

## Plateforme de financement des systèmes de santé

### Soutien pour le renforcement des systèmes de santé

#### FORMULAIRE COMMUN DE PROPOSITION

Ce formulaire commun est destiné aux candidats souhaitant demander un soutien auprès de GAVI et/ou du Fonds mondial pour le renforcement des systèmes de santé.

**Les demandes de financement du renforcement des systèmes de santé adressées au Fonds mondial par l'intermédiaire du formulaire commun de proposition et conformément aux directives ne peuvent être soumises qu'après le lancement de la documentation relative aux candidatures le 15 août 2011.**

Ce formulaire comporte trois parties :

- Partie A - Résumé du soutien demandé et coordonnées du candidat
- Partie B - Éligibilité du candidat
- Partie C - Détails de la proposition

Tous les candidats sont invités à lire et à suivre les directives jointes afin de remplir correctement ce formulaire.

#### Partie A - Résumé du soutien demandé et coordonnées du candidat

Candidat :	<i>MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION(MSPP)</i>			
Pays :	<i>HAITI</i>			
Région de l'OMS :	<i>AMERIQUES</i>			
Titre de la proposition :	<i>Renforcement des services de vaccination en Haïti.</i>			
Date de début proposée :	<i>Janvier 2013</i>			
Durée du soutien demande :	<i>3 années</i>			
Financement demandé :	Montant demandé à GAVI :	3.3 MM	Montant demandé au Fonds mondial :	-----
	Devise :			
	<input checked="" type="radio"/> USD		<input type="radio"/> EUR	

Interlocuteurs	
Nom	Dr François Jeannot
Fonction	Directeur National du Programme Elargi de Vaccination du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP)
Adresse postale	
Téléphone	(509)36494692
Fax	
Adresses électroniques	<a href="mailto:francoisjeannot@yahoo.fr">francoisjeannot@yahoo.fr</a> ; <a href="mailto:jfrancois@mspp.gouv.ht">jfrancois@mspp.gouv.ht</a>

## Résumé

→ Veuillez fournir un résumé de la proposition.

### DEUX PAGES MAXIMUM

Le Gouvernement de la République d'Haïti a formulé une demande d'appui financier à GAVI dans le cadre de son programme de renforcement du secteur santé (GAVI-rss).

Ce soutien est sollicité à un moment où le Ministère est en train de construire les bases structurelles qui doivent garantir le renforcement de son leadership. En effet, le MSPP vient d'élaborer **une nouvelle Politique de santé** sur la base de laquelle il a construit un **nouveau cadre organique**. Parallèlement, il vient de publier le **Référentiel des emplois et des compétences** qui contribuera à rationaliser la gestion du personnel au sein du MSPP.

Dans la même ligne d'actions le Ministère a organisé au deuxième trimestre de 2012, **les états généraux de la santé** dont les résultats ont contribué à alimenter le processus d'élaboration du **Plan directeur du MSPP** qui couvrira la période allant de 2012 à 2022. Cette restructuration porte aussi sur l'organisation de la prestation des services avec un accent sur le **recrutement, la formation et le déploiement progressif d'une nouvelle génération d'agents de santé polyvalents** qui permettront d'assurer l'accès de toutes les couches de la population, particulièrement ceux vivant en zones d'accès difficile, à un paquet essentiel de services de santé de base qui se veut être de qualité.

Pendant que le système de santé s'organise et se renforce structurellement, le Programme national de vaccination travaille au maintien de l'élimination de la rougeole, de la rubéole, du Syndrome de rubéole congénitale et à l'éradication de la polio dans le pays. Et en vue d'être certifié libre de la circulation des virus de la RR/SRC, le pays a démarré le processus de **documentation et de vérification de l'élimination de la RR/SRC**.

Pendant que le système de santé s'organise et se renforce structurellement, le Programme national de vaccination a élaboré son Plan Pluri Annuel Complet (PPAC) 2011-2015. Ce plan prévoit le maintien de l'élimination de la rougeole, de la rubéole /SRC et celui de l'éradication de la polio dans le pays. En plus, le Programme dispose d'un plan de renforcement de la chaîne de froid à tous les niveaux qui est en cours de mise en œuvre. Et en vue d'être certifié libre de la circulation des virus de la RR/SRC, le pays a démarré le processus de **documentation et de vérification de l'élimination de la RR/SRC**.

A cet effet, il a, dans le cadre des Activités Intensives pour la Santé des Enfants organisées en 2012, vacciné plus de 95 % des enfants de 9 mois à 9 ans contre la rougeole, la rubéole /SRC, le même pourcentage d'enfants de 6 mois à 9 ans contre la polio. Ces AISE ont été organisées dans une logique d'intégration qui a permis d'administrer une dose de Vitamine A aux enfants de 6 mois à 9 ans et une dose d'albendazole aux enfants 2 à 9 ans.

Parallèlement, à ces démarches, le Programme national a, élaboré et démarré la mise en œuvre de son Plan Pluri Annuel Complet pour la Vaccination et la surveillance (PPAC) 2011-2015 et de son Plan de renforcement de la chaîne de froid à tous les niveaux.

**Sur le plan opérationnel, il s'agit de souligner les activités d'extension des services de vaccination**

menées au niveau de 36 communes à basses couvertures à travers la mise en œuvre de l'Approche RED (Reach Every District – Atteindre chaque commune) laquelle a largement contribué à porter la couverture des enfants de moins de 1 an par le DTP3 à 85 % en 2011.

Cependant, il est important de signaler que le programme national continue de faire face à des défis qui entravent son efficacité et son efficience. En effet ces défis ont rapport avec la gestion du programme, le système d'information (qui ne permet pas, entre autres, un dépistage et une réduction des abandons), l'insuffisance des ressources humaines à tous les niveaux, la faible capacité du programme à mettre en œuvre les stratégies avancées à l'échelle nationale. En plus, **l'offre quotidienne de services de vaccination au niveau des institutions sanitaires** n'est pas généralisée et **la supervision** des activités mérite d'être renforcée.

Dans ce contexte, le projet de Renforcement des Services de Santé est une opportunité qui vient à point nommé pour aider le Ministère à renforcer le programme national de vaccination et par la même occasion, la prestation intégrée des services de santé de base dont les résultats doivent contribuer à rapprocher le pays des OMD 2015.

Le RRS s'ajoutera aux efforts en cours du MSPP pour faire face aux problèmes de santé du pays caractérisés par des indicateurs de santé considérés comme étant les plus élevés dans la région. L'évolution vers une amélioration de l'état de santé de la population est très lente. En effet, les taux de mortalité infantile, infanto juvénile, maternelle liés à la prévalence de certaines maladies infectieuses ou encore à l'accès limité aux services de santé, à la distribution inégale des ressources pour la santé, à un faible niveau d'assainissement de base et un niveau très bas d'éducation sanitaire constituent des défis de taille auquel le projet de RSS contribuera à faire face.

***Le but de l'appui GAVI-RSS est de contribuer à l'amélioration des performances du Programme national de vaccination à travers, d'une part, le renforcement de la gestion du programme aux niveaux national, départemental et local, et d'autre part, l'augmentation de l'accès universel aux services de vaccination intégrant des éléments du paquet essentiel de services de santé de base.***

#### **Objectifs :**

Les objectifs définis résument les grands axes d'intervention à partir desquels le MSPP entend réaliser ce renforcement du programme et par la même occasion de ces services de santé de base. Ce sont :

1. Améliorer la capacité de programmation et de suivi du Programme et des Services de vaccination aux trois niveaux du système.
2. Renforcer le système d'information du Programme Elargi de Vaccination.
3. Renforcer l'accès et l'organisation des services de vaccination.

La stratégie consistera principalement à étendre les services de vaccination, à travers une nouvelle articulation de l'offre de services institutionnels et communautaires. Dans ce contexte, le renforcement des services de vaccination, devra contribuer au renforcement des autres services et du système de santé dans son ensemble.

Particulièrement vont bénéficier de ce renforcement: les services de santé maternelle et infantile à travers l'amélioration des fonctions essentielles de planification, de suivi évaluation, de supervision, d'éducation pour la santé et la formation du personnel.

En d'autres termes, la proposition de RSS vise à renforcer le programme régulier en garantissant sa viabilité à travers le renforcement et la systématisation de la planification des activités, de la supervision formative (intégrée) du suivi et de l'évaluation des plans élaborés aux différents niveaux du système. Elle contribuera à un certain degré de modernisation du système d'information sanitaire à travers la mise à profit des nouvelles technologies en vue d'améliorer l'accessibilité du programme de vaccination et la réduction des taux d'abandons.

La proposition devra aussi offrir au Programme national de vaccination les possibilités de réduire les inégalités sociales en sante et particulièrement en vaccination.

Les enfants, les mères, les femmes en âge de procréer seront les principaux bénéficiaires du Projet RSS. En plus de ces derniers, le personnel de santé, les institutions sanitaires et de manière générale le système national de santé.

Il est important de souligner la parfaite adéquation du Projet RSS avec le Plan Pluri Annuel Complet (PPAC) 2011-2015 et avec les grandes orientations du Plan de Renforcement du Programme régulier de vaccination lequel est une composante du PPAC. En fait le Projet RSS vient combler les gaps quant aux ressources et moyens nécessaires à l'opérationnalisation du PPAC. Enfin il permettra d'appliquer sur une base plus systématique le principe d'intégration prônée par l'Autorité Sanitaire Nationale dans sa nouvelle politique nationale.

Ce qui précède facilitera l'augmentation viable des couvertures, la diminution des taux d'abandon, l'amélioration de la gestion et de l'organisation des structures, la rationalisation et la systématisation des opérations de prestation de services, l'assurance de leur qualité, l'intégration et l'efficience des services de vaccination.

Dans cette démarche, le MSPP s'appuiera sur le Comité de Coordination Inter Agences (CCIA) dont la mission, la composition et le mode de fonctionnement devront être bientôt formalisé à travers un arrêté ministériel.

Les partenaires qui sont membres à part entière du CCIA ont tous participé de manière active au processus d'élaboration de cette proposition. Ils se sont également, tous engagés dans les actions en cours pour le renforcement du programme de vaccination de routine sur une base durable.

## Partie B - Éligibilité du candidat

Si cette candidature comprend une demande adressée au Fonds mondial, veuillez compléter la section concernant les critères de recevabilité et les autres exigences disponibles [à cet endroit](#).

Si une demande est adressée à GAVI par le biais de cette candidature, veuillez cliquer [ici](#) pour vous assurer de l'éligibilité du candidat au soutien de GAVI.

### 1. Mise au point de la proposition

#### 1.1 Résumé du processus de mise au point de la proposition

→ Veuillez indiquer le rôle joué par le Comité de coordination du secteur de la santé et/ou par l'instance de coordination nationale dans la mise au point de la proposition. Décrivez également le soutien qu'ont apporté d'autres groupes parties prenantes, notamment la société civile, le secteur privé, les populations clés et les populations à ce jour laissées pour compte, marginalisées ou autrement défavorisées. Décrivez la direction, la gestion, la coordination et le suivi stratégique de la mise au point de la proposition.

#### **UNE PAGE MAXIMUM**

D'entrée de jeu, il convient de dire que le processus d'élaboration de la proposition de Projet de Renforcement des Services de Santé est en continuité de l'initiative de 2007 à l'issue de laquelle une proposition dans le même domaine a été soumise à GAVI. Le Ministère a tenu que dans cette nouvelle démarche, soient prises en compte les résultats du travail qui fut réalisé avec la contribution de plusieurs secteurs. Le MSPP a surtout recommandé que les leçons tirées de la première tentative servent à garantir une réponse positive à cette nouvelle demande adressée à GAVI.

Bref, pour préparer la proposition, le Ministère a bénéficié de l'accompagnement technique de l'Organisation Panaméricaine de la Santé / Organisation Mondiale de la Santé (OPS/OMS). L'OPS/OMS pour faciliter le travail dans le délai de temps imparti (moins de 2 mois) a recruté un consultant international ayant déjà fait l'expérience de la préparation de ces propositions pour d'autres pays. A l'issue des discussions qui ont conduit au choix des domaines prioritaires d'intervention et des objectifs général et spécifiques du projet, le consultant principal a été rejoint par deux autres consultants, un de l'OMS et un de GAVI qui après avoir pris connaissance du travail déjà réalisé et des conditions dans lesquelles le projet allait être développé, ont formulé des recommandations sur le fond et la forme de la proposition.

De manière générale, le processus d'élaboration de la proposition a suivi les étapes suivantes :

1. Consultation de la documentation relative à la proposition élaborée en 2007, de la Politique Nationale de Santé (Juillet 2012), du Plan Stratégique National pour la Réforme du Secteur de la Santé (2005-2010), du Plan Pluri Annuel complet du Programme Élargi de Vaccination (2011-2015), du Bilan de l'Offre de Services dans le Système National de Santé Haïtien (Décembre 2007), de l'Évaluation Interne du Programme Élargi de Vaccination (Septembre 2008), de l'Évaluation à mi-parcours du Projet d'appui au Programme élargi de vaccination en Haïti (Septembre 2011) entre autres.
2. Rencontre avec les autorités du MSPP, de la Direction Nationale du Programme Élargi de Vaccination, de l'OPS/OMS et de l'UNICEF, du CDC pour convenir des orientations stratégiques du projet lesquelles doivent correspondre avec celles retenues par les autorités sanitaires à travers la nouvelle politique de santé et le Plan directeur de 2012 -2022.
3. Plusieurs rencontres de travail avec les membres du Comité Technique du PEV pour convenir des domaines d'interventions, des objectifs à fixer, des stratégies et de activités à développer dans le cadre de ce projet. Ce comité formé de cadres techniques de la Direction nationale du PEV, de consultants de l'OPS/OMS de cadres de l'UNICEF, de consultants de CDC, de membres de la coopération brésilienne, a pris comme base pour ces différents choix la politique nationale de santé, les priorités des nouvelles autorités du MSPP, le Plan Pluri Annuel Complet /PEV (PPAC/PEV) 2011-2015 et les orientations des actions en cours depuis les derniers AISE pour renforcer le Programme National de Vaccination.
4. L'élaboration d'un premier draft qui fut présenté aux membres du Comité de Coordination Inter Agences /PEV à l'occasion d'une réunion tenue par le CCIA le 29 août 2012 et qui présidée par la Ministre de la Santé Publique et de la Population elle-même secondée par la Directrice Générale. Ont pris part à cette réunion, d'autres responsables du MSPP, l'OPS/OMS, l'UNICEF, le CDC, la Coopération Cubaine, la Société Haïtienne de Pédiatrie, le Lions Club, la Croix Rouge Haïtienne, le SDSH/MSH, l'ACDI, le Rotary Club, la Coopération Japonaise la Coopération Brésilienne et des experts en immunisation provenant du Programme National et autres institutions du pays. Il convient de souligner qu'à cette occasion, le consensus a été fait autour des domaines d'intervention proposés, des objectifs fixés et des activités à développer. Cependant, il est important aussi de souligner les recommandations de la Ministre relative à :

- a. L'intégration des activités,
  - b. Aux ressources humaines communautaires (agents de sante polyvalents) dont le curriculum de formation ne doit pas différer de celui actuellement utilisé dans le cadre du programme de renforcement de la sante communautaire.
  - c. A l'utilisation des fonds de GAVI en complémentarité à ceux déjà existant et destinés à financer d'autres rubriques du renforcement des services de vaccination,
5. Rencontre avec les responsables de l'Unité de Planification et d'Évaluation du Ministère de la Sante Publique et de la Population en vue de collecter des données relatives au financement des autres programmes dont les services seront intégrés à ceux du PEV et aussi en vue de prendre connaissance des orientations du Plan Directeur du MSPP en cours d'élaboration.
  6. Élaboration du dernier draft du document à partir des recommandations issues des réunions tenues et des interviews menés.
  7. Présentation du dernier draft au Comité Technique qui après analyse adressera un rapport au CCIA en vue de la validation du document
  8. Signature du document par la Ministre de la Santé et celui de l'Économie et des Finances.

Enfin, il convient de souligner qu'il n'a pas été nécessaire de faire bénéficier la présente démarche du soutien des autres secteurs, des groupes organisés, de la société civile, puisque le projet est en continuation et en complémentarité avec le PPAC qui a fait l'objet d'une forte participation.

L'établissement des budgets et des échéances annuels ont été alignés sur le plan national en matière de santé et le cycle financier du pays.

## 1.2 Résumé du processus décisionnel

→ *Veillez résumer la façon dont les décisions clés ont été prises dans le cadre de la mise au point de la proposition.*

### **UNE PAGE MAXIMUM**

Comme on peut le voir dans la mise au point du document, vu le court laps de temps qui a été imparti à la réalisation de ce travail, le processus décisionnel a fait économie des comités des sous-comités, et structures ad hoc qui ont été mis en place lors de l'élaboration du document de 2007. Par contre, la démarche a utilisé directement les structures hiérarchiques du MSPP et celles de coordination du programme du Programme de vaccination. Le Comité de Coordination Inter Agences a joué son rôle dans de telles situations tandis que le Comité Technique a joué celui du Comité Consultatif qui a été mis sur pied dans le cadre de la première proposition. Le rôle de Secrétariat est joué par l'OPS/OMS. Ce qui, en quelque sorte, a facilité le processus de validation du document.

Le processus est donc passé par les huit (8) étapes suivantes :

Étape 1 (Politique): définition des priorités et des axes stratégiques dans le cadre de la Proposition par les autorités sanitaires (Ministre et Directrice générale de la Santé)

Étape 2 (Technique) : Revue documentaire menée par la DPEV et le consultant international avec comme orientation principale, les priorités et axes définies par les autorités politiques.

Étape 3 (Consultatif) : Appui du Comité Technique PEV (bras technique du CCIA/PEV) dans le choix des domaines d'interventions, la définition des objectifs, stratégies /activités.

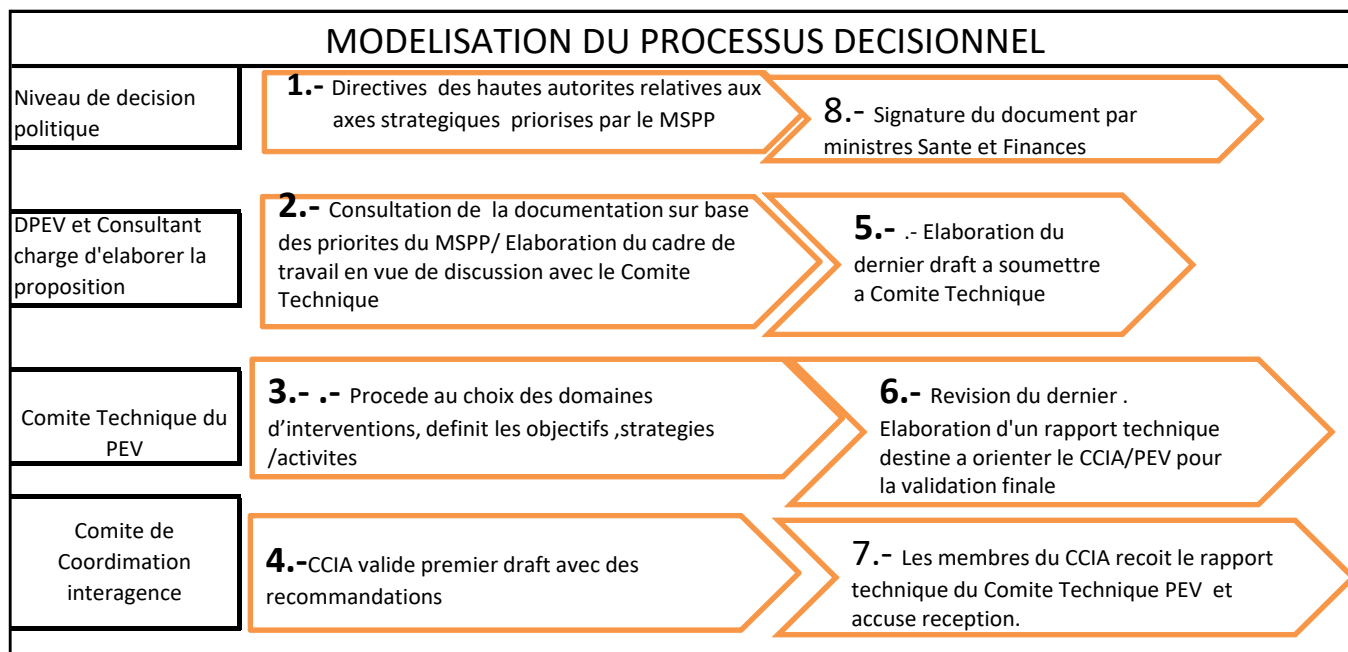
Étape 4 : Rédaction du premier draft à soumettre au CCIA/PEV

Étape 5 : Validation avec recommandations spécifiques du premier draft par le CCIA

Étapes 6 : Rédaction du dernier draft à soumettre au Comité Technique PEV

Étape 7 : Révision du dernier draft par le Comité Technique PEV et préparation du rapport technique destiné à orienter la décision de validation finale du document par le CCIA/PEV

Étape 8 : Transmission avec accusé de réception du rapport et du draft par les membres du CCIA et signature de la Proposition par les Ministres de la Sante et des Finances si pas objection formulée.



## 2. État du système national de santé

### 2.1 a) Secteur national de la santé

→ Veuillez présenter brièvement le secteur national de la santé, à savoir les secteurs privé et public agissant aux niveaux communautaire, sous-national et national.

### 2.1 b) Stratégie ou plan national en matière de santé

→ Veuillez mettre en avant les buts et les objectifs de la stratégie ou du plan national en matière de santé.

### 2.1 c) Politiques ou stratégies de renforcement des systèmes de santé

→ Veuillez décrire les politiques ou les stratégies visant à renforcer des composantes spécifiques du système de santé pertinentes dans le cadre de cette proposition (par exemple, les ressources humaines dédiées à la santé, les systèmes de gestion des achats et des stocks, le développement des infrastructures sanitaires, les systèmes d'information sur la gestion de la santé, le financement de la santé, la coordination des donateurs, le renforcement des systèmes communautaires, etc.)

## QUATRE PAGES MAXIMUM

### 2.1.a) Secteur national de la santé

La République d'Haïti occupe le tiers occidental de l'île de Quisqueya qu'elle partage avec la République Dominicaine. Elle s'étend sur une superficie de 27 750 Km<sup>2</sup> à prédominance montagneuse. Le pays est divisé en dix (10) départements géographiques et administratifs. L'Institut Haïtien de l'Informatique et de la Statistique (IHSI) estime qu'en 2011 la population d'Haïti est de 10.363.566 habitants. La pyramide des âges est celle d'un pays ayant à peine amorcé la transition démographique.

La population haïtienne est majoritairement rurale (le taux global d'urbanisation est estimé par l'IHSI à 46 %, avec d'importantes disparités entre les départements). La densité de population est de 373 habitants au km<sup>2</sup>. Près des deux tiers de la population (61 %), vit dans des communautés d'habitats dispersés, ce qui complique les stratégies de prestations de soins aux communautés éloignées.

**La mortalité infantile** en Haïti est la plus élevée de la région des Amériques avec 57/1000 naissances vivantes, les causes principales incluent: les infections aiguës des voies respiratoires, les maladies diarrhéiques, l'anémie, et la malnutrition chronique. Parmi les décès dus aux infections courantes des moins de un an, 31 % sont des IRA, 26 % des diarrhées et 13 % des méningites. Entre 1 et 4 ans, les maladies diarrhéiques remontent au premier rang (37 %), les IRA passent au second (21 %) et les méningites passent au cinquième (9 %).

Il est établi que de 0 à 5 ans, les étiologies prépondérantes des décès par IRA et méningites sont l'Haemophilus Influenzae type b et les pneumocoques et les étiologies prépondérantes des décès par

diarrhée banale sont les rotavirus.

**La mortalité maternelle** demeure parmi les plus élevées du monde. Elle a été estimée à 457/100.000 naissances vivantes au début des années 90, puis est passée à 523/100.000 en 1994-1995 pour atteindre 630 pour 100.000 en 2005 (Enquête EMMUS II, III, IV). Il n'y a que 25% des naissances qui ont lieu dans un établissement de santé. On estime que près de 1800 femmes meurent de causes maternelles chaque année, près de 5 femmes par jour. De plus, seulement 18 % des femmes en âge de procréer ont accès à des méthodes contraceptives modernes.

Le VIH/SIDA (prévalence estimée à 2,2%) et la tuberculose (taux de détection élevé) représentent de sérieux problèmes de santé publique en Haïti.

D'autre part, les **couvertures vaccinales** de routine en Haïti s'étant révélées insuffisantes pour assurer la protection des nourrissons contre les maladies évitables par la vaccination, le pays a pendant longtemps eu recours aux campagnes nationales qui ont quand même conduit conjointement avec les autres pays de l'Amérique à l'éradication de la poliomyélite et à l'élimination de la rougeole et de la rubéole.

Dans ce contexte, le programme de vaccination, comme tous les autres services de base doit faire face au problème lié à l'accès limité de la population aux services de santé.

La pyramide gestionnaire du système de santé comprend 3 niveaux :

1. Le niveau central stratégique qui assure la normalisation, la planification, le suivi, l'évaluation et le contrôle des interventions de santé. Le leadership et les orientations stratégiques sont assurés par les hautes autorités du MSPP, à savoir la Ministre et son cabinet appuyé par la Direction Générale et les directions centrales.
2. Le niveau intermédiaire où les dix départements sanitaires coordonnent l'offre des services sur le territoire.
3. Le niveau opérationnel ou de prestation composé de 58 Unités Communales Sanitaires, base organisationnelle de la décentralisation sanitaire, qui comprend les institutions sanitaires et les interventions communautaires.

**Le niveau opérationnel ou de prestation forme la base de la pyramide sanitaire qui comprend:**

- a) Le premier niveau de prestation qui comprend :
  - Un premier échelon représenté par un peu plus de 600 Services de Santé dits de Premier Echelon (SSPE);
  - Un deuxième échelon représenté par les Hôpitaux Communautaires de Référence (45) localisés au niveau des sièges d'Arrondissements.
- b) Le deuxième niveau de prestation qui comprend les dix hôpitaux départementaux.
- c) Le troisième niveau qui comprend 6 hôpitaux Universitaires.

Le sous-système de prestation comprend environ sept cent vingt-deux (722) institutions de prestation de soins. Parmi ces dernières environ 600 Centres de Santé avec et sans lits sont organisés en réseau autour de (45) Hôpitaux Communautaires de Référence localisés au niveau des sièges des 45 Unités Communales de Santé (UCS).

Le sous-système de prestation est très centré sur les soins curatifs essentiellement assurés dans les hôpitaux du 1<sup>er</sup> et du 2<sup>eme</sup> niveau de prestation. Les soins de santé primaires sont surtout assurés au premier niveau du sous-système de soins et se caractérisent par la carence en ressources humaines et matérielles qui constituent un obstacle à l'assurance de la disponibilité et de la qualité des services offerts.

Le sous système de prestation compte également 51 structures de soins qui offrent des services spécialisés ou à un niveau de complexité ne permettant pas de les catégoriser.

**Le Paquet Minimum de Services** (PMS–MSPP, janvier 2006) comporte des interventions de promotion, prévention et curatives de base qui devraient être offertes à toute la population au niveau des structures de santé du premier niveau (SSPE et Hôpitaux Communautaires de Référence)



## La segmentation du système de santé

Le système de santé n'est pas organisé au niveau du territoire de façon uniforme. Il fait l'objet d'une segmentation qui rend difficile sa coordination et son contrôle. Il comprend plusieurs sous-secteurs :

- **Le sous-secteur privé à but lucratif** comportant des structures telles que cabinets médicaux, polycliniques et hôpitaux privés délivre principalement des soins curatifs à la partie de la population qui peut en supporter les coûts.
- **Le sous-secteur privé à but non lucratif** est constitué par des organisations à vocation hétéroclite. Il s'agit de missions religieuses intégrant la santé dans le cadre de leurs services communautaires ou d'ONG laïques nationales ou internationales dont les prérogatives s'étendent de l'appui à une institution délivrant un service spécifique (par exemple des soins maternels, infantiles et VIH) à la conduite de programmes de développement intégré comprenant des actions de santé préventives et curative.  
Au sein du sous-secteur privé à but non lucratif, on rencontre les institutions privées dites mixtes. (une partie de leur personnel ont leur salaire pris en charge par le trésor public).
- **Le sous-secteur public** représenté par les Institutions publiques de gestion et de prestation.

Dans son ensemble le sous-système de prestation des soins compte 908 structures de services et de soins réparties comme suit : 278 institutions publiques (30.62 %), 419 institutions privées (46.14%) et 211 institutions mixtes (23.24 %). *Source: Annuaire Statistique 2010, MSPP.*

**Médecine traditionnelle** (ou médecine feuille) représente dans 70 % des cas le premier recours de la population en cas de problème de santé. Elle est basée sur les plantes et fait l'objet d'une transmission du savoir très souvent familiale. Elle représente un recours immédiat, celui de l'automédication ou celui du cercle familial. Elle fait appel à une personne possédant un don, par exemple celui des rebouteux ou des accoucheuses traditionnelles (matrones).

### 2.1.b) Stratégie ou plan national en matière de santé

En conformité avec la Politique Nationale de Santé, le Plan Directeur en santé 2012-2021 se propose d'opérationnaliser la Politique Nationale de Santé de 2012 à travers un modèle de santé organisé autour des Directions départementales sanitaires.

Ce modèle rétablit le leadership du Ministère de la Santé Publique et intègre la communauté dans la pyramide sanitaire. Il reconnaît et valorise la médecine traditionnelle tout en prévoyant les modalités devant permettre de la renforcer et de la documenter. Par ailleurs ce modèle met l'accent sur l'interaction entre les différents secteurs du système de santé : privé et public en vue de la création d'une pyramide de soins intégrant et coordonnant les différents niveaux d'institutions en vue de garantir à la population un continuum de soins et services de santé.

Au niveau gestionnaire, prenant en compte les ressources potentielles et dans un souci de rationalité et d'efficacité, l'Unité d'Arrondissement de Santé remplace l'Unité Communale de Santé (UCS).

Ainsi donc,

- le niveau opérationnel devient l'Unité d'Arrondissement de santé qui coiffe les communes et les sections communales et, du coup, les institutions prestataires de services.
- le niveau intermédiaire, correspond aux Directions Départementales Sanitaires
- le niveau central renforce son rôle de régulation, d'élaboration de stratégies de développement sanitaire, de normes et de procédures, de contrôle et d'évaluation.

La supervision et le contrôle restent deux fonctions prioritaires des niveaux opérationnel et intermédiaire. Vu sous cet angle, le Plan Directeur de Santé recherche des résultats de deux ordres : i) organisationnel et opérationnel ; ii) liés à la prestation de services et soins de santé.

Aussi, de manière spécifique, pour la période couverte par ce Plan Directeur, soit 2012-2021, en accord avec les axes stratégiques de la politique Nationale de santé et à la recherche de l'atteinte des ODM, l'accent sera-t-il mis sur les aspects renforcement du système de santé et renforcement de la prestation des services.

**Pour chacun de ces aspects subdivisés en domaines, des classes, catégories et type d'interventions sont définis ainsi que des résultats à atteindre par période triennale d'exécution du Plan Directeur.**

### **2.1.c) Politiques ou stratégies de renforcement des systèmes de santé**

Les faibles capacités de surveillance de l'autorité nationale de la santé, la multiplicité des bailleurs de fonds et programmes verticaux, l'absence de protocoles standardisés pour des problèmes de santé et les ruptures fréquentes de stock de fournitures médicales essentielles contribuent à la faible qualité des soins au niveau institutionnel.

Les ressources logistiques sont souvent insuffisantes et une maintenance inadéquate ne permet pas d'optimiser leur utilisation, surtout dans le cas du programme de vaccination. La demande de vaccination est élevée, mais l'offre de services de vaccination fait face à plusieurs défis, parmi lesquels la mauvaise gestion de la chaîne du froid ainsi que le transport de vaccins.

Le financement repose en bonne partie sur les patients dans un contexte où plus de  $\frac{3}{4}$  de la population survit avec moins de 2\$US/jour (PNUD, 2005). La projection du Produit Interne Brut est à incrémenter pendant les années de la proposition (2013-2015) et la dépense total de la santé par habitant se maintiendra en \$40 USD.

L'État assume près d'un tiers des dépenses de santé. Globalement, le budget alloué au secteur atteint 75M \$US pour l'année fiscale 2009-10 dont environ 80% va au paiement des salaires du personnel.

La Politique Nationale de Santé vise à renforcer le développement des activités de la communauté par le biais de la participation sociale en matière de santé et oriente le développement des infrastructures dans les zones rurales, traditionnellement négligées, l'élaboration et la mise en œuvre du règlement pour la formation et la gestion des ressources humaines, les médicaments et autres intrants.

La politique est ordonnée en trois axes : spécifiques, globaux et transversaux.

- Les axes spécifiques intègrent des politiques qui ciblent les facteurs essentiels pour la production de services, à savoir: **les infrastructures, les ressources humaines et l'approvisionnement.**
- Les axes globaux intègrent des politiques qui ciblent les ressources nécessaires afin de mobiliser les facteurs pour la production de services, à savoir: **le financement et la régulation du système de santé.**
- Les axes transversaux intègrent des politiques qui ciblent l'ensemble de ressources du système, à savoir: **Information/Surveillance, Gouvernance, Protection Sociale, Intégration et Intersectorialité.**

La fourniture de services de santé articulés sur des programmes spécifiques et verticaux tels que le VIH ou la vaccination, entre autres a favorisé la formation de nombreux agents communautaires engagés dans des activités centrées sur un seul programme, fragmentant ainsi l'approche communautaire.

Aujourd'hui, face à ces défis, les responsables politiques du pays affichent une volonté claire de s'investir afin d'améliorer la situation ; des déclarations d'intention explicites et précises sur l'intérêt de la Santé Communautaire et le choix des Soins de Santé Primaires (SSP) comme stratégie nationale. C'est donc sur cette stratégie que doivent s'aligner tous les acteurs nationaux et internationaux intervenant dans le secteur de la santé, tant au niveau stratégique, financier, technique qu'au niveau opérationnel (Coopération multilatérale, bilatérale, ONG, Secteur privé) et ceci sous l'autorité du Ministère de la Santé Publique et de la Population.

Face à cette situation, l'élaboration d'un nouveau modèle de soins s'impose, avec un renforcement et une extension des services de santé de premier échelon (SSPE) et la mise en place d'un réel modèle de Santé communautaire représentant la base d'une protection sociale en santé, utilisant comme stratégie de départ la santé familiale et communautaire et s'appuyant sur une stratégie de Soins de Santé Primaires (SSP) et sur un réseau de services de santé intégrés (RSSI)

Des orientations ayant des incidences directes ou indirectes sur le PEV sont inscrites dans les documents stratégiques fondamentaux du secteur santé, à savoir : La Politique Nationale de Santé, le Plan Stratégique National pour la Réforme du Secteur Santé, le Paquet Minimum de Services (PMS), le Document de Stratégie Nationale Pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté et le Forum National pour le Réalignement du Secteur Santé.

Les priorités du PEV pour l'exercice 2011-2015 sont les suivantes :

1. Renforcer la gouvernance du Programme, dans tous les aspects relevant de la compétence de

l'Autorité Sanitaire Nationale (ASN).

2. Développer sur une base soutenable les capacités du PEV de routine, à atteindre et maintenir des couvertures vaccinales quantitatives et qualitatives satisfaisantes sur toute l'étendue du territoire, y incluses les zones rurales et péri urbaines d'accès difficiles et marginales, en particulier de l'aire Métropolitaine.
3. Atteindre la viabilité financière au sens de la capacité de mobiliser et d'utiliser avec efficacité et fiabilité les ressources nationales et ressources externes complémentaires pour atteindre les objectifs actuels et futurs de la vaccination, en termes d'accès, d'utilisation, de qualité, de sécurité et d'équité.

## 2.2 Principales contraintes des systèmes de santé

→ *Veillez décrire les principales contraintes pesant sur les systèmes de santé au niveau national, sous-national et communautaire, qui empêchent votre pays d'atteindre les trois Objectifs de développement du Millénaire relatifs à la santé (4, 5 et 6), de faciliter l'accès à l'immunisation et d'alléger la charge de morbidité du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme (au moins deux de ces maladies). Indiquez les contraintes affectant les populations clés et les autres populations laissées pour compte, marginalisées ou autrement défavorisées, notamment les obstacles liés au genre.*

### DEUX PAGES MAXIMUM

#### 2.2 Principales contraintes des systèmes de santé

Dans le cadre de l'élaboration de la présente proposition les principales contraintes du système de santé seront divisées en deux parties. Il y a lieu de considérer

- a) Les contraintes d'ordre systémique
- b) Les contraintes spécifiques au programme de vaccination.

##### 2.2.1 Les contraintes et faiblesses d'ordre systémique.-

###### 2.2.1.1 Accès limité aux services /Offre de services

Seulement 61% de la population ont un accès géographique aux soins de santé. Ce qui s'explique en partie par le fait que les habitats en zone rurale où vit plus de 40% de la population, sont très dispersés et pour la plupart localisées dans des zones enclavées. Cette situation, aggravée par la distribution inéquitable des institutions de santé et de celle des ressources humaines et matérielles.

La limitation de l'accès porte aussi sur la qualité des services assurés dans les zones d'accès difficile vu qu'en général, seulement quelques éléments du PMS sont délivrés à travers les stratégies avancées et par un personnel pas toujours bien formé.

Au niveau institutionnel, la qualité et la régularité de l'offre de services se trouvent souvent affectées par l'absentéisme du personnel, les ruptures de stock d'intrants. Le paquet minimum de services est délivré de manière incomplète tant au niveau institutionnel que communautaire

D'autre part, les stratégies avancées ne couvrent pas tout le territoire. Une grande proportion des institutions privées à but non lucratif disposent d'Agents de santé communautaires qui assurent la prestation d'un paquet de services préventifs à travers les postes de rassemblement ou les cliniques mobiles.

###### 2.2.1.2. Le défi de gouvernance et de coordination

Avec le nombre important d'acteurs en santé, il est très difficile pour l'Autorité Sanitaire Nationale (ASN) d'exercer un leadership, une coordination, une gestion adéquats du système. Le Code de Santé Publique élaboré depuis 2006 pour résoudre le problème posé par la désuétude du cadre légal du Ministère de la Santé Publique et de la Population n'a pas encore passé la phase de discussion et de validation.

Les fonctions essentielles de santé publique ne sont que timidement assumées et le Système National d'Information (SIS) demeure peu efficace en raison de l'hétérogénéité des systèmes parallèles liés à des projets spécifiques qui sont mis en place sans aucune articulation avec le SIS du MSPP.

Par ailleurs, la qualité et la fréquence de la supervision des programmes et activités méritent également d'être renforcées à tous les niveaux de responsabilité. En dépit de la disponibilité d'un manuel national, la supervision n'est pas toujours utilisée comme une stratégie d'encadrement et d'amélioration de la

performance du personnel.

### **2.2.1.3. La décentralisation des services**

Il n'y a pas une politique nationale claire en matière de décentralisation et le système de santé demeure très centralisé. Les rôles et responsabilités entre les niveaux sont mal définis et souvent se superposent. Les Unités Communales de Santé(UCS) constituent jusque-là l'approche organisationnelle de décentralisation de la prestation des services de santé. Cependant leur mise en place et leur développement ont été chaque fois entravés par le fait de l'absence d'un cadre légal pour les institutionnaliser, leur non correspondance au découpage administratif du territoire et leur manque de ressources financières. Les quelques UCS fonctionnels, ont cependant démontré la pertinence et les avantages de l'approche.

### **2.2.1.4. Le faible niveau de financement et les inefficiences :**

Avec 5,7% du PIB consacré à la santé en 2005-06 et les 32US\$ par année dépensés par habitant (MSP, 2009), Haïti devrait obtenir de meilleurs résultats sanitaires.

Toutefois, comme le financement en bonne partie sort de la poche des patients, ces derniers ou leurs proches, au mieux, attendent pour avoir recours aux soins que leur état soit déjà trop détérioré, ou, au gré, n'y ont pas du tout recours.

Par ailleurs, l'importance des fonds de la coopération internationale dans le financement de la santé pose aussi de sérieuses difficultés en termes de fragmentation du système. Par exemple, les dépenses pour le VIH/SIDA représentent le double de tout le budget public consacré à la santé. De plus, plusieurs programmes dans le domaine du VIH/SIDA et autres sont conçus de façon totalement verticale dans le souci de montrer des résultats immédiatement visibles, ce fait entraîne un déséquilibre au niveau des services non ou moins supportés.

Enfin, l'état assume près d'un tiers des dépenses de santé. Globalement, le budget alloué au secteur atteint 75M\$US pour l'année fiscale 2009-10 dont une large part (environ 80%) va au paiement des salaires du personnel.

### **2.2.1.5. Le déficit en ressources humaines (RH) et sa faible productivité :**

Avec en moyenne 5,9 médecins ou infirmières pour 10,000 habitants et 6,5 professionnels de santé pour 10,000 habitants, Haïti est loin de la norme minimale de l'OMS de 25 professionnels pour 10,000. Le développement des ressources humaines subit aussi la lenteur dans le système d'accréditation des nombreuses écoles privées de formation des professionnels de la santé et l'absence de planification stratégique pour les besoins en ressources humaines. On note également l'absence d'une véritable politique de rétention du personnel dans une conjoncture fortement marquée par l'attraction exercée par le secteur privé et les ONG qui offrent des opportunités salariales plus alléchantes.

La présence de RH n'est pas synonyme de services de santé de qualité. Les raisons de la faible productivité sont multiples : la faible rémunération, absence de plans de carrière, des conditions de travail et de vie difficiles et une absence de mécanisme de suivi des performances.

Au niveau des directions départementales des programmes comme la vaccination sont gérés par un seul coordonnateur qui a en plus sous ses responsabilités 1 ou 2 autres programmes.

### **2.2.1.6 Impact du tremblement de terre du 12 janvier 2010.**

Les effets de la catastrophe sur les structures du secteur santé ont été dramatiques. Dans les trois (3) départements géographiques les plus touchés (Ouest, Sud 'Est et les Nippes), 60% des hôpitaux ont été sévèrement endommagés ou complètement détruits. Les bureaux et moyens de gestion du Ministère de la Santé ont aussi été très affectés, le bâtiment principal du Ministère s'étant complètement effondré.

Le déplacement des populations (environ 1,2 million de personnes), a fortement accru la pression sur le système de soins dans les départements non affectés par le séisme, faisant de la catastrophe un phénomène national. Des milliers de personnes ont été blessées avec plus de 4.000 amputations réalisées. Tout en augmentant l'accessibilité des soins, l'arrivée de nombreux nouveaux acteurs a posé des défis supplémentaires à la coordination déjà très faible du secteur de la santé.

## **2.2.2. Les problèmes spécifiques liés au programme de vaccination**

### **2.2.2.1 Les faiblesses en matière de planification et gestion**

A tous les niveaux du système on constate une faiblesse quant à la capacité du programme à opérationnaliser le PPAC et à faire le monitoring des différents indicateurs. Cette situation est plus préoccupante au niveau local où les populations de desserte ne sont pas déterminées pour toutes les institutions et où, les taux de pertes et d'abandons ne sont pas systématiquement calculés. D'un autre côté, si la microplanification a fait l'objet de sessions de formation des prestataires ces deux dernières années, beaucoup d'institutions fonctionnent encore sans leur microplan annuel.

### **2.2.2.2 La disponibilité limitée de données**

Le PEV ne dispose pas d'un système d'information complet et fiable, permettant de faire des analyses et de prendre des décisions. Il n'y a pas également une utilisation adéquate des outils et systèmes électroniques. Il n'y a pas un système efficace de suivi des enfants à vacciner permettant la réduction des taux d'abandons. L'existence de multiples carnets de vaccination entrave le suivi de l'état vaccinal des groupes cibles.

### **2.2.2.3 L'offre de services de vaccination**

L'offre de services de vaccination au quotidien n'est pas généralisée au niveau institutionnel. Les occasions manquées sont multiples et les parents, qui sont démobilisés par les temps d'attente trop longs accordent peu d'importance au respect du calendrier vaccinal et perdent contact avec les services. Les causes sous-jacentes sont multiples: absence ou absentéisme du personnel, ruptures de stock en vaccins, rupture de la chaîne de froid dues à des pannes de frigos ou non ravitaillement en gaz propane. Quant aux stratégies avancées de vaccination, elles sont insuffisantes, faiblement planifiées et on note de nombreuses communes où elles ne sont pas du tout assurées.

### **2.2.2.4 Les problèmes liés à la gestion des stocks de vaccins et d'intrants/taux de perte**

La gestion des stocks de vaccins n'est réalisée ou mieux documentée qu'au niveau central. En effet si les informations sur les arrivages, les distributions et les balances de stocks sont communiquées régulièrement par le niveau central, les dépôts périphériques qui assurent cette gestion au niveau départemental n'informent pas le niveau central.

### **2.2.2.5 Les problèmes spécifiques liés au suivi des abandons**

Le taux d'abandon entre vaccins successifs, en particulier entre le DTP1 et le DTP3 calculé à partir des couvertures administratives montre des grandes disparités entre les départements. L'enquête du CDC de 2009 l'ayant estimé à 18.1% au niveau national.

### **2.2.2.6 La supervision du programme**

Par ailleurs la qualité et la fréquence de la supervision des programmes et activités méritent également d'être renforcées à tous les niveaux de responsabilité.

### **2.2.2.7 Les problèmes liés à la communication/mobilisation sociale**

La communication et la mobilisation sociale constituent un maillon faible du PEV. Le Plan intégré de communication/mobilisation sociale du MSPP a pris trop de temps pour être élaboré et ensuite pour être implémenté.

### **2.2.2.8 La surveillance épidémiologique**

Il existe un réseau de 93 sites sentinelles et un pool d'épidémiologistes, de techniciens de labo départementaux et d'officiers de surveillance qui participent aux activités de notification, d'investigation et de riposte. Même si la Direction de l'Épidémiologie de Laboratoire et de Recherches (DELR) organise des rencontres hebdomadaire de coordination, fort est de constater que la qualité de la surveillance laisse à désirer. En effet, le rapportage complet est très faible, y compris au niveau des sites sentinelles; l'investigation des cas et les ripostes ne suivent pas toujours ou pas assez rapidement la notification.

## **2.3 Efforts actuellement menés pour le renforcement des systèmes de santé**

→ Veuillez décrire les efforts actuellement menés pour le renforcement des systèmes de santé dans le pays, soutenus par des ressources extérieures et/ou locales, en vue de surmonter les principales contraintes des systèmes de santé décrites ci-dessus.

**TROIS PAGES MAXIMUM**

### **2.3 Efforts actuellement menés pour le renforcement des systèmes de santé**

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population pour faire face aux problèmes identifiés ci-dessus, a commencé à jeter les bases d'une véritable restructuration du système de santé. Pour cela, il a repris toute la documentation produite lors du Forum de Réalignement de la Réforme du Système de Santé mené de 2006 à 2009. En effet les analyses de situation produites dans ce cadre auxquelles se sont ajoutés les résultats des états généraux de 2011 ont servi de base pour reprendre les actions de renforcement du système de santé.

Dans ce contexte, le Ministère a mis en place des Commissions qui, avec l'appui de la coopération technique internationale ont eu à élaborer des documents stratégiques comme la Politique nationale de santé qui devraient permettre de faire face aux problèmes identifiés.

D'autre part, les résultats des États Généraux de la Santé organisés en avril 2011 ont permis à la haute Direction du MSPP d'être informée des problèmes prioritaires auxquels le niveau intermédiaire du système fait face et sur les alternatives de solutions qu'il faudrait leur adresser.

Sur la base des orientations stratégiques de la Politique Nationale de Santé et des principes majeurs sur lesquels cette dernière repose et se référant aux résultats des états généraux, aux conclusions d'un audit institutionnel externe du Ministère réalisé en 2010, le Ministère a entrepris d'élaborer un Plan Directeur qui orientera pour les 10 prochaines années les interventions du MSPP dans le sens des axes stratégiques mentionnés dans la Politique Nationale de Santé.

De façon plus spécifique, pour faire face au problème posé par la fragmentation du système de santé caractérisé par la multitude de bailleurs qui chacun gère ses fonds avec des priorités et des procédures propres, le MSPP est en train de mettre en place l'Unité de Contractualisation pour la coordination de l'utilisation des fonds externes. Cette Unité devra commencer par négocier avec les départements sanitaires le mode de financement basé sur les résultats.

Dans la même foulée, dans la perspective de renforcer la régulation du système de santé qui fonctionne sous l'égide de lois non adaptées et désuètes, le MSPP a repris le processus d'élaboration de son Cadre légal interrompu au stade d'un « Avant de Code de Santé Publique » issu de 2 années de discussions et de réflexions menées avec à l'appui, les résultats de l'évaluation des lois qui ont régi le système pendant les 19<sup>ème</sup> et 20<sup>ème</sup> siècles.

D'un autre côté, le Ministère vient de publier son nouveau cadre organique qui est adéquat avec le principe d'intégration prôné dans la nouvelle politique. Ce cadre présente une structure centrale réduite en termes de nombre de Directions au profit du renforcement de la structure des Directions départementales

Vient aussi d'être lancé le Répertoire des descriptions de postes du MSPP qui vient régler le problème posé par la présence d'un nombre élevé de personnel sans titre fonctionnel. Enfin, il convient de souligner la décision prise par le MSPP de former 10.000 agents de santé polyvalents qui devront contribuer à assurer l'extension des services de santé de base dans les zones d'accès difficile et dans les zones urbaines. À cet effet, le MSPP a tenu à ce qu'il y ait un seul curriculum pour la formation de cette catégorie de ressources humaines qui doit assurer la livraison du Paquet Essentiel de Soins de Santé (PESS)

Toutes ces mesures qui visent le renforcement du système de santé auront des répercussions positives sur le Programme National de Vaccination. Elles contribueront, à n'en pas douter à maximiser les efforts en cours pour renforcer le Programme régulier de vaccination.

Le Plan Pluri Annuel complet (PPAc) 2011-2015 du PEV s'appuie sur six grands axes stratégiques dont quatre s'inspirent des grandes orientations édictées à travers la « Vision et Stratégie Mondiale pour la vaccination » (GIVS en Anglais), et deux découlent des besoins spécifiques du programme en vue d'une planification plus efficace :

- Protéger davantage de personnes dans un monde qui change.
- Revitaliser le programme régulier de vaccination
- Renforcer le leadership du MSPP
- Adopter de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies
- Intégrer la vaccination, les interventions sanitaires apparentées et la Surveillance au sein des systèmes de santé.
- Vacciner dans un monde interdépendant

## **1- Le renforcement de la vaccination de routine**

Dans le but d'augmenter la couverture vaccinale et en conformité avec les objectifs du plan PEV pluri annuel 2011-2015, le MSPP avec l'appui de ses partenaires, a décidé de mettre une emphase particulière sur le renforcement du PEV tout en garantissant sa viabilité ainsi que la qualité des services offerts. Ce processus accéléré de renforcement sera initié dans la période d'Août à Décembre 2012 pour ensuite être développée en 2013 à travers un plan opérationnel détaillé découlant du PPAC 2011-2105

Dans ce contexte, pour le reste de l'année 2012, l'accent sera mis sur :

- le renforcement structurel du programme élargi de vaccination
- l'introduction en septembre prochain du vaccin Pentavalent,
- les activités devant contribuer à l'élimination du tétanos néonatal, à l'augmentation des couvertures vaccinales et au renforcement de la surveillance épidémiologique.

Seront considérées aussi à partir de 2013, des interventions qui viseront l'amélioration et la pérennisation des performances du programme de vaccination de routine.

Toutes ces activités seront menées de manière continue tout en mettant à profit les leçons apprises ainsi que les bonnes pratiques tirées des expériences antérieures.

Dans ce contexte, l'appui technique et financier des partenaires se fera sous la coordination du Ministère de la Santé Publique et de la Population. Les éléments essentiels du renforcement du programme régulier comprennent :

## **2- l'élargissement du spectre des maladies et des populations cibles.**

Comme on le sait avec l'appui de GAVI, le programme introduira à la fin de 2012 le vaccin pentavalent à l'échelle nationale et en 2013 les vaccins anti pneumococcique et anti rotavirus. Ce qui augmente les capacités du Système de sante a diminuer les taux de morbi-mortalité infantile et juvénile. Avec des moyens de prévention contre les maladies rangées parmi les premières causes de morbi mortalité chez les moins de 1 an et chez les moins de 5 ans, il n'y a pas de doute que si le pays n'atteint pas les ODM en 2015, il en sera très proche.

## **3- la relance de l'offre de vaccination en stratégie avancée**

Dans ce cadre les 10, 000 agents de sante polyvalents que le MSPP a commencé à former constituera des ressources importantes pour la réalisation des stratégies avancées. Il sera entrepris l'actualisation des cartes sanitaires départementales et communales, la définition des territoires et des populations de desserte de toutes les institutions de santé. A cela s'ajoutera la mise en place du monitoring régulier de l'extension des services de vaccination intégrés.

Parallèlement, les bons résultats obtenus en appliquant en 2011 et au niveau de 36 communes a basses couvertures, l'approche RED (Atteindre chaque district) a encouragé les responsables du programme à étendre l'expérience au niveau de 40 communes additionnelles en 2012 -2013.

## **4- l'augmentation de la capacité de la chaîne de froid**

IL sera réalisé à tous les niveaux pour répondre aux besoins de stockage résultant de l'introduction des nouveaux vaccins. Cette démarche en cours porte aussi sur l'aménagement approprié des dépôts périphériques qui doivent pouvoir non seulement permettre de placer les Unîtes de chaîne de froid mais aussi de stocker tous les intrants du PEV.

## **5- l'amélioration des pratiques de gestion de la chaîne de froid, des vaccins et autres intrants**

Dans ce cadre des sessions de formation en gestion des vaccins et de la chaîne de froid sont prévues et viseront les techniciens en chaîne des niveaux central et départemental. Il est aussi prévu de recruter a l'OPS/OMS un consultant en chaîne de froid pour encadrer le personnel de chaîne de froid et les aider a assurer les fonctions qui leur sont dévolues.

## **6- le renforcement des activités de communication et de mobilisation sociale.**

Un plan national de communication sera opérationnalisé au niveau départemental et local dans la perspective d'optimiser la demande et améliorer la prestation de services, notamment dans les zones difficiles d'accès.

## **7- le renforcement de la surveillance épidémiologique**

Le système de surveillance des maladies évitables par la vaccination tout en étant solidaire du système

national de surveillance épidémiologique, doit bénéficier d'un certain degré d'autonomie et faire l'objet d'une attention spéciale dans la mesure où le pays est en passe d'être certifié libre de la circulation des virus de la rougeole et de la rubéole et dans la mesure où il doit travailler au maintien de l'éradication de la poliomyélite dans le pays. Il convient de souligner aussi que l'introduction de nouveaux vaccins comme le pentavalent, l'anti pneumocoque et l'anti rota virus doit être accompagnée d'un système de surveillance qui fonctionne de façon adéquate de façon à garantir un bon suivi de l'efficacité des nouveaux vaccins.

### 8- la relance des activités de planification, d'appui et de suivi

Dans ce cadre, les outils et guides devant servir à la systématisation de la micro planification sont en train d'être finalisés. Ceux nécessaires à la supervision sont aussi en cours de révision tandis que les sessions semestrielles de monitoring du programme au niveau central et celles de monitoring à réaliser trimestriellement au niveau départemental vont être reprises.

Par ailleurs les outils de gestion et de suivi des activités du PEV sont en cours d'élaboration

### 9- le renforcement des organes de gestion et de coordination du PEV :

La Direction nationale du PEV, les Unités PEV départementales, le Comité de Coordination Inter Agence et le Comité Technique PEV sont en train ou en voie d'être renforcés.

De manière générale, à travers ce plan, la DPEV et ses partenaires techniques et financiers doivent s'engager à bien coordonner leurs interventions, tirer les leçons du passé et s'astreindre à une obligation de résultats.

Le MSPP a évalué et finalise le diagnostic et l'actualisation de l'inventaire de la chaîne de froid qui a été réalisé en 2005 pour l'adapter aux besoins actuels du programme et disposer d'un système de chaîne de froid fonctionnel toute l'année dans au moins 80% des institutions participant au PEV.

Une campagne de vaccination pour l'élimination de la rougeole et rubéole et le maintien du pays libre de la poliomyélite a été menée au début de 2012 avec de très bons résultats. Les leçons tirées de cette intervention ont contribué à prendre des décisions opportunes pour renforcer le PEV de routine.

Pour une mise en œuvre efficace du plan de renforcement, il est prévu le recrutement des personnels supplémentaires suivants :

Niveau	Appui pour	
	PEV	Surveillance MEV
Central	4 professionnels haïtiens*	2 professionnels haïtiens*
	4 consultants internationaux (appui central et départemental) 3 consultants internationaux (logistique, système d'information et communication)	
Départemental	11 professionnels haïtiens*	11 professionnels haïtiens*
	5 professionnels haïtiens* (l'Ouest, des Nippes, du Sud-est, du Nord-est et du Nord-Ouest)	

## 3. Objectifs de renforcement des systèmes de santé

### 3.1 Objectifs de RSS à réaliser dans le cadre de cette proposition

→ Veuillez décrire les objectifs de renforcement des systèmes de santé à réaliser dans le cadre de cette proposition et expliquez leur relation avec les informations fournies dans la section 2 (État du système national de santé). Veuillez expliquer comment les objectifs proposés à GAVI amélioreront les résultats sanitaires en matière d'immunisation et comment les objectifs proposés au Fonds mondial amélioreront les résultats sanitaires pour le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme (au moins deux de ces maladies).

**DEUX PAGES MAXIMUM**



Le but de l'appui GAVI-RSS est de contribuer à augmenter les couvertures effectives d'immunisations au travers du renforcement de la gestion du programme à niveau national et départemental et l'augmentation de l'accès universel aux services d'immunisation intégrés et de qualité.

La stratégie consiste principalement à étendre les services de vaccination intégrés à des soins de santé de qualité de base, à travers une nouvelle articulation des services institutionnels et communautaires. Le renforcement des services d'immunisation, contribuera au renforcement des autres services et du système de santé dans son ensemble. Les services de santé maternelle et infantile, la gestion, l'information, l'éducation pour la santé et la formation de personnel, vont particulièrement bénéficier de ce renforcement.

### **3.1 Objectifs :**

Les Objectifs de renforcement du système de santé à réaliser dans le cadre de cette proposition sont:

1. Améliorer la capacité de programmation et suivi du Programme et des Services d'immunisation à tous les niveaux du système de santé.
2. Renforcer le système d'information sanitaire.
3. Renforcer l'accès et l'organisation des services de vaccination.

Tout d'abord, le projet facilitera, au niveau communautaire et familial, les activités de prévention, contenus dans le Paquet Essentiels de Services et destinés à la mère et à l'enfant au premier niveau.

De plus, le renforcement des réseaux de services servira de plate-forme institutionnelle pour l'introduction de nouveaux vaccins (Pentavalent, Rotavirus et Pneumocoque). Le renforcement du programme régulier contribuera, entre autres, à maintenir le pays libre de la circulation des virus de la poliomyélite, de la rougeole et de la rubéole .et aussi à l'élimination du tétanos néonatal et maternel.

Au **niveau de résultats**, le projet contribuera également à la diminution de la morbidité et la mortalité infantile et maternelle

### **3.2 a) Description narrative des activités programmatiques**

→ *Veillez donner une description narrative des buts, des objectifs, des domaines de prestation de services et des principales activités de la proposition.*

### **3.2 b) Cadre logique**

→ *Veillez présenter un cadre logique pour cette proposition an annexe 2.*

### **3.2 c) Éléments concrets et/ou leçons tirées**

→ *Veillez résumer les éléments concrets et/ou les leçons tirées en rapport avec les activités proposées. Veillez fournir des détails sur des expériences précédentes au cours desquelles vous avez mis en place des activités similaires, le cas échéant.*

## **SIX PAGES MAXIMUM**

### **3.2 a) Description narrative des activités programmatiques**

Cette proposition a été conçue pour combler les gaps identifiés dans le cadre du Plan Pluri Annuel Complet 2011-2015 du Programme Élargi de Vaccination en termes d'interventions ou de rubriques essentielles non couvertes par un financement assuré.

La priorisation des interventions essentielles, la fixation des objectifs et la détermination des stratégies du Plan de Renforcement des Services de Santé (PRSS) ont été faites à la lumière des orientations de la nouvelle politique de santé et de celles du Plan directeur du MSPP. D'un autre côté le Plan Pluri Annuel Complet /PEV 2011-2015, les rapports d'évaluation du programme et ont aussi contribué à orienter cette démarche.

Le **But** de cette proposition est en parfaite adéquation avec la Politique Nationale de Santé, le Plan Stratégique du Secteur de la Santé et avec PPAC 2011-2015. Ce but vise, d'une part, l'augmentation

des couvertures effectives de vaccination à travers le renforcement de la gestion du programme aux niveaux national , départemental et local et d'autre part , l'augmentation de l'accès universel à des services de vaccination intégrés et de qualité.

On peut comprendre qu'à travers la Proposition GAVI-RSS, le MSPP veut optimiser la vaccination en y associant en tout ou en partie, des éléments du Paquet Essentiel de Services de Santé (PESS). Ce qui présuppose un premier niveau fonctionnel avec le personnel polyvalent requis, des services organisés, la disponibilité des intrants nécessaires. Le but annonce aussi les interventions qui seront prises en vue d'apporter une solution au problème que représente l'accès inéquitable aux services de vaccination. Il préfigure enfin l'accent qui sera mis sur le renforcement gestionnaire organisationnel du programme à tous les niveaux, condition essentielle à l'atteinte de résultats durables.

Cette équipe assure le recensement local permettant l'obtention des dénominateurs essentiels pour la planification des programmes de base. Une fois connue la population par tranche d'âge, cela permettra non seulement d'instaurer une vaccination de routine avec suivi régulier et visites domiciliaires par les ASCP mais également le rattrapage si nécessaire.

**Les Objectifs** portent sur les aspects considérés comme étant les plus indispensables pour atteindre le but.

**Objectif 1 : Améliorer la capacité de programmation, de suivi du Programme et des Services de vaccination aux trois niveaux du système.**

Cet objectif est défini sur la base des constats faits dans les rapports et les analyses du programme et mettant en évidence les faiblesses du PEV quant à sa capacité d'opérationnaliser le PPAC aux trois niveaux du système et de faire le monitoring des différents indicateurs .Cependant cette situation étant plus préoccupante au niveau local, la priorité sera accordée à l'encadrement du personnel prestataire dans l'exercice d'élaboration des micro plans communaux et institutionnels, dans l'utilisation des outils de suivi des couvertures vaccinales, des taux de pertes et des taux d'abandons.

**Objectif 2 : Renforcer le système d'information sanitaire.**

Dans ce domaine, sur la base des problèmes identifiés, les actions prévues concerneront a) .-la révision des outils du sous-système d'information du PEV et de ceux du sous-système de surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination (activités qui sont déjà réalisées) b).- l'adaptation de ces outils aux nouveaux besoins du sous-système d'information du programme) .c)- l'impression et la multiplication de ces outils d) la vulgarisation des outils et la formation du personnel gestionnaire et prestataire à leur utilisation .

**Objectif 3.- Renforcer l'accès et l'organisation des services de vaccination**

Beaucoup de services de vaccination ne remplissent pas le minimum de conditions structurelles et fonctionnelles requises pour assurer des services de vaccination de qualité (Voir PMS du MSPP). Au regard de cette situation, l'objectif met l'accent sur le besoin de renforcer la fonction d'organisation des services sur une base non seulement structurelle mais aussi opérationnelle. Autrement dit, il s'agira de d'aborder le problème sous de multiples angles au niveau des services: au point de vue physique, au point de vue dimensionnel, au point de vue équipement et au point de vue organisationnel. Ce même objectif traite aussi de l'accès aux services qui, comme on le sait, est très limité particulièrement pour les personnes vivant dans des zones d'accès difficile et enclavées, les groupes défavorisés, les zones marginales urbaines.

Cette partie de l'objectif présuppose les mesures, stratégies ou approches qui doivent être adoptées pour que les enfants, les mères, les autres membres de la famille, quel que soit leur statut socioéconomique, leur religion, leur niveau d'instruction, leur lieu de domicile, puissent utiliser ou bénéficier sans coût économique ou social important les services de vaccination associés à d'autres éléments essentiels du paquet de services de base.

**Les activités** : elles sont en rapport avec les objectifs fixés. Elles portent en général sur les différentes interventions ou actions nécessaires à l'atteinte des objectifs.

**a. La révision, adaptation reproduction et distribution des cartes sanitaires.**

Ce sont des outils très importants pour la planification locale et intégrée sur le terrain, qui permettront de localiser les institutions prestataires de services, celles qui font la vaccination, les postes fixes de vaccination, de dessiner leur aire de responsabilité, d'identifier les obstacles susceptibles d'affecter l'accès aux services de vaccination, les localités non desservies par des services et de localiser les sites

sentinelles de surveillance épidémiologique. Les cartes sanitaires sont dynamiques. Elles peuvent faire l'objet de modifications au fur et à mesure que les situations précitées changent. Elles constituent un outil stratégique important pour le suivi de l'extension des services et de leurs couvertures géographiques. L'acquisition des cartes vierges avec le minimum de renseignements est faite soit à partir de l'Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique, soit à partir d'autres Institutions spécialisées de la place. Une fois disponibles, elles sont actualisées à l'occasion des sessions de micro planification. Il peut même se révéler nécessaire d'avoir recours à une firme pour la collecte de données nécessaires à la mise en place d'une base de données destinées à être en liaison avec les cartes.

**b. La révision et l'élaboration des outils de micro planification intégrée pour être adaptés aux conditions et besoins locaux et aux capacités du personnel et le service.**

Des outils de micro planification existent et pour la routine et pour les activités intensives de vaccination. Cependant, vu que ces derniers étaient en train d'être testés, il va falloir les réviser, les enrichir si nécessaire et les adapter au besoin d'intégration d'autres services.

Les outils de micro planification comprennent : Un guide de micro planification qui doit servir de référence pour les superviseurs et les prestataires et aussi qui doit garantir la standardisation des plans.

**c. L'élaboration d'un Plan d'action du PEV qui doit partir du niveau local vers les niveaux supérieurs.**

Ce qui permettra d'orienter tous les efforts vers la satisfaction des besoins réels de la population et vers l'assurance de la disponibilité des moyens à mettre en œuvre pour étendre et renforcer la couverture et l'accès.

Se référant aux expériences des années antérieures, le Programme national de vaccination va mettre en place et réaliser un processus de planification ascendant. Le processus comprendra les étapes suivantes :

- i. Une phase de micro planification locale qui peut être institutionnelle ou communale suivant le cas. A cet effet, chaque institution doit rendre disponibles les informations suivantes : listes des localités desservies, la localisation des postes de vaccination des dernières activités intensives de vaccination, les localités desservies par des postes de rassemblement actuellement à travers le programme régulier et le nombre d'ACSP. Tout ceci doit servir à actualiser la carte sanitaire communale et à alimenter l'exercice de micro planification proprement dit.
- ii. Une phase de planification départementale qui, en fait, consiste à faire la synthèse des micro plans locaux auquel doit s'ajouter la composante des activités que la direction départementale devra développer pour encadrer et accompagner les institutions prestataires.
- iii. Une phase de synthèse des plans départementaux auxquels doit s'ajouter les interventions que doit mener le niveau central en appui à l'exécution des plans départementaux

Cette activités comprend surtout des ateliers de travail auxquels participent au niveau local 1 ou 2 responsables par institution et des représentants des communautés desservies, des élus locaux. Au niveau départemental, participent à la synthèse des micro plans communaux et institutionnels, les responsables du programmes : coordonnatrices départementales, techniciens de chaîne de froid, cadres administratifs et épidémiologistes départementaux. Comme dit plus haut, les guides, outils de traitement des données de programmation, et de budgétisation doivent être élaborés et rendus disponibles en prévision des différentes sessions.

**d. - La révision et élaboration des outils de supervision intégrée**

Le système de supervision est une des composantes les plus importantes du programme vu qu'elle est une stratégie de proximité qui permet non seulement d'identifier les problèmes tant d'ordre opérationnel que structurel qui des fois affectent de façon négative la performance d'un programme mais aussi d'y apporter sur place (si possible) et conjointement avec les concernés des solutions appropriées. Elle permet aussi de faire le suivi de l'exécution des plans à tous les niveaux du système de santé. L'irrégularité des visites, le manque d'utilisation des rapports et l'absence de retro information sont les principaux points auxquels des solutions seront apportées dans le cadre de ce projet. A cet effet, il s'agira de réviser au besoin, de compléter et de multiplier les outils de supervision et de former les cadres superviseurs à leur utilisation. Il s'agira aussi d'assurer les fonds nécessaires tant au niveau central que départemental pour le financement des visites de terrain. Il convient de rappeler que des équipes du niveau central réaliseront chaque 3 mois une mission de supervision intégrée des 10

départements sanitaires de 10 jours tandis que les équipes des directions départementales associées à celles des UCS réaliseront des visites de supervision des institutions sanitaires chaque 2 mois. Les responsables institutionnels superviseront les stratégies avancées 1 fois par semaine. Il y a lieu de souligner que la dotation de la Direction nationale du PEV et des Unités PEV départementales en personnel additionnel contribuera à renforcer leur capacité de supervision.

**e. La formation du personnel concerné par la supervision intégrée au PEV permettra que l'activité de supervision et l'utilisation des outils élaborés soient bien fait et les résultats atteints.**

La formation du personnel à l'utilisation des outils de supervision et à l'application des procédures et normes de supervision est nécessaire quand on sait que la pratique n'est pas tout à fait institutionnalisée au niveau du programme. La formation est aussi et surtout indispensable à l'adoption par le superviseur d'un style de leadership approprié au cours de l'exécution des missions.

**f. Réalisation de missions trimestrielles de supervision intégrée du niveau central vers le niveau départemental**

Des équipes de supervision du niveau central composées de cadres de la DEPV et du Comité Technique (OPS/OMS-UNICEF-CDC) réalisent 4 grandes missions annuelles d'au moins 10 jours chacune au niveau des 10 départements. Au cours de ces missions, ces équipes supervisent la gestion de toutes les composantes du programme avec la Direction départementale, relève les problèmes et les goulots d'étranglement, formulent des recommandations. Elles en profitent pour visiter aussi des bureaux de coordination d'UCS et des institutions sanitaires.

**g. Réalisation de missions bimestrielles de supervision intégrée du niveau départemental et d'UCS vers les institutions sanitaires**

Des équipes de supervision du niveau départemental composée de cadres des services PEV et PCIME, réalisent 6 grandes missions annuelles d'au moins 15 jours chacune au niveau des communes et institutions sanitaires. Au cours de ces missions, ces équipes supervisent la gestion de toutes les composantes du programme avec les coordinations d'UCS ou de commune, relèvent les problèmes et les goulots d'étranglement, formulent des recommandations. Elles en profitent pour visiter aussi le niveau communautaire (certains postes de stratégie avancée).

**h. Le renforcement du système d'information du PEV**

Le renforcement du système d'information du PEV portera sur la révision et l'adaptation des outils du système d'information du PEV qui concernera d'une façon particulière a) la conception et l'adoption d'une nouvelle carte dite nationale de vaccination laquelle sera utilisée non seulement par l'enfant de moins de 1 an mais aussi par l'adulte qu'il deviendra et qui recevra tous les autres vaccins tels : dT, HPV, anti cholera et autres. Cette carte sera celle spécifique au programme tandis que le passeport de l'enfant sera un back up dans lequel seront régulièrement transcrites les doses reçues (dans le cas des enfants) .Cette carte sera remise au parent ou à l'adulte vacciné, tandis qu'une copie en papier sera gardée à l'institution placée dans un classeur dans le compartiment correspondant au mois auquel la prochaine dose devra être administrée. Ce qui permettra de repérer les enfants ou personnes qui doivent recevoir leurs doses subséquentes pendant le mois. Un téléphone cellulaire remis à chaque institution et pour l'utilisation de laquelle des conditions seront fixées, permettra d'appeler les perdu de vue ou les retardataires .Ceci sera facilité par l'inscription sur la carte remise aux parents et sur la copie de cette dernière de 2 numéros de téléphone (celui de la mère ou du responsable et celui de la personne à appeler en cas de non disponibilité des parents).

**i. La Reproduction des outils du sous -système d'information du PEV**

Les outils du sous-système d'information et de gestion du PEV ont été révisés par les membres du Comité Technique du PEV assistés de consultants de l'OPS/OMS .Ces outils sont classés par domaine et pour chacun d'eux sont définis les objectifs, le mode de remplissage ou d'utilisation, les niveaux d'utilisation et les circuits d'envoi ou de distribution. Le tout est réuni dans un cahier qui sera d'utilisation plus pratique pour le prestataire ou le gestionnaire.

Il s'agira ensuite de multiplier ces outils en fonction des besoins de chaque niveau.

**j. La formation du personnel**

permettra de disposer de données de qualité qui rendront possible l'analyse et l'interprétation correctes des résultats.

**k. La révision de l'outil informatique de gestion des données.**

Un outil informatique sera adopté pour la gestion des intrants et sera utilisé par les niveaux central et départemental. Il devrait permettre une meilleure gestion des vaccins et des matériels de vaccination à tous les niveaux. D'autre part, la base de données statistiques en utilisation sera révisée et éventuellement remplacée par une autre qui peut être plus facilement utilisée par les cadres de la DEPV et ceux du niveau départemental. Ces outils vont rendre plus facile la collecte et la transmission de l'information de même que l'analyse et l'interprétation des données. Afin de familiariser le personnel à l'utilisation de ces outils, des ateliers seront organisés avec l'appui technique d'experts.

**l. Dotation du niveau central et départemental en équipement informatiques nécessaires à la gestion des données.**

En vue de faciliter le processus de collecte, traitement, analyse des données et leur transmission au niveau supérieur les services des statistiques et d'informatique de la DPEV et des Unités PEV départementales seront dotés d'outils informatiques (computers –modems) de capacité suffisante pour stocker les données et des logiciels nécessaires pour exécuter le travail. Le projet facilitera à ce niveau l'accès à l'internet.

**m. Renforcer le suivi de l'enfant vacciné en utilisant les nouvelles technologies**

Le téléphone cellulaire est devenu un outil populaire utilisé par toutes les couches sociales pour communiquer qu'il s'agisse des habitants des villes, des zones urbaines pauvres ou des zones rurales les plus reculées. Cette situation liée à la couverture quasi-totale du pays par les compagnies de téléphonie est une opportunité que veut exploiter le PEV pour assurer le suivi personnalisé de la cible du programme. A cet effet, comme il est mentionné plus haut le numéro de téléphone cellulaire de la mère de l'enfant et celui de la personne la plus facilement joignable en cas de non disponibilité de la mère inscrits sur la carte de vaccination et sur la copie gardée à l'institution seront utilisés pour rappeler aux concernés que tel enfant n'est pas venu au Centre recevoir son vaccin. L'activité programmée est l'acquisition d'un téléphone cellulaire pour chaque institution sanitaire.

Pour cela un appel d'offres sera lancé pour recruter une firme selon des conditions qui doivent être des plus favorables pour le système.

**n. Améliorer l'organisation structurelle et le fonctionnement des services de vaccination.**

Cette activité consistera à organiser et d'habiliter les salles de vaccination de façon à ce que les services puissent être délivrés dans un environnement fonctionnel, équipé suivant le PMS et propice à un service de qualité et sécurité pour la population infantile et à une gestion adéquate du programme, c'est à dire un local propre, bien délimité, éclairé, organisé et d'accès facile.

**o. Supporter les déplacements des Agents de Sante Polyvalents**

En d'autres termes, il s'agira de supporter des coûts d'opérations prévus dans le cadre de la réalisation des stratégies avancées. Les coûts suivants seront pris en charge par le projet : transport du centre de santé (aller et retour) aux localités ou quartiers où doivent se tenir les postes de rassemblement, pause ou lunch dépendant de la distance. En moyenne, ces dépenses concerneront les Agents de Santé (5 par institution sanitaire) qui dépendront des institutions prestataires qui n'en disposent pas. Il faut souligner que l'exercice d'actualisation ou d'élaboration de la carte sanitaire mettra en évidence des zones sous desservies et pour lesquelles il faudra décider de la stratégie à utiliser pour y apporter les services.

**p. Doter les équipes mobiles de vaccination des moyens et outils nécessaires pour leurs déplacements**

Les Agents de Santé Polyvalents recevront sous forme d'investives un uniforme, des bottes et une valise pour qu'ils soient bien identifiés. Ceci contribuera à les motiver en leur conférant un certain prestige dans leur communauté.

Les activités de sensibilisation, de suivi actif de la cible pour la réduction des taux d'abandon et de vaccination dans les communautés d'accès difficile vont également s'appuyer sur les organisations de la société civile.

**3.2 b) Cadre logique**

<b>Niveau de proposition</b>	<b>Description succincte des buts, objectifs, domaines de prestation de services et activités</b>	<b>Responsabilité de la mise en œuvre : identification de l'entité d'exécution principale ou de la sous-entité d'exécution chargée de la mise en œuvre</b>	<b>Indicateur(s)</b> <i>Les candidats n'ont pas l'obligation d'indiquer des indicateurs de « résultat » au niveau « activité ». Veuillez prendre connaissance des données de la fiche d'instructions pour de plus amples informations</i>
<b>Buts</b>	Contribuer à augmenter les couvertures effectives de vaccination à travers le renforcement de la gestion du programme aux niveaux national et départemental et l'augmentation de l'accès universel aux services d'immunisation intégrés et de qualité	DPEV/MSPP Départements sanitaires	Pourcentage d'enfants survivants de moins de 1 an ayant reçu 3 doses de Pentavalent Pourcentage de communes ayant atteint une couverture au vaccin Pentavalent supérieure ou égale à 80 %
<b>Objectif 1</b>	Améliorer la capacité de programmation, de suivi du Programme et des Services de vaccination aux trois niveaux du système.	Responsables DPEV Directions départementales. Responsables des institutions prestataires	Nombre de départements disposant d'un Plan opérationnel annuel PEV Nombre d'institutions disposant d'un micro plan PEV Existence d'un plan opérationnel annuel au niveau central Existence et utilisation des outils de suivi aux 3 niveaux du système.
<b>DPS</b>	<b>Prestation efficient de services sanitaires</b>		
1.1	Conception, reproduction et distribution des cartes géographiques communales	Direction nationale PEV	Nombre de communes disposant de cartes géographiques
1.2	Révision et élaboration des outils de micro planification intégrée	Comité Technique PEV	Nombre et pourcentage d'institution sanitaires utilisant disposant d'outils de micro planification en quantité suffisante
1.3	Élaboration de micro plan institutionnel intégrant dès l'extension des services à partir des stratégies avancées	Directions départementales avec appui niveau central	Nombre et pourcentage d'institutions sanitaires disposant d'un micro plan intégrant la stratégie avancée comme approche d'extension des activités de routine
1.4	Révision et élaboration des outils de supervision intégrée	Comité technique PEV	Existence d'outils de supervision révisés en quantité suffisante
1.5	Formation du personnel concerne par la supervision intégrée au PEV	Direction centrale PEV /Directions départementales	Nombre et pourcentage de sessions de formation en supervision intégrée réalisé par département Nombre et pourcentage d'institutions avec au moins 1 personnel forme en supervision intégrée.
1.6	Supervision trimestrielle du niveau central vers les départements	Direction centrale PEV/ Comité Technique PEV	Nombre et Pourcentage de missions de supervision réalisé par le niveau central vers les départements.
1.7	Supervision bimensuel du département vers les	Directions départementales	Nombre et Pourcentage de missions de supervision réalisées par le niveau

	institutions et UCS		départemental et UCS vers les institutions sanitaires.
<b>Objectif 2</b>	Renforcer le système d'information sanitaire		Les outils du système d'information du PEV disponibles à tous les niveaux et utilisés adéquatement. Taux de déperdition entre Penta 1 et Penta 3.
	<b>Système d'information</b>		
2.1	Conception et reproduction de la carte nationale intégrée de vaccination	Direction nationale PEV/UPE/MSP	Carte nationale de vaccination produite et disponible en quantité suffisante.
2.2	Reproduction des outils du système d'information du PEV	Direction nationale PEV	Outils du système d'information du PEV révisés et disponibles en quantité suffisante
2.3	Formation du personnel prestataire à l'utilisation des outils	Direction nationale PEV /Direction sanitaire départementale	Nombre et pourcentage d'institutions avec un personnel formé à l'utilisation des outils.
2.4	Révision de l'outil informatique de gestion des données existant et conception ou adaptation d'un outil aux besoins du PEV	Expertise externe.	Disponibilité d'un outil informatique performant et facile d'utilisation pour la gestion des intrants Disponibilité d'un outil informatique performant et facile d'utilisation pour la gestion des statistiques de services.
2.5	Dotation du niveau central et départemental en équipements informatiques nécessaires à la gestion des données.	Direction nationale PEV	Départements qui comptent avec des équipements informatiques pour la gestion de données
2.6	Renforcer des capacités de suivi de l'enfant vacciné en utilisant les nouvelles technologies disponibles (téléphonie mobile)	Direction nationale PEV	Nombre des institutions qui compte avec le système de récupération des enfants vaccinés avec un téléphone cellulaire
<b>Objectif 3</b>	Renforcer l'accès et l'organisation des services de vaccination		Nombre de commune ayant atteint ou dépassé les objectifs de couverture vaccinale fixes pour l'année. Nombre et pourcentage d'institutions réalisant la stratégie avancée.
3.1	Améliorer l'organisation structurelle et fonctionnelle des services d'immunisations	Direction nationale PEV/Direction départementale /Appui de consultants	Nombre et pourcentage de services d'immunisations répondant aux normes d'organisation et d'équipement prévues dans le PMS
3.2	Soutenir les équipes d'Agents de Santé Communautaire Polyvalents chargés de l'extension des services de vaccination de routine	Direction nationale PEV /Direction départementale /UCS	Nombre et pourcentage de jours /terrain / agent de sante polyvalent réalisés.
3.3	Doter les équipes de vaccination des moyens et outils nécessaires à leurs déplacements sur	Direction nationale PEV /Direction départementale /UCS	Nombre d'agents de sante polyvalents ayant bénéficié d'uniformes, bottes, valises et casquette.

### 3.2 c) **Éléments concrets et/ou leçons tirées**

→ Veuillez résumer les éléments concrets et/ou les leçons tirées en rapport avec les activités proposées. Veuillez fournir des détails sur des expériences précédentes au cours desquelles vous avez mis en place des activités similaires, le cas échéant.

Beaucoup de documents : des plans stratégiques, des rapports d'évaluation des résultats de recherche opérationnelle, et autres, ont servi de source d'information pour élaborer la présente proposition. De ces documents il en est 2 d'où des leçons sont tirées en rapport avec les activités proposées.

- 1) Le Rapport final des Activités Intensives pour la Santé de l'Enfant (AISE) : vaccination de près de 3 millions d'enfants de moins de 10 ans. Les Activités intensives pour la Santé de l'Enfant ont été un succès. En effet, au-delà des espérances des couvertures maximales ont été atteintes. A la base de cette réussite, il convient de souligner la supervision et l'encadrement dont ont bénéficié les Directions départementales dans le cadre de la planification, l'organisation et la coordination des AISE et les institutions sanitaires dans l'exercice de micro planification et dans l'exécution des activités. En effet, du début à la fin des activités et même un mois après, tous les départements ont accueilli chacun une équipe de superviseurs /encadreurs composée de consultants internationaux de cadres nationaux du MSPP de fonctionnaires de l'UNICEF qui ont passé plus d'un mois sur le terrain donnant un appui de proximité tant aux directions départementales qu'aux institutions prestataires. Il faut dire que cette approche a été initiée entre 1987 et 1994 lors des campagnes intensives de vaccination qui ont abouti à l'éradication de la polio et à l'élimination de la rougeole.

Fortes des retombées positives de cette expérience, la Direction Nationale du PEV a voulu mettre une emphase particulière sur la supervision formative assortie d'un encadrement de proximité au niveau superviseur. A cet effet, les outils de supervision sont révisés, adaptés, tandis qu'il est prévu une formation des superviseurs centraux et départementaux à leur utilisation. De plus des dispositions sont prises pour institutionnaliser la supervision comme un moyen d'améliorer la performance du programme.

- 2) Le rapport sur la mise en œuvre de l'approche RED : Comme on le sait, l'approche «Reach Every District» (RED) a été recommandée par les institutions promotrices du GIVS (Vision et Stratégie Mondiale pour la Vaccination) comme une stratégie de choix pour satisfaire les exigences de couvertures vaccinales des OMD.

En 2011, le programme national de vaccination a mis en œuvre l'approche RED (Atteindre chaque commune à Haïti) dans 36 communes à faible couverture vaccinale. Ceci a grandement contribué à l'amélioration des performances. Pour preuve, le DTP3 est passé de 61% en 2010 à 85.4% en 2011. Les raisons suivantes, parmi tant d'autres, ont été retenues pour expliquer ces résultats :

- La systématisation de la microplanification,
- L'amélioration de la gestion,
- La redynamisation de la supervision et des stratégies avancées de vaccination,
- et le renforcement des alliances avec les communautés.

En outre il faut également souligner la mise en œuvre de certaines activités d'appui :

- La régularité des réunions hebdomadaires techniques entre le MSPP, l'OPS et l'UNICEF: Au cours des réunions, nous avons discuté, entre autres, des couvertures vaccinales et des actions à entreprendre dans les ou certains départements ou certaines communes font état de basses performances par rapport aux objectifs à atteindre pour la période. A la suite de cette réunion de suivi, les conclusions et recommandations sont communiquées aux départements. (Feedbacks aux DDS et proposition d'actions à prendre). Dans les cas où les couvertures atteintes sont supérieures aux couvertures espérées, des missions de supervision sont décidées pour la vérification de la qualité des données
- Les missions de supervisions qui ont été plus fréquentes du niveau central au niveau départemental et du niveau départemental au niveau opérationnel



- La tenue des réunions d'évaluation au niveau national avec tous les départements (réunions au cours desquelles, nous revenons sur les données et leur complétude).

### 3.3 Principaux bénéficiaires

→ Veuillez décrire dans quelle mesure les activités proposées sous chaque objectif contribuent à l'équité (de genre, géographique, économique), touchent les populations laissées pour compte, mal desservies et marginalisées par le biais de l'instauration de services sanitaires et soutiennent les populations les plus démunies et les autres populations défavorisées. Indiquez également toutes les actions entreprises pour réduire la stigmatisation et la discrimination dont ces populations font l'objet.

#### **DEUX PAGES MAXIMUM**

#### **Les activités liées à l'objectif 1.-**

##### **Améliorer la capacité de programmation et de suivi du Programme et des Services de vaccination aux trois niveaux du système.**

Les capacités à améliorer en matière de micro planification, tenant compte de la possibilité qu'elles offrent lors de l'exercice d'actualisation des cartes sanitaires communales et locales, de bien identifier les zones non desservies qui en général sont d'accès difficile, contribuent à garantir l'accès des populations des zones rurales éloignées aux services de santé de base, y compris la vaccination. En effet, une fois ces zones non desservies ou difficiles d'accès identifiées, il revient aux responsables sanitaires de choisir la stratégie de prestation qui répond le mieux à leurs caractéristiques géographiques, culturelles et socioéconomiques.

Dans le micro plan sont prévues toutes les ressources nécessaires à l'application des stratégies sélectionnées et à la prestation d'un paquet de service équitable. Tandis que la supervision devra garantir la qualité des services qui doivent être assurés de façon équitable sur cette base.

#### **Les activités liées à l'objectif 2.-**

##### **Renforcer le système d'information sanitaire.**

Les activités liées au renforcement du système d'information du PEV et à la surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination doivent permettre la disponibilité d'informations nécessaires à des prises de décisions opportunes au bénéfice du bon développement du programme et de la santé des enfants et des mères.

Dans ce cadre on doit citer l'utilisation des nouvelles technologies, en l'occurrence, la téléphonie mobile pour le suivi des abandons et des retardataires où qu'ils se trouvent et quel que soit leur statut social ou leur sexe. On peut conclure pour avancer que le sous-système d'information du PEV contribue à réduire les inégalités sociales en santé.

#### **Les activités liées à l'objectif 3.-**

##### **Renforcer l'accès et l'organisation des services d'immunisation.**

Les activités découlant de cet objectifs sont en parfaite adéquation avec le principe d'équité et de qualité, deux de ceux qui sous-tendent la politique nationale de sante du MSPP.

D'abord, on peut avancer que le renforcement de l'accès vise à apporter les services aux populations qui en sont ou bien très éloignées ou bien totalement dépourvues ou qui n'ont la chance d'en bénéficier qu'à l'occasion des campagnes de vaccination. La décision d'utiliser des Agents Communautaires Polyvalents pour les stratégies avancées est encore une garantie d'assurance de qualité puisque ces travailleurs de la santé seront formés non seulement pour la vaccination mais aussi pour assurer, toute considération de complexité faite, des services de meilleure qualité.

En résumé, on peut dire sans risque de se tromper que les activités liées à ces trois objectifs sont pour faire tomber les barrières qui entravent la dispensation de soins sur une base équitable. Ces activités pourront atténuer les iniquités liées au genre, à la localisation géographique, et au contenu (qualité) du paquet essentiels de services de santé.

Les travailleurs des services de santé et, en particulier, ceux travaillant dans les services d'immunisation devront également bénéficier du projet grâce à la réorganisation des services et des infrastructures, la mise en place de nouveaux outils et moyens de travail, la formation ainsi que de la facilitation des déplacements.

#### 4. Suivi et évaluation des performances

##### 4.1 Plan national de suivi et d'évaluation et cadre de performance

→ Veuillez présenter votre plan national de suivi et d'évaluation en annexe 3 et le cadre de performance pour cette proposition en annexe 4.

##### 4.2 a) Modalités de suivi et d'évaluation

→ Veuillez décrire de quelle manière le cadre de performance de cette proposition utilise les indicateurs nationaux, les outils de collecte de données et les systèmes d'établissement de rapports existants.

##### 4.2 b) Renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation

→ Veuillez décrire les activités de renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation à financer dans le cadre de cette proposition.

**TROIS PAGES MAXIMUM**

#### 4.1. Plan national de suivi et cadre de performance pour la proposition. (Annexes 3 et 4)

Le suivi et l'évaluation y compris la recherche action, feront partie intégrante du processus de mise en œuvre et visera à apprécier d'une part, l'efficacité et l'efficience des interventions à travers des indicateurs d'intrants, des résultats opérationnels, des effets et d'autre part, le renforcement du système national de santé. Il devra permettre aux intervenants de différents niveaux du système, de suivre et d'améliorer continuellement leur performance dans la mise en œuvre du Plan Directeur en Santé.

A la fin de chaque année, la DPEV organise, avec les Directions Départementales, une rencontre bilan qui sert essentiellement à évaluer les performances du programme pour l'année en cours. Au terme de cet exercice, et en fonction des objectifs du PPAC, un plan opérationnel est établi pour l'année suivante. Les plans opérationnels font l'objet d'une évaluation à mi-parcours qui sert à ajuster les stratégies et activités visant à l'atteinte des objectifs.

#### 4,2, a) Modalités de suivi et d'évaluation

**L'indicateur lié au but « Pourcentage des enfants de moins d'un an survivants ayant reçu les 3 doses de Pentavalent »** est calculé pour chaque institution et transcrit dans le rapport mensuel institutionnel utilisé au niveau national. Ce rapport est généré à partir des données collectées au niveau institutionnel et communautaire dans les cahiers de consolidation journalière, puis mensuelle (utilisés dans le système d'information du PEV au niveau national).

Ces deux documents : rapport mensuel et cahier de consolidation mensuel sont transmis à la coordination de l'Unité Communale Sanitaire (là où elle est fonctionnelle) et à la Direction sanitaire

départementale après que le graphique de suivi des couvertures vaccinales ait été actualisé. Le niveau UCS et/ou départemental compare les données du rapport mensuel avec celles du cahier de compilation avant de les saisir dans la base de données et de les analyser. Ensuite ces données sont envoyées au niveau central sous forme de fichier électronique où elles font l'objet d'une analyse supplémentaire. Le suivi de cet indicateur se fait à tous les niveaux :

- Niveau institutionnel : par le biais du graphique de suivi des couvertures vaccinales. A ce niveau, cet indicateur peut être suivi mensuellement donnant ainsi aux responsables locaux le temps de réorienter leur stratégies en cas d'évolution de la courbe en dessous de l'objectif mensuel.
- Niveau départemental : A l'occasion des réunions trimestrielles de monitoring des plans opérationnels annuels départementaux auxquelles participent les représentants de toutes institutions prestataires privées et publiques du département sanitaire et des organisations partenaires travaillant dans le domaine de la santé au niveau du département. A ce niveau selon les responsables départementaux peuvent recommander des mesures de redressement aux communes ou aux institutions non performantes. Pour certaines communes à couvertures très basses, des activités intensives supplémentaires peuvent être recommandées.
- Niveau central : A l'occasion, des réunions de monitoring du plan opérationnel annuel national auxquelles participent les responsables des 10 départements, les membres du CCIA et du Comité Technique PEV. A ce niveau, les responsables départementaux peuvent recommander des mesures de redressement aux départements ou aux communes non performantes. Pour certaines communes à couvertures très basses, des activités intensives supplémentaires peuvent être recommandées.

#### **L'indicateur lié au 1<sup>er</sup> objectif « Pourcentage de municipalités disposant d'un micro plan PEV qui est mis en œuvre »**

Les sources de cet indicateur sont les rapports des sessions de micro planification et les rapports trimestriels présentés lors des réunions de monitoring des plans opérationnels départementaux et aussi des réunions semestriels nationales.

Copies des rapports de micro planification et des rapports trimestriels de suivi des plans départementaux.

Comme pour l'indicateur lié au but les supervisions permettent aussi de collecter cette information et d'aider les institutions qui ne disposent pas de micros plans.

#### **L'indicateur lié au 2<sup>ième</sup> Objectif « Taux de déperdition entre la 1<sup>ère</sup> et 3<sup>ème</sup> dose de Pentavalent »**

Les sources de cet indicateur sont les rapports mensuels institutionnels et les cahiers de consolidation journalière puis mensuelle. Dans les cas de taux élevé de déperdition, des activités de rattrapage peuvent être recommandées.

Pour la transmission de cette information, voir l'objectif lié au BUT.

#### **L'indicateur lié au 3<sup>ième</sup> Objectif « Pourcentage de communes où les stratégies avancées sont mises en œuvre. »**

Les sources de cet indicateur sont les rapports des sessions de micro planification, les rapports mensuels institutionnels, les cahiers de consolidation journalières et mensuelles, les rapports des réunions trimestrielles de monitoring des plans départementaux etc.

Pour la transmission de cette information à travers les rapports mensuels, voir l'objectif lié au BUT.

#### **4.2 b) Renforcement des systèmes de suivi /évaluation/amélioration apportée au système d'information.**

Les outils du SIS viennent de faire l'objet d'une révision systématique qui a abouti leur adaptation aux nouveaux besoins d'information du programme. A partir de cette révision, le programme a élaboré un sous-système d'information du PEV.

Concernant le sous-système de suivi /évaluation proprement dit, les actions de renforcement vont porter sur les aspects suivants :

- Augmentation des capacités de suivi actif de la cible qui comprendra :
  - Conception d'une carte nationale de vaccination qui sera utilisée par l'enfant et l'adulte qu'il deviendra. Cette carte sera remise aux parents tandis qu'une copie en papier sera gardée à l'institution. Les 2 cartes comporteront l'adresse et 2 numéros de téléphone : celui de la mère ou du responsable et celui de la personne de la famille la plus joignable.
  - Mise en place au niveau de l'institution d'un classeur à 12 compartiments dans lesquels chaque copie des cartes sera classée dans le mois auquel l'enfant doit recevoir la dose subséquente.

- La dotation de chaque institution d'un téléphone cellulaire portable qui permettra de rappeler aux abandons ou aux retardataires qu'ils doivent venir au centre recevoir leur dose de vaccin (rappel de rendez-vous manqués).
- De plus, le programme va multiplier les graphiques de suivi des couvertures vaccinales qui devront être remis à toutes les institutions. Remplis régulièrement et affichés, ces graphiques permettront au personnel de réaliser un suivi de l'évolution des couvertures.
- Enfin le programme se dotera de 2 nouveaux logiciels: un pour la gestion des intrants et l'autre pour la gestion des statistiques de services. Ces outils informatiques offriront l'avantage de pouvoir être consultés par tous les cadres de la DPEV et des Directions départementales. La possibilité de mettre en réseau le bureau central avec les départements sera envisagée.

## 5. Analyse des écarts, plan de travail et budget détaillés

### 5.1 Plan de travail et budget détaillés

→ Veuillez présenter un plan de travail et un budget détaillé en annexe 5.

### 5.2 Analyse des écarts financiers

→ Veuillez présenter une analyse des écarts financiers (et un tableau relatif au financement de contrepartie pour les candidats sollicitant un financement auprès du Fonds mondial).

### 5.3 Informations permettant d'expliquer et de justifier le budget proposé

→ Veuillez communiquer des informations supplémentaires sur les éléments suivants :

- efforts permettant de garantir un bon rapport coût/efficacité ;
- principaux postes de dépense ;
- coûts liés aux ressources humaines et autres coûts institutionnels significatifs.

## DEUX PAGES MAXIMUM

### 5.1 Plan de travail et budget détaillé. Annexe 5.

L'annexe 5 présente le contenu du plan de travail et du budget détaillé. Les besoins en ressources pour les années 2013, 2014, 2015 ont été établis à partir des composantes du plan pluriannuel complet (PPAC) présentées dans le tableau suivant :

Tableau 10 : Résumé des coûts et besoins en ressources – version synthétique

Composantes du Plan pluriannuel	Dépense	Besoin en Ressources Futures					Total 2011 - 2015
	2006	2011	2012	2013	2014	2015	
	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Vaccins et Logistiques	\$1,224,539	\$2,239,851	\$8,792,768	\$15,694,691	\$15,139,401	\$16,548,823	\$58,415,534
Prestation de service	\$3,636,876	\$3,766,918	\$3,869,767	\$3,975,230	\$4,055,140	\$4,432,036	\$20,099,091
Plaidoyer et Communication	\$847	\$102,000	\$104,040	\$159,181	\$162,365	\$165,612	\$693,198
Monitoring et Surveillance Epidémiologique	\$14,500	\$377,910	\$385,468	\$393,178	\$401,041	\$409,062	\$1,966,659
Management du Programme	\$109,267	\$2,115,480	\$2,157,790	\$2,200,945	\$2,244,964	\$2,289,864	\$11,009,043
Activités supplémentaires de vaccination		\$6,779,424	\$706,117	\$7,611,142	\$6,298,211	\$4,538,096	\$25,932,991
Coûts partagés de systèmes de santé	\$486,368	\$496,096	\$506,018	\$516,138	\$526,461	\$536,990	\$2,581,702
<b>GRAND TOTAL</b>	<b>\$5,472,397</b>	<b>\$15,877,679</b>	<b>\$16,521,968</b>	<b>\$30,550,505</b>	<b>\$28,827,583</b>	<b>\$28,920,483</b>	<b>\$120,698,218</b>

Outils d'estimation des coûts du PPAC 2011-2015

Une analyse sommaire de ce tableau montre que les besoins du programme sont estimés à USD 120,7 millions pour la période, commençant avec USD 15,9 millions en 2011 pour arriver à USD 28,9 millions en 2015. Les besoins pour la routine totalisent USD 94,8 millions, soit plus des trois quart (78 %) du total, alors que les besoins des campagnes sont estimés à USD 25,9 (22 %). Les coûts estimés pour 2015 sont cinq fois plus élevés comparés à l'année de base 2006 (USD 5,5 millions), année où le PEV n'avait pas encore introduit les nouveaux vaccins.

### 5.2 Analyse des écarts financiers

Pour la première année (2013) le gap sera de 13.697.992 USD ; pour 2014 et 2015, ils seront respectivement de l'ordre de 15.718.683 et 17.963.668. De ce fait, si la proposition GAVI est acceptée, et les fonds sont transférés, le Grant GAVI va diminuer ces gaps. Pour couvrir le reste du gap, il faut compter sur la contribution du trésor public et la coopération internationale. Cependant, en ce qui concerne la coopération internationale, dans la plupart des cas, les bailleurs, CDC y inclus, ne peuvent pas encore préciser leur contribution exacte pour les années à venir.

### 5.3 Explication et justification du budget :

Le budget du RSS couvre les domaines suivants :

- La planification stratégique et opérationnelle
- le suivi/évaluation
- La formation du personnel
- La collecte, l'analyse et l'utilisation des données

- Les Infrastructures et équipements
- Les activités communautaires
- L'offre de service de sante de qualité

Les composantes vaccins et logistiques, chaine de froid, surveillance épidémiologique ne sont pris en compte dans le budget RSS parce qu'elles sont couvertes par les financements venant tout particulièrement de GAVI (nouveaux vaccins), de l'UNICEF, de CDC et de la coopération Tripartite (Brésil/Cuba/Haïti).

Les activités sont planifiées avec un souci d'intégration de telle manière à éviter des duplications et à rechercher la complémentarité des interventions.

### Financement du programme.

**Les Tables 1 et 2 du « Formulaire Commun de Proposition Complément à la Demande de Soutien » présente le financement des contreparties pour les années 2013 a 2015 ainsi que les domaines de soutien pour ce financement.**

Les sources de financement actuellement disponibles pour le PEV, qui devraient continuer à l'être au cours des prochaines années et les rubriques auxquelles elles sont destinées, sont les suivantes :

- Le **budget national**, prend et prendra en charge: Les **frais généraux de fonctionnement et de maintenance des services** du niveau central (DPEV) et départemental (DDS) et les **salaires et charges des fonctionnaires** du niveau central/national, départemental et opérationnel
- **L'OPS/OMS et l'UNICEF** prennent et prendront en charge, jusqu'en 2015, à travers le projet PAPEV, projet conjoint financé par le **Canada**, les **salaires des personnels contractuels** de renforcement du niveau central ou national, si besoin, les coûts des **activités d'appui/suivi du niveau départemental par le niveau central** : supervisions des départements, ateliers nationaux de monitoring et de planification, approvisionnement départemental en vaccins et intrants, missions d'installation et de réparation de réfrigérateurs et missions d'assistance technique aux formations et ateliers (monitoring et planification) organisées par les DDS à l'intention des institutions, les coûts de **formation et recyclage des cadres nationaux, départementaux et agents prestataires institutionnels et communautaires**, les coûts de la **surveillance épidémiologique** (investigation de caset recherche active), le renouvellement des **moyens logistiques** (véhicules et motocyclettes), l'acquisition et installation **d'incinérateurs et des recherches opérationnelles** relatives à l'assurance de l'accessibilité géographique du PEV, à la participation communautaire, à l'intégration de la vaccination au paquet Minimum de Services de premier échelon et à la motivation des personnels.
- **L'UNICEF**, prend et prendra en charge, grâce au financement de la coopération du **Japon (JICA)**, les **vaccins actuels et intrants**, y inclus ceux liés à la gestion des déchets et l'acquisition et le renouvellement des **équipements de chaîne de froid** active et passive
- Le **projet tripartite Brésil-Haïti-Cuba**, en plus de fournir de l'assistance technique, prendra en charge l'acquisition de vaccins et d'équipements de chaine de froid.
- Le CDC fournit et fournira le financement pour le renforcement de la chaine de froid (acquisition de 124 réfrigérateurs Solarchills et formation du personnel), l'acquisition et le transport de nouveaux vaccins, la formation du personnel et les salaires du personnel contractuel au niveau des départements, et le renforcement de la surveillance épidémiologique pour les nouveaux vaccins.
- Les **ONG**, en particulier celles dépendant, en totalité ou en partie de la Coopération des États Unis d'Amérique du NORD (**USAID**), prennent et prendront en charge des **salaires et charge de personnels d'encadrement et de prestataires** institutionnels, les **indemnités octroyées aux personnels communautaires** chargés de la réalisation et supervision de la stratégie avancée dans de nombreuses communes réparties dans tous les départements.

- Des **institutions de statut privé ou mixte** prennent et prendront en charge des personnels et des coûts d'acheminement des vaccins et intrants, y inclus le gaz, depuis les dépôts départementaux.
- **GAVI** : Les financements à solliciter auprès de GAVI sont les suivants :
  - Financement pour les nouveaux vaccins
  - Projet GAVI-RSS ; et
  - Le financement l'introduction des nouveaux vaccins : à raison d'une somme forfaitaire d'USD 100,000.

## 6. Modalités de mise en œuvre, capacités et suivi stratégique du programme

### 6.1 a) Entités d'exécution principales

->Pour chaque entité d'exécution principale, veuillez lister les objectifs dont elles auront la charge. Veuillez indiquer le motif de leur nomination, y compris leurs capacités techniques, managériales et financières pour gérer et assurer le suivi stratégique de la mise en œuvre des objectifs, ainsi que leurs précédentes expériences en gestion de subventions du Fonds mondial et/ou de GAVI. Décrivez les obstacles susceptibles d'affecter les performances (référez-vous aux évaluations actuelles de capacité, le cas échéant) ainsi que les stratégies destinées à atténuer les problèmes rencontrés.

→ Veuillez copier-coller les tableaux ci-dessous s'il y a plus de deux entités d'exécution principales. Si une entité d'exécution principale intervient dans le cadre de plusieurs objectifs, indiquez tous les objectifs.

<b>Entités d'exécution principale :</b>	MSPP
<b>Objectif(s) :</b>	1) Coordonner le processus d'élaboration de la proposition GAVI-RSS 2) Coordonner l'exécution technique, managériale et financière du Plan de RSS.

→Description des capacités techniques, managériales et financières des entités d'exécution principales.

#### **UNE DEMI-PAGE MAXIMUM**

L'entité d'exécution principale du Plan de RSS est le Ministère de la Santé Publique et de la Population qui a délégué cette fonction à la Direction du Programme Elargi de Vaccination ou DPEV.

La DPEV est une direction centrale du MSPP dirigée par un Directeur qui détient une maîtrise en Santé Publique ou qui a occupé pendant au moins 7 années des postes de gestion au niveau central ou départemental

Le Directeur est assisté d'un Directeur adjoint qui est chargé de la coordination.

La DPEV comprend 5 services ;

- Un service administratif dont la mission est d'assurer la gestion des ressources humaines de la Direction,
- Un service des Opérations de terrain dont les responsabilités portent sur la planification, le suivi et l'encadrement des activités de formation, la planification, la coordination et le suivi des missions de supervision.
- Un Service de gestion de la logistique, de la chaîne de froid et des vaccins
- Un Service de Statistiques /informatique
- Un Service de Surveillance Épidémiologique.

La DPEV va assurer la gestion technique du projet à travers ses structures et cela avec l'appui technique des différents partenaires qui intègrent le CCIA et le Comité Technique PEV.

En 2011, l'ensemble des activités mises en œuvre par la DPEV, en collaboration avec ses principaux partenaires, correspond à un budget annuel d'environ de 12 MM US \$. La DPEV a l'expérience de gestion de plusieurs projets internationaux dont le PAPEV financé par l'ACDI et la coopération Tripartite. Elle gère actuellement, avec le support de l'OPS/OMS, un Grant de GAVI pour l'introduction de nouveaux vaccins. Elle supervise près de 600 institutions qui font des vaccinations de routine.

<b>Entité d'exécution principale :</b>	OPS/OMS
<b>Objectif(s) :</b>	1) Suivi et accompagnement technique et administratif. 2) Appui technique à la mise en œuvre et suivi de la proposition GAVI-rss 3) Le contrôle technique, administratif et financier



→ Description des capacités techniques, managériales et financières des entités d'exécution principales.

### **UNE DEMI-PAGE MAXIMUM**

L'OPS/OMS entant qu'Agence spécialisée du Système des Nations Unies dans le domaine de la santé dispose de capacités techniques requises pour la gestion administrative et financière de ce projet. Cette expérience dans la gestion des projets a déjà été prouvée dans le cadre de l'appui GAVI (RSV, introduction nouveaux vaccins) comme dans d'autres projets locaux ou internationaux.

Le Plan de coopération biennuel signé entre l'OPS/OMS et le MSPP et basé sur la Coopération Stratégique, CCS 2013 est en parfaite harmonie avec les grandes lignes définies dans le plan du MSPP. A ce titre, la vaccination constitue un des volets les plus importants de la coopération entre les deux entités.

La Représentation de OPS/OMS en Haïti, dispose dans son effectif permanent d'un consultant international recruté en appui au Programme national de vaccination et d'un assistant administratif. Il est secondé dans ses activités par un autre consultant international chargé spécifiquement de l'appui au PEV à travers un projet financé dans le cadre de la coopération Canadienne (PAPEV). De plus, l'équipe du PEV à l'OPS/OMS a procédé au recrutement d'un consultant national doté d'une expérience avérée en management des services de vaccination. Il joue également un rôle important dans la liaison permanente avec l'équipe PEV du MSPP.

Sur le plan administratif et financier les évaluations et audits réalisés au sein du bureau lui créditent d'une bonne appréciation dans ces domaines

### **6.1 b) Coordination entre les différentes entités d'exécution**

→ Veuillez indiquer les modalités de coordination a) entre plusieurs entités d'exécution principales, dans le cas où plusieurs sont désignées pour la proposition et b) entre chaque entité d'exécution principale désignée pour la proposition et ses sous-entités d'exécution.

### **UNE PAGE MAXIMUM**

La gestion des fonds d'appui au RSS sera conjointement exécutée par l'OPS/OMS et le MSPP

Dans le cadre de cette gestion conjointe, les fonds seront transférés sur le compte de l'OPS/OMS.

Avant tout décaissement, les deux entités d'exécution doit établir un plan de travail annuel (PTA) dont le contenu servira à préparer le budget.

Le processus de décaissement sera initié par l'élaboration d'une lettre d'accord signée entre la Ministre et la représentation de l'OPS/OMS en Haïti. La lettre d'accord doit mentionner avec détail les activités qui doivent être réalisées et les montants qui y sont affectés de manière spécifique, les conditions liées à la gestion des fonds et à la justification des dépenses. Une fois les lettres d'accord signées par les concernés, à partir des requêtes de l'administration du MSPP, des virements de fonds seront opérés par l'OPS/OMS au profit des directions et services concernés par la mise en œuvre du plan de renforcement.

Le Ministère de la Sante Publique et de la Population et l'OPS/OMS étant les deux entités responsables de la gestion et de l'administration des fonds, la coordination entre elles se fera à travers des réunions trimestrielles au cours desquelles le MSPP doit présenter les rapports financiers concernant les fonds reçus. Ces rapports seront consolidés par l'OPS/OMS qui sera chargée de les faire parvenir à qui de droit.

Les réunions du CCIA pourront aussi servir de cadre de suivi de l'exécution du budget en collaboration avec les autres partenaires impliqués.

### 6.1 c) Sous-entités d'exécution (ne s'applique pas aux candidats auprès de GAVI)

(i) D'autres départements, institutions ou organismes participeront-ils à la mise en œuvre en tant que sous-entités d'exécution ?

Oui → aller à la section 6.1 c) (iii) et 6.1 c) (iv)

Non → aller à la section 6.1 c) (ii)

(ii) Si non, pourquoi pas ?

#### **UNE DEMI-PAGE MAXIMUM**

(iii) Veuillez lister les sous-entités d'exécution identifiées et, pour chacune d'entre elles :

- précisez les rôles et responsabilités à remplir ;
- indiquez les expériences de mise en œuvre antérieures ;
- précisez la couverture géographique et résumez le champ d'application technique ;
- décrivez les obstacles susceptibles d'affecter les performances et les stratégies destinées à atténuer les problèmes rencontrés.

#### **DEUX PAGES MAXIMUM**

##### **6.1. iii)**

(iv) Si le secteur privé et/ou la société civile ne participent pas à la mise en œuvre, au niveau de la sous-entité d'exécution, ou si leur implication est limitée, veuillez expliquer pourquoi.

#### **UNE DEMI-PAGE MAXIMUM**

Le secteur privé et la société civile ne sont pas directement des sous-entités d'exécution. Cependant, leur contribution dans les activités en rapport avec le développement du système de santé en général et le programme de vaccination en particulier n'est pas négligeable. A ce titre, il faut rappeler que le fonctionnement de près de la moitié des institutions sanitaires du pays relève de l'initiative d'institutions caritatives ou d'organisations non-gouvernementales qui travaillent en collaboration avec le MSPP. De plus, en ce qui concerne tout particulièrement le programme national de vaccination, les groupes organisés de la société civile, notamment les organisations communautaires de base, la Société Haïtienne de Pédiatrie, la Croix Rouge Internationale, le Rotary Club, sont des partenaires privilégiés de la DPEV dans le cadre de l'exécution des activités de ses plans annuels.

### 6.1 d) Renforcement des capacités de mise en œuvre

(a) Les candidats sont invités à inclure une demande de financement d'assistance technique, afin de renforcer les capacités et la qualité des services, qui doit s'appuyer sur un plan d'assistance technique. Dans le tableau ci-dessous, veuillez fournir un résumé du plan d'assistance technique.

→Veuillez-vous référer à la note d'information Renforcer la capacité de mise en œuvre pour plus d'informations générales et détaillées.

Objectif en matière d'assistance technique et/ou de gestion	Activité d'assistance technique et/ou de gestion	Bénéficiaire prévu de l'assistance technique et/ou de gestion	Durée estimée	Coût estimé → même devise que pour la proposition
→veuillez ajouter des lignes supplémentaires si nécessaire.	N/A			

(b) Veuillez décrire le processus d'identification des besoins d'assistance répertoriés dans le tableau ci-dessus.

**UNE DEMI-PAGE MAXIMUM**  
N/A

(c) Si aucune demande d'assistance technique ne figure dans la proposition, veuillez fournir une justification ci-dessous.

**UNE DEMI-PAGE MAXIMUM**

Les deux entités principales d'exécution (MSPP, OPS/OMS) disposent de cadres techniques suffisamment qualifiés pour pouvoir assurer la mise en œuvre de ce plan de renforcement. Par le passé, elles ont eu à gérer conjointement et avec succès des projets dans le cadre de l'appui GAVI (RSS en 2009, introduction des nouveaux vaccins en 2011) ou dans d'autres projets comme le PAPEV.

### 6.2 Modalités de gestion financière

→ Veuillez indiquer :

- les mécanismes de gestion financière suggérés pour cette proposition ;
- les processus et systèmes proposés pour une gestion financière efficace de cette proposition, notamment l'organisation et la capacité du service financier et les modalités suggérées pour la planification et la budgétisation, la trésorerie (gestion et décaissement des fonds), la comptabilité et la communication de l'information financière, le contrôle et l'audit internes, l'approvisionnement, la gestion des actifs et l'audit externe ;
- l'assistance technique proposée pour renforcer les capacités de gestion financière, dans le but de mener à bien les fonctions énumérées ci-dessus.

**DEUX PAGES MAXIMUM**

Les fonds RSS seront transférés sur le compte de l'OPS/OMS domicilié à Washington. Pour la mise en œuvre des activités, les décaissements se feront sur la base de réquisitions émanant de l'unité de gestion et destinées à couvrir les besoins définis dans le cadre du plan d'action (national et départemental) conformément aux procédures établies pour l'OPS/OMS pour toutes les activités de la coopération technique.

Sur le plan technique, chaque institution qui a la responsabilité de la mise en œuvre des activités de la proposition élaborera un rapport sur les activités réalisées au cours de l'année. Chaque rapport sera établi sur base des objectifs retenus dans le plan d'action annuel approuvé.

Les comptables des Directions Départementales de la Santé seront chargés du suivi mensuel et du contrôle de l'utilisation des fonds ainsi que du respect des procédures au de chaque département. Au niveau central, ces activités seront placées sous la responsabilité de la Direction de l'Administration et du Budget (DAB) du MSPP. En collaboration avec l'OPS/OMS, la DAB sera également chargée du suivi et du contrôle financier des

départements.

Sur une base semestrielle, un audit interne sera réalisé au niveau central ainsi que dans chaque département par une équipe conjointe DAB et OPS/OMS. Enfin, il sera réalisé la fin de chaque année un audit externe du projet par un cabinet indépendant suivi d'une restitution auprès de tous les acteurs concernés.

### 6.3 Modalités de gouvernance et de suivi stratégique

→ Veuillez indiquer :

- a) *le ou les comités responsables de la gouvernance du soutien au renforcement des systèmes de santé dans le pays, ainsi que les rôles du Comité de coordination du secteur de la santé et de l'instance de coordination nationale. Il convient également de préciser en quoi les rôles de ces organes sont alignés sur les exigences du Fonds mondial ou de GAVI ;*
- b) *les mécanismes de coordination du soutien proposé avec d'autres activités et programmes de renforcement du système de santé ;*
- c) *les plans destinés à renforcer la gouvernance et le suivi stratégique (le cas échéant) ;*
- d) *les besoins en assistance technique pour l'amélioration des processus de gouvernance mentionnés ci-dessus.*

#### **UNE PAGE MAXIMUM**

Le MSPP représente l'autorité sanitaire nationale qui fixe les grandes orientations stratégiques du secteur santé à travers son Plan Directeur (annexe 7). Le RSS est une émanation de ce Plan Directeur et ses principes de gouvernance sont validés par le CCIA qui est une structure d'appui au programme national de vaccination.

Le CCIA est un organe chargé de la coordination et du suivi des activités du PEV. Il est défini dans les documents du PEV comme l'organe de concertation entre le MSPP et ses partenaires dans le but d'appuyer le bon développement du programme. Cette concertation porte sur les fonctions partagées suivantes:

- l'élaboration du Plan Stratégique pluriannuel du PEV
- l'harmonisation des besoins avec les ressources disponibles ou mobilisables au niveau national et international
- La mobilisation des ressources nécessaires au financement du PEV
- La surveillance de l'adéquation des allocations budgétaires par rapport à l'importance des activités et à leur vulnérabilité.
- Le suivi et l'évaluation de l'exécution de Plan Stratégique Pluri Annuel PEV.
- La validation des plans stratégiques, opérationnels et rapports.

La coordination du Soutien de GAVI au RSS se fera par cette même entité qui d'ailleurs a appuyé l'équipe chargée de l'élaboration de la proposition.

Le CCIA est formé des représentants des Agences qui appuient techniquement, financièrement ou matériellement le PEV. Il est présidé par le Ministre de la Santé Publique et de la Population tandis que le secrétariat est assuré par le Directeur du PEV. Ce Comité tient des réunions ordinaires chaque 2 mois et des réunions extraordinaires au besoin.

#### ***Le CCIA bénéficie de l'appui du Comité Technique PEV dans le cadre du processus de prise de décision (expertise technique)***

Le Comité Technique PEV est un organe qui réunit des techniciens du MSPP et des partenaires dans le domaine de la vaccination et de la santé publique en générale. Il a pour mission d'apporter une assistance technique à la Direction du Programme National de Vaccination dans les choix politiques et stratégiques et le pilotage du programme.

En accord avec ce qui précède, le Comité Technique PEV a les responsabilités suivantes

- appui la révision et l'actualisation du calendrier de vaccination
- formulation de recommandations pour l'introduction de nouveaux vaccins
- formulation de recommandations en relation avec les groupes cibles pris en compte dans

les processus d'élimination et d'éradication de maladies évitables par la vaccination.

- Répond aux questions posées par écoles de formation médicale et paramédicale en rapport avec les décisions prises au niveau national en matière de vaccination.
- Appui au programme national dans la préparation de la participation du pays aux grandes réunions internationales sur la vaccination.
- Analyse des documents (rapports, plans) soumis par le programme national au CCIA et préparation à l'intention des membres de résumés avec commentaires et recommandations

La composition du Comité Technique PEV lui permet d'exercer avec compétence les fonctions qui lui sont dévolues et de développer les activités dont il a la charge. Aussi le Comité est-il formé de techniciens dotées de compétences et d'expériences dans les domaines de la sante publique, de l'épidémiologie, de l'immunisation, des vaccins, de la chaine de froid et si nécessaire de l'économie de la santé pour que ses recommandations et les résultats de ses analyses puissent représenter « **le dernier mot** » pour étayer les décisions stratégiques à prendre par le Programme ou par la haute direction du Ministère dans le cadre du PEV.

C'est ainsi que la participation du Comité Technique s'est révélée très active dans l'élaboration de la proposition pour le soutien au RSS. Il a d'abord assisté le consultant dans la définition des objectifs qui devaient découler des orientations stratégiques données par la ministre et le CCIA.

Le Comité Technique a ensuite participé à toutes les sessions de révision du document avant qu'il soit soumis à la signature des Ministres de la Santé et des finances.

Quant au CCIA, il a joué pleinement son rôle dans le processus dans la mesure où il a eu à valider la proposition après présentation par la DPEV des grandes lignes.

## 7. Risques et conséquences involontaires

### 7.1 Risques majeurs

→ Veuillez indiquer tout risque majeur « interne » (pouvant être contrôlé par les responsables de la mise en œuvre du soutien au renforcement des systèmes de santé) et « externe » (ne pouvant être contrôlé par eux) susceptible d'avoir un impact négatif sur la mise en œuvre et les performances des activités proposées.

Risques	Stratégies d'atténuation
Retard dans la mise à disposition des fonds au profit des services centraux et départementaux.	Prévoir des procédures de décaissement claires et connues des acteurs à tous les niveaux. Définir les périodicités pour l'envoi des requêtes de décaissement
Les grands partenaires ne parviennent pas à concilier la logique de leurs politiques ou de leurs priorités institutionnelles à long terme avec l'intérêt supérieur du programme national de vaccination	Organiser sur une base régulière des réunions de suivi du CCIA et du CT/PEV. Prendre toutes les dispositions pour renforcer le leadership du MSPP
La présence d'une catastrophe ou d'une épidémie pour lesquels le système de santé haïtien n'était pas préparé et qui affecte les capacités de gestion et la mobilisation des ressources pour le financement des programmes.	Elaboration d'un plan de contingence Mobilisation extraordinaire des fonds provenant des autres Agences Internationales.

### 7.2 Conséquences involontaires

→ Veuillez indiquer toute conséquence involontaire susceptible de se produire du fait de la mise en œuvre de la proposition, ainsi que les stratégies destinées à atténuer ces conséquences involontaires.

#### **UNE DEMI-PAGE MAXIMUM**

Cette proposition est parfaitement en accord avec la politique nationale de santé et le Plan Directeur 2012-2021. D'ailleurs, les objectifs et les activités du Plan RSS, vont contribuer à l'atteinte des objectifs et à l'exécution des activités des plans opérationnels annuels issus de l'opérationnalisation du Plan Directeur. Cependant il peut arriver que des situations liées à la mise en œuvre de la proposition interfèrent avec le développement d'autres programmes de santé. Dans ce cas, il faut renforcer les mécanismes de coordination entre les différentes entités du MSPP et autant que possible à travers la Direction Générale.

### Annexes obligatoires

→ Veuillez marquer d'une coche les annexes incluses

N°	Annexe	✓
1	Politique nationale, stratégie nationale ou autres documents joints à cette proposition, qui mettent en évidence les interventions stratégiques de renforcement des systèmes de santé	✓
2	Cadre logique	✓
3	Plan national de suivi et d'évaluation	✓
4	Cadre de performance	✓
5	Analyse des écarts, plan de travail et budget détaillés	✓

### Annexes facultatives

→ Veuillez marquer d'une coche les annexes incluses

N°	Annexe	✓
6	Abréviations et acronymes	✓
7	Plan Directeur de Sante 2012-2021	✓
8	Communes en RED	✓
9	PAP-PEV 2011-2015	✓
10	Indicateurs de Performance	✓
11	Plan d'introduction de nouveaux vaccins	✓
12	Compte rendu du CCIA du 29 aout 2012	✓
13	Complément à la demande de soutien	✓
14	Complément demande avec RSS signatures	✓