



Ministère de la santé publique et de la population
Direction de santé de la famille

Plan stratégique national de Santé de la Reproduction
Et
Planification Familiale 2013-2016

Cadre intermédiaire, Décembre 2012

Abréviations utilisées

- ASCP (Agent de santé communautaire polyvalent)
- ACDI (Agence canadienne du développement internationale)
- CDAI (Centrale départementale d'approvisionnement en intrants)
- CHAMP (Projet de Santé Communautaire et de Réduction de l'impact du VIH/SIDA)
- CNCM (Comité national de coordination du mémorial)
- DD (Direction départementale)
- DRH (Direction des ressources humaines)
- DPSS (Direction de la promotion de la santé et de santé de l'environnement)
- DOSS (Direction d'organisation des services de santé)
- DSF (Direction de la santé de la famille)
- EMMUS (Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services)
- ENISF (École national d'infirmière sage-femme)
- FAR (Femmes en âge de reproduction)
- Groupe H4+ (Groupe composé d'UNICEF, World Bank, OPS/OMS, UNFPA)
- IHSI (Institut haïtien de statistique et d'informatique)
- ISF (Indice synthétique de fécondité)
- LSM
- MAST (Projet manman ak ti moun an sante)
- MCFDF (Ministère à la condition féminine et aux droits des femmes)
- M&E (Monitoring et évaluation)
- MEF (Ministère de l'économie et des finances)
- MENFP (Ministère de l'éducation nationale et de la formation professionnelle)
- MJAC (Ministère de la jeunesse, des sports et aux actions civiques)
- MSPP (Ministère de la santé publique et de la population)
- OPS/OMS (Organisation panaméricaine de la santé/Organisation mondiale de la santé)
- PE (Partenaire d'exécution)
- PF (Planification familiale)
- PFT (Partenaire financier et technique)
- PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement)
- PROMARK
- PTME (Prévention de la transmission mère-enfant)
- UADS (Unité d'appui aux directions sanitaires)
- UNFPA (Le Fonds des Nations Unies pour la population)
- UNICEF (Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance)
- UNOPS (Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets)
- UNV (Volontaires des Nations Unies)
- UPE (Unité de planification et d'évaluation)
- USAID (Agences des États-Unis pour le développement international)
- SDSH (santé pour le développement et la stabilité d'Haïti)

- SHOG (Société haïtienne d'obstétrique et de gynécologie)
- SOG (Soins obstétricaux gratuits)
- SONUB (Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base)
- SONUC (Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet)
- SIS (Système d'information sanitaire)
- SM (Santé maternelle)
- SR (Santé de la reproduction)

Table des matières

Abréviations utilisées.....	2
Remerciements.....	5
I. Introduction.....	6
II. Analyse de la situation.....	7
III. Analyse sommaire de l'offre.....	8
IV. Méthodologie.....	10
V. Objectifs.....	11
VI. Axes programmatiques prioritaires et résultats attendus.....	11
VII. Le programme commun.....	13
VIII. Le Cadre de partenariat.....	22
IX. Assistance technique.....	23
X. Gestion du programme.....	24
XI. Suivi et évaluation.....	25
XII. Budget.....	25
Annexes.....	26
i. Cadre de résultats et de ressources.....	26
ii. Chronogramme.....	33
iii. Liste des participants.....	35

Remerciements

Le ministère de la sante publique et de la population (MSPP) remercie tous ceux-là et celles-là qui ont participé aux ateliers de septembre et de décembre 2012 consacrés à la santé de la reproduction et la planification familiale ayant conduit à l'élaboration de ce cadre intermédiaire du plan stratégique national de santé de la reproduction et de planification familiale 2013-2016. Cet exercice, suivant les orientations de la politique nationale de santé (2012) a permis d'établir un large consensus autour des stratégies et interventions de SR/ PF et de réduction de la mortalité maternelle impliquant le gouvernement, la communauté internationale et les partenaires de la société civile y compris les organismes confessionnels suivant une démarche d'harmonisation et de performance basée sur les résultats.

Le ministère veut remercier tout particulièrement le groupe H4+ élargi ; UNFPA, OPS/OMS, UNICEF, USAID et ACDI pour leur contribution très appréciée à la préparation et l'élaboration de ce cadre intermédiaire du plan stratégique national de santé de la reproduction et de planification familiale 2013-2016 articulé autour des six engagements du gouvernement haïtien présenté en septembre 2010 au sommet de New York consacré à la réduction de la mortalité maternelle portant sur les objectifs du millénaire pour le développement (OMD 4 et 5).

Le ministère en profite pour remercier tous les autres partenaires qui ont contribué à la réalisation de travail combien important pour le secteur. Enfin, le ministère veut adresser ses félicitations à l'équipe de la DSF et les autres entités du ministère y compris les directions départementales pour leur leadership, leur engagement et leur participation à cet exercice de planification consensuelle qui devrait faciliter une appropriation et une mise en œuvre harmonieuse du plan. Dans cet ordre d'idées, le ministère invite tous ses partenaires à inscrire leurs plans et interventions dans ce cadre officiel de planification en matière de santé de la reproduction et de planification familiale.



Dr. Florence Guillaume

Ministre, MSPP

I. Introduction

Ce cadre intermédiaire du plan stratégique national de santé de la reproduction et planification familiale, pour la période 2013-2016, élaboré suivant les orientations de la politique nationale de santé (2012), est une étape qui précède la finalisation du plan définitif qui doit se faire d'ici le premier trimestre de 2013. Il a été préparé pour combler le vide qui existe actuellement dans le secteur en termes de document de référence nationale en matière de services de SR/ PF suite à la non validation du produit de la consultation qui visait précisément à élaborer le nouveau plan stratégique national de santé de la reproduction/ planification familiale 2013-2016.

En plus de doter le secteur de cet instrument de planification indispensable, la méthodologie utilisée pour l'élaboration de ce cadre intermédiaire visait à établir un consensus entre les principaux acteurs (gouvernement, société civile, communauté internationale) autour des stratégies et interventions de santé de la reproduction/ PF et de réduction de la mortalité maternelle en vue de faciliter son appropriation par le ministère de la santé publique et de la population (MSPP) et ses partenaires. Les interventions et stratégies adoptées intègrent les six engagements du gouvernement haïtien présenté en septembre 2010 au sommet de New York consacré à la réduction de la mortalité maternelle portant sur les objectifs du millénaire pour le développement (OMD 4 et 5).

Les six (6) engagements relatifs aux OMD 4 et 5

Engagement #1 : *Réduire d'ici à 2015 de 38% à 10% les besoins non couverts en planification familiale.*

Engagement #2 : *Mettre en place, dès le premier trimestre de l'année 2013, un comité national de Coordination multisectoriel chargé de rendre compte tous les six mois les progrès dans la mise en œuvre des actions prioritaires en santé maternelle, néonatale et en planification familiale.*

Engagement #3 : Rendre fonctionnels, d'ici 2015, les services de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) des 108 institutions de santé identifiées pour couvrir les besoins nationaux.

Engagement #4 : *Mettre en œuvre un plan de développement et de gestion des ressources humaines en santé maternelle et néonatale ainsi qu'en planification familiale.*

Engagement #5 : *Elaborer et mettre en œuvre un plan de développement en santé communautaire axé sur la santé des mères et des nouveau-nés, ainsi que sur la planification familiale.*

Engagement #6 : *Mettre en place d'ici à 2015 un mécanisme financier fonctionnel pour la prise en charge gratuite, aux points de prestation, des soins maternels et néonataux et des services de planification familiale, en vue d'aboutir à un système de protection sociale.*

II. Analyse de la situation

1.1. Contexte Mondial

La mortalité maternelle a chuté de près de moitié de 1990 à 2010, les progrès s'accélérent et celle-ci baisse maintenant de plus de 3% par année. Il ne reste plus que 40 pays à forte mortalité maternelle (≥ 300 par 100,000 naissances vivantes), dont Haïti. Néanmoins, il y a encore 287,000 femmes qui meurent chaque année de causes reliées à la grossesse et l'accouchement, dont 99% dans les pays en voie de développement. De plus, 222 millions de femmes qui souhaitent avoir accès à la planification familiale ne l'ont pas^{1,2}.

Ces progrès sont dus à une stratégie efficace et efficiente, appliquée maintenant dans la vaste majorité des pays du monde. Il s'agit d'une approche à deux moteurs: que chaque grossesse soit désirée (accès universel à la planification familiale volontaire – une question de droit); et que chaque accouchement soit sans danger (soins accompagnés par du personnel sanitaire compétent et capable de prodiguer à tout moment les soins obstétricaux d'urgence, car on ne peut pas prévoir les complications obstétricales qui surviennent lors d'un accouchement sur sept).

A cela s'ajoute, la surveillance en temps réel des décès maternels et une réponse systématique du système de santé pour apprendre de chacune de ces tragédies et mettre en place les correctifs requis.

Finalement, l'éducation de base et du secondaire pour les garçons et surtout pour les filles, joue un rôle déterminant pour réduire la mortalité maternelle³.

1.2. Contexte Haïtien

La population haïtienne accuse un taux de croissance d'environ 1,5% pour une population d'environ 10,4 millions en 2012 dont 2 600,000 femmes en âge de reproduction (FAR), selon les estimations de l'institut haïtien de statistiques et informatiques (IHSI). Le taux de mortalité maternelle est estimé à 630 pour 100,000 naissances vivantes (EMMUS IV, 2006). Malheureusement, cet indicateur particulièrement important n'est pas pris en compte dans EMMUS V. Néanmoins, selon les estimations de l'OMS, UNFPA, UNICEF et la Banque mondiale, la mortalité maternelle a baissé en Haïti de 620 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1990, à 550 en 1995, 460 en 2000, 410 en 2005 et 350 en 2010, soit une baisse de 43% en 20 ans. Il faut toutefois souligner que, compte tenu des marges d'incertitudes de ces méthodologies, les résultats de l'EMMUS IV de 2006 de 630 sont tout à fait compatibles avec les estimations des Nations-Unies. La marge d'erreur des estimations des Nations-Unies pour Haïti en 2010 se situe entre 210 et 610 décès maternels pour 100,000 naissances vivantes. Bien que cette baisse soit importante, elle demeure insuffisante pour atteindre l'OMD 5 en 2015 qui prévoit une baisse de trois-quarts de 1990 à 2015, indiquant donc le besoin d'accélérer les efforts consentis par les différents acteurs et qui ont permis de maintenir, durant ces cinq dernières années, cette tendance à l'amélioration des soins de santé reproductive, même si, en plus de la mortalité maternelle, d'autres indicateurs restent à des niveaux préoccupants. En effet, quoiqu'estimé toujours trop faible, le pourcentage d'accouchements réalisés dans les établissements de santé est passé de 25% en 2006 à 35,9% en 2012, le pourcentage

¹ UNFPA. 2012. État de la population mondiale

www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/FR_SWP2012_Report.pdf

² UNFPA. 2012. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010. www.unfpa.org/public/home/publications/pid/10728

³ Gilmore K, Gebreyesus TA. 2012. What will it take to eliminate preventable maternal deaths? *Lancet*. 380(9837):87-8

d'accouchements réalisés par des prestataires formés est passé de 26,1% en 2006 à 37,5% en 2012 alors que le taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception est passé de 24,8 % en 2006 à 31% en 2012 pour les femmes âgées de 15 à 49 ans (en union). Le taux de mortalité infantile est de 59 pour 1000 naissances vivantes (EMMUS V, 2012). L'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 3.5 à l'échelle nationale alors que le nombre moyen d'enfants désirés est de 2.0, traduisant ainsi un niveau élevé de besoins non satisfaits surtout parmi les jeunes. Alors qu'il représentait 8,4% en 2006, le taux de fécondité des adolescentes (15-19 ans) représente 11,78% de la fécondité totale des femmes en âge de procréer en 2012 (EMMUS V, 2012).

Une simple analyse de deux de ces indicateurs, le pourcentage d'accouchements réalisés dans les établissements de santé et l'indice synthétique de fécondité, permet non seulement de relativiser les progrès observés, mais surtout indique des pistes d'orientations pour la mise en œuvre du plan stratégique de santé de la reproduction et planification familiale. En effet, la variation du pourcentage d'accouchements réalisés dans les établissements de santé par rapport à la résidence de la population, montre la persistance de cette dichotomie entre le milieu urbain (aire métropolitaine de Port-au-Prince 60.1%, autres villes 55.7%) et le milieu rural (23.2%). La variation de ce même indicateur, par rapport au niveau d'instruction de la population, montre une disparité persistante (niveau secondaire 59.2%, niveau primaire 27.7% et aucune éducation 12.8%). Enfin, la variation de cet indicateur par rapport aux différents départements du pays, montre l'inégalité géographique persistante dans l'accès aux services de santé de la reproduction. En effet, 4 départements (Grand'anse avec un taux inférieur à 20%, Sud-est, Centre, Nippes, tous 3 ont un taux inférieur à 30%) ont une moyenne nettement inférieure à la moyenne nationale. D'un autre côté, l'analyse de l'indice synthétique de fécondité montre que l'offre de services en matière de santé reproductive ne répond pas à la demande. En effet, alors que cet indice est de 3.5 au niveau national, il est de 4.3 en milieu rural. En dehors des déterminants sociaux de la santé, les principales causes de ces écarts, dans le secteur santé, sont liées non seulement à un déficit organisationnel au niveau du système, mais aussi à un manque de ressources humaines et infrastructures. En réponse à de tels besoins spécifiques de la population, la direction de santé de la famille se propose d'encourager la mise en œuvre du plan en accordant une certaine priorité aux départements les plus vulnérables en termes d'accès aux soins de santé de la reproduction et planification familiale.

III. Analyse sommaire de l'offre.

Pour une meilleure appréciation de l'offre de services de santé de la reproduction et de planification familiale, du point de vue méthodologique, il a été jugé indispensable de jeter un regard sur le système d'information sanitaire et les normes existantes au sein du MSPP. En effet, il est intéressant de noter que les aspects de santé maternelle et planification familiale sont pris en compte dans le Système d'Information Sanitaire (SIS) du MSPP géré par l'unité de planification et d'évaluation (UPE). Toutefois, si les fiches de collecte se rapportant à la santé reproductive existantes contiennent des informations très utiles, elles ne sont pas assez sélectives pour être rigoureusement exploitées par la direction de santé de la famille (DSF). À côté du SIS en place, avec des ruptures fréquentes de stocks d'outils, coexistent des filières parallèles de collecte d'informations. Un des manquements du SIS est l'absence d'information se rapportant à la surveillance du décès maternel. Il est également important de sélectionner un nombre réduit d'indicateurs (avec cibles) qui permettent d'apprécier l'évolution régulière de l'état de la santé reproductive dans le pays.

En ce qui a trait aux normes de santé de la reproduction et de planification familiale, elles existent, mais la plupart méritent d'être actualisées. Un inventaire rapide a permis de répertorier un ensemble de normes, dont les normes de Santé Maternelle (2010), les normes de PF (2010), les normes PTME (2012), les normes de prévention et de prise en charge du cancer du col (en cours de validation), les normes SONU (en préparation et à intégrer dans la SM) et le manuel de normes de travail en PF et en soins maternels.

L'analyse sommaire de l'offre de services de santé de la reproduction porte sur un échantillon de trois projets porteurs à base communautaire proche de la population mis en œuvre par des partenaires clés du MSPP. Il s'agit des projets soins obstétricaux gratuits (SOG) et Manman Ak Timounan Sante (MATS) de l'OPS/OMS financé par l'ACDI, les projets de santé communautaire de l'USAID et le projet conjoint de maternités SONUB (soins obstétricaux néonataux d'urgence de base) de l'UNFPA, l'UNICEF et UNV.

- i) Le projet SOG, vise à la fois à augmenter le nombre des accouchements institutionnels, démontrer la nécessité de la protection sociale en santé pour les femmes enceintes et les nouveau-nés et offrir des soins de qualité aux femmes enceintes et aux nouveaux nés. Les mécanismes de compensation (réduction de la barrière financière) utilisés dans le cadre de ce projet se réfèrent aux remboursements des services fournis par les institutions sanitaires sur une base forfaitaire, à des subventions des frais de transport pour les femmes et les matrones, au paiement d'un incitatif aux matrones. Ce projet exécuté de 2008 à 2010 (SOG 1 et SOG 2) a permis à 41 institutions sanitaires au cours de la phase SOG 1 et 71 en SOG 2 de fournir des soins gratuits aux femmes enceintes avec un ensemble de 124,000 accouchements. Le projet MATS (prise en charge mère et enfant) qui a suivi le SOG, a intégré un réseau de 18 hôpitaux et utilisé des mécanismes basés sur des contrats de performance à travers des subventions versées en avance et calculées selon un objectif fixé par les institutions.
- ii) Les projets de santé communautaire mis en œuvre dans le pays à travers les projets de l'USAID (SDSH, CHAMP, PROMARK, LMS) intègrent des interventions technique et matérielle liées à la santé de la reproduction. Ces projets se basent sur des stratégies d'offre de services de santé de la reproduction à la communauté (planification familiale, clinique pré et post-natal, prévention de la violence basée sur le genre, des IST et PTME) visant à transformer des bénéficiaires passifs en partenaires actifs. Un réseau de 216 sites (publics et privés), 41 Points de Délivrance de Services Communautaires (PDSC) offrant une attention spéciale à la problématique PTME dans la communauté et plus de 2000 points de vente à travers le pays des produits de SR de marque (Kapòt Pantè, Pilplan et Confiance). Ce réseau a touché, en 2012, plus de 200,000 utilisatrices de PF, de soins pré et post-nataux à travers des cliniques mobiles, des points fixes et des visites domiciliaires. En plus des méthodes de PF (pilules, condoms et injectables), le paquet de services en SR au niveau communautaire comprend également la référence, l'hébergement, les frais de transport, la distribution de moustiquaires imprégnés, de kits d'hygiène et d'accouchement.
- iii) Le projet conjoint SONU (UNFPA, UNICEF, UNV) est une stratégie de lutte contre la mortalité maternelle qui consiste à renforcer les capacités techniques d'une institution sanitaire de soins primaires préexistante pour qu'elle soit à même de délivrer des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) ou un hôpital départemental ou un hôpital communautaire de référence pour qu'il soit à même de délivrer des soins obstétricaux et néonataux d'urgence

complets (SONUC). Les SONU offrent également des services relatifs à la planification familiale, la PTME et la prise en charge médicale des cas de violence basée sur le genre. En résumé, il s'agit de réhabiliter ou construire une maternité intégrée à une institution sanitaire préexistante et de s'assurer de la disponibilité en ressources humaines qualifiées, d'équipements et d'intrants spécifiques. Ce projet correspond aux besoins identifiés par l'enquête SONU réalisée en 2009 par l'UNFPA, laquelle avait révélé un besoin de renforcement des capacités techniques de 108 maternités pour acquérir des fonctions SONUB et SONUC. Après le séisme du de 2010 qui a causé l'endommagement et/ou la destruction d'environ d'une centaine d'institutions sanitaires, il était devenu encore plus urgent de développer ce projet en vue de donner une réponse appropriée en matière de couverture en santé maternelle en Haïti. Pour l'année 2012, 4 maternités SONUB ont été inaugurées par le MSPP, lesquelles doivent fournir des soins SONU-B y compris la PF, la PTME, et la prise en charge médicale des cas de Violence contre les femmes 24/7. Ce projet encourage également la rationalisation de la carte obstétricale dans la carte sanitaire et la mise en place du monitoring SONU.

Quoiqu'intéressants, ces projets souffrent presque tous à la fois d'un déficit d'appropriation par le MSPP et d'un manque de coordination par la DSF à travers un comité de pilotage technique qui pourrait faciliter leur intégration, leur complémentarité et leur synergie dans le système de santé. Il en ressort, notamment à travers le groupe H4+, qu'un appui conjugué, susceptible de renforcer le leadership de la direction de santé de la famille s'avère indispensable pour arriver à la cohérence et l'harmonisation des interventions.

IV. Méthodologie

La méthodologie utilisée pour élaborer le plan stratégique national de santé de la reproduction et planification repose sur l'organisation au MSPP d'un atelier national de trois jours (12-14 décembre 2012), lequel, avec une moyenne de 80 à 100 participants par jour, a permis l'élaboration du cadre intermédiaire qui intègre :

- i) Une revue des documents existants dont la politique nationale de santé (2012), le rapport non validé de la consultation pour l'élaboration du plan stratégique national de santé de la reproduction (2012), le compte-rendu des présentations ainsi que des discussions qui ont eu lieu dans le cadre des tables-rondes sur 11 thématiques lors de l'Atelier en santé maternelle et infantile (2011), le rapport final de l'évaluation du projet de réduction de la mortalité maternelle (2012), le rapport de l'atelier consacré à la planification familiale (2012), la carte sanitaire obstétricale issue de l'atelier de Kaliko avec les directeurs départementaux (2011) l'étude sur les SONU (2009), l'étude sur les besoins obstétricaux non couverts en Haïti (2002) et Monitoring emergency obstetric care (OMS, UNFPAUNICEF,AMDD)
- ii) Une analyse des expériences récentes réalisées dans le secteur de la santé de la reproduction dont celles liées au projet Soins Obstétricaux Gratuits (SOG), Manman Ak Timoun an Sante (MATS), le projet SONUB et le projet sur la contractualisation.
- iii) Une démarche d'experts à partir du groupe H4+ élargi pour l'élaboration des propositions d'interventions devant faciliter les discussions dans les groupes de travail pour l'élaboration des stratégies prioritaires.

- iv) Une démarche participative à travers des travaux de groupes sur les différents résultats et des sessions plénières de restitution et discussions sur les résultats des travaux des groupes de travail.
- v) La validation par consensus en session plénière du produit de l'atelier que constitue le cadre intermédiaire (le programme commun).

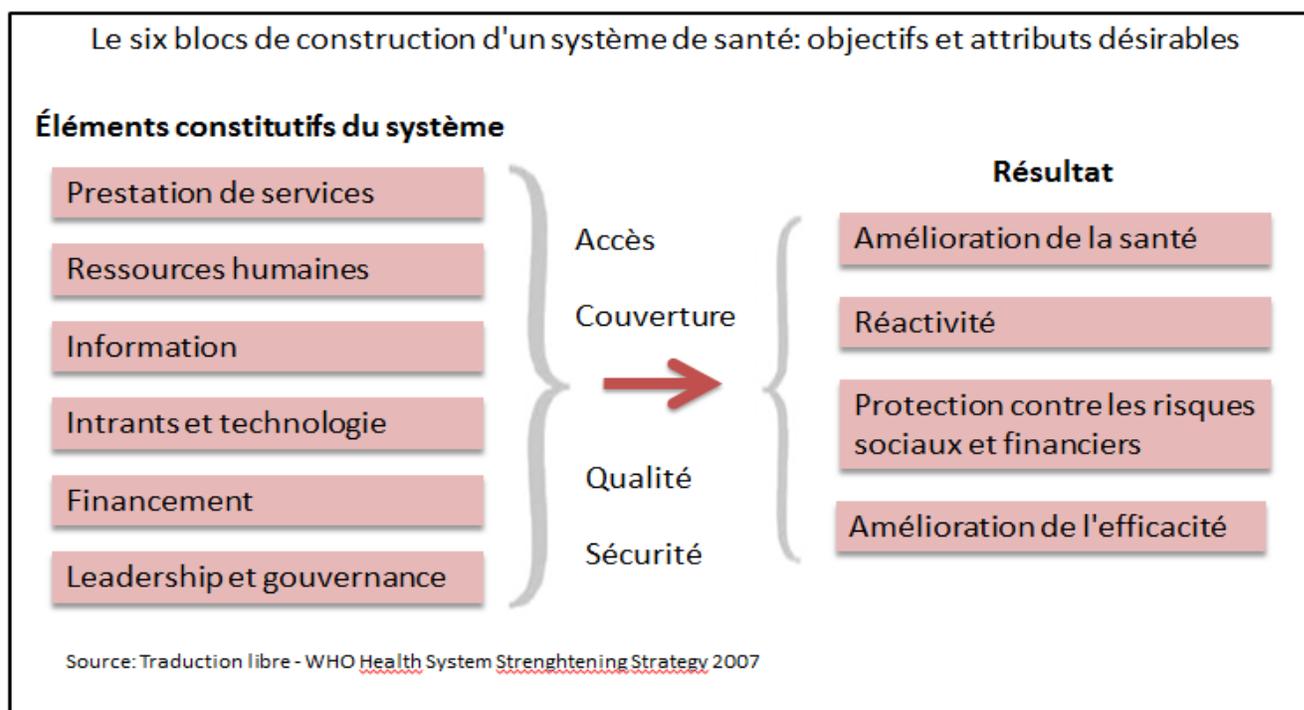
A l'atelier s'ajoutent une étude rapide de monitoring utilisant les outils de l'enquête SONU de 2009 pour confirmer la ligne de base des SONU en 2012 (à réaliser) et une étude de cout pour analyser les couts additionnels en capital et récurrents pour les SONUs (à réaliser au début du premier trimestre de 2013) qui permettront l'élaboration du plan définitif.

V. Objectifs

- i) Réduire d'ici 2016, la mortalité maternelle (à 400 pour 100,000 naissances vivantes) et néonatale (à 20 pour 1,000 naissances vivantes) à travers l'offre de services obstétricaux et néonataux de base à environ 2,600,000 femmes en âge de reproduction (FAR) parmi lesquelles 250-300,000 femmes enceintes, dont environ 30,000 souffriront de complications obstétricales et bénéficieront d'un encadrement et soin adapté par du personnel qualifié.
- ii) Offrir à toute la population des services intégrés de santé de la reproduction par du personnel qualifié y compris l'information et du conseil sur les questions de planification familiale, la PTME, la prise en charge médicale des violences spécifiques faites aux femmes et filles, prenant en compte une approche sensible au genre et à la sensibilité culturelle.

VI. Axes programmatiques prioritaires et résultats attendus

Le programme de santé de la reproduction et planification familiale 2013-2016 est articulé autour de **trois axes programmatiques prioritaires** à savoir l'axe de l'offre de services, l'axe communication pour le changement social et plaidoyer pour susciter la demande et l'axe coordination et gouvernance. Les résultats attendus recourent les engagements pris par le gouvernement dans ses efforts pour réduire la mortalité maternelle en Haïti et les six niveaux du système de santé retenus par l'OMS (voir tableau ci-dessous). Les résultats attendus, au nombre de neuf (9), seront mesurés notamment à partir des indicateurs utilisés dans les enquêtes EMMUS.



6.1. Axe Offre de services

- **Résultat 1.** Réduire d'ici à 2015 de 38% à 10% les besoins non couverts en planification familiale.
- **Résultat 2.** Rendre fonctionnels, d'ici 2015, les services de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) des 108 institutions de santé identifiées pour couvrir les besoins nationaux.
- **Résultat 3.** Mettre en œuvre un plan de développement et de gestion des ressources humaines en santé maternelle et néonatale ainsi qu'en planification familiale.
- **Résultat 4.** Elaborer et mettre en œuvre un plan de développement en santé communautaire axé sur la santé des mères et des nouveau-nés, ainsi que sur la planification familiale.
- **Résultat 5.** Mettre en place, de façon intégrée au système national unique d'intrants, un sous système d'intrants SR.
- **Résultat 6.** Renforcer et harmoniser le sous système d'information sanitaire de SR.

6.2. Axe communication et plaidoyer

- **Résultat 7.** Mettre en œuvre un plan de plaidoyer et de communication sur la santé des mères et des nouveau-nés, ainsi que sur la planification familiale.

6.3. Axe gouvernance et coordination

- **Résultat 8.** Mettre en place, dès le premier trimestre de l'année 2013, un comité national de Coordination multisectoriel chargé de rendre compte tous les six mois les progrès dans la mise en œuvre des actions prioritaires en santé maternelle, néonatale et en planification familiale.

- **Résultat 9.** Mettre en place d'ici à 2015 un mécanisme financier fonctionnel pour la prise en charge gratuite, aux points de prestation, des soins maternels et néonataux et des services de planification familiale, en vue d'aboutir à un système de protection sociale.

VII. Le programme commun

Cette section représente le cadre commun de référence de planification des activités en matière de santé de la reproduction et planification familiale pour l'ensemble des partenaires du ministère évoluant dans le secteur. On notera que certaines stratégies se recoupent dans la plupart des interventions, tel qu'il a été souligné au cours des sessions plénières, mais ce recoupement témoigne de la robustesse de ces stratégies et interventions, mais elles ne seront pas doublement budgétisées. Enfin, il est nécessaire de souligner que cette section, répartie suivant les trois axes programmatiques précédemment retenues, devrait être lue de manière concomitante avec le cadre de résultat et de ressources (Annexe i)

7.1. Axe Offre de services

Résultat 1. Réduire d'ici à 2015 de 38% à 10% les besoins non couverts en planification familiale.

Intervention 1.1. Elaborer un programme national multisectoriel d'encadrement des jeunes en matière d'éducation et d'information sur la santé sexuelle et reproductive.

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Faire l'inventaire et l'analyse des documents existant y compris (lois, programmes) en mettant en exergue les aspects contraignants sur la santé sexuelle et reproductive.
- ii) Plaidoyer pour intégrer dans le plan d'action de la politique jeunesse la santé sexuelle et reproductive.
- iii) Identifier les différentes « portes - d'entrées » permettant d'atteindre les jeunes facilement
- iv) Développer/actualiser des curricula d'éducation intégrant la santé sexuelle et reproductive et trouver les ressources financières pour le faire.
- v) Renforcer les actions de sensibilisation auprès des acteurs religieux, des groupes de jeunes et des parents pour intégrer la SR dans l'éducation des jeunes.
- vi) Mise en œuvre du curriculum en matière de santé sexuelle dans les écoles avant l'âge des rapports sexuels.
- vii) Développer des centres de jeunesse offrant des services de santé reproductive et sexuelle.
- viii) Faire la promotion de la démedicalisation de la PF (discussion à base communautaire).

Intervention 1.2. Développer une stratégie de communication sur la PF, segmentée par population cible (notamment les jeunes) et un plan de plaidoyer pour les décideurs nationaux et locaux.

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Analyser la situation (perception, documents, rencontre.
- ii) Elaborer un plan de communication visant les diverses catégories.
- iii) Elaborer un plan de plaidoyer (pour sensibiliser).
- iv) Organiser des rencontres avec les décideurs.
- v) Plaidoyer pour Mobiliser les ressources.
- vi) Assurer la pénétration des zones rurales au travers de jeunes acteurs.
- vii) Organiser des activités de sensibilisation sur la PF et la problématique de genre à l'intention des jeunes scolarisés et non scolarisés.
- viii) Développer un programme de communication et d'information sur la santé sexuelle et reproductive (multi media, site internet, ligne téléphone, sms, feuillets radio,).

Intervention 1.3. Augmenter l'offre et l'accès aux méthodes modernes de contraception aux niveaux institutionnel et communautaire, en mettant l'accent sur les méthodes de longue durée ou permanente, sur la qualité des services et en prenant en compte une offre adaptée aux jeunes.

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Développer un cadre de références.
- ii) Faire un mapping des réseaux communautaires.
- iii) Former le personnel communautaire (agents de santé communautaire polyvalents) et institutionnel sur toute la gamme des méthodes contraceptives.
- iv) Analyser la situation et assurer leur approvisionnement en Equipement.
- v) Mettre en place des Unités mobiles dans les hôpitaux départementaux et les HCR.
- vi) Faire une révision de la formation des prestataires de services en santé aux méthodes de longue durée, à la communication et au counselling.
- vii) Organiser des campagnes de PF/ semaine de PF.
- viii) Rechercher l'utilisation des médecins résidents en service social et résidents finissants des branches chirurgicales, obstétriques et urologiques dans la fourniture des services de PF.
- ix) Porter les institutions à offrir toute la gamme des méthodes.
- x) Équiper les centres de santé et s'assurer que la communauté est au courant de ce qui est disponible grâce à la formation d'agents polyvalents afin de disséminer l'information.
- xi) Mettre en place de points d'accès aux contraceptifs en dehors des institutions de santé dans les communes.

Résultat 2. Rendre fonctionnels, d'ici 2015, les services de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) des 108 institutions de santé identifiées pour couvrir les besoins nationaux.

Pour ce résultat, il est important de noter que les cibles pour le développement des SONU retenues par le groupe de travail vont au-delà de l'échéance de l'engagement 2015 et le mode de progression proposé pour le développement des SONU ne prend pas en compte l'impact que peut avoir sur le plan les résultats du monitoring sur la ligne de base 2012 et l'étude de cout pour chiffrer le plan. Tout en souhaitant respecter l'échéance 2015, la contre proposition présentée dans le tableau ci-dessous tient compte de l'engagement de deux bailleurs pour les cibles de 2013 et une approche progressive dans le développement des SONU.

Développement des SONU

Année	SONUB	SONUC	Total
2012	30	17	47
2013	8	1	9
2014	12	1	13
2015	16	1	17
2016	22	0	22
Total	88	20	108

Intervention 2.1. Renforcer la qualité des prestations des services SONUs (prestations prénatales recentrées, autour de l'accouchement et en post-natal (femmes et nouveau-nés) incluant planification familiale).

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Elaborer et mettre en œuvre un plan de formation continue SONU (Q2 2013).
- ii) Doter les SONUs en ressources humaines de qualité selon les normes (suivre croissance des SONUs)
- iii) Doter les SONUs en équipements, fournitures, et médicaments, incluant labo
- iv) Assurer les budgets adéquats, surtout pour les coûts récurrents
- v) Assurer supervision formative du personnel et monitoring régulier du fonctionnement
- vi) Assurer le suivi de chaque décès maternel dans le cadre de surveillance et réponse
- vii) Intégrer dans les SONUs le dépistage visuel des lésions précancéreuses du col et cryothérapie

Intervention 2.2. Adjoindre aux SONU, notamment en milieu rural, des mesures de rétention et de disponibilité du personnel (maisons de résidence, primes d'éloignement, garde rémunérée, formation continue, accès internet, etc.).

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Mapping des ressources humaines visées.
- ii) Définir les critères pour éligibilité des établissements pour les mesures incitatives.
- iii) Mettre en place maisons de résidence, primes d'éloignement pour chaque établissement, garde rémunérée, formation continue, accès internet (normes en Q2 2013 et suivre mise en place des SONUs).

Intervention 2.3. Rationaliser le réseau des SONUs selon la carte sanitaire, et augmenter et renforcer le fonctionnement de ce réseau.

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Finaliser la carte SONU au sein de la carte sanitaire qui tient compte de toutes les structures de santé publique, privée, caritative.
- ii) Finaliser les normes SONU en matière de paquet essentiel de services, d'infrastructure, d'équipement, de ressources humaines, d'intrants et de gestion des intrants, d'hygiène, d'énergie, de gestion des déchets et de fonctionnement, Système de référence et contre référence (incluant ambulances, téléphonie agents de santé communautaire polyvalents (ASCP)-SONUB-SONUC) et les faire appliquer.
- iii) Analyse de coûts additionnels en capital et récurrents pour les SONUs.
- iv) Plan pluriannuel chiffre de passage à l'échelle avec horizon 2016.
- v) Suivi et accréditation périodique des SONUs (par les pairs, fertilisation croisée).
- vi) Intégration des SONUs dans les structures sanitaires (cadre légal, fonctionnement).
- vii) Prévoir familles et maisons d'accueil près des SONU pour femmes des zones reculées

Résultat 3. Mettre en œuvre un plan de développement et de gestion des ressources humaines en santé maternelle et néonatale ainsi qu'en planification familiale.

Intervention 3.1. Faire une étude des besoins en ressources humaines pour l'expansion du programme SONU et définir le cadre légal des professionnels du secteur de la santé de la reproduction.

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Créer et monitorer une base de données du personnel SR.
- ii) Planifier la formation en fonction des besoins identifiés.
- iii) Former un comité pour proposer un cadre légal régissant le fonctionnement des professionnels SR.
- iv) Plaidoyer pour l'adoption et la mise en œuvre du cadre légal.

Intervention 3.2. Développer et mettre en œuvre une politique nationale de rétention du personnel (incitatifs pour personnel en zones éloignées, primes à la performance, garde de nuit, considérations logement et transport...) dans les réseaux SONU et s'assurer que tous les acteurs y compris ceux du secteur santé à but non lucratif s'y conforment.

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Créer et maintenir un environnement de travail adéquat.
- ii) Garantir la formation continue.
- iii) Valoriser l'éloignement.
- iv) Mesurer et valoriser la performance.
- v) Plaidoyer pour une standardisation de la grille de salaire.

Intervention 3.3. Augmenter, rationaliser et renforcer le fonctionnement des Ecoles de formation de sages-femmes/ infirmières sages-femmes en vue de fournir la qualité et la quantité de cette catégorie de professionnels nécessaires au fonctionnement des réseaux de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU).

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Placer les écoles dans les départements à forte mortalité maternelle et néonatale.
- ii) Mettre en application le profil de la sage- femme et le curriculum standard 3 ans.
- iii) Assurer le Plaidoyer auprès de l'Etat et des bailleurs pour le financement.
- iv) Promouvoir la profession Sage Femme.

Résultat 4. Elaborer et mettre en œuvre un plan de développement en santé communautaire axé sur la santé des mères et des nouveau-nés, ainsi que sur la planification familiale.

Intervention 4.1. Une politique nationale en Mobilisation et en Participation Communautaire en santé est élaborée et mise en œuvre.

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Revue des expériences en cours et leçons apprises.
- ii) Organisation des ateliers participatifs (élus locaux, leaders et notables, OCB) stratégiques et de consensus.
- iii) Elaboration et validation de la politique.
- iv) Vulgarisation et mise en œuvre.
- v) Evaluation périodique de l'application.

Intervention 4.2. Réalisation d'une ligne de base sur la SR particulièrement sur la mortalité maternelle.

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Mise en place de cadres de référence pour l'élaboration d'une ligne de base.
- ii) Réalisation des enquêtes de terrain (Recensement des AGS Polyv, matrones, comité de santé, organisation communautaire...).
- iii) Mise en place d'une base de données.

Intervention 4.3. Implantation de l'audit de la mortalité maternelle et néonatal au niveau communautaire.

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Mise en place de cadres de référence.
- ii) Identification/implantation des comités de surveillance.
- iii) Mise en place d'un système de notification et investigation de cas.
- iv) Application des mesures correctrices.

Résultat 5. Mettre en place, de façon intégrée au système national unique d'intrants, un sous système d'intrants SR.

Intervention 5.1. Plaidoyer auprès des autorités du pays pour la création et le maintien d'une ligne budgétaire afin de contribuer au financement durable de tous les intrants y compris les intrants SR (sécurisation des stocks stratégiques).

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Formation d'un comité multisectoriel impliquant le MSPP, ses partenaires et les acteurs de la société civile pour élaborer un plan de financement des intrants.
- ii) Mobilisation et sensibilisation autour de la problématique des intrants SR.

Intervention 5.2. Mettre en place un Système National d'Approvisionnement et de Distribution prenant en compte tous les intrants y compris les intrants SR.

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Mise en place d'un réseau de distribution actif des intrants SR dans tous les départements.
- ii) Renforcement du sous système spécifique d'information et de gestion des intrants SR.
- iii) Renforcement des capacités des CDAI.
- iv) Intégration du programme de la Santé de la Reproduction dans le cursus de l'université.

Intervention 5.3. Mettre en place un système de suivi et d'évaluation périodique des besoins et de l'utilisation rationnelle de tous les intrants y compris les intrants SR au niveau institutionnel et communautaire.

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Amélioration du système d'Information de Gestion logistique fonctionnel à tous les niveaux du système de santé.
- ii) Renforcement des compétences des prestataires en matière de gestion de stock et d'utilisation correcte des outils.
- iii) Elaboration d'un plan de suivi et d'évaluation des activités au niveau des institutions (CDAI et PPS) et dans les communautés.
- iv) Renforcement et systématisation de l'utilisation du logiciel CHANNEL à l'échelle nationale.
- v) Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des institutions aux outils standards de gestion des intrants SR.

Résultat 6. Renforcer et harmoniser le sous système d'information sanitaire de SR.

Intervention 6.1. Mettre en place un système de monitoring en santé maternelle et néonatale et en planification familiale intégré au système d'information du MSPP.

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Intégrer les aspects de violence basée sur le genre, de PTME et de santé sexuelle des adolescents dans le système d'information sanitaire SR.
- ii) Rendre disponible à tous les niveaux les outils de monitoring.
- iii) Renforcer les compétences des prestataires et des officiers sur le système d'information sanitaire.
- iv) Améliorer le système de rapportage à tous les niveaux.

Intervention 6.2. Assurer la mobilisation et la participation de la communauté à travers les différents réseaux constitués dans l'identification et l'alerte lors des problèmes de la mère et de l'enfant.

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Constituer un système de Surveillance Épidémiologique de la mortalité maternelle et infantile à Base Communautaire (SEBAC).
- ii) Définir des mécanismes de communication entre les réseaux communautaires et les institutions.
- iii) Renforcer les réseaux communautaires en santé maternelle infantile.
- iv) Promouvoir la santé de la reproduction au niveau communautaire.

Intervention 6.3. Renforcement de l'accès aux différents outils de collecte et de transmission d'information (dossier de la femme enceinte et de l'enfant, fiche de référence et de contre référence).

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Capaciter des Directions départementales à reproduire et à rendre disponible les outils de collectes.
- ii) Assurer une gestion rationnelle des outils de collectes à tous les niveaux.

7.2. Axe communication et plaidoyer

Résultat 7. Mettre en œuvre un plan de plaidoyer et de communication sur la santé des mères et des nouveau-nés, ainsi que sur la planification familiale.

Intervention 7.1. Elaborer et mettre en œuvre un plan national de communication, selon une approche multisectorielle, sur la santé de la reproduction (SR et la planification familiale (PF), avec des messages adaptés à chaque population cible.

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Mettre en place un comité multisectoriel.
- ii) Déterminer les groupes cibles.
- iii) Mettre en place un programme régulier de SR/PF de feuillets radio.

Intervention 7.2. Renforcer les capacités des prestataires de services, des éducateurs et des conseillers en planification familiale (PF), en communication inter personnelle et selon l'approche droits, pour améliorer l'accès des couples et des individus à une information adaptée et aux services PF/SR.

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Développer un plan de formation adapté aux différents groupes cibles.
- ii) Développer/actualiser le curriculum.
- iii) Intégrer le curriculum dans les institutions de formation.

Intervention 7.3. Elaborer et mettre en œuvre un plan de plaidoyer auprès des décideurs pour intégrer notamment dans le budget national une ligne budgétaire pour la santé de la reproduction.

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Mettre en place un comité multisectoriel.
- ii) Identification des interlocuteurs.

7.3. Axe gouvernance et coordination

Résultat 8. Mettre en place, dès le premier trimestre de l'année 2013, un comité national de Coordination multisectoriel chargé de rendre compte tous les six mois les progrès dans la mise en œuvre des actions prioritaires en santé maternelle, néonatale et en planification familiale.

Intervention 8.1. Créer le comité national de coordination multisectoriel, nommer ses membres, rédiger son acte constitutif et élaborer ses statuts et règlements internes.

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Identifier les membres du comité national de coordination.
- ii) Elaborer le cadre de référence (cadre légal) du comité national de coordination.
- iii) Définir le rôle et les responsabilités de chaque secteur (protocole d'accord signé entre les secteurs).
- iv) Elaborer le plan d'action du comité national de coordination.

Intervention 8.2. Appuyer la mise en place d'un système de monitoring et d'évaluation en santé maternelle, néonatale et en planifications familiale.

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Faire le plaidoyer pour la mise en place d'un Système de M&E qui prend en compte la contribution de chaque secteur du comité intersectoriel.
- ii) Réaliser des rencontres périodiques (mensuelles, trimestrielles et semestrielles) de suivi de la mise en œuvre du plan SR.
- iii) Publier trimestriellement les informations pertinentes produites par le Système M&E sur les sites des Ministères faisant partie du comité intersectoriel.
- iv) Encourager l'intégration des informations du système M&E dans le plan de chaque secteur.

Intervention 8.3. Réaliser en fin de période, une enquête SONU ainsi qu'une évaluation des pratiques obstétricales et une évaluation externe de l'atteinte des 6 engagements.

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Elaborer les termes de référence de l'enquête.
- ii) Elaborer l'appel d'offre de l'enquête.
- iii) Mettre en place d'un sous-comité multisectoriel pour le suivi de l'enquête.
- iv) Appuyer la mise en œuvre des recommandations de l'enquête.
- v) Appuyer la formulation de nouvel engagement pour le Gouvernement.

Résultat 9. Mettre en place d'ici à 2015 un mécanisme financier fonctionnel pour la prise en charge gratuite, aux points de prestation, des soins maternels et néonataux et des services de planification familiale, en vue d'aboutir à un système de protection sociale.

Intervention 9.1. Mettre en place des mécanismes de gestion permettant à toutes les maternités d'offrir des services gratuits pour les femmes enceintes et les nouveaux nés et pour la planification familiale.

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Exemption de paiement aux points de prestation de service.
- ii) Mise en place des mécanismes de solidarité permettant de réduire les disparités entre les ménages dans les dépenses de santé à travers le pays.

Intervention 9.2. Elaborer et promulguer une loi (et ses décrets d'application) relative à l'exemption de paiement aux points de prestation des soins maternels et néonataux et de services de PF précisant les services concernés (paquet de soins, les mécanismes de financement, de régulation et de contrôle).

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, comme il est noté dans la politique nationale de santé, en vue de mettre en place la première partie du fonds de solidarité nationale pour la santé (FSNS), le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Proposition de lois sur l'exemption du paiement des soins en SR, PF et SIG.
- ii) Plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières auprès du MEF et organes centraux du gouvernement et parlement en démontrant que le programme va entraîner des économies pour le pays.

Intervention 9.3. Mettre en place des mécanismes/ structures de gestion permettant à l'Etat (MSPP) de jouer son rôle normatif, de contrôle, rationaliser et décentraliser la gestion des ressources du secteur public et améliorer le fonctionnement des institutions sanitaires publiques aux différents niveaux de soins par l'établissement des couts des services de santé, une tarification homogène, un partage clair des couts et un fonds global de financement des services de santé.

Stratégies prioritaires : Pour mettre en œuvre cette intervention, le programme utilisera les stratégies suivantes :

- i) Etudes de cout de SONU, PF et SIG vers le passage à l'échelle (cout capital et cout récurrents).
- ii) Evaluations des mesures d'accompagnement en mettre en place.
- iii) Création d'un fond de solidarité nationale en SR/ PF et SIG.
- iv) Mise en place des structures de gestion du fond de solidarité.

VIII. Le Cadre de partenariat

8.1. Partenariat stratégique

Le plan stratégique national de santé de la reproduction et de planification familiale sera mise en œuvre non seulement à travers les structures de gestion et de services du ministère de la santé publique et de la population, mais aussi en partenariat avec d'autres structures étatiques et d'autres partenaires du ministère dont les agences de la coopération bilatérale et multilatérale, la société civile, les ONG nationales et internationales.

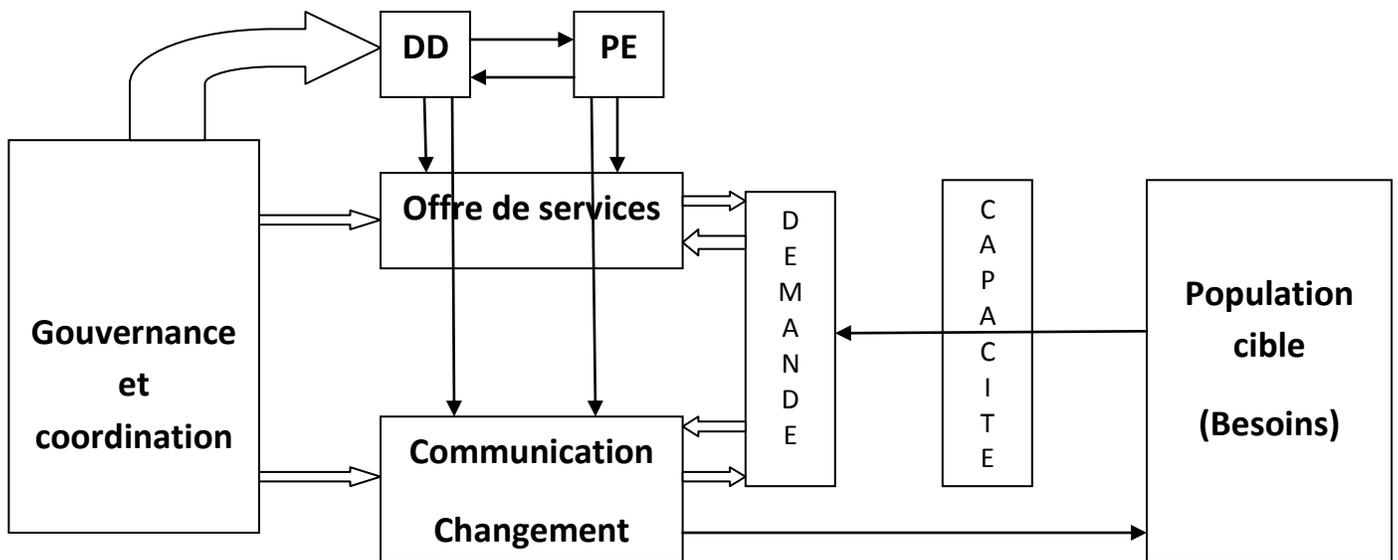
Dans le cadre de santé de la reproduction et de planification familiale et telle que prévue dans la politique nationale de santé (2012) :

- i) La coopération interministérielle impliquera particulièrement le ministère de l'économie et des finances, la primature, le ministère à la condition féminine (MCFDF), le ministère de l'éducation nationale et de formation professionnelle (MENFP), le ministère de la jeunesse, des sports et d'action civique (MJSAC), le ministère de l'économie et des finances (MEF) et le ministère des affaires sociales et du travail (MAST).
- ii) La coopération internationale impliquera notamment les agences des Nations Unies dont l'UNFPA, l'OPS/OMS, l'UNICEF, UNOPS et le PNUD, les agences bilatérales dont l'USAID, l'ACDI, la coopération française, le Brésil, le Cuba, le Venezuela, etc.
- iii) Pour les actions ne pouvant pas être conduites par le ministère, la coopération de terrain impliquera des acteurs clés dont les Organisations Non Gouvernementales (ONGs) nationales et internationales, les organisations de la société civile, les organismes confessionnels et les organisations communautaires de base. Dans cet ordre d'idées, la direction de santé de la famille travaillera avec des partenaires stratégiques dont, pour la planification familiale, le PROFAMIL et la FOSREF, et pour le fonctionnement des SONU, les CDS et Zanmi Lasanté et autres ONG qui auront manifesté un intérêt dans cette voie.
- iv) La collaboration intra-ministérielle impliquera particulièrement au niveau central la direction d'organisation des services de santé (DOSS), l'unité de planification et d'évaluation (UPE), l'unité d'appui aux directions sanitaires (UADS), la direction de promotion de la santé et de santé de l'environnement (DPSSE) et la direction des ressources humaines (DRH) et au niveau départemental, les directions sanitaires.

8.2. Représentation simplifiée de la dynamique de partenariat

La mise en œuvre du plan vise d'abord l'amélioration de l'état de santé de la population en matière de santé de la reproduction et de planification familiale. La dynamique de partenariat entre le MSPP et ses partenaires techniques et financiers doit converger vers cet objectif fondamental. Cette dynamique de partenariat doit s'inscrire dans cette logique de cohérence et d'harmonisation quelque soit de collaboration qui peut être un appui à la gouvernance (centrale et/ou locale), un appui à la fourniture de services et/ou de communication. Les partenariats de type appui au renforcement de la gouvernance et la coordination doivent viser à aider à mettre en place des capacités susceptibles de permettre au ministère de garantir à long terme la continuité des messages de communication pour le changement social et la

fourniture du paquet de services offerts répondant à la demande de la population cible dépendamment de sa capacité d'utilisation des services. Les partenariats de type d'appui direct à la fourniture de services et/ou de communication doivent se faire sous le leadership du MSPP, dans une logique de complémentarité et de synergie. Pour la réussite de la mise en œuvre du plan, il est important que chaque partenaire d'appui technique ou d'exécution, chaque acteur, tant qu'au niveau stratégique qu'opérationnel, ait cette vue d'ensemble harmonieuse et cohérente représentée dans le schéma ci-dessous.



IX. Assistance technique

Pour la mise en œuvre de ce plan stratégique, en plus d'un gestionnaire de programme, la DSF aura besoin d'une assistance technique pour :

- i) La réalisation du monitoring des SONU existantes en vue de finaliser la carte SONU au sein de la carte sanitaire qui tient compte de toutes les structures de santé publique, privée, caritative.
- ii) Analyser les coûts additionnels en capital et récurrents pour les SONUs.
- iii) Finaliser les normes SONU en matière de paquet essentiel de services, d'infrastructure, d'équipement, de ressources humaines, d'intrants et de gestion des intrants, d'hygiène, d'énergie, de gestion des déchets et de fonctionnement, Système de référence et contre référence (incluant ambulances, téléphonie ASCP-SONUB-SONUC.
- iv) Une évaluation à mi-parcours au cours de la première année de mise en œuvre du plan.
- v) Une évaluation des pratiques obstétricales et
- vi) Une évaluation externe de l'atteinte des 6 engagements

De plus, une assistance technique spécifique sera nécessaire à :

- i) La Direction d'Organisation des Services de Santé (DOSS), pour pouvoir travailler conjointement avec la DSF, sur la carte SONU, les normes SONU en matière d'infrastructures, d'équipements, d'hygiène, gestion de déchets, etc
- ii) L'Unité de Planification et d'Evaluation (UPE) et la Direction d'Epidémiologie de Recherche et de Laboratoire (DERL), notamment pour pouvoir travailler conjointement avec la DSF sur la contractualisation et les aspects SM et PF du système d'information sanitaire y compris la surveillance du décès maternel.
- iii) La Direction de Promotion de la Santé et de Protection de l'Environnement, pour pouvoir travailler conjointement avec la DSF sur les aspects de SM et PF dans le programme de santé communautaire et le plan de communication.
- iv) La Direction des Ressources Humaines (DRH), pour pouvoir conjointement travailler avec la DSF sur la conception et la mise en œuvre du plan de développement et de gestion des ressources humaines en santé maternelle et néonatale ainsi qu'en planification familiale.
- v) Les Directions Départementales, pour s'assurer de la leur performance, notamment à travers l'assistance technique d'un chargé de programme par département, pour assurer le suivi de la mise en œuvre du plan, les progrès dans son exécution, l'identification des goulots d'étranglement, etc

X. Coordination et Gestion du programme

Le programme sera mis en œuvre par la direction de santé de la famille (DSF) et ses partenaires sous la coordination de la haute direction du MSPP et à travers des mécanismes de pilotage stratégique, technique et opérationnel en accord avec les principes de planification et de gestion basées sur les résultats. Tous les partenaires du MSPP évoluant dans le secteur de la santé de la reproduction et de la planification familiale sont astreints à inscrire leur plan de travail dans le cadre d'un appui à la mise en œuvre de ce plan stratégique national de santé de la reproduction et de planification familiale. La coordination implique le suivi périodique (mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel) de l'état d'avancement du programme, afin de suivre la cohérence, la complémentarité, la synergie et l'efficacité des interventions.

10.1. Pilotage stratégique

Le pilotage stratégique du plan stratégique national de santé de la reproduction et planification familiale est assuré par le comité national de coordination multisectoriel. Toutefois, au niveau strictement secteur santé, le mécanisme de ce pilotage stratégique reste la table sectorielle santé élargie au ministère de l'économie et des finances pour seconder le leadership du MSPP. Le suivi des progrès réalisés dans la mise en œuvre du plan se fait à ce niveau.

10.2. Pilotage technique

Le pilotage technique du plan stratégique national de santé de la reproduction et planification familiale est assuré par la DSF avec l'appui technique du groupe H4+ élargi et du comité technique de santé de la reproduction, ainsi que la participation de la DOSS, DPSPE, DRH, UPE/DERL, la DAF et un

représentant du MEF. Le suivi, à ce niveau, se fera sur une base mensuelle en vue d'apprécier l'état d'avancement du programme à travers les plans de travail développés avec et/ou par les partenaires, non seulement pour apprécier la mise en œuvre du programme en termes d'offres de services, mais aussi en termes d'application des normes, besoins en formation du personnel prestataire, la rationalisation de la carte sanitaire. Des visites de terrain d'observation et de supervision formative seront également organisées.

10.3. Pilotage opérationnel

Le pilotage opérationnel du plan stratégique national de santé de la reproduction et planification familiale est assuré par les directions départementales. A ce niveau, l'accent est mis sur la coordination des interventions des partenaires, l'appui au fonctionnement des institutions selon les normes du MSPP et suivant l'approche droit de la population. Un rapport standard mensuel (2 pages) sera préparé et signé par le directeur départemental mettant l'accent sur les progrès du programme au niveau des départements. Un appel téléconférence peut être organisé également sur une base mensuelle pour apprécier de façon verbale les progrès du programme et résoudre les goulots d'étranglement.

10.4. Mise en œuvre du programme

Le MSPP, à travers la DSF, s'assurera que les plans des partenaires du secteur de SR/PF s'alignent sur plan stratégique national et viennent en appui à sa mise en œuvre. Dans le cadre des dépenses à réaliser à travers le budget national, les procédures de comptabilité publique haïtienne seront appliquées et la gestion de ces fonds du secteur public est imputable au MSPP. Pour les dépenses venant de l'appui financier des bailleurs de la coopération internationale, les mécanismes et modalités de financement généralement utilisés (avances de fonds ou paiement direct à des tiers) entre le MSPP et ses les partenaires seront maintenus. Toutefois, dans le cadre de la coopération bilatérale et multilatérale, la DSF encourage la mise en place à long terme d'un fonds commun SR/PF.

XI. Suivi et évaluation

Le suivi du programme se fera à partir des indicateurs et ressources identifiés dans le cadre de résultats et de ressources et le chronogramme élaboré pour l'année 2013. Cette responsabilité incombe à la fois à la DSF et aux entités de coordination sus mentionnées.

XII. Budget

(à déterminer par l'étude de cout)

Annexes

i. Cadre de résultats et de ressources

Résultat	Interventions	Indicateur de suivi des interventions	base	Cible		Partenaires probables	Cout estimatif 2013
			2012	2013	2016		
Résultat 1. Réduire d'ici à 2015 de 38% à 10% les besoins non couverts en PF. Indicateurs : Taux de prévalence PF : . Ligne de base : 31% . Cible 2016 : 50% Sources : EMMUS Pourcentage des besoins non couverts PF : . Ligne de base : 38% . Cible 2016 : 5% Sources : EMMUS	Elaborer un programme national multisectoriel d'encadrement des jeunes en matière d'éducation et d'information sur la santé sexuelle et reproductive.	Le programme national multisectoriel est mis en œuvre dans les départements. Nombre de jeunes ayant bénéficié d'un encadrement en matière d'éducation et d'information sur la santé sexuelle et reproductive. Nombre de modules d'éducation reflétant l'éducation sexuelle pour les adolescents.	0	1	10	MCFDF, MENFP, MJSAC, UNFPA, USAID, OCB et ONGs	
	Développer une stratégie de communication sur la PF, segmentée par population cible (notamment les jeunes) et un plan de plaidoyer pour les décideurs nationaux et locaux.	Les jeunes scolarisés et non scolarisés sont sensibilisés à la SSR/ PF et aux questions de genre.	N/A	200,000	800,000	MCFDF, MENFP, MJSAC, UNFPA, ONUFemmes, USAID, PSI, OCB et ONGs	
	Augmenter l'offre et l'accès aux méthodes modernes de contraception aux niveaux institutionnel et communautaire, en mettant l'accent sur les méthodes de longue durée ou permanente, sur la qualité des services et en prenant en compte une offre adaptée aux jeunes.	Pourcentage d'institutions sanitaires (et de points de service a base communautaire) offrant au moins quatre (4) méthodes contraceptives modernes.	N/A	25%	75%	UNFPA, USAID Universités, OCB et ONGs,	
Sous total 1							
Résultat 2. Rendre fonctionnels, d'ici 2015, les services de Soins Obstétricaux et Néonataux	Renforcer la qualité des prestations des services SONUs (prestations prénatales recentrées, autour de l'accouchement et en post-natal	Pourcentage de maternités SONUB/ SONUC fonctionnelles disposant les 7/9 fonctions essentielles.				UNFPA, ACIDI, et ONGs	

<p>d'Urgence (SONU) des 108 institutions de santé identifiées pour couvrir les besoins nationaux.</p> <p>Indicateur : Nombre de nouvelles maternités à fonctions SONU rendu fonctionnel dans le pays :</p> <p>. Ligne de base : 47 ? . Cible 2016 : 108? Sources : MSPP/ Enquête SONU</p>	<p>(femmes et nouveau-nés) incluant planification familiale).</p>						
	<p>Adjoindre aux SONU, notamment en milieu rural, des mesures de rétention et de disponibilité du personnel (maisons de résidence, primes d'éloignement, garde rémunérée, formation continue, accès internet, etc.).</p>	<p>Pourcentage de SONUB et SONUC fonctionnelles offrant un incitatif (logement/ une prime de garde) aux personnels prestataires en dehors de l'aire métropolitaine de PAP.</p>	N/A				
	<p>Rationaliser le réseau des SONUs selon la carte sanitaire, et augmenter et renforcer le fonctionnement de ce réseau.</p>	<p>Pourcentage de SONUB avec le nombre de sages-femmes selon les normes et standards du MSPP.</p> <p>Nombre de SONUB fonctionnels par département.</p> <p>Pourcentage d'urgences obstétricales (5 principales causes) pris en charge dans les SONU</p>	?	?	?	UNFPA, et ONGs	
Sous total 2							
<p>Résultat 3. Mettre en œuvre un plan de développement et de gestion des ressources humaines en santé maternelle et néonatale ainsi qu'en planification familiale.</p> <p>Indicateur : Le programme de SR et PF est intégré et maintenu dans le cursus de formation à la faculté de médecine te</p>	<p>Faire une étude des besoins en ressources humaines pour l'expansion du programme SONU et définir le cadre légal des professionnels du secteur de la santé de la reproduction.</p>	<p>Pourcentage de sages-femmes travaillant dans les SONUs.</p>	N/A			BID, ACDI, UNFPA, FMP/UEH, SHOG, ASFH, et ONGs	
	<p>Développer et mettre en œuvre une politique nationale de rétention du personnel (incitatifs pour personnel en zones éloignées, primes à la performance, garde de nuit, considérations logement et transport...) dans les réseaux SONU et s'assurer que tous les acteurs y compris ceux du secteur santé à but non lucratif s'y conforment.</p>	<p>Pourcentage de SONUB et SONUC fonctionnelles offrant un incitatif (logement/ une prime de garde) aux personnels prestataires en dehors de l'aire métropolitaine de PAP.</p>	N/A			L'Etat haïtien	

<p>de pharmacie/UEH:</p> <p>. Ligne de base : non . Cible 2016 : oui</p> <p>Sources : FMP/UEH</p>	<p>Augmenter, rationaliser et renforcer le fonctionnement des Ecoles de formation de sages-femmes/ infirmières sages-femmes en vue de fournir la qualité et la quantité de cette catégorie de professionnels nécessaires au fonctionnement des réseaux de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU).</p>	<p>Le curriculum standard de formation Sages femmes entrée directe 3 ans est adopté dans toutes les écoles de Sages-femmes.</p>	<p>N/A</p>			<p>ACDI, UNFPA, UNOPS, OPS-OMS, ICM, AFD, PARC, CDC/ITECH, ICM, MCFDF, MENFP, ASFH et ONGs</p>	
<p>Sous total 3</p>							
<p>Résultat 4. Elaborer et mettre en œuvre un plan de développement en santé communautaire axé sur la santé des mères et des nouveau-nés, ainsi que sur la planification familiale.</p> <p>Indicateurs : Nombre de SONUB (et SONUC) disposant d'une équipe d'agents de santé communautaire polyvalents (ASCP).</p> <p>. Ligne de base : x . Cible 2016 : y</p> <p>Sources : DPSPE/DSF/</p>	<p>Une politique nationale en Mobilisation et en Participation Communautaire en santé est élaborée et mise en œuvre.</p>	<p>Nombre de postes de planification familiale communautaire développés dans les dix départements.</p> <p>Nombre d'organisations/ réseaux soutenus pour organiser des programmes axés sur les besoins des jeunes en matière de SR/ PF y compris la PTME du VIH.</p>				<p>USAID, UNFPA, IHSI, OPS/OMS, AFD, ACDI, INHSAC, Cuba Brésil, Venezuela et ONG</p>	
	<p>Réalisation d'une ligne de base sur la SR particulièrement sur la mortalité maternelle.</p>	<p>Nombre de décès maternels notifiés.</p>	<p>N/A</p>			<p>USAID, UNFPA, OPS/OMS IHSI, AFD, ACDI, Cuba, Venezuela, Brésil et ONG</p>	
	<p>Implantation de l'audit de la mortalité maternelle et néonatal au niveau communautaire.</p>	<p>Nombre d'agents santé communautaire polyvalents (ASCP) formés notifiant des décès maternels.</p>	<p>N/A</p>			<p>USAID, UNFPA, IHSI, AFD, UNICEF ACDI, OPS/OMS MJSP, Cuba, Venezuela, Brésil et ONG</p>	
<p>Sous total 4</p>							
<p>Résultat 5. Mettre en place, de façon intégrée</p>	<p>Plaidoyer auprès des autorités du pays pour la création et le maintien</p>	<p>Nombre départements sanitaires disposant d'un stock stratégique.</p>	<p>0</p>	<p>?</p>	<p>10</p>	<p>OPS-OMS, UNFPA, USAID,</p>	

<p>au système national unique de médicaments essentiels, un sous-système d'intrants SR.</p> <p>Indicateurs : Une liste standard d'intrants SR est disponible dans les SOUB et SONUC.</p> <p>. Ligne de base : non . Cible 2016 : oui Sources : DPM/ SONU</p>	<p>d'une ligne budgétaire afin de contribuer au financement durable de tous les intrants y compris les intrants SR (constitution de stocks stratégiques).</p>					UNDP, PEPFAR, PSI, Société Civile, ZL, PRISMA FMP/UEH		
	<p>Renforcer le système National d'Approvisionnement et de Distribution prenant en compte tous les intrants y compris les intrants SR.</p>	<p>Nombre d'agents nationaux formés à l'utilisation correcte du logiciel CHANNEL.</p>					OPS /OMS, USAID, UNFPA	
	<p>Mettre en place un système de suivi et d'évaluation périodique des besoins et de l'utilisation rationnelle de tous les intrants y compris les intrants SR au niveau institutionnel et communautaire.</p>	<p>Pourcentage d'institutions sanitaires sans rupture de stocks de contraceptifs durant une période de 6 mois.</p>	45%	75%	100%		OPS/OMS USAID, UNFPA FMP/UEH PNUD, CMMB	
Sous total 5								
<p>Résultat 6. Renforcer et harmoniser le sous-système d'information sanitaire de SR.</p> <p>Indicateurs : Le décès maternel est intégré et maintenu dans le SIS national.</p> <p>. Ligne de base : non . Cible 2016 : oui Sources : UPE/DD/ SONU</p>	<p>Mettre en place un système de monitoring en santé maternelle et néonatale et en planification familiale intégré au système d'information du MSPP.</p>	<p>Nombre de décès maternels notifiés aux SONUs.</p> <p>Nombre de décès de nouveau-nés notifiés aux SONUs.</p>	0				UNFPA, USAID, ITECH, PEPFAR, ONUFEMME	
	<p>Assurer la mobilisation et la participation de la communauté à travers les différents réseaux constitués dans l'identification et l'alerte lors des problèmes de la mère et de l'enfant.</p>	<p>Nombre de cas de grossesses compliquées identifiés.</p>	0	?	?		CDC, UNFPA, USAID, CDC, UNICEF, ACDI, USAID, AFD	
	<p>Renforcement de l'accès aux différents outils de collecte et de transmission d'information (dossier de la femme enceinte et de l'enfant, fiche de référence et de contre référence).</p>	<p>Pourcentage de SONUB et SONUC sans rupture d'outils de collecte et de transmission d'information SR et PF durant une période de 6 mois.</p>	N/A			100%	UNFPA, PEPFAR, ITECH, CDC	
Sous total 6								

<p>Résultat 7. Mettre en œuvre un plan de plaidoyer et de communication sur la santé des mères et des nouveau-nés, ainsi que sur la planification familiale.</p> <p>Indicateur : Nombre de mécanismes de plaidoyer pour la prise en compte des questions de SR et PF dans les plans et programmes nationaux pertinents :</p> <p>. Ligne de base : 0 . Cible 2016 : Source : CNCM</p>	Elaborer et mettre en œuvre un plan national de communication, selon une approche multisectorielle, sur la santé de la reproduction (SR et PF), avec des messages adaptés à chaque population cible.	Nombre de feuillets radio consacrés à la SR/PF ciblant les jeunes (pour stimuler la demande notamment chez les jeunes). <i>(évaluation à mi-parcours à réaliser)</i>	N/A			CRH, MSF-B, UNFPA, UNICEF, OPS/OMS, ONU-Femmes, Société civile	
	Renforcer les capacités des prestataires de services, des éducateurs et des conseillers en PF, en communication inter personnelle et selon l'approche droits, pour améliorer l'accès des couples et des individus à une information adaptée et aux services PF/SR.	Nombre de personnels prestataires, formés en techniques de communication portant sur la SR et PF selon une approche droit.	N/A			INHSAC, Universités et écoles, I-TECH	
	Elaborer et mettre en œuvre un plan de plaidoyer auprès des décideurs pour intégrer notamment dans le budget national une ligne budgétaire pour la santé de la reproduction.	Pourcentage du budget de santé alloué à la SR et PF.	N/A			UNFPA, UNICEF, ONU-FEMMES, OPS/OMS, USAID, ACDI, société civile et ONGs	
Sous total 7							
<p>Résultat 8. Mettre en place dès le premier trimestre de l'année 2013 un comité national de Coordination multisectoriel (CNCM) chargé de rendre compte tous les six mois les progrès dans la mise en œuvre des actions prioritaires en santé maternelle, néonatale et en planification familiale.</p>	Créer le comité national de coordination multisectoriel, nommer ses membres, rédiger son acte constitutif et élaborer ses statuts et règlements internes.	Nombre de rapports mensuels de réunion du CNCM préparés. Nombre de rapports de réunion du CNCM transmis aux directeurs départementaux.	N/A	6	?	Partenaires nationaux et internationaux du MSPP	
	Appuyer la mise en place d'un système de monitoring et d'évaluation en santé maternelle, néonatale et en planifications familiale.	Nombre de rapports mensuels standards sur le fonctionnement des SONU remis à la haute direction du MSPP par les directeurs départementaux.	N/A	6	?	Partenaires nationaux et internationaux du MSPP	
	Réaliser en fin de période, une enquête SONU ainsi qu'une évaluation des pratiques obstétricales	Disponibilité du plan de l'enquête SONU. Pourcentage d'utilisatrices de	N/A	N/A	Oui	Partenaires nationaux et internationaux du	

<p>Indicateur :</p> <p>Nombre de rapports semestriels sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du plan stratégique national de SR et PF.</p> <p>. Ligne de base : N/A . Cible 2016 : 7 Sources : CNCM</p>	<p>et une évaluation externe de l'atteinte des 6 engagements.</p>	<p>méthodes modernes de PF.</p>				<p>MSPP</p>	
<p>Sous total 8</p>							
<p>Résultat 9. Mettre en place d'ici à 2015 un mécanisme financier fonctionnel pour la prise en charge gratuite, aux points de prestation, des soins maternels et néonataux et des services de planification familiale, en vue d'aboutir à un système de protection sociale.</p> <p>Indicateurs:</p>	<p>Mettre en place des mécanismes de gestion permettant à toutes les maternités d'offrir des services gratuits pour les femmes enceintes et les nouveaux nés et pour la planification familiale.</p>	<p>Pourcentage de maternités SONUB et SONUC offrant des soins obstétricaux et néonataux gratuits.</p>				<p>Partenaires nationaux et internationaux des différents secteurs</p>	
	<p>Elaborer et promulguer une loi (et ses décrets d'application) relative à l'exemption de paiement aux points de prestation des soins maternels et néonataux et de services de PF précisant les services concernés (paquet de soins, les mécanismes de financement, de régulation et de contrôle).</p>	<p>Pourcentage de maternités SONUB et SONUC offrant des soins obstétricaux et néonataux gratuits.</p>				<p>Partenaires nationaux et internationaux des différents secteurs</p>	
<p>Un système fonctionnel de protection sociale en SR/ PF est mis en place:</p> <p>. Ligne de base : 0 . Cible 2016 : 1 Source: Le Moniteur</p>	<p>Mettre en place des mécanismes/structures de gestion permettant à l'Etat (MSPP) de jouer son rôle normatif, de contrôle, rationaliser et décentraliser la gestion des ressources du secteur public et améliorer le fonctionnement des</p>	<p>Pourcentage de SONUB et SONUC appliquant les normes et standards du MSPP relatifs aux coûts des services de santé.</p>				<p>Partenaires nationaux et internationaux des différents secteurs</p>	

<p>Pourcentage de besoins obstétricaux (et PF) non couverts:</p> <p>. Ligne de base : . Cible 2016 : Source : Enquête</p>	<p>institutions sanitaires publiques aux différents niveaux de soins par l'établissement des couts des services de santé, une tarification homogène, un partage clair des couts et un fonds global de financement des services de santé.</p>						
<p>Les indicateurs hachurés sont retenus comme prioritaires.</p>							

ii. Chronogramme

Cadre intermédiaire de santé de la reproduction et de planification familiale 2013-2016								
Engagement des acteurs financiers	Responsable MSPP et PTF	Sources de fonds	2012	2013				2016
Etat d'avancement				T 1	T 2	T 3	T 4	
1. Actions/ Phase post atelier immédiat								
1. Phase post atelier immédiat								
1.1. Finalisation et transmission du cadre intermédiaire	UNFPA	UNFPA						
1.2. Confirmation de l'engagement des PTF	DSF, H4+ élargi	N/A						
1.3. Mettre sur sites Web les présentations sur l'analyse de la situation	MSPP, UNFPA, USAID	N/A						
2. Actions/ Post atelier court terme (2013) et moyen terme (2016)								
2.1. Gouvernance et renforcement institutionnel								
2.1.1. Monitoring pour fixer la ligne de base des SONU (2012).	DOSS, DSF, DD	UNFPA						
2.1.2. Etude de cout (économiste de la santé).		OPS/OMS						
2.1.3. Présentation, multiplication et dissémination du plan final	DSF	H4+ élargi						
2.1.4. Renforcement stratégique des Directions centrales du MSPP (DSF, DOSS, DPSPE, UPE, DFPSS, UADS) à travers un cadre formel de partenariat.	Directeurs centraux concernés et ...	UNFPA, USAID, ACDI, LMG,						
2.1.5. Renforcement stratégique des 10 directions sanitaires départementales à travers un cadre formel de partenariat.	Directeurs départementaux concernés et ...	OPS/OMS, UNICEF UNFPA, USAID, ACDI, LMG,						
2.1.6. Renforcement stratégique des écoles de formation (ENISF, INSFSF)	Directrices des écoles et ...	UNFPA						
2.1.7. Renforcement stratégique de la FMP/UEH	Décanat et...	OPS/OMS, UNFPA						
2.1.8. Initiation de partenariat stratégique avec les associations socioprofessionnelles	SHOG, AISFH	OPS/OMS, UNFPA						
2.1.9. Mise en place du comité national de coordination multisectoriel (CNCM)	DG/BM	H4+ élargi						
2.1.10. Evaluation à mi-parcours	CNCM	H4+						

	et..	élargi						
2.1.11. Evaluation annuelle	CNCM et..	H4+ élargi						
2. 2. Axe offre de services								
2.2.1. Renforcement des SONU (47) existant (30 B et 17 C) à confirmer avec monitoring	MSPP et...	UNFPA						
2.2.2. Développement de 9 nouveaux SONU (8 B + 1 C)		UNFPA, ACDI, USAID						
2.2.3. Développement de 42 nouveaux SONU ➤ 2014 : 13 SONU (12 B et 1C) ➤ 2015 : 17 SONU (16 B et 1C) ➤ 2016 : 22 SONUB								
2.2.4. Reconstruction de l'ENISF	DOSS, DFPSS, ENISF,	ACDI						
3. Axe Plaidoyer								
3.1. Plaidoyer pour la mise en place du comité national de coordination multisectoriel (auprès des ministères MENFP, MJSAC, MCFDF, MAST et des organisations de la société civile (SHOG, ASFH, Organisations féminines, etc)	DSF, H4+ élargi	H4+ élargi						
3.2. Restitution du plan final et plaidoyer financier auprès du gouvernement (MEF, MPCE et PM).	Ministre							
3.3. Restitution du plan final et plaidoyer financier auprès des donateurs clés (ACDI, USAID, UNFPA, OPS/OMS, UNICEF. Banque Mondiale, ...)	Ministre							

ii. Liste des participants

	Nom, Prénom	Institution
1	Alakbarov, Dr Ramiz	UNFPA
2	Albert, Yasanide	DSNE/Sr
3	Alexandre, Françoise Vivraïne	MSF-Belgique
4	Alfred, Jean Patrick	UPE
5	Alvert, gasmude	DSNE
6	Aly, Ralf	Point Focal SR
7	Antoine, Eva	USAID
8	Antoine, Junior	DPM-MT
9	Archer, Leslie	OPS/OMS
10	Arnoux, Descardes	VDH
11	Atilio, Rivera-Vasquez	IMC
12	Barbot, Ernest	AFD
13	Bayas, Guerline	DSA
14	Beauge, Laurent	UADS
15	Beaussejour, Henide	OIM
16	Bedar, Dominique	MDM Belgique
17	Bercy, Jeffson	MSH
18	Bergel, Cassion	PU-AMI
19	Bergevin, Dr Yves	UNFPA
20	Bernier, Martine	PRISMA
21	Berthomieux, E. Agate	CPFO
22	Biguerson, Francois	DPSPE
23	Bos, Gaelle	MDM.C
24	Byron, Louis Paul Andree	DPSPE
25	Byron-Louis, Pierre André	DPSPE
26	Cadet, Jean-Claude	UEH/FMP
27	Cameau, Paule	MSPP
28	Carenard, Paul Andre	INHSAC
29	Casinoir, Carl Frédéric	MSF- Hollande
30	Champetier de Ribbes, Dr Gilles	UNFPA
31	Charles Widren	SCMS
32	Chaudry, Marie Lucie	DSS
33	Clervilies, Junior	DPM-MT
34	Coqmard, Fabiola	Zamni Lasante
35	Crespel, Isabelle	MDMC
36	Cyr, Mario	MSH/LMS
37	D'Alexis, Gislhaine D.	DSF/MSPP

	Nom, Prénom	Institution
38	D'Alexis, Michel	SHOG
39	Damascene, Dr Wurmana Jean	
40	Danie, Pierre	IMC
41	Dr Darline Carre	DOSS
42	De Loof, Stefanie	PU-AMI
43	Degraff, Dr Evelyne	OPS/ OMS
44	Demes, Adrien	CARE
45	Denard, Gina	DSF
46	Denard, Ltima	DSF/MSPP
47	Derivois Merisier, Eunice	DFPSS
48	Despagne, Pierre	CDS
49	Destin, J. Serge	Parole et Action
50	Dorismond Adrien, Marlene	Fondation Bienfaisance
51	Doufe, Dr Ralph	FHI/Haiti
52	Dubuche, Dr Georges	SDSH
53	Dulaurier, Jacques	DSF
54	Edvard, Tassy	PROFAMIL
55	Emilien, Alexandra	
56	Esteme, weuser	USAID
57	Eustache, Laurent	Futurist groupe
58	Evenou, Rose Marie	ENISF
59	Fayette, Carl	DRH/MSPP
60	Fevrier, Jean Bernard	Direction sanitaire Sud
61	Fils, Jean Gardy	SDSH
62	Floris, Nesi	JHPIEGO
63	Geisme, Jean Luriel	DSGA
64	Georges, Yves Marie Dominique	Cabinet de la ministre
65	Gilbert, Murielle C	UADS
66	Grand Pierre, Dr Jules	Cabinet de la ministre
67	Grand Pierre, Reynold	DSF
68	Guerline L., Jeune	UNFPA
69	Guerrier, Sandra	LMS
70	Honore, Jean Guy	ITECH
71	Jacobs, Agnes	UNFPA
72	Jean Jeune, Florine	DPM-MT
73	Jean Philippe, Jeannot	DPEV
74	Jean-Baptiste, Myrtha	UNFPA
75	Jean-Baptiste, Pierre Claudy	ACDI
76	Jerome, Jean Lionel	DSGA/MSPP
77	Joseph, Eroid	DSF

	Nom, Prénom	Institution
79	Joseph, Johnson	SCMS
80	Justafort, Myriame	Cabinet de la ministre
81	Kedma, Joseph	DPSE/MSPP
82	Labadie, Jean Francois	PARC
83	Laroche, Dr Jacques	DSNi
84	Lazarre, Dr Ted	DSSE
85	Léandre Alcide, Mirlande	DSGA
86	Leandre, Marie Carline	Point Focal SR
87	Lindor, Marie Ilda	Point focal SR
88	Louis- Potron, Paule- Andree	MSPP/DPSE
89	Lubin Lovely	Croix-Rouge Haitienne
90	Lysias, Dr Joan	UNFPA
91	Mainville, Ernst	HUEH
92	Masse, Reginalde	USAID
93	Matangua, DJO	MDM.CH
94	Megie, Andre	FOSREF
95	Mesidor, Miceline	UPE/MSPP
96	Michaud, Gardner	OPS/OMS
97	Michel K.	PROMESS
98	Moise, Dr Fritz	FOSREF
99	Monfort, Dumel Junior	DPM
100	Montes, Dr Frantz	DSF
101	Morquette, Hubert	AICSH
102	Nayande, Gladys	CARE
103	Noel, Ernst	PNST
104	Oussein Batoul, Siti	UNFPA
105	Petion, Katia	USAID
106	Pierre Saint-Louis, Jessie	DSO
107	Pierre, Dany	IMC
108	Pierre, Guirlaine	
109	Pierre-Louis, Jocelyne	DPSE/MSPP
110	Reginald, Jean-Louis	CDC
111	Regouit, Jean Renold	DSC
112	Roosevelt, Jean Francois	CECOSIDA
113	Rosemond, Magalie	FMP
114	Rousseau, Jacques-Henry	UNFPA
115	Saint-Firmin, Patrick Pascal	SCMS
116	Sainvil, Marie Solange	DSF
117	Sainvil, Marie-Solange	DSF MSPP
118	Salomon, Marie Josee	UNFPA

	Nom, Prénom	Institution
119	Sanon, Judith	DSF
120	Sanon, Margaret	INSFSF
121	Scherman, Dr Jean Francois	Cabinet de la ministre
122	Senatus, Olguin	DSGA/MSPP
123	Serant, Vario	UNFPA
124	Soeurette Policar Montjoie	CECOSIDA
125	Spring, Kate	ONUSIA
126	St Gardien, Samuel	MDM canada
127	St Gilles, Paul	DSA
128	Sterling, Herby	DSS
129	Sylvestre, Rose Many	DSNi
130	Sylvestre, Widzen	PRISMA
131	Telusmon, Carline	DSNO
132	Thermidor, Macisse	MSPP/DSF
133	Traore, Antoinette	OPS/OMS
134	Tribie, Mireille	UNICEF
135	Ulysse, Patrick	Zanmi Lasante
136	Vadeboncoeur, Claudia	UNFPA
137	Viel, Ernest	SHOG
138	Villefranche, M. Sherley	USAID/ LMS
139	Voltaire, Dr Henri-Claude	UNFPA
140	Zoulikha, Dr Faraj	OPS/OMS