

Haïti Evaluation conjointe 2014

1. Brève description du processus

Suite au dialogue entre les autorités gouvernementales présentes à l'Assemblée mondiale de la Santé qui a eu lieu du 15 au 24 mai 2014 à Genève, une lettre officielle a été envoyée au Ministère avec copie aux partenaires pour suggérer que la période du 14 au 19 juillet 2014 soit retenue pour effectuer l'évaluation 2013. La mission conjointe a commencé par un briefing et par la suite, le modèle d'évaluation a été rempli par la DPEV avec l'appui des partenaires. Une première réunion du CCIA a eu lieu le lundi 21 Juillet qui a discuté le draft du document avec la participation des partenaires suivants: CDC, OPS-OMS, Canada, UNICEF, Coopération Tripartite (Cuba, Brésil, Haïti), PHAREV, Croix Rouge Haïtienne, UNOPS, GAVI Secrétariat. Le document a été validé au cours de la réunion du CCIA du 1^{er} août 2014. Cette année, le processus d'évaluation n'est pas conforme au processus national, mais dans le futur on envisage d'harmoniser ces deux processus.

Les documents suivants ont été consultés pendant l'évaluation:

- APR 2013
- Plan opérationnel 2013
- PPAC 2011 – 2015
- JRF 2013
- EMMUSS V
- Inventaire de la chaîne de froid (rapport GEV 2013)
- GEV 2013
- PAPEV
- SISPEV

2. Réalisations et contraintes

Les objectifs de couverture fixés dans le APR 2013 (BCG 70%, Penta3 85%, VPO3 75%, RR 70%) ont été atteints ou dépassés (BCG 75%, Penta3 85%, VPO3 92%, RR 80%). Toutefois le WUENIC pour 2013 a donné des couvertures plus basses sauf pour le BCG (BCG 83%, Penta1 86%, Penta3 68%, VPO3 67%, RR 65%). Le Ministère a émis des réserves sur ces estimations et planifie une enquête de couverture en 2015. Le taux d'abandon dans l'APR est de 0%, alors qu'il est de 5.4% selon le JRF 2013.

Il n'y a pas d'homogénéité de couverture géographique dans le pays. Sur les dix départements, deux sur dix ont eu couverture de plus de 100%, deux ont entre 80% et 100%, et six ont moins de 80%. Les données administratives ne permettent pas d'évaluer la couverture par sexe. Cependant, les enquêtes d'EMMUS 2006 et 2012 et les enquêtes de couverture de CDC 2009 et 2012, n'ont pas trouvé de différences de couverture en rapport avec le sexe.

Les écarts observés au niveau des couvertures vaccinales des départements ne seraient pas seulement liés à des difficultés d'accès géographique des populations marginalisées ou difficiles à atteindre.

Un plan pour surmonter les barrières à l'atteinte de couvertures vaccinales homogènes et élevées dans les départements et les communes a été approuvé par le CCIA et sera mis en œuvre en 2015.

Vu les faibles performances du programme (couvertures RR inférieures à 95% et administration d'une dose unique à 9 mois), le nombre de personnes susceptibles à la rougeole-rubéole va dépasser la cohorte de naissance en 2015 d'où la nécessité d'organiser une campagne de vaccination de suivi d'ici 2015.

Par rapport au taux de perte des vaccins, il n'y a pas d'information fiable car les données nécessaires ne sont pas collectées et analysées au niveau institutionnel.

3. Coordination et gouvernance

Le CCIA fonctionne et la Ministre de la Santé préside les réunions (au moins 3 dans 2013). Cependant il ne dispose pas encore de Termes de référence validés. Les comptes rendus sont signés et partagés avec tous les membres.

Le plan opérationnel 2013 a été élaboré puis validé par le CCIA. Haïti ne dispose pas de GTCV.

La société civile est régulièrement représentée aux réunions du CCIA représentée par la Société haïtienne de Pédiatrie. La Plateforme Haïtienne pour le Renforcement de la Vaccination (PHAREV) est aussi dans le CCIA, mais pas de mention sur le rapport annuelle.

Le Comité de Coordination du Secteur de la Santé (CCSS) dénommé en Haïti Table Sectorielle Santé fonctionne et certains membres du CCIA participent dans les réunions du CCSS mais il est difficile d'évaluer l'efficacité du CCSS.

4. Gestion des programmes

Il existe un cadre intégré de suivi et évaluation du plan pluriannuel complet 2011–2015 et des plans opérationnels qui prennent en compte les Soutien aux Vaccins Nouveaux (SVN).

Ces évaluations permettent d'adapter nos stratégies.

Le plan opérationnel a été validé par le CCIA ainsi que le budget des différentes activités.

Les fonds arrivent souvent en retard du fait de multiples facteurs tels que :

- ✓ les cycles budgétaires qui ne sont pas harmonisés,
- ✓ les mécanismes de décaissement lourds et aggravés par le retard de justification des fonds antérieurement octroyés,
- ✓ la transmission non fluide des informations entre d'une part les partenaires et d'autre part les différents niveaux du Ministère,
- ✓ la faiblesse dans la coordination entre les partenaires

Les micros plans ne sont pas systématiquement élaborés pour la vaccination de routine et sont souvent en retard. Il est prévu dans le cadre du GAVI RSS la prise en compte des activités d'élaboration de micros plans institutionnels intégrés. Ces micros plans seront intégrés dans les plans opérationnels PEV départementaux ainsi que du plan opérationnel PEV national.

Dans le Plan opérationnel 2013 il a été prévu plusieurs formations. Les activités de formation suivantes ont été réalisées :

- ✓ gestion des vaccins (VSSM (niveau central et 5 départements), DVDMT et SMT) à l'intention des responsables du niveau central et départemental,
- ✓ gestion du PEV à l'intention des professionnels nationaux,
- ✓ gestion des Centres modèle de vaccination pour les responsables,
- ✓ Collecte et analyse des données PEV à l'intention des prestataires

Ces formations ont été financées par CDC, PAPEV/Canada, GAVI, MRI (Measles- Rubella Initiative). La supervision formative est planifiée mais se réalise irrégulièrement.

5. Réalisation des programmes

Les fonds GAVI RSS n'ont pas été reçus en 2013.

Plusieurs activités ont été réalisées en 2013 pour améliorer les couvertures vaccinales (à partir d'autres financements):

- ✓ Les activités de rattrapage RR réalisées dans les départements (Centre, Nord Est et Ouest).
- ✓ Les activités d'accélération vaccinale dans le département de l'Ouest
- ✓ Opération coup de poing

- ✓ La semaine de sante de l'enfant dans l'ensemble du pays
- ✓ Les trois passages de la vaccination des femmes en âge de procréer contre le tétanos dans 65 communes à haut risque.

Ces activités étaient souvent réalisées en retard et/ou partiellement pour des raisons liées au manque ou à l'arrivée tardive des fonds ou pour conflit de calendrier.

En 2013 le pays a connu des ruptures en vaccins RR. En plus, la rupture de seringues BCG n'a pas permis l'administration du vaccin pendant 6 mois.

Les causes de ces ruptures sont liées à plusieurs facteurs :

- ✓ le manque de financement gouvernemental pour l'achat de vaccin
- ✓ le non prise en compte des quantités correspondantes des seringues lors de la donation du vaccin BCG,
- ✓ la faiblesse des capacités de gestion des vaccins et intrants à tous les niveaux.

L'introduction du vaccin contre le rotavirus n'a pas pu avoir lieu comme prévu en 2013 du fait de retard dans la mise en place des équipements de renforcement de la chaine de froid au niveau départemental.

Comme leçons à tirer on peut citer :

- ✓ la nécessité de mettre en œuvre les activités préparatoires à l'introduction des nouveaux vaccins selon le plan,
- ✓ l'importance de la coordination des interventions des partenaires

La stratégie «RED» est mise en œuvre dans 70 communes sur 140 mais il se pose un problème de financement pour pérenniser et généraliser cette approche.

Les activités de formation et de supervision sont réalisées selon les besoins. Elles sont cependant irrégulières à cause de l'insuffisance du personnel et des conflits de calendrier.

Seuls les centres de santé couverts par le «RED» et certaines institutions appuyées par les ONG bénéficient de financement pour la mise en œuvre de la stratégie avancée.

Les activités de mobilisation sociale contribuent à augmenter la fréquentation des services de vaccination. Elles gagneraient cependant à être mieux appuyées sur le terrain par une plus grande implication des Agents de Santé Communautaires pour la réduction des taux d'abandon.

6. Suivi et évaluation, surveillance et qualité des données

Le pays a mis en place un mécanisme de suivi mensuel de la transmission des rapports mensuels de vaccination par les institutions et les départements (complétude et promptitude). En 2013, les CDC ont réalisé une analyse situationnelle limitée de la qualité des données. Il est prévu une évaluation compréhensive et un renforcement de la qualité des données vers la fin de l'année 2014 et début 2015.

Le dernier recensement de la population date de 2003. Il n'existe pas systématiquement d'enquêtes intermédiaires mais cependant, des enquêtes EMMUS sont réalisées tous les 5 ans et fournissent des données les couvertures vaccinales chez les enfants âgés de 12 à 23 mois.

Pour la surveillance des MEV (PFA, rougeole, rubéole) les données sont analysées chaque semaine avec tous les partenaires. Ces données (PFA, rougeole, rubéole) sont transmises chaque semaine à PAHO Washington pour comparaison avec les autres pays de la région. La surveillance des maladies évitables par les nouveaux vaccins (Rotavirus, Hib et pneumo) a été mise en œuvre en 2013 à travers le site sentinelle Hôpital Universitaire la Paix. Cependant, il existe d'autres sites pour la surveillance des diarrhées à rotavirus.

Les rapports mensuels de vaccination sont transmis chaque mois au niveau national, cependant les taux de complétude et de promptitude doivent être améliorés. Le monitoring des activités vaccinales et de couvertures sont réalisées trimestriellement au niveau des départements et

semestriellement au niveau national. Un bulletin trimestriel est partagé et reprend les couvertures vaccinales et les performances de la surveillance des maladies évitables par la vaccination. Les activités de GAVI RSS vont commencer en 2014. L'introduction du vaccin pentavalent n'a pas été suivie d'une évaluation.

7. Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, si pertinent

Le dernier cas de poliomyélite du virus sauvage en Haïti date de 1989 et le dernier cas de poliomyélite du virus dérivé du vaccin (vDPV) date de 2001. La vaccination antipoliomyélique est totalement intégrée à la vaccination de routine depuis le démarrage du programme.

Le personnel de terrain dédié à la lutte est constitué par les Stop Team que le pays reçoit depuis quelques années, les épidémiologistes ainsi que les prestataires institutionnels et communautaires.

Leur cahier de charge intègre le renforcement des activités du programme de vaccination de routine.

Pour l'introduction du vaccin VPI, le pays a reçu les recommandations régionales pour maintenir l'éradication de la polio et l'introduction du VPI et va entamer leur mise en œuvre.

Les couvertures vaccinales dans les départements/communes à risque ont augmenté mais n'ont pas toutes atteint une augmentation de 10%.

8. Renforcement des systèmes de santé

Les fonds RSS sont arrivés au pays en février 2014, les activités n'ont pas encore démarrées. Le pays se propose de modifier certaines activités tout en respectant les trois grands objectifs de la proposition approuvée par GAVI en 2013.

9. Utilisation des subventions en espèces autres que le RSS de GAVI

Le pays a reçu en 2013 une allocation provenant de Gavi via PAHO pour l'introduction des vaccins pentavalent et rotavirus, certaines activités n'ayant pas été réalisées, il est prévu une reprogrammation de la balance de USD 66 000 en 2014.

Par rapport aux fonds versés au Ministère, la balance de USD 25 063 n'a pas été utilisée en 2013. Par contre, son utilisation en 2014 est prévue pour le renforcement de la logistique du bureau central : maintenance des véhicules, achats d'équipement de bureau.

Il a été noté que certains fonds (\$3,915 USD) ont été utilisés pour des frais de dédouanement, tandis que le pays a signé l'accord de partenariat où il est stipulé que les fonds (SSV) ne peuvent pas être autorisés pour payer le dédouanement des vaccins ou autres.

10. Gestion financière

Les rapports financiers sont produits lors de la transmission des Rapports de situation annuels.

Il n'y a pas eu d'audit des fonds alloués.

Il n'y a pas eu de problème dans l'envoi des financements. Cependant certains rapports financiers et techniques sont encore attendus de la part des départements.

11. Objectifs du SVN

L'introduction du vaccin contre le pneumocoque est prévue en 2015 toutefois elle devrait être retardée à cause de la faiblesse actuelle des capacités de stockage et des autres activités prévues en 2015 (campagnes TMN, RR, Cholera et VPI).

Il y a une préoccupation par rapport au vaccin antirotavirus, Haïti a reçu un vaccin dont le volume unitaire de stockage est de 85,3 cm³/dose contrairement à la présentation de 17.1 cm³/dose qui avait été planifiée.

Avec la présentation actuelle du vaccin anti-rotavirus, la capacité de stockage de la chaîne de froid est insuffisante à tous les niveaux. La chaîne de froid est peu fiable du fait qu'environ 80% des équipements sont à absorption utilisant du gaz dont l'approvisionnement est problématique. De ce fait, il est nécessaire d'assurer la réhabilitation de la chaîne de froid par l'acquisition, l'installation et la gestion d'équipements solaires au cours des trois prochaines années pour un

cout d'investissement de USD 15.6 Millions afin d'augmenter la capacité de stockage pour pouvoir introduire les nouveaux vaccins.

Entre 2013 et 2014, CDC a financé l'achat et l'installation de frigos solaires Dometic(78) dans les dépôts intermédiaires. 70 frigos ont été installés CDC soutient l'installation des équipements solaires restants au dépôt de Hinche, et va contribuer à l'achat et l'installation d'équipements solaires pour les institutions jusqu'à 2017, à la maintenance, et la formation des techniciens chaîne du froid. Ainsi d'autres partenaires sont appelés à contribuer pour combler le déficit en équipements Chaîne de froid et renforcer le système de la chaîne de froid.

L'évaluation GEV réalisée en 2013 a soulevé un défi important dans la gestion des vaccins et de la chaîne de froid.

12. Financement et viabilité de la vaccination

Il y a des préoccupations par rapport à la pérennisation du financement des nouveaux vaccins déjà introduits et à la poursuite de l'introduction d'autres nouveaux vaccins (pneumo, IPV, HPV), à la fin de l'appui GAVI et du cofinancement alloué par le CDC.

Le pays devra étudier la manière de financer graduellement le cout des vaccins traditionnels ainsi que le cofinancement des nouveaux vaccins.

Le pays envisage de prendre en compte à partir de 2014, le financement partiel de l'achat de gaz propane à travers son budget (Trésor public).

13. Assistance technique

Le pays souhaite disposer d'une Assistance technique dans les domaines suivants :

- ✓ Elaboration du Plan de Viabilité financière (court terme)
- ✓ Renforcement du Système d'information sanitaire (moyen terme)
- ✓ Maintien de l'appui à la logistique et la Chaîne de froid et gestion des vaccins (moyen terme)
- ✓ Renforcement de la communication pour la vaccination

14. Recommandations pour le Comité d'examen

Thème	Recommandation
SNV	Renouvellement du vaccin Pentavalent dans sa présentation actuelle
	Renouvellement du vaccin contre le rotavirus dans sa présentation actuelle
	Renouvellement du vaccin contre le pneumocoque dans sa présentation actuelle

15. Actions programmatiques

Thème	Mesures à prendre	Responsables	Date limite
Réalizations et contraintes	Organiser une campagne de vaccination contre la rougeole-rubéole-polio	Tous partenaires	Q3, 2015
	Organiser des activités d'accélération PEV dans les communes à basse couverture vaccinale		Q2 et Q3, 2014
Coordination et Gouvernance	Signer les Termes de référence du CCIA et du CT/PEV	MSPP	Q3, 2014
	Améliorer la coordination des interventions dans le cadre du PEV (réorganisation, renforcement de la DPEV)	MSPP	Q3, 2014
	Finaliser et mettre en œuvre le plan opérationnel du 2eme semestre 2014	MSPP	ASAP
	Elaborer le plan Pluriannuel complet 2016-2020	MSPP et partenaires	Q1, 2015
Réalisation des programmes	Mettre en œuvre la stratégie RED dans toutes les communes	MSPP, UNICEF, PAHO	2015
Suivi et évaluation, surveillance et qualité des données	Mettre en œuvre une enquête de couverture vaccinale	CDC, PAHO	Q2, 2015
	Organiser un audit de la qualité des données de vaccination	CDC, PAHO	Q4, 2014
	Intégrer l'évaluation de l'introduction des vaccins pentavalent et rota virus dans le cadre de l'évaluation du PEV	Tous partenaires	Q4, 2014
Initiative mondiale Eradication de la Poliomyélite	Soumettre à GAVI une proposition pour l'introduction du vaccin IPV	DPEV	Nov. 2014
Renforcement Systèmes de Sante	Démarrer la mise en œuvre des activités RSS/GAVI	MSPP, PAHO	ASAP
Objectifs SNV	Renforcer les équipements de la chaine de froid à tous les niveaux	UNICEF, CDC, PAHO	2015

Financement et viabilité de la vaccination	Réaliser une étude sur la viabilité financière du PEV	MSPP, PAHO	Q3, 2014
	Mobiliser des ressources internes pour le financement des vaccins traditionnels en 2015	MSPP	Q4, 2014
Renforcement de la gestion des vaccins	Le plan d'amélioration GEV est finalisé et validé par le CCIA	MSPP, UNICEF, PAHO, CDC	Aout 2014