



REPUBLIQUE D'HAÏTI
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA
POPULATION
PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION



PLAN PLURI ANNUEL complet DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

PPAc-PEV 2011-2015



29 Mai 2011

Table des matières

Abréviations et acronymes.....	3
Résumé.....	5
I. ANALYSE DE LA SITUATION	7
A. CONTEXTE.....	7
1. Contexte national.....	7
a) Géographie	7
b) Population.....	7
c) Société	9
d) Situation du secteur santé	10
2. Contexte régional et international.....	13
a) Orientations sectorielles.....	13
b) Orientations supra sectorielles.....	15
B. EVALUATION DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION	15
1. Evaluation du Plan Stratégique 2004-2008.....	15
2. Niveaux de couvertures et susceptibilité.....	17
a) Couvertures quantitatives:.....	17
b) Couvertures qualitatives.....	20
c) Continuité et déperdition	20
3. Synthèse : Forces et faiblesses du PEV	21
II. PRIORITES NATIONALES	23
III. OBJECTIFS	23
IV. AXES STRATEGIQUES	24
V. ACTIVITES PAR COMPOSANTES	25
A. Prestation des services:.....	25
B. Communication et mobilisation sociale:.....	26
C. Surveillance épidémiologique :	27
D. Approvisionnement en vaccins et logistique:	27
E. Gestion du programme:	29
VI. FINANCEMENT.....	30
A. Projection des besoins de financement de 2011 à 2015	30
1. Méthodologie.....	30
2. Hypothèses	30
a) Programme de routine	30
b) Activités de vaccination supplémentaires.....	31
3. Sommaire des Coûts du PPAc	32
a) Programme de routine	32
b) Campagnes	34
B. Financement.....	36
1. Financement du secteur santé.....	36
2. Financement du programme	36
C. Ecart financier.....	Error! Bookmark not defined.
D. Stratégies de financement	41
1) La mobilisation de ressources supplémentaires aux niveaux national et international: ...	41
2) L'amélioration de la fiabilité des ressources :	43
3) L'amélioration de l'efficacité des ressources :	43
VII. MECANISMES DE SUIVI ET D'EVALUATION	44
VIII. REFERENCES	46

Abréviations et acronymes

ACDI : Agence Canadienne pour le Développement International
BCG : Vaccin anti tuberculose (Bacille de Calmette et Guérin)
CCIA-PEV : Comité de Coordination Inter Agence du PEV
CDC : Center for Disease Control d'Atlanta
CF : (vaccination en) Centre Fixe
CT-PEV : Comité Technique du PEV
DDS : Direction départementale de la Santé
DELR : Direction de l'Epidémiologie de la Recherche et des Laboratoires du MSPP
DOSS : Direction pour l'Organisation des Services de Santé du MSPP
DPEV : Direction nationale du Programme Elargi de Vaccination du MSPP
DQA : Audit de Qualité des Données (Data Quality Audit)
DQS : Auto-évaluation de la qualité des Données (Data Quality Self assessment)
DSF : Direction de la Santé Familiale du MSPP
DSNCRP : Document de stratégie Nationale pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
dT : Vaccin (anatoxine) bivalent anti Diphtérie et Tétanos pour l'adulte
DTP : Vaccin trivalent, anti Diphtérie, Tétanos et Coqueluche (Pertussis)
EMMUS : Enquete Morbidité, Mortalité, Utilisation des Services de Santé
GAVI : Alliance mondiale pour les Vaccins et la Vaccination
GIVS : La vaccination dans le monde : vision et stratégies
GFIMS : Cadre mondial de suivi et de surveillance de la vaccination
Hib : *Haemophilus influenzae* type b
IHSI : Institut Haïtien pour la Statistique et l'Informatique
JRF : Formulaire conjoint de notification (Joint Reporting Form)
MAPI : Manifestations Adverses Présumées liées à l'Immunisation
MPV : Maladies pouvant être Prévenues par la Vaccination
MSPP : Ministère de la Santé Publique et de la Population
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG : Organisation Non Gouvernementale
OPS/OMS : Organisation Panaméricaine de la Santé/organisation Mondiale de la Santé
PAM : Programme Alimentaire Mondial
PAPEV : Projet d'Appui au PEV (projet conjoint OPS/OMS-UNICEF, financé par l'ACDI)
PCIME : Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV : Programme Elargi de Vaccination

PFA : Paralysie Flaque Aiguë

PMS : Paquet Minimum de Services

PROMESS : Centrale d'Achat de Médicaments

PSPAc : Plan Stratégique Pluri Annuel Complet

PVF : Plan de Viabilité Financière

ROR : vaccin trivalent, anti Rougeole, Oreillon et Rubéole

RR : vaccine bivalent anti Rougeole et Rubéole

RSI : Règlement Sanitaire International

SA : Stratégie Avancée

SE : Surveillance Epidémiologique

SNIS : Système National d'Information Sanitaire

SMI : Santé Maternelle et Infantile

SRC : Syndrome de Rubéole Congénitale

SSPE : Services de Santé de Premier Echelon

TAG : Groupe de conseil technique régional (Technical Advisory Group)

TCF : Technicien de Chaîne de Froid

TMN : Tétanos Maternel et Néo natal

TNN : Tétanos Néo Natal

UCS : Unité Communautaire de Santé

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour l'Aide à la Population

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

UPE : Unité de Planification et Evaluation du MSPP

USAID : Agence pour le Développement International des Etats Unis d'Amérique

Résumé

L'élaboration de ce Plan Pluri Annuel Complet du Programme Élargi de Vaccination (PPAc-PEV 2011-15) arrive à un moment décisif pour l'avenir du PEV. Alors que, suite au tremblement de terre du 12 Janvier 2010, beaucoup de ressources ont été injectées dans le système de santé, la stagnation persistante des performances du PEV, notamment en termes de couvertures vaccinales, de gestion des vaccins, de la chaîne de froid et plus généralement, de gestion et d'appropriation du programme, invite à revoir à la fois les orientations stratégiques et tactiques du PEV et les modalités d'appui de ses partenaires.

L'idée force du PPAc-PEV-2011-15 est qu'il est illusoire d'espérer un redressement du PEV en utilisant un peu plus ou mieux les mêmes recettes. De même, la leçon à tirer du peu d'efficacité et d'efficience des efforts passés de renforcement du PEV ne doit pas l'amener à réduire ses ambitions et s'exclure des nouvelles dynamiques et opportunités d'appui régionales et mondiales susceptibles de lui permettre de corriger ses insuffisances actuelles. Le PEV ne pourra se redresser vraiment que s'il peut se fixer des objectifs suffisamment ambitieux pour être mobilisateurs et développer, pour les atteindre, des stratégies novatrices lui permettant de mobiliser les ressources nécessaires à l'élimination ses véritables goulots d'étranglement. A cet effet, le PEV national, ses partenaires techniques et financiers doivent collaborer selon des modalités qui permettent la maximisation des contributions des uns et des autres tout en facilitant l'appropriation du programme par l'autorité sanitaire nationale.

Les principales orientations stratégiques par lesquelles le PPAc-PEV 2011-15, tout en continuant à veiller au maintien du pays libre de la circulation des virus de la rougeole, de la rubéole et de la polio et à l'élimination du Tétanos néonatal, entend relever le défi d'un PEV à la fois plus ambitieux, plus efficient et plus Haïtien, sont les suivantes :

1-le renforcement de la vaccination de routine en vue d'améliorer de façon significative la couverture vaccinale tant sur quantitatif que sur la plan qualitatif

2-l'élargissement du spectre des maladies et population cibles du PEV, à travers, d'une part, l'introduction de nouveaux vaccins, en commençant dès 2012 par le pentavalent, et d'autre part la transformation du PEV en Programme National d'Immunisation apportant les bénéfices de la vaccination, non plus seulement au binôme enfants/mère mais à la famille.

3-la relance de l'offre de vaccination en stratégie avancée à travers les mécanismes suivants:

- L'assurance d'un passage au moins trimestriel des vacinateurs dans tous les postes de rassemblement, en utilisant au besoin les semaines de santé de l'enfant et la semaine de vaccination des Amériques comme autant d'opportunités de mobiliser l'appui des partenaires

- L'optimisation de l'appui des ONGs à la vaccination de routine, à travers la contractualisation ;
- la définition et mise en œuvre d'une politique viable de rémunération et de formation des agents communautaires garantissant le recrutement et la fidélisation d'un personnel communautaire capable de, et motivé à, assurer la SA.

4-L'augmentation de la capacité de la chaîne de froid à tous les niveaux pour répondre aux besoins de stockage résultant de l'introduction des nouveaux vaccins.

5-L'amélioration des pratiques de gestion de la chaîne de froid, des vaccins et autres intrants de façon à diminuer les taux de perte et éviter les ruptures de stock

6-le renforcement des activités de communication et de mobilisation sociale de manière à optimiser la demande et améliorer la prestation de service, notamment dans les zones difficiles d'accès

7-Le renforcement de la surveillance épidémiologique à travers une bonne collaboration entre la DPEV et la DELR et l'appui des principaux partenaires techniques, en particulier l'OPS/OMS, l'UNICEF et le CDC

8-La **relance des activités d'appui et suivi** - notamment la micro-planification, la supervision et le monitoring des couvertures vaccinales.

9-Le **renforcement des organes de gestion** et de concertation du PEV : DPEV, comité technique et Comité de Coordination Inter Agence

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.

Pour parvenir aux résultats escomptés, le budget du présent PPAc s'élève à USD 120,7 M. Les financements surs et probables proviendront pour la plupart du Gouvernement et ses principaux partenaires multilatéraux (GAVI, OPS/OMS et UNICEF) et bilatéraux (ACDI, JICA et CDC entre autres).

Le gap financier du PPAc 2011-15 est entre USD 18,6 millions et USD 48,6 millions selon le scénario. Sa résorption reposera sur le degré d'engagement du Gouvernement qui devra garantir un financement minimal de l'état, et la mise en œuvre de stratégies de mobilisation de ressources additionnelles à travers les partenaires.

Le Plan ayant été élaboré alors que le plan stratégique du secteur santé était arrivé à son terme (2010), il devra être revu et au besoin réorienté lorsque le nouveau plan stratégique du secteur sera disponible.

I. ANALYSE DE LA SITUATION

A. CONTEXTE

1. Contexte national

a) Géographie

La République d'Haïti occupe le tiers ouest de l'île Quisqueya. Sa superficie, 27 750 km², en fait le troisième plus grand pays des Caraïbes. C'est un pays très montagneux. En milieu rural, 44% de la population vit dans des localités de montagne. Malgré des efforts d'amélioration, le réseau routier est dans l'ensemble insuffisant et délabré. Pour plus du tiers de la population (36 %), la principale voie d'accès est une mauvaise piste carrossable, voire seulement un sentier. La moitié de la population (50.2%) réside dans une localité dépourvue de transport collectif et une majorité de la population ne dispose pas de moyen de transport privé – animal, motocyclette ou véhicule 4 roues ¹

Haïti, qui s'étend de 18° à 20° de latitude Nord, jouit d'un climat tropical, avec des températures moyennes variant peu selon les saisons et régions, mais en altitude, les écarts nyctéméraux de température sont importants et les nuits peuvent être très fraîches. En ville, la conjonction de l'explosion démographique par accroissement naturel, exode rural massif et pauvreté, entraînent la prolifération et l'extension de bidonvilles. La promiscuité et le manque d'assainissement qui règnent en milieux rural et urbain défavorisés – ou vit la majorité de la population - sont très propices à la transmission des maladies respiratoires ou à point de départ respiratoire ainsi qu'aux maladies liées à l'eau et tout particulièrement à transmission féco orale (« péril fécal », viral, bactérien, parasitaire).

L'érosion massive et l'anarchie régnant dans la construction des logements, dont la localisation (dans les bassins versants, au bords ou au fonds de rivières ou de falaises) rendent le pays particulièrement vulnérable aux catastrophes naturelles, exposant la population à de graves dangers en cas de tremblement de terre, de cyclones et même simples tempêtes tropicales avec grosses précipitations.

b) Population

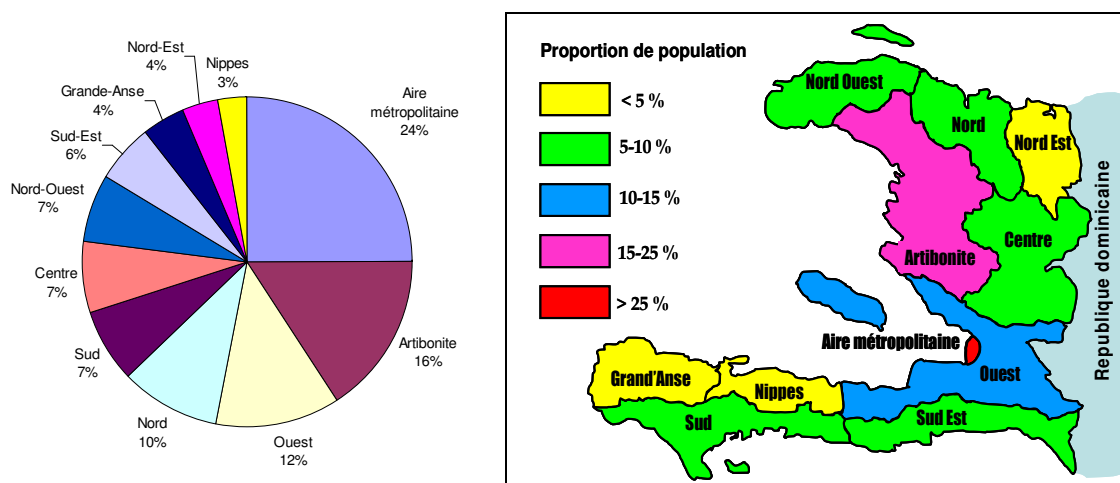
La plus récente projection de l'Institut Haïtien de l'Informatique et de la Statistique (IHSI) faite à partir des résultats du recensement général de la population 2003 (RGP 2003) estime qu'en 2011 la population d'Haïti est de 10 363 566 habitants.

Les trois départements le plus peuplé (Ouest, y inclue aire métropolitaine, Artibonite, Nord) totalisent près des deux tiers (62 %) de la population totale dont 24 % pour la seule aire métropolitaine (figure 1)

La population Haïtienne est encore majoritairement rurale. Le taux global d'urbanisation est actuellement estimé par l'IHSI à 46 %, avec d'importantes disparités entre les départements. La densité de population de trois cent soixante treize (373) habitants au km² en moyenne, est partout très élevée. Néanmoins l'habitat rural est dispersé en petits regroupements de maisons, ou maisons isolées : près des deux tiers de la population (61 %), vit dans des communautés d'habitat dispersé, ce qui complique les stratégies de prestations de soins aux communautés éloignées (stratégie avancée).

¹ Données de l'Enquête Morbidité, Mortalité et Utilisation des Services de Santé faite en 2000 (EMMUS-III)

Figure 1 : Répartition de la population



La pyramide des âges tous milieux confondus est celle d'un pays ayant à peine amorcé la transition démographique, avec donc des populations cibles du PEV surreprésentées. Les projections des populations cibles du PEV pour les cinq années du plan sont présentées dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : Groupes cibles annuels

Données démographiques		2011	2012	2013	2014	2015
Population totale		10,363,566	10,649,600	10,943,529	11,245,571	11,555,948
Naissances	2.80	290,180	298,189	306,419	314,876	323,567
Enfants 0-11 mois	2.52%	261,162	268,370	275,777	283,388	291,210
Survivants à 1 an *	2.64%	273,640	281,192	288,953	296,928	305,123
Enfants 1-4 ans	10.02%	1,038,429	1,067,090	1,096,542	1,126,806	1,157,906
Femmes Enceintes	2.80%	290,180	298,189	306,419	314,876	323,567
Femmes 15-49 ans	26.17%	2,712,145	2,787,000	2,863,922	2,942,966	3,024,192

Source: IHSI UNFPA, sauf pour survivants à 1 an (mortalité infantile de l'EMMUS IV: 57 pour 1000 naissances)

La nature insulaire d'Haïti n'empêche pas d'intenses échanges de population avec le reste du monde. L'émigration Haïtienne revêt plusieurs formes: temporaire ou permanente; légale ou illégale; scolaire ou professionnelle. On estime que, toutes formes confondues, la diaspora représente plus de 1,5 millions de personnes. Les liens avec la diaspora sont à l'origine de mouvements familiaux, y inclus d'enfants en bas âges, susceptibles des maladies cibles du PEV. A travers sa diaspora dominicaine, Haïti est en contact avec l'un des hauts lieux mondiaux du tourisme populaire familial

Haïti accueille un fort contingent d'expatriés : employés d'Agences Internationales et d'Organisations Non Gouvernementales internationales; personnels de la Mission des Nations Unies pour la Stabilisation en Haïti- MINUSTHA. Parfois accompagnés de leur famille, ces expatriés sont originaires du monde entier, y inclus des régions où circulent les formes sauvages des maladies cibles du PEV.

Ces échanges de populations entre Haïti et le reste du monde font que ce pays restera fortement exposé à la réintroduction des maladies cibles du PEV, notamment la rougeole, après élimination de leurs formes autochtones, si une surveillance épidémiologique efficace n'est pas mise en place et si le programme élargi de vaccination ne parvient pas à limiter l'accumulation des non vaccinés susceptibles

c) Société

Près de la moitié des enfants ne bénéficient pas d'une cellule familiale complète, près du tiers ont des parents, pères et surtout mères, sans instruction. L'accès aux médias de nombreux ménages est très limité, surtout en milieu rural.

Tableau 2 : Situation familiale des enfants Haïtiens

Distribution de facteurs de risques		Milieu		
		Tous	Urbain	Rural
Enfants vivant avec	le père et la mère	56,6 %	38,9 %	53,8 %
	seulement la mère	24,4 %	33,8 %	24 %
	seulement le père	7,1 %	7,4 %	5,5 %
	ni l'un, ni l'autre	10,2 %	19 %	16,1 %
Enfants dont la mère n'a aucune instruction		28,9 % [#]	13,3 % [#]	42,1 % [#]
Enfants dont le père n'a aucune instruction		18,9 % [#]	4,2 % [#]	27,5 % [#]
Enfants dont la mère n'a accès à aucun media		32,8 % [#]	11,6 % [#]	50,7 % [#]
Enfants dont le père n'a accès à aucun media		27,1 % [#]	5,5 % [#]	39,6 % [#]

Hommes et femmes de 15 a 49 ans, source : EMMUS-III (2000)

En Haïti comme ailleurs, la corrélation positive entre l'instruction des mères, le lieu de résidence et les comportements favorables à la santé de l'enfant, y inclus le recours aux services socio sanitaires, dont la vaccination, est vérifiée : les comportements favorables sont plus fréquents de la part des mères les plus instruites et urbaines que chez celles non/peu instruites et rurales. L'écart est néanmoins faible entre les femmes sans instruction et celles ayant été à l'école primaire (tableau 3).

Tableau 3 : Effet de l'instruction sur le recours aux services socio sanitaires

Recours aux services socio sanitaires	Milieu			Instruction maternelle		
	Globale	Urbaine	Rurale	Aucune	I ^{re} ou +	II ^{re} ou +
Déclaration à l'Etat Civil	81.1 %	86.5 %	78.3 %	63,4 %	70,6 %	81,5 %
Vaccinations complètes à 23 mois	41.3 %	44,6 %	39,7 %	35 %	39.4 %	52.2 %
Supplémentation en vit A < 6 mois	28.7 %	29.8 %	28.2 %	25.0 %	27.6 %	35.7 %
Consultation en cas d'IRA/Fièvre*	34.8 %	38.8 %	33.0 %	27.1 %	35.7 %	43.0 %
Consultation en cas de diarrhées *	31.8 %	33.3 %	31.1 %	27.1 %	33.1 %	36.2 %
TRO et/ou augmentation de liquides	56,9 %	67.3 %	52.0 %	46.5 %	59,1 %	68.8 %

Source : EMMUS-III, EMMUS-IV

En dépit de l'importance de certains facteurs socioculturels qui, dans le milieu haïtien, limitent le recours aux soins de santé moderne, la vaccination est en général bien perçue et acceptée en Haïti.

Concernant la situation économique, **76 % des Haïtiens sont considérés comme pauvres**, c'est-à-dire vivant avec moins de USD 2 par personne et par jour ; et plus de la moitié soit 56 % est extrêmement pauvre, ne disposant pas de USD 1 par personne par jour.² Les ménages les plus pauvres sont ceux dont le chef de ménage est une femme seule. *Un ensemble de « désavantages comparatifs » ayant*

² DSNCRP P. 31

une incidence sur la santé sont attachés à la pauvreté : résidence dans des localités enclavées ou quartiers insalubres, dépourvus de services de santé accessibles; incapacité à aménager hygiéniquement l'environnement domestique ; moindre exposition aux médias de communication et services de développement ; plus faible niveau d'éducation et plus grande soumission à la tradition; et manque du temps nécessaire pour effectuer un recours aux services de santé de façon opportune.

La manifestation la plus emblématique de la pauvreté, **l'insécurité alimentaire**³, touche plus de la moitié (57 %) de la population. L'insuffisant accès aux aliments satisfaisant, en quantité et qualité, les besoins nutritionnels des enfants, entraîne une prévalence élevée de malnutrition (24 % des moins de 5 ans) et de carences en micronutriments (Vitamine A : 32 %), affaiblissant les défenses naturelles vis-à-vis des maladies infectieuses en général et des maladies immuno-contrôlables, en particulier.

Le pays présente un **sérieux problème d'iniquité économique et géographique**. En effet, 40 % des plus pauvres n'ont accès qu'à seulement 5.9 % du revenu national alors que les 20 % les plus riches disposent de 68 % de ce revenu.⁴ Pour ce qui concerne l'accessibilité géographique, il faut noter de grandes disparités entre les départements et entre les milieux rural et urbain quant à l'accessibilité et la qualité des services. En effet, il y a une concentration des institutions sanitaires et des personnels qualifiés dans l'aire métropolitaine et, à un moindre degré, dans les chefs lieux départementaux. La disparité est majeure entre le milieu urbain, où seule une minorité de la population réside à plus de 5 km ou 30 minute d'une institution délivrant des soins maternels et infantiles et le milieu rural où les deux tiers de la population résident à plus de 5km/30' et un tiers à plus de 15 km/60' (cf tableau 4).

Tableau 4 : Accessibilité des Services de Santé de Premier Echelon

Milieu	Distance en kilomètre			Trajet en minutes		
	0-5 km	5-14 km	> 15 km	< 31 '	31-60 '	> 60 '
Global	53,0 %	24,4 %	22,5 %	62,0 %	12,7 %	25,3 %
Urbain	83,5 %	13,1 %	3,4 %	90,3 %	7,8 %	2 %
Rural	34,9 %	31,2 %	34 %	45,2 %	15,7 %	39,2 %

Source : EMMUS-III

Le cadre institutionnel de l'organisation territoriale est décentralisé en collectivités territoriales : 10 départements, 41 arrondissements, 140 communes et 561 sections communales. Ces collectivités sont dotées de deux organes (assemblée, conseil). La constitution prévoit, parmi leurs prérogatives, leur participation à l'exercice du pouvoir exécutif sur les projets de développement, le financement local et la desserte des services publics. Elles ont donc un droit de regard sur les interventions et programmes de santé, dont le PEV, mais ne se sont jusqu'à présent appropriées de ces prérogatives.

d) Situation du secteur santé

(1) Organisation du secteur

Le système de santé est constitué d'une pyramide gestionnaire composée des Directions centrales et Coordinations nationales à vocation normative, et de Directions Départementales de Santé (DDS) assurant la coordination et le contrôle des institutions de prestations de services ; ce niveau dit

³ Définition : *Accès physique et économique de tous, à tout moment, à une nourriture suffisante, salubre et nutritive permettant de satisfaire les besoins nutritionnels et préférences alimentaires d'une vie saine et active.*

⁴ DSNCRP P. 31

« intermédiaire » est responsable de fournir l'impulsion, l'appui technique, l'approvisionnement, la formation et le recyclage, la supervision et le suivi au niveau opérationnel (institutions prestataires).

La pyramide haïtienne de soins comprend trois (3) niveaux :

Le premier niveau, opérationnel pour le PEV, est lui-même hiérarchisé en (2) deux échelons :

1. Premier échelon : il est formé des Services de Santé de Premier Echelon (SSPE). Il est constitué d'institutions de statut public, privé ou mixte. C'est la porte d'entrée du système de santé, et c'est lui qui offre principalement la vaccination, au sein du « Paquet Minimum de Soins (PMS) de premier contact ».

Le réseau de SSPE intégré au PEV, compte environ 695 institutions, dont la majorité est de statut privé ou mixte. Il est dans l'ensemble suffisamment dense pour qu'il soit possible d'atteindre des couvertures vaccinales appréciables, moyennant une stratégie avancée fonctionnelle. Le fait que le réseau soit hétérogène du point de vue statut - public, privé ou mixte - affecte peu le PEV : les équipements de chaîne de froid sont alloués et les vaccins et intrants sont fournis aux institutions sanitaires indépendamment de leur statut et l'offre du PEV varie peu ou pas selon ledit statut.

2. Deuxième échelon : il est formé d'un « Hôpital communautaire de référence », institution de statut public, privé ou mixte, qui a une fonction de recours, complémentaire de la capacité résolutive du premier échelon.

Le deuxième niveau, est constitué des Hôpitaux départementaux qui fournissent des soins de niveau secondaire

Le Troisième niveau, est constitué des hôpitaux de troisième niveau ou universitaires qui fournissent des soins de niveau tertiaires et assurent la formation et l'entraînement des professionnels de santé.

Les performances très insuffisantes du système de santé Haïtien se reflètent dans les indicateurs de santé les plus représentatifs que sont le taux de mortalité infanto-juvénile et ratio de mortalité maternelle

La plus récente estimation du Taux de Mortalité Infanto-juvénile (TMIJ) remonte à l'EMMUS-IV (2005-6). Il était de 86 pour 1 000 naissances vivantes ce qui revient à dire qu'un nouveau né vivant a un risque, de un sur onze, de décéder avant son cinquième anniversaire⁵. En milieu rural, le TMIJ est de 114 p. 1 000 et est ainsi de près de 50% plus élevé qu'en milieu urbain (78 p. 1 000) et de 100 % plus élevé que dans l'aire métropolitaine qui compte 59 décès pour 1 000 naissances vivantes.

Le Ratio de Mortalité Maternelle (RMM) a augmenté de 20 % entre 2 000 et 2 005 passant de 523 pour 100 000 naissances vivantes (EMMUS III) à 630 pour 100 000 naissances vivantes (EMMUS IV).

(2) Situation épidémiologique

(a) Morbidité-mortalité infantile

Selon EMMUS IV, 40% des enfants de moins de 5 ans ont eu une Infection Respiratoire Aigüe (IRA) dans les 2 dernières semaines. Seulement 20% de leurs mères ou gardiennes ont recherché des conseils ou un traitement auprès des services ou du personnel de santé. La prévalence des IRA est la plus élevée dans l'Ouest hors aire métropolitaine (12%), l'Artibonite (12%) et le Nord-Ouest (11%). Selon la même source, 24% des enfants de moins de 5 ans ont eu un épisode diarrhéique dans les deux dernières semaines. Parmi eux, 40% ont reçu un traitement au moyen d'un sachet de Soluté de Réhydratation Orale (SRO) et 7% ont été traités avec une solution préparée à la maison par la mère.

⁵ Le risque d'un enfant cubain de décéder avant son cinquième anniversaire n'est « que » de un sur 30 (trente).

L'analyse des certificats de décès (année 2000) montre que les mortalités infantile et juvénile sont dominées par les maladies dites de la pauvreté, à savoir les maladies infectieuses courantes et la malnutrition, qui occupent les deux premiers rangs dans cet ordre et totalisent ensemble plus des quatre cinquième des décès infantiles (82 %) et juvéniles (81 %). Parmi les décès dus aux infections courantes des moins de un an, 31 % sont des IRA (premier rang), 26 % des diarrhées (deuxième rang) et 13 % des méningites (troisième rang). Entre 1 et 4 ans, les maladies diarrhéiques remontent au le 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. L'importance de la mortalité par IRA, méningite et diarrhée chez les moins de 5 ans et le rôle attribuable aux agents ci-dessus dans l'étiologie de ces maladies sont à la base de la décision du MSPP de faire bénéficier, dans le cadre de ce plan pluri annuel, la population Haïtienne des vaccins ad hoc, à savoir :

- Le vaccin pentavalent qui protège non seulement – en plus de la diphtérie, du tétanos et de la coqueluche - contre les infections à *Haemophilus influenzae* type b⁶, mais aussi contre l'hépatite b, dont la séoprévalence est très élevée en Haïti (4 à 6 % des donneurs de sang);
- Le vaccin anti pneumococcique conjugué ; et
- Le vaccin anti rotavirus

(b) Maladies évitables par la vaccination

Les maladies cibles des vaccins actuellement inclus dans le calendrier vaccinal constituent encore une source de préoccupation pour le système de sante haïtien.

Polio et rougeole. Une épidémie de polio est survenue en Haïti en 2000 à partir d'une souche de virus vaccinal Sabin type-1, qui aurait subi des mutations successives ; elle s'est soldée par 8 cas de polio confirmés, le dernier cas remontant à juillet 2001. Au cours de la même période une épidémie de rougeole s'est produite, le dernier cas confirmé remontant au 21 septembre 2001. La transmission des virus polio mutant et rougeoleux a été interrompue par les campagnes de vaccinations menées en 2001-2002, si bien qu'en novembre de l'année suivante (2002), Haïti était félicité par le conseil technique régional de l'OPS (TAG) pour avoir interrompu la circulation de ces virus dans des conditions difficiles. Il n'y a eu aucun cas confirmé de polio comme de rougeole depuis

Rubéole. Depuis 2005, tous les échantillons prélevés pour une fièvre éruptive, sont testés en laboratoire non seulement pour la rougeole, mais aussi la rubéole et la dengue. En 2006, onze (11) cas de rubéole chez des enfants de 2 à 16 ans ont été confirmés par la présence d'IGM. Une enquête sérologique chez 503 femmes enceintes a révélé que 95 % des femmes de plus de 20 ans ont une immunité naturelle pour cette maladie. Il n'y a pas de données sur l'incidence du SRC, mais un modèle d'estimation à partir de la séoprévalence des femmes enceintes, donne une incidence annuelle de 163 à 440 cas. En 2007 le MSPP a décidé d'organiser une campagne de vaccination des moins de 19 ans des deux sexes par le vaccin bivalent rougeole-rubéole (RR) et d'introduire ledit vaccin, en lieu et place du vaccin monovalent rougeole, dans le calendrier vaccinal. Il n'y a pas eu de cas confirmé de rubéole depuis

⁶ Il est bon de signaler qu'en République Dominicaine voisine, l'introduction du pentavalent a été suivi d'une forte diminution de l'incidence des méningites chez les moins de 5 ans

Diphtérie. Elle est endémo épidémique. Des cas sporadiques surviennent tous les ans et des épidémies se produisent régulièrement. En 2004, Haïti a connu une épidémie, avec 101 cas rapportés par 8 départements. En 2009, Haïti a de nouveau connu une épidémie, avec 33 cas en deux foyers, l'un à la jonction de l'Artibonite et du Nord (communes de Gonaïves, Gros Morne et Pilate) lié au commerce du charbon de bois ; et l'autre dans l'aire métropolitaine au niveau de la ceinture de bidonvilles surplombant la partie basse, littorale, des communes de Carrefour et de Port au Prince.

Tétanos. Le tétanos maternel et néonatal (TMN) occupe le 6^{ième} rang des causes de décès néonataux identifiées par l'analyse des certificats de décès (2000). Haïti est à l'origine de la moitié des cas de TNN de la région Amérique latine et Caraïbes. Le Tétanos de l'adulte, selon l'analyse des certificats de décès 2000, représentait 2 % des causes, de décès tous âges, liées aux maladies infectieuses, qui représentaient elles-mêmes 41 % des causes de décès tous âges. Son incidence s'est accrue dans les suites des différentes catastrophes naturelles (tremblement de terre ; inondations post cycloniques).

Le maintien d'Haïti libre de la circulation des virus de la polio, rougeole et rubéole, l'élimination du tétanos maternel et néonatal et le contrôle de la diphtérie, du tétanos et de la coqueluche sont des défis qui imposent d'améliorer les couvertures vaccinales de routine, de renforcer la surveillance et riposte épidémiologique et de réaliser des campagnes de vaccination de qualité en temps opportun.

2. Contexte régional et international

a) Orientations sectorielles

(1) *Cadre stratégique nationale du secteur santé*

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 (1991)
- Le Plan Stratégique National pour la Réforme du Secteur Santé 2005-2010
- Le Paquet Minimum de Services (PMS), DOSS, avril 2006
- Le Document de Stratégie Nationale Pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté- DSNCRP (2008-2010), Pour réussir le saut qualitatif ; et
- Le document intitulé Forum National pour le Réalignement du Secteur Santé, d'octobre 2007

Dans l'ensemble, ces documents mettent en exergue les orientations ci-dessous :

- 1) L'exigence d'équité de l'accès à la vaccination ;
- 2) L'intégration de la Vaccination dans le Paquet Minimum de Services ;
- 3) La confirmation des objectifs des initiatives universelles et continentales d'élimination et de contrôle des maladies ;
- 4) La nécessité d'une décentralisation administrative ;
- 5) L'accent sur la supervision de chaque niveau par le niveau supérieur ;
- 6) L'accent mis sur le renforcement du système d'information ;
- 7) L'accent sur le renforcement et l'intégration de la surveillance épidémiologique ;

- 8) L'annonce du plaidoyer pour la participation du trésor public au financement de l'achat des vaccins ;
- 9) La mise en place d'une approche multisectorielle, notamment avec le secteur éducation ;
- 10) Le besoin d'optimiser, en les régulant, les partenariats entre le secteur public et privé et entre l'Etat et les agences d'appui au secteur, multilatérales, bilatérales et gouvernementales,
- 11) La nécessité de la participation communautaire à l'orientation, la programmation et l'évaluation des services.

(2) Cadre régional et mondial de l'immunisation

Les politiques et les stratégies relatives à la vaccination et aux Maladies Evitables par la Vaccination (MEV) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de l'Organisation Panaméricaine de la Santé (OPS) sont des opportunités, mais aussi des obligations, que le programme de vaccination Haïtien se propose d'intégrer, qu'il s'agisse :

- Des initiatives d'éradication, élimination et contrôle de maladies, relatives à la poliomyélite, à la rougeole, rubéole et syndrome de rubéole congénitale (SRC) et au Tétanos maternel et néonatal ;
- Des orientations, relatives aux stratégies de renforcement des programmes de vaccination, énoncées dans la Stratégie GIVS, entérinée par l'Assemblée mondiale de la Santé 2005, lesquelles recommandent de :
 - vouer une attention sans précédent à ceux qui sont les plus difficiles à atteindre ;
 - favoriser les interventions groupées qui dépassent le cadre de la vaccination pour réduire la morbidité et la mortalité infantiles ;
 - rechercher des solutions reposant sur les données pour améliorer l'efficacité des programmes ;
 - ne plus seulement limiter la vaccination aux nourrissons, mais l'étendre aux autres tranches d'âge ;
 - accélérer l'introduction et l'utilisation généralisée de nouveaux vaccins et nouvelles technologies.

Ces orientations s'articulent autour de quatre axes

1. Protéger davantage de personnes dans un monde qui change ;
 2. Adopter de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies ;
 3. Intégrer la vaccination, les interventions sanitaires apparentées et la surveillance au sein des systèmes de santé ;
 4. Vacciner dans un monde interdépendant.
- Des orientations relatives aux stratégies de renforcement de la surveillance épidémiologique, soient :
 - Le nouveau Règlement sanitaire international, qui demande aux pays de mettre en place des moyens de surveillance visant à détecter et à notifier les maladies importantes pour la santé dans le monde et la menace des maladies émergentes et/ou à potentiel pandémique ;

- Le Cadre Mondial de Suivi et de Surveillance pour la Vaccination-GFIMS, élaboré conjointement par l’OMS, les Center for Disease Control (CDC) du Health and Human Services Département des Etats Unis d’Amérique, en consultation avec de nombreux Etats.

b) Orientations supra sectorielles

La vaccination, intervention de santé reconnue universellement comme la plus coût efficace a un rôle éminent à jouer dans l’atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), notamment le quatrième : *Réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.*

La responsabilité du PEV dans l’atteinte de cet objectif est d’autant plus grande en Haïti, que, d’une part le profil épidémiologique infantile, y est encore dominé par les maladies infecto-contagieuses ; et que d’autre part, des objectifs de couvertures vaccinales sont inscrits dans l’instrument central du suivi de l’atteinte desdits OMD, le Document de Stratégie Pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP)⁷.

B. EVALUATION DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

1. Evaluation du Plan Stratégique 2004-2008

Les **objectifs** du Plan Stratégique pluri annuel du PEV antérieur, qui couvrait la période 2004-2008 (PSPA-PEV-2004-8) étaient les suivants :

- Renforcer sur tout le territoire national et pendant les cinq prochaines années, les activités visant à consolider l’éradication de la polio et à obtenir la confirmation de la certification de ladite éradication ;
- Renforcer pendant les cinq (5) prochaines années, les activités visant l’élimination de la rougeole sur tout le territoire national ;
- Éliminer du territoire national le tétanos néonatal ;
- Éliminer du territoire national la rubéole ;
- Contrôler toutes les autres maladies du PEV (complications de la tuberculose, diphtérie, coqueluche, hépatite B, infections à *Haemophilus influenzae* type b) ;
- Vacciner au moins 80 % des enfants de moins d’un an au BCG, VPO, VAR et DTP jusqu’en 2007 ;
- Introduire les nouveaux vaccins : contre la Rubéole (Rougeole-Rubéole RR ou Rougeole-Oreillon – Rubéole ROR), l’*Haemophilus influenzae* type b et l’Hépatite (pentavalent).

Les résultats sont en dessous des attentes formulées pour le PSPA-PEV-2003-2008 pour ce qui est des **9 axes stratégiques** suivants, autour desquels il s’articulait :

1. Renforcement des actions visant à maintenir le pays libre de rougeole et polio et à atteindre les objectifs régionaux relatifs au tétanos maternel et néo natal et à la rubéole :

Les retombées de la campagne de vaccination multi antigène 2007-2008 ont permis de rattraper les susceptibles à la polio et à la rougeole qui s’étaient accumulés depuis des années. Toutefois, les insuffisantes couvertures vaccinales du PEV de routine entraînent l’accumulation rapide de susceptibles.

⁷ L’éligibilité à la réduction de la dette suppose l’augmentation de 10 % de la couverture par les vaccins DTC3, BCG et rougeole (CF Enhanced Heavily Indebted Poor Countries Initiatives – Décision Point Document, à la page 22)

2. Renforcement du programme régulier et l'amélioration de l'accès aux services :

On ne constate malheureusement qu'une très modeste amélioration dans les couvertures de routine entre les EMMUS III et IV. En plus, le dépérissement de la Stratégie Avancée là où les agents ne sont pas pris en charge, est une évidence limitant d'autant l'accès à la vaccination des populations éloignées/enclavées.

3. L'assurance de la disponibilité des vaccins et l'introduction de nouveaux vaccins :

La période d'exécution de ce PSPA-PEV a été marquée de fréquentes ruptures de stocks de vaccins au niveau des institutions. L'introduction du vaccin contre la rubéole a été effectuée, mais pas celle du pentavalent.

4. Le renforcement de la surveillance épidémiologique :

Il y a eu une amélioration des indicateurs de surveillance, mais celle-ci est restée tributaire de l'OPS/OMS et s'est effondrée suite au départ du consultant ad hoc de l'OPS/OMS. La surveillance des maladies évitables par la vaccination est désormais sous la responsabilité de la Direction de l'Epidémiologie et des Laboratoires et de la Recherche (DELR) en coordination avec le PEV pour les activités de riposte

5. Le renforcement de la chaîne de froid et de la sécurité des injections :

Malgré une certaine amélioration, la chaîne de froid laisse encore à désirer à tous les niveaux ; et l'approvisionnement en bombones de gaz propane n'est pas sécurisé dans son financement et mal maîtrisé sur le plan de la gestion.

Pour ce qui est de la gestion des déchets piquants (non remise de capuchon, emploi des boîtes de sécurité) et mise en place d'un réseau d'incinérateurs, utilisé à grande échelle durant la campagne de vaccination multi antigène 2007-2008, une certaine amélioration encore fragile a pu être constatée.

6. L'appui technique de proximité et la formation :

La formation-recyclage des responsables institutionnels et personnels prestataires de toutes les institutions intégrées au PEV du pays à des normes et procédures simplifiées est une importante réalisation de ce plan.

7. La mobilisation sociale pour la promotion du PEV :

Ici, le bilan reste maigre, le comité de mobilisation sociale est resté virtuel tout au long de la période.

8. La viabilité financière du programme :

La dépendance du programme du financement extérieur ne s'est pas atténuée, la prise en charge du financement du gaz propane n'est pas sécurisée.

9. Le renforcement de l'organisation, coordination, planification et gestion du PEV :

Il a été en deçà des attentes : les déficits de la Direction du Programme en matière de coordination, planification, pilotage et de gestion et le faible niveau de fonctionnalité du Comité de Coordination Inter Agence du PEV, ajouté à l'engagement insuffisant du niveau intermédiaire (DDS) ont affecté la mise en œuvre du plan.

D'une manière globale, les écarts entre les ambitions et les réalisations du PSPA-PEV-2003-2008 s'expliquent par les raisons suivantes : l'inadaptation des stratégies de renforcement du programme régulier, en particulier de la stratégie avancée; et les dysfonctionnements dans la gestion de la chaîne de froid et des vaccins (avec de forts taux de perte). De plus le contexte épidémiologique qui a imposé plusieurs campagnes nationales de vaccination et les contraintes conjoncturelles (instabilité

sociopolitique, insécurité et catastrophes naturelles) n'ont pas offert un cadre propice à une implantation structurée du plan.

Il faut aussi mettre en exergue l'insuffisance en ressources humaines qualifiées et motivées, moyens logistiques et organisation, à tous les niveaux : national (DPEV); intermédiaire/départemental (DDS); et opérationnel (institutionnel).

Il faut enfin rappeler le peu d'efficacité et d'efficience de l'aide des principaux partenaires du programme national, OPS/OMS et UNICEF, au regard de l'abondance des moyens mobilisés.

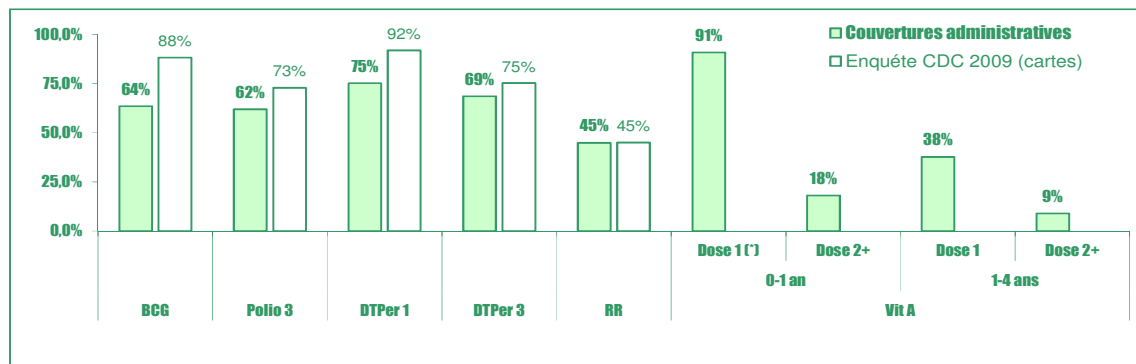
2. Niveaux de couvertures et susceptibilité

a) Couvertures quantitatives:

Les **couvertures de routine** estimées pour l'année 2010 par le Système d'Information Sanitaire (couvertures administratives) doivent être interprétées en gardant à l'esprit :

- D'une part que la complétude nationale du rapportage mensuel des institutions est de 56 % ;
- D'autre part, que le vaccin Rougeole Rubéole (RR) n'a été en général administré qu'après le 1^{er} anniversaire, la circulaire de la Direction Générale du MSPP faisant exigence de l'administration du RR à partir de 9 mois n'ayant pas été respectée dans beaucoup de sites de prestation de service ⁸.
- Enfin, que le rattrapage effectué lors de la semaine de l'enfance n'a pas été pris en compte.

Figure 2 : Couvertures vaccinales nationales (2010) ^{9 10}



Il y a de fortes disparités entre les départements tant du point de vue du niveau de leurs couvertures vaccinales (figure 3) que de leur contribution à l'accumulation des non vaccinés (figure 4). Ainsi la couverture en polio 3 varie d'un facteur de 1 à 3 entre le département du Nord-Ouest (41 %) et du Centre (122 %) ¹¹. Ainsi 2/3 des non vaccinés par le DTP 3 sont recensés dans trois départements, soit dans l'ordre décroissant, les deux départements les plus peuplés l'Aire métropolitaine et l'Artibonite et un département peu peuplé mais aux couvertures vaccinales particulièrement basses : Nord Ouest

⁸ Une rupture de stock en diluant consécutive à des cassures de flacons a également contribué à cette faible couverture RR.

⁹ Les dénominateurs sont calculés à partir de la population IHSI UNFPA 2010 ; du taux de natalité (BCG) national selon l'IHSI (2.8) ; et du calcul des survivants à un an (pour tous les autres antigènes) fait à partir du taux de natalité précédent et du Taux de mortalité infantile national de la dernière EMMUS (EMMUS IV: 57/ ‰)

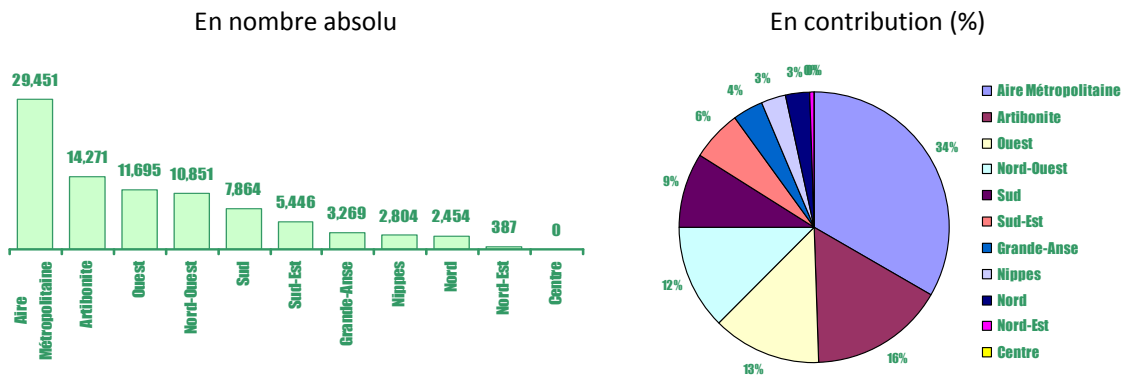
¹⁰ Les couvertures administratives 2010 sont comparées aux résultats d'une enquête de couverture faite par le CDC en 2009.

¹¹ Les couvertures supérieures à 100 % peuvent résulter d'une sous estimation du dénominateur et/ou d'erreurs de comptage ou compilation

Figure 3 : Couvertures par département et par antigène

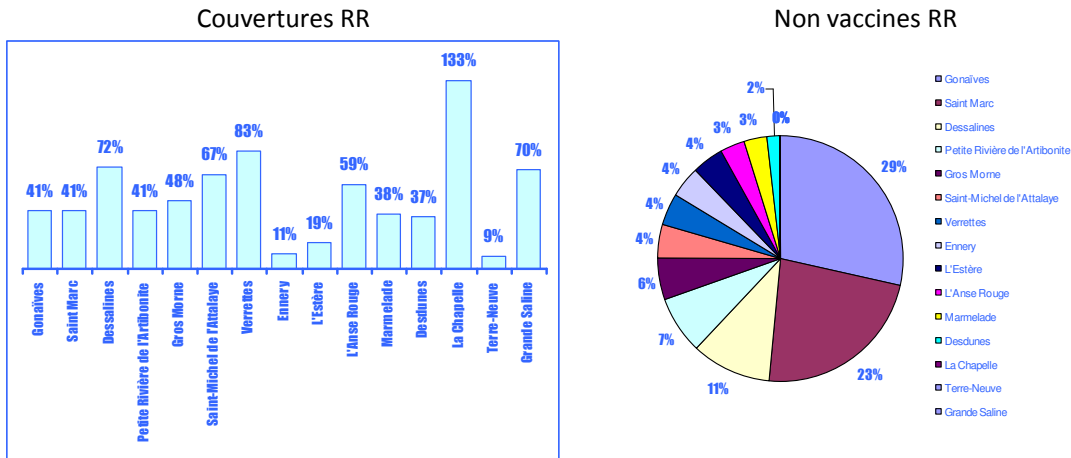


Figure 4 : Accumulation de non vaccinés (DTP 3) par département (2010)

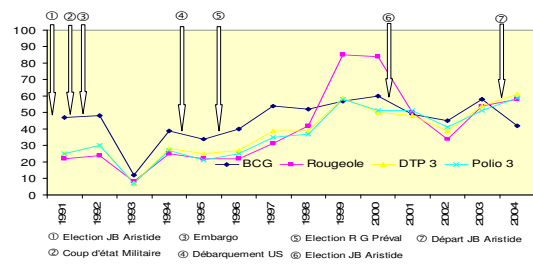


Les disparités intra départementales sont également fortes, les départements sont eux mêmes « plombés » par les non vaccinés de communes de forte population et/ou de faible couverture. C'est le cas par exemple de l'Artibonite où les trois communes les plus peuplées (Gonaïves, Saint-Marc et Marchand-Dessalines) comptent pour plus de la moitié des non vaccinés de l'ensemble du Département.

Figure 5: Disparités intra départementales en termes de couvertures (RR dans l'Artibonite, 2010)

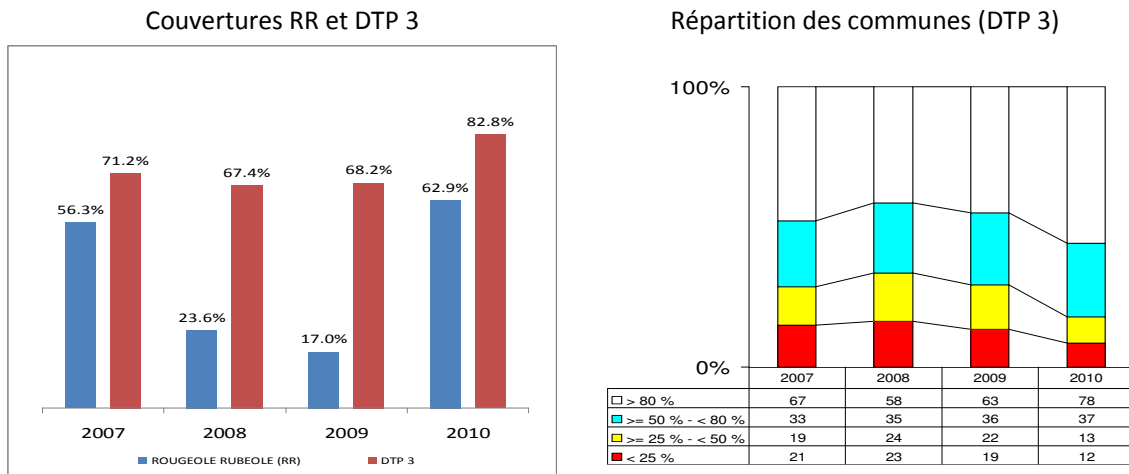


L'évolution des couvertures vaccinales sur le long cours montre la sensibilité du PEV aux événements socio politiques qui ont ponctué l'histoire contemporaine d'Haïti (cf figure 6 ci contre). Les performances du PEV resteront dans une certaine mesure tributaire des éventuelles périodes d'instabilité et catastrophes naturelle.



L'évolution des couvertures vaccinales au cours des dernières années (figure 7) montre la nécessité d'un sursaut pour qu'Haïti puisse se passer des campagnes de rattrapage très fréquentes qu'impose l'accumulation trop rapide de non-vaccinés susceptibles du fait de couvertures vaccinales insuffisantes.

Figure 7 : Evolution de 2007 à 2010



Rmq : Les couvertures 2010 incluent dans ces graphiques le rattrapage effectué à l'occasion de la Semaine de Santé de l'Enfance, d'où un niveau plus élevé que dans les graphiques précédents

b) Couvertures qualitatives

La qualité de la couverture vaccinale, au sens de l'obtention d'une immunité effective est tributaire de plusieurs facteurs :

1. La qualité de fabrication des vaccins
2. L'assurance de la chaîne de froid, depuis les fabricants jusqu'aux bénéficiaires
3. Le respect du calendrier vaccinal, en termes d'âge et intervalles entre les doses
4. La technique de préparation et d'administration

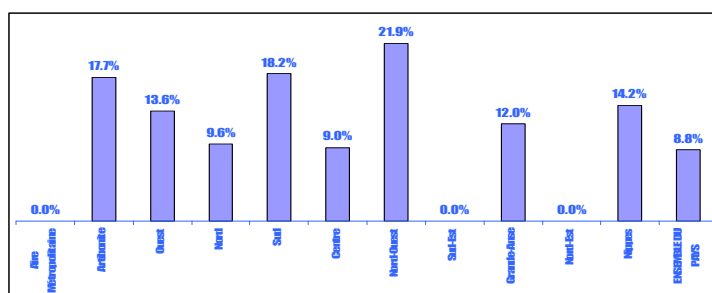
Autant le premier élément n'est pas susceptible d'être en cause, compte tenu des garanties exigées des fabricants de vaccins homologués, autant la réalisation des trois autres facteurs laisse globalement à désirer et doit être améliorée, comme en témoignent les constatations faites lors des supervisions et évaluations, ainsi que les cas de diphtéries et de tétanos observés chez des individus ayant reçu la totalité des doses de DTP et de dT prévues par le calendrier vaccinal. L'analyse des cas de diphtérie observés lors de l'épidémie de 2009 a montré que leur survenue est liée, d'une part, à la faiblesse des couvertures vaccinales de routine ; et, d'autre part, au fait que toutes les doses reçues ne sont pas protectrices, reflétant les insuffisances de la chaîne de froid et notamment la congélation des vaccins. La diphtérie ne saurait-être contrôlée sans amélioration de la couverture de routine DTP3 et un renforcement de la chaîne de froid (proscription de la glace ; et conditionnement des briquettes)

c) Continuité et déperdition

La continuité de l'application du calendrier vaccinal est essentielle à l'efficacité du PEV : un manque de continuité, et son corollaire, tout retard d'obtention de l'immunité, expose à un risque accru de rentrer en contact et de contracter les maladies immuno-contrôlables avant d'en avoir été protégé¹².

Le taux de déperdition entre vaccins successifs, en particulier entre le DTP1 et le DTP3 calculé à partir des couvertures administratives est de 8.8 % avec de grandes disparités entre les départements (figure 8). Cette estimation administrative du taux de déperdition entre DTP1 et DTP3 est sans doute très en deçà de la réalité, l'enquête du CDC de 2009 l'ayant estimé à 18.1 % au niveau national. Ce taux très élevé montre la nécessité de a) réduire les occasions manquées par la vaccination au quotidien en centre fixe et une fréquence régulière, au moins trimestrielle des postes de rassemblements et b) le développement de stratégies particulières pour récupérer les perdus de vue.

Figure 8: Taux de déperdition par département



¹² Le risque est particulièrement élevé dans la coqueluche, car d'une part, la protection n'est effective qu'au bout de trois doses, d'autre part, il n'y a pas d'immunité passive maternelle et enfin la gravité est accrue chez les plus petits.

3. Synthèse : Forces et faiblesses du PEV

D'une manière générale, les Responsables et partenaires du PEV partagent une même vision de l'importance du programme élargi de vaccination: l'immunisation est considérée par le Ministère de la Santé Publique et de la Population et ses principaux partenaires, mais même aux plus haut niveaux de l'état, comme une intervention particulièrement efficace pour réduire la mortalité infantile juvénile et atteindre les objectifs du millénaire (ODM). Les acteurs du PEV sont également unanimes dans la reconnaissance de certaines faiblesses et de la nécessité d'y remédier afin d'améliorer la performance du programme. Ces opportunités et contraintes sont considérées dans le plan stratégique selon cinq (5) grandes composantes du système de vaccination: La prestation de services, la sensibilisation et la communication, l'approvisionnement en vaccins de qualité et la logistique, la surveillance et la gestion du Programme.

Prestation de services. Il existe une forte demande de vaccination dans la population et un réseau de près de 600 institutions participant au réseau de prestation de service du PEV qui peut compter sur une large participation d'institutions du secteur privé non-lucratif et des ONG dont certaines disposent de moyens logistiques et financiers importants. Un facteur positif dans la prestation de service est l'intégration des services de vaccination au PMS offert aux moins de cinq (5) ans et la disponibilité des intrants et des équipements. Quoiqu'insuffisants, des efforts, en termes d'allocation de ressources humaines à tous les niveaux, ont été accomplis en vue de renforcer l'offre et le contrôle de la qualité des prestations.

L'une des insuffisances majeures reconnues à la prestation de services du PEV est son incapacité à vacciner les enfants de zéro (0) à un (1) an, à travers la mise en œuvre des deux stratégies de délivrance utilisées: la vaccination en institution et la vaccination en postes de rassemblements ou « Stratégie Avancée». L'offre de service institutionnel au quotidien n'est pas généralisée, les occasions manquées sont multiples et les parents, qui sont démobilisés par le trop long temps d'attente, accordent peu d'importance au respect du calendrier vaccinal et perdent contact avec les services sans que les registres permettent de les retrouver. Les causes sous-jacentes sont multiples: absentéisme du personnel, ruptures de stock en vaccins, rupture de la chaîne de froid dû à des pannes de frigos ou non ravitaillement en gaz propane. Quant aux activités de stratégie avancée, elles sont insuffisantes, faiblement planifiées et il existe dans le pays de nombreuses communes où elles ne sont pas du tout assurées.

Par ailleurs le suivi de proximité, la qualité et la fréquence de la supervision des programmes et activités méritent également d'être renforcés à tous les niveaux de responsabilité. D'autant que le manque de prestataire est souvent pallié par l'appel aux services de bénévoles non obligés de rendre compte et dont la performance est imprévisible.

Ces insuffisances ajoutées aux déficits de la surveillance épidémiologique occasionnent le recours à des campagnes intempestives de vaccination.

Enfin, tous les financements prévus n'ont pas pu être mobilisés et l'introduction de certains nouveaux vaccins n'a pas été non plus faite.

En ce qui a trait à la **communication et à la mobilisation sociale**, il convient de signaler, que lorsque la population est informée à temps et l'accès géographique aux services est assuré, la vaccination est généralement bien accueillie par les familles haïtiennes. Une importante expérience, utilisant différents canaux et moyens modernes et traditionnels de communication, a été capitalisée par le système de santé.

Néanmoins, la communication et la mobilisation sociale est un maillon faible du PEV. Le comité de communication et de mobilisation sociale reste peu fonctionnel; en conséquence les outils produits ne sont pas correctement exploités. Le recrutement des crieurs est généralement de type clientéliste et leur suivi sur le terrain peu efficace, expliquant leur manque de fiabilité. La gestion des mégaphones est mal assurée après leur injection dans le système. La disponibilité de certains canaux traditionnels

pour la promotion de la stratégie avancée est affectée par le manque d'organisation, le non-respect du calendrier d'intervention et le manque d'interface entre les institutions prestataires et la société civile.

En ce qui concerne l'**approvisionnement en vaccins de qualité et logistique**, des mesures visant à renforcer les structures de gestion des vaccins et de la chaîne de froid (CDF) tant au niveau central qu'au niveau intermédiaire ont été adoptées. La plupart des institutions participant au PEV disposent d'équipements de CDF actifs et passifs. Le programme bénéficie au besoin de l'appui des partenaires pour l'acheminement des vaccins du niveau central vers le niveau intermédiaire qui est doté en véhicules et motocyclettes et où existe un pool de personnel - coordonatrice PEV, de TCF, pharmaciens et logisticiens - qui participent à l'appui des activités institutionnelles. L'approvisionnement des institutions est assuré indépendamment de leur statut (public, privé ou mixte), dès lors qu'elles participent au PEV. Les institutions sont pourvues de seringues à usage unique et boîtes de biosécurité et certaines d'entre elles d'incinérateurs pour la gestion des déchets.

Malgré les avancées susmentionnées, les faiblesses sont notables. D'abord, l'établissement et la satisfaction des besoins nationaux en vaccins sont très dépendants de l'impulsion et de l'assistance technique et suivi des partenaires (UNICEF et OPS/OMS) ; de même, l'approvisionnement départemental est très dépendant de l'impulsion, de l'assistance technique et de la logistique de ces partenaires. Les normes, quota et autres mécanismes établis ne peuvent pas toujours être respectés et ne font pas toujours l'objet de consensus. Il y a encore des difficultés dans la gestion des stocks au niveau institutionnel : les inventaires physiques ne se font pas sur une base régulière. Le suivi des stocks n'assure pas la traçabilité de chaque lot de vaccins et de ses diluants.

La Pastille de Contrôle des Vaccins (PCV) est peu utilisée comme un outil de gestion, surtout au niveau institutionnel. Malgré de nombreuses sessions de formation, certains prestataires ne la maîtrisent pas encore, ou ne font pas le calcul. De manière générale, aucune donnée n'est disponible sur les pertes de vaccin. Les TCF ne sont pas toujours bien équipés et leur intervention sur la chaîne de froid institutionnelle mal assurée. Pour de multiples raisons, les DDS font souvent face à des ruptures de stock en gaz propane.

L'approvisionnement actif pour l'institution et passif pour le système (l'institution vient chercher les vaccins et les intrants) est aléatoire voire illusoire pour de nombreuses institutions qui n'ont pas de moyens logistiques et doivent payer des transports locaux très onéreux, sans budget ad hoc ni recouvrement de coûts.

Les capacités des chambres froides centrales seront rapidement dépassées dès lors que le DTP sera remplacé par le pentavalent. Certains dépôts départementaux n'ont pas une capacité suffisante ; de même, la capacité de la chaîne de froid du niveau intermédiaire à absorber les besoins accrus liés à l'introduction des nouveaux vaccins, n'est pas maîtrisée.

Dans le champ de la **surveillance**, il existe un réseau de 55 sites sentinelles et un pool d'épidémiologistes, de techniciens départementaux et d'officiers de surveillance qui participent aux activités de notification, d'investigation et de riposte. Les activités de surveillance sont désormais coordonnées par la DELR qui organise deux fois par semaine des rencontres de coordination dans sa salle de situation. Cependant, la qualité de la surveillance laisse à désirer. En effet, la complétude du rapportage est très faible, y compris celle des sites sentinelles ; l'investigation des cas et les ripostes ne suivent pas toujours ou pas assez rapidement la notification.

En ce qui concerne la **gestion du programme**, des démarches intéressantes visant à une meilleure organisation de la DPEV du point de vue structurel (amélioration de l'espace de fonctionnement, dotation en personnel et en véhicule) est à mentionner. Au niveau central et intermédiaire, un système de planification est mis en place à travers les programmes-budgés de la DPEV et des DDS. Un outil de micro planification est en cours de révision afin de rendre plus efficaces la réalisation des activités au niveau institutionnel.

Par contre certaines **défaillances** essentielles sont notées au niveau de la **gestion du programme**. Essentiellement, elles portent sur les déficits dans l'appropriation du programme, les descriptions de tâche du personnel et dans les fonctions de planification stratégique, suivi et évaluation. Par ailleurs les investissements publics dans le PEV sont largement insuffisants puisque, hormis les salaires, l'Etat ne participe pas au financement des activités du programme. En outre, les structures d'appui au programme (Comité Technique et Comité de Coordination Inter Agence) restent peu fonctionnelles.

II. PRIORITES NATIONALES

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 efficience 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.

III. OBJECTIFS

D'ici à 2015 :

- Porter au niveau national, la couverture des moins d'un an par tous les vaccins du PEV a 90 % au moins, à l'exception du BCG ¹³
- Porter la couverture vaccinale des femmes enceintes par le dT 2 + à 80% au moins ;
- Maintenir le pays libre de la circulation des virus de polio, rougeole et de rubéole ;
- Éliminer le Tétanos maternel et néonatal ;
- Introduire de nouveaux vaccins (Pentavalent, Rotavirus et Pneumocoque) dans le PEV de routine ;
- Assurer une surveillance adéquate des maladies immuno-controlables dans 100 % des départements ;
- Réduire de 50 % le taux d'abandon DTP1-DTP3 ;
- Disposer d'un système de gestion des vaccins et intrants fiable et efficient ;
- Disposer d'un système de chaine de froid fonctionnel toute l'année dans au moins 80% des institutions participant au PEV ;
- Atteindre 80% de conformité aux normes de sécurité des injections et de gestion des déchets dans au moins 80 % des institutions ;

¹³ Passé la vaccination dans la période néonatale, qui ne concerne qu'une minorité des naissances, le rattrapage est difficile avant un an, car le BCG ne peut être pratiqué en stratégie avancée par les agents communautaires.

- Disposer de personnels aux capacités renforcées en ce qui concerne les fonctions de planification stratégique et opérationnelle, de suivi et d'évaluation de la DPEV et des DS dans le cadre du programme ;
- Disposer et mettre en œuvre à tous les niveaux le Plan intégré de communication.

IV. AXES STRATEGIQUES

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

1-Protéger davantage de personnes dans un monde qui change.

Cet axe a trait aux stratégies et activités qui permettront de faire bénéficier davantage de personnes des vaccins existants et de leur donner une meilleure protection.

2-Revitaliser le programme régulier de vaccination

La revitalisation du programme régulier passe par le **rattrapage des communes à basses couvertures**, le **renforcement de la gestion du programme**, la mise en place à tous les niveaux d'un bon système de monitoring, le renforcement des compétences du personnel, la dotation en ressources nécessaires à la gestion et au fonctionnement du programme

3-Renforcer le leadership du MSPP

Ce renforcement passe par la réappropriation du programme par les managers du PEV tant au niveau central qu'au niveau intermédiaire, la revitalisation des structures d'appui au PEV (CCIA, comité technique) et la mise en place de la commission nationale de vérification et de documentation des maladies évitables par la vaccination.

4-Adopter de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies

Le DPEV compte introduire dans le programme de routine des nouveaux vaccins répondant au profil épidémiologique du pays : en 2012, le **Vaccin Rougeole Oreillon Rubéole (ROR)** se substituera au Vaccin Rougeole Rubéole (RR); le **pentavalent (DTC-Hep B-Hib)** au vaccin Diphtérie Tétanos Pertussis (DTP)¹⁴; en 2013 **les vaccins contre le pneumocoque et contre le rotavirus** seront introduits. L'introduction du vaccin pentavalent sera prioritaire étant le plus efficace en termes de décès évités.

Le Programme compte également reprendre le processus de mise en place sur le terrain **des indicateurs de chaîne de froid à mémoire**

5-Intégrer la vaccination, les interventions sanitaires apparentées et la Surveillance au sein des systèmes de santé.

Le PEV doit servir de **porte d'entrée d'un paquet minimum de services préventifs, promotionnels et nutritionnels ciblant le binôme « mère –enfant »,** et au développement d'un système de surveillance épidémiologique plus fonctionnel.

6-Vacciner dans un monde interdépendant

Le PEV prendra en considération l'intensification des flux migratoires très importants vers Haïti (missions onusiennes, multiplication des ONG après le tremblement de terre du 12 Janvier). Des mesures spéciales seront adoptées pour adresser le problème de contrôle aux frontières et la surveillance épidémiologique des maladies émergentes.

¹⁴ Le pentavalent ne remplacera le DTP que pour les 3 doses de primo vaccination. Le rappel de DTP à 1 an sera maintenu

V. ACTIVITES PAR COMPOSANTES

A. Prestation des services (tableau 5):

Objectif	Etapes	Stratégie	Activités
Porter au niveau national, la couverture des moins d'un an pour tous les antigènes du PEV de routine à 90%	2011 : 70% 2012 : 75 % 2013 : 80 % 2014 : 85 % 2015 : 90 %	<ul style="list-style-type: none"> - Vaccination au quotidien dans toutes les institutions participant au PEV ; - Réduction des occasions manquées ; - Relance de la stratégie avancée ; - Recherche active des perdus de vue - Mise en œuvre de l'approche <i>Atteindre chaque Communes</i> au niveau des communes sélectionnées à basses couvertures -Renforcement des activités de communication pour stimuler la demande ; -Renforcement des capacités de planification, de suivi et de supervision du programme a tous les niveaux. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborer des plans opérationnels départementaux avec inclusion du volet communication - Elaborer des microplans avec inclusion du volet communication. - Appuyer techniquement l'organisation de la prestation des services de vaccination au niveau des institutions prestataires. - Mettre en place un cadre de contractualisation des ONG' s en vue de maximiser leurs interventions en vaccination -Recruter et former le personnel institutionnel et communautaire a la prestation des services de vaccination. - Rattraper les non vaccinés à l'occasion des SDE et des SDA. - Renforcer les liens avec la communauté; - Utiliser les ressources humaines de la coopération cubaine dans l'encadrement des activités de relance du PEV de routine
Porter la couverture vaccinale des femmes enceintes DT2 + a 80%	2011 : Niveau 55 % 2012 : Niveau 60% 2013 : Niveau 65 % 2014 : Niveau 70 % 2015 : Niveau 80 %	<ul style="list-style-type: none"> - Idem stratégies de l'objectif ci-haut ; - Vaccination dT des femmes enceintes au quotidien lors des CPN et postes de rassemblement 	<ul style="list-style-type: none"> - Cf les activités ci-haut -Renforcer les liens avec la communauté ; Renforcer les capacités des prestataires à planifier la vaccination des femmes enceintes
Maintenir le pays libre de la circulation de polio, de rougeole et de rubéole.		<ul style="list-style-type: none"> -Mise en place de la commission de documentation et de vérification des maladies évitable par la vaccination - Organisation des activités supplémentaires de vaccination 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place la commission - Développer le plan national de vérification et de documentation des maladies évitables par la vaccination. - Organiser bi annuellement des - Semaine de Survie de l'Enfant ; - Organiser chaque année la Semaine de Vaccination des Ameriques. - Organiser des campagnes de vaccination de masse sur la base des données épidémiologiques et de couvertures

Objectif	Etapes	Stratégie	Activités
		-Élargissement des cibles du programme à de nouvelles tranches de la population, selon une approche familiale, scolaire et de groupes à risques	- Vacciner bi annuellement dans les écoles ; - Utiliser des actions novatrices pour toucher les enfants et adolescents non scolarisés
Éliminer le tétanos maternel et néo-natal	2011- 2015 : moins de 1 cas pour 1,000 naissances vivantes	- Idem stratégies pour augmenter couverture dT des femmes enceintes routine au niveau institutionnel et communautaire -Activités de vaccination supplémentaire dans les communes à haut risque ; - Contribution du programme à la promotion de l'accouchement propre ;	- Sensibiliser le personnel sur l'importance de la vaccination contre la dT - Sélectionner les communes à haut risque de TMN - Organiser les activités intensives dans les communes sélectionnées à haut risque - Plaidoyer pour la Formation et équipements des matrones
Réduire de 50 % le taux d'abandon DTC1-DTC3 (de 18 % en 2009 selon enquête du CDC)	2011 : Réduction de 10 % 2012 : Réduction de 20 % 2013 : Réduction de 30 % 2014 : Réduction de 40 % 2015 : Réduction de 50 %	-Recherche active des cas d'abandon	-Concevoir et élaborer des outils de collecte des données permettant de suivre chacun des cibles à vacciner ; - Utiliser systématiquement les registres lors de la vaccination ; - Utiliser les cahiers de recherche active dans la communauté. -Mettre en place des activités de recherche des cas d'abandon en collaboration avec les organisations communautaires
Introduire de nouveaux vaccins (Pentavalent, Pneumocoque et Rotavirus) dans le PEV de routine	2011 : Soumission pour les nouveaux vaccins 2012 : Introduction du vaccin pentavalent 2013 : Introduction des vaccins contre le pneumocoque et les rotavirus	- Etablissement de mécanismes de coordination avec GAVI	- Développer un document de soumission à GAVI - Faire le plaidoyer pour l'introduction des nouveaux vaccins

B. Communication et mobilisation sociale (tableau 6):

Objectif	Etapes	Stratégie	Activités
Disposer et mettre en œuvre à tous les niveaux, le Plan intégré de communication	2011 : Développer le Plan Intégré de Communication (PIC) 2012-2015 : Mise en œuvre du PIC	- Plaidoyer - Mobilisation sociale - CCC	- Élaborer et diffuser le PIC - Coordonner avec la DPSPE - Renforcer les capacités de l'équipe Communication de la DPEV - Redynamiser les activités de renforcement de lien avec la communauté

Objectif	Etapes	Stratégie	Activités
			<ul style="list-style-type: none"> - Rechercher le support de partenaires techniques et financiers - Etablir le partenariat avec les medias - Former le personnel en matière de CCC. - Impliquer des autorités locales et des leaders communautaires dans un plan de lutte contre le vol des panneaux solaire

C. Surveillance épidémiologique (tableau7) :

Objectif	Etapes	Stratégie	Activités
Assurer une surveillance adéquate des maladies immuno-contrôlables dans 100 % des départements	2011-2015 : 100% des Départements assurent une surveillance adéquate	Recherche active de cas de Maladies Evitables par la Vaccination (MEV)	<ul style="list-style-type: none"> -Mettre en place le Commission Nationale de Vérification et d'investigation des cas de MEV - Impliquer la communauté dans la recherche active de cas - Renforcer les capacités des prestataires a la recherche active de cas - Renforcer la coordination entre DPEV & DELR

D. Approvisionnement en vaccins et logistique (tableau 8):

Objectif	Etapes	Stratégie	Activités
Disposer d'un système de gestion des vaccins et intrants fiable et efficient		<ul style="list-style-type: none"> --Rationalisation de l'Approvisionnement en vaccins - Décentralisation de l'entreposage des vaccins par la mise en place d'une chambre froide de grande capacité dans le Nord et le Sud. - Amélioration de la gestion des vaccins à tous les niveaux. 	<ul style="list-style-type: none"> -Estimer les besoins des Directions Sanitaires départementales sur une base trimestrielle -Doter la DPEV de deux camions frigorifiques de moyenne capacité -Approvisionner activement les Directions Sanitaires -Mettre en place, selon les réalités de chaque département, un système d'approvisionnement fiable en vaccins, gaz propane et autres intrants destinés aux institutions. Réviser et adapter les outils de gestion des vaccins et intrants Monitorer trimestriellement la gestion des vaccins à tous les niveaux

PPAc-PEV-2011-2015

Objectif	Etapes	Stratégie	Activités
Disposer d'un système de chaîne de froid fonctionnel toute l'année dans au moins 80% des institutions participant au PEV	2011 : Niveau 40 % 2012 : Niveau 50 % 2013 : Niveau 60 % 2014 : Niveau 70 % 2015 : Niveau 80 %	Renforcer le système de maintenance et de réparation des réfrigérateurs -Orienter le PEV vers l'utilisation d'une autre source d'énergie autre que le gaz propane	- Remplacer progressivement les réfrigérateurs à gaz propane par les solaires -Actualiser l'inventaire de la Chaîne de froid - Recycler les Techniciens en Chaîne de Froid départementaux et centraux - Recycler les prestataires en matière de gestion de la chaîne de froid - Passer à échelle nationale l'utilisation des indicateurs de froid à mémoire (Fridge tag) -Fournir des équipements et des pièces de rechange aux TCDF -Doter le PEV de nouvelles motociclettes -Évaluer les capacités de stockage à tous les niveaux
Atteindre 80% de conformité aux normes de sécurité des injections et de gestion des déchets dans au moins 80 % des institutions	2011 : Niveau 40 % 2012 : Niveau 50 % 2013 : Niveau 60 % 2014 : Niveau 70 % 2015 : Niveau 80 %	- Renforcement des capacités du personnel à la Sécurité des Injections(SI) - Réhabilitation/construction des ouvrages de traitement des déchets -Mise en réseau des institutions autour des sites d'incinération	-Diffuser les normes de prestation et de gestion de la chaîne de froid -Former les prestataires sur la Système d'Information -Superviser l'exécution du PSPA-PEV à tous les niveaux - Inventorier et évaluer les ouvrages de traitement des déchets Recyclage du personnel sur la sécurité des injections et la gestion des déchets -Dotation des institutions en gants, poubelles, boîtes de biosécurité et autres matériels de protection -Fourniture de moyens logistiques pour le transport des déchets vers les sites d'incinération -Réunion trimestrielle de coordination avec la DPSPE

E. Gestion du programme (tableau 9):

Objectif	Etapas	Stratégie	Activités
<p>Disposer de personnels aux capacités renforcées en ce qui concerne les fonctions de planification stratégique et opérationnelle, de suivi et d'évaluation de la DPEV et des DS dans le cadre du programme</p>		<ul style="list-style-type: none"> -Renforcement de la Gouvernance du PEV - Coordination du Programme - Évaluation du Programme à tous les niveaux 	<ul style="list-style-type: none"> -Actualiser les descriptions de tâches du personnel a tous les niveaux -Former le personnel à tous les niveaux - Superviser le personnel du PEV a tous les niveaux -Organiser des ateliers semestriels de monitoring et d'évaluation -Actualiser périodiquement la base de données (trimestrielle) -Diffuser les bulletins trimestriels de retro-information par niveau -Standardisation des outils de supervision intégrée du PEV -Appuyer techniquement la Formation du personnel administratif et technique sur le rapportage et la justification de fonds/pièces justificatives. - Fournir des incitatifs au personnel du PEV à tous les niveaux (prime, etc ...)

VI. FINANCEMENT

A. *Projection des besoins de financement de 2011 à 2015*

1. Méthodologie

Les projections de coûts pour le PPAc 2011-2015 sont basées sur les bases de données suivantes :

- L'outil du PPAc pour la période 2008 – 2012 (2007) qui établit une bonne base de données avec l'année 2006 comme année de référence.
- L'outil du PPAc repris par l'OMS pour la période 2011 – 2015 (mai 2011)
- L'évaluation externe de la chaîne de froid et de la gestion des vaccins (mai 2011)
- Le document de l'application pour les nouveaux vaccins (mai 2011)

Les données de ces documents ont été reprises dans la nouvelle version de l'outil du PPAc (version 2.5 mars 2011). Les projections sont basées sur les objectifs nationaux et les priorités du programme national du PEV. Bien qu'il n'existe pas encore un plan stratégique de Santé pour la période 2011 - 2015, le PEV et les partenaires du MSSP pensent que le nouveau gouvernement s'engagera dans les objectifs du PPAc 2011 – 2015.

Avec toutes ces données, il a fallu apporter certains ajustements aux premières projections générées par le dernier outil PPAc. Les principaux ajustements apportés aux projections générées par l'outil PPAc pour la période 2011 – 2015 sont les suivants :

- L'outil 2008 – 2012 ne comprenait pas des coûts pour la stratégie avancée¹⁵ pour l'année de base 2006. L'OMS a alors actualisé les coûts de ce poste budgétaire et c'est ce qui est utilisé comme bases pour les projections 2011 – 2015
- Certains des coûts de base 2006 paraissent bas, notamment pour la mobilisation sociale et l'IEC paraissent très bas : USD 847. L'OMS a ainsi repris les différentes composantes de ce poste budgétaire et ces composantes sont utilisées pour les projections pour 2011 – 2015. Il en est de même pour le poste de la gestion de programme (USD 5,987) et le contrôle et la surveillance (USD 14,500).
- L'étude de la chaîne de froid a produit de coûts bien moindres que les coûts générés par l'outil PPAc. Certains coûts de l'étude de la CDF ont alors été utilisés (principalement celui de la distribution des vaccins) et été substitués à ceux produits par l'outil. Une fois l'étude finalisée, le PPAc devra être actualisé avec les résultats de cette étude.

2. Hypothèses

a) Programme de routine

Certaines décisions du PPAc 2011-2015 auront une importante incidence sur les besoins de financement du Programme de routine au cours de l'exercice 2011-2015 :

¹⁵ Pour l'indemnisation des agents responsables de la prestation de service de stratégie avancée.

- L'introduction de nouveaux vaccins :
 - Substitution du Vaccin bivalent anti Rougeole-Rubéole (RR), par le **vaccin trivalent anti-Rougeole-Oreillon-Rubéole (ROR)** ;
 - Substitution du vaccin Diphtérie Tétanos Pertussis (DTP) par le **vaccin Pentavalent** (DTP + anti Haemophilus influenzae b + anti Hépatite b)
 - Introduction de nouveaux vaccins : vaccin **anti pneumococcique** ; et vaccin **anti rotavirus**
- La chronologie des substitutions et introductions :
 - Substitution du RR par le ROR prévue pour 2012 sur toute l'étendue du territoire
 - Substitution du DTPer par le pentavalent DTP-Hib-Hepb prévue pour 2012 sur toute l'étendue du territoire
 - Introductions du vaccin anti pneumococcique et du vaccin anti rotavirus prévues pour 2013 sur toute l'étendue du territoire
- L'offre d'un paquet intégré de prestations communautaires incluant comme c'est déjà le cas, l'apport de supplément en vitamine A, mais aussi le déparasitage familial et autres prestations ¹⁶.
- La mise en œuvre des deux mesures clefs de la revitalisation du programme de routine, à savoir :
 - L'indemnisation des agents responsables de la prestation de service de stratégie avancée
 - L'approvisionnement actif ou remboursé des institutions qui n'ont pas les moyens de s'approvisionner

b) Activités de vaccination supplémentaires

Les activités de vaccination supplémentaires d'ampleur nationale à prévoir durant l'exercice 2011-2015 sont les suivantes :

- 1) **Campagne de rattrapage des non vaccinés susceptibles à la Rougeole-Rubéole et Polio** aux dates prévisibles de franchissement du seuil d'une (1) cohorte de non vaccinés susceptibles, soit :
 - 2011 avec pour cible les 0-9 ans
 - 2014 avec pour cible les 0-5 ans
- 2) **Campagne d'élimination du tétanos maternel et néonatal**, à raison de 25 % de la population cible (femmes de 15-49 ans) par an pendant 4 ans, à compter de 2012
- 3) **Campagne de vaccination universelle contre le tétanos**, à raison de 25 % de la population cible (population totale moins femmes de 15-49 ans) en 2013 et à nouveau 2014 et de 50 % en 2015
- 4) **Campagne de vaccination contre l'hépatite b** des élèves et étudiants qui est prévue pour 2013.

¹⁶ Exemple : fer et folâtes aux mères ; et distribution de moustiquaires imprégnées en zone d'endémie palustre

3. Sommaire des Coûts du PPAc

La page suivante présente les coûts du PPAc pour la période 2011 – 2015. 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 vaccins sous utilisés et les nouveaux vaccins ; ou il n'avait pas conduit de campagne de vaccination ; et où le taux de couverture vaccinale par le DTC3 avait atteint 68.6%.

a) Programme de routine

(1) Vaccins

Les coûts des vaccins pour l'immunisation de la routine sont estimés à USD 42,4 millions (35% du total) pour la période avec les nouveaux vaccins estimés à USD 36,7 million (30%) du total de la PPAc. Les coûts unitaires par dose des ces vaccins – et les taux de couverture aboutissant à 90 % pour la plupart des antigènes - contribuent à ces coûts significatifs :

- Pentavalent : prix constant de USD 3.38 au cours de la période¹⁷
- Vaccin antipneumococcique (PCV13) : prix constant de USD 3.62
- Vaccin antirotavirus : prix constant de USD 8.14

(2) Matériels d'injection

Les estimations pour ce poste budgétaires passent de USD 105,780 en 2011 à USD 310 864 en 2015, reflétant les hauts taux de couverture pour les vaccins traditionnels, les vaccins sous utilisés et les nouveaux vaccins. Ces estimations représentent 1% du total estimatif pour la période 2011 – 15.

(3) Personnel

Les salaires, les indemnités pour le personnel de la stratégie avancée et les indemnités pour la surveillance et le monitoring sont estimés à USD 18,1 millions, soit 15 % du total. Les indemnités pour le personnel de la stratégie avancée représentent une part prépondérante de cette rubrique, 9% du total du PPAc (USD 11.5 million).

(4) Transport

Les coûts estimatifs des transports de vaccins pour les différentes stratégies passent de USD 349,341 en 2006 à USD 670,670 en 2015, représentant 2% du total estimatif pour le PPAc. Les coûts de base et pour les projections ont été estimés avec les prix de l'essence/gap propane, un pourcentage pour les frais d'entretien des véhicules, et un pourcentage de l'utilisation des véhicules pour la stratégie fixe (50%), avancée (30% du temps) et mobile (20%) du temps.

¹⁷ Prix incluant le prix d'achat, le fret (2.48% pour Rota, et 5% pour Penta) et la charge du Fond Rotatoire (3,5 % pour les trois antigènes).

(5) Entretien

Ces coûts estimatifs représentent 8% du montant du PPAc (USD 9,6 millions). Ils passent de USD 415,848 en 2006 à USD 2,4 millions en 2015. L'entretien de la CDF représente la quasi-totalité de cette rubrique budgétaire avec USD 9,3 millions pour couvrir les besoins d'essence, d'électricité et de gaz propane pour les différents équipements (chambres froides, générateurs et autres). Le reliquat (USD 381,999) couvre les besoins d'entretien des véhicules. Ces coûts pour l'année de base sont calculés à partir d'un pourcentage de 5 % du coût d'achat de ces équipements¹⁸.

(6) Formation à court terme

Ces coûts sont estimés à USD 4.6 millions pour la période de 2011 – 2015, représentant 4 % du total PPAc. Ces estimations sont passées de USD 103,280 en 2006 à USD 949,509 en 2015 et sont basés sur des estimations faites par l'OMS pour la formation institutionnelle, la formation communautaire et la reproduction des formes.

(7) Mobilisation sociale et IEC

Comme précisé préalablement au début ce chapitre « Financement », l'estimation de ces coûts en 2006 était très basse. Pour la période du plan, les coûts ont été estimés à un niveau plus réaliste en partant de USD 102,000 en 2011 et les ajustant au taux d'inflation de 2 % jusqu'à 2015. Cette rubrique totalise USD 693,198 pour la période et représente moins de 1% du total du PPAc.

(8) Contrôle et surveillance des maladies

Il n'y a pas d'estimations de coûts pour cette rubrique budgétaire pour 2006. L'OMS a ainsi estimé des coûts approximatifs pour les sous rubriques suivantes :

- Détection et notification
- Vérification des cas, épidémies et enquêtes
- Gestion de données
- Kits de spécimen pour laboratoires et transport
- Formation, assistance technique et installation technique sur les incinérateurs
- Achat de kit de travail/protection

Ces coûts sont estimés à près de USD 2 millions pour la période de 2011 – 2015 (2 % du coût total PPAc). Ces estimations de coûts n'incluent pas ceux pour le per diem du personnel chargé de la surveillance et du monitoring qui sont déjà inclus dans la rubrique transport.

(9) Gestion du programme

Ces estimations s'élèvent à USD 6.4 millions (5 % du total du PPAc), comparées à seulement USD 5,987 en 2006. Ces coûts résultent de la compilation des budgets estimés par le PEV pour les rubriques suivantes :

- Evaluations et Révisions du Programme

¹⁸ Les résultats de l'étude définitifs de la CDF et de ses cout d'entretien ne sont pas encore disponibles, seulement une partie de l'étude a été publiée.

- Echanges
- Provision de bureaux
- Supervision et assistance technique
- Mission de maintenance/réparation de la CDF
- Activités de revitalisation.

(10) Autres coûts récurrents

Ces coûts s'élevaient USD 53,081 (0,05% du montant total du PPAC) pour la période et sont inscrits dans ce budget pour continuer des activités en relation à la pérennisation financière des activités PEV.

(11) Coûts en capital

Cette rubrique couvre les besoins en véhicules, équipements de CDF et autres équipements pour le programme. Les estimations pour ce poste budgétaire s'élevaient à USD 5,2 millions (4 % du montant total du PPAC).

Les coûts d'achats ont été actualisés par l'OMS en Mai 2011 et par l'étude de la CDF. Ces coûts commencent lentement en 2011 avec principalement l'achat de véhicules au niveau national et départemental et de motocyclettes aux niveaux départemental et institutionnel. Ces coûts augmentent fortement en 2012 avec les équipements de CDF aux niveaux central, départemental et institutionnel. Ces coûts estimatifs sont moindres en 2013 et 2014. Les coûts remontent en 2015 en vue de l'expansion de la CDF (pour les besoins de vaccination en 2016 et 2017) et de la complexité de gestion du programme.

Les autres coûts de capital, représentent les acquisitions pour la gestion des déchets, spécifiquement et principalement pour les incinérateurs, estimés à USD 299,880 en 2012 et USD 313,559 en 2015.

b) Campagnes

Les estimations des coûts de campagnes reflètent le calendrier de ces campagnes, les populations cibles, les antigènes administrés et les objectifs de couverture visés. Les coûts unitaires opérationnels par personne vaccinée ont été calculés par l'OMS et ont été multipliés par les cohortes à vacciner.

Comme dit préalablement, les coûts des campagnes totalisent USD 25,9 millions pour le total de la période et représentent 22% des coûts totaux du PPAC.

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

Composantes du Plan pluriannuel	Dépense	Besoins 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	\$8,792,788	\$15,694,691	\$15,139,401	\$16,548,823	\$88,415,534
Prestation de service	\$3,636,876	\$3,766,918	\$3,889,767	\$3,975,230	\$4,055,140	\$4,432,036	\$20,099,091
Placoyer et Communication	\$947	\$102,000	\$104,040	\$159,181	\$182,355	\$165,612	\$689,199
Monitoring et Surveillance Epidémiologique	\$14,500	\$37,910	\$65,468	\$68,178	\$401,041	\$409,032	\$1,966,659
Management du Programme	\$109,257	\$2,115,480	\$2,157,730	\$2,200,945	\$2,244,964	\$2,289,864	\$11,009,043
Activités supplémentaires de vaccination		\$6,779,424	\$706,117	\$7,611,142	\$6,299,211	\$4,538,036	\$25,992,991
Coûts partagés de systèmes de santé	\$466,388	\$466,036	\$336,018	\$516,138	\$326,461	\$336,990	\$2,581,702
GRAND TOTAL	\$5,472,397	\$15,877,659	\$16,521,968	\$30,550,505	\$38,827,583	\$28,920,483	\$120,688,218

Coûts destination des coûts du PPAC 2011-2015

PPAC-PEV-2011-2015

Tableau 11 : Résumé des couts et besoins en ressource – version détaillée

	Dépense	Besoin en Ressources Futures					Total 2011 - 2015
	2006	2011	2012	2013	2014	2015	
	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Courants							
Vaccin de base	\$534,100	\$587,894	\$4,268,867	\$12,632,665	\$11,959,163	\$12,952,099	\$42,400,688
Traditionnel	\$534,100	\$587,894	\$360,284	\$369,556	\$378,718	\$411,006	\$2,107,458
Sous-utilisés			\$907,228	\$815,563	\$881,416	\$944,068	\$3,548,274
Nouveaux			\$3,001,355	\$11,447,546	\$10,699,029	\$11,597,026	\$36,744,955
Matériels d'injections	\$82,591	\$105,780	\$176,644	\$266,576	\$279,842	\$310,864	\$1,139,707
Personnel	\$3,287,535	\$3,474,921	\$3,544,419	\$3,615,307	\$3,687,614	\$3,761,366	\$18,083,627
Salaires du personnel existant (vaccination spécifique)	\$201,285	\$236,982	\$241,721	\$246,556	\$251,487	\$256,517	\$1,233,262
Per-diem pour la stratégie avancée/mobile	\$2,160,000	\$2,203,200	\$2,247,264	\$2,292,209	\$2,338,053	\$2,384,815	\$11,465,541
Per-diem pour la surveillance et le monitoring	\$926,250	\$1,034,739	\$1,055,434	\$1,076,542	\$1,098,073	\$1,120,035	\$5,384,823
Transport	\$349,341	\$291,997	\$325,348	\$359,923	\$367,527	\$670,670	\$2,015,464
Stratégie fixe et livraison des vaccins	\$194,079	\$162,221	\$180,749	\$199,957	\$204,181	\$372,595	\$1,119,702
Stratégie avancée	\$116,447	\$97,332	\$108,449	\$119,974	\$122,509	\$223,557	\$671,821
Stratégie mobile	\$38,816	\$32,444	\$36,150	\$39,991	\$40,836	\$74,519	\$223,940
Entretien et général	\$415,848	\$650,402	\$2,073,026	\$2,183,239	\$2,304,517	\$2,436,269	\$9,647,453
Entretien de la Chaîne du Froid	\$415,848	\$625,922	\$2,023,087	\$2,107,681	\$2,202,335	\$2,306,429	\$9,265,455
Entretien d'autres équipements		\$24,480	\$49,939	\$75,558	\$102,182	\$129,840	\$381,999
Bâtiments (l'électricité, l'eau...)							
Formation à court terme	\$103,280	\$877,200	\$894,744	\$912,639	\$930,892	\$949,509	\$4,564,984
Mobilisation sociale et IEC	\$847	\$102,000	\$104,040	\$159,181	\$162,365	\$165,612	\$693,198
Contrôle et surveillance des maladies	\$14,500	\$377,910	\$385,468	\$393,178	\$401,041	\$409,062	\$1,966,659
Gestion du programme	\$5,987	\$1,228,080	\$1,252,642	\$1,277,694	\$1,303,248	\$1,329,313	\$6,390,978
Autres coûts récurrents		\$10,200	\$10,404	\$10,612	\$10,824	\$11,041	\$53,081
Sous Total des Coûts Récurrents	\$4,794,029	\$7,706,385	\$13,035,602	\$21,811,014	\$21,407,032	\$22,995,806	\$86,955,840
Non-récurrents							
Véhicules	\$192,000	\$226,440	\$27,467	\$28,016		\$241,794	\$523,716
Équipement de la Chaîne du froid		\$369,454	\$1,940,887	\$282,812	\$288,468	\$294,238	\$3,175,859
Autres coûts de capital		\$299,880	\$305,878	\$301,383	\$307,411	\$313,559	\$1,528,110
Sous Total des Coûts Récurrents	\$192,000	\$895,774	\$2,274,231	\$612,211	\$595,879	\$849,590	\$5,227,685
Vaccination							
Polio		\$1,956,808			\$1,163,409		\$3,120,217
Vaccins et Matériel d'Injection		\$661,813			\$378,159		\$1,039,972
Coûts opérationnels		\$1,294,995			\$785,250		\$2,080,245
Rougeole							
Vaccins et Matériel d'Injection							
Coûts opérationnels							
Fièvre Jaune							
Vaccins et Matériel d'Injection							
Coûts opérationnels							
Tétanos Neonatal			\$706,117	\$732,544	\$760,034	\$788,633	\$2,987,328
Vaccins et Matériel d'Injection			\$368,542	\$378,713	\$389,166	\$399,907	\$1,536,328
Coûts opérationnels			\$337,575	\$353,830	\$370,868	\$388,726	\$1,450,999
Rougeole Rubéole		\$4,822,616			\$2,426,390		\$7,249,006
Vaccins et Matériel d'Injection		\$1,677,629			\$811,663		\$2,489,291
Coûts opérationnels		\$3,144,988			\$1,614,727		\$4,759,715
Tétanos Universel				\$2,017,717	\$1,948,379	\$3,749,463	\$7,715,558
Vaccins et Matériel d'Injection				\$840,210	\$801,976	\$1,525,374	\$3,167,561
Coûts opérationnels				\$1,177,507	\$1,146,402	\$2,224,089	\$4,547,998
Hépatite B Ecoles				\$4,860,882			\$4,860,882
Vaccins et Matériel d'Injection				\$3,552,834			\$3,552,834
Coûts opérationnels				\$1,308,048			\$1,308,048
Vaccins et Matériel d'Injection							
Coûts opérationnels							
Vaccins et Matériel d'Injection							
Coûts opérationnels							
Vaccins et Matériel d'Injection							
Coûts opérationnels							
Sous Total des Coûts en Campagne		\$6,779,424	\$706,117	\$7,611,142	\$6,298,211	\$4,538,096	\$25,932,991
Coûts partagés de personnel	\$486,368	\$496,096	\$506,018	\$516,138	\$526,461	\$536,990	\$2,581,702
Coûts partagés de transport							
Bâtiments							
Subtotal	\$486,368	\$496,096	\$506,018	\$516,138	\$526,461	\$536,990	\$2,581,702
Vaccination de Routine	\$5,472,397	\$15,877,679	\$16,521,968	\$30,550,505	\$28,827,583	\$28,920,483	\$120,696,218
Campagnes de Vaccination	\$5,472,397	\$9,098,255	\$15,815,850	\$22,939,363	\$22,529,372	\$24,382,386	\$94,765,226
Campagnes de Vaccination		\$6,779,424	\$706,117	\$7,611,142	\$6,298,211	\$4,538,096	\$25,932,991

B. Financement

1. Financement du secteur santé

Le premier exercice en profondeur de comptabilité des flux financiers dans le secteur santé n'a été réalisé qu'en 2008. Auparavant il n'y a eu que des exercices relativement parcellaires de comptes spécifiques de santé, notamment dans le domaine du VIH/SIDA.

En 2005-2006, les dépenses totales de santé (DTS) étaient estimées à 11,4 milliards de gourdes, soit aux alentours de 285 millions de dollars (au taux de 40 HTG/USD) ce qui représentait 5,7 % du Produit Intérieur Brut (PIB). Les dépenses publiques en santé étaient de 3,31 milliards de gourdes (82 millions de dollars), dont 95 (quatre vingt quinze) pour cent en provenance du MSPP. Ce chiffre représentait vingt neuf pour cent (29%) du total des dépenses de santé, soit la troisième contribution en valeur, après celle des ménages 4,2 milliards de gourdes, (36 %) et les bailleurs de fonds 4 Milliards de gourdes, (35 %).

Sachant qu'un paquet minimum de services de base, PEV inclus, coute aux environs 60 dollars par habitant, le niveau du financement actuel (31 dollars par habitant selon un schéma qui taxe lourdement les ménages) semble tout à fait incapable de couvrir les besoins de base de la population Haïtienne.

Même si le PEV I ne saurait jouir du financement extraordinaire du programme de lutte contre le SIDA, il dispose de très solides atouts :

- L'immunisation est universellement reconnue comme l'intervention la plus efficace et efficiente ;
- Un dispositif de financement international très puissant (GAVI) est disponible pour les pays dans la situation économique d'Haïti
- Le PEV est une priorité affichée du MSPP et du Gouvernement ¹⁹ ;
- Dans le cadre de la réduction de la dette, Haïti s'est engagé à atteindre des objectifs de couverture vaccinale (augmentation de 10 % de la couverture DTC3, BCG, rougeole) ; et
- L'assurance de la gratuité d'un paquet de soins, incluant la vaccination, aux femmes et aux enfants de moins de 5 ans, fait partie intégrante du développement de la protection sociale en santé et des projets qui vont fournir au MSPP les financements y afférents.

2. Financement du programme

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 :

¹⁹ Dans sa déclaration de Politique Générale de prise de fonction, l'actuel Premier Ministre a déclaré son intention d' « Intensifier des programmes de prévention en mettant l'accent sur l'eau et l'assainissement (...) et sur le programme de vaccination afin que l'immunisation de la population ne dépende plus uniquement de campagnes de vaccinations coûteuses et n'apportant que des résultats éphémères ».

- Les **frais généraux de fonctionnement et maintenance des services** du niveau central (DPEV) et départemental (DDS) ;
- 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 2012²⁰, 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 des **activités d'appui/suivi des institutions par le niveau départemental**: supervisions des institutions; approvisionnement institutionnel actif en vaccins et intrants ; missions de réparation de réfrigérateurs ; ateliers de monitoring et planification institutionnels ;
 - Les coûts de **formation et recyclage des cadres nationaux, départementaux et agents prestataires institutionnels et communautaires** ;
 - Les coûts de la **surveillance épidémiologique** (investigation de cas ; recherche active) ;
 - Les coûts liés au renouvellement des **moyens logistiques** (véhicules et motocyclettes) ;
 - Les coûts liés à l'acquisition et installation **d'incinérateurs** ;
 - Les coûts **d'activités de vaccinations supplémentaires liées à l'élimination du Tétanos Maternel et Néonatal** ;
 - Les coûts liés à 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 afférents, y inclus ceux liés à la gestion des déchets ;
 - 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 chaîne de froid à concurrence de USD 2,5 millions de vaccins et USD 4,5 millions d'équipements

²⁰ Le rephasage souhaitable du PAPEV devrait dépendre de l'évaluation externe qui sera réalisée en Mai 2011

PPAc-PEV-2011-2015

- Les **ONGs**, en particulier celles dépendant, en totalité ou en partie de la Coopération des Etats 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 estimés à ²¹
 - Projet GAVI-RSS de Renforcement des Services de Santé (USD 750 000 par an, 5 ans) ; et
 - Le financement de l'introduction des nouveaux vaccins : à raison d'une somme forfaitaire de USD 100,000 et de 90 % de la valeur de 5 cohortes annuelles de naissances par vaccin.

Tableau 12 : besoins et disponibilités de financements

		ETAT	PAPEV (ACDI)		UNICEF	GAVI		Brésil	ONGs	CDC	
			OPS/ OMS	UNICEF	JICA	RSS	INV				
Routine	Vaccins Anciens				X			X			
	Nouveaux						X			X	
	Intrants				X						
	Propane	X									
	Véhicules et chaîne de froid			X	X			X			
	Opérations des niveaux	National	X	X	X		X	X			
		Département	X	X	X		X	X			
		Institutions	X	X	X		X	X		X	
	Surveillance épidémiologique	X	X							X	
	Frais d'introduction des nouveaux vaccins	Equipements				X			X		
Opérations		X	X		X		X				
Campagne	Rattrapage polio/RR 0-5ans	X	X	X				X			
	Anti tétanique contre TMN	X		X				X			
	Anti- tétanique Universelle	X	X					X			
	Anti Hépatite B scolaire	X	X					X			

En ce qui concerne le PEV de routine, les financements prévisibles devraient être suffisants tout au long de l'exercice, sous réserve que :

- L'état tienne son engagement de prendre en charge l'approvisionnement en gaz propane ;
- Le financement canadien actuellement canalisé à travers le PAPEV soit reconduit après 2012.

²¹ Estimation par l'outil du coût PPAc/cMYP

PPAC-PEV-2011-2015

- La demande de financement des nouveaux vaccins soit acceptée, ce qui supposera réunie les conditions d'éligibilité exigées, notamment :
 - l'engagement de l'Etat de prendre en charge ou mobiliser la contre partie (20 cents par dose, soit USD 1.6 M) selon le tableau ci dessous;

Tableau 13 : cofinancement

	2012	2013	2014	2015	2011-2015
	\$	\$	\$	\$	\$
DTC-Hep B - Hib	\$177,595	\$158,384	\$172,195	\$186,647	\$694,821
Rotavirus		\$129,268	\$114,796	\$124,432	\$368,496
Pneumocoque		\$193,903	\$172,195	\$186,647	\$552,745
TOTAL ANNUEL	\$177,595	\$481,555	\$459,186	\$497,726	\$1,616,062

Outil d'estimation des coûts du PPAC 2011-2015

- L'adaptation quantitative de la chaîne de froid, qui devrait être possible grâce à JICA et le projet tripartite ;
- Le renforcement de la chaîne de froid et la réduction des taux de pertes de vaccins.

C. *Ecart financier*

Les résultats de l'écart financiers présentés dans ce document sont préliminaires. Les engagements surtout par les partenaires de développement sont encore en discussions et sont basés sur des discussions préliminaires à la finalisation de l'exercice de l'estimation des coûts. De plus, la Haïti vient d'inaugurer un nouveau gouvernement (14 mai 2011) et il faudra attendre la politique de financement du gouvernement pour le secteur santé.

Pour mieux comprendre la dynamique de l'écart financier, deux scénarios sont présentés :

- Dans le scénario 1, où le Gouvernement haïtien (ou toute autres source) assure effectivement le cofinancement des (nouveaux) vaccins et le financement du gaz propane/essence pour la CDF, l'écart financier s'élèverait à USD 48.6 M.

Tableau 14 : écart financier dans le scénario 1

Écart financier avec financement assuré seulement	2011	2012	2013	2014	2015	Avg. 2011 - 2015
Vaccins et matériel d'injection \$	-\$162,106	\$1,267,511	\$1,089,679	\$1,160,272	\$1,250,642	\$4,605,938
Personnel	\$1,187,449	\$1,320,817	\$1,014,414	\$3,195,472	\$3,136,197	\$9,854,349
Transport	\$230,299	\$261,793	\$294,428	\$367,527	\$612,180	\$1,766,226
Activité et autre coûts récurrents	\$1,128,862	\$2,471,894	\$2,515,469	\$2,817,853	\$3,802,203	\$12,736,281
Logistiques (véhicules, chaîne du froid...)\$	-\$957,890	\$1,068,363	-\$647,751	-\$706,747	-\$50,410	-\$1,294,445
Campagne de vaccination	\$0	\$706,117	\$7,611,142	\$6,298,211	\$4,538,036	\$19,153,557
Écart Financier*	\$1,426,615	\$7,096,466	\$11,877,381	\$13,132,598	\$13,288,908	\$46,821,977

* Coûts spécifiques uniquement. Les coûts partagés ne sont pas inclus.

Dans ce scénario, les postes budgétaires sous financés sont les suivants :

- Vaccins et matériels d'injection , le financement manquant s'élève à USD 4.6 millions, ceci malgré les supports traditionnel de JICA, UNICEF, ACDI et CDC²²

²² Pour l'année 2011, il y a un sur financement dans le poste vaccin estimé à 1.9 millions USD.

PPAc-PEV-2011-2015

- Personnel : USD 9.8 millions et plus particulièrement les indemnités/per diem pour la stratégie avancée, qui sont principalement tributaires des nombreuses ONGs impliquées dans la vaccination²³
- Transport des vaccins et autres intrants: USD 1.8 million
- Activités et autres récurrents : USD 12.7 million (les sous rubriques budgétaires concernées sont les suivants : IEC/mobilisation sociale, gestion de programme, formation, surveillance, autres coûts récurrents)
- Campagnes de vaccination : le financement manquant s'élève USD 19.5 million

Les rubriques budgétaires suffisamment financées seraient :

- La logistique/coût de capital : par le financement par JICA et du Brésil (projet Tripartite).
- Dans le scénario 2, où le Gouvernement haïtien (ou toute autres source) assure effectivement le cofinancement des (nouveaux) vaccins et le financement du gaz propane/essence pour la CDF, l'écart financier s'élèverait à USD 18.6 Millions.

Tableau 15 : écart financier dans le scénario 2

Écart financier avec financement assuré et probable	2011	2012	2013	2014	2015	Avg. 2011 - 2015
Vaccins et matériel d'injection \$	-\$854,941	\$0	-\$95,440	-\$99,862	-\$104,432	-\$1,154,675
Personnel	\$1,187,449	\$1,320,817	\$1,014,414	\$3,195,472	\$3,136,197	\$9,854,349
Transport	\$230,299	\$261,793	\$294,428	\$367,527	\$612,180	\$1,766,226
Activité et autre coûts récurrents	\$755,775	\$2,091,346	\$2,104,005	\$2,323,878	\$2,377,548	\$9,652,552
Logistiques (véhicules, chaîne du froid...) \$	-\$957,890	\$1,068,353	-\$647,751	-\$706,747	-\$227,532	-\$1,471,567
Campagne de vaccination	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Écart Financier*	\$360,693	\$4,742,309	\$2,669,656	\$5,080,267	\$5,793,961	\$18,646,886

Dans ce scénario , le financement manquant est réduit par rapport au Scénario 1, s'élevant à USD 18.6 millions.

Les rubriques qui continuent à être sous financés sont :

- Le personnel
- Le transport
- Les autres activités et autres coûts récurrents

Les rubriques sur financées sont : les vaccins et matériels d'injection et les moyens logistiques

- Les vaccins et matériels d'injection sont maintenant sur financés (par USD 1.1 millions)
- La logistique continue d'être sur financée ²⁴

Les campagnes sont suffisamment financées.

²³ L'outil ne peut pas capter les intentions de financement des ONGs car celles ci reçoivent leurs financement des principaux partenaires de développement.

²⁴ L'outil PPAc montre que le financement de la CDF est en général assuré, cependant les achats de véhicules et des autres moyens logistiques sont sous financés (dans les deux scenarii)

D. Stratégies de financement

En matière de financement le PEV a certains atouts :

- La conclusion heureuse du processus démocratique augurant d'une période d'espoir et stabilité ;
- Le fait que le gouvernement à intérêt à améliorer l'efficience du programme car :
 - a) l'approbation du financement du pentavalent par GAVI suppose le renforcement de la chaîne de froid et gestion des vaccins à tous les niveaux ;
 - b) l'éligibilité à la réduction de la dette suppose l'augmentation de 10 % de la couverture par les vaccins DTC3, BCG et rougeole ;
- L'existence d'un fort potentiel sous exploité de financement des couts opérationnels par les ONGS ;
- L'existence d'une forte mobilisation internationale en faveur d'Haïti et en particulier du PEV ; et
- La dynamique en faveur de la protection sociale en santé des femmes et des moins de 5 ans.

Les principales faiblesses sont:

- La faible contribution du gouvernement et la grande dépendance des agences externes;
- La faiblesse des performances du programme et de ses organes de concertation (Comité de Coordination Inter Agence) ; et
- La multitude des priorités que le MSPP et plus généralement le gouvernement doivent affronter.

Tenant compte des atouts et faiblesses du programme, les stratégies de mobilisation/sécurisation des ressources s'articuleront autour de trois axes :

1) La mobilisation de ressources supplémentaires aux niveaux national et international:

- **Stratégie 1 : Renforcement de la participation de l'état Haïtien dans le financement :** Le gouvernement ne finançait jusqu'à présent que les salaires des travailleurs du programme.
 - L'engagement de l'état à prendre en charge le gaz propane des réfrigérateurs qui à été formulé par les MSPP successifs est un grand pas en avant. Il est fondamental que cet engagement soit tenu, eut égard au fait qu'il n'y a pas de chaîne de froid sans gaz propane et que les agences externes se refusent à financer cette rubrique ;
 - Pour pouvoir bénéficier de l'appui de GAVI au financement des nouveaux vaccins, l'état haïtien devra apporter une contre partie financière de USD 0,20 par dose. Quand bien même c'est une contre partie relativement symbolique par rapport au prix réel ceci représentera un effort budgétaire substantiel (USD 1.6 million). Le tableau 18 ci-dessous montre le poids de l'engagement de l'état haïtien avec le nouveau plan stratégique : malgré des couts unitaires efficients par personne (entre USD 0.83 2011 et USD 2.06 en 2015), le poids des activités d'immunisation en rapport avec les dépenses totales de santé (DTS) du gouvernement passera de 8% en 2006 à 28% en 2015.

A ceci, il faut aussi comparer les dépenses par capita recommandées par la Commission Macro Economique en Santé : cette commission a estimée qu'il fallait entre USD 32 et USD 34 par personne pour offrir un paquet minimum de service.

Tableau 18 : viabilité financière

Indicateur Macroéconomique et de Viabilité Financière	2006	2011	2012	2013	2014	2015
Donnée de Référence						
PIB par habitant (\$)	\$450	\$461	\$473	\$484	\$497	\$509
Dépenses total de santé par habitant (DTS en \$)	\$29	\$40	\$40	\$40	\$40	\$40
Population	\$9,044,587	\$10,363,566	\$10,649,600	\$10,943,529	\$11,245,571	\$11,555,948
PIB (\$)						
PIB (\$)	\$4,070,064,104	\$4,777,603,883	\$5,037,280,954	\$5,296,668,178	\$5,589,048,639	\$5,881,977,763
Dépenses total de santé (DTS en \$)	\$282,233,020	\$414,542,636	\$425,984,013	\$437,741,172	\$449,822,828	\$462,237,938
Dépenses total de santé du gouvernement (DSGen en \$)	\$62,425,739	\$91,613,923	\$94,142,467	\$96,740,739	\$99,410,845	\$102,154,584
Besoin en ressources pour la vaccination						
Routine et campagne de vaccination	\$4,986,029	\$15,381,583	\$16,015,950	\$30,034,367	\$28,301,123	\$28,383,493
Routine seulement	\$4,986,029	\$8,602,159	\$15,309,833	\$22,423,225	\$22,002,911	\$23,845,397
par enfant DTC3	\$30	\$45	\$73	\$97	\$87	\$87
% des dépenses totales de santé du gouvernement						
Besoin en ressources pour la vaccination						
Routine et campagne de vaccination	8%	17%	17%	31%	28%	28%
Routine seulement	8%	9%	18%	23%	22%	23%
par habitant						
Besoin en ressources pour la vaccination						
Routine et campagne de vaccination	\$0.55	\$1.48	\$1.50	\$2.74	\$2.52	\$2.46
Routine seulement	\$0.55	\$0.83	\$1.44	\$2.05	\$1.96	\$2.06

- **Stratégie 2 : Etablissement de contrats avec les ONGs** pour la prise en charge de la rétribution du personnel assurant l'offre de services communautaires (stratégie avancée) et des coûts d'approvisionnement des institutions.
- **Stratégie 3 : Mobilisation des ressources internationales disponibles au niveau de GAVI, par :**
 - Préparation et soumission d'une demande de financement du Renforcement des systèmes de santé (GAVI-RSS) ;
 - Préparation et soumission d'une demande de financement de l'introduction des nouveaux vaccins (GAVI-INV)²⁵ ;
 - Mise en application des recommandations de l'Audit de Qualité des Données (DQA) en vue d'atteindre lors de la prochaine DQA un score rendant Haïti justiciable de l'appui financier de GAVI aux services de vaccination (GAVI-ISS).
- **Stratégie 4 : Renégocier avec certains partenaires leurs rubriques de financement.** Ceci est un corollaire au premier point de la Stratégie 1, sachant que les deux tableaux de l'écart financier identifient clairement qu'il existe certaines rubriques budgétaires qui sont sous- et sur-financées. L'état haïtien et les partenaires devraient s'entendre pour pouvoir mieux couvrir les besoins non financés

²⁵ Ce cofinancement est pour les pays catégorisés comme 'fragiles' par GAVI, de 0,20 USD par dose

2) L'amélioration de la fiabilité des ressources :

- **Stratégie 5 : Amélioration des performances du programme en termes de couverture vaccinales, réduction des pertes de vaccins et maîtrise des coûts.** Ceci est en effet essentiel pour que le programme renforce la crédibilité sans laquelle il n'aura pas d'engagement à long terme des bailleurs de fonds;
- **Stratégie 6 : revitalisation du Comité de Coordination Inter Agence** pour renouer les liens et rétablir la confiance également indispensable entre le programme et les bailleurs de fonds.

3) L'amélioration de l'efficience des ressources :

Deux stratégies sont à mettre en œuvre pour améliorer l'efficacité et l'efficience du programme :

- **Stratégie 6 : Amélioration de la gestion des ressources financières**, par 1) l'utilisation des outils de programmation budgétisation par niveau qui ont été introduits depuis 2010 ; et 2) le développement et introduction d'outils de gestion et comptabilité transparents et efficaces.
- **Stratégie 7 : Réduction des pertes de vaccins** par l'amélioration de la chaîne de froid et gestion des vaccins à tous les niveaux par l'application des recommandations de l'évaluation externe de la gestion des vaccins et de la chaîne de froid

VII. MECANISMES DE SUIVI ET D’EVALUATION

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

Deux évaluations sont prévues dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan : une évaluation formative qui sera conduite à la fin de la première étape à savoir à la fin de l’année 2012, afin d’identifier les goulots d’étranglement possibles et de réaligner le plan sur les orientations du nouveau plan stratégique du secteur santé. Une évaluation sommative prévue au deuxième trimestre de la cinquième année et destinée à préparer le prochain plan pluri annuel du PEV d’Haïti.

Tableau 17 : Indicateurs de suivi et Sources d’informations

Objectif	Indicateurs	Sources
Porter au niveau national, la couverture des moins d’un an par tous les vaccins du PEV a 80% au moins	Nombre d’enfants de moins de 1 an vaccinés au BGG et ayant reçu DTP3, Polio 3 et 1 dose de RR / sur Nombre total d’enfants de moins de 1 an.	Les données administratives de routine du PEV national
Porter le taux de couverture vaccinale des femmes enceintes DT 2+ à 80% moins.	Nbre de Femmes Enceintes de la période ayant reçu 2 doses et + de vaccin dT sur nbre total de FE attendues.	Les données administratives de routine du PEV national
Maintenir le pays a zéro cas de polio, zéro cas de rougeole et zéro cas de rubéole de 2011 à 2015	Nbre de cas confirmés chaque année = 0	Les données de la surveillance épidémiologique
Éliminer le Tétanos maternel et néonatal.	Nombre de cas notifiés < 1 pour 1000 naissances vivantes	Les données de la surveillance épidémiologique

Tableau 17 : Indicateurs de suivi et Sources d'informations		
Objectif	Indicateurs	Sources
Introduire dans le calendrier vaccinal de nouveaux vaccins, à commencer par le pentavalent qui doit être disponible dans 100 % des départements sanitaires.	<p>Les 10 départements administrent régulièrement le vaccin DTC Hep-b Hib au niveau des institutions sanitaires qui vaccinent à partir de 2012.</p> <p>Les 10 départements administrent régulièrement le vaccin anti pneumococcique au niveau des institutions sanitaires qui vaccinent à partir de 2013</p> <p>Les 10 départements administrent régulièrement le vaccin anti rotavirus au niveau des institutions sanitaires qui vaccinent à partir de 2013</p>	<p>Les données administratives de routine du PEV national</p> <p>Les rapports de supervision</p>
Porter à 70 % le pourcentage des institutions participant activement et efficacement à la surveillance épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire	<p>70 % des institutions sanitaires ont un point focal surveillance épidémiologique</p> <p>70 % des IS font la déclaration des maladies sous surveillance et particulièrement immuno contrôlables sur une base hebdomadaire.</p>	<p>Les données de couverture de la surveillance épidémiologique</p> <p>Réalisation d'une petite enquête pour compléter les informations</p>
Réduire de 50 % le taux d'abandon DTP1-DTP3	<p style="text-align: center;">DTP1- DTP3 * 100</p> <hr/> <p style="text-align: center;">DTP1</p> <p>doit être 50 % moins élevé que le taux de l'exercice précédent</p>	<p>Les données administratives de routine du PEV national</p>
Disposer d'un système de gestion de stock fiable et efficace de manière à empêcher les ruptures de stock au niveau institutionnel	<p>Le système de gestion de stock mis en place utilise les outils réglementaires.</p> <p>La structure du système de gestion de stock permet un contrôle qui garantit la fiabilité de la gestion.</p> <p>La séparation des fonctions de celui qui reçoit les stocks de celles du gestionnaire de stock et de celles du superviseur de ce dernier</p>	<p>Réalisation d'une petite enquête pour collecter les informations</p>
Réduire de 70 % le taux de perte de vaccins.	<p>Quantité de doses de vaccins reçus moins quantité de vaccins utilisés * 100 _____</p> <p>Quantité de vaccins reçus qui doit représenter un taux de perte inférieur de 70 % de celui de l'exercice antérieur</p>	<p>Les données administratives de routine du PEV national</p>
Disposer d'un système de chaîne de froid fiable de telle sorte que 80 % des institutions participant au PEV puisse bénéficier d'une unité CDF fonctionnelle toute l'année	<p>Nbre d'institutions qui possèdent à tout moment de l'année une unité de chaîne de froid fonctionnel _____ * 100</p> <p>Nbre d'institutions qui vaccinent</p> <p>pourcentage qui doit être = ou > a 80 %</p>	<p>Les données administratives de routine du PEV national</p>
Porter les institutions participant au PEV à atteindre 80 % de conformité aux normes de sécurité des injections et de gestion des déchets	<p>Nbre d'institutions qui appliquent les normes de façon adéquate _____ * 100</p> <p>Nbre d'institutions qui vaccinent</p> <p>pourcentage qui doit être = ou > a 80 %</p>	<p>Réalisation d'une petite enquête pour collecter les informations</p>
Renforcer les fonctions de planification stratégique et opérationnelle, de suivi et d'évaluation de la DPEV et des DS dans le cadre du programme	<p>Le pourcentage de satisfaction par la DPEV et les DS des critères de fonctionnalité de leur structure est = ou > a 80 %</p>	<p>Réalisation d'une petite évaluation pour collecter les informations</p>
Disposer au niveau national d'un Plan de communication pour le quinquennat et de plans opérationnels annuels	<p>Le document de Plan de Communication National est valide et vulgarisé</p> <p>Les 10 départements disposent de leur plan opérationnel</p>	<p>Les rapports d'activités des DD.</p>

VIII. REFERENCES ²⁶

- 1 Document de stratégie Nationale pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté-DSNCRP (2008-2010), Pour réussir le saut qualitatif
- 2 Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des services de santé 2000, EMMUS-III, Institut Haïtien de l'Enfance et Macro International, Inc., 2001
- 3 Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des services de santé, 2005, EMMUS-IV, Institut Haïtien de l'Enfance et Macro International, Inc., 2007
- 4 Enquête de couvertures vaccinales de routine, CDC 2009
- 5 Forum national pour le réaligement du secteur santé, 2007
- 6 GIVS – La vaccination dans le monde : vision et stratégie 2006-2015. Genève, Organisation Mondiale de la Santé-OMS, 2005 (WHO/IVB/05.05). Disponible sur le site http://www.who.int/vaccines_documents/DocsPDF06/844.pdf.
- 7 GFIMS – Cadre mondial de suivi et de surveillance pour la vaccination, 200
- 8 Guide OMS-UNICEF sur l'élaboration d'un plan pluriannuel complet (PPAc), Genève, Organisation Mondiale de la Santé-OMS, 2006 (WHO/IVB/05.20F). Disponible sur le site http://www.who.int/vaccines_documents
- 9 Immunization Costing and Financing : A Tool and User Guide for comprehensive Multi-Year Planning (cMYP), Genève, Organisation Mondiale de la Santé-OMS, 2006 (WHO/IVB/06.15). Disponible sur le site http://www.who.int/immunization_financing/tools
- 10 Paquet Minimum de Services, 2006, Direction de l'Organisation des Services de Santé, DOSS, Ministère de la Santé Publique et de la Population, MSPP, Haïti
- 11 Plan de Viabilité Financière du Programme Elargi de Vaccination, DPEV/MSPP, Haïti, 2003
- 12 Plan stratégique National pour la Réforme du Secteur Santé 2005-2010, Ministère de la Santé Publique et de la Population, MSPP, Haïti, 2005
- 13 Plan Stratégique Pluri Annuel du Programme Elargi de Vaccination 2003-2008, DPEV/MSPP, 2008
- 14 Politique de Contribution du Secteur Santé à la Stratégie de Croissance et Réduction de la Pauvreté, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Août 2007
- 15 Politique Nationale de Santé, Haïti, Aout 1991, République d'Haïti, Commission mixte de santé, MSPPP/KSLE
- 16 Projet d'Appui au Renforcement du Programme Elargi de Vaccination en Haïti-PAPEV-Haïti, Direction du Programme Elargi de Vaccination (DPEV), Organisation Panaméricaine de la Santé /Organisation Mondiale de la Santé (OPS-OMS)/Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)
- 17 Rapport de la campagne multi-antigène, Polio, RR, dT 2007-2008
- 18 Règlement sanitaire international, Deuxième édition, Genève, Organisation Mondiale de la Santé-OMS, 2005

²⁶ Les références sont listées par ordre alphabétique, et non par ordre d'apparition dans le document