



République d'Haïti
Ministère de la Santé
Publique



**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL POUR LA
SANTE INTEGRALE DE L'ENFANT EN HAITI
2014-2019**



République d'Haïti
Ministère de la Santé Publique

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL POUR LA SANTE INTEGRALE DE L'ENFANT EN HAITI

2014-2019

En coopération avec OPS/OMS en Haïti

Octobre 2013



PREFACE

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population, reconnaissant que l'Enfant d'Haïti est l'avenir de notre société et que sa santé est d'une importance fondamentale, conscient que l'identification et la protection de ses besoins sont primordiales pour un développement efficace, dans le souci de répondre à l'attente de la population et à la préoccupation des intervenants en santé, est heureux de présenter au public « **Le Plan Stratégique de la Santé infantile** ».

La publication de ce document répond aux obligations et priorités de l'Autorité Sanitaire Nationale qui veut faciliter l'accès aux services de santé de base, un des droits fondamentaux et universels de l'enfant. Il s'agit d'un pas très important vers l'atteinte des objectifs du ministère en ce qui concerne le bien-être de l'enfant.

Le présent Plan Stratégique de santé infantile est le fruit d'un long travail de réflexion objective et constructive partagée entre les différents acteurs impliqués au processus et qui vont pouvoir entreprendre des activités pour la promotion de la Santé de l'enfant en tenant compte de ses besoins, de son développement et de sa santé. Une nouvelle orientation de la prise en charge globale et intégrée des maladies de l'enfant adoptée par le Ministre de la santé publique et de la population depuis 1995 comme stratégie clé pour l'amélioration de la santé infantile en Haïti y est proposée.

Il nous offre une vue d'ensemble permettant la bonne gestion du processus; il trace la voie à suivre pour la réalisation de la vision du ministère, définit les moyens de réaliser cette vision et permet aussi d'évaluer les risques associés à celle-ci.

Les stratégies actuelles pour la santé globale de l'Enfant en Haïti ont été développées en tenant compte de l'analyse de la situation sanitaire réalisée par le niveau central, les Directions Départementales, et des recommandations issues de plusieurs ateliers. Il prend également en compte les réflexions de la 28e conférence sanitaire panaméricaine pour la santé intégrale de l'enfant réalisée à Washington en septembre 2012 avec la participation des autorités sanitaires locales.

Ce plan s'inscrit surtout dans le cadre des composantes définies dans la politique nationale de santé et le Plan Directeur en santé, à savoir : la santé maternelle, la santé de l'enfant (période néonatale et infantile), la santé de l'adolescent et du jeune adulte, le contrôle des maladies et des désastres, la nutrition et la promotion de la santé.

Pour répondre aux grands défis en matière de santé néonatale et infantile, le MSPP souhaite un ensemble coordonné d'actions concourant à améliorer la Santé de l'enfant en favorisant l'accessibilité, l'égalité, l'équité tout en mettant l'accent sur des services de santé efficaces. Ce plan sert, sur cinq (5) ans, de fil directeur visant à garantir une amélioration certaine de l'état de santé de l'enfant haïtien.

Au nom du Ministère de la Santé Publique et de la Population, je souhaite ardemment que ce document réalisé avec la participation d'acteurs nationaux et de partenaires internationaux puisse servir de référence à tout individu ou institution devant intervenir dans le domaine de la santé infantile. Un plan stratégique continue à exister au-delà de sa période d'exécution, car il ouvre des perspectives pour l'avenir.


Dr Florence D. Guillaume
Ministre

Remerciements

Nous présentons nos félicitations et nos sincères remerciements spécialement aux membres de la Haute Direction pour la confiance qu'ils nous ont accordée et la liberté d'action qu'ils nous ont octroyée pour mener à bien nos recherches et poser les bases de notre travail.

Nos remerciements vont aussi à l'équipe de rédaction : La consultante, le Dr Colette Vilgrain ; le chef de service de la santé infantile à la DSF, Dr Lucile Louis Riche ; Mme Antoinette Traoré de l'OPS/OMS ; Le Dr Reynold Grand'Pierre, Directeur de la santé de la famille ; Le Dr Jean A Alcéus, Directeur de l'UEP. Leur exemple, compréhension et soutien renouvelés constamment nous ont permis de rester motivé pour la finalisation du document.

Les institutions membres du Comité Technique de la santé infantile (La DSF, DOSS, l'AISFH, l'UEP) ; les Responsables de Programme des Directions Sanitaires des 10 Départements, les Directeurs Départementaux ; les Partenaires nationaux et internationaux (OMS, UNICEF etc) ; leur dévouement ont été d'une aide inestimable.

Nous tenons à remercier bien sincèrement tous ceux-là qui, à un titre ou à un autre nous ont aidés à l'élaboration du plan stratégique de la santé infantile 2014-2019.

SOMMAIRE

SIGLES	5
Introduction.....	6,7
Contexte Démographique, Social et Economique	8,9,10
Analyse de la Situation Sanitaire.....	11,12,13,14,15,16,17,18,19
Grandes Strategies et Programmes en Santé.....	20
Le Programme élargi de vaccination et la supplémentation en Vitamine A.....	21
La lutte contre le VIH-SIDA incluant les activités de PTME.....	22
La lutte contre l'épidémie du choléra.....	22
La lutte contre les maladies transmises par les vecteurs.....	22
La lutte contre la malnutrition et le renforcement de la sécurité alimentaire.....	23
La stratégie des agents communautaires de santé polyvalents (ASCP).....	23
La stratégie PCIME en Haïti. Les leçons apprises.....	24
BUT ET OBJECTIFS DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL SUR LA SANTE GLOBALE DE L'ENFANT ENHAITI	25,26
AXES PROGRAMMATIQUES PRIORITAIRES ET RESULTATS ATTENDUS	27
AXE STRATEGIQUE : OFFRE D'UN CONTINUUM DE SERVICES INTEGRES	28,29
AXE STRATEGIQUE : GESTION RATIONNELLE DES RESSOURCES HUMAINES	30
AXE STRATEGIQUE : FINANCEMENT DES SERVICES	31
AXE STRATEGIQUE : LEADERSHIP ET GOUVERNANCE UNIQUE ET INTEGRÉE	32
AXE STRATEGIQUE : RENFORCEMENT ET UNIFICATION DU SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE, DE SUIVI ET D'EVALUATION	33,34
SUPERVISION ET CONTROLE	35
VERS L'INTEGRATION DES ACTIONS ET SERVICES	36,37
CADRE LOGIQUE	38
Axe stratégique 1 : Offre de Services	39, 40, 41,42
Axe stratégique 2 : Ressources Humaines	43,44
Axe stratégique 3 : Financement	45
Axe stratégique 4 : Leadership et Gouvernance Unique et Intégrée	46, 47
Axe stratégique 5 : Système d'information sanitaire, De suivi et d'Evaluation	48,49

SIGLES

ACDI	Agence Canadienne pour le Développement International
AOPS	Association des Œuvres Privées de Santé
ARV	Antirétroviraux
ASCP	Agents de santé communautaires polyvalents
BID	Banque Interaméricaine de Développement
CTC	Centres ou Unités de Traitement contre le choléra
DINEPA	Direction Nationale d'Eau Potable
DSF	Direction de Santé de la Famille
EMMUS	Enquête Mortalité, Morbidité, Utilisation des Services
FNUAP	Fonds des Nations Unis pour la Population
IHSI	Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique
MPCE	Ministère de la Planification et de la Coopération Externe
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
OMD	Objectifs du millénaire pour le Développement
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OPS	Organisation Mondiale de la Santé
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PES	Paquet essentiel de services de santé
PNUD	Programme des Nations Unis pour le Développement
PRO	Points de réhydratation orale
PTME	Programme de Transmission de la Mère à l'Enfant
SOG	Soins Obstétricaux Gratuits
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
UNICEF	Fonds des Nations Unis pour l'Enfance
UAS	Unités d'Arrondissement de Santé
UTC	Unité de Traitement contre le choléra
USAID	Agence Interaméricaine pour le Développement

INTRODUCTION

Le développement harmonieux des enfants commence avant la naissance, par une grossesse planifiée et bien suivie, la prise en charge des enfants à leur naissance et le suivi de leur croissance jusqu'à l'adolescence. Or la mortalité infanto-juvénile est élevée au niveau national (88 pour mille). Il devient impérieux d'investir dans la santé de l'enfant et de permettre aux générations futures de jouir d'une bonne santé pour être plus productives.

La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) a été adoptée par le Ministre de la santé publique et de la population en 1995 comme stratégie clé pour l'amélioration de la santé infantile en Haïti. Sa mise en œuvre a été effective avec des résultats prometteurs mais des résolutions pour son suivi n'ont pas été mises en œuvre. Dans le cadre de l'élaboration de ce plan stratégique national, une analyse de la situation de la santé infantile a été conduite au niveau central et Départemental afin de présenter un état des lieux et d'identifier les contraintes et les opportunités à la mise en œuvre des programmes de santé maternelle et surtout infantile. Cette analyse de situation a permis de faire une revue synthétique du programme de santé infantile à travers les différentes composantes du système de santé que sont : le leadership et la gouvernance, le financement de la santé, l'offre de services, les médicaments les technologies, les ressources humaines en santé ainsi que le système d'information le suivi et l'évaluation. Ses résultats ont été présentés lors de l'atelier de *Kaliko* en juin 2013. Cet atelier était réalisé par la Direction de Santé de la Famille (DSF), avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers (OPS/OMS, UNICEF, USAID, FNUAP, ACDI). Il avait aussi pour objectifs d'identifier les stratégies susceptibles d'améliorer la prise en charge des enfants en Haïti et de recueillir les informations pour faciliter l'élaboration du plan stratégique sur la santé de l'enfant à travers un processus participatif. L'acquisition de ce plan stratégique s'inscrit dans un processus de renforcement de la gouvernance et le leadership du MSPP autour d'un document consensuel de référence.

Les stratégies actuelles pour la santé intégrale de l'Enfant en Haïti ont été développées en tenant compte de l'analyse de la situation sanitaire réalisée par le niveau central, les Directions Départementales, et des recommandations issues de l'atelier. Il prend également en compte les réflexions de la 28e conférence sanitaire panaméricaine pour la santé intégrale de l'enfant (Washington, septembre 2012) avec la participation des autorités sanitaires locales.

Ce plan s'inscrit surtout dans le cadre des composantes définies dans le Plan Directeur en santé, à savoir : la santé maternelle, la santé de l'enfant, la santé de l'adolescent et du jeune adulte, le contrôle des maladies et des désastres, la nutrition, la promotion de la santé. En ce qui concerne la santé de l'enfant, les domaines à prioriser sont :

- **l'immunisation des enfants (PEV);**
- **la prise en charge Globale précoce de l'enfant exposé ou infecté au VIH, incluant la PTME**
- **la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME);**
- **la prise en charge du nouveau-né;**
- **la lutte contre la malnutrition;**
- **la santé scolaire (jusqu'à la 9^{ème} année fondamentale)¹.**
- **La santé mentale**
- **La prise en charge des enfants handicapés.**

En particulier, ce présent plan stratégique qui s'articule autour des axes prioritaires définis dans le document de politique de Santé (Juillet 2012) est en alignement avec les orientations du MSPP. Il énonce les stratégies prioritaires à développer afin de permettre la mise en œuvre effective d'interventions efficaces pour la santé intégrale de l'enfant en Haïti.

¹Les classes humanitaires sont abordées dans les stratégies de santé de l'adolescent

CONTEXTE DEMOGRAPHIQUE, SOCIAL ET ECONOMIQUE

La population d'Haïti est de 10 413 211 millions d'habitants pour une surface de 27 750 km². Près de 2,5 millions (soit 24% de la population) vivent dans l'aire métropolitaine de Port-au-Prince, la capitale du pays et 3, 845,570 habitants (soit 37% de la population) vivent dans le département de l'Ouest. Le taux brut de natalité pour 2012 (TBN) avoisine 27,8 pour mille individus. [Source : IHSI, 2012]²

La République d'Haïti compte : 10 départements, 42 arrondissements, 140 communes, 568 sections communales. Le taux d'urbanisation atteint 50% ; il est plus élevé dans l'Ouest (80%) et moindre dans le Sud Est, les Nippes et le Centre (15-19%) [IHSI, 2012]. Lors d'offre de soins de proximité, il y a lieu de tenir compte de ces disparités géographiques et démographiques.

Table 1- Superficie, nombre d'arrondissements et Population des départements d'Haïti en 2012 par groupe d'âge

	HAITI	OUEST	SUD EST	NORD	NORD EST	ARTIBONITE	CENTRE	SUD	GRAND ANSE	NORD OUEST	NIPPES
Superficie (en km ²)	27,750	4,983	2,034	2,115	1,623	4,887	3,487	2,654	1,912	2,103	1,268
Arrondissements	42	5	3	7	4	5	4	5	3	3	3
Population totale	10,413,211	3,845,570	603,698	1,018,411	375,966	1,648,586	712,138	739,565	446,901	695,502	326,874
Densité de population (habit./km ²)	385	772	297	482	232	337	204	279	234	331	258
Nouveau-nés (2012) = TBN x Population	289 487	106 907	16 783	28 312	10 452	45 831	19 797	20 560	12 424	19 335	9 087
Enfants < 5 ans (12% pop totale)	1,222,509	451,469	70,874	119,561	44,138	193,544	83,605	86,825	52,466	81,652	38,375
Enfants 5-9 ans (12% pop totale)	1 245 097	459 811	72 184	121 770	44 954	197 120	85 150	88 429	53 436	83 160	39 084
Enfants 10-14 ans (13% pop totale)	1 337 138	493 801	77 520	130 772	48 277	211 691	91 444	94 966	57 386	89 308	41 973
Femmes 15-49 ans (52% pop féminine)	2,719,416	1,028,277	156,704	268,186	97,020	431,192	180,390	184,968	110,621	181,594	80,464
Degré d'Urbanisation	50%	80%	15%	48%	46%	41%	19%	22%	22%	27%	17%

Source : Calculs par Intellconsult à partir des estimations de l'Institut Haïtien de Statistiques pour 2012 suite au recensement de 2003

En Haïti, la population est surtout jeune : 35% de la population totale a moins de 15 ans [IHSI, recensement 2003]. Parmi ceux en âge de procréer (15-49 ans), près de la moitié (44% des femmes et 45% des hommes) a entre 15 et 24 ans [EMMUS V, 2012]. Or, la tendance de plus de la moitié des femmes haïtiennes est de donner naissance au premier enfant avant d'atteindre l'âge de 21 ans. Cet âge médian à la première naissance a peu varié au fil des générations en Haïti (minimum 21,3 à maximum 22,6 ans). Ce profil jeune de la population haïtienne est un aspect à considérer dans le cadre de développement de plans et matériels de communication en matière de santé de l'enfant et de l'adolescent.

²Ministère de l'Economie et des Finances. Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI). Population Totale, Population de 18 ans et plus. Ménages et Densités estimées en 2012. Direction des Statistiques Démographiques et Sociales, Janvier 2012.

Autres caractéristiques sociodémographiques de la population Haïtienne [EMMUS V, 2012].

- 53% des femmes et 45% des hommes sont de confession protestante.
- 37% des femmes et 54% des hommes sont célibataires.
- L'exode vers le milieu urbain s'est accentué (48% des femmes et 46% des hommes vivent en ville)
- En 2012, 84.4% de la population des deux sexes avaient atteint au moins le niveau primaire, et seulement 32,8% des hommes et 39,5% des femmes le niveau secondaire.
- Près de huit enfants de 6-11 ans sur dix (77%) fréquentent l'école primaire ; il n'y a pas de disparité apparente entre les filles et les garçons.
- Près d'un tiers des ménages (32%) comptent des enfants orphelins ou qui vivent sans leurs parents.

Situation économique et sociale des ménages

La situation économique est précaire. Haïti est le pays le plus pauvre de l'hémisphère occidental. Sur une population de 4 millions d'habitants actifs, environ 3 millions sont au chômage. La situation sociale et économique est caractérisée par l'exclusion sociale aigue et quasi généralisée. En 2002, plus de la moitié des haïtiens vivait encore en dessous de la ligne de pauvreté extrême de 1 US\$ par personne et par jour, et environ les trois quarts en dessous du seuil de pauvreté de 2 US\$. [MPCE, carte pauvreté, 2004]³ C'est la diminution accélérée du pouvoir d'achat des familles qui focalise l'attention. L'économie haïtienne n'arrive pas à démarrer pendant que les prix, en particulier des produits de premières nécessités, n'arrêtent pas de grimper à l'échelle nationale et internationale. C'est le cas pour les produits pétroliers, pour la farine de blé, pour les céréales, pour les vivres alimentaires.

³ Source : Ministère de la Planification et de la Coopération Externe, République d'Haïti - Carte de pauvreté d'Haïti, version 2004 - Page 6

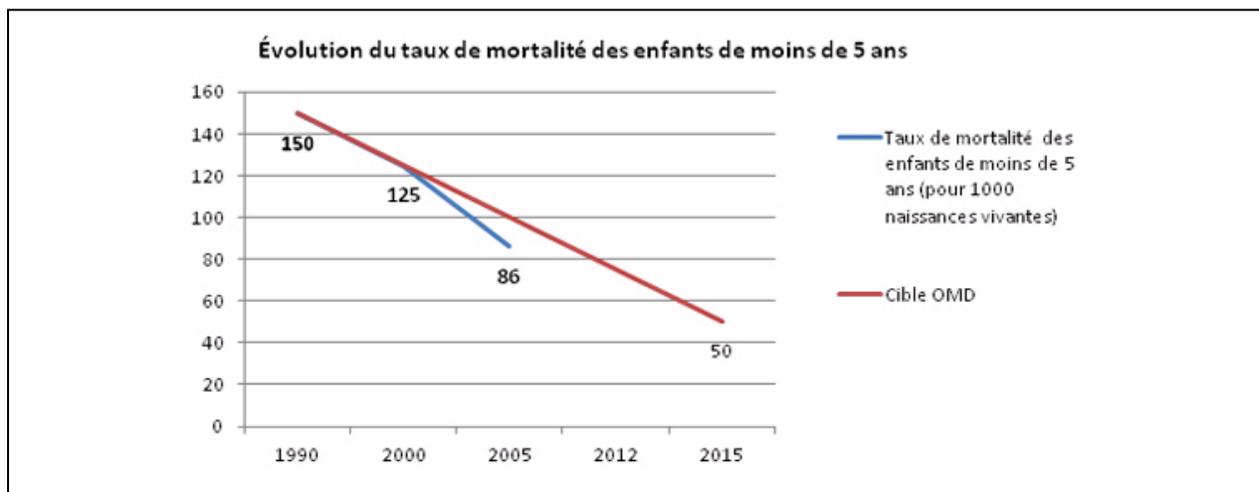
les **enfants les plus vulnérables** sont : les enfants affectés par le VIH/SIDA ; les enfants abandonnés, , les enfants défavorisés dont les familles vivent dans l'extrême pauvreté, les enfants en institutions telles que crèches et orphelinats ; et les enfants en domesticité, victimes d'abus, de violences (physiques, psychologique et sexuelles, les enfants avec des handicaps divers (« la disponibilité des données statistiques haïtiennes concernant les handicaps du tout-petit fait cruellement défaut » (MAS 2009/ Politique nationale du Handicap) pour lesquels le manque de services spécifiques fait cruellement défaut.

Cette situation de vulnérabilité a été aggravée suite aux dégâts causés par les cyclones sur les équipements sociaux, les infrastructures de production agricole, industrielle et de communication, et les tremblements de terre aggravant le niveau de précarité des populations les plus vulnérables et engendrant de très nombreux perte d'emploi par la destruction des logements, des infrastructures scolaires et sociales et des centres de santé. Il faut aussi mentionner les enfants blessés et handicapés à la suite du séisme.

Le problème d'accès à l'eau potable rend aussi la population vulnérable aux infections gastro-intestinales et autres pathologies liées à l'eau. Des gîtes larvaires peuvent aussi se développer, favorisant ainsi le développement des maladies (malaria, filariose, dengue, Chikungunia) transmises par des vecteurs se reproduisant en milieu aquatique (moustiques).

ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE

La figure suivante (Source PNUD, Haïti) montrait déjà une évolution progressive vers les objectifs du millénaire pour le développement (OMD), la mortalité infanto-juvénile étant calculée après une période d'observation de cinq années ; cependant les efforts devraient être intensifiés pour l'atteinte de ces objectifs.



Source : PNUD, Haïti, 2013 www.undp.org/content/haïti/fr/home/mdgoverview/overview/mdg4/

La mortalité infanto juvénile a baissé au cours des 15 dernières années, passant de 112 pour mille naissances vivantes à 88 pour mille (période 2007-2012), selon l'enquête EMMUS V. Cependant elle demeure encore trop élevée dans l'aire métropolitaine (109 pour mille) et dans le département du Centre (104 pour mille). Le taux le plus faible (57 pour mille) se rapprochant des OMD a été observé dans le département du Nord-Ouest. [EMMUS V, 2012]

La mortalité infantile a connu une baisse de 79 pour mille entre 1997-2002 à 59 pour mille (2007-2012). Il faut signaler que la mortalité infantile est liée aux grossesses précoces (82 pour mille chez les femmes de moins de 20 ans).

Des actions visant à prévenir la mortalité néonatale peuvent contribuer considérablement à la réduction du taux de mortalité infanto juvénile. Cependant le taux de mortalité néonatale, composante de la mortalité infantile, a peu varié au cours des dix dernières années (oscillant entre 30 et 33 pour mille), dont 75% des cas surviennent surtout dans les 6 premiers jours. Les premiers soins, notamment la réanimation néonatale est parfois difficile d'autant plus qu'en 2012, seulement 37,5% des accouchements ont été réalisés par un personnel qualifié. [Source : EMMUS V, 2012]

MORBIDITE ET CAUSES DE DECES CHEZ LES ENFANTS DE MOINS D'1 AN ET CHEZ LES MOINS DE 5 ANS

Selon l'analyse situationnelle conduite par les Directions Départementales (juin 2012) les syndromes ou pathologies les plus courantes sont :

0-28 jours : les infections périnatales, les détresses respiratoires, la prématurité, la jaunisse ou pathologie ictérique, la diarrhée, la conjonctivite néonatale

2-11 mois : les infections respiratoires, les anémies, les gastro-entérites, les parasitoses intestinales, la malnutrition aigüe, la sarcoptose

12-59 mois : les infections respiratoires, les anémies, les gastro-entérites et les diarrhées sanguinolentes, la malaria confirmée et traitée à la chloroquine, les parasitoses intestinales, la malnutrition et la sarcoptose.

Selon une récente recherche conduite par le Service de Pédiatrie de l'HUEH, les principales causes de décès, en dehors de la prématurité sont: l'anoxie en perpartum (10 cas soit 27.7%), suivie des infections (7 cas soit 19.4%) ; Les problèmes d'ordre respiratoire (2 cas soit 5.5%) et les maladies d'ordre hématologique (4, soit 11.11%). [Sévère D. & al., 2013]⁴

L'analyse des certificats de décès en Haïti, réalisée par le MSPP en 1999⁵, avait attribué la mortalité des enfants de moins d'un an aux causes suivantes : les infections périnatales, les prématurités, les détresses respiratoires, les infections gastro-intestinales, les gripes et pneumopathies. Il faut signaler que la malnutrition chez les moins d'un an était également une cause majeure de décès; elle occupait la cinquième place après les malformations congénitales (anomalies de gestation et du fœtus) et d'autres maladies bactériennes.

De 0 à 5 ans, cette analyse avait montré que les maladies intestinales, d'origine infectieuse, ainsi que les infections de la période périnatale étaient les premières causes de mortalité. La malnutrition était plus souvent évoquée comme cause de décès chez les 0-5 ans, que dans la catégorie 0-1 ans.

⁴Sévère D., Muse Sévère L., Denerville K., Moise F., Bellevue E., Brisard M., Adrien L. Analyse de la Mortalité Périnatale à l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti(H.U.E.H.). HOPITAL DE L'UNIVERSITE D'ETAT D'HAITI SERVICE DE PEDIATRIE, Rue Mgr Guilloux, Port-au-Prince, Haïti, 2013

⁵ MSPP-OPS/OMS. Analyse des Causes de Décès .Haïti, 1999

ETAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS AGES DE 6-59 MOIS

Bien que les indicateurs nutritionnels aient connu une légère amélioration des 3 dernières années, les indicateurs en santé sont aussi caractérisés par la persistance de la malnutrition surtout chronique et la carence en micronutriments qui retardent la croissance et entrave le développement harmonieux des enfants haïtiens. En effet, selon EMMUS V 2012, 22% des enfants de moins de cinq ans ont un retard de croissance, 5% sont émaciés et 11% accusent une insuffisance pondérale. Selon cette même source, 65% des enfants enquêtés sont anémiés (taux d'hémoglobine inférieur à 11 g/dl), seulement 17% vivaient dans un ménage disposant le sel iodé et 44% des enfants de 6-59 mois auraient reçu des suppléments de vitamine A au cours des six derniers mois.

CHANGEMENT DE COMPORTEMENTS EN MATIERE DE SANTE ET BIEN ETRE DE L'ENFANT

Les comportements favorables à la santé de l'enfant, ne sont pas tous adoptés par l'ensemble de la population haïtienne comme l'indiquent les indicateurs suivants :

- Alors que 97% des enfants sont allaités au sein, seulement 40% l'ont été exclusivement jusqu'à 6 mois tel que recommandé selon les normes nationales.
- Un peu plus de la moitié (57%) des enfants qui ont eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ont reçu une thérapie de réhydratation orale et ont continué à être alimentés durant l'épisode de diarrhée.
- 11% des personnes interrogées (MSPP/UNICEF, 2012)⁶ ne croyaient pas qu'une eau impropre à la boisson (non traitée) pouvait transmettre la diarrhée ou le choléra, 31% avaient consommé une eau non traitée la veille et 32% ne se lavaient pas systématiquement les mains avant de manger.
- Environ un quart (25,7%) de la population utilise des infrastructures d'assainissement améliorés.
- Seulement 12% d'enfants dormaient sous des moustiquaires imprégnés d'insecticide, la nuit précédant l'enquête.
- En 2006, la prévalence contraceptive était de 22,0% chez les femmes en âge de procréer, quelle que soit la méthode. Seulement 18% utilisaient une méthode contraceptive moderne [EMMUS IV, 2006]. En 2012, l'utilisation actuelle de la contraception par les femmes de 15-49 ans a dès lors atteint 35% en général et 31% pour les méthodes contraceptives modernes.
- En 2012, seulement 36% des femmes ont accouché en milieu institutionnel. Parmi les femmes ayant accouché en dehors d'un établissement sanitaire, la grande majorité n'avait eu recours à aucun soin postnatal (65 à 81 %) dans les deux jours qui ont suivi l'accouchement.
- 86% des enfants de 2 à 14 ans ont subi des actes de violence sous forme variée [EMMUS V]

⁶MSPP/UNICEF. Enquête CAP conduite en décembre 2011 et avril 2012 par Intellconsult dans quatre départements d'Haïti (Ouest, Nord, Nord Est, Nord Ouest)

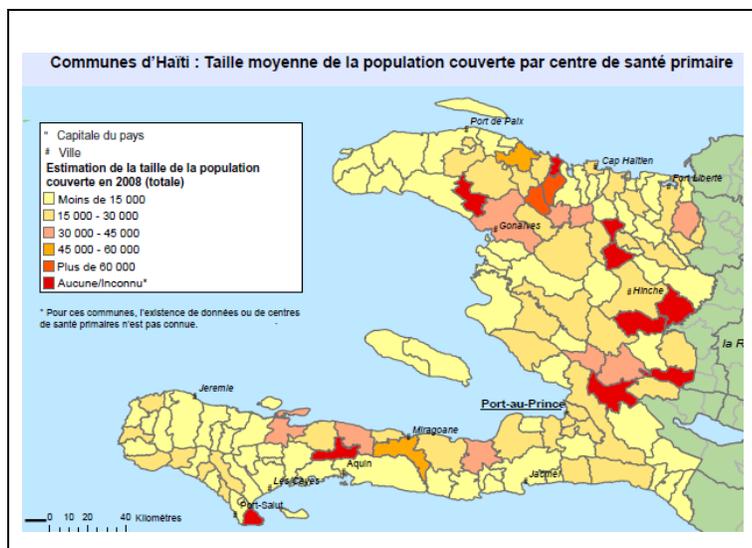
En Haïti, de nombreuses approches en **communication sociale** sont utilisées afin de promouvoir les comportements favorables à la santé. Toutefois, il y a lieu de planifier les moyens et approches de manière plus efficiente, d'autant plus que la population est davantage exposée aux mass médias en particulier la **radio** (74%) qu'aux matériels imprimés (moins de 1%) [MSPP/UNICEF, Intellconsult, 2012]. La communication à travers les écoles et les églises, une approche bien ciblée par des pairs-éducateurs est une stratégie efficace, mais encore trop peu utilisée, qui mériterait d'être renforcée dans le cadre d'une mobilisation communautaire et d'un partenariat inter sectoriel. Les nouvelles technologies de l'information (**SMS** par exemple) sont actuellement largement utilisées dans le cadre d'une communication de masse et efficaces moyennant une ligne téléphonique dédiée et bien connue de la population.

Il est essentiel que les services développent une dimension communautaire, culturellement et linguistiquement appropriée, prenant en compte les valeurs, coutumes et traditions du pays, quand elles ne vont pas à l'encontre des droits de l'enfant. Le lien parents-communauté-dispensateurs de soins et de services est d'une importance capitale pour que tous les enfants puissent avoir le même traitement et ainsi on pourra diminuer les disparités.

OFFRE, ACCES ET UTILISATION DES SERVICES DE SANTE

Le tableau suivant présente par département, le nombre d'hôpitaux communautaires de référence (HCR), les services de santé de premier échelon (SPE) et les points de prestation de services soutenus par des ONG.

Tableau 2 – Points de prestation de services par département



DEPARTEMENT	Points de prestation soutenus par ONGs	Nombre de HCR	Nombre de SSPE
ARTIBONITE	122	13	109
CENTRE	10	7	48
GRANDE ANSE	10	2	56
NIPPES	5	4	23
NORD	25	7	71
NORD EST	12	2	35
NORD OUEST	10	5	70
OUEST	461	37	221
SUD	31	8	69
SUD EST	105	1	46
TOTAL	791	86	748

Cependant, la cartographie sanitaire et le faible niveau des indicateurs en santé montrent que la population n'a pas toujours accès aux services préventifs et curatifs ou n'utilisent pas encore suffisamment ces services. En témoignent les indicateurs suivants :

- Seulement 45% des enfants de 12-23 mois ont reçu tous les vaccins [EMMUS V, 2012]
- Seulement, 38% des enfants ont reçu le vaccin contre la rougeole avant l'âge de 12 mois [EMMUS, V].
- Le recours aux soins en cas d'IRA n'a pas évolué en cinq ans : 62,5% (2005) et 62% (2012) des enfants ayant eu une IRA n'ont pas été conduits dans une institution de santé.
- En 2012, seulement 54% des femmes enceintes avaient effectué au moins 4 visites prénatales durant leur grossesse. Parmi les femmes ayant accouché en dehors d'un établissement sanitaire, la grande majorité n'a reçu aucun soin postnatal (65 à 81 %) dans les deux jours qui ont suivi l'accouchement.
- Les grossesses non suivies et les accouchements à domicile (74%) souvent par un personnel non formé comportent un risque direct pour l'enfant et multiplient les risques de décès pour la mère
- Le problème d'accès à l'eau potable, les problèmes d'hygiène et d'assainissement contribuent à rendre la population plus vulnérable aux infections gastro-intestinales, en témoigne la récente flambée épidémique de choléra. 65% des membres des ménages utilisent des sources améliorées pour l'eau de boisson ;
- Seulement 12% des enfants ayant eu la fièvre au cours des deux dernières semaines ont subi des prélèvements de sang au doigt ou au talon pour être testés.

DEFIS A SURMONTER EN MATIERE DE SANTE DE L'ENFANT

Des progrès continus doivent être accomplis pour améliorer la couverture, l'accessibilité et l'utilisation des services.

L'inadéquation entre l'offre et la demande en soins et services de santé de base

Cette offre de soins et services est encore insuffisante en Haïti. D'un côté, les structures de santé ne desservent que 60% de la population haïtienne en termes de couverture géographique. L'espace n'est pas toujours aménagé ou construit pour différentes activités cliniques. D'un autre côté, dans les structures existantes, les services essentiels par catégorie d'institutions ne sont pas toujours disponibles, très peu d'institutions disposent d'un service de néonatalogie. La vaccination n'étant pas disponible dans toutes les institutions, il en résulte trop d'opportunités ratées. De plus des problèmes de gestion (approvisionnement et distribution d'intrants) limitent la prise en charge des enfants malades, incluant la mise en application de la PCIME et la prise en charge de la malnutrition.

La dotation inadéquate et limitée en ressources humaines. Le nombre de ressources humaines est limité au niveau central et départemental. Même dans les zones desservies par une institution sanitaire, l'insuffisance des ressources humaines en quantité et en qualité limite l'offre de soins. L'expertise d'un pédiatre est souvent nécessaire dans le cadre d'une prise en charge des maladies de l'enfant ; mais la faiblesse de la politique de rétention du personnel et le manque de motivation se traduisent par le refus de combler certains postes, le double emploi pour compléter les besoins financiers, des retards ou absences non motivés.

Non seulement il existe une mauvaise répartition des professionnels en santé au niveau national, avec une concentration dans l'aire métropolitaine (37%), mais aussi les ressources disponibles (pédiatres, personnel affecté à la vaccination, la nutrition) n'offrent pas toujours le paquet essentiel de services par manque de formation, de régulation et de coordination.

La disponibilité en intrants, matériels et équipements est insuffisante dans tous les départements, spécialement en oxygène, en matériel pour le maintien de la chaîne de froid, en matériel de mobilisation sociale (mégaphones, etc.). Certains équipements sont parfois dysfonctionnels. Les médicaments sont parfois disponibles, et cela surtout dans le cadre de certains projets compromettant ainsi la pérennité des actions. Par ailleurs, des problèmes logistiques créent des difficultés d'approvisionnement en quantité suffisante, d'où l'impossibilité de gérer un stock de sécurité. On observe également une disparition des médicaments génériques au profit de marques déposées.

Les barrières économiques constituent des contraintes majeures à la demande d'utilisation des services, au recours aux soins et à la satisfaction des besoins. Le pouvoir d'achat de la population est très faible ; les patients et leur famille doivent faire face à des coûts trop élevés par rapport à leur pouvoir d'achat, car la majorité des institutions font payer leurs services (le coût des services varie entre 25 et 1000 gourdes en santé infantile). L'achat des médicaments devient parfois très coûteux, quand l'acquisition se fait en dehors du centre de santé en raison de nombreux épisodes de rupture de stock. **Ainsi, les limitations dans le financement du système de soins affectent** la disponibilité d'intrants, et plus globalement l'offre et l'utilisation des services.

De plus, des **barrières culturelles** (tabous et coutumes) et **géographiques** (rivières, zones rurales non desservies, position des structures inadéquates par rapport aux habitats et aux routes) limitent l'accès aux Institutions de Santé. Elles justifient parfois des services ambulatoires pour fournir les premiers soins préventifs et curatifs adéquats. On note par ailleurs une insuffisance dans le fonctionnement des services de référence et contre référence. D'où la nécessité d'informer et d'éduquer la population, ce qui pourrait contribuer à référer en cas d'urgence dans de meilleures conditions pour augmenter les chances de survie... Au niveau

communautaire, le nombre de matrones traditionnelles est inconnu et leurs activités ne sont pas bien documentées Toutefois la **participation communautaire** est encore trop faible quand il s'agit de s'approprier des activités de promotion de santé infantile, de mobilisation communautaire pour l'amélioration de la prise en charge des enfants.

De nouveaux défis sont à surmonter : **superviser et motiver les ASCP**, nouveaux agents de santé communautaires polyvalents ; **intégrer les activités de PCIME** au niveau communautaire ; le **passage à l'échelle** et la **pérennisation** des activités.

GOVERNANCE, PLANIFICATION ET SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE

Des renforcements sont nécessaires pour améliorer le système d'information et de planification, la gouvernance et la gestion du système de soins, afin de pouvoir offrir des soins de qualité aux enfants.

La Gouvernance confronte des problèmes de transmission verticale et horizontale des informations. Cela affecte la qualité du suivi. La supervision se fait avec une grille de supervision non adaptée aux programmes de santé infantile avec l'appui logistique des partenaires.

La santé de l'enfant est un peu négligée lors des activités de planification et dans la mise en œuvre des plans au niveau central et départemental. Ainsi, les plans de santé infantiles ne sont pas exécutés, au profit de plusieurs petits projets en santé infantile sans vision intégrée, sans cohérence et sans coordination. La confusion règne en ce qui concerne les agents de santé ou agents polyvalents ; les définitions et attributions sont multiples et chaotiques.

L'engagement d'autres Directions Centrales à participer aux activités-clés sur la santé de l'Enfant est faible... Or la PCIME devrait davantage être intégrée aux autres services. Cependant, l'intégration doit promouvoir la communication et l'efficacité tout en évitant la duplication.

En ce qui concerne le système d'information sanitaire, certaines données sont disponibles par département, en dépit de problèmes de promptitude et de complétude des rapports... cependant peu d'information sont disponibles sur la santé infantile et surtout néonatale. Le rapport mensuel des institutions sanitaires rapporte seulement les mort-nés et les enfants de faible poids à la naissance. Ainsi, les outils sont inadaptés et non uniformisés. Le nouveau carnet de l'enfant est trop volumineux (21 pages). De plus, la reproduction de ces outils est insuffisante, ou elle ne se fait pas à temps. Il y a un besoin d'améliorer la qualité et le circuit de l'information sanitaire en y impliquant davantage la DSF.

ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE EN HAÏTI

Le secteur sanitaire est organisé en quatre secteurs :

- Le secteur public
- Le secteur privé à but non lucratif, formé essentiellement d'institutions sanitaires gérées par des ONG. Quelques-unes d'entre elles se regroupent au sein de l'Association des Œuvres Privées de Santé (AOPS)
- Le secteur privé à but lucratif, constitué de médecins, dentistes, d'infirmières, de pharmaciens et de technologistes installés surtout dans les grandes villes.
- Le secteur mixte constitué d'institutions privées à but non lucratif mais dont le personnel est payé partiellement ou totalement par l'Etat Haïtien. La gestion de ces institutions (religieuses, communautaires) est assurée par le privé.

COMPLEXITE DU SYSTEME DE SOINS EN HAITI

Le modèle de prestation des services, auquel nous faisons référence dans le présent plan stratégique, est celui qui supporte la réforme, en accord avec le découpage territorial [Réf. Politique Nationale de Santé]. Le renforcement et l'extension de l'offre de soins et de services va tenir compte de chacun des niveaux du système de soins ou de la pyramide sanitaire.

Le niveau primaire de soins comprend trois échelons : le premier comporte le centre communautaire de santé dans le quartier ou la section communale ; le deuxième se réfère au centre de santé qui siège au niveau de la commune ; le troisième inclut l'Hôpital Communautaire de référence siégeant au niveau du chef lieu de département. En 2012, Haïti comptait 86 HCR et 748 centres de santé avec ou sans lits.

Le niveau secondaire comprend l'Hôpital Départemental qui est l'institution de référence pour le département.

Le niveau tertiaire se rapporte aux Institutions universitaires et spécialisées de référence nationale.

En ce qui concerne la structure administrative, trois niveaux sont également retenus :

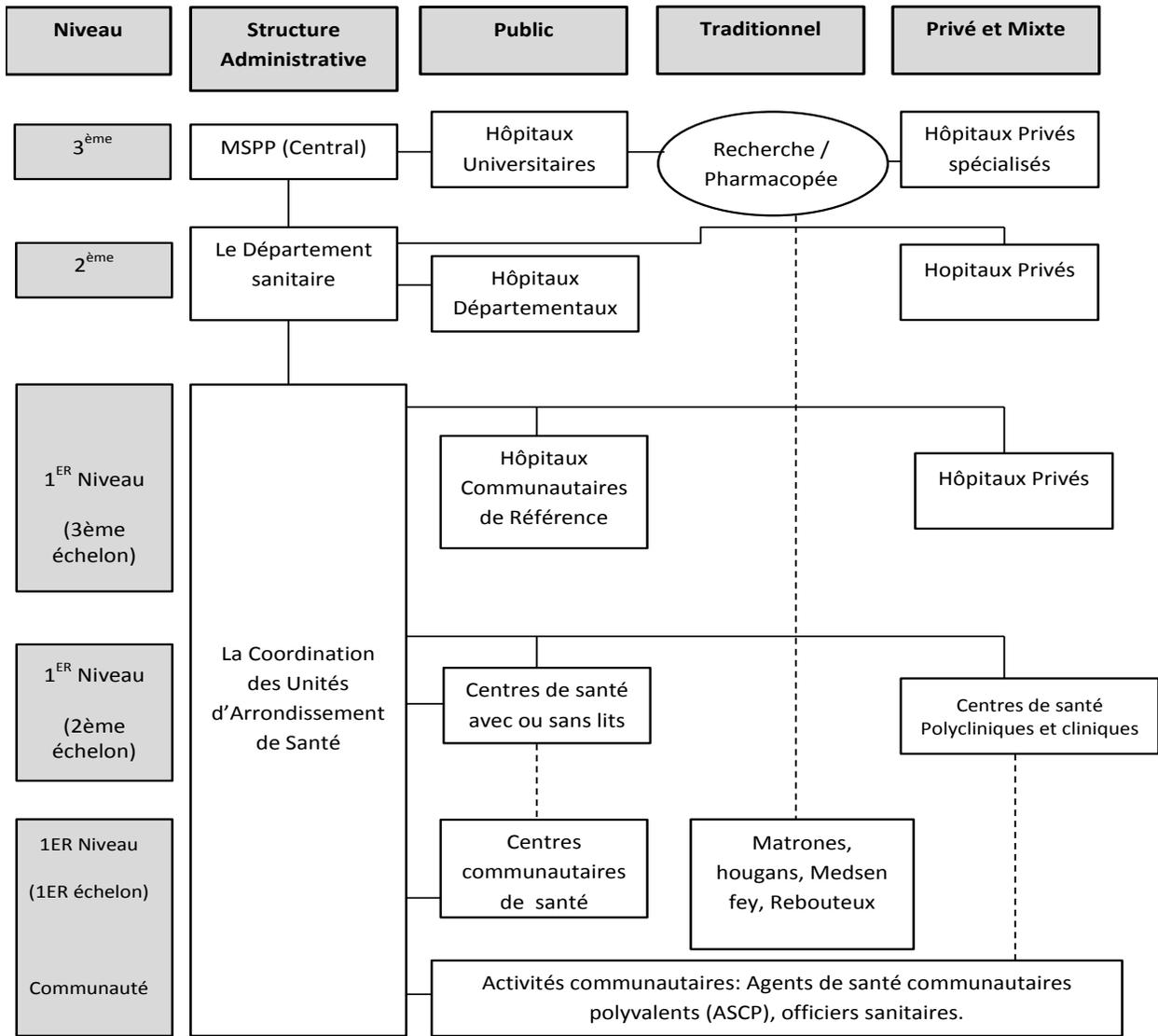
Niveau 1 : Coordination de l'Unité d'arrondissement de santé

Niveau 2 : Direction Départementale Sanitaire

Niveau 3 : Niveau central du Ministère de la Santé

Le diagramme suivant illustre de manière plus extensive les définitions précédentes, en y intégrant les structures publiques, privées, mixtes et traditionnelles.

Figure 1 - Modèle de prestation de services en Haïti – Source : MSPP, Plan Directeur en Santé 2012



GRANDES STRATEGIES ET PROGRAMMES EN SANTÉ

Le plan stratégique sur la santé intégrale de l'enfant a tenu compte lors de son élaboration des autres stratégies en cours qui peuvent également avoir un impact sur la santé de l'enfant, dès la grossesse et à différents stades de sa vie.

Les Stratégies SONU

Elles mettent un accent particulier sur la prise en charge des complications par le biais des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU). Elles ont été adoptées en 2009, lors de réflexions faites par le MSPP pour l'amélioration des services de santé maternelle.

Toute institution sanitaire offrant les interventions obstétricales permettant de prendre en charge les complications obstétricales et la réanimation néonatale est considérée comme formation sanitaire dispensant les SONU. On distingue les SONUB et les SONUC.

Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de base (SONUB)

Le Fonctionnement des SONUB vise à fournir des soins incluant la PF, la PTME et la prise en charge médicale des cas de Violence contre les femmes 24/7 ; à étendre progressivement les services de SR, à offrir des soins préventifs et curatifs SR dans les communautés ; la formation en santé maternelle pour les Sages-femmes et auxiliaires ; la formation et le soutien aux stratégies de santé communautaire. Il vise globalement à renforcer le réseau SONU/ SOG.

Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence complets (SONUC)

Est considérée comme formation sanitaire dispensant les SONU complets toute formation sanitaire offrant en plus des dix fonctions ci-dessus les 2 fonctions suivantes : Transfusion sanguine et Césarienne.

L'enquête SONU conduite en 2009 a révélé une grande déficience en structures SONU-B ; un grand déficit en sages-femmes ; les sages-femmes sont employées comme infirmières à des tâches de SR, pas d'obstétrique. Une rationalisation de la carte sanitaire obstétricale (Kaliko, 2011) réalisée par département sanitaire, en fonction de la carte sanitaire existante fait des propositions pour les institutions SONUC et SONUB.

Le Programme élargi de vaccination et la supplémentation en Vitamine A.

Il prévoit l'administration de vaccin contre les maladies immuno contrôlables telles que la tuberculose (BCG), la diphtérie, le tétanos, la coqueluche (DTPER), la poliomyélite, et la rougeole ; il faut noter l'introduction en 2012 du vaccin pentavalent. Les principaux bénéficiaires de ce programme sont les enfants de moins d'un an (on estime qu'avant d'atteindre leur deuxième année, tous les enfants devraient déjà être vaccinés), les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes (pour la réduction du tétanos maternel et néonatal, soit 2 doses initiales et 3 doses de rappel).

Les enfants de 1 à 5 ans ne sont pas écartés. Des doses de rattrapage sont prévues pour ce groupe dont l'immunisation n'aurait pas été complétée. En ce qui concerne la supplémentation en Vitamine A, chaque enfant de 6-59 mois devrait recevoir une capsule de vitamine A tout les 6 mois.

Il faut certes signaler des progrès observés, au cours des dernières années, en ce qui concerne la couverture vaccinale. Citons en particulier la lutte contre la poliomyélite et la rougeole à travers des campagnes massives de vaccination. Mais des efforts restent à faire pour renforcer l'organisation logistique (chaîne de froid, ressources humaines qualifiées, moyens logistiques et financiers) et l'accessibilité géographique aux services (vaccination de routine au niveau de tous les établissements de santé). La **vaccination** reste un défi. Les chiffres suivants sont fournis par l'Enquête EMMUS V- Haïti 2012 (échantillon/1.288 enfants):

- BCG : 82,7%
- DTP1 : 87,9%
- DTP3 : 62,5%
- Polio 0 :30,9%
- Polio 1 : 90,6%
- Polio 3 : 58,6%
- Rougeole / Rubéole : 65,1%
- Tous les vaccins : 45,2% / Aucun vaccin : 6,9%

La lutte contre le VIH-SIDA incluant les activités de PTME

Actuellement beaucoup d'efforts sont déployés en Haïti grâce au financement de PEPFAR (USAID) et du Fond Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et la Malaria. L'accès aux ARVs permet à bon nombre de PVVIH d'améliorer leur santé et leur capacité à fonctionner, de se réadapter à la vie sociale et de développer un esprit d'autonomie et d'indépendance financière. Des campagnes ciblant la population et les prestataires de soins ont entraîné un changement d'attitude vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH souvent sujettes au rejet, à l'ostracisme et à la stigmatisation.

L'éloignement des maternités ou centres d'accouchement, les distances encore trop longues à parcourir et le nombre de centres insuffisants constituent un frein au programme de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'enfant (PTME).

La lutte contre l'épidémie du choléra

En réponse à l'épidémie du choléra ayant débuté en 2010 en Haïti, un projet multipartite entre la Banque Interaméricaine de Développement (BID), MSPP, DINEPA et UNICEF avait été mis sur pied pour renforcer la lutte du gouvernement Haïtien contre la propagation de la maladie. Le but était d'augmenter les connaissances de la population sur le cholera avec un focus particulier sur l'implication du niveau communautaire dans la prévention, l'identification et le traitement du choléra par le biais de sensibilisation communautaire, de services et soins fournis aux clients (désinfection au domicile de cas confirmés, réhydratation orale et transfert des malades graves vers les centres de santé). A partir de là ont été établis des CTC/UTC (Centres ou Unités de Traitement contre le choléra) et des PRO (Points de réhydratation orale).

La lutte contre les maladies transmises par les vecteurs

Le MSPP, grâce au Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et la Malaria, et l'appui d'ONG œuvrant en santé a intensifié à partir de l'année 2006 son programme de lutte contre les maladies transmises par les vecteurs, notamment la malaria, pour lutter efficacement contre cette pathologie qui est endémique en Haïti. Ces efforts devraient être déployés conjointement avec le Ministère de l'Environnement.

La lutte contre la malnutrition et le renforcement de la sécurité alimentaire

Les composantes de cette lutte sont mentionnées dans la politique Nationale de Nutrition du Ministère de la Santé Publique et de la Population.

- Le Suivi de la croissance et du développement de l'enfant
- La promotion de pratiques alimentaires et nutritionnelles adéquates visant la prévention des déficiences nutritionnelles à travers des activités d'éducation
- Des activités de récupération nutritionnelle au niveau des institutions de santé et de Centres de Récupération nutritionnelle et autres points de prestation de service

- L'appui à des activités génératrices de revenus pour les groupes organisés
Certains Programmes d'investissements agricoles visent à augmenter la production vivrière nationale : amélioration de l'accès aux intrants agricoles de base tels que les semences, les engrais, la terre et l'irrigation. De plus, les programmes de filets de sécurité sociale s'approvisionneront, autant que possible, en produits agricoles locaux afin de stimuler une croissance accélérée de ce secteur.

Des filets de sécurité sociale visent à améliorer l'accès à la nourriture des plus vulnérables : cantines scolaires ; transferts monétaires et de nourriture ciblant les familles vulnérables ; création d'emplois en situation d'urgence ; gestion de stocks de nourriture de contingence en cas de catastrophe.

La stratégie des agents communautaires de santé polyvalents (ASCP)

En 2012, le Ministère de la santé a commencé à mettre en application des réformes spécifiques dans le secteur de santé, au niveau des « Unités d' Arrondissement de Santé » (UAS) regroupant un hôpital de référence et des centres périphériques desservant une population définie dans une zone géographique l'« arrondissement » ; des mécanismes contractuels seront développés avec les Institutions de santé qui s'engageront à fournir un paquet de services de santé à la population. L'une des stratégies pour la fourniture de services de proximité consiste à déployer dans la communauté des ASCP selon un ratio de 1 agent de santé pour 1000 personnes, donc 10.400 agents polyvalents de santé dans les 42 UAS du pays sur une période de trois ans (octobre 2013 à septembre 2016).

Les ACP (agents communautaires polyvalents) déployés dans le cadre de projets nutritionnels ou agro-alimentaires devraient aussi recevoir une formation complémentaire en santé pour devenir des ASCP.

La stratégie PCIME en Haïti. Les leçons apprises.

La PCIME est une stratégie efficace à faible coût qui vise l'amélioration de l'état de santé des enfants tant au niveau institutionnel que communautaire. La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) a été adoptée par le Ministre de la santé publique et de la population en 1995 comme stratégie clé pour l'amélioration de la santé infantile en Haïti.

Le développement de modèle⁷ publié en 2002 décrivait trois éléments programmatiques critiques pour l'implantation de la PCIME, à partir de l'expérience d'Haïti : 1) l'amélioration du partenariat entre les institutions de santé et les communautés desservies 2) des soins adéquats et accessibles ainsi que l'information des communautés 3) la promotion de pratiques familiales clés pour la santé de l'enfant et la nutrition.

Une analyse d'implantation⁸ (2004) faisait mention d'une faible couverture et d'un faible recours aux soins. Ces difficultés étaient liées : au faible budget alloué à la santé devant permettre une couverture adéquate ; à la répartition inégale des moyens entre les différentes composantes (communautaire, familiale) et au morcellement de l'action en faveur de l'enfant. Le manque de collaboration entre les acteurs a contribué aux difficultés de mise en œuvre de la PCIME.

En 2013 on note toujours une faible extension de la stratégie PCIME dans les départements. Les obstacles ont été analysés lors de l'atelier de *Kaliko*.

- La fiche PCIME n'est pas facile à reproduire et souvent non disponible. Un nouvel outil de gestion des patients a été introduit par le MSPP. En outre, il existe une discordance entre ce nouveau dossier pédiatrique et l'approche PCIME, bloquant ainsi l'implémentation de la PCIME.
- Les nouvelles normes ne sont pas disponibles au niveau départemental.
- Les documents de références ou contre références développés ne sont pas applicables à la PCIME.

Ce programme gagnerait aussi beaucoup à développer des stratégies novatrices de prévention et de promotion à travers la participation des membres de la communauté à ces activités. De plus, une plus grande coordination des secteurs publics et privés, pourrait engendrer une meilleure allocation des ressources humaines et matérielles, stimuler la création de plateforme pour améliorer la communication, la collecte de données, le suivi et la rétro alimentation de l'information. Cette coordination pourrait dynamiser ces secteurs pour une levée de fonds à l'échelle nationale et internationale aux bénéfiques de la petite enfance.

⁷Peter J Winch, Karen Leban, Larry Casazza, Lynette Walker and Karla Percy. An implementation framework for household and community integrated management of childhood illness.

⁸ Elise Arrive, Freddy Perez, Luc MW Pierre. Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. L'exemple d'Haïti. Agence Universitaire de la Francophonie. Cahiers d'études et de recherches francophones, septembre 2004

BUT ET OBJECTIFS DU PLAN STRATEGIQUE NATIONAL SUR LA SANTE INTEGRALE DE L'ENFANT EN HAÏTI

BUT : Contribuer au renforcement du système de santé en garantissant l'accès sans barrières financières, géographiques, ou sociales aux services de santé de base afin de répondre aux besoins des enfants et d'améliorer leur situation de santé en Haïti.

INDICATEURS D'IMPACT

D'ici 2019

- Réduire la mortalité infanto-juvénile (chez les enfants de moins de 5 ans) de moitié soit à moins de 50 pour 1000 [Ligne de base : 89^{0/00} selon EMMUS V]
- Réduire la mortalité infantile (chez les moins d'un an) d'un tiers, soit à moins de 20 pour 1000 [Ligne de base⁹: 59^{0/00} selon EMMUS V]
- Réduire la mortalité néonatale à moins de 15 pour 1000 [Ligne de base: 31^{0/00} selon EMMUS V]

AUTRES INDICATEURS DE RESULTATS

D'ici 2016

- Au moins 80% des structures de soins seront équipées selon les normes et standards pour la prise en charge de l'enfant malade, selon les protocoles du MSPP
- 100% des Hôpitaux Départementaux seront pourvus d'équipements standards pour la prise en charge des nouveau-nés.
- 100% des institutions de santé offriront des services de promotion et suivi de la croissance chez l'enfant et la prise en charge de la malnutrition aigue modérée et sévère chez l'enfant.

D'ici 2019,

- Au moins 80% des enfants nés malades, fréquentant les institutions sanitaires seront pris en charge selon des protocoles standardisés.
- 100% des enfants malades vus par les ASCP auront reçu des premiers soins intégrés, complets, de qualité selon les normes de la PCIME communautaire, et seront référés aux institutions sanitaires en cas de nécessité.
- Au moins 80% des nouveau-nés seront pris en charge dans les 24 heures suivant la naissance, selon le protocole du MSPP.
- Le taux de malnutrition aigue chez l'enfant de moins de cinq ans sera réduit de 5% à moins de 3%
- La prévalence de la diarrhée chez l'enfant de moins de cinq ans sera réduite de 21% à moins de 10%
- le taux d'assistance qualifiée à l'accouchement aura doublé, atteignant au moins 75% [Ligne de base: 38% selon EMMUS-V] pour une prise en charge adéquate de la mère et du nouveau né dans les 24 heures suivant la naissance

⁹ Baseline : reference EMMUS V, 2012

- Le pourcentage d'enfants ayant subi une forme de violence sera réduit de 86% à moins de 30% grâce aux activités de communication et de mobilisation communautaire.

Les objectifs de ce plan sont indexés sur ceux du Millénaire pour le Développement, et sur ceux du Plan Directeur du Ministère de la Santé Publique et de la Population.

Les indicateurs d'effet, présentés dans le cadre de mise en œuvre ont pris en compte la promotion à l'échelle mondiale des pratiques familiales clés relatives à l'allaitement maternel, l'alimentation, la nutrition chez l'enfant, la santé mentale et le développement psychosocial de l'enfant, la prévention des maladies (diarrhée, malaria...) incluant la gestion des excréta, la prise en charge des enfants malades à domicile, l'importance des références et savoir reconnaître quand elles sont nécessaires, la prévention de la transmission du VIH, la prévention des mauvais traitements faits aux enfants, la participation des hommes et des femmes aux soins apportés aux enfants, la vaccination complète au premier anniversaire, le suivi de la grossesse.

Les différentes stratégies et activités ont été déterminées avec la participation des acteurs clés en santé infantile, lors d'ateliers de préparation et de développement de ce plan (Kaliko, juin 2013 et Moulin sur Mer, octobre 2013) après une analyse des défis de prestation de services de santé, à la fois cliniques et communautaires afin de pouvoir les surmonter et favoriser une prise en charge intégrale de la santé de l'enfant en Haïti.

AXES PROGRAMMATIQUES PRIORITAIRES ET RESULTATS ATTENDUS

Le document de Politique Nationale de Santé décrit plusieurs axes regroupés en spécifiques, globaux ou transversaux. Les axes spécifiques intègrent des actions ciblant des facteurs essentiels pour la production de services (offre de soins, infrastructures, ressources humaines, approvisionnement en intrants et médicaments). Les axes globaux ciblent les ressources nécessaires à la mobilisation des facteurs pour la production de services, à savoir le financement et le contrôle du système de santé. Les axes transversaux intègrent des mesures, interventions qui ciblent l'ensemble des composantes du système: Gouvernance, Intégration, Information/Surveillance, Protection sociale et Intersectorialité.

Le présent plan stratégique s'articule donc autour des axes prioritaires du document de politique de Santé (Juillet 2012) et des orientations du Plan Directeur en Santé du MSPP, en relation directe avec la santé de l'enfant.

Les domaines stratégiques choisis selon les besoins de la communauté, les priorités du ministère et les recommandations des intervenants en santé infantile des dix départements sont les suivants:

1. L'organisation de **l'offre des services** à travers le paquet essentiel de services, et des stratégies et approches permettant l'accroissement de l'accès aux soins de qualité et l'amélioration des indicateurs en sante infantile, aux principaux stades de la vie de l'enfant ;
2. La rationalisation des **ressources humaines** pour la santé infantile en mobilisant des ressources additionnelles ;
3. La rationalisation du **financement** du secteur de la santé ;
4. Le **leadership et la gouvernance** ;
5. Les **systèmes d'information sanitaire**, de **suivi et d'évaluation** de la performance des services de santé afin de prendre les décisions opportunes sur leur gestion par la mise à la disposition des décideurs des informations fiables.

AXE STRATEGIQUE I: L'ORGANISATION DE L'OFFRE D'UN CONTINUUM DE SERVICES INTEGRES

Objectif : Réduire la morbidité et la mortalité des enfants en développant et en renforçant le CONTINUUM DE SOINS aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence).

Résultat 1. Les services de qualité seront fournis par niveau de prestation, dans un paquet standard de services intégrés qui commencent avant la grossesse, qui se précisent à la période néonatale et continuent durant toute la période de l'enfance.

Interventions-clés

Intervention 1.1 Développement conjointement avec la DOSS du paquet standard de services et de soins globaux en santé infantile par niveau du système de santé en intégrant la santé **préventive**, la santé **mentale** et le problème des **handicapés**.

Intervention 1.2 - Des lignes directrices pour les meilleures pratiques relatives aux troubles de santé mentale et de toxicomanie (10 à 14 ans) à développer.

Intervention 1.3 – Elaboration de mesures et protocoles pour la prise en charge des groupes vulnérables tels que Handicapes physiques.

Intervention 1.4 – Renforcement de la capacité des prestataires à prendre en charge le nouveau-né aux différents niveaux et échelons du système de soins.

Intervention 1.5 – Renforcement de la mise en œuvre de la PCIME et révision des autres protocoles nationaux dans toutes les institutions sanitaires aux différents niveaux et échelons du système de soins.

Intervention 1.6 - **Prévention** des maladies immuno contrôlables, des carences en micronutriments et du SIDA.

Résultat 2. Amélioration de soins intégrés et création d'environnement social, physique et économique au niveau des ménages, favorable à la sécurité, la santé et au bien-être des enfants par des interventions menées à travers la mobilisation et la participation communautaire.

Interventions-clés

Intervention 2.1 Vérification et suivi avec la DFPSS et DPSPE de l'adéquation du curriculum des ASCP dans les champs retenus (analyse de situation, suivi-évaluation, hygiène assainissement, eau potable).

Intervention 2.2 – Promotion de l'éducation des communautés sur les thématiques comme l'hygiène, l'assainissement, l'utilisation de l'eau potable pour la boisson.

Intervention 2.3 – Promotion des connaissances et pratiques favorables à la santé de l'enfant et le recours aux soins et services de base. .

Intervention 2.4- Recherche de la participation des communautés dans toutes les activités visant l'amélioration de la santé infantile incluant l'analyse de la situation, la mise en œuvre, l'exécution, le suivi et évaluation.

Résultat 3. La couverture des services existants sera améliorée en facilitant l'accès géographique et économique.

Interventions-clés

Intervention 3.1 Suivi de la mise en place de la carte sanitaire relative à la couverture des services et soins infantiles de qualité.

Intervention 3.2 –Mise en place de mécanismes Favorisant l'accès économique des familles et des communautés à un ensemble de services adéquats et intégrés. .

Intervention3.3 –Construction et dotation en équipements, matériels et intrants nécessaires aux structures sanitaires pour la santé néonatale et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance.

Intervention 3.4 –Etablissement et maintien du système de références/ contre référence incluant le niveau **communautaire** pour optimiser l'offre et l'utilisation des services de santé infantile, conjointement avec la DOSS.

Intervention 3.5 – Mise en place du programme de santé scolaire, conjointement avec le MENFP.

AXE STRATEGIQUE II : GESTION RATIONNELLE DES RESSOURCES HUMAINES

La gestion rationnelle des ressources humaines doit se faire selon les normes et standards d'allocation par catégorie d'institutions de santé, tout en renforçant les compétences de ces ressources humaines.

Objectif : Rationaliser la distribution et la rétention des ressources humaines ayant des compétences en santé de l'enfant, par catégorie d'institutions de santé.

Résultat 1 : Les compétences des prestataires seront renforcées et la qualité des soins en matière de santé infantile en milieu institutionnel sera améliorée

Interventions-clés

Intervention 1.1 – Des séances de formation continue et recyclage seront organisées pour renforcer les compétences des prestataires qui œuvrent dans les institutions de services de santé infantile.

Intervention 1.2 – D'autres interventions communautaires seront organisées pour faciliter l'intégration de la PCIME communautaire et encourager le relèvement socio-sanitaire des communautés.

Intervention 1.3 - Un curriculum de formation universitaire adapté (cursus de base et spécialisé) avec accent sur les soins intégrés aux enfants sera préconisé avec la Direction de formation.

Résultat 2. L'affectation et la fidélisation des ressources humaines spécialisées en santé de l'enfant seront améliorées.

Interventions-clés

Intervention 2.1 – Mise en place d'une bonne Gestion des Ressources Humaines pour des soins et services de qualité aux enfants (incitatives, primes d'éloignement, primes de performance construction d'établissement, etc.)

Intervention 2.2 – La politique de dotation et rétention en quantité suffisante de ressources humaines spécialisées pour la prise en charge de l'enfant sera adoptée et appliquée selon les normes révisées.

La mise en application de la stratégie des ressources humaines sera coordonnée avec :

- La construction d'établissement de santé pour garantir que l'objectif d'augmentation de la disponibilité en personnel est proportionnel avec le nombre d'institutions sanitaires atteint
- Le développement d'un plan de dotation de personnel pour s'assurer que le respect des normes de dotation en personnel est atteint.

AXE STRATEGIQUE III: FINANCEMENT DES SERVICES

La mobilisation et l'alignement du financement de la santé en fonction des priorités et résultats projetés constituent un axe global de la Politique Nationale de Santé.

Objectif : Créer un environnement institutionnel et économique favorables au passage à l'échelle du paquet d'interventions intégrées en santé de l'enfant, en poursuivant la mobilisation et l'alignement du financement vers les stratégies nationales prioritaires pour la santé et le bien être des enfants.

Résultat 1. Les services et soins de santé ciblant les enfants seront abordables financièrement, incluant l'accès aux médicaments essentiels et aux examens de laboratoire.

Interventions-clés

Intervention 1.1 - L'accès financier aux soins sera garanti par des prises de position et des mesures appropriées.

Intervention1.2 - Des mécanismes d'approvisionnement et de subvention garantissant la fourniture de médicaments et d'intrants à un prix abordable seront mis en place.

Intervention 1.3 - Des mécanismes nationaux de financement solidaire permettant un accès universel des enfants aux services et soins de santé et garantissant la pérennité de la stratégie de la prise en charge intégrale de l'enfant seront mis en place.

Résultat 2. Des investissements seront davantage consacrés à la santé de l'enfant et basés sur la performance.

Interventions-clés

Intervention 2.1- Des alliances intersectorielles seront mises sur pied vers la mobilisation des fonds nationaux et internationaux pour soutenir le financement d'activités coordonnées et intégrées en santé de l'enfant.

Intervention 2.2 - Un système de financement basé sur des indicateurs de performance spécifique en santé de l'enfant et sur des mécanismes cèles de décaissement sera institué (Approche contractuelle).

AXE STRATEGIQUE IV : LEADERSHIP ET GOUVERNANCE UNIQUE ET INTEGRÉE

Le dispositif de Gouvernance unique et intégré englobe la Régulation et la normalisation du système ; la gestion de l'Intersectorialité et le renforcement du partenariat ; la gestion des accords et traités internationaux en matière de santé (réf Plan Directeur Santé).

Objectif : Soutenir une gouvernance unique dans le secteur de la santé en créant un environnement favorable pour le plaidoyer, la coordination et l'élaboration de politiques intersectorielles et inter-programmatiques pour la santé intégrale chez l'enfant.

Résultat 1. La capacité du système de santé sera renforcée, à différents niveaux du système de soins afin d'améliorer la gestion de l'Intersectorialité et du partenariat, la planification et la mise en œuvre de stratégies intégrées pour la santé de l'enfant, sous le leadership des autorités sanitaires.

Interventions-clés

Intervention 1.1 - Mise en place d'un processus régulier (annuel et participatif) de planification en matière de santé intégrale de l'enfant à travers les différents niveaux du système de soins en assurant une représentation adéquate des communautés.

Intervention 1.2 - Les mécanismes de coordination centrale, départementale et des arrondissements (UAS) pour la mise en œuvre des stratégies de santé globale de l'enfant seront redéfinis.

Intervention 1.3 – L'intégration des différents secteurs (agriculture, éducation, justice...), à travers les institutions et programmes sera effective, afin de travailler plus efficacement à la santé intégrale de l'enfant.

Intervention 1.4 – Des rencontres seront organisés pour aligner les partenaires autour du plan stratégique du MSPP en santé intégrale de l'enfant.

Résultat 2. Des normes et un cadre réglementaire guideront les efforts visant à améliorer la santé de l'enfant, tout en encourageant l'adoption de normes existantes.

Interventions-clés

Intervention 2.1 - Mise en œuvre des normes, procédures et stratégies compatibles avec la PCIME et la protection des droits des enfants.

Intervention 2.2 - Elaboration et la mise en application de politiques, lois et plans nationaux pour la santé et protection de l'enfant

AXE STRATEGIQUE V: RENFORCEMENT ET UNIFICATION DU SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE, DE SUIVI ET D'EVALUATION

Le Plan Directeur en Santé du MSPP prône un Système d'Information Sanitaire unifié, à portée nationale et orienté vers la prise de décision. C'est donc l'exploitation systématique des informations produites par les activités de recherche, suivi et évaluation, pour la prise de décision adéquate et opportune.

Objectif : Renforcer les systèmes d'information et la capacité de surveillance dans le cadre d'unification et de prise de décisions en santé à différents stades de la vie de l'enfant, incluant le néonatal.

Résultat 1. Le système d'information sanitaire unique sera renforcé pour une meilleure collecte et gestion de l'information en santé de l'enfant.

Interventions-clés

Intervention 1.1 - Uniformisation des outils de collecte utilisés en santé infantile en les simplifiant et en les adaptant selon le niveau ou échelon de prestation de service (incluant les services ambulatoires).

Intervention 1.2 – Utilisation des nouvelles technologies de l'information (Smartphones, internet...) au niveau clinique et communautaire pour la collecte, l'analyse et le transfert de données relatives au suivi et à la prise en charge des maladies de l'enfance.

Résultat 2. Des informations pertinentes, de qualité seront disponibles à tous les niveaux du système de soins pour une prise de décisions coordonnées permettant de promouvoir la santé globale de l'enfant.

Interventions-clés

Intervention 2.1 – Production des informations de qualité, ventilées par sexe, âge, milieu, aire géographique et niveau socioéconomique, incluant les informations utiles en santé néonatale.

Intervention 2.2 - Révision du flux d'information pour l'acheminement à la DSF et à d'autres instances concernées tout en améliorant les processus de rétro alimentation aux départements, UAS et institutions sanitaires.

Résultat 3. La mise en œuvre des engagements pris dans le cadre du présent Plan Stratégique sera évaluée périodiquement.

Interventions-clés

Intervention 3.1 - Elaboration d'un plan de suivi, d'un plan opérationnel pour la santé infantile et un pour la santé néonatale à partir des indicateurs établis lors du processus.

Intervention 3.2 – Evaluation de l'efficacité des interventions en santé de l'enfance afin de suivre les progrès accomplis, responsabilisation des autorités, des donateurs et des agences d'implémentation et apporter les correctifs nécessaires.

SUPERVISION ET CONTROLE

La supervision sera appliquée pour toutes les instances impliquées dans le fonctionnement du système de santé et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, pour la gestion et la mise en œuvre d'interventions adéquate pour la Survie de l'Enfant.

Un système de supervision sera adapté pour la santé de l'enfant, et pour chaque niveau du système de soins, en mettant l'accent sur : la standardisation, les point-clés à superviser, la fréquence, la méthodologie, les outils et le mode d'exploitation des données de la supervision et du contrôle. Ce système devra être développé en cohérence avec les mécanismes proposés dans le Plan Directeur en Santé qui stipule ce qui suit : «La Validation et la vulgarisation des manuels et des outils de supervision et de contrôle constituent une priorité de la première période triennale du Plan Directeur en santé la gestion et le contrôle financiers. Un accent particulier sera mis sur l'atteinte des objectifs et des résultats visés. Dans ce souci, une unité d'audit interne sera mise en place au sein du MSPP en vue de renforcer cette fonction et de garantir une gestion saine et transparente des ressources. Ceci contribuera à l'amélioration de la performance du secteur ».

VERS L'INTEGRATION DES ACTIONS ET SERVICES

C'est l'intégration de toutes les actions à prendre dans le secteur selon une programmation nationale unique [Réf. *Plan Directeur en Santé*]. Cela suppose le développement et l'alignement sur une programmation unique, intégrée des interventions du secteur pour chacun des niveaux de la pyramide sanitaire ; le développement, la vulgarisation et la standardisation de la mise en œuvre d'un paquet essentiel de services de santé (PES) à travers le système de soins. Le volet préventif sera prioritairement pris en compte pour lutter contre les maladies évitables qui sont les principales causes de décès chez les moins de cinq ans.

Tous les secteurs et les organisations impliquées dans la santé de l'enfant, en étroite collaboration élaborera un Plan de Communication sociale pour la promotion du Plan Stratégique de l'Enfant, pour renforcer les alliances, pour le plaidoyer et la mobilisation sociale en vue de favoriser l'intégration tant souhaitée pour la prise en charge intégrale de l'enfant haïtien en tenant compte de sa personnalité, de son développement, de sa santé, de son contexte de vie, de ses besoins et de ses droits.

Ce Plan de Communication Sociale pour PSSI comprendra :

- ✓ Des messages clés sur la PSSI élaborés par des gens influents dans le domaine de la publicité seront émis régulièrement par tous les media engagés et avec tous les supports disponibles (radio, télévision, presse écrite, banderoles, les affiches, cassettes, etc.
- ✓ D'autres moyens culturels bien adaptés tels théâtre, chansons, sketch, proverbes seront utilisés.
- ✓ Les messages seront préparés pour l'éducation parentale, motiver la communauté à un changement de comportement en faveur de la santé de l'enfant.

La mise en application de la stratégie d'offres d'un continuum de services intégrés sera corrélée avec la mise en application de plans d'action, de normes et de cadres réglementaires développés à travers d'autres directions, secteurs ou programmes, par exemple :

- Le Plan Stratégique National de Santé Scolaire (MENFP et MSPP)
- Le Plan Stratégique National de la DPEV
- Les Plans de Développement ou d'Investissement Communal (par municipalité)
- La Définition du Paquet Essentiel de Services
- La Politique Nationale de Nutrition et de l'utilisation des micronutriments
- Le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA avec accent sur la PTME
- Le Plan Stratégique National Santé de la Reproduction
- Le Plan Stratégique National du bureau des Handicapés
- Le Plan Stratégique National de la santé mentale
- Le Plan National de Lutte contre la Tuberculose
- Le Plan National de Lutte contre le choléra
- Le Plan Stratégique National de Santé des Jeunes et Adolescents
- La Stratégie d'approvisionnement en médicaments essentiels
- Le Plan Stratégique National pour le déploiement des ASCP

Et tout autre plan national ou sectoriel qui aurait un lien avec la santé de l'enfant en Haïti.

Le développement de nouveaux plans d'actions sectoriels ou nationaux et les plans opérationnels devront également tenir compte de la présente stratégie sur la santé intégrale de l'enfant en Haïti.

La Direction de la Santé de la Famille (DSF) a le mandat de mettre en œuvre ce plan stratégique pour la santé intégrale de l'enfant, en collaboration avec les diverses entités concernées au MSPP, et d'autres partenaires publics, techniques et financiers.

PLAN STRATEGIQUE NATIONAL POUR LA SANTE INTEGRALE DE L'ENFANT EN HAITI 2014-2019

CADRE LOGIQUE

Axe stratégique 1 : Offre de Services

Axe stratégique 2 : Ressources Humaines

Axe stratégique 3 : Financement

Axe stratégique 4 : Leadership et Gouvernance Unique et Intégrée

Axe stratégique 5 : Système d'information sanitaire, de suivi et d'Evaluation

AXE STRATEGIQUE 1 : offre de services

Objectif stratégique : Réduire la morbidité et la mortalité des enfants en développant et renforçant le CONTINUUM DE SOINS aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence) afin de promouvoir le développement optimal de l'enfant

Indicateur principal : Taux de mortalité néo natale, infantile et infanto juvénile

INTERVENTIONS-CLES	ACTIVITE(S) PRINCIPALE(S)	INDICATEURS	MOYENS VERIFICATION
Résultat 1: Les défis de prestation de services de santé, à la fois cliniques et communautaires seront surmontés en favorisant la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance, afin d'améliorer l'état de santé des enfants en Haïti.			
Intervention 1- Développement conjointement avec la DOSS du paquet standard de services et de soins globaux en santé infantile par niveau du système de santé en intégrant la santé préventive, la santé mentale et le problème des handicapés.	Elaboration de paquet essentiel de services intégrés pour la santé intégrale de l'enfant. Plaidoirie pour le financement des recherches par l'université d'Etat Haïtienne Recherche de données statistiques sur la santé mentale et le problème des handicapés en matière de santé infantile.	100% des structures de soins seront équipées selon les normes et standards pour offrir des paquets de soins essentiels aux mères et aux enfants .Nombre d'UAS ayant des ASCP fournissant des services de santé infantile et néonatale. Le Paquet essentiel de services prend en compte la santé intégrale de l'enfant et est mis en œuvre dans les différentes institutions sanitaires. Prise en compte des enfants présentant des maladies mentales et des enfants handicapés.	- Le Paquet essentiel de services prend en compte la santé globale de l'enfant et est mis en œuvre. - Analyse de documents. - Enquête auprès des établissements sanitaires. - Rapports de suivi et de supervision des UAS. Enquêtes auprès des écoles Recherche Universitaire.
Intervention 2 - Des lignes directrices pour les meilleures pratiques relatives aux troubles de santé mentale et de toxicomanie (10 à 14 ans) à développer.	-Production d'une monographie commandée pour documenter les meilleures pratiques pour le traitement des maladies mentales de l'enfant à préparer avec le centre de psychiatrie. - Transfert de connaissances et des meilleures pratiques - Fondation Haïtienne de la recherche sur les services de santé mentale à encourager	Les travaux de recherche en santé seront transformés en pratiques cliniques fondées sur des données probantes. centres ou groupes de recherche universitaires qui s'intéressent à la production de données probantes en matière de services de santé mentale et prise en charge des handicapés.	
Intervention 3 – Elaboration de mesures et protocoles pour la prise en charge des groupes vulnérables tels que Handicapés physiques.	Diffusion des connaissances auprès des décideurs et des praticiens afin de leur proposer des stratégies d'intervention plus efficaces.	Les travaux de recherche en santé seront transformés en pratiques cliniques fondées sur des données probantes. centres ou groupes de recherche universitaires qui s'intéressent à la production de données probantes en matière de services de santé mentale et prise en charge des handicapés.	

<p>Intervention 4 – Renforcement de la capacité des prestataires à prendre en charge le nouveau-né aux différents niveaux et échelons du système de soins.</p>	<p>Formation des prestataires de soins, incluant ceux spécialisés en santé de l'enfant. Mise en œuvre de ce paquet essentiel de services et de la PCIME dans toutes les institutions sanitaires.</p>	<p>.100% des prestataires auront reçu une formation adéquate pour le service en Santé Infantile. .100% d'institutions appliqueront la PCIME selon les Directives Nationales et selon les différents niveaux. .100% des institutions seront pourvues d'équipements médicaux pour la fourniture de paquet standard. 100% des Hôpitaux Départementaux seront pourvus d'équipements standards pour la prise en charge des nouveau-nés.</p>	
<p>Intervention 5 – Renforcement de la mise en œuvre de la PCIME et révision des autres protocoles nationaux dans toutes les institutions sanitaires aux différents niveaux et échelons du système de soins.</p>	<p>Mise en œuvre de ce paquet essentiel de services et de la PCIME dans toutes les institutions sanitaires.</p>	<p>100% d'institutions appliqueront la PCIME selon les Directives Nationales et selon les différents niveaux. 100% des institutions seront pourvues d'équipements médicaux pour la fourniture de paquet standard. 100% des Hôpitaux Départementaux seront pourvus d'équipements standards pour la prise en charge des nouveau-nés.</p>	
<p>Intervention 6 - Prévention des maladies immuno contrôlables, des carences en micronutriments et du SIDA.</p>	<p>Prise en compte du volet préventif pour les maladies évitables. Optimisation du programme PTME</p>	<p>100% d'institutions seront dotées d'un service équipé pour la vaccination, la prise en charge des carences en micronutriments. 100% d'enfants nés de mères séropositives seront pris en charge dans des institutions équipés, par des prestataires formés en PTME, avant, pendant et après l'accouchement.</p>	

Résultat 2. Amélioration de soins intégrés et création d'environnement social, physique et économique au niveau des ménages, favorable à la sécurité, la santé et au bien-être des enfants par des interventions menées à travers la mobilisation et la participation communautaire.

<p>Intervention 1- Vérification et suivi avec la DFPSS et DPSPE de l'adéquation du curriculum des ASCP dans les champs retenus (analyse de situation, suivi-évaluation, hygiène assainissement, eau potable).</p>	<p>Plan de communication développé en matière d'eau, d'assainissement et de pratiques favorables à la santé. Développement de plan de mobilisation sociale.</p>	<p>100% des ménages utiliseront de l'eau appropriée pour la boisson (déjà traitée selon des procédures standards ou a domicile par des méthodes adéquates). Pourcentage de la population se lavant les mains avant les repas.</p> <p>Le % de ménages utilisant des latrines ou toilettes améliorées</p> <p>Le % d'enfant ayant souffert de maladie diarrhéique durant les douze derniers mois diminue chaque année.</p>	<p>Enquête(s) Nationale(s) auprès des ménages, Rapports d'activités.</p>
<p>Intervention 2 – Promotion de l'éducation des communautés sur les thématiques comme l'hygiène, l'assainissement et l'utilisation de l'eau potable pour la boisson.</p>	<p>Ateliers de diffusion des plans de communication et mobilisation sociale.</p>	<p>80% des mères ou des gardiens d'enfants adopteront des comportements favorables à la santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant par rapport à l'allaitement maternel, la vaccination, la PF et le suivi prénatal.</p> <p>80% de la population seront informés sur les notions-clés de l'accouchement et pourront reconnaître les signes de danger de la grossesse.</p>	
<p>Intervention 3 – Promotion des connaissances et pratiques favorables à la santé de l'enfant et le recours aux soins et services de base par l'intégration de la communication sociale</p>	<p>Mise en œuvre de ces plans.</p> <p>-utilisation de la communication sociale à l'ensemble du système de santé et en faire une priorité dans l'administration des services de santé dans tout le pays.</p> <p>-diffusion des connaissances auprès des décideurs et des praticiens afin de leur proposer des stratégies d'intervention plus efficaces.</p>	<p>Nombre de communes ayant intégré les agents de santé communautaire dans des activités de santé infantile</p> <p>40% d'organisations communautaires répertoriées participeront aux activités de santé infantile par commune.</p>	

Résultat 3. La couverture des services existants sera améliorée en facilitant l'accès géographique et économique.			
<p>Intervention 1 - Suivi de la mise en place de la carte sanitaire relative à la couverture des services et soins infantiles de qualité.</p>	<p>(Voir activités prévues dans le cadre de financement) - Etablir une carte sanitaire prévisionnelle en fonction des besoins.</p>	<p>Nombre de structures sanitaires construites et équipées pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance. La couverture vaccinale complète des enfants de moins de 12 mois aura augmenté, dans le cadre du PEV jusqu'à atteindre au moins 80%</p>	
<p>Intervention 2 –Mise en place de mécanismes Favorisant l'accès économique des familles et des communautés à un ensemble de services adéquats et intégrés. .</p>	<p>Elaboration/Adaptation de protocoles de prise en charge de l'enfant, spécialement du nouveau-né.</p>	<p>100% d'enfants nés malades, fréquenteront les institutions sanitaires et seront pris en charge selon des protocoles standardisés.</p>	
<p>Intervention 3 –Construction et dotation en équipements, matériels et intrants nécessaires aux structures sanitaires pour la santé néonatale et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance.</p>	<p>-Construction, rénovation et équiper les structures sanitaires. - Plan d'entretien des matériels. - Planifier ces interventions conjointement avec la mise en place des stratégies SONU</p>	<p>80% des nouveau-nés seront pris en charge dans les 24 heures suivant la naissance. Les enfants, spécialement les nouveau-nés seront référés dans des conditions adéquates quand leur cas le nécessite.</p>	
<p>Intervention 4 –Etablissement et maintien du système de références/ contre référence incluant le niveau communautaire pour optimiser l'offre et l'utilisation des services de santé infantile, conjointement avec la DOSS</p>	<p>Organisation de structures pour la référence des enfants et des nouveau-nés dans des conditions adéquates. Plaidoyer pour l'extension de la PCIME communautaire à travers les Agents Communautaires Polyvalents (ASCP)</p>	<p>Tous les enfants malades vus par les ASCP auront reçu des premiers soins intégrés, complets, de qualité selon les normes de la PCIME communautaire, et seront référés aux institutions sanitaires en cas de nécessité. % d'enfants vus en consultation, vaccinés et référés.</p>	
<p>Intervention 5 – Mise en place du programme de santé scolaire, conjointement avec le MENFP.</p>	<p>Organisation de clinique dans les écoles</p>	<p>% d'enfants vus en consultation, vaccinés et référés.</p>	

AXE STRATEGIQUE 2 : ressources humaines

Objectif stratégique : Rationaliser la distribution et la rétention des ressources humaines ayant des compétences en santé intégrale de l'enfant, par catégorie d'institutions de santé.

INTERVENTIONS-CLES	ACTIVITE(S) PRINCIPALE(S)	INDICATEURS	MOYENS DE VERIFICATION
Résultat 1 : Les compétences des prestataires seront renforcées et la qualité des soins en matière de santé infantile en milieu institutionnel sera améliorée.			
<p>Intervention 1 – Des séances de formation continue et recyclage seront organisées pour renforcer les compétences des prestataires qui œuvrent dans les institutions de services de santé infantile</p>	<p>Evaluation des besoins en formation dans le domaine de la sante infantile pour différentes catégories de personnel à différents niveaux du système de soins)</p> <p>Intégration des stratégies pour la prise en charge globale de l'enfant dans les curricula de formation des professionnels de santé au niveau institutionnel et communautaire</p> <p>Constitution/recherche de partenariat dans le domaine de la formation</p> <p>Formation et/ou recyclage des RH en sante, à différents niveaux de prestation de soins</p> <p>Suivi/Evaluation post formation institutionnel et communautaire</p> <p>Plaidoyer pour la mise en œuvre des activités de prise en charge intégrale de l'enfant par le personnel formé.</p>	<p>- Nombre formations réalisées/nombre prévus par catégorie de personnel</p> <p>- Nombre de personnel ayant bénéficié d'une visite de suivi</p> <p>- Au moins 80% de prestataires de soins dans les institutions auront bénéficié de cursus de formation en sante infantile.</p>	<p>- Rapports d'évaluation de formation</p> <p>- Rapports de suivi et d'évaluation du plan de formation</p> <p>- Rapport d'analyse de la mise en œuvre des activités de prise en charge globale de l'enfant</p>
<p>Intervention 2–D'autres activités communautaires seront organisées pour faciliter l'intégration de la PCIME communautaire et encourager le relèvement socio-sanitaire des communautés.</p>	<p>Implication de la communauté dans la prise en charge de la santé infantile.</p> <p>Intégration des composantes PCIM dans les curricula de formation des agents de sante communautaires polyvalents. Formation et/ou recyclage des ASCP</p>	<p>-Nombre de leaders communautaire impliqués dans la prise en charge de la sante infantile</p> <p>- Au moins 80% des ASCP ont eu une formation complète, incluant en PCIME communautaire</p>	<p>- Rapports d'activités communautaires</p> <p>- Analyse de curricula</p> <p>- Suivi / Evaluation formation ASCP</p>
<p>Intervention 3 - Un curriculum de formation universitaire adapté (cursus de base et spécialisé) avec accent sur les soins intégrés aux enfants sera préconisé avec la Direction de formation.</p>	<p>Révision des curricula de formation universitaire afin de s'assurer que la santé globale de l'enfant est prise en compte</p> <p>Plaidoyer pour l'Evaluation de la formation de base</p> <p>Plaidoyer pour la Création de filière de spécialisation dans certains domaines (néonatalogie, cardio pédiatrie...) a tous les niveaux et/ou Renforcement des capacités des filières de formation.</p> <p>Curricula de formation universitaire inclut la prise en charge globale de l'enfant.</p> <p>Des filières de spécialisation en santé de l'enfant sont créés.</p> <p>Nombre de personnes formées via ces filières.</p>		<p>- Analyse de curricula</p> <p>- Suivi / Evaluation de la formation.</p>

Résultat 2. : L'affectation et la fidélisation des ressources humaines spécialisées en santé de l'enfant seront améliorées.

<p>Intervention 1 : Mise en place d'une bonne Gestion des Ressources Humaines pour des soins et services de qualité aux enfants (incitatives, primes d'éloignement, primes de performance construction d'établissement, etc.)</p>	<p>Elaboration et mise en œuvre d'un plan de développement des Ressources Humaines spécialisées en sante de l'enfant</p> <p>Vulgarisation du manuel de l'employé</p>	<p>- Ratio de ressources humaines spécialisées en santé et déployées au niveau des institutions sanitaires.</p> <p>Parmi eux</p> <ul style="list-style-type: none"> - % de prestataires des zones éloignées bénéficiant d'incitatifs - % d'employés disposant du manuel - Nombre de personnel sanitaire ayant bénéficié de logement - % de personnel sanitaire ayant bénéficié des avantages sociaux - Disponibilité de matériels et équipement pour un travail efficient 	<p>Analyse de la base de ressources humaines du MSPP</p> <p>Enquête auprès des prestataires</p> <p>Analyse de documents (plan de rétention, plan de carrières)</p> <p>Observation en milieu de travail.</p>
<p>Intervention 2 – La politique de dotation et rétention en quantité suffisante de ressources humaines spécialisées pour la prise en charge de l'enfant sera adoptée et appliquée selon les normes révisées.</p>	<p>Dotation/Déploiement de ressources humaines spécialisées en sante de l'enfant à tous les niveaux</p> <p>Elaboration et mise en œuvre d'un plan de rétention des ressources humaines en santé de l'enfant : incitatifs aux prestataires des zones éloignées; Ajustement salarial; Politique de logement; Promotion; Avantages sociaux; etc.</p> <p>Plaidoyer pour l'Elaboration d'un plan de carrière pour les ressources humaines spécialisées en santé de l'enfant</p> <p>Plaidoyer pour une Politique de logement des RH</p> <p>Etablissement des conditions de travail propices : médicaments, fournitures, équipement, infrastructures....</p>		

AXE STRATEGIQUE 3 : financement			
Objectif stratégique : Créer un environnement institutionnel et économique favorables au passage à l'échelle du paquet d'interventions intégrées en santé de l'enfant, en poursuivant la mobilisation et l'alignement du financement vers les stratégies nationales prioritaires pour la santé et le bien être des enfants.			
INTERVENTIONS-CLES	ACTIVITE(S) PRINCIPALE(S)	INDICATEURS	MOYENS DE VERIFICATION
Résultat 1. Les services et soins de santé ciblant les enfants seront abordables financièrement, incluant l'accès aux médicaments essentiels et aux examens de laboratoire.			
Intervention 1 - L'accès financier aux soins sera garanti par des prises de position et des mesures appropriées.	Réalisation des études de coûts et des analyses économiques en santé infantile	80% des institutions fournissent des soins infantiles gratuits (subventionnés) aux enfants de 0 à 5 ans.	
Intervention 2 - Des mécanismes d'approvisionnement et de subvention garantissant la fourniture de médicaments et d'intrants à un prix abordable seront mis en place	La fourniture de services, médicaments essentiels et intrants à assurer gratuitement aux enfants de 0 à 5 ans et à des prix abordables pour le reste de la population.		
Intervention 3 - Des mécanismes nationaux de financement solidaire permettant un accès universel des enfants aux services et soins de santé et garantissant la pérennité de la stratégie de la prise en charge intégrale de l'enfant seront mis en place.	- Alignement des projets autour du plan stratégique du MSPP en santé intégrale de l'enfant.		

Résultat 2. Des investissements seront davantage consacrés à la santé de l'enfant et basés sur la performance.			
Intervention 1 - Des alliances intersectorielles seront mises sur pied vers la mobilisation des fonds nationaux et internationaux pour soutenir le financement d'activités coordonnées et intégrées en santé de l'enfant.	Mise en place un Fonds de Solidarité National pour la Santé de l'Enfant (FSNSE) afin de garantir la mise en œuvre des mécanismes nationaux de financement solidaire. Organisation des Etats généraux pour la Santé de l'Enfant afin d'organiser la levée de fonds et la gestion de ces fonds. Opérationnalisation de l'Alliance Néonatale Nationale Haïtienne	Nombre de personnes participant aux Etats Généraux pour la Santé de l'Enfant. Nombre d'institutions devenues membres de l'alliance néonatale	Listes de présence. Enquête Nationale auprès des Ménages. Recherche à l'Université et enquêtes spécialisées. Rapport d'activités de l'Alliance Néonatale Nationale Haïtienne.
Intervention 2 - Un système de financement basé sur des indicateurs de performance spécifique et des mécanismes de décaissement selon les résultats en santé de l'enfant sera institué (Approche contractuelle).			

AXE STRATEGIQUE 4 : leadership et gouvernance unique et intégrée

Objectif stratégique : Soutenir une gouvernance unique dans le secteur de la santé en créant un environnement favorable pour le plaidoyer, la coordination et l'élaboration de politiques intersectorielles et inter-programmatiques pour la santé intégrale chez l'enfant.

INTERVENTIONS-CLES	ACTIVITE(S) PRINCIPALE(S)	INDICATEURS	MOYENS DE VERIFICATION
Résultat 1. La capacité du système de santé sera renforcée, à différents niveaux du système de soins afin d'améliorer la gestion de l'intersectorialité et du partenariat, la planification et la mise en œuvre de stratégies intégrées pour la santé de l'enfant, sous le leadership des autorités sanitaires.			
Intervention 1 - Mise en place d'un processus régulier (annuel et participatif) de planification en matière de santé intégrale de l'enfant à travers les différents niveaux du système de soins en assurant une représentation adéquate des communautés	<p>Les différents plans doivent tenir compte de l'intégration et de l'intégralité des soins aux enfants.</p> <p>Elaboration par les directions centrales et départementales de plans opérationnels visant la sante globale des enfants.</p> <p>Diffusion de ces plans a toutes les entités, aux cadres et aux différents secteurs en liaison avec la santé de l'enfant.</p>	Tous les départements sanitaires disposent de plans opérationnels sur la Santé de l'Enfant, diffusent ces plans et les mettent en œuvre.	<p>Analyse de documents (plans opérationnels, documents de projets)</p> <p>Procès-verbal de réunions.</p> <p>Acte définissant le cadre de partenariat.</p>
Intervention 2 - Les mécanismes de coordination centrale, départementale et des arrondissements (UAS) pour la mise en œuvre des stratégies de santé globale de l'enfant seront redéfinis.	<p>Les tables sectorielles (nutrition, DPEV, Santé scolaire) seront dynamisées pour le bon fonctionnement de la Santé Infantile.</p> <p>Les différents plans tiennent compte de l'intégration et de l'intégralité des soins aux enfants.</p>	- Des critères sont établis pour l'analyse des plans et autres documents normatifs en conformité avec la globalité des soins aux enfants.	
Intervention 3 – L'intégration des différents secteurs (agriculture, éducation, justice...), à travers les institutions et programmes sera effective, afin de travailler plus efficacement à la santé intégrale de l'enfant.	Création d'un comité intersectoriel d'appui aux différents programmes.	- Comités intra sectoriels et intersectoriels mis en place.	
Intervention 4 – Des rencontres seront organisés pour aligner les partenaires autour du plan stratégique du MSPP en santé intégrale de l'enfant	Définition d'un cadre de partenariat avec les Bailleurs, donateurs et partenaires	- Cadre de partenariat avec les partenaires techniques et financiers.	

Résultat 2. Des normes et un cadre réglementaire guideront les efforts visant à améliorer la santé de l'enfant, tout en encourageant l'adoption de normes existantes.

<p>Intervention 1 - Mise en œuvre des normes, procédures et stratégies compatibles avec la PCIME et la protection des droits des enfants.</p>	<p>Elaboration ou révision des normes, procédures et stratégies visant à améliorer la santé de l'enfant.</p> <p>Préparation d'un cadre de suivi de ces normes, procédures et stratégies.</p> <p>Diffusion des normes, procédures, plans d'actions et indicateurs en santé intégrale de l'enfant.</p>	<p>Les normes, procédures, codes, lois politiques et programmes sont élaborés et mis en œuvre en faveur de la santé et la protection de l'enfant. Des critères pour l'analyse de politiques et programmes prennent en compte les déterminants sociaux et économiques. dans le cadre d'une approche intersectorielle pour la santé et la protection de l'enfant.</p>	<p>Analyse de documents (normes, procédures, codes, loi organique, politiques et programmes). Enquête auprès des institutions sanitaires afin d'évaluer la connaissance des normes, codes, lois et procédures et leur application.</p>
<p>Intervention 2 - Elaboration et la mise en application de politiques, lois et plans nationaux pour la santé et protection de l'enfant</p>	<p>Elaboration / Révision du code de l'enfant et du code de commercialisation des substituts du lait maternels.</p> <p>Mise en application de la loi organique vers une meilleure coordination du programme de santé intégrale de l'enfant.</p> <p>Restructuration des services de santé infantile en conformité avec la nouvelle loi organique.</p> <p>Elaboration de politiques et de programmes qui adressent les déterminants sociaux et économiques de la santé, accroissent l'équité en santé et la protection des enfants et visent l'accès universel des enfants pour la satisfaction de leurs besoins.</p>		

AXE STRATEGIQUE 5 : Système d'information sanitaire, de suivi et évaluation

Objectif stratégique : Renforcer les systèmes d'information et la capacité de surveillance dans le cadre d'unification et de prise de décisions en santé à différents stades de la vie de l'enfant, incluant le néonatal.

Interventions - clés	Activité (s) principale (s)	Indicateurs	Moyens de vérification
Résultat 1. Le système d'information sanitaire unique sera renforcé pour une meilleure collecte et gestion de l'information en santé de l'enfant.			
Intervention 1 - Uniformisation des outils de collecte utilisés en santé infantile en les simplifiant et en les adaptant selon le niveau ou échelon de prestation de service (incluant les services ambulatoires).	Ateliers pour uniformiser et pré tester les outils de collecte selon les niveaux (DD, PTF, niveau central Formation à l'utilisation des outils uniformisés (collecte, traitement analyse) au niveau des départements	-Tous les épidémiologistes, archivistes, officier M & E, OSE, statisticien, responsables de programmes utilisent des outils uniformisés pour la collecte, le traitement et l'analyse d'information	- Rapport d'atelier et rapport de pré-test des outils uniformisés - Supervision trimestrielle des institutions par le département (qualité des données, motivation et formation du personnel - Evaluation annuelle du sous-système d'information sanitaire au niveau des départements - Observation in situ - Analyse de documents imprimés et électroniques
Intervention 2 – Utilisation des nouvelles technologies de l'information (Smartphones, internet...) au niveau clinique et communautaire pour la collecte, l'analyse et le transfert de données relatives au suivi et à la prise en charge des maladies de l'enfance.	L'utilisation des téléphones dans la diffusion des données sur la sante infantile a encourager. Doter les institutions sanitaires des équipements de communication tels que cellulaires, laptops, réseaux Internet en fonction de leurs besoins	- Au moins 80% des institutions publiques et mixtes sont dotées d'équipement de communication et les utilisent pour la transmission de l'information	
Résultat 2. Des informations pertinentes, de qualité seront disponibles à tous les niveaux du système de soins pour une prise de décisions coordonnées permettant de promouvoir la santé globale de l'enfant.			
Intervention 1 – Production des informations de qualité, ventilées par sexe, âge, milieu, aire géographique et niveau socioéconomique, incluant les informations utiles en santé néonatale.	Révision des populations cibles en collaboration avec IHSI et PTF en vue de résoudre la problématique de la sur et la sous-estimation de la population infantile. Proposition d'indicateurs (lors de l'atelier d'uniformisation et de pré-test d'outils) propres a la sante infantile et néonatale	- Au moins 80% des cadres en santé infantile sont informés des progrès réalisés a travers le site web, des revues trimestrielles on line ou des émissions radiophoniques (medias a grande écoute et radios communautaires)	Contrôle de qualité des données par la vérification in situ, le contrôle de la cohérence et la supervision.- Analyse de documents imprimés et électroniques.
Intervention 2 - Révision du flux d'information pour l'acheminement à la DSF et à d'autres instances concernées tout en améliorant les processus de rétro alimentation aux départements, UAS et institutions sanitaires.	Mise en place d'un instrument de gestion et de diffusion des informations relatives a la sante infantile en vue d'assurer la retro-alimentation Un système de communication et de transmission rapide de l'information en cas de risques et désastres vers la prise de décisions pour la santé et la survie de l'enfant en Haïti sera établi.		

Résultat 3. La mise en œuvre des engagements pris dans le cadre du présent Plan Stratégique sera évaluée périodiquement

<p>Intervention 3.1 - Elaboration d'un plan de suivi, d'un plan stratégique et opérationnel sur la santé de l'enfant à partir des indicateurs établis lors du processus.</p>	<p>Mise en place d'un comité de pilotage intersectoriel qui sera chargé du Suivi & Evaluation du plan</p> <p>2. Sélection des indicateurs en accord avec les parties prenantes (UEP, UADS, PTF)</p> <p>3. Etablissement des lignes de base au cas où elles ne sont pas disponibles, par de nouvelles enquêtes et/ou l'analyse secondaire d'EMMUSV.</p> <p>4. Procédures d'évaluation et choix des évaluateurs (internes et externes).</p>	<p>- Des rencontres de suivi ont lieu chaque trimestre dans le cadre de suivi/évaluation; - Un bilan sera réalisé chaque année</p>	<p>Analyse de documents imprimés et électroniques : rapports de suivi et d'évaluation</p>
<p>Intervention 3.2 – Evaluation de l'efficacité des interventions en santé de l'enfance afin de suivre les progrès accomplis, responsabiliser les autorités, les donateurs et les agences d'implémentation et apporter les correctifs nécessaires.</p>			