technique de la Banque mondiale sur le

financement de la vaccination.

Partie D : Objectifs du soutien demandé à Gavi^m

 Sur la base de l'analyse et du contexte (partie B) ainsi que de la performance jusqu'à aujourd'hui (partie C) du système de vaccination du pays, cette partie D présente une requête pour un futur soutien de Gavi.

8. Planification d'un soutien futur : coordination, transparence et cohérence

8.1 Quelles mesures ont été prises pour atteindre **la complémentarité et la cohérence** du soutien de Gavi avec celui du gouvernement et des parties prenantes ? De quelle manière les divers forums (CCIA, CCSS, GTCV) ont-ils été impliqués dans l'élaboration de la JSP ?

Selon les données disponibles, les réunions du CCIA planifiées semestriellement ont eu lieu en avril 2015, en juin et décembre 2016, ainsi qu'en novembre 2017. Le 3 novembre 2017, une séance extraordinaire du CCIA a eu lieu autour de la Sensibilisation et Mobilisation des Partenaires Financiers sur la réponse à l'Épidémie de Diphtérie et s'est de nouveau réuni le 30 novembre pour la revue de la version préliminaire des activités prévues dans la proposition GAVI R2SS2. Le Comité Technique PEV (CTPEV) quant à lui s'est réuni au moins chaque 6 à 8 semaines de 2011 à 2016, et dans la plupart des cas, pour donner un avis sur des dossiers à soumettre au CCIA. En 2016, une demande de renouvellement du soutien au projet Renforcement des Services de Santé (RSS) a été faite par le pays au Secrétariat de l'Alliance Mondiale pour la Vaccination incluant un appui financier pour la mise en œuvre des activités planifiées pour la période 2018 – 2022. Cet appui de GAVI a pour but de contribuer à atteindre et maintenir des couvertures vaccinales élevées et homogènes sur l'ensemble du territoire national.

Dans le cadre de la nouvelle approche CEF (Cadre d'Engagement du Pays) des séances de discussion et de prise de décision participative ont eu lieu autour du CEF mais certaines réunions de coordination n'ont pas eu lieu (Voir Section 7.1.2) en raison notamment de l'entrée en fonction de la nouvelle direction de la DPEV qui révisé les TDR de ces instances afin de les réactiver et garantir une meilleure cohérence, coordination et complémentarité entre les partenaires.

^m La durée du financement de Gavi devra être discutée en consultation avec le secrétariat de Gavi pour s'aligner autant que possible sur la période stratégique du pays. En ce qui concerne la rougeole/la rubéole, la durée des introductions ou des campagnes prévues/attendues devra être de 5 ans, quelle que soit la durée de la stratégie nationale.

En matière de cohérence plus spécifiquement, les différents plans opérationnels développés par les partenaires sont alignés sur le PPAC 2016-2020 et sur les documents de référence du Ministère de la santé ainsi que sur une revue de la littérature grise produite par les divers acteurs contribuant au PEV et au système de santé en général. Par ailleurs, lors des discussions visant à l'élaboration de cette proposition, étaient représentés les partenaires techniques et financiers, la Société haïtienne de pédiatrie et le PHAREV.

8.2 Pour être éligible à un nouveau vaccin ou à un soutien financier par Gavi, les pays doivent démontrer que **leur forum de coordination** bénéficie d'une fonctionnalité de base (**CCIA, CCSS ou organisme équivalent**). Les conditions sont décrites dans le lien suivant : <http://www.gavi.org/support/coordination/>

Dans quelle mesure les **forums de coordination répondent-ils** aux exigences de Gavi ? Quelles mesures ont été prises pour combler les lacunes ?

Les différents forums de coordination sont dotés de TDR présentant leur mandat et responsabilités. Des PV de réunion sont disponibles pour les réunions du CCIA de 2015, 2016 et 2017 et du CTPEV.


8.3 Comment le soutien de **Gavi** s'intègre-t-il dans le contexte global des stratégies nationales de santé et de vaccination ?

Synthétisez la façon dont le soutien de Gavi s'inscrit dans le contexte global des stratégies nationales de santé et de vaccination et les efforts pour atteindre les priorités de la couverture sanitaire universelle. Décrivez clairement de quelle façon le soutien de Gavi viendra compléter, tant financièrement que de façon programmatique, la réalisation de ces objectifs. Expliquez dans quelle mesure la stratégie et la politique de financement de la santé intègrent les coûts et les besoins récurrents liés aux vaccins et à la vaccination.

Le budget pour 2017-2018 pour les doses de vaccins à expédier en 2018 a été approuvé par le parlement en octobre 2017. En revanche, les doses de 2019 ne sont pas encore garanties car cet aspect sera évalué lors du prochain exercice budgétaire prévu en juin 2018 (pour l'année financière 2018-2019). De même, le cofinancement de nouveaux vaccins, y compris le PCV13 a également été approuvé dans le budget pour 2018.

9. Introductions de vaccins planifiées pendant la durée de la stratégie nationale de vaccination (par ex., PPAC)

Considérations stratégiques appuyant les demandes de nouveaux vaccins (routine et campagnes)

 Cette section présente des informations sur les futures introductions de vaccin et/ou campagnes pour lesquelles un soutien de Gavi est envisagé (y compris le soutien pour lequel le pays n'est pas encore éligible). Ceci ne représente pas un engagement du pays à introduire les vaccins mentionnés ci-dessous. Les informations de haut niveau, essentielles pour faire progresser la planification et la préparation, doivent être fournies ici.

Environ 18 mois avant l'introduction effective dans le programme de routine ou la campagne, d'autres informations spécifiques au vaccin seront requises pour obtenir l'approbation de Gavi. La demande de soutien pour les vaccins inclura : des preuves confirmant l'éligibilité, un plan opérationnel, un budget et des informations essentielles pour soutenir la mise en œuvre des subventions (p. ex., conditions d'approvisionnement et de cofinancement, données sur la population cible).

9.1 Décrivez les **justifications** pour demander ce(s) nouveau(x) programme(s) de vaccination, y compris la charge de morbidité. Si celles-ci ont déjà été détaillées dans le Plan d'introduction ou le Plan d'actions, merci d'indiquer uniquement les sections.

- **Campagnes RR**

Haïti a été certifié comme un pays libre de transmission endémique du virus de la rougeole et de la rubéole ; les derniers cas d'endémie ont été signalés respectivement en 2001 pour la rougeole et 2006 pour la rubéole. Aucun cas importé de rougeole et de rubéole n'a été signalé depuis lors dans le pays. Cependant, le maintien de ce statut dans un monde de plus en plus interconnecté sera un défi permanent dans les années à venir, parce qu'Haïti comme les autres pays des Amériques, sont constamment à risque d'importer et de réintroduire les virus, ce qui a ainsi défaire les progrès qui ont été réalisés ces dernières années. Ainsi, la mise en œuvre de campagnes de suivi de haute qualité contre la rougeole et la rubéole est une stratégie fondamentale pour atteindre des niveaux élevés d'immunité de la population avec équité. La couverture de la rougeole et la rubéole déclarée en Haïti n'a pas atteint 95% (rang : 64-80% selon les données administratives) au cours des cinq dernières années avec la première dose de la rougeole et la rubéole (RR). En outre, en 2016, le pays a introduit la deuxième dose du RR pour atteindre 26% de la couverture. Ainsi, Haïti a mis en œuvre périodiquement des campagnes de suivi visant à réduire les populations susceptibles et à éviter la transition de la maladie chez les adolescents et les jeunes adultes non vaccinés.

Face à de tels risques épidémiologiques, la mise en œuvre de la campagne vise aussi à renforcer les aspects opérationnels et logistiques de la vaccination de routine dans différents domaines (supervision, formation, maintenance de la chaîne du froid), pour assurer une couverture élevée et homogène dans chaque commune.

- **PCV 13**

L'introduction du PCV 13 ayant déjà été approuvé en 2011, les informations de justification ont été transmises dans le plan d'introduction du vaccin. Les raisons expliquant un tel délai pour l'introduction sont notamment reliées aux problèmes de capacité de gestion des stocks et de la chaîne du froid suite aux introductions de Penta et de Rota, ainsi que la viabilité financière en raison du manque de fonds pour le cofinancement des vaccins soutenus par Gavi.

9.2 Discutez des **considérations liées au financement des programmes de vaccins nouveaux demandés**, et plus particulièrement la façon dont le gouvernement entend financer les obligations de cofinancement supplémentaires. Veuillez mentionner si un défaut de paiement a eu lieu au cours des trois dernières années et, le cas échéant, décrivez les mesures d'atténuation qui ont été mises en œuvre pour éviter de nouveaux défauts à l'avenir.

En août 2017, des engagements ont été pris par les autorités sanitaires haïtiennes pour commencer le financement des vaccins de routine et couvrir les coûts de contrepartie des nouveaux vaccins subventionnés par Gavi à partir de 2018. A ce jour, il n'y a pas eu de défaut de paiement des coûts de contrepartie des nouveaux vaccins par le pays, puisque cet engagement financier a été pris et satisfait par le Center for Disease Prevention and Control (CDC) de 2012 à 2017.

L'engagement du gouvernement à contribuer largement au financement des vaccins est un premier pas qui ouvre la voie à des négociations pour une éventuelle prise en charge par le niveau national des 2% de cofinancement demandés par GAVI pour le vaccin RR à utiliser pour la campagne.

9.3 Détaillez les **enseignements tirés** des campagnes et introductions de routine antérieures, plus particulièrement pour : la capacité de stockage, la capacité de congélation complémentaire, la formation du personnel, la chaîne du froid, la logistique, la couverture, le taux de perte, les taux de couverture et d'abandon, et suggérer des points d'actions à aborder au cours des campagnes ou introductions à venir.

Capacité de stockage : Ni l'inventaire de la chaîne de froid, ni l'expérience de terrain n'a révélé de déficit de capacité de stockage lors de la campagne de 2016.

La logistique : Les décaissements sont intervenus en retard et ont eu des répercussions sur toute la chaîne des activités (micro planification, l'approvisionnement des institutions, la supervision) donc, il est crucial que les fonds soient décaissés à temps pour les campagnes futures. Le réapprovisionnement des postes de vaccination pendant la campagne a été réalisé non seulement par les techniciens de chaîne de froid, mais aussi par les superviseurs qui transportent dans leurs véhicules des vaccins et du matériel de vaccination en réserve.

Taux de perte : Les informations concernant la gestion des vaccins n'ont pas été collectées de façon systématique au niveau des postes de vaccination durant la campagne, en dépit du fait que les outils préposés à cet effet étaient disponibles. En outre, les superviseurs et encadreurs ne se sont pas assurés de la réalisation de cette activité. Il faut souligner aussi que le temps de formation des opérateurs était trop court et n'a pas permis de faire suffisamment d'exercices pratiques.

La gestion des déchets : Un inventaire des incinérateurs fonctionnels a été réalisé dans les départements. Les incinérateurs défectueux ont été réparés avant ou pendant la campagne et un réseau a été établi par département pour incinérer les déchets de la campagne. Le fonctionnement du réseau a été assez souvent entravé par le manque de moyen de transport et la faible capacité des incinérateurs.

Formation du personnel: Une bonne formation et surtout une supervision de proximité des opérateurs ont permis de garantir l'innocuité des injections lors de cette campagne en témoigne l'absence d'Évènements Supposément Attribuables à la Vaccination ou l'Immunisation (ESAVI). En plus des thèmes relatifs à la rougeole et à la rubéole, un rappel sur l'introduction du Vaccin Polio Injectable a été fait, ainsi que sur le remplacement du Vaccin polio Oral Trivalent (VPOt) par le Vaccin polio Oral Bivalent (VPOb). Environ 1300 personnes (responsables PEV des départements et des institutions et agents de santé) et près de 8000 vaccinés ayant participé à la campagne RR 2016 ont bénéficié de ces formations.

- La micro-planification réalisée pour la campagne a permis à aux prestataires d'actualiser les limites des aires d'intervention des institutions et d'ajuster les populations cibles qui ont servi pour la routine.
- La formation des prestataires a permis d'apporter des éclaircissements sur le calendrier vaccinal modifié, de revoir les procédures d'administration des vaccins, les normes de préparation et d'administration des vaccins RR/Polio, d'insister sur l'importance du tri pendant la vaccination et de l'élimination des déchets. La révision des normes de conservation et d'utilisation des vaccins déjà sortis a permis d'améliorer le savoir-faire de certains prestataires qui œuvrent dans la routine
- La formation réalisée à l'occasion de la campagne a eu un impact positif sur la routine. Ainsi les messages transmis au cours des sessions de formation ont permis aux opérateurs de référer les enfants qui n'avaient pas encore 9 mois pendant la campagne au niveau des points de prestation de services afin de recevoir leur dose de vaccins RR et polio dans le cadre des activités régulières de vaccination.
- Les Agents de Santé Communautaire Polyvalents après la formation pouvaient mieux sensibiliser les parents sur l'importance de la vaccination et faciliter le rattrapage des enfants non vaccinés dans la campagne pendant les activités de routine dans les postes

communautaires, les points de prestation de services et aussi pendant les visites domiciliaires.

Stratégie pour atteindre les enfants non vaccinés:

- Dans la micro-planification des postes ont toujours été prévus pour les zones les plus reculées.
- La stratégie porte à porte et la stratégie mobile ont été utilisées particulièrement dans les zones d'accès difficiles avec des habitats très dispersés dans tout le pays.
- Il y a eu également des réunions avec des élus locaux, des organisations de la société civile, des leaders des églises, dans le but d'obtenir la contribution des communautés, tant à la promotion qu'à l'organisation de la campagne. Cette implication a aussi facilité l'atteinte des populations et des groupes qui bénéficient rarement de la vaccination.
- Les monitorages rapides de couverture réalisés tant, dans les zones d'accès facile que dans les zones d'accès difficile, ont permis d'augmenter la couverture et d'atteindre les non vaccinés.
- Avant et pendant les activités de campagnes, un crieur par équipe de vaccination munis d'un mégaphone a permis diffuser les message de promotion de la campagne au niveau même des localités dépendant de chaque poste.

Afin de pouvoir réduire le nombre de campagnes dans l'avenir, le PEV doit continuer à renforcer le programme de routine avec des stratégies de vaccination efficaces (parmi lesquelles la vaccination journalière dans toutes les institutions du pays et les stratégies avancées) pour atteindre dans un court terme des couvertures utiles de vaccination pour tous les antigènes.

9.4 Expliquez comment le soutien aux vaccins nouveaux sera utilisé pour **améliorer la couverture et l'équité de la vaccination de routine, en détaillant la façon dont les activités proposées et le budget contribueront également à surmonter les principaux obstacles indiqués dans vos analyses de couverture et d'équité.**

- L'exercice de micro-planification sera renforcé dans la mesure où il sera précédé d'une collecte d'information nécessaire à sa réalisation au niveau des institutions et de la communauté. Ces informations aideront autant à planifier la campagne qu'à apporter des solutions à des problèmes d'ordre opérationnel qui ont toujours constitué des barrières aux taux couvertures élevées et à l'atteinte de groupes qui n'ont jamais bénéficié ou qui ont rarement bénéficié des services de vaccination (comme c'est le cas dans nombreuses bidonvilles identifiées en Haïti). Par exemple, la levée d'information sur la localisation des zones d'accès difficile et sur des groupes de population difficilement accessible permettra d'élaborer les microplans des campagnes et d'actualiser ou d'adapter ceux de la routine.
- Dans le cadre du monitoring rapide de couverture un formulaire sera utilisé pour identifier les causes de non vaccination. Ces informations vont aussi être prises en compte dans les solutions à appliquer pour diminuer le nombre d'enfants non vaccinés.
- L'évaluation externe de la campagne sera aussi une occasion pour identifier les causes de non vaccination. Toutes ces informations contribueront à orienter les plans de communication et de mobilisation de la routine.
- Les alliances avec les élus locaux, les églises, les organisations de la société civiles, les leaders naturels, en vue de leur implication dans la planification, la promotion et le suivi de la prestation des services sur le terrain, seront négociées pour renforcer la vaccination de routine.

9.5 Résumez les **défis programmatiques** à relever afin d'assurer la réussite de la mise en œuvre du soutien aux vaccins demandé et décrivez les plans pour les résoudre. Parmi les principaux obstacles à prendre en compte, on peut citer :

- **le personnel sanitaire** : disponibilité et répartition ;
- l'état de préparation de la **chaîne d'approvisionnement** ;
- **la génération de la demande** / la demande pour les services de vaccination, les calendriers de vaccination, etc. ;
- **leadership, gestion et coordination** : en exploitant les constatations issues de la PCA (évaluation de la capacité du programme) et/ou toute autre évaluation, veuillez décrire les principaux goulots d'étranglement liés à la gestion des programmes de vaccination. Ceci inclut la performance des équipes du PEV régional/national (par ex. les difficultés liées à la structure, aux effectifs et aux capacités), la gestion et la supervision des services de vaccination ou des problèmes de gouvernance sectorielle plus larges ;
- **tout autre aspect** critique basé sur les plans ou les rapports du pays (par ex. le PPAC, l'examen du PEV, le PIE, la GEV) ou les principales constatations issues des rapports d'évaluation indépendante disponibles.

▪ Le personnel sanitaire

Vu que les institutions sanitaires sont inégalement réparties dans le pays, et le niveau technique du personnel très en dessous des normes édictées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les campagnes de vaccination sont obligés de recourir aux moyens suivants:

- Formation du personnel technique des institutions qui travaille au niveau des autres programmes prioritaires l'habilitant à participer à la campagne. Le personnel prestataire des services de vaccination en général assure soit la gestion et la coordination du programme au niveau institutionnel, soit la prestation des services du poste fixe de l'institution.
- Recrutement et formation théorique et pratique de membres de la communauté comme opérateurs des équipes de vaccination (ancien agent de santé, élèves en dernière année d'école d'auxiliaire infirmière, étudiants en vacances, volontaire de la Croix Rouge).

▪ L'état de préparation de la chaîne d'approvisionnement

La chaîne d'approvisionnement va faire l'objet d'une évaluation qui portera sur :

1. La capacité de stockage aux différents niveaux

Une fois les résultats de l'inventaire obtenu, un plan de résolutions des problèmes identifié sera élaboré et portera éventuellement sur l'identification et l'acquisition d'unités de chaîne de froid additionnelles ou recours à la location d'équipement (chambre froide) au niveau central ou départemental, ou à l'augmentation de la fréquence d'approvisionnement soit du niveau local ou départemental. Pour ce qui concerne les capacités de congélation insuffisantes, le pays aura recours à la chambre froide commerciale locale.

2. La gestion des vaccins

Beaucoup de problèmes sont mis en évidence dans la gestion des vaccins, à savoir :

- L'utilisation non systématique du logiciel VSSM pour la gestion des vaccins, ce qui a pour conséquence des ruptures de stock et des retards dans l'approvisionnement soit du niveau départemental ou soit des institutions. Cette situation sera prise en compte dans la formation des assistants de coordonnateurs du PEV, qui sera organisée à l'occasion de la campagne de façon à ce qu'ils puissent utiliser correctement le VSSM et assurer les approvisionnements en fonction des plans élaborés.
- Les superviseurs centraux et départementaux seront orientés de façon à s'assurer de la gestion adéquate des vaccins. Pour cela et pour d'autres aspects de la campagne, ils devront

être sur le terrain trois jours avant.

- En général, les vaccinateurs ne rapportent pas les taux de pertes. Pour y remédier, dans le cadre de la formation des prestataires institutionnels et des opérateurs, un temps suffisant sera réservé à la collecte de données pour calculer les taux de perte. De plus, beaucoup d'exercices pratiques sont prévus à cet effet.
- Dans le cadre des investigations de cas suspects de Maladies Evitables par Vaccination (MEV), des cas d'enfants qui ont contracté une MEV même après avoir été vaccinés ont été rapportés. L'efficacité des vaccins étant l'une des causes probables identifiée, un accent particulier sera mis dans la formation des opérateurs et dans la supervision des postes sur l'application des normes relatives à la conservation et à l'utilisation des vaccins pendant les campagnes de vaccination.

3. La disponibilité des unités de chaînes de froid passives à tous les niveaux

A l'occasion des campagnes, un manque de glacières pour assurer le transport des vaccins des institutions vers les zones éloignées est constaté. Ceci nuit au réapprovisionnement de plusieurs équipes trop éloignées pour revenir chaque soir au niveau de l'institution (approvisionnement de proximité). Le pays doit acquérir des glacières suffisantes pour compléter son stock.

4. Le besoin de moyen de transport d'approvisionnement

L'approvisionnement du niveau central vers les départements ne pose pas de problème en général. La difficulté intervient surtout quand il s'agit d'approvisionner les institutions en un temps donné à partir des centres départementaux d'approvisionnement en intrants (CDAI). En effet, le manque de moyens de transport disponibles au niveau des directions départementales rend cette opération difficile. Comme pour les campagnes précédentes, les départements vont avoir recours à des véhicules loués au niveau local en plus du petit nombre de véhicules disponibles au niveau de la direction. Le nombre de véhicules à louer et de jours de location peut être réduit avec l'appui des véhicules des superviseurs centraux du Ministère de la Santé, de L'OPS/OMS, UNICEF, CDC, etc. rendus disponibles trois jours à l'avance. Concernant les institutions situées en zone d'accès très difficiles ou sur les îles, il est prévu la location de chevaux, de motos ou de voiliers.

5. La disponibilité des dispositifs de contrôle de la température

Vu que les vaccins sont transportés hors des institutions dans des thermos et manipulés par du personnel non institutionnel, il y a un risque de perte d'efficacité de l'antigène, du moins entre l'heure de préparation du porte-vaccin et la fin de la journée pendant laquelle le vaccin est utilisé. Dans ce cas, la lecture et l'interprétation du PCV 13 doivent occuper une place importante dans la formation du vaccinateur.

▪ La génération de la demande

En générale, la demande en période de campagne est excellente. Une fois informée, la population se présente aux postes de vaccination. Cela traduit la bonne connaissance qu'elle a de la vaccination, mais cette connaissance demeure très générale. En effet, si la population connaît la nécessité de faire vacciner les enfants, il lui manque cependant les connaissances spécifiques sur l'âge, les maladies contre lesquelles on vaccine, le calendrier vaccinal. Pour rectifier ces lacunes, les plans de communication mettront l'accent sur la communication interpersonnelle, la formation par les pairs et l'utilisation des clubs de mères notamment. Ce sont là autant d'approches qui

augmenteront la génération de la demande, tant pour les campagnes que pour la vaccination de routine. Spécifiquement pour la campagne, tout en utilisant la promotion médiatique et le matériel scriptovisuel, l'emphase sera mise sur la participation des élus locaux, des prêtres et pasteurs, des professeurs d'écoles, des notables, des organisations de la société civile, à la promotion des activités supplémentaires de vaccination.

▪ Leadership, gestion et coordination

Les principaux goulots d'étranglement liés à la gestion des programmes de vaccination concernent notamment la performance des équipes du PEV régional/national (par ex. manque de ressources humaines de quantité et de qualité, difficultés liées à la structure, aux effectifs et aux capacités), la gestion, la coordination et la supervision des services de vaccination ainsi que des défis de gouvernance sectorielle (Voir section 5.2 au dessus)

9.6 Décrivez les **synergies potentielles** au sein des introductions ou des campagnes prévues (par ex. si deux introductions sont prévues la même année, des synergies existent probablement au niveau de la formation et des événements de mobilisation sociale). Le cas échéant, indiquez vos commentaires sur la capacité et les systèmes appropriés pour l'introduction de plusieurs vaccins sur une année. Décrivez également la façon dont le pays va atténuer tout risque programmatique et financier associé à ces introductions multiples.

NON APPLICABLE

10. Description du soutien demandé pour chaque nouveau programme de vaccination



Les besoins de planification plus spécifiques propres à chaque programme de vaccination mentionnés dans le tableau 1.2 sont décrits ici. Des détails plus complets sur les activités nécessaires pour préparer l'introduction du vaccin et/ou la campagne de vaccination (traitement des défis programmatiques et des goulots d'étranglement décrits ci-dessus) doivent figurer dans le plan de travail annuel du pays. Dans la description des besoins d'assistance technique (AT), il n'est pas nécessaire de mentionner les besoins budgétaires ou liés au fournisseur, car ceux-ci seront abordés et approuvés ultérieurement.

De plus, une requête spécifique au vaccin sera requise environ 12 à 18 mois avant l'introduction réelle dans le programme ou le début de la campagne.

Excluez ici les vaccins ayant déjà été approuvés par Gavi, même s'ils n'ont pas encore été introduits.

Routine VPH (date d'introduction, par ex., Déc. 2018)	Décrivez la stratégie d'introduction globale (y compris la population cible, la vaccination potentielle par cohorte multi-âge en année 1, déploiement régional potentiel, etc.).
	...
	Décrivez les étapes qui permettront de finaliser la stratégie d'introduction et permettront aux parties prenantes d'y participer
	...
	Quelle assistance technique sera nécessaire pour appuyer cette introduction, et quand ?
...	

<p>Men A (date d'introduction, par ex., Nov. 2019)</p> <p>(routine, mini-campagnes de rattrapage et campagnes de prévention)</p>	<p>Décrivez la stratégie d'introduction globale (y compris la population cible pour chaque type de soutien ci-dessous)</p> <p>par ex., routine ⁿ : par ex., mini-campagne de rattrapage pour les cohortes non vaccinées^o : par ex., campagnes de prévention de masse</p> <p>Quelle assistance technique sera nécessaire pour appuyer cette introduction ou campagne, et quand ?</p> <p>...</p>
<p>Rougeole/Rubéole (routine(s) et campagne(s) avec la date d'introduction, par ex., Déc. 2020)</p>	<p>Pour encourager une approche globale et à plus long terme du contrôle/de l'élimination de la rougeole/rubéole, le plan national pluriannuel joint à cette JSP doit inclure une analyse et une description des activités indiquées ci-dessous^p :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les tendances de couverture vaccinale et les taux d'abandon pour le VVR1 et le VVR2 dans la routine (national et infranational) ; les résultats de la couverture des campagnes de vaccination contre la R ou la RR, y compris les enquêtes de couverture post-campagnes ; les enseignements tirés de la mise en œuvre des vaccinations de routine et des campagnes, et les efforts pour couvrir les régions difficiles à atteindre et d'autres populations (par ex., les femmes en âge de procréer, les travailleurs de santé). • Une surveillance (basée sur les cas et la surveillance sentinelle) de la performance pour une période minimale de 5 ans, aux niveaux national et subnational, et tout plan d'amélioration via l'utilisation des fonds HSIS (si cela n'a pas été précédemment abordé dans les sections précédentes). • Les tendances et les schémas épidémiologiques (répartition par âge, géographique, etc.) pour la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale, y compris les épidémies : vulnérabilité de la population et profil de risque de l'épidémie de rougeole. • Les activités prioritaires pour 1) le renforcement de la vaccination de routine (VVR1 et VVR2), y compris les efforts pour améliorer la couverture auprès des populations difficiles à atteindre et/ou les vaccins anti-rougeoleux et anti-rubéoleux de routine, et toute campagne au cours des 5 années à venir (de rattrapage ou de suivi) ; 2) le renforcement de la surveillance vis-à-vis de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale et la confirmation du laboratoire (y compris via l'utilisation des fonds HSIS ; 3) les plans de préparation aux épidémies. <p>▪ Tendances de couverture vaccinale et les taux d'abandon pour le VVR1 et le VVR2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au cours des cinq dernières années (2012-2016), la couverture vaccinale avec la première dose de vaccin RR a varié entre 64 et 80% selon les données administratives en Haïti. La couverture déclarée a augmenté régulièrement jusqu'à 80% en 2013, mais a diminué à 64% en 2014 et 2015 respectivement. - En 2016, la couverture est passée à 76%. Lors de l'analyse de l'homogénéité, le pourcentage de communes déclarant au moins 80% de la couverture RR a considérablement diminué depuis 2013, atteignant 21% en 2014 et 2015

ⁿ Pour l'immunisation de routine, veuillez indiquer s'il existe une possibilité d'introduire en même temps d'autres vaccins administrés sur la même plateforme, à savoir le VVR1, le VVR2 et le vaccin contre la fièvre jaune

^o Pour certains pays, l'introduction d'une routine pour le MenA indique la nécessité d'une mini-campagne de rattrapage (voir les directives et documents de synthèse de l'OMS).

^p Si le plan pluriannuel complet (PPAC) n'inclut pas cette information, elle devra être soumise sous forme d'addendum au plan.

respectivement. Ce pourcentage a augmenté à 35% en 2016.

- En 2016, le pays a introduit la deuxième dose de vaccin RR dans son calendrier national de vaccination ciblant les nourrissons âgés de 18 mois; la couverture obtenue était de 26%. Auparavant, la deuxième dose était administrée par des campagnes de suivi périodiques. La dernière campagne a été mise en œuvre en 2016 ciblant les enfants âgés de 9-59 mois et atteignant 99% de la couverture vaccinale.
- Lors de l'analyse de l'homogénéité, au moins 71% des communes ont atteint une couverture supérieure à 95%. D'autres interventions telles que le vaccin antipoliomyélitique oral et la vitamine A ont été administrées au cours de cette campagne. Aucune enquête post-campagne n'a été mise en œuvre. Cependant le pays a fait des bilans départementaux et a organisé un atelier national à l'issue duquel a été élaboré un bilan national de la campagne.

- **Enseignements tirés de la mise en œuvre des vaccinations de routine et des campagnes**

Au cours de cette campagne, la principale stratégie visant à couvrir les zones difficiles à atteindre et d'autres populations a été le porte à porte. Dans certains cas, les stratégies mobiles et porte à porte ont été combinées, ce qui a permis de toucher la plupart des enfants qui n'ont pas accès aux services de vaccination. Selon l'analyse de l'homogénéité, au moins 71% des communes ont atteint une couverture supérieure à 95%.

- **Surveillance (basée sur les cas et la surveillance sentinelle)**

En Haïti, la surveillance des MEV est une surveillance sentinelle, non exhaustive auprès d'institutions publiques et privées. Depuis 2012, cette proportion est en progrès constant. En 2015, sur 1004 institutions publiques et privées existants en Haïti, 346 ont rapporté hebdomadairement des données dans le réseau national de surveillance soit environ 34% des institutions. (*Voir sections 5.1.3 et 7.1 pour mise à jour 2016*)

Les performances des indicateurs de surveillance ont montré des améliorations significatives pour au moins deux des cinq indicateurs sur la période analysée (2012-2016): les cas avec enquête adéquate et échantillon ont atteint le seuil standard supérieur à 80%. Le délai de soumission des échantillons au laboratoire de référence a également présenté quelques améliorations, mais cet indicateur a diminué à 77% en 2016.

Le taux de notification supérieure à 2 cas suspects de rougeole et de rubéole pour 100,000 habitants n'a pas été atteint au cours de la période analysée, à l'exception de 2013 (3,57 cas pour 100,000 habitants). Ce taux a significativement diminué de 2015 à 2016 atteignant 0,52 cas pour 100,000 habitants.

Au niveau départemental, les performances dans la notification des cas suspects de RR ont été variables de 2012 à 2015. En 2013, 80% des départements ont atteint le niveau minimum en matière de notification de cas suspect. Le département du Sud-Est est le seul département à avoir atteint la performance minimale requise de l'OPS en matière de notification des cas de 2012 à 2015.

- **Tendances et schémas épidémiologiques**

Depuis la circulation du virus endémique pour la rougeole en 2001 et la rubéole en 2006, aucun cas importé n'a été signalé en Haïti. Néanmoins, le risque d'introduction de virus et de propagation secondaire est élevé dans le pays, ce qui menace les résultats obtenus à ce jour en matière d'élimination de la rougeole et de la rubéole. Ci-dessous les principaux facteurs de risque:

- Le pays s'appuie sur un système de surveillance sentinelle pour la rougeole et la rubéole, ce qui permet de signaler les cas suspects potentiels. En outre, en 2013, la moitié des communes (50%) était silencieuse mais ce niveau est le niveau de performance le plus élevé en 2012, 2014 et en 2015, en moyenne 70% des communes étaient silencieuses.
- Haïti a signalé une couverture vaccinale sous-optimale avec le RR1 au cours des 5 dernières années, correspondant à de zones à faible couverture vaccinale et de population à risque élevé de contracter la rougeole ou la rubéole en cas d'introduction du virus. Par exemple, en 2016, seulement 20% des enfants âgés de 1 an vivent dans les communes ayant déclaré une couverture RR1 supérieure à 95%.
- Le virus de la rougeole et de la rubéole continue de circuler dans d'autres régions du monde et Haïti est toujours exposé au risque d'introduction du virus. L'augmentation de 11% du nombre de touristes arrivés en Haïti de 2014 à 2015 a contribué à augmenter ce risque durant cette période.

▪ **Activités prioritaires prévues pour les 5 années à venir**

Activités prioritaires pour renforcer la vaccination de routine

- 1) Former et sensibiliser les prestataires à tous les niveaux sur la nécessité d'assurer la vaccination de tous les enfants de 1 à 4 ans avec les deux doses de RR requises et prévues par le calendrier vaccinal ainsi que les activités de surveillance dans toutes les sessions de formation et de recyclage en normes et procédures du PEV
- 2) Renforcer la responsabilité des directions départementales sur l'importance de faire le suivi et le monitoring des activités de vaccination et de surveillance RR et SRC conformément à circulaire transmise par le MSPP
- 3) S'assurer que les missions de supervision et monitoring du PEV intègrent des sessions d'analyse des indicateurs de performance définis dans les plans d'élimination des RR et SRC afin d'identifier les communes à basse performance et réaliser des activités telles les journées communales, activités accélérées de rattrapage etc. le cas échéant.
- 4) Former les équipes de santé familiale (ESF) et notamment les ASCP sur la vaccination, la surveillance communautaire de cas suspects de RR et SRC ainsi que la canalisation ou le rattrapage des enfants non vaccinés ou des retardataires vers les institutions
- 5) Prendre en charge les coûts opérationnels des activités de vaccination en stratégies avancées mises en œuvre par les ESF.
- 6) S'assurer aussi que les ressources financière et logistique soient allouées de façon équitable et tiennent compte aussi du critère de capacité des communes à desservir les groupes cibles de leur population.

Activités prioritaires pour soutenir l'élimination de la rougeole et de la rubéole:

- 1) Mettre en œuvre une campagne de suivi de haute qualité ciblant les enfants de moins de 5 ans en 2019, afin d'augmenter l'immunité de la population avec équité contre la rougeole et la rubéole.
- 2) Élargir le réseau de surveillance sentinelle permettant la notification rapide des cas de rougeole et de rubéole
- 3) Mettre en œuvre des activités de surveillance complémentaires (recherche active) pour documenter l'absence de cas.

- 4) Mettre en œuvre la surveillance épidémiologique à base communautaire etc.
- 5) Créer une équipe d'intervention rapide aux niveaux nationaux et infranational, avec des membres formés aux mécanismes standards développés par l'OPS pour signaler, investiguer et stopper une épidémie de rougeole ou de rubéole. Cette activité est essentielle pour assurer et vérifier l'interruption de la transmission du virus dans le pays. En outre, le pays mettra au point un plan d'intervention rapide pour faire face aux importations potentielles.

Fournissez une **justification technique** pour chaque type de soutien demandé pour la rougeole/la rubéole pour les 5 prochaines années

Comme mentionné précédemment, Haïti a rapporté une couverture vaccinale sous-optimale avec la première dose de vaccin RR au cours des 5 dernières années (entre 64 et 80% selon les données administratives), permettant l'accumulation de la population à risque élevé de contracter la rougeole ou la rubéole. En outre, la deuxième dose de vaccin RR a été récemment introduite en 2016, atteignant 26% de la couverture vaccinale.

À cette fin, le pays a mis en place des campagnes de suivi périodiques, afin de réduire les poches de personnes sensibles, tout en offrant une possibilité supplémentaire d'être protégé contre la rougeole et la rubéole (deuxième dose). Des campagnes ont également été menées auprès de personnes non vaccinées quittant les zones à faible couverture vaccinale, ou de personnes n'ayant pas séroconverti, élevant leurs taux d'anticorps. Les deux dernières campagnes de suivi mises en œuvre en Haïti en 2012 (1-8 ans) et 2016 (1-4 ans) ont atteint une couverture supérieure à 95%.

En juillet 2017, la couverture déclarée avec la première dose de vaccin RR était de 57%. La couverture prévue pour décembre 2017 est de 75%, laissant un total de 110 462 personnes susceptibles de contracter la rougeole et la rubéole (le calcul représente 10% de l'échec primaire du vaccin). Si cette projection de couverture se poursuit en 2018 et augmente jusqu'à 80% en 2019 (ainsi que les efforts du pays pour améliorer la couverture de routine), le nombre total de personnes sensibles (n= 377,776) dépassera la taille d'une cohorte de nouveau-nés et par conséquent, une campagne de suivi devrait être mise en œuvre en 2020.

Néanmoins, les autorités sanitaires haïtiennes réaliseront la campagne en 2019 tenant compte des changements inattendus dans les projections de couverture et du manque d'homogénéité entre les municipalités ainsi que des données épidémiologiques qui révèlent un nombre de susceptibles à rattrapper supérieur à la cohorte de nouveaux nés dès 2019. Par ailleurs, comparée aux estimations de l'OMS/UNICEF, la couverture administrative est généralement estimée supérieure à la réalité. La nécessité de la campagne est d'autant plus justifiée en 2019 qu'en 2020.

Décrivez la **population cible** pour chaque type de soutien pour les 5 prochaines années

La population cible de la campagne de suivi sera composée d'enfants âgés de 1 à 4 ans.

Concernant les goulots d'étranglement/défis particuliers mentionnés ci-dessus, quelle **AT sera nécessaire** pour appuyer cette introduction ou campagne, et quand ?

Conformément à ses nouvelles directives relatives à l'utilisation efficace des ressources et l'application par les pays de critères de qualité pour atteindre l'objectif d'au moins 95% au niveau national et communal, l'OPS fournira une assistance technique pour

	<p>appuyer le Ministère dans toutes les phases de la campagne, à savoir, la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation.</p> <p>À cette fin, l'OPS déploiera des consultants expérimentés dans les campagnes de terrain au niveau national et dans les départements sélectionnés, à la suite de discussions internes avec les autorités sanitaires nationales.</p>
Fièvre jaune <i>(vaccination de routine et campagne(s))</i>	Décrivez la stratégie d'introduction globale (y compris la population cible pour chaque type de soutien ci-dessous) <i>par ex., routine ⁹</i> <i>par ex., campagnes de prévention de masse</i> <i>Indiquez la population à risque et les critères du pays permettant d'établir des priorités, et s'ils ont été validés ou non</i>
	Concernant les goulots d'étranglement/défis particuliers mentionnés ci-dessus, quelle AT sera nécessaire pour appuyer cette introduction ou campagne, et quand ?
	...

11. Programmatique : description des investissements RSS prioritaires de Gavi

11.1 Informations relatives à l'allocation de Gavi

Sur la base des éléments ci-dessus, date cible pour la soumission du plan de travail opérationnel et du budget pour la contribution de Gavi	19 Janvier 2018
Date cible d'arrivée des fonds pour la première année dans le pays	Juillet 2018
Prochaine revue du portefeuille JSP (dernière année de la stratégie de vaccination)	Juillet 2019



Cette section décrit les 3 à 5 objectifs et activités prioritaires identifiés pour le soutien financier de Gavi. La description indique la façon dont chaque objectif peut traiter les problèmes et les goulots d'étranglement identifiés dans la partie C et contribuer à des améliorations durables en termes de couverture et d'équité. Il est recommandé de tenir compte des objectifs spécifiques relatifs aux populations sous-vaccinées identifiées dans la partie B et d'explorer les investissements dans les domaines critiques tels que la chaîne d'approvisionnement en vaccins, la promotion de la demande et la participation de la communauté, le leadership, la gestion et la coordination ainsi que la qualité/disponibilité/utilisation des données.

11.2 Objectifs et activités prioritaires pour le soutien financier de Gavi



Veillez consulter le guide de programmation afin de cibler les interventions dans chacun des domaines d'intervention stratégique de Gavi i) leadership, gestion et coordination, ii) chaîne d'approvisionnement, iii) données et iv) promotion de la demande :

⁹ Il est demandé au pays d'envisager l'introduction de vaccins administrés en parallèle sur la même plateforme, à savoir MenA et VVR1 et de tirer parti du renforcement de la couverture



Pour chaque objectif :

- Fournissez un **échancier estimatif** pour réaliser l'objectif
- Décrivez de quelle manière le(s) objectif(s) cible(nt) les **populations/zones géographiques** identifiées dans la partie B. Le cas échéant, décrivez brièvement quelles population et/ou zones géographiques bénéficieront en priorité du soutien, comment elles ont été sélectionnées, ce qui a été fait jusqu'à présent pour ces populations/zones géographiques et ce qui est proposé pour le futur soutien de Gavi.
- Décrivez de quelle façon les objectifs et activités proposés s'attaquent aux **difficultés et goulots d'étranglement de la vaccination** identifiés dans la partie C (y compris les sujets tels que la chaîne d'approvisionnement, la création de la demande/mobilisation de la communauté, le leadership, la gestion et la coordination ainsi que la qualité/disponibilité/utilisation des données), et facilitent la réalisation des objectifs des plans stratégiques pluriannuels nationaux.

Pour faire une demande de soutien à la plateforme d'optimisation de l'ECF, veuillez inclure la plateforme d'optimisation de l'ECF parmi les activités ayant pour objectif une chaîne d'approvisionnement.

- Pour chaque objectif, indiquez environ **5 activités** qui contribueront à la réalisation de l'objectif ; expliquez la manière dont ces activités permettront de remédier aux défis spécifiques en matière d'équité et de couverture, et comment la mise en œuvre des activités sera classée par ordre de priorité (p. ex., au fil du temps, concentration/ciblage géographique ou de la population, etc.)
- **Considérations relatives à la pérennité :**
 - **Financement :** Justifiez les demandes liées au soutien par Gavi des principaux frais récurrents (par ex., les ressources humaines) indépendamment de la phase de transition du pays. Les pays se trouvant en phase de transition préparatoire ou accélérée ne peuvent pas utiliser les fonds de Gavi pour les frais récurrents. Décrivez également les mesures prises pour garantir la disponibilité des ressources financières nécessaires à l'échelle nationale afin de financer entièrement les investissements récurrents et non récurrents nécessaires pour maintenir les résultats obtenus une fois que le soutien de Gavi prend fin.
 - **Intégration :** Décrivez dans quelle mesure les activités envisagées seront mises en œuvre par le biais de processus et de systèmes de routine. En cas d'investissements externes, veuillez justifier et décrire les mesures prises pour les intégrer dans les processus et systèmes de routine.
 - **Capacités institutionnelles** le pays dispose-t-il du personnel, des structures, des capacités et des systèmes permettant de soutenir son programme de vaccination sans être excessivement dépendant des partenaires extérieurs et des prestataires de services ? Dans quelle mesure les investissements de Gavi contribuent-ils à renforcer ces capacités institutionnelles nationales ? En plus des quatre domaines stratégiques indiqués dans les [documents des directives en matière de programmation](#), il convient également d'être attentif, tout particulièrement dans les pays qui entament ou sont sur le point d'entamer la phase de transition accélérée, aux aspects de la capacité institutionnelle qui ne concernent pas la fourniture de services dans des domaines tels que : l'approvisionnement, la capacité technique à conseiller le gouvernement sur les introductions de vaccins nouveaux, ainsi que la réglementation et l'innocuité des vaccins.

Pour les pays en phase de transition accélérée, veuillez consacrer un objectif à ces activités spécifiques à la planification de transition appropriée.

- **Fournissez des indicateurs sur mesure** qui seront inclus dans votre cadre de performance des subventions **afin de suivre** chaque objectif. Ces indicateurs sur mesure doivent fournir une évaluation des résultats intermédiaires obtenus et de la mise en œuvre des activités. De plus amples informations sur les indicateurs de la chaîne d'approvisionnement sont fournies dans le guide de programmation et/ou ci-dessous.
- Mentionnez **jusqu'à 3 besoins prioritaires en matière d'assistance technique** anticipés par objectif pour l'année à venir. Veuillez indiquer si cette AT sera financée via le soutien du HSIS ou si elle nécessitera un investissement de Gavi par le biais du cadre de partenariat (PEF).
- Pour chaque objectif, fournissez un **budget total indicatif en US\$** pour la durée du soutien de Gavi.

Objectif 1 :	Favoriser un accès équitable aux services de la vaccination et augmenter la couverture vaccinale à au moins 80% dans les 38 communes ayant un nombre élevé d'enfants non vaccinés dans l'Ouest et le Sud
Échéancier:	2018-2022
Population/zone géographique prioritaire ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif :	<p>En 2017, 59% de la population d'Haïti vivait dans des zones urbaines et 70 % de ces populations urbaines vivaient dans des bidonvilles (JSI, 2017). La population priorisée dans le cadre de cette subvention est celle des enfants de moins de 1 an dans 38 communes de 2 départements à forte densité élevée d'enfants non vaccinés ; plus spécifiquement l'Ouest dont l'Aire métropolitaine (20) et le Sud (19). Ces départements concentrent une population de 35 133 enfants de moins de 1 an équivalent à 39 % des enfants non vaccinés et 27% la cibles à vacciner. L'Artibonite également constitue un département ayant un nombre élevé d'enfants non-vaccinés (19897 en 2016). Toutefois, parce que ce département sanitaire bénéficie actuellement de fonds alloués par d'autres partenaires (notamment fonds canadiens) et en raison des limites budgétaires associés à la présente proposition, il n'a pas été priorisé pour les deux premières années.</p> <p>Par ailleurs, 42% des enfants non vaccinés au Penta 3 durant les trois dernières années résident dans 3 communes de l'Aire métropolitaine (Port-au-Prince, Cité soleil, et Carrefour) et dans deux grandes villes d'Artibonite (Gonaïves et Saint Marc) (Analyse de l'équité, MSPP et al. 2017).</p> <p>Pour la deuxième dose de RR ce sont les 12 à 23 mois qui vivent dans des conditions favorisant la survenue des maladies respiratoires aiguës sont ciblés et notamment dans des zones rurales et surtout d'accès difficile. Ces enfants lorsqu'ils ne sont pas vaccinés constituent des susceptibles à la diphtérie, à la coqueluche et à la rougeole.</p>
Goulot(s) d'étranglement du système de vaccination à cibler :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Contraintes à l'atteinte de la couverture vaccinale des MEV</u> <ul style="list-style-type: none"> - Ressources humaines institutionnelles et communautaires en quantité et en qualité - Couverture limitée des services de santé - Instabilité du personnel formé dans les institutions - Manque de ressources financières pour la prestation des services et plus spécifiquement pour atteindre les enfants non vaccinés et les zones d'accès difficile - La non maîtrise de la population cible - Absence d'enquêtes systématiques des couvertures vaccinales après les campagnes RR - Faiblesse de la surveillance épidémiologique des MEV comme élément pouvant permettre de conserver les acquis en termes d'élimination et d'éradication de maladies. - Déficit de couverture communautaire par les services de vaccination (ASCP non formés en PEV et en quantité insuffisante) - Les données de vaccination non stratifiées au contexte urbain tel que le prolongement des heures de vaccination ou la vaccination pendant les weekends ▪ <u>Barrières à la génération de la demande en vaccination</u> <ul style="list-style-type: none"> - Parents et responsable d'enfants ne sont pas bien informés sur les différents vaccins disponibles ni du nombre de doses que l'enfant doit recevoir pour être

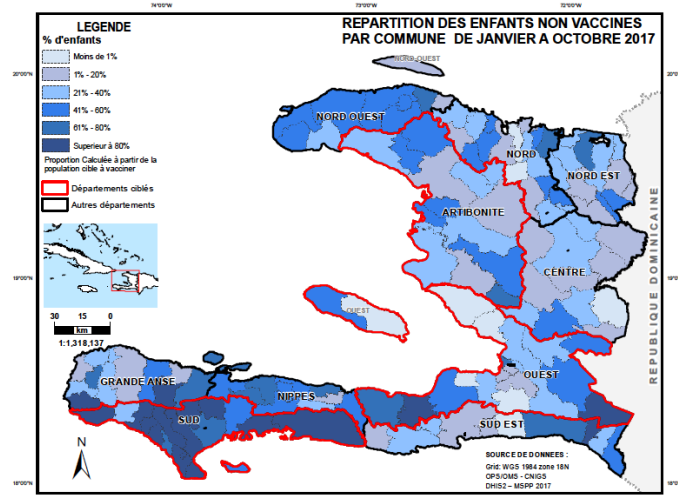
	<p>complètement vaccinés</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque d'information et d'implication des leaders et groupements communautaires dans la promotion des activités de la vaccination - Insuffisance des matériels d'IEC - Manque de financement des stratégies de communication - Insuffisance de recherche pour soutenir les activités de communication - Manque de financement pour les interventions de communication
<p>Activités prioritaires:</p>	<p>1.1 Mettre en œuvre des stratégies porteuses en matière de prestation de services de vaccination</p> <p>1.1.1. Poursuivre la mise en oeuvre des activités du modèle de vaccination en milieu urbain dans la commune de Cité Soleil (Aire métropolitaine)</p> <p>1.2 Renforcer la vaccination de routine</p> <p>1.2.1. Réaliser la micro-planification dans les 10 départements du pays (767 institutions)</p> <p>1.2.2. Réaliser la planification et gestion des ressources au niveau de 38 communes ciblées (RED)</p> <p>1.2.3. Mettre en œuvre les stratégies avancées (Ouest 19 communes - Sud 19 communes cibles) (RED)</p> <p>1.2.4. Réaliser la supervision de la gestion locale de l'approche RED au niveau des 292 institutions des 38 communes (RED)</p> <p>1.2.5. Renforcer les liens avec la communauté (RED)</p> <p>1.2.6. Réaliser le monitoring des indicateurs de performance de routine dans les 10 départements du pays (767 institutions)</p> <p>1.2.7. Réaliser le recyclage des prestataires en normes et procédures du PEV</p> <p>1.2.8. Réaliser la supervision intégrée du niveau central vers les départements</p> <p>1.2.9. Réaliser la supervision intégrée des départements (incluant UAS/UCS/BCS) vers les institutions</p> <p>1.2.10. Financer les coûts opérationnels des ESF (dont ASCP et AIP)</p> <p>1.2.11. Organiser des réunions mensuelles de suivi des activités menées par les ESF au niveau communal</p> <p>1.3 Renforcer les activités de communication et générer la demande</p> <p>1.3.1. Former les prestataires en communication interpersonnelle</p> <p>1.3.2. Réaliser l'enquête CAP</p> <p>1.3.3. Réviser la stratégie de communication</p> <p>1.3.4. Développer et mettre en œuvre les plans de communication à tous les niveaux</p>
<p>Justifications</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étendre des stratégies porteuses dans les zones urbaines tout en renforçant la routine à tous les niveaux pour favoriser un accès équitable à la vaccination pour tous <p>En vue d'améliorer la couverture vaccinale et l'équité en Haïti, il est crucial non</p>

seulement de créer les conditions systémiques pour favoriser une offre et une demande de services de vaccination (notamment en utilisant le modèle d'organisation des services de santé et son réseau intégré de services de santé) mais aussi, d'investir dans des stratégies coût-efficaces et ciblées qui permettront d'obtenir des résultats observables

d'ici 2 ans et ultimement pourront être mises à l'échelle du pays.

En 2017, les données de l'EMMUS VI montrent une chute drastique de la couverture vaccinale en Penta 3 dans tous les départements de façon générale et aucun département n'atteint un taux de couverture du Penta 3 supérieur ou égale à 80% contrairement aux données de l'EMMUS V (2012). Parmi les départements les moins performants **l'Ouest (incluant l'Aire métropolitaine AI) et le Sud** sont ciblés dans le cadre de la présente demande de financement GAVI-RSS2.

Lorsqu'on analyse plus en détails les données administratives de 2017* relatives au nombre d'enfants non vaccinés au Penta 3 et RR1, **l'Ouest et le Sud** aussi **des départements qui concentrent un grand nombre d'enfants non-vaccinés, sachant que l'AI compte plus de la moitié de la population haïtienne.**



En effet, une couverture vaccinale absolue (77% dans l'Aire métropolitaine) cache souvent des poches de concentration d'un nombre élevé d'enfants non-vaccinés et ce, notamment en zone urbaine. De nombreux facteurs contribuent à cette situation : la mobilité des populations, le manque des intrants et d'infrastructures de base dans certaines zones, la distance sociale et surtout l'insécurité dans certains quartiers. Afin que Haïti puisse atteindre son but de parvenir à une couverture nationale d'au moins 80 %, et même au niveau des autres pays de la région, il faut impérativement améliorer les couvertures des zones urbaines. Les éléments du modèle urbain en cours de mise en oeuvre montrent déjà une augmentation de la couverture vaccinale de la Cité Soleil (JSI, 2017) et les efforts en cours dans cette zone doivent être maintenus.

Le ciblage sur 2 départements les deux premières années de la subvention complète les actions incontournables requises pour renforcer la vaccination de routine à travers une approche intégrée et intégrale qui inclut l'accès de la communauté à des services de qualité et des stratégies avancées, le renforcement du système de santé, et le changement de comportement. Il s'agira de créer un environnement favorable à l'atteinte des objectifs de couverture et de l'équité vaccinales au niveau national en améliorant la gestion et la coordination du programme de vaccination à tous les niveaux

du système et en garantissant une gestion efficace des vaccins (à travers une chaîne d'approvisionnement et de froid fonctionnelle). Afin de pouvoir accroître la couverture et l'équité dans l'Ouest et le Sud, il est crucial de mettre en place des stratégies avancées pour renforcer la routine dans ces communes les plus marginalisées (approche RED) (Voir tableau ci-dessous).

Départ. ciblé	Nbr communes	Pop. totale	Pop. 0-11 mois (cible)	Pop. Femmes enceintes	Nbr d'institutions PEV	Nombre d'enfants non vaccinés (0-11 mois) au Penta 3 en 2016
Ouest (AI inclus)	20	4, 690,667	98,973	122,984	229	25 893
Sud	19	814,995	21,108	58,284	63	9 240
TOTAL	38	5, 505,662	120,081	181,268	292	35 133

Tableau : Approche RED dans les départements du Sud et de l'Ouest

Afin de garantir une mise en oeuvre des activités de routine et accroître les chances de meilleures performances, des ateliers seront organisés pour réalisation des microplans intégrés dans toutes les institutions du pays. Par ailleurs, le monitoring des indicateurs de performance est incontournable pour une gestion opérationnelle basée sur les résultats. Il s'agit d'analyser ces indicateurs et d'apprécier leur évolution dans le temps afin d'identifier des problèmes et prendre des actions correctrices pour augmenter la couverture vaccinale. Les réunions de monitoring constituent également un cadre régulier de concertation qui réunit les acteurs des différents niveaux du système de santé impliqués dans la gestion des activités de vaccination et de surveillance des MEV. Ces rencontres constituent également une tribune pour la formation continue et les échanges d'expériences entre les acteurs de la vaccination. Enfin, des missions de supervision formative intégrée (incluant l'examen de toutes les composantes du PEV) du niveau central vers les départements (DPEV, DELR, UEP, DAB et les partenaires) seront menées et des départements vers les institutions (responsable PEV, gestionnaire de données, TCF, épidémiologiste) tout en accordant une attention particulière aux institutions ayant enregistré les performances les plus faibles dans le cadre du PEV. Ces visites consisteront à réaliser sur une base participative une analyse de situation portant sur la gestion des différentes composantes du PEV dans chaque département, d'identifier les goulots d'étranglement et de proposer les solutions qui seront mises en oeuvre et suivies dans le cadre d'un Plan d'action.

- **Renforcer le modèle d'organisation des services de santé en vue d'offrir des services de vaccination intégrés au paquet essentiel de services**

Pour appuyer l'extension du modèle de santé communautaire et favoriser l'accès aux services de vaccination des enfants comme intégrés au paquet essentiel de services du MSPP, le présent financement vise à couvrir les coûts opérationnels des ESF (agents de santé communautaires polyvalents, auxiliaires infirmières et infirmières communautaires). En effet, les ASCP contribuent au renforcement du programme à

travers la mise en place des stratégies de vaccination communautaire, (stratégie avancée, postes de ressemblent, etc.), le suivi du calendrier vaccinal des enfants, la promotion de la vaccination, l'éducation auprès des parents et des leaders communautaires la surveillance communautaire des MEV, etc. dans leurs zones de déserte respectives sous la supervision des auxiliaires et les infirmières en charge de la coordination et de la planification.

En théorie, les ESF sont composés de 30 ASCP, 2 Auxiliaires infirmières polyvalentes (AIP) et une infirmière communautaire et prennent en charge en moyenne 450 familles pour 1 ASCP (environ 2000 habitants). Dans les faits, selon la densité populationnelle de certaines zones dispersées, des conditions démographique, géographique et épidémiologique de la zone, le ratio de familles et des habitants pris en charge peut être modifié et adapté ([Voir Annexe 1](#)).

▪ Campagne RR

Haïti a été certifié comme un pays libre de transmission endémique du virus de la rougeole et de la rubéole; les derniers cas d'endémie ont été signalés respectivement en 2001 pour la rougeole et 2006 pour la rubéole. Aucun cas importé de rougeole et de rubéole n'a été signalé depuis lors dans le pays. Cependant, les risques d'importation et de réintroduction du virus demeurent et il est important de maintenir les progrès qui ont été réalisés.

La couverture de la rougeole et la rubéole déclarée en Haïti n'a pas atteint 95% (rang : 64-80% selon les données administratives) au cours des cinq dernières années avec la première dose de la rougeole et la rubéole (RR). En outre, en 2016, le pays a introduit la deuxième dose du RR pour atteindre 26% de la couverture. Ainsi, Haïti a mis en œuvre périodiquement des campagnes de suivi visant à réduire les populations susceptibles et à éviter la transition de la maladie chez les adolescents et les jeunes adultes non vaccinés.

Par rapport aux différents problèmes existants, la mise en œuvre de la campagne RR planifiée pour le mois d'août 2019, va renforcer les aspects opérationnels et logistiques car elle représente une occasion pour soutenir le programme de routine dans différents domaines (supervision, formation, maintenance de la chaîne du froid), pour assurer une couverture élevée et homogène dans chaque commune.

▪ Introduction du PCV 13

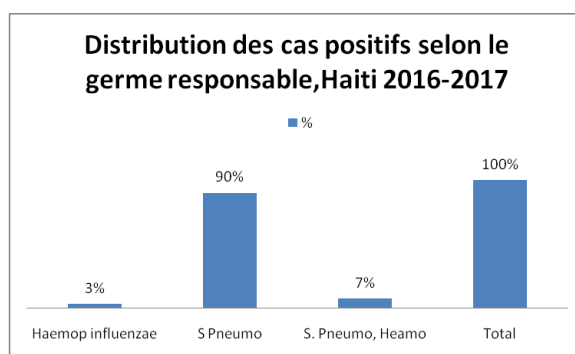
En 2011, une demande d'introduction du PCV13 a été approuvée par GAVI pour un montant de 271 500\$ mais l'introduction n'a pas été réalisée. Le pays prévoit donc d'introduire le PCV 13 dans 10 départements (≈ 700 institutions) en Octobre 2018. Dans cette perspective, des activités préparatoires à l'introduction seront mises en œuvre avec l'appui des partenaires en termes d'actualisation du plan d'introduction, d'élaboration du manuel d'un manuel d'introduction, de supervision et de suivi. Une Evaluation post –introduction sera menée.

Selon l'EMMUS VI, les infections respiratoires aiguës (IRA) figurent parmi les premières causes de morbidité infantile rencontrées chez les enfants. Parmi les enfants de moins de 5 ans qui ont présenté des symptômes d'IRA (588), des conseils/traitement ont été recherchés pour 40% d'entre eux. La proportion d'enfants pour lesquels un traitement a été recherché était plus élevé en milieu urbain en comparaison au milieu rural (53% contre 33%).

D'autre part selon les résultats d'examen de liquide céphalo rachidien prélevé au niveau des sites sentinelles de surveillance des maladies causées par les nouveaux vaccins (2013-2014), la majorité des cas de méningite investigués sont dues aux pneumocoques. Dans une étude réalisée à l'Hôpital Universitaire la Paix (HUP) de septembre 2015 à janvier 2016, visant à évaluer l'impact du vaccin conjugué PCV13 sur la colonisation du streptocoque pneumoniae chez les enfants de 6 à 24 mois, révèle qu'environ 45% des enfants âgés de 6 à <24 mois étaient porteurs de streptocoque pneumoniae dans le nasopharynx.

Plus de la moitié des enfants porteurs de pneumocoques présentaient des sérotypes sensibles au vaccin PCV13, ce qui suggère un avantage de santé publique important pour la mise en œuvre du PCV13 en Haïti.

Selon les données de la surveillance épidémiologique de la méningite et des infections respiratoires du pneumocoque pour l'année 2016-2017.



De la totalité des cas révélés positif (N=30/84), 90 % était du au streptocoque pneumoniae.

▪ Communication et génération de la demande

Le renforcement des activités de communication et de mobilisation visant à optimiser la demande, sont centrales pour atteindre les objectifs de couverture et d'équité. Elles nécessitent de rendre effectives la participation des communautés aux actions de santé et accroître l'utilisation optimale des services de vaccination par les parents et responsables d'enfants de moins de 5 ans.

Considérations relatives à la pérennité :

- Une meilleure couverture géographique en institutions sanitaires et la disponibilité des services de qualité en permanence peuvent aider à avoir de bonnes couvertures vaccinales de manière pérenne.
- Le renforcement de la vaccination de routine permettra de réduire dans le temps le nombre de campagnes vaccinales
- Implication des leaders dans la planification et la mise en œuvre des activités
- Formation des responsables de communication
- L'augmentation du budget de la santé et la création d'une ligne budgétaire et sa sécurisation pour l'achat des vaccins et intrants et la prise en charge du personnel prestataire institutionnel et communautaire.
- Le financement du PCV13 par GAVI au niveau actuel est assuré jusqu'en 2020. Il implique un co-financement minimum du gouvernement (0,20 US\$ par dose). D'un point de vue financier, Gavi continuera à subventionner les nouveaux vaccins à ces conditions tant que le RNB par habitant d'Haïti ne dépassera pas 1 580 \$ (source Banque mondiale) durant au moins 3 années consécutives. Dans ces nouvelles

	conditions, à souhaiter pour Haïti, le cofinancement du gouvernement devrait être augmenté à 15% des coûts des nouveaux vaccins	
Indicateurs de suivi des progrès réalisés dans la poursuite de cet objectif inclus dans le cadre de performance des subventions :	<ol style="list-style-type: none"> 1. OI-T1. Couverture du Penta3 (et autres antigènes) dans les communes ciblées par le financement Gavi 2. OI-T2. Couverture du Penta3 dans les communes non-ciblées par le financement GAVI 3. OI-T3. Pourcentage des départements sanitaires qui ont rapporté au moins une fois dans l'année un taux de couverture du pentavalent 3 4. OI-T4. Pourcentage des départements sanitaires ayant un taux d'abandon Penta 1 – Penta 3 négatif 5. IR-T1. Taux d'abandon du Penta 3 au cours des douze derniers mois dans les zones urbaines 6. IR-T2. Nombre de nourrissons ayant survécu qui ont reçu la 3e dose recommandée du vaccin pentavalent par le biais de la <u>stratégie avancée</u> (pour les départements et communes ciblées par Gavi) 7. IR-T3. Nombre de nourrissons ayant survécu qui ont reçu la 1^{ère} dose recommandée du vaccin pentavalent par le biais de la stratégie avancée pour les départements et communes ciblées par Gavi 8. IR-T4. Nombre de nourrissons ayant survécu qui ont reçu la 1^{ère} dose recommandée du vaccin anti-rougeoleux par le biais de la <u>stratégie avancée</u> pour les départements et communes ciblées par Gavi 9. IR-T5. Pourcentage des institutions mettant en œuvre un microplan pour le PEV 10. IR-T13. Proportion des activités de monitoring réalisées dans lesquelles sont discutés les indicateurs de performance 11. PR-T1. Pourcentage des institutions sanitaires qui ont été supervisées au moins une fois au cours des 2 derniers mois par le niveau départemental 12. PR-T2. Pourcentage des UAS/UCS/BCS qui ont été supervisées au moins une fois au cours des 2 derniers mois par le niveau départemental 13. PR-T3. Pourcentage des postes de stratégie avancée, planifiées qui ont été réalisés 14. PR-T4. Pourcentage des institutions sanitaires qui ont mis en œuvre des activités de communication/sensibilisation prévues 	
Besoins d'AT pour l'année à venir et description de la complémentarité de la planification de l'AT par le biais du PEF	<ul style="list-style-type: none"> ▪ OPS/OMS (PEF TCA) <ul style="list-style-type: none"> - Appui aux activités préparatoires financées par la subvention d'introduction de PCV13 - Appui à la mise en œuvre de la campagne de suivi contre la rougeole/rubéole et SSRC au niveau national, départemental, UAS communal et local - Appui à la formation des ESF (ASCP et des AIP) ▪ AT UNICEF (PEF TCA) <ul style="list-style-type: none"> - Suivi de la mise en œuvre du plan de mobilisation sociale et de communication - Génération de la demande en vaccination ▪ AT ADDITIONNELLE (<i>expanded partners</i> financés par GAVI) <ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement de la DPEV dans la réplique des composantes porteuses du modèle de vaccination en zone urbaine - Évaluation de l'efficacité des stratégies avancées pour améliorer la couverture vaccinale et réduire le nombre d'enfants non-vaccinés 	
Budget RSS indicatif :	Années 1 à 2	<p>1 369 701 US\$ (2018)</p> <p>1 599 968 US\$ (2019)</p> <p>Total (2 ans): 2 969 669 US\$</p>
	Années 3 à 5	Par ex. XX US\$

Objectif 2 :	Améliorer la chaîne d'approvisionnement et la chaîne de froid au niveau national à travers une Gestion Efficace des Vaccins
Échéancier :	2018-2022
Population/zone géographique prioritaire ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif :	Échelle nationale (focus sur le Sud les deux premières années)
Goulot(s) d'étranglement du système de vaccination à cibler :	<ul style="list-style-type: none"> - L'insuffisance quantitative et qualitative de personnel sur la gestion des vaccins au niveau central, départemental, communal et institutionnel rend la gestion des vaccins peu performante. - Insuffisance quantitative et qualitative des TCF au niveau central et dans certains départements - Manque d'organisation du service logistique - Insuffisance de matériels roulants et mauvaise gestion des véhicules disponibles - Absence/Faible capacité de stockage des vaccins et infrastructure dans le Sud
Activités prioritaires (environ 5) :	<p>2. Améliorer la chaîne d'approvisionnement et la chaîne de froid au niveau du département du Sud et des 767 institutions du pays</p> <p>2.1.1. Réaliser les travaux de réaménagement de l'espace devant abriter la chambre froide dans le Sud</p> <p>2.1.2. Installer une chambre froide solaire dans le Sud</p> <p>2.1.3. Acheter 5 véhicules (3 en 2018 et 2 en 2019) pour approvisionner les institutions en vaccins</p> <p>2.1.4. Effectuer la maintenance et réparation des véhicules nouveaux</p> <p>2.1.5. Effectuer la maintenance et réparation des véhicules existants</p> <p>2.1.6. Former les prestataires (pharmaciens, magasiniers, assistantes, responsables) aux outils logistiques du PEV (VSSM)</p> <p>2.1.7. Superviser les utilisateurs des outils logistiques</p> <p>2.1.8. Approvisionner les institutions en vaccins et consommables</p>

<p>Justification :</p>	<p>L'évaluation de la GEV réalisée en fin novembre 2013 dans les différentes structures PEV du pays, les différentes réunions bilan organisées avec les départements et les différentes missions de supervisions réalisées dans le cadre des activités de vaccination de même que l'étude sur la chaîne d'approvisionnement et le système de distribution réalisé par le consultant international en appui à la DPEV ont relevé l'existence d'énormes difficultés liées à l'approvisionnement des institutions en vaccin et matériels d'injection entraînant parfois des ruptures de stock de vaccins soit par manque de moyens de transport propres au programme pour certains départements sanitaires, soit par la vétusté des véhicules existants depuis plus de 10 ans d'âge dans d'autres départements.</p> <p>Il existe des difficultés liées à la faible capacité de stockage des vaccins. Actuellement, on compte des réfrigérateurs solaires TCW3000 SDD dont 12 pour le département d'Artibonite avec une capacité de stockage 1872 litres sur un besoin requis 3100 litres pour une population de 3.937.153 habitant, 0 équipement de chaîne de froid pour le département de l'Ouest (Aire métropolitaine inclus) avec un besoin requis de 3900 litres pour une population estimée à 4. 690. 667 habitants et 7 réfrigérateurs TCW3000 SDD dans le Sud avec un volume disponible de 1098 litres sur un besoin requis de 1400 litres pour une population de 814.995.habitants.</p> <p><u>Dans le cadre du présent financement, l'aménagement de l'espace et l'acquisition d'une chambre froide seront privilégiés dans le Sud, département ayant un nombre élevé d'enfants à vacciner.</u></p> <p>L'acquisition des chambres froides fonctionnant avec générateurs solaires et la réhabilitation des entrepôts des vaccins va augmenter la capacité de stockage et se présente comme une solution alternative devant garantir un fonctionnement sans intermittence car la source d'énergie solaire étant fiable.</p> <p>Les autres difficultés sont liées: (i) Manque de dépôt confortable pour placer l'ensemble des équipements de la chaîne de froid, (ii) L'insuffisance de personnel qualifié sur la gestion des vaccins au niveau départemental, communal et institutionnel rend la gestion des vaccins peu performante à ces niveaux (l'insuffisance quantitative et qualitative des TCF au niveau central et dans certains départements), (iii) Manque d'outils appropriés et pièces de rechange pour la maintenance des équipements de la chaîne de froid.</p> <p>Face à cette situation, la mise en place d'une flotte avec l'acquisition des véhicules est nécessaire pour améliorer la disponibilité des vaccins dans les institutions et ainsi palier le problème de ruptures de stock en augmentant la couverture vaccinale. En effet en acquérant 5 véhicules (1 pour chaque circuit de distribution Ouest-Centre, Sud-Grand'Anse; Artibonite-Nord'Ouest (2018) Sud'Est-Nippes et Nord-Nord'Est (2019)), le programme va pouvoir sortir de la location dont les coûts sont élevés et s'inscrire dans une perspective de pérennité.</p> <p>Afin de garantir une gestion efficace des stocks de vaccins, les prestataires ayant différentes fonctions au niveau des institutions (pharmaciens, magasiniers, assistantes, etc.) recevront une formation aux outils logistiques de gestion VSSM. Ceci permettra d'étendre cette compétence à des acteurs autres que les TCF et d'élargir la responsabilité de la gestion des stocks au niveau des institutions. Pour assurer la qualité de la gestion, ces nouveaux formés seront régulièrement supervisés.</p>
<p>Considérations relatives à la</p>	<p>Considérations relatives à la pérennité avec attention particulière sur les zones d'accès difficile:</p>

<p>pérennité :</p>	<p>L'acquisition des moyens de transport propres au programme permettra au pays d'approvisionner toutes les institutions sanitaires en vaccins et matériels d'injection et de réduire les cas de rupture de vaccins.</p> <p>L'installation de chambre froide dans le Sud permettra d'augmenter la capacité de stockage ainsi que la disponibilité des vaccins</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Accès à la vaccination de toute la population du pays:</u> Les vaccins de qualité seront disponibles pour toutes les populations cibles. • <u>Augmentation de la couverture vaccinale:</u> La disponibilité des vaccins et seringues dans toutes les institutions permettra d'augmenter la couverture vaccinale dans le pays. Les populations qui n'avaient pas autrefois accès aux vaccins, par manque ou rupture de vaccin, auront régulièrement accès aux services de vaccination. • <u>Le renforcement de la gestion des stocks de vaccins:</u> La formation et la supervision permettront de renforcer la compétence des autres prestataires en complément des techniciens chaîne de froid en charge de la gestion des vaccins. 	
<p>Indicateurs de suivi des progrès réalisés dans la poursuite de cet objectif inclus dans le cadre de performance des subventions :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. IR-T7. Proportion d'institutions sanitaires qui n'ont subi aucune rupture de stock de quelque vaccin que ce soit (appuyé par GAVI ou non) pendant les 3 derniers mois 2. IR-T8. Pourcentage des institutions qui ont un bon fonctionnement des équipements de la chaîne du froid tout au long de l'année (validés par les visites de supervision) 3. PR-T5. Pourcentage des départements sanitaires qui ont au moins un personnel de santé ayant été formé aux outils logistiques du PEV (VSSM) pendant la dernière année 4. PR-T9. Pourcentage des recommandations de la GEV mises en oeuvre 	
<p>Besoins d'AT pour l'année à venir et description de la complémentarité de la planification de l'AT par le biais du PEF</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AT OPS/OMS (PEF TCA) <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser la supervision de VSSM dans tous les départements ▪ AT UNICEF (PEF TCA) <ul style="list-style-type: none"> - Élaborer l'évaluation de la gestion efficace (GEV) - Renforcement de la chaîne d'approvisionnement et mise en œuvre des interventions du plan d'amélioration de la GEV 	
<p>Budget RSS indicatif :</p>	<p>Années 1 à 2</p>	<p>233 951 US\$ (2018) 300 041 US\$ (2019) Total (2 ans): 533 992 US\$</p>
	<p>Années 3 à 5</p>	<p>Par ex. XX US\$</p>

Objectif 3	Renforcer la gestion et la coordination du programme national de vaccination pour le rendre plus efficace et efficient afin de mieux servir la population ciblée et améliorer la couverture et l'équité vaccinales
Échéancier :	2018-2022
Population/zone géographique prioritaire ou contrainte(s) en matière de couverture et/ou d'équité devant être traitée(s) par l'objectif :	<ul style="list-style-type: none"> - DPEV, les coordinations PEV des directions départementales, des UAS/UCS et des bureaux sanitaires communaux - En termes de couverture des sites de surveillance, les zones géographiques à prioriser sont ($\leq 80\%$): l'Artibonite, le Centre, le Nord, le Nord-Ouest, l'Ouest, et le Sud Est. - Tenant compte des facteurs de risque tels que le faible taux de détection des cas de MEV et les faibles couvertures vaccinales, tous les départements doivent être renforcés.
Goulot(s) d'étranglement du système de vaccination à cibler :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Gestion et coordination</u> <ul style="list-style-type: none"> - Leadership et gouvernance du programme - Coordination des PTF - Structure organisationnelle de la DPEV des coordinations PEV, des directions départementales, des UAS/UCS et des bureaux sanitaires communaux - Gestion financière ▪ <u>Disponibilité, la qualité et l'utilisation des données</u> <i>Données non Disponibles à temps et non complètes</i> <ul style="list-style-type: none"> - Problème de connexion internet au niveau des DDS, ralentissant la saisie et le rapportage des données sur DHIS2 - Un certain nombre d'indicateurs du PEV ne sont pas encore intégrés dans le DHIS2 - Les données de vaccination dans le secteur privé lucratif ne sont pas rapportées.

- Certains des éléments des données du rapport mensuel ne sont pas remplis
- Certains départements n'arrivent pas à mettre en place un mécanisme pour la collecte active des rapports surtout au niveau des institutions très éloignées
- Rupture en outils de gestion PEV
- Besoin en ressources humaines (opérateurs de saisie, statisticien) dans le sud, les Nippes, la Grand 'Anse

Données de vaccination non fiables

- Population imprécise, le dernier recensement national remontant à 2003 avec comme conséquence sur et sous-estimation des groupes cibles (couverture >100%)
 - ✓ Non Harmonisation des dénominateurs
 - ✓ Absence d'enquêtes de couverture (triangulation)/ DQS
 - ✓ Manque de formation des prestataires sur le remplissage correct des outils
- Absence d'un plan d'amélioration de la qualité des données

Les données de vaccination ne sont pas disponibles à temps pour la prise de décision

- Analyse irrégulière des données
- Non-respect du calendrier de Monitorages prévue pour l'année
- Pas de mécanisme de suivi des causes des abandons, des taux de perte (>10%)
- Manque de rétro-information à tous les niveaux

▪ Surveillance épidémiologique

- **Faible détection des cas de MEV** (Taux de détection des cas suspects de RR <2/100.000habitants (=0.54/100.000), taux de cas de PFA<1/100.000 des moins de 15ans (=0.4/100.000), taux de détection des cas suspects de SRC <1/10.000naissances vivantes (= 0.7/10.000)
 - *Faible implication des prestataires dans la surveillance des MEV.*
 - *Les définitions de cas ne sont pas suffisamment connues.*
 - *Il n'y a pas d'activités de surveillance communautaire.*
- **Non-respect du délai d'investigation des cas de MEV notifiés** (Investigation inadéquate <80% (=70%))
 - *Manque de moyens logistiques (véhicules)*
 - *Insuffisance en ressources humaines*
 - *Manque de ressources financières et matérielles.*
- **Spécimens de PFA inadéquat** c'est-à-dire que les selles ne sont prélevés au moins 14 jours après le début de la paralysie <80% (=50%)
 - *Les patients ne viennent pas à temps dans les institutions de santé (Tabous, manque d'information et problème d'accessibilité)*
 - *Retard dans la notification et l'investigation des cas.*
 - *Il n'y a pas d'activités de surveillance communautaire.*
- **Spécimens non-reçus au laboratoire dans les délais <80%** (RR 45%, SRC 0%, PFA 29%).

	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés dans le transport des spécimens des sites de surveillance vers la direction départementale et de certaines directions départementales vers le laboratoire national. - Manque de ressources financières et matérielles. - Résultats de laboratoire non-reçus dans les délais: <80%(=53.3%) <ul style="list-style-type: none"> - Rupture de stock fréquente des réactifs pour l'analyse des spécimens. - Insuffisance en ressources humaines
Activités prioritaires (environ 5) :	<p>Gestion du programme national (Plusieurs activités prioritaires non incluses ici seront prises en charge dans le cadre des fonds additionnels LMC. Voir section 6.1)</p> <p>3.1 Renforcement de l'organisation et des capacités managériales de la DPEV, des coordinations PEV des directions départementales, des BCS</p> <p>3.1.1. Évaluer les besoins en formation 3.1.2. Développer un plan de formation 3.1.3. Organiser des ateliers de formation</p> <p>3.2 Amélioration de la coordination entre les partenaires</p> <p>3.2.1. Développer le POA en 2019 et les réunions annuelles Bilan du PEV 3.2.2. Réaliser des réunions de suivi avec les partenaires: 1 réunion semestrielle du CCIA, 12 réunions du CT-PEV, 2 réunions NITAG</p> <p>3.3 Améliorer la gestion financière aux niveaux de la DPEV et des DDS</p> <p>3.3.1. Organiser des ateliers de formation pour renforcer le rôle et le fonctionnement des comptables publics, administrateurs et directeurs départementaux</p> <p>3.4 Renforcer la gestion au niveau local (UAS/UCS)</p> <p>3.4.1. Organiser des ateliers de formation en gestion au niveau des communes 3.4.2. Acquisition et dotation d'équipements 3.4.3. Organiser des réunions communautaires au niveau de la commune pour une appropriation du volet Santé de la communauté par l'unité administrative tout en assurant la participation communautaire et la reconnaissance du BCS/UAS comme prolongement des Services centraux du MSPP</p> <p>3.5 Améliorer la disponibilité des données</p> <p>3.5.1. Former les prestataires (auxiliaires, infirmières, agents, etc.) sur le SYSPEV 3.5.2. Organiser des visites de supervision dans les DDS et dans les institutions 3.5.6. Reproduire et distribuer des outils de collecte de données</p> <p>3.6 Améliorer la qualité des données</p> <p>3.6.1. Réaliser le DQS en 2018 3.6.2. Élaborer et mettre en place d'un plan d'amélioration de la gestion de données découlant des résultats et recommandations du DQS 3.6.3. Mettre en œuvre le plan d'amélioration</p> <p>3.7 Améliorer la surveillance épidémiologique</p> <p>3.7.1. Renforcer la recherche active, investigation adéquate et suivi des cas de MEV 3.7.2. Acquérir des kits de prélèvement et de réactifs de laboratoire et moyens de transport pour la confirmation</p>

Justification :**A NOTER :**

- *Les activités 3.1 relatives au renforcement de l'organisation et des capacités managériales de la DPEV, des DDS, des BCS seront financées vis les fonds additionnels LMC.*
- *Des fonds hors du budget GAVI-RSS2 seront mis à disposition par GAVI pour la mise en œuvre des activités identifiées dans le plan d'amélioration des données issues du DQS*
- *Les activités prévues en 3.7 en lien avec la surveillance épidémiologique seront financées en année 3.*

Gestion et coordination du PEV**Direction nationale du Programme élargi de vaccination.**

- Organigramme existant avec des postes clés vacants (épidémiologie, supervision/formation,...).
- Manque d'organisation des services.
- Inadéquation du nombre et de profil du personnel par rapport aux besoins réels. (communication, SIS, Formation supervision et logistique et chaîne de froid)
- Description de tâches existantes mais non appliquées de façon systématique
- Déficience dans la Gestion des archives
- Déficience dans la communication interne
- Faiblesse des compétences managériales en rapport avec les domaines suivants :
 - *Plan d'encadrement du niveau départemental par le niveau central*
 - *Planification du travail au sein des services*
 - *Supervision (rapport - suivi – retro information etc.)*
 - *Gestion des données (analyse mensuelle approfondie pour prises de décisions)*
 - *Suivi des dossiers administratifs et financiers*
- Faiblesse des compétences techniques en rapport avec les domaines suivants :
 - *Plan annuel de formation*
 - *Niveau d'expertise des responsables des services*

Directions départementales

- Les Coordinations PEV sont noyées dans des services au sein des directions départementales (les coordonnateurs (trices) PEV sont en charge de plusieurs programmes.
 - *Conséquences : faiblesses dans la gestion du programme (manque de suivi, irrégularité des supervisions, synthèse des rapports de supervision non partagés,..)*
 - *Chevauchement de calendriers (Coordonnatrices appelées assez souvent à PAP pour des réunions ou des formations en rapport avec les autres programmes)*
- Les fonctions liées à l'encadrement, au suivi et à la supervision de la mise en œuvre des plans opérationnels PEV départementaux sont partagées entre la coordonnatrice PEV et 1 technicien de chaîne de froid. L'épidémiologiste départemental ne peut allouer du temps à la recherche active de cas de MEV,

tâches qu'exécutaient à temps plein les assistants épidémiologistes PEV dans certains départements il n'y a qu'un gestionnaire de données et dans d'autres il y en a par programme sans aucune coordination.

- Manque d'implication de certains directeurs départementaux dans la gestion du programme.
- Manque d'intégration des programmes et partant de complémentarité et d'efficacité dans l'utilisation des ressources.

Unités d'Arrondissement sanitaires/UCS et Bureaux sanitaires communaux

Très peu de ces structures sont fonctionnelles

- Inexistence du personnel technique dans certains cas/ personnel insuffisant
- Fonctions imprécises du personnel
- Profil du personnel non adapté aux différentes fonctions dont ces structures devraient avoir la responsabilité

Une évaluation des Bureaux Communaux de Santé de Delmas, Croix des Bouquets et Carrefour et des Unités d'Arrondissement de Santé d'Aquin et d'Ennery effectuées en Novembre 2016 montre des limitations communes. Les BCS/UAS manquent le minimum pour effectuer correctement leur rôle, précisément en équipements et matérielles informatiques, ressources humaines, et moyens de communication (ordinateurs portables, crédit téléphonique, etc...). La dotation d'équipements pour 15 BCS/UAS identifiés dans les départements de l'Ouest et du Sud, disposant de Ressources humaines (fonctionnels) est nécessaire pour renforcer ces institutions et assurer un travail efficace de rapportage des données et de coordination de l'action sanitaire (dans un premier temps, la dotation de 2 ordinateurs, d'une imprimante, d'une connexion internet et de fournitures). Pour les UAS avec limitations importantes en Ressources humaines (Aquin), il n'est pas pertinent de les doter immédiatement en équipements.

Par ailleurs, afin de renforcer le leadership des BCS/UAS et dans l'esprit d'une approche multisectorielle pour intervenir sur les déterminants de la santé, il est impératif que le BCS assure une participation active de la communauté locale, pour une meilleure coordination des actions planifiées et à entreprendre. Des réunions trimestrielles gérées et coordonnées par le BCS/UAS auront pour objectifs de : i) Renforcer la participation de différents acteurs sociaux dans l'organisation de l'offre de soins, ii) Impliquer et coordonner tous les secteurs de manière à modifier certains déterminants de la santé, iii) Orienter tous les acteurs communaux selon les plans définis par le BCS/UAS ; iv) Faciliter le rapportage et la discussion des défis et problèmes sanitaires locaux (assainissement, épidémies...) et la planification des actions.

Ces réunions permettront une appropriation du volet Santé de la communauté par l'unité administrative, tout en assurant la participation communautaire et aussi la reconnaissance du BCS/UAS comme prolongement des Services centraux du MSPP.

Structures de coordination

CCIA :

- Un document de référence existe (Organisation et fonctionnement du Comité de coordination inter agence PEV (CCIA))
- La structure a été officialisée par une circulaire ministérielle
- Difficultés à organiser les réunions statutaires
- Non existence de Plan d'action annuel.

	<ul style="list-style-type: none"> • Retard dans la gestion de beaucoup de dossiers qui méritent la validation du CCIA. • Secrétariat du CCIA non organisé. <p>Société civile/PHAREV :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cadre de collaboration et de suivi entre PHAREV et MSPP inexistant • Plan opérationnel non partagé <p>Coordination MSPP, Unicef et OPS/OMS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faiblesse dans le mode de financement des domaines d'interventions du programme (Financement épars au lieu de paquet d'interventions). • Manque d'informations sur les ressources financières disponibles pour la vaccination. • Faiblesse dans le partage d'informations entre les différents acteurs <p>Cadre de collaboration bipartite MSPP-Unicef ; MSPP-OPS/OMS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mécanisme de coordination avec les Partenaires techniques et financiers pas clairement établi • Manque de clarification des rôles et responsabilités des PTF <p><u>Comité technique du PEV (CTPEV)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • La structure est formalisée par la même circulaire ministérielle mentionnée ci-dessus. • Réunions mensuelles non systématiques mais décidées dans beaucoup de cas au besoin. <p><u>Groupe Technique Consultatif pour la Vaccination(GTCV)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Constitution et validation de ce comité par la Direction Générale du MSPP. • Structure non encore opérationnelle. <p><i>Disponibilité, Qualité et Utilisation des données</i></p> <p>Une des contraintes majeures du PEV est de disposer de données de qualité permettant de planifier, mettre en œuvre suivre et évaluer des activités visant à renforcer la couverture et l'équité en vaccination en Haïti. Les différents niveaux de prestation de services de vaccination doivent renforcés en termes de formation relative à la collecte, à l'analyse, la validation des données des RH, de développement des outils notamment pour améliorer la complétude et la promptitude des données de vaccination. Les activités de suivi et de monitoring doivent constituer des opportunités pour l'utilisation des données pour une prise de décisions et la prise de mesures correctrices.</p> <p><i>Surveillance épidémiologique</i></p> <p>Dans le but de maintenir l'éradication de la poliomyélite, l'élimination de la rougeole, la rubéole et le syndrome de rubéole congénitale, le contrôle de la diphtérie/coqueluche, une évaluation des indicateurs de performance montrent une faiblesse depuis 2014 jusqu'à date; Certaines actions correctrices peuvent nous amener à une amélioration ou une pérennisation de ces performances d'ici 2022</p>
Considérations relatives à la pérennité :	<ul style="list-style-type: none"> - Politique nationale sur la vaccination - Législation sur la vaccination - L'engagement politique des autorités - Continuité de l'Etat

	<ul style="list-style-type: none"> - Leadership du Ministère à tous les niveaux du système de santé - Renforcement de l'organisation du système de santé - Prise en charge progressive du financement de la vaccination par l'Etat - Engagement du MSPP à l'introduction du module de surveillance des MEV au curriculum de formation des cliniciens. - Responsabilisation de tout le personnel prestataire dans la surveillance. - Renforcement de la recherche passive au niveau des institutions sanitaires. - Recrutement de personnels qualifiés - Mise en oeuvre de la SEBAC
<p>Indicateurs de suivi des progrès réalisés dans la poursuite de cet objectif inclus dans le cadre de performance des subventions :</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. IR-T6. Pourcentage de départements mettant en œuvre un plan opérationnel annuel 2. IR-T9. Nombre de réunions du CCIA tenues pendant lesquelles les résultats du programme de vaccination ont été discutés et des résolutions ont été discutées/proposées/endossées 3. IR-T10. Pourcentage des Cliniques privés, etc. qui ont soumis un rapport mensuel de vaccination complet 4. IR-T11. Pourcentage des institutions qui ont soumis leurs rapports complets du PEV mensuel tout au long de l'année (complétude) 5. IR-T12. Pourcentage des institutions qui ont présenté leurs rapports mensuels du PEV dans le temps tout au long de l'année (promptitude) 6. IR-T14. Taux de cas suspect de RR 7. IR-T15. Taux de cas de PFA 8. IR-T16. Pourcentage des spécimens arrivés au labo dans un délai de 5 jours pour RR et SRC, 3 jours pour la PFA \geq 80% 9. PR.T6 Pourcentage des activités du plan opérationnel annuel du niveau central mises en œuvre telles que prévues 10. PR.T7 Proportion des départements sanitaires qui ont reçu à temps les fonds nécessaires pour la mise en œuvre des activités de vaccination 11. PR-T8 Pourcentage des institutions de santé qui ont mis en place un plan d'amélioration de la gestion de données
<p>Besoins d'AT pour l'année à venir et description de la complémentarité de la planification de l'AT par le biais du PEF</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AT OPS/OMS <ul style="list-style-type: none"> - Appui aux activités relatives au renforcement des capacités managériales et techniques à tous les niveaux (LMC) - Appui au développement des plans opérationnels 2018 et 2019 - Appui aux activités de coordination entre les partenaires (LMC) - Appui technique à la mise en oeuvre et à la coordination du projet de subvention (PEF TCA) - Appui technique au processus d'implémentation du RSS2 (PEF TCA) - Renforcement de l'extension du nouveau modèle des soins de santé en lien avec les objectifs du PEV (PEF TCA) ▪ AT BANQUE MONDIALE <ul style="list-style-type: none"> - Une assistance technique (AT) sera fournie au gouvernement pour assurer la planification, les règlements, les procédures d'achat et de paiement appropriés

	<p>pour permettre au gouvernement d'acheter des vaccins à partir de son propre budget national 2018-2019 par le biais du fonds rotatoires de l'OPS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'appuyer sur la «Note d'Options» pour un modèle d'agents communautaires plus rentable qui sera produit cette année (2017-2018), ainsi que sur le programme de Financement basé sur les Résultats (FBR) en cours pour lequel la Banque est un partenaire clé dans Haïti. Une analyse spécifique et des recommandations sur les options pour une plus grande focalisation sur la vaccination dans le cadre du FBR (incluant des tarifs plus élevés pour l'indicateur de vaccination actuel, l'inclusion de nouveaux indicateurs de vaccination) et l'estimation des coûts des différents scénarios sera produite. <ul style="list-style-type: none"> ▪ AT CDC <ul style="list-style-type: none"> - Participation à la planification de la première campagne RR afin de garantir une préparation, une mise en œuvre et un suivi de qualité pour la rougeole - Continuer de renforcer et d'élargir la surveillance de la méningite - Surveiller les tendances de la diarrhée toutes causes confondues et des hospitalisations pour diarrhée à rotavirus chez les enfants de <5 ans avant et après l'introduction du vaccin. 	
Budget RSS indicatif :	Années 1 à 2	<p>206 205 US\$ (2018) 44 560 US\$ (2019) <i>Total (2 ans): 250 765 US\$</i></p>
	Années 3 à 5	<i>Par ex. XX US\$</i>

ANNEXES

1. JUSTIFICATION DU FINANCEMENT DES COÛTS OPÉRATIONNELS DES ESF

Départements priorités PEV	Communes	ASCP		AIP	IC	Commentaires
		Financés par MSPP	Financés par GAVI	Financés par GAVI	Financés par GAVI	
OUEST	Cité Soleil	108	0	7	2	Afin d'assurer la supervision des ASCP nommés par le MSPP dans la commune de Cité Soleil GAVI-RSS2 assure les coûts opérationnelles de 7 AIP avec un ratio de 15 ASCP par AIP et 2 infirmières qui prendront en charge la coordination et le suivi des ESF <u>Population bénéficiaire</u> : 216.000 (2000 hbts /ASCP) En 2017 le projet GAVI – RSS a permis de former les 108 ASCP en normes et procédures PEV. Cité Soleil bénéficiant déjà de la stratégie de vaccination en milieu urbain (Activité 1.1.1.), le fait d'avoir une ESF entièrement dédiée au renforcement de la routine contribuera à améliorer la couverture vaccinale.
	Carrefour	187	0	12	4	Conformément au nombre d'ASCP nommés par le MSPP à Carrefour, les besoins identifiés en AIP sont de 12 (soit 15 ASCP par 1 AIP) et de 4 infirmières pour la coordination et le suivi. En 2017, le projet GAVI – RSS1 avec la DPEV a permis de former 152 sur 187 ASCP et 11 AIP en normes et procédures PEV <u>Population bénéficiaire</u> : 374.000 Carrefour est l'une des communes où le modèle est implémenté depuis 2011 et appuyé par le projet GAVI – RSS1 depuis 2017
	Pétion-ville	46	0	0	1	A Pétion-Ville, le MSPP a assigné 46 ASCP, des AIP sont en attente d'être nommés par le MSPP pour faire la supervision. Pour combler ce gap, le projet GAVI –RSS2 assurera les coûts opérationnels d'une infirmière communautaire. <u>Population bénéficiaire</u> : 92.000
	Port-au-Prince	208	0	0	4	A PAP, le MSPP a assigné 208 ASCP, les AIP sont en attente d'être nommés par le MSPP pour la coordination du modèle. Pour combler ce gap, le projet GAVI –RSS2 assurera les coûts opérationnels de 4 infirmières communautaires <u>Population bénéficiaire</u> : 416.000
	La Gônave	24	0	0	1	A l'île de la Gônave, 24 ASCP sont pris en charge par le MSPP. Le projet GAVI –RSS2 assurera le coût opérationnel d'une infirmière communautaire. <u>Population bénéficiaire</u> : 48.000

SUD	Aquin		76	5	2	Le département du Sud est l'un des départements priorités par le PEV pour la nouvelle subvention. En 2017, le projet GAVI – RSS1 a permis de former 76 ASCP et les 5 AIP en normes et procédures PEV dans la commune d'Aquin. En 2018 et 2019, GAVI-RSS2 continuera à favoriser l'accès à la vaccination et à la mise en place du modèle en couvrant les coûts opérationnels des ESF. <u>Population bénéficiaire</u> : 152.000
ARTIBONITE	Ennery		40	5	2	En Artibonite, dans la commune de Ennery, le projet GAVI –RSS1 a permis de former 40 ASCP et 5 AIP en normes et procédures PEV. En 2018 et 2019, GAVI-RSS2 continuera à favoriser l'accès à la vaccination et à la mise en place du modèle en couvrant les coûts opérationnels des ESF (40 ASCP, 5 AIP -soit un ratio de 8 ASCP par AIP-, 2IC) dans cette commune fortement rurale et avec des habitats. <u>Population bénéficiaire</u> : 80.000
TOTAL		573	116	29	16	<u>Population bénéficiaire</u> : 1 378 000

Liste des références

Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) et ICF International (2014). Évaluation de Prestation des Services de Soins de Santé, Haïti, 2013. Rockville, Maryland, USA : IHE et ICF International.

John Snow Inc. (2017). Modèle de Stratégie et Activités pour Augmenter la Couverture Vaccinale d'une Commune Urbaine Pauvre

John Snow Inc. (2017). Rapport des leçons apprises et recommandations de la démonstration

John Snow Inc. (2017). Aide-Mémoire pour la Vaccination en Milieu Urbain

John Snow Inc. (2017). Résumé d'expérience, leçons apprises et recommandations de la mise en œuvre à Cité Soleil de démonstration pour la stratégie urbaine

MSPP & OPS/OMS (2017). Organisation des services de santé communautaire en Haïti-mise en œuvre dans la commune de Carrefour (2011-2015). 72 p.

MSPP et al. (2017). Analyse de l'équité en immunisation en Haïti. 22 p.

MSPP (2016). Plan Pluri-Annuel Complet (2016-2020).

MSPP & GENESIS-GSIS (2013). Enquête Connaissances-Attitudes-Pratiques (CAP). 89 p.

MSPP (2017). Rapport des comptes nationaux de santé 2013-2014. MSPP, Port-au-Prince. p. 77.

MSPP/Unité de coordination nationale du programme de vaccination (2017). Etat des lieux et recommandations. 18 p.

MSPP / DPEV Proposition d'un plan d'approvisionnement des institutions en vaccin et de l'amélioration de la gestion des vaccins

MSPP, UNICEF, OMS (2013) Rapport d'évaluation de la Gestion Efficace des vaccins (GEV)

OMS (2013). Plan d'action mondial pour les vaccins (PAMV, 2011-2020), 49 p

OPS/OMS (2016). Rapport de l'état d'avancement de l'extension du modèle d'organisation des soins de santé communautaire Septembre – Décembre 2016

OPS/OMS (2017). Stratégie avancée-Analyse de données et leçons apprises Haïti 2016 – 2017. 10 p

OPS/OMS (2016). Rapport d'évaluation des Bureaux Communaux de Santé de Delmas, Croix des Bouquets et Carrefour et des Unités d'Arrondissement de Santé d'Aquin et d'Ennery (Novembre 2016)

Queuille & Ridde, 2016). Évaluation de la viabilité financière du programme national de vaccination – Haïti AIDE-MEMOIRE. 114 p

UNICEF (2017). Rapport de la mise en œuvre de l'approche RED en HAÏTI (2011-2016)