



**AMELIORATION DE L'ETAT DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION EN HAITI
PROJET CONJOINT MSPP/UNICEF/OPS-OMS/UNFPA**

RAPPORT FINAL

19 mars 2015



Financé par :



Agence canadienne de
développement international

Canadian International
Development Agency

Table des matières

| | |
|--|----|
| LISTE DES ABREVIATIONS..... | 6 |
| INTRODUCTION | 8 |
| I. LA GESTION DU PROJET | 11 |
| Cadre organisationnel | 11 |
| Comité de pilotage et comité technique..... | 12 |
| Evolution du contexte pendant la mise en œuvre du projet | 13 |
| L'évaluation à mi-parcours | 14 |
| L'évaluation finale..... | 16 |
| II. LA DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE..... | 18 |
| L'objectif intermédiaire 1 : Améliorer l'accès de la population à la planification familiale | 18 |
| Objectif spécifique 1.1 | 23 |
| Objectif spécifique 1.2 | 25 |
| Objectif spécifique 1.3 | 28 |
| Thématiques transversales | 29 |
| L'égalité hommes femmes | 29 |
| L'environnement..... | 29 |
| Le renforcement institutionnel | 30 |
| Le renforcement du système d'information sanitaire..... | 33 |
| L'objectif intermédiaire 2: Contribuer à l'amélioration de la prise en charge des accouchements dans les institutions sanitaires | 34 |
| Objectif spécifique 2.1 | 37 |
| Objectif spécifique 2.2..... | 38 |

| | |
|--|----|
| Objectifs spécifiques 2.3 et 2.4..... | 43 |
| Objectif spécifique 2.5..... | 43 |
| Thématiques transversales..... | 44 |
| L'égalité hommes femmes..... | 44 |
| L'environnement..... | 45 |
| Le renforcement institutionnel..... | 45 |
| Le renforcement du système d'information sanitaire..... | 45 |
| L'objectif intermédiaire 3 : Contribuer à la sécurisation des intrants en santé reproductive..... | 46 |
| Objectif spécifique 3.1..... | 46 |
| Objectif spécifique 3.2..... | 56 |
| Objectif spécifique 3.3..... | 57 |
| Objectif spécifique 3.4..... | 59 |
| Thématiques transversales..... | 60 |
| L'égalité hommes femmes..... | 60 |
| L'environnement..... | 60 |
| Le renforcement institutionnel..... | 61 |
| Le renforcement du système d'information sanitaire..... | 62 |
| L'objectif intermédiaire 4 : Contribuer au changement de comportement de la population face à la santé de la reproduction..... | 63 |
| Objectif spécifique 4.1..... | 65 |
| Objectif spécifique 4.2..... | 70 |
| Thématiques transversales..... | 71 |
| L'égalité hommes femmes..... | 71 |
| Le renforcement institutionnel..... | 72 |
| III. BILAN..... | 73 |

| | |
|--|-----|
| PF..... | 73 |
| Accouchements institutionnels | 74 |
| Sécurisation des intrants | 75 |
| IEC/CCC..... | 76 |
| Egalité hommes femmes..... | 76 |
| Gouvernance dans le cadre du projet conjoint SR : Efficacité de l'aide (critères HARMO)..... | 77 |
| IV. CONCLUSION..... | 80 |
| ANNEXES | 83 |
| Annexe 1 : amendement 1..... | 84 |
| Annexe 2 : amendement 2..... | 86 |
| Annexe 3 Amendement n°3..... | 89 |
| Annexe 4 Amendement n°4..... | 91 |
| Annexe 5: Détail des ressources humaines prises en charge par le projet conjoint SR en 2012 | 93 |
| Annexe 6 : kits d'urgence et équipements distribués en 2009..... | 96 |
| Annexe 7 : Equipements et kits distribués en 2011..... | 98 |
| Annexe 8- Matériels et équipements livrés aux Directions départementales sanitaires, Projet conjoint SR 2012, Haïti..... | 101 |

Liste des tableaux

| | |
|--|----|
| Tableau 1 : Quelques indicateurs clés en SR (données EMMUS IV 2006) pris en compte lors de l'élaboration du projet | 8 |
| Tableau 2: prévalence contraceptive et besoins non satisfaits en PF, ligne de base, cibles et résultats atteints | 18 |
| Tableau 3: prévalence contraceptive par méthode (EMMUS IV et EMMUS V) | 20 |
| Tableau 4: Utilisatrices de méthodes modernes de PF en 2013 (Annuaire statistique 2013, MSPP, SIS) | 21 |
| Tableau 5 : utilisatrices de méthodes modernes de PF 2014 (données statistiques Sud Est et Nippes 2014) | 21 |

| | |
|--|----|
| Tableau 6 : acceptantes de méthodes modernes de PF 2014 (données statistiques Sud Est et Nippes 2014) | 22 |
| Tableau 7 : Sensibilisation à la SSR intégrée (statut des femmes, prévention des violences faites aux femmes, planning familial, santé maternelle, prévention des IST) | 25 |
| Tableau 8 : ressources humaines financées par le projet | 31 |
| Tableau 9 : proportion d'accouchements en institutions et avec du personnel qualifié (EMMUS IV et V) | 34 |
| Tableau 10 : accouchements institutionnels et césariennes de 2009 à 2013 en Haïti, SIS, MSPP | 36 |
| Tableau 11: accouchements institutionnels et césariennes de 2009 à 2013 dans le Sud Est, SIS, MSPP | 36 |
| Tableau 12: accouchements institutionnels et césariennes de 2009 à 2013 dans les Nippes, SIS, MSPP | 36 |
| Tableau 13: RH financées par le projet conjoint SR entre 2009 et 2014, pour renforcer les institutions SONU | 39 |

Liste des Figures

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Département sanitaire du Sud Est | 9 |
| Figure 2 : Département sanitaire des Nippes | 9 |
| Figure 3: Prévalence contraceptive (EMMUS IV-2006 et EMMUS V-2012) | 19 |
| Figure 4: Besoins non satisfaits en PF (EMMUS IV-2006 et EMMUS V-2012) | 19 |
| Figure 5: Prévalence contraceptive méthodes modernes et méthodes de longue durée (EMMUS IV et EMMUS V) | 20 |
| Figure 6: poids des méthodes de longue durée ou définitives chez les utilisatrices PF dans les deux départements sanitaires, 2014 | 21 |
| Figure 7: poids des méthodes de longue durée ou définitives chez les utilisatrices PF dans les deux départements sanitaires, 2014 | 22 |
| Figure 8: Proportion d'accouchements institutionnels (EMMUS IV2006 et EMMUS V2012) | 35 |
| Figure 9: proportion de femmes enceintes dans les 5 dernières années ayant eu au moins une consultation prénatale par un personnel qualifié (EMMUS IV et V) | 35 |
| Figure 10: Maternité de Marigot: nombre moyen d'accouchements mensuels par année de 2012 à 2014 | 40 |
| Figure 11: Maternité de Marigot: nature des urgences obstétricales prises en charges ou référées en 2014 | 41 |

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|--------|---|
| ACDI | Agence Canadienne de développement international |
| ADHESE | Association des Hommes dévoués du Sud Est |
| AEDES | Agence Européenne pour le développement et la santé |
| AFD | Agence Française de Développement |
| AMIU | Aspiration Manuelle Intra Utérine |
| ASC | Agent de Santé Communautaire |
| ASEC | (Membre de l') Assemblée de Section Communale |
| CASEC | (Membre du) Conseil d'Administration de Section Communal |
| CCC | Communication pour le Changement de Comportement |
| CDAI | Centre départemental approvisionnement en intrants |
| CDI | Centre de Diagnostic Intégré |
| CENADI | Centrale Nationale d'Approvisionnement et de Distribution des Intrants |
| CMR | Cadre de mesure du rendement |
| CPN | Consultation Pré Natale |
| CRADI | Centrale Régionale d'Approvisionnement et de Distribution des Intrants |
| DDS | Direction départementale de la santé |
| DIU | Dispositif Intra Utérin |
| DOSS | Direction de l'organisation des services de santé |
| DPM/MT | Direction de la Pharmacie, du Médicament et de la Médecine Traditionnelle |
| DSF | Direction de la Santé Familiale |
| DSNi | Direction sanitaire des Nippes |
| DSSE | Direction sanitaire du Sud Est |
| EMMUS | Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services |
| GESTA | Gestion du Travail et de l'Accouchement |
| HCR | Hôpital Communautaire de Référence |
| IEC | Information Education Communication |
| IHSI | Institut Haïtien de statistiques et d'informatique |
| LMS | Leadership, Management and Sustainability |
| LNME | Liste Nationale des Médicaments Essentiels |
| MAST | Ministère des Affaires Sociales et du Travail |
| MATS | Maman Ak Timoun an Santé |
| MCFDF | Ministère de la condition féminine et des droits de la femme |
| MHDR | Mouvement Haïtien pour le Développement Rural |
| MJSAC | Ministère de la jeunesse et des sports |
| MOU | Memorandum of Understanding |
| MPCE | Ministère du Plan et de la Coopération Externe |
| MSH | Management Science for Health |
| MSF | Médecins Sans Frontières |
| MSPP | Ministère de la santé publique et de la population |
| OCB | Organisation Communautaire de Base |
| OMD | Objectifs du Millénaire pour le développement |

| | |
|---------|---|
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |
| OPS | Organisation Panaméricaine de la santé |
| PEPFAR | President's Emergency Plan For Aid Relief |
| PF | Planning Familial |
| PMO | Plan de mise en œuvre |
| PMS | Paquet Minimum de services |
| PPN | Politique Pharmaceutique Nationale |
| PROMESS | Programme de Médicaments Essentiels |
| PTF | Partenaires Techniques et financiers |
| PMI | Protection maternelle et infantile |
| PTME | Prévention de la transmission de la mère à l'enfant |
| RH | Ressources humaines |
| SHOG | Société haïtienne d'obstétrique et de gynécologie |
| SIS | Système d'information sanitaire |
| SIP | Système d'information périnatal |
| SNADI | Système National de distribution des intrants |
| SOG | Soins obstétricaux gratuits |
| SONU | Soins obstétricaux et néonataux d'urgence |
| SONUB | Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base |
| SONUC | Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets |
| SR | Santé de la Reproduction |
| SSPE | Services de santé du premier échelon |
| SSR | Santé Sexuelle et Reproductive |
| TDR | Termes de référence |
| UADS | Unité d'appui aux Départements Sanitaires |
| UEH | Université d'Etat d'Haïti |
| UEP | Unité d'étude et de programmation |
| UNFPA | United Nations Fund for population |
| UNICEF | United Nations Children's Fund |
| UPE | Unité de Planification et d'évaluation |
| USAID | United States Agency for International Development |
| VDH | Volontariat pour le Développement d'Haïti |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |

INTRODUCTION

Ce projet conjoint « Amélioration de l'état de santé de la reproduction en Haïti », développé par UNFPA, UNICEF, OPS-OMS et mis en œuvre par les instances nationales et départementales du MSPP pour la période allant de 2008 à 2014, vient dans la foulée stratégique, tactique et opérationnelle de deux autres précédents projets financés par la Coopération canadienne (ACDI) :

- le « projet conjoint d'appui à la lutte contre la mortalité maternelle dans trois départements sanitaires (Nord, Nord-Ouest, Artibonite) mis en œuvre par l'UNFPA et l'UNICEF de 2006 à 2012,
- le « projet de soins obstétricaux gratuits (SOG 1) aux femmes démunies en Haïti » implémenté par l'OPS-OMS de 2008 à 2010.

Le projet conjoint UNFPA-OPS/OMS-UNICEF, financé par la coopération canadienne, vise la réduction de la mortalité maternelle et plus globalement l'atteinte de l'Objectif du millénaire 5 (OMD). Son but est d'**améliorer l'état de la santé de la reproduction au niveau national, et plus particulièrement dans les départements des Nippes et du Sud-Est**, par un appui à plusieurs niveaux:

- Un appui institutionnel : Renforcement de la gouvernance, du leadership et des capacités de régulation du Ministère de la santé publique et de la population (MSPP) et de ses structures déconcentrées, les départements sanitaires (DDS) ;
- Un appui au niveau opérationnel de l'offre de soins, disponibilité des intrants;
- Un appui au niveau communautaire avec des agents de santé communautaires et les associations de la société civile.

Le projet a donc à la fois une **portée nationale** dans la logique d'un appui global au système de santé national à travers l'amélioration de la santé de la reproduction considérée par le MSPP comme une tactique privilégiée du renforcement du système de santé et à travers la sécurisation des intrants, et une **portée départementale** dans le cadre d'une stratégie de concentration de l'intervention sur des zones ayant des indicateurs particulièrement critiques en santé de la reproduction. Le département du Sud-est et le département des Nippes ont été retenus comme zones de concentration (tableau 1, figures 1 et 2).

Tableau 1 : Quelques indicateurs clés en SR (données EMMUS IV 2006) pris en compte lors de l'élaboration du projet

| | National | Nippes | Sud-Est |
|---|------------------|--------|---------|
| Mortalité maternelle | 630 pour 100,000 | | |
| Indice synthétique de fécondité | 4 | 4,7 | 5,4 |
| Mortalité infantile (pour 1000) | 57 | 55 | 59 |
| Utilise une méthode moderne PF 15-49 (%) | 25 | 27 | 13 |
| Accouché dans un établissement de santé (en%) | 25 | 12 | 11 |
| Accouché avec l'assistance d'un Professionnel qualifié (en %) | 26 | 13 | 13 |

Figure 1 : Département sanitaire du Sud Est : 565,940 habitants, 16,285 accouchements annuels attendus (estimations IHSI 2008)



Figure 2 : Département sanitaire des Nippes : 306,432 habitants, 9,970 accouchements annuels attendus (estimations IHSI 2008)



Le projet conjoint SR a fait l'objet d'un arrangement administratif entre l'Agence Canadienne de Développement International (ACDI) et l'UNFPA signé en septembre 2008, ainsi que d'un Memorandum of Understanding (MOU) entre l'UNFPA et l'OPS/OMS et l'UNICEF signé en septembre 2008. Il a bénéficié d'une subvention de 18.984.000 dollars canadiens soit 17.245.000 dollars américains (USD) allouée par l'ACDI. Dans le montage institutionnel de ce projet, l'UNFPA assume le rôle d'agent administratif et sert de « courroie » de canalisation et de répartition des fonds progressivement approvisionnés par l'ACDI vers les agences d'exécution, conformément au « Guidance note on joint programming » de l'United Nations Development Group.

Lors de la conception et de l'élaboration du projet conjoint SR, l'Agence française de développement (AFD) a élaboré aussi un projet de réduction de la mortalité maternelle qui devait venir en appui du projet conjoint dans les deux départements cibles du Sud Est et des Nippes, notamment sur des aspects de construction, mais aussi de formation des ressources humaines.

Cependant le projet de l'AFD n'a réellement commencé qu'en 2013, presque à la fin du projet conjoint SR, ce qui n'a pas permis l'effet synergique attendu initialement entre ces deux projets.

Le projet comprend 4 composantes qui, ensemble, doivent contribuer à la réduction de la mortalité maternelle.

- La première composante ou objectif intermédiaire 1, « améliorer l'accès de la population à la planification familiale dans une perspective d'intégration de toutes les composantes de la santé de la reproduction dans les deux départements cibles » a pour principal résultat attendu: l'augmentation de l'utilisation des contraceptifs modernes dans les départements du Sud-est et des Nippes. L'agence responsable de cette composante est l'UNFPA.
- La seconde composante ou objectif intermédiaire 2, « contribuer à l'amélioration de la prise en charge des accouchements dans les institutions sanitaires ciblées au niveau national et en particulier dans les Départements des Nippes et du Sud-est » a pour principal résultat attendu l'augmentation du nombre d'accouchements par du personnel qualifié et faits selon les normes du MSPP dans les institutions sanitaires ciblées au niveau national et dans les Nippes et le Sud-est. Les activités de cette composante ont été mises en œuvre par l'OPS-OMS pour ce qui concerne un volet Soins obstétricaux gratuits (SOG) et par l'UNFPA pour le renforcement des Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU).
- La troisième composante ou objectif intermédiaire 3, « contribuer à la sécurisation des intrants en santé reproductive au niveau national et en particulier dans les départements des Nippes et du Sud-est » a pour principal résultat attendu l'existence d'un système fonctionnel de distribution des intrants dans les institutions et dépôts. L'agence responsable de cette composante est l'OPS/OMS.
- La quatrième composante ou objectif intermédiaire 4, « contribuer au changement de comportement de la population face à la santé de la reproduction » a pour principal effet attendu l'amélioration du comportement de la population face à la santé de la reproduction. L'agence responsable de cette composante est l'UNICEF.

Le genre et l'environnement sont transversaux et intégrés aux différentes activités des quatre composantes du projet.

I. LA GESTION DU PROJET

Cadre organisationnel

Ce projet en Santé de la Reproduction est mis en œuvre conjointement par le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (l'UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la Population (l'UNFPA) , l'Organisation Panaméricaine de la santé (OPS)-l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) et les municipalités en appui à la politique du Ministère de la Santé Publique et de la Population en matière de santé de la reproduction.

Le dispositif de gestion du projet est basé sur un mécanisme de partage des responsabilités techniques, opérationnelles et financières en fonction du niveau d'expertise de chacune des 3 agences participantes, UNFPA, OPS/OMS et UNICEF. Dans cette logique, chaque agence a une responsabilité technique sur plusieurs objectifs du projet et a un rôle de référent technique, de leader. L'UNFPA est l'Agent administratif du projet.

Les quatre composantes et les agences leaders

| Composante | Axe d'interventions | Agence leader |
|--------------|---|-------------------------|
| Composante-1 | Services intégrés de PF/SR | UNFPA |
| Composante-2 | Institutionnalisation des accouchements | OPS/OMS et UNFPA |
| Composante-3 | La sécurisation des intrants | OPS/OMS |
| Composante-4 | IEC/CCC / Plaidoyer | UNICEF |

Dans la composante 2, l'UNFPA avait en charge le développement des SONU, et l'OPS/OMS le développement des soins obstétricaux gratuits « SOG2 » ; le volet SOG2 de ce projet avait une durée d'exécution plus courte que le projet conjoint SR, il a commencé en 2010 dans la continuité du projet SOG1 (2008-2010), pour s'achever en mars 2012. Il a fait l'objet d'une évaluation finale distincte en 2012 (voir document joint : « Evaluation des SOG », novembre 2012). Un nouveau projet de soins obstétricaux et infantiles gratuits « Maman ak timoun an sante » a succédé au SOG2, et a ciblé 19 hôpitaux du pays (dont les hôpitaux départementaux du Sud Est et des Nippes) ; ce projet n'était pas intégré au projet conjoint SR.

C'est donc un nouveau projet conjoint au niveau des Agences des Nations Unies, voulu par le bailleur canadien, qui permettait de capitaliser sur le précédent projet conjoint UNFPA/UNICEF. Cette approche a permis aux trois Agences de travailler en étroite collaboration, en appui au MSPP. Une harmonisation a pu être faite pour les plans de travail annuels et les rapports annuels de chaque Agence, qui dès 2010 ont pu être consolidés dans un plan de travail annuel du projet conjoint SR et dans un rapport narratif annuel.

Cependant, la logique où chaque agence a un leadership technique et financier sur une composante spécifique, n'a pas favorisé l'intégration réelle des composantes entre elles dans leur mise en œuvre, car chaque Agence a sa propre dynamique, ses procédures administratives et financières qui ne sont pas identiques, et un calendrier de mise en œuvre qui a parfois été décalé.

Comité de pilotage et comité technique

Il est prévu, pour assurer le pilotage et la coordination du projet, la mise en place de deux comités :

- **Le Comité de pilotage stratégique** : il est Présidé par le Ministre du MSPP et mobilise les Représentants des trois Agences et les autres ministères : MJSAC, MCFDF, MENFP. Ce Comité se réunit au moins une fois par an. L'ACDI est aussi représentée dans ce comité. Il suit l'état d'avancement du projet, valide les plans de travail annuels et prend des décisions stratégiques.
- **Le Comité technique de coordination** : niveau Directeurs centraux et départementaux (MSPP, MJSAC, MCFDF, MENFP), responsables techniques du suivi du projet SR de chaque agence (chaque agence doit recruter une personne plein temps pour la gestion du projet). L'ACDI participe aussi à ce comité ainsi que d'autres partenaires de façon régulière comme l'Agence Française de Développement (AFD) ou de façon ponctuelle selon les sujets abordés. Ce comité se réunit mensuellement pour un suivi technique du projet. Il est présidé par la Directrice de la santé de la famille du MSPP.

Dans la pratique, le comité de pilotage s'est réuni une seule fois en février 2009 pour le lancement officiel du projet. En 2010 du fait du séisme, le comité de pilotage ne s'est pas réuni, puis d'autres urgences ont occupé le Ministre de la santé, en 2011 le ministère a géré les affaires courantes avant le changement de Ministre. La Coopération canadienne a fait une présentation de l'ensemble de ses projets santé au nouveau Ministre de la santé, en mars 2012, cette présentation a tenu lieu de comité de pilotage pour l'ensemble de ces projets.

Le comité technique, sous la présidence de la Direction de la santé de la famille, avec l'appui de l'UNFPA qui en assurait le secrétariat technique, a de fait assuré le pilotage, le suivi et la coordination du projet. Le comité technique s'est réuni très régulièrement (mensuellement) les premières années, puis de façon plus espacée (trimestriellement les deux dernières années).

En ce qui concerne la collaboration intra-sectorielle avec les autres directions du MSPP, il n'y a pas de concertation structurée concernant le projet SR. La mise en œuvre du projet SR est confiée principalement à deux directions centrales, la DSF et la DPM et à deux directions départementales. La gestion du projet SR est restée principalement concentrée au niveau de ces directions en collaboration avec les agences concernées, mais il n'y a pas eu suffisamment d'interactions avec la Direction de l'Organisation des Services de Santé (DOSS) pour ce qui concerne la définition des paquets d'activités liées à la SR, peu d'interactions avec la direction des études et de la programmation (UEP) en ce qui concerne la planification des activités, la

couverture sanitaire, le monitoring, peu d'interactions avec l'Unité d'appui à la décentralisation (UADS) en ce qui concerne la décentralisation et la responsabilisation des DDS, peu d'interactions avec la DRH en ce qui concerne la gestion des ressources humaines, les formations prévues, la stratégie d'intégration.

La collaboration intersectorielle entre le MSPP, le MCFDF et le MJSAC est confrontée à des difficultés d'ordre structurel et institutionnel dans les deux départements sanitaires de convergence des interventions de ce projet. Les bureaux départementaux du MCFDF et du MJSAC souffrent d'une carence en ressources humaines et matérielles. La centralisation excessive des décisions au niveau central (Port-au-Prince) de ces ministères ne leur permettent pas d'assumer pleinement, de façon déconcentrée, les responsabilités qui leur sont confiées en matière de Genre et d'égalité des sexes. Dans le cadre de ce projet, ces bureaux départementaux ne disposent même pas de comptes bancaires pour le transfert des fonds pour la réalisation des activités prévues dans le cadre de ce projet conjoint.

Evolution du contexte pendant la mise en œuvre du projet

Le projet initialement fixé pour une période de cinq années de 2008 à 2013 a été prolongé d'un an jusqu'en 2014. Pendant toute cette période le pays a été marqué par des événements dramatiques:

- La survenue du séisme de janvier 2010, dont les conséquences dramatiques humaines et en infrastructures vont désorganiser le fonctionnement du système de santé;
- Le cyclone Thomas en octobre 2010;
- L'épidémie de choléra qui a débuté en octobre 2010 et qui va mobiliser pendant plusieurs mois toutes les ressources humaines disponibles (ainsi que les ressources logistiques);
- Les troubles politiques fin 2010, avec de nombreuses manifestations et des limitations de déplacement.

Des changements importants sont également intervenus dans le leadership du Ministère de la santé et des départements sanitaires, ainsi qu'au niveau de deux Agences. Au cours des cinq années de mise en œuvre du projet, les changements suivants sont intervenus:

- Changement de Ministre de la santé en 2011, précédé par une longue période où le Ministère n'assurait que les affaires courantes;
- Changement du directeur départemental des Nippes en 2011 et de l'administrateur;
- Changement du Directeur départemental du Sud Est en 2012 et départ de l'administrateur;
- Changement du Directeur de la DSF en 2012;
- Changement des points focaux SR avec une vacance de 3 mois dans chaque département en 2013.
- Changement du gestionnaire de la composante 3 à l'OPS/OMS en 2010;
- Changements de responsable de la gestion de la composante 4 à l'UNICEF en 2009, 2010 et 2011;

Ces événements ont évidemment perturbé la mise en œuvre du projet. Malgré tout, les activités se sont poursuivies ou se sont réalisées avec un certain décalage.

A la demande du bailleur (comité technique du 26 octobre 2010), une reprogrammation budgétaire du projet a été proposée en novembre 2010 et a fait l'objet d'un amendement de l'arrangement administratif signé par l'UNFPA et l'ACDI (voir annexe 1). En 2011, l'arrangement administratif a fait l'objet de deux amendements pour prendre en compte l'actualisation des noms des gestionnaires ACDI et UNFPA, et corriger quelques erreurs de chiffres dans le tableau de l'amendement 1 (annexes 2 et 3). En 2012, l'arrangement administratif a fait l'objet de l'amendement N°4 (annexe 4) pour prendre en compte les versements annuels réels.

L'évaluation à mi-parcours

Une évaluation à mi-parcours du projet conjoint SR s'est déroulée en 2012 (voir document joint : « Evaluation à mi-parcours, projet conjoint SR »)

Les recommandations transmises par le consultant ont fait l'objet d'analyses par l'ensemble des partenaires, et un atelier de consolidation a eu lieu en novembre 2012 avec une proposition de rephasage du projet (voir document joint : « proposition de rephasage du projet »).

Certaines recommandations concernent les aspects de procédures gestionnaires des trois Agences. En particulier il est noté les contraintes liées à la divergence des procédures gestionnaires en fonction de chaque Agence, la rigidité des ces procédures, notamment dans le cadre du paiement direct. Ces contraintes sont connues de tous et doivent être prises en compte dans la mise en œuvre du projet, mais il n'est pas envisageable de modifier ces procédures qui sont définies par les sièges des Agences. La réalisation des audits financiers annuels des partenaires par l'UNFPA (avec une firme internationale), depuis 2010, augmente la charge administrative de mise en œuvre du projet à la fois au niveau de l'UNFPA et au niveau des partenaires d'exécution.

Certaines recommandations concernent une plus grande appropriation et implication du MSPP dans le suivi de la mise en œuvre du projet et une plus grande cohésion des 4 composantes du projet. Il s'agit ici de renforcer la gouvernance au sein des équipes du MSPP, on a pu noter un certain cloisonnement au niveau des directions départementales (entre le Directeur, le point focal SR, le statisticien, le pharmacien, les points focaux VIH et EFH). Les Directions sanitaires départementales se sont engagées à organiser des réunions mensuelles au niveau départemental des personnes de la direction impliquées dans le projet (point focal SR, statisticien, pharmacien, responsable communautaire, comptable ...), ainsi que des réunions multisectorielles (avec MCFDF, MJSAC, MENFP), pour faire un suivi des réalisations et d'éventuels problèmes rencontrés ; des comptes rendus de ces réunions seront rédigés et transmis au comité technique du projet. Il est aussi prévu la participation des points focaux SR au comité technique.

Le comité technique continuera à se réunir régulièrement (au moins trimestriellement) et des missions conjointes seront organisées pour le suivi de la mise en œuvre du projet.

Pour une meilleure coordination des activités au niveau du terrain, l'équipe de l'UNFPA soutiendra les directions sanitaires départementales pour la relance des tables sectorielles SR, permettant de regrouper l'ensemble des partenaires impliqués sur cette thématique.

L'évaluation à mi parcours a identifié un retard à la réalisation de certaines activités, mais n'a pas remis en cause fondamentalement la pertinence des objectifs et des stratégies. En fin de compte, peu d'activités initialement programmées sont retirées.

Le projet reste pertinent dans ses objectifs et ses stratégies. Il s'inscrit clairement dans le nouveau plan stratégique en santé de la reproduction que le MSPP a élaboré en décembre 2012, avec l'appui de l'UNFPA, dont les résultats attendus sont :

Axe 1. Offre de services

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

Axe 2. Communication et plaidoyer

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

Axe 3. Gouvernance et coordination

- Résultat 8. Mettre en place, dès le premier trimestre de l'année 2013, un comité national de Coordination multisectoriel chargé de rendre compte tous les six mois les progrès dans la mise en œuvre des actions prioritaires en santé maternelle, néonatale et en planification familiale.
- Résultat 9. Mettre en place d'ici à 2015 un mécanisme financier fonctionnel pour la prise en charge gratuite, aux points de prestation, des soins maternels et néonataux et des services de planification familiale, en vue d'aboutir à un système de protection sociale.

L'évaluation finale

L'évaluation finale a été réalisée en août/septembre 2014 par la firme AEDES (voir document joint « évaluation du projet conjoint santé reproductive. Juillet-nov 2014 »). Cette évaluation finale n'a pas pris en compte le volet SOG2 qui avait bénéficié d'une évaluation finale spécifique en 2012 (voir document joint « évaluation des SOG-nov 2012 »).

Les conclusions de l'évaluation finale:

« Le projet conjoint SR, avec le financement de la coopération Canadienne a voulu apporter un appui conséquent au Ministère de la santé haïtien pour répondre au problème critique de la mortalité maternelle dans le pays. Il l'a adressé de manière globale; a ciblé simultanément plusieurs aspects de la lutte contre la mortalité maternelle dont l'accès à la planification familiale et les trois retards dans la prise en charge des complications obstétricales.

Cette approche holistique, certes louable, a voulu couvrir simultanément trop de domaines de la SR au risque de disperser les moyens et les efforts. Le dispositif de gestion du projet, confiant à trois agences de nations unies, l'UNFPA, l'OMS et l'UNICEF, la mise en œuvre de chaque composante en fonction de leur expertise propre avait l'avantage de favoriser des synergies et des complémentarités mais a rendu la gestion peu efficiente.

L'appropriation du projet par le MSPP a été difficile même si les capacités techniques des quatre directions concernées ont été renforcées.

Le projet a cependant pu garder le cap initial tout en s'adaptant au contexte particulièrement mouvementé du pays. On peut souligner la capacité de réponse manifestée, non seulement aux crises mais aussi aux questionnements inévitables en cours d'un tel projet. Lors des événements tragiques de 2010, l'équipe du projet s'est investie dans la réponse au désastre. Après l'évaluation à mi-parcours, un rephasage concerté du projet a eu lieu.

Malgré les difficultés et les faiblesses rencontrées dans la mise en œuvre, un certain nombre de résultats peuvent être mis à l'actif du projet: l'amélioration progressive de la prévalence contraceptive dans le pays et en particulier dans les deux départements pilotes, la disponibilité générale des intrants PF, l'augmentation lente mais sensible des accouchements institutionnels, la sensibilisation des populations bénéficiaires aux questions de SR et de genre. »

Les recommandations de l'évaluation finale :

« Pour renforcer l'efficacité des programmes de santé maternelle:

Contribuer à bâtir un système de santé national plus efficace et rentable et s'inscrire dans l'approche basée sur les résultats préconisée par le MSPP en liant notamment le financement du système de santé à la performance des programmes de santé maternelle.

Tout en visant les 3 retards, donner la priorité aux SONUC en renforçant l'organisation des hôpitaux.

Utiliser les « success stories » comme levier pour améliorer la prise en charge des complications obstétricales.

Impliquer directement les directeurs des hôpitaux départementaux dans la planification et le suivi du projet.

Garantir la mise à disposition de ressources humaines qualifiées: Poursuivre la formation initiale et continue de sages-femmes et mettre en place une politique de rétention des ressources humaines qualifiées en périphérie.

Mettre à jour la carte sanitaire et élaborer un plan global de développement de la couverture sanitaire incluant les SONUB et les SONUC.

Poursuivre les activités de sensibilisation, d'IEC, de plaidoyer au niveau communautaire en collaboration avec les autres ministères et avec les associations locales.

Pour renforcer le système de gestion et distribution des intrants

Définir des objectifs prioritaires sur base du document de l'OMS : « Modèle de Système d'Assurance de Qualité pour Agences d'Approvisionnement »

Mettre en place un programme de formation ciblé sur les objectifs prioritaires incluant un module d'induction destiné à tout nouvel arrivant et la formation continue des fonctions clés impliquées dans la gestion des médicaments

Inclure comme recommandé par l'OMS une évaluation systématique des résultats des sessions de formation.

Poursuivre le support à l'Autorité Réglementaire (notamment la formation des inspecteurs)

Poursuivre et intensifier le support à la Faculté de Pharmacie

Pour renforcer l'efficience:

Evoluer progressivement vers une approche programme.

Pour améliorer la gestion des déchets et les impacts sur l'environnement

Former le personnel en adoptant les mêmes principes que pour le système de distribution : formation de base pour tout nouvel employé, programme de formation continue, dynamique d'évaluation.

Mettre à disposition le matériel nécessaire à une bonne gestion des déchets : conteneurs appropriés et incinérateurs.

Pour renforcer l'efficacité de l'aide

Renforcer le leadership du MSPP et des DSD.

Veiller à une meilleure répartition des rôles, responsabilités et résultats attendus à chaque niveau du système de santé est nécessaire en tenant compte de la séparation des fonctions.

Mettre en place une concertation structurée au sein du comité technique santé familiale ainsi que pour les autres dimensions (protection sociale, financement de la santé) avec une feuille de route précise.

Appuyer le renforcement de deux instruments/outils précieux de coordination que sont la carte sanitaire et la planification stratégique.

Améliorer le système d'information et de monitoring dans ses dimensions gestion du patient, gestion du service, gestion du système de santé. »

II. LA DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE

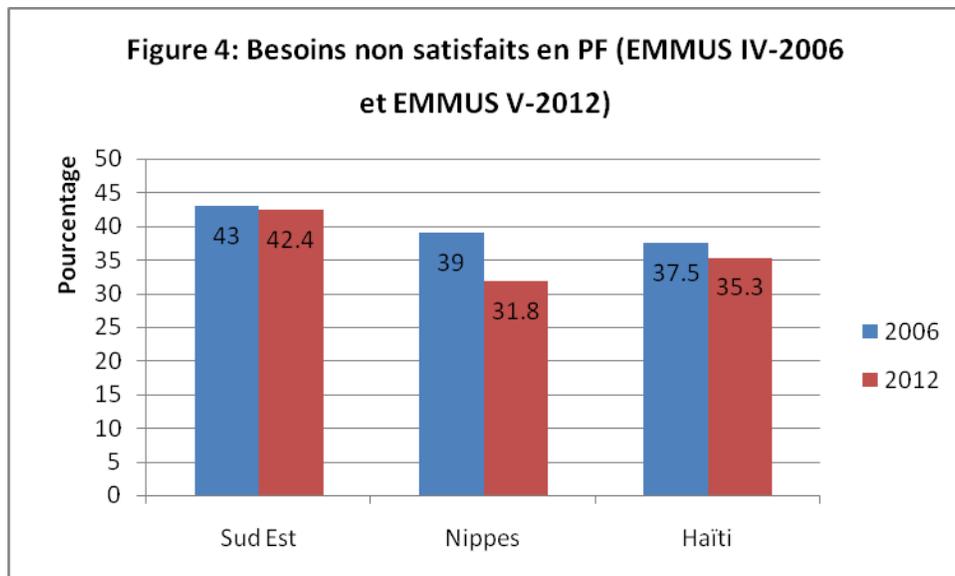
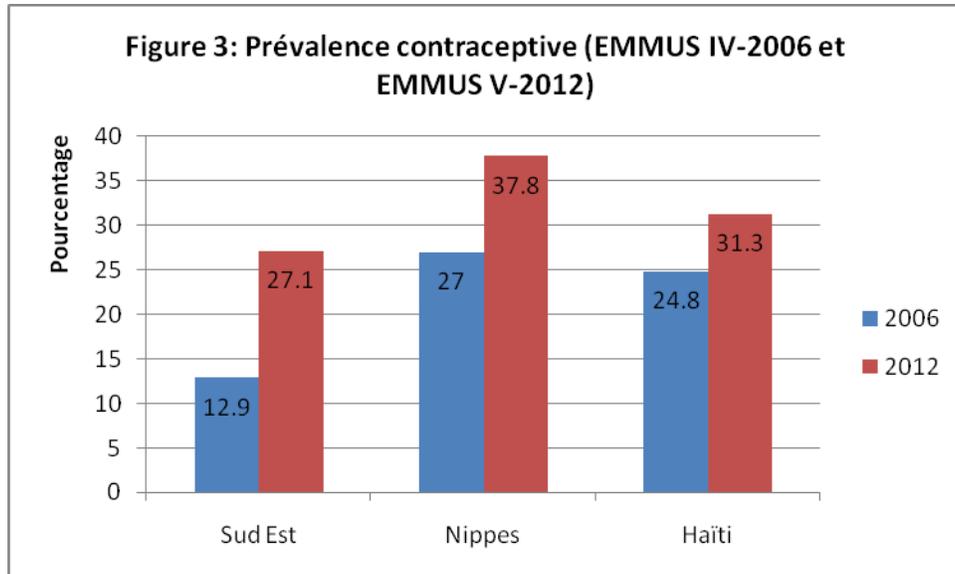
L'objectif intermédiaire 1 : Améliorer l'accès de la population à la planification familiale dans une perspective d'intégration de toutes les composantes de la santé de la reproduction dans les deux départements cibles.

Effet 1 attendu : Augmentation de l'utilisation des contraceptifs modernes dans les départements du Sud Est et des Nippes.

Tableau 2: prévalence contraceptive et besoins non satisfaits en PF, ligne de base, cibles et résultats atteints

| <i>Indicateur</i> | <i>Ligne de base 2006 (EMMUS IV)</i> | <i>Cibles projet (2014)</i> | <i>Résultats atteints 2012 (EMMUS V)</i> |
|---|--------------------------------------|-----------------------------|--|
| <i>prévalence contraceptive Sud Est</i> | <i>12,9%</i> | <i>18%</i> | <i>27,1%</i> |
| <i>prévalence contraceptive Nippes</i> | <i>27%</i> | <i>37%</i> | <i>37,8%</i> |
| <i>besoins non satisfaits en PF Sud Est</i> | <i>43%</i> | <i>35%</i> | <i>42,4%</i> |
| <i>besoins non satisfaits en PF Nippes</i> | <i>39,8%</i> | <i>32%</i> | <i>31,8%</i> |
| <i>prévalence contraceptive Haïti</i> | <i>24,8%</i> | | <i>31,3%</i> |
| <i>besoins non satisfaits en PF Haïti</i> | <i>37,5%</i> | | <i>35,3%</i> |

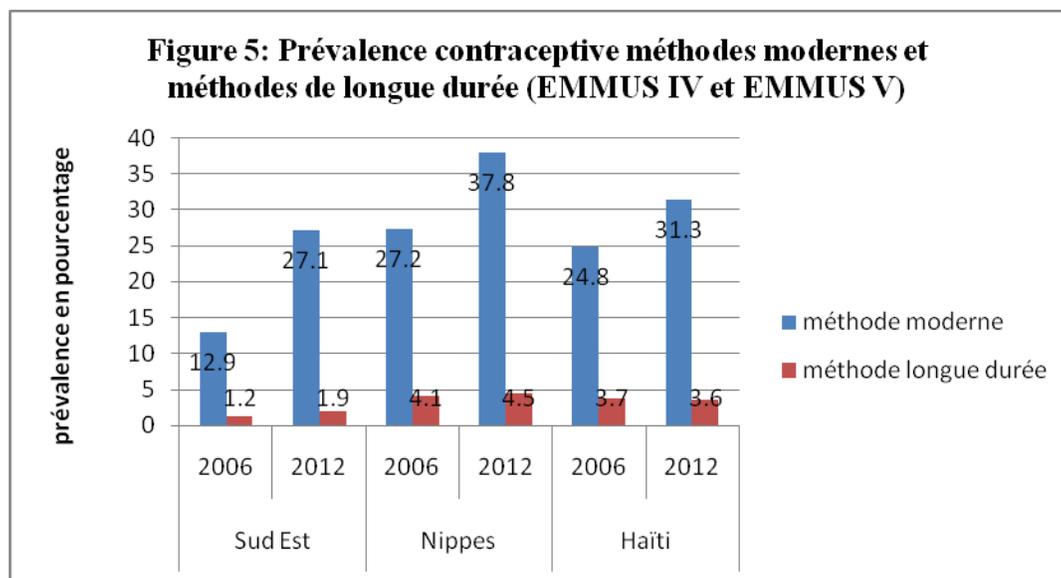
Si la prévalence contraceptive a bien évolué et a dépassé les cibles fixées dès l'année 2012 pour les deux départements cibles, dépassant même la moyenne nationale pour les Nippes, les besoins non satisfaits ont peu évolué dans le Sud Est alors qu'ils ont bien diminué dans les Nippes dépassant la cible dès 2012 (tableau 2, figures 3 et 4).



L'utilisation des méthodes de longue durée ou définitives reste basse, si l'on considère les chiffres fournis par les enquêtes EMMUS en 2006 et en 2012 (tableau 3 et figure 5), avec même une diminution de leur poids parmi les méthodes modernes utilisées.

Tableau 3: prévalence contraceptive par méthode (EMMUS IV et EMMUS V)

| | Prévalence toutes méthodes modernes PF | Prévalence méthode longue durée ou définitive | Poids des méthodes longue durée sur les méthodes modernes utilisées |
|--------------|--|---|---|
| Sud Est 2006 | 12.9% | 1.2% | 9% |
| Sud Est 2012 | 27,1% | 1.9% | 7% |
| Nippes 2006 | 27% | 4.1% | 15% |
| Nippes 2012 | 37,8% | 4.5% | 12% |
| Haïti 2006 | 24.8% | 3.7% | 15% |
| Haïti 2012 | 31.3% | 3.6% | 12% |



Si l'on considère maintenant les données statistiques fournies par le système d'information sanitaire pour 2013 (tableau 4), les données diffèrent quelque peu, surtout pour le département des Nippes. Les méthodes de longue durée et définitives (Dispositifs intra utérins-DIU, implants et ligatures) ne représentent que 10% des méthodes contraceptives utilisées au niveau du pays, 4% au niveau du Sud Est et par contre la situation est meilleure dans les Nippes avec une proportion de 30%. L'interprétation de ces chiffres est un peu délicate, car le nombre d'utilisatrices cumule des données depuis plusieurs années (comme on le voit pour les méthodes définitives dans les Nippes), et le nombre total d'utilisatrices déclarées est assez faible dans chacun des deux départements, surtout dans le Sud Est.

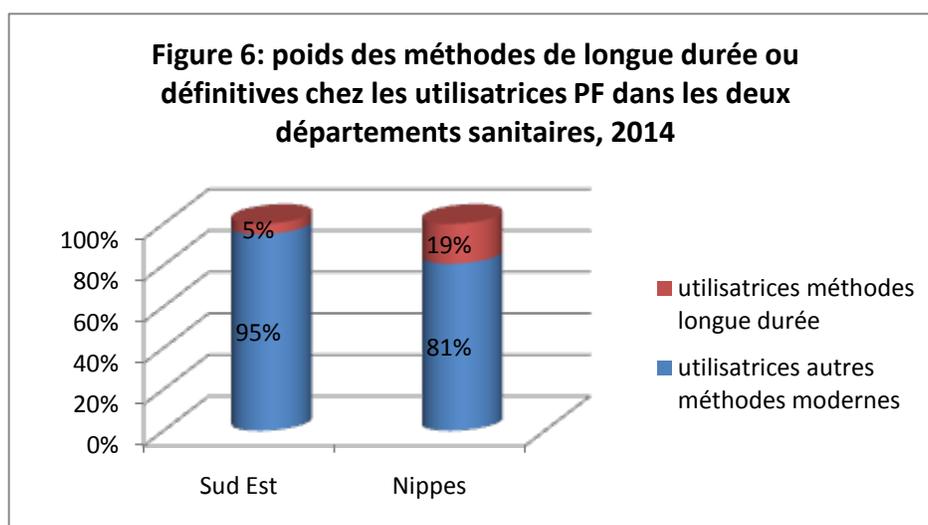
Tableau 4: Utilisatrices de méthodes modernes de PF en 2013 (Annuaire statistique 2013, MSPP, SIS)

| Zone géographique | Méthode contraceptive (sans condoms) | | | | | | TOTAL |
|-------------------|--------------------------------------|------------|-----|---------|------|----------|--------|
| | pilule | injectable | DIU | Implant | MAMA | ligature | |
| Nippes | 2020 | 5871 | 0 | 1486 | 57 | 1995 | 11433 |
| Sud Est | 1773 | 5792 | 1 | 336 | 160 | 25 | 8088 |
| Pays | 40064 | 190186 | 237 | 20206 | 7359 | 7504 | 272960 |

Les données statistiques fournies par les deux départements sanitaires en 2014 sont plus complètes (tableau 5 et figure 6).

Tableau 5 : utilisatrices de méthodes modernes de PF 2014 (données statistiques Sud Est et Nippes 2014)

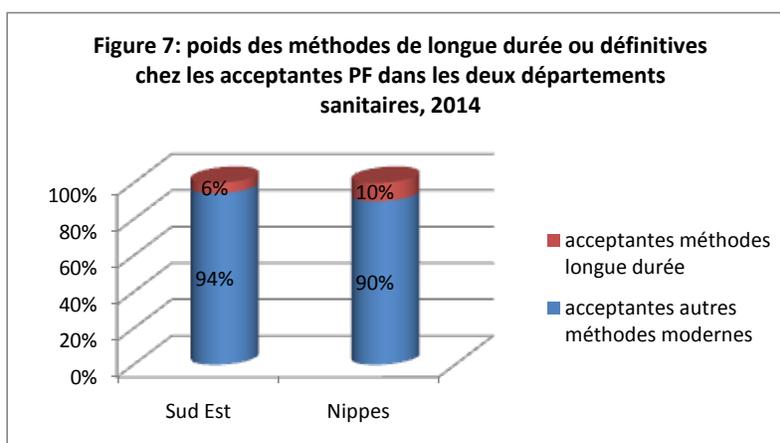
| | A-utilisatrices toutes méthodes modernes | B-Utilisatrices méthodes de longue durée ou définitives | Proportion B/A |
|---------|--|---|----------------|
| Sud Est | 46,912 | 2,339 | 4.99% |
| Nippes | 36,816 | 7,099 | 19.28% |



On peut aussi analyser la proportion d'acceptantes (c'est-à-dire de nouvelles utilisatrices) qui utilisent des méthodes de longue durée ou définitives. **Si l'on considère les données 2014 d'acceptantes PF fournies par les Directions sanitaires du Sud Est (clinique Profamil de Jacmel comprise) et des Nippes**, le poids des méthodes de longue durée ou définitives chez les acceptantes de PF (hors condom) est de 6% pour le Sud Est et de 10% pour les Nippes, ce qui reste encore assez bas (tableau 6 et figure 7).

Tableau 6 : acceptantes méthodes modernes de PF 2014 (données statistiques DDS 2014)

| | A-Acceptantes toutes méthodes modernes | B-Acceptantes méthodes de longue durée ou définitives | Proportion B/A |
|---------|--|---|----------------|
| Sud Est | 9,651 | 555 | 5.70% |
| Nippes | 5,638 | 639 | 10.18% |



Du fait de la campagne nationale de PF en 2014, et des nombreuses activités mises en œuvre dans les deux départements sanitaires, surtout au cours des derniers 6 mois, la prévalence contraceptive a du nettement augmenter depuis 2012. Seule une enquête en population générale permettra d'avoir un chiffre précis en termes de prévalence contraceptive (prochain EMMUS).



Photos 1 et 2 : lancement de la campagne nationale de planning familiale, mars 2014, Cayes Jacmel. A gauche discours du Représentant UNFPA devant la Première Dame et la Ministre de la santé ; à droite, la Reine de la campagne, dans une robe en préservatifs.

Objectif spécifique 1.1 Augmenter la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services PF dans les 50 institutions sanitaires des deux départements.

Résultats attendus: qualité améliorée des services PF/SR des 50 institutions de santé des départements sanitaires des Nippes et du Sud Est, institutions assurant l'ensemble des prestations de santé de la reproduction en fonction de leur niveau SONUC, SONUB, SSPE.

Résultats atteints : Les 11 institutions SONU des deux départements soutenues par le projet intègrent SM/PF/IST/PTME/genre ; elles ont amélioré leur accueil et offrent au moins 4 méthodes modernes de PF (dont une de longue durée) et prennent en charge les violences faites aux femmes.

Toutes les autres institutions de santé des départements offrent au moins 3 méthodes de PF selon le PMS (sauf l'hôpital de Caritas à Thiote qui n'offre pas la PF).

Le monitoring trimestriel SONU est réalisé dans les deux départements.

Le renforcement de l'offre de services de PF passe par une véritable intégration de la SR dans les services de santé et met l'accent sur l'amélioration de la qualité de l'accueil à destination des jeunes et la mise à disposition dans toutes les institutions et selon le niveau, de toute la gamme de méthodes de PF selon les normes du Ministère de la santé.

De nombreuses activités ont été menées pour renforcer la prestation de services de PF :

- Diffusion de protocoles standardisés, de fiches techniques, de matériel d'information en PF pour le personnel;
- Formation de l'ensemble du personnel de santé en prestations de SR avec un focus sur l'accueil, la prise en charge des jeunes, sur le counseling et sur les méthodes de longue durée en PF; formations diverses en techniques de PF selon les spécialités des personnels ;
- Développement des autres services SR en fonction de la capacité des institutions.
- Equipement et aménagement des institutions pour les activités PF/SR ;
- Identification dans chaque institution d'un point focal PF/SR ;
- Appui aux cliniques mobiles en PF/SR ;
- Extension du réseau des agents de santé communautaires formés à la PF/SR.

Photos 3 à 6 : clinique mobile à Baie d'Orange, zone enclavée du Sud Est, décembre 2014





Points forts :

La volonté d'intégration de la PF à l'ensemble des activités de SR au niveau des institutions de santé est bien appropriée par les professionnels de santé.

Recyclage en PF de 44 professionnels des Nippes et du Sud Est, avec un focus sur le counselling et sur les effets secondaires, en 2010.

Les professionnels des 50 institutions de santé des deux départements cibles ont été informés des normes actualisées en santé maternelle et en PF lors d'ateliers en 2011.

La formation/recyclage de 17 professionnels de santé en 2011 et de 54 professionnels de santé en 2014 aux méthodes de longue durée (implants) a été réalisée sur le terrain à la grande satisfaction des professionnels et de la population.

L'aspect communautaire de la PF, la présence de postes fixes de rassemblement, de cliniques mobiles, a permis aux personnes sensibilisées de trouver des réponses à leurs besoins.

Réalisation d'un film dans une zone enclavée du Sud Est (baie d'Orange) qui montre l'importance des grossesses précoces et la difficulté d'accès aux services SR et notamment PF. Ce film est utilisé comme outil de plaidoyer auprès des décideurs pour renforcer l'accès aux services de PF/SR.

Contraintes : si les méthodes de PF sont gratuites (fournies au MSPP par UNFPA et USAID), les autres consommables nécessaires à la mise en place de méthodes de longue durée ou définitives (compresse, anesthésique, désinfectant,...) ont un coût et le budget n'est pas toujours disponible. Une mauvaise articulation existe entre les institutions de santé et les Centres départementaux d'approvisionnement en intrants (CDAI).

Leçons apprises :

La formation sur le terrain aux méthodes de longue durée nécessite une planification rigoureuse avec une bonne mobilisation de la communauté.

En proposant une large gamme d'activités allant de la sensibilisation des utilisateurs, passant par l'information des jeunes jusqu'à la mise à disposition de services performants dans les institutions de soins, la demande satisfaite en planification familiale peut réellement s'améliorer.

Objectif spécifique 1.2 Augmenter l'accès à l'information, à la sensibilisation, au conseil et à l'orientation en matière de PF/SR pour la population en âge de procréer et en particulier les jeunes (garçons et filles).

Résultats prévus : 200 000 personnes en âge de procréer des départements du Sud Est et des Nippes ont reçu une information, des conseils, une orientation en PF/SR.

Résultats atteints : dans le cadre de cet objectif, l'UNFPA a soutenu les activités suivantes :

Formation des leaders communautaires dans le cadre des « noyaux communautaires » (un par commune dans chaque département sanitaire des Nippes et du Sud Est) : 500 leaders communautaires (340 hommes et 160 femmes) ont été formés à la SSR intégrée au cours de plusieurs séances dans chaque commune ainsi qu'au plan d'évacuation des urgences et au secourisme.

Formation de 612 inspecteurs d'académie et professeurs de biologie du fondamental sur le guide méthodologique en éducation au VIH SIDA dans le cadre d'une éducation à la santé sexuelle et reproductive, pour intégrer ce module SR dans leur curriculum scolaire.

Formation de 61 agents de santé communautaires (dont 41 hommes et 20 femmes)

Tableau 7 : Sensibilisation à la SSR intégrée (statut des femmes, prévention des violences faites aux femmes, planning familial, santé maternelle, prévention des IST)

| | <i>Population totale touchée</i> | <i>Dont hommes</i> | <i>Dont femmes</i> |
|--|----------------------------------|--------------------|--------------------|
| <i>Sensibilisation dans le cadre de clubs de pères et de mères</i> | <i>26,981</i> | <i>9,370</i> | <i>17,611</i> |
| <i>Sensibilisations de masses lors des fêtes patronales et autres événements</i> | <i>51,171</i> | <i>28,058</i> | <i>23,113</i> |
| <i>Sensibilisation des jeunes de moins de 25 ans hors milieu scolaire</i> | <i>174,354</i> | <i>76,413</i> | <i>97,941</i> |
| <i>Sensibilisation des jeunes de moins de 25 ans en milieu scolaire</i> | <i>57,623</i> | <i>31,116</i> | <i>26,507</i> |
| TOTAL | <i>310,129</i> | <i>47%</i> | <i>53%</i> |

Pour renforcer le niveau d'information de la population et des jeunes en particuliers, les activités suivantes ont été réalisées :

- Renforcement de la mobilisation sociale et communautaire;
- Valorisation des organisations actives en PF/SR au sein des communautés ;
- Renforcement des capacités institutionnelles centrales de la DSF et des Directions sanitaires des Nippes et du Sud Est pour le développement de la santé de la reproduction ;
- Appui à l'organisation d'espaces de conseil et d'orientation en PF/SR au sein des communautés, à l'organisation d'ateliers communaux SR dans le cadre des comités de santé, à l'organisation de séances PF/SR lors d'activités sportives et culturelles et dans les écoles en collaboration avec le Ministère de la condition féminine et des droits de la femme (MCFDF) et le Ministère de la jeunesse et des sports (MJSAC).
- Formation des leaders communautaires, des professeurs de biologie du fondamental en lien avec le Ministère de l'éducation nationale (MENFP), des agents de santé communautaires à la SR.

Points forts :

Mise en place de noyaux communautaires au niveau de chaque commune des deux départements sanitaires : noyaux constitués de 15 à 25 leaders par commune.

Formation des leaders communautaires, des inspecteurs d'académie du MENFP, des professeurs de biologie du fondamental et des agents de santé communautaire à la SSR intégrée.

Identification d'espaces jeunes communautaires pour orientation/conseil en SSR avec le MJSAC (à Jacmel et à Thiotte). L'espace de jacmel a été équipé (mobilier, informatique, audio-vidéo) par le projet et est devenu fonctionnel en 2011.



Photo 7 : Jeunes participants au « Kombat vacances MJSAC Jacmel », Espace jeune de Jacmel, projet conjoint SR, Haïti, 2012



Photo 8 : Sensibilisation des élèves à la SR au niveau des écoles dans le Sud Est, 2013



Photos 9 et 10 : Séance de sensibilisation à la PF en milieu communautaire lors d'une fête patronale dans les Nippes en août 2014

Contraintes :

La collaboration intersectorielle entre le MSPP, le MCFDF et le MJSAC est confrontée à des difficultés d'ordre structurel et institutionnel dans les deux départements sanitaires de convergence des interventions de ce projet. Les bureaux départementaux du MCFDF et du MJSAC souffrent d'une carence en ressources humaines et matérielles. La centralisation excessive des décisions au niveau central (Port-au-Prince) de ces ministères ne leur permettent

pas d'assumer pleinement de façon déconcentrée, les responsabilités qui leur sont confiées. Ces bureaux départementaux ne disposent même pas de comptes bancaires pour le transfert des fonds pour la réalisation des activités prévues dans le cadre de ce projet conjoint.

Bien que des réunions de travail avec le MJSAC aient pu être réalisées au niveau des deux départements, et des espaces jeunes identifiés pour fournir des orientations/conseils en SR/PF, les contraintes structurelles de ce Ministère très centralisé n'ont pas permis d'aboutir au bon fonctionnement de tous ces espaces ; seul l'espace de Jacmel a pu être équipé et a fonctionné.

Deux espaces jeunes institutionnels ont été identifiés et aménagés : à Anse à Pitre et à Petite Rivière des Nippes. Seul celui de Anse à Pitre a pu fonctionner, mais au bout de six mois les locaux ont été réquisitionnés par la police locale et l'espace a du fermer. Celui de Petite Rivière n'a pu être aménagé pour raisons de procédures.

Des espaces PF au niveau des marchés n'ont pu être rendus fonctionnels, du fait de contraintes procédurales dans l'aménagement des locaux et d'appropriation insuffisante de cette stratégie au niveau des directions sanitaires.

Leçons apprises :

Malgré les résistances culturelles et les « tabous » en matière de SSR, les populations et particulièrement les jeunes sont très réceptifs aux messages et conseils en matière de SSR. Les résistances se retrouvent parfois au niveau des professionnels de santé qui restent sur des acquis anciens et des connaissances non mises à jour.

Objectif spécifique 1.3 Assurer des services de santé pour les populations déplacées dans les camps

Cet objectif, rajouté après le séisme de janvier 2010, n'a finalement pas été pris en compte par l'UNFPA pour l'offre de services de santé, car de nombreux autres partenaires sont intervenus dans les camps de personnes déplacées.

Par contre réalisation de séances de sensibilisation à la santé reproductive, à la prévention et à la prise en charge des viols et violences faites aux femmes pour les personnes déplacées dans les camps de Jacmel et pour les membres des comités des camps. Sensibilisation de 28 membres des comités des camps de déplacés pour la prise en charge des viols. 45 jeunes dont 15 par camp ont été sensibilisés et formés comme pairs éducateurs sur les mesures à prendre en cas de violences.

Thématiques transversales:

L'égalité hommes femmes

Points forts :

Cette composante a un objectif clair d'intégration de toutes les composantes de la santé de la reproduction. L'égalité hommes-femmes, et en particulier la prévention de la lutte contre les violences faites aux femmes, est une thématique systématiquement abordée lors des actions de formation/sensibilisation des leaders communautaires, des inspecteurs d'académie et professeurs de biologie des écoles fondamentales, des agents de santé communautaire et des populations (jeunes et adultes).

Contraintes :

La collaboration intersectorielle entre le MSPP et le MCFDF est confrontée à des difficultés d'ordre structurel et institutionnel dans les deux départements sanitaires de convergence des interventions de ce projet. Les bureaux départementaux du MCFDF souffrent d'une carence en ressources humaines et matérielles. La centralisation excessive des décisions niveau central (Port-au-Prince) de ce ministère ne lui permet pas d'assumer pleinement de façon déconcentrée, les responsabilités qui lui sont confiées en matière de Genre et d'égalité des sexes. Dans le cadre de ce projet, ces bureaux départementaux ne disposent même pas de comptes bancaires pour le transfert des fonds pour la réalisation des activités prévues dans le cadre de ce projet conjoint.

Leçons apprises :

L'intégration de la thématique genre comme élément interdépendant de la SR dans toutes les séances de formation permet d'avoir une bonne sensibilisation des acteurs.

L'environnement

Points forts :

L'étude environnementale de 12 institutions de santé dans le Sud Est et les Nippes a été réalisée en novembre 2010 ; l'étude constatait que « les résidus solides et liquides en provenance des hôpitaux sont soit accumulés soit déversés dans le milieu sans aucun traitement ». L'évaluation par institution montrait des disparités importantes, certains SONU étant notés « passable » et même « bien » pour leur gestion des déchets de soins.

Des interventions structurées en matière d'approvisionnement en eau, d'assainissement et de gestion des déchets de soins au sein de 6 institutions SONU ont été réalisées par l'OPS/OMS dans le Sud Est et les Nippes.

Les procédures de gestion des médicaments périmés ont été mis à disposition ainsi qu'un appui financier pour la destruction de ces périmés selon la procédure OMS afin d'éviter toute contamination environnementale par des produits toxiques et à rémanence prolongée.

La survenue de l'épidémie de choléra a été une opportunité pour le renforcement des mesures d'hygiène dans les institutions de santé SONU: séances de recyclage, mise à disposition de produits désinfectants, standardisation des mesures de nettoyage et de protections individuelles.

L'équipe d'appui basée à Jacmel a apporté son soutien aux directions sanitaires des Nippes et du Sud Est pour des activités de sensibilisation des populations à la prévention du choléra, et a participé aux distributions de kits d'hygiène-choléra aux femmes enceintes, en lien avec la Direction de la protection civile.

Au niveau central, les responsables du projet conjoint au niveau des trois Agences des Nations Unies ont participé à la rédaction d'un document avec le MSPP début 2011, pour la prévention du choléra dans les maternités intitulé « maternités et choléra ».

Contraintes : l'aspect environnemental n'est pas suffisamment pris en compte par le Ministère ni par les partenaires lors de la mise en place de nouvelles infrastructures de santé. Par ailleurs l'étude environnementale a montré que beaucoup d'institutions de santé ont des problèmes basiques d'approvisionnement en eau propre, d'évacuation des eaux usées, de fourniture d'électricité et de gestion des déchets de soins. Cette situation a un impact sur la qualité des soins fournis.

Leçons apprises : une offre de soins de qualité implique une infrastructure fonctionnelle avec au minimum un approvisionnement en eau propre, un système d'évacuation des eaux usées, un approvisionnement en électricité, un système efficace de gestion des déchets de soins.

Il y a nécessité de renforcer la conscientisation et la capacité du personnel dans ce domaine en mettant en place un programme de formation (formation de base, formation continue) sur le long terme avec évaluation des acquis. Les besoins en équipements de manipulation, de stockage et de destruction des déchets restent eux aussi d'actualité.

Le renforcement institutionnel

Au niveau central : le directeur de la DSF a présidé le comité technique et assuré le suivi du projet à travers les réunions qui ont été très régulières. L'UNFPA assurait le secrétariat du comité technique. Pendant toute la durée du projet, un appui technique a été fourni à la DSF ainsi que des consommables. Le MCFDF a reçu un appui financier par le projet pendant 3 ans pour réaliser des missions de supervision au niveau des deux départements.

Au niveau départemental le projet a apporté un fort soutien aux directions sanitaires des Nippes et du Sud Est en ressources humaines, en expertise technique, en équipement et logistique (véhicule, génératrice, ordinateurs...), en appui au fonctionnement. Le projet a soutenu aussi les médecins de commune (équipements informatiques notamment) pour renforcer leurs capacités au niveau des bureaux communaux de santé.

Le tableau 8 détaille les ressources humaines prises en charge par le projet entre 2009 et 2014 :

Tableau 8 : ressources humaines financées par le projet

| | RH financées par le projet conjoint SR entre 2009 et 2014 | Dont RH prises en charge par le MSPP avant la fin du projet |
|-----------------------------|--|---|
| Direction sanitaire Sud Est | 8 professionnels : Agent de mobilisation communautaire Secrétaire Statisticien Point focal SR Comptable Agents de sécurité (2) Personnel de soutien | 5 professionnels : -Point focal SR -Comptable -Agents de sécurité (2) -Personnel de soutien |
| Direction sanitaire Nippes | 9 professionnels Point focal SR Comptable Statisticien Chauffeur Responsable ressources humaines Intendant Agent de saisie Logisticien Ménagère | 4 professionnels Point focal SR Comptable Intendant Ménagère |
| | RH financées par le projet conjoint SR entre 2009 et 2014 | Dont RH prises en charge par le MSPP avant la fin du projet |
| SONU du Sud Est : | 51 professionnels pour les institutions SONU (hôpital St Michel, Côte de Fer, Bainet, La Vallée, Marigot, Belle Anse, Anse à Pitre, Thiotte): Obstétricien, infirmières sages femmes, médecins, infirmières, technologistes, auxiliaires, ménagères, agents de sécurité 25 agents de santé communautaire et 5 superviseurs | 6 professionnels (hôpital St Michel): Obstétricien, infirmière sage femme, infirmière, ménagères (par ailleurs 2 infirmières sages femmes ont quitté leur poste) |
| SONU des Nippes | 23 professionnels (hôpital Ste Thérèse, Paillant, l'Azile, Petite Rivière, Anse à Veau, Petit Trou des Nippes) Obstétricien, anesthésiste, infirmières sages femmes, médecins, infirmières, technologistes, auxiliaires, ménagères, agents de sécurité 27 agents de santé communautaire et 5 superviseurs | 5 professionnels (hôpital Ste Thérèse, Paillant, l'Azile) Obstétricien, médecin, infirmière sage femme, 2 ménagères (par ailleurs 2 infirmières sages femmes ont quitté leur poste) |

L'annexe 5 donne des détails sur le nombre et la répartition de ces ressources humaines en 2012.

Points forts

La mise en place d'une équipe de proximité de l'UNFPA basée à Jacmel (un médecin expert en santé de la reproduction, deux experts en mobilisation communautaires, un assistant administratif) a permis un accompagnement régulier des directions sanitaires des Nippes et du Sud Est. Des avancées ont été faites grâce aux apports du projet dans les capacités des directions sanitaires départementales en matière de planification, de suivi et de reporting et dans l'organisation de la concertation sectorielle.

Le renforcement des équipes départementales : le projet a financé notamment les salaires de trois cadres dans chaque direction sanitaire, dont un responsable de santé communautaire dans le Sud Est, un responsable des ressources humaines dans les Nippes, un statisticien et un comptable dans chaque département.

La participation active aux réunions des tables sectorielles départementales.

L'animation du sous cluster santé de la reproduction dans le Sud Est en 2010.

Contraintes et défis

Les équipes centrales et départementales ont à suivre et coordonner de nombreux projets, de nombreux partenaires qui ont souvent des procédures de gestion différentes, ce qui ne facilite pas la coordination des activités.

Il faut noter que malgré toute leur compétence et leur bonne volonté, les points focaux SR qui étaient les personnes clés pour le suivi des activités SR, n'ont pas les capacités ni la légitimité pour donner des orientations stratégiques et pour influencer les responsables d'institutions sanitaires qui sont généralement médecins et sont plus âgés et expérimentés.

Les directeurs départementaux (et les points focaux SR) ont changé au cours de la mise en oeuvre du projet. Les deux directeurs actuels ne se sont pas réellement senti maîtres d'oeuvre du projet, d'autant qu'ils ne disposaient pas du budget qui était géré par les Agences. Par ailleurs dans le système de santé, ils n'ont pas la maîtrise des finances allouées au département ; ils n'ont pas non plus réellement la maîtrise des ressources humaines et ont peu d'autorité sur les responsables des hôpitaux.

La fin du projet SR amène de grosses questions concernant le personnel contractuel engagé dans le cadre du projet.

Le rapport narratif 2011 montre que cette préoccupation a toujours été présente: « Le projet prend en charge un nombre élevé de ressources humaines (18 au niveau des directions sanitaires, 60 au niveau des maternités et 50 au niveau communautaire) et des discussions sont déjà engagées avec les Directeurs sanitaires des deux départements cibles pour organiser progressivement l'intégration de ce personnel dans la fonction publique ou leur prise en charge par d'autres projets. Ces discussions ont aussi été relayées au niveau du comité technique du projet conjoint SR ».

Dès 2012, une partie du personnel a été progressivement intégrée dans la fonction publique par le MSPP mais ce n'est pas au rythme souhaité dans les deux directions départementales. La capacité à maintenir les ressources humaines requises pour le fonctionnement des services de santé en général et les services de santé reproductive en particulier reste l'un des défis majeurs pour garantir la pérennité.

Le renforcement du système d'information sanitaire

Points forts :

Les Directions sanitaires départementales des Nippes et du Sud Est ont été renforcées dans leur capacité de monitoring par la mise à disposition de statisticiens, un budget pour les supervisions trimestrielles et l'appui aux points focaux SR. Chaque institution de santé envoie mensuellement au niveau départemental ses données statistiques de routine, c'est le statisticien départemental qui en fait la compilation et le traitement.

Au cours des deux dernières années du projet, le monitoring des SONU a été réalisé trimestriellement par les points focaux SR avec l'appui du projet auprès des institutions SONUB et SONUC. Le monitoring concerne les 7 fonctions SONUB et les 9 fonctions SONUC, ainsi que les RH humaines et les intrants SR/PF disponibles, la disponibilité du service 24h/24, l'utilisation du partogramme, l'offre de service en PF, la prise en charge médicale des VBG. Il permet aussi de collecter les informations concernant le nombre d'accouchements institutionnels et de césariennes pour la période donnée. Il sert aussi à prendre des décisions visant l'amélioration de la qualité des services offerts.

Les directeurs départementaux envoient en principe les rapports d'activités du SIS à l'UEP qui les donne en copie à l'UADS. C'est l'UADS qui joue le rôle de coordination des directions départementales. Dans le cadre du projet SR, les rapports de monitoring sont envoyés à la DSF.

Contraintes :

Le SIS fait l'objet de réformes itératives, sans encore déboucher sur un système unique, simple et efficace. Les professionnels de santé et même les points focaux SR n'ont pas suffisamment conscience de l'utilité du suivi et de l'analyse régulière des données pour améliorer le fonctionnement des services.

Leçons apprises :

Un facteur de motivation des professionnels dans l'intérêt du SIS est une rétro information et une supervision formative en lien avec l'analyse des données collectées.

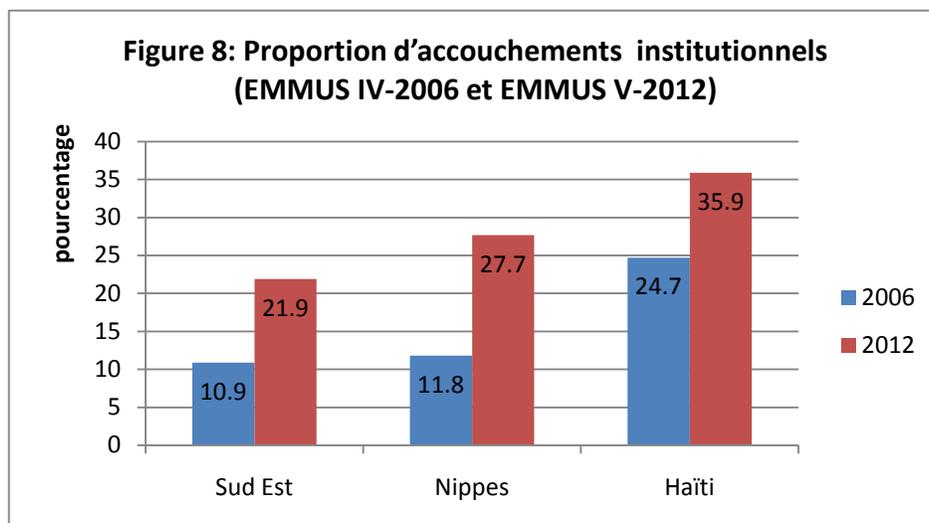
L'objectif intermédiaire 2: Contribuer à l'amélioration de la prise en charge des accouchements dans les institutions sanitaires ciblées au niveau national et en particulier dans les Départements des Nippes et du Sud-Est

Effet 2 attendu: Augmentation du nombre d'accouchement par du personnel qualifié et fait selon les normes du MSPP dans les institutions sanitaires ciblées au niveau national et dans les Nippes et Sud-Est.

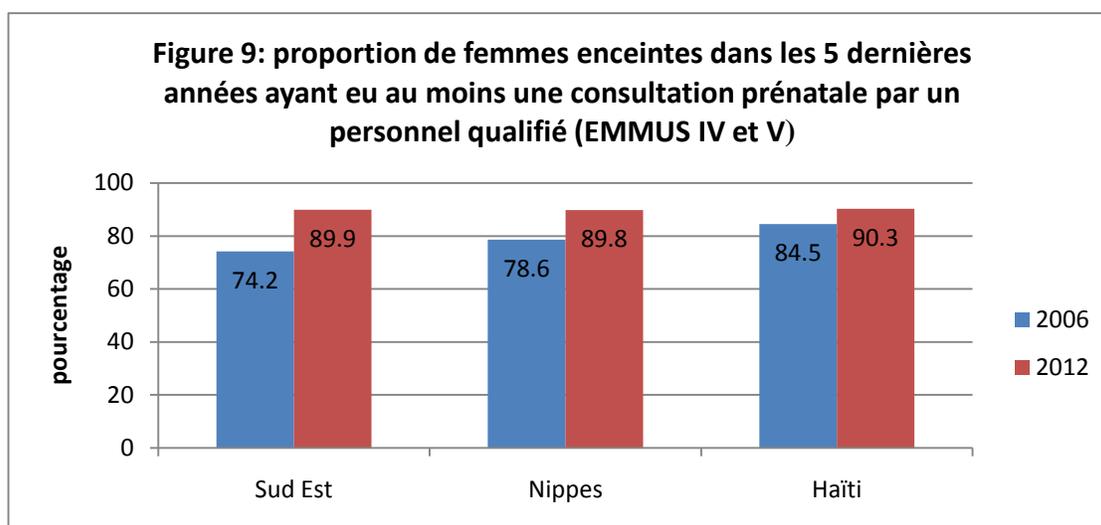
Tableau 9 : proportion d'accouchements en institutions et avec du personnel qualifié (EMMUS IV et V)

| <i>Indicateur</i> | <i>Ligne de base 2006 (EMMUS IV)</i> | <i>Cibles projet (2014)</i> | <i>Résultats atteints 2012 (EMMUS V)</i> | <i>Taux d'accroissement entre 2006 et 2012</i> |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|--|--|
| <i>Accouchement en institution Sud Est</i> | 10,9% | 13% | 21,3% | +95% |
| <i>Accouchement avec personnel qualifié Sud Est</i> | 12,5% | | 25,5% | +104% |
| <i>Accouchement en institution Nippes</i> | 11,8% | 14% | 27,7% | +135% |
| <i>Accouchement avec personnel qualifié Nippes</i> | 12,9% | | 27,9% | +116% |
| <i>Accouchement en institution Haïti</i> | 24,7% (44,3% urbain, 14,6% rural) | 29,64% (52,8% urbain, 17,5% rural) | 35,9% (58,2% urbain, 23,2% rural) | +45% (+31% urbain, +59% rural) |
| <i>Accouchement avec personnel qualifié Haïti</i> | 46,8% urbain 15,4% rural | | 60,6% urbain 24,4% rural% | +30% +58% |

Selon les enquêtes EMMUS IV et V (tableau 9, figure 8), on note une augmentation nette du pourcentage d'accouchements en institutions et avec du personnel qualifié, entre 2006 et 2012. Cette augmentation est la plus élevée pour le Département des Nippes qui passe de 11,8% en 2006 à 27,7% en 2012, alors que dans le Sud Est elle passe de 10.9% à 21.9%. Au niveau national, le pourcentage passe de 24,7% en 2006 à 35,9% en 2012.



Selon EMMUS V (2012), 90% des femmes ayant accouché au cours des 5 dernières années ont eu au moins une consultation prénatale avec du personnel qualifié, alors qu'elles étaient 84,5% en 2006 (figure 9). Ceci montre qu'il persiste toujours une forte déperdition entre les femmes qui viennent en CPN et celles qui accouchent en institution.



Si l'on se réfère aux données statistiques du MSPP (tableaux 10 à 12), les proportions sont plus basses que celles des enquêtes EMMUS. Ces divergences peuvent être dues à certaines données manquantes dans les déclarations et la collecte de données du système d'information sanitaire : en 2013 la proportion d'accouchements en institutions est de 23% pour Haïti, en 2014 elle est de 16% pour le Sud Est et de 28% pour les Nippes ;

Tableau 10 : accouchements institutionnels et césariennes de 2009 à 2013 en Haïti, SIS, MSPP

| HAITI | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| population* | 9,923,243 | 10,085,214 | 10,248,306 | 10,413,211 | 10,579,230 |
| accouchements attendus* | 270,000 | 273,000 | 273,000 | 273,000 | 273,000 |
| accouchements institutionnels** | 52,260 | 46,742 | 70,268 | 61,141 | 62,710 |
| taux d'accouchements institutionnels/accouchements attendus | 19% | 17% | 26% | 22% | 23% |
| césarienne** | 5,744 | 4,782 | 6,683 | 6,271 | 6,834 |
| taux césarienne institutionnel | 11% | 10% | 10% | 10% | 11% |
| taux césarienne/accouchements attendus | 2.1% | 1.8% | 2.4% | 2.3% | 2.5% |
| décès maternels institutionnels** | | | | | 178 |
| morts nés** | | | | | 2,537 |

* projections IHSI

**annuaires statistiques, SIS, UEP/MSPP

Tableau 11 : accouchements institutionnels et césariennes de 2009 à 2014 dans le Sud Est, SIS, MSPP

| Sud Est | | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| population* | 575,293 | 584,681 | 591,217 | 603,698 | 613,323 | 623,014 |
| accouchements attendus* | 16,683 | 16,722 | 16,672 | 16,783 | 16,805 | 16,821 |
| CPN1** | 11,091 | 12,951 | 15,027 | 12,042 | 10,341 | 10,604 |
| taux de CPN1/accouchements attendus | 66% | 77% | 90% | 72% | 62% | 63% |
| accouchements institutionnels** | 1,686 | 1,558 | 2,682 | 2,188 | 2,775 | 2,667 |
| taux d'accouchements institutionnels | 10% | 9% | 16% | 13% | 17% | 16% |
| césarienne** | 111 | 76 | 285 | 184 | 233 | 280 |
| taux césarienne institutionnel | 7% | 5% | 11% | 8% | 8% | 10% |
| taux césarienne/accouchements attendus | 0.7% | 0.5% | 1.7% | 1.1% | 1.4% | 1.7% |
| décès maternels institutionnels** | 18 | 11 | 3 | | 8 | 6 |
| morts nés** | 114 | 121 | 129 | 100 | 138 | 111 |

* projections IHSI

**annuaire statistique 2012 et 2013, SIS, UEP/MSPP et données statistiques DSSE pour 2009 à 2011, et 2014 et monitoring SONU 2014

Tableau 12 : accouchements institutionnels et césariennes de 2009 à 2014 dans les Nippes, SIS, MSPP

| Nippes | | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| population* | 311,497 | 316,577 | 321,604 | 326,874 | 332,084 | 337,331 |
| accouchements attendus* | 9,033 | 9,054 | 9,069 | 9,087 | 9,099 | 9,108 |
| CPN1** | 7,015 | 6,718 | 6,137 | 7,633 | 7,173 | 5,784 |
| taux de CPN1/accouchements attendus | 78% | 74% | 68% | 84% | 79% | 64% |
| accouchements institutionnels** | 1,784 | 1,886 | 2,195 | 2,730 | 2,427 | 2,526 |
| taux d'accouchements institutionnels | 20% | 21% | 24% | 30% | 27% | 28% |
| césarienne** | 77 | 192 | 315 | 294 | 281 | 217 |
| taux césarienne institutionnel | 4% | 10% | 14% | 11% | 12% | 9% |
| taux césarienne/accouchements attendus | 0.9% | 2.1% | 3.5% | 3.2% | 3.1% | 2.4% |
| décès maternels institutionnels** | 9 | 6 | | | 10 | 7 |
| morts nés** | | 81 | | 140 | 96 | 107 |

* projections IHSI

**annuaire statistique 2012 et 2013, SIS, UEP/MSPP et données statistiques DSNi pour 2009 à 2011, et 2014

Les besoins obstétricaux couverts ont augmenté, même s'ils restent encore insuffisants (tableaux 10 à 12):

Dans les Nippes la proportion de césariennes par rapport aux accouchements attendus est à 2,4% en 2014 (il était estimé à 1,4% en 2006, EMMUS IV). Il faut noter que d'importants travaux d'agrandissement de l'hôpital départemental des Nippes ont perturbé son fonctionnement fin 2013 et courant 2014, ce qui explique en partie le taux de 2,4% en 2014 alors qu'il était de 3,1% en 2013. Dans le Sud Est, la proportion de césarienne est à 1,7% en 2014 (0,3% en 2006, EMMUS IV) ; il est aussi à noter que l'hôpital départemental a été fortement endommagé par le séisme en 2010 et fonctionne toujours dans des conditions difficiles ; un nouvel hôpital départemental est en cours de construction.

Le taux de césariennes institutionnel est de 9 % dans les Nippes et de 10% dans le Sud Est en 2014.

Pour les césariennes, les indications obstétricales ne sont pas précisées, les références ne sont pas non plus analysées. On peut seulement constater que la proportion de césariennes observées est inférieure au nombre attendu (de 5 à 10%) par rapport aux accouchements attendus dans le département.

Les monitorings trimestriels des institutions SONU montrent qu'au niveau des deux départements sanitaires, la grande majorité des accouchements institutionnels (plus de 80%) se font dans les SONUC.

Les décès maternels notifiés dans les institutions restent nombreux dans les deux départements. Ils n'ont pas fait l'objet d'audits systématiques.

Les chiffres de mortalité périnatale sont extrêmement préoccupants: environ 4 à 5% des accouchements institutionnels donnent naissance à des morts nés (tableaux 9 à 11). La distinction n'est pas faite entre les morts-nés-frais et les mort-nés macérés. Les bruits du cœur ne sont pas systématiquement vérifiés au cours du travail et ne sont pas systématiquement enregistrés sur le partogramme. Il est donc difficile de savoir si ces décès auraient pu être évités une fois la femme admise à la maternité. Ces chiffres reflètent toutefois un problème important et évident et indiquent qu'il subsiste de grosses faiblesses dans la prise en charge de qualité des urgences obstétricales.

Objectif spécifique 2.1 Améliorer la qualité socioculturelle des soins offerts aux femmes enceintes dans les institutions de santé des départements des Nippes et du Sud Est

Formation en gestion du travail et de l'accouchement (GESTA) des professionnels des Nippes et du Sud Est, en insistant sur l'accueil des femmes.

Mise à niveau des professionnels de santé de toutes les institutions sanitaires des deux départements, en matière de normes en santé maternelle et en PF, à partir des normes actualisées par le MSPP.

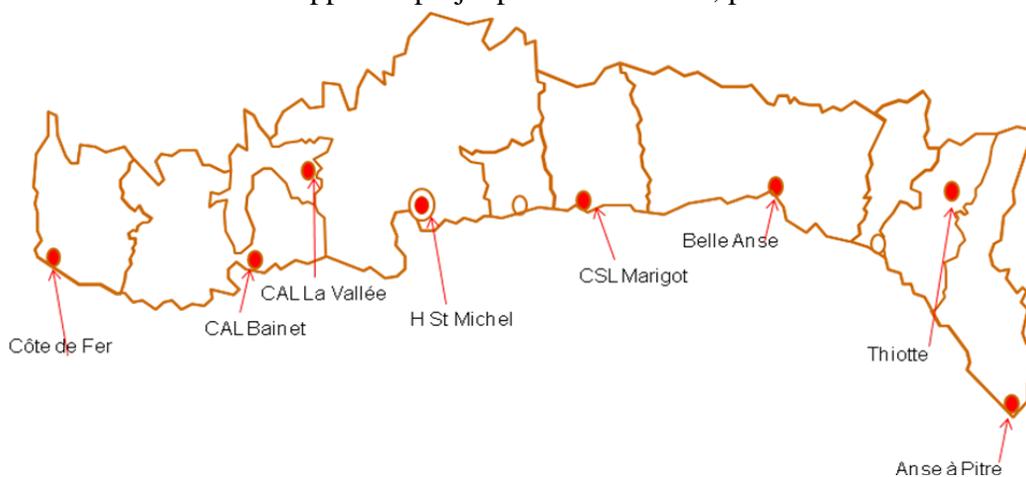
Aménagement des espaces de consultations au niveau des SONU, avec des bancs, des chaises, de la peinture, de la vidéo.

Objectif spécifique 2.2 Améliorer la qualité de la prise en charge des urgences obstétricales et néonatales (SONUB et SONUC) dans les institutions de santé des départements des Nippes et du Sud Est

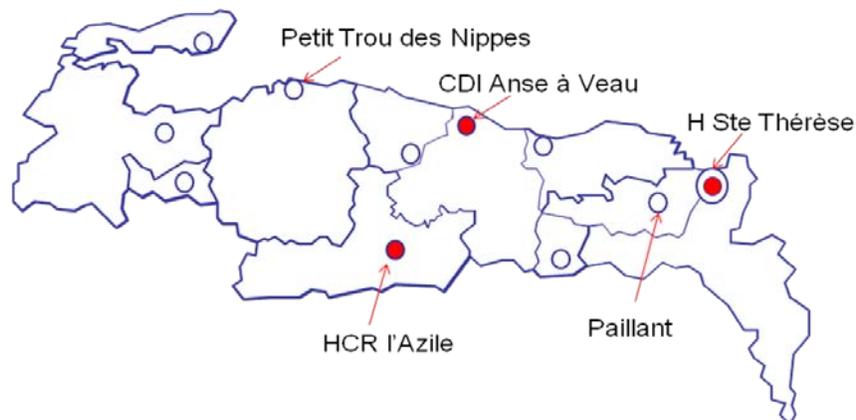
Résultats attendus : au moins deux SONUC et trois SONUB sont opérationnels dans chacun des deux départements

Résultats atteints : deux SONUC (Hopital Ste Therese de Miragoane et L'Azile) dans les Nippes et deux SONUC (Hopital St Michel de Jacmel et l'hopital de Cayes-Jacmel) dans le sud'est sont fonctionnels. Le projet n'intervient pas sur le SONUC de Cays Jacmel qui est géré par la coopération cubaine. Trois SONUB dans les nippes et cinq dans le sud'est sont fonctionnels.

Les six institutions à potentiel SONU dans le Sud Est, soutenues par le projet : un SONUC (St Michel de Jacmel), cinq SONUB (Côte de Fer, Baintet, Marigot à partir de fin 2012, Belle Anse, Anse à Pitre) ; le centre de santé de la Vallée et celui de Caritas de Thiotte identifiés initialement ont bénéficié d'un appui du projet pendant trois ans, puis ont été retirés.



Les cinq institutions à potentiel SONU dans les Nippes, soutenues par le projet : deux SONUC (Ste Thérèse de Miragoane et HCR de l'Azile), trois SONUB (Paillant, petit Trou des Nippes, Anse à Veau)



Des missions conjointes (MSPP, UNFPA, UNICEF, OPS/OMS et Agence française de développement) ont été réalisées dans les deux départements sanitaires en 2009 et 2010. Pour chaque institution à potentiel SONU, une évaluation des besoins en matière de ressources humaines et d'équipements a été faite. Dès 2009 des kits d'urgence en santé de la reproduction ont été distribués dans les institutions SONU des deux départements cibles (voir détails en annexe 6). Puis d'autres équipements et kits ont été commandés et livrés en 2011 et 2012 (mobilier et équipement hospitalier, tables d'accouchements, lits, matériel de réanimation néonatale, kits d'accouchements, kits de césarienne, voir détails en annexes 7 et 8).

Comme prévu dans le projet, des ressources humaines ont été recrutées par les Directions sanitaires et financées par le projet pour renforcer les capacités des institutions SONU (tableau 12). Dès juillet 2009, 3 infirmières sages femmes ont été recrutées pour travailler dans chacun des deux départements. Malheureusement seules les deux sages femmes positionnées à l'hôpital St Michel de Jacmel sont restées, les autres ont démissionné au bout de quelques mois trouvant les conditions de travail trop difficiles (manque d'accueil, d'encadrement, isolement,...).

Tableau 13: RH financées par le projet conjoint SR entre 2009 et 2014, pour renforcer les institutions SONU

| Département | professionnels |
|-------------|---|
| Sud Est | 51 professionnels pour les institutions SONU (hôpital St Michel, Côte de Fer, Bainet, La Vallée, Marigot, Belle Anse, Anse à Pitre, Thiotte): Obstétricien, infirmières sages femmes, médecins, infirmières, technologistes, auxiliaires, ménagères, agents de sécurité |
| Nippes | 23 professionnels (hôpital Ste Thérèse, Paillant, l'Azile, Petite Rivière, Anse à Veau, Petit Trou des Nippes) : Obstétricien, anesthésiste, infirmières sages femmes, médecins, infirmières, technologistes, auxiliaires, ménagères, agents de sécurité. |

Avec l'appui technique et financier du projet conjoint SR, le monitoring SONU trimestriel se met en place en 2012, et permet de renforcer les supervisions formatives des institutions SONU par les directions départementales.

Le monitoring montre qu'en fait aucun SONUB n'offre les 7 fonctions (il manque l'aspiration manuelle intra utérine (AMIU) et/ou la ventouse, du fait d'un manque de pratique des professionnels, alors que les équipements ont été distribués dans les institutions); par contre les SONUC offrent les 9 fonctions mais pas toujours de manière permanente. Peu d'institutions utilisent systématiquement le partogramme.

La gratuité de la prise en charge intégrée des accouchements n'est respectée que dans 6 institutions soit 4 dans les Nippes (l'Azile, Petit-trou de nippes, Anse-à-Veau et Paillant) et 2 dans le Sud-Est (Marigot et Sacré coeur de Thiotte). Dans les autres institutions SONU les accouchements sont payants.

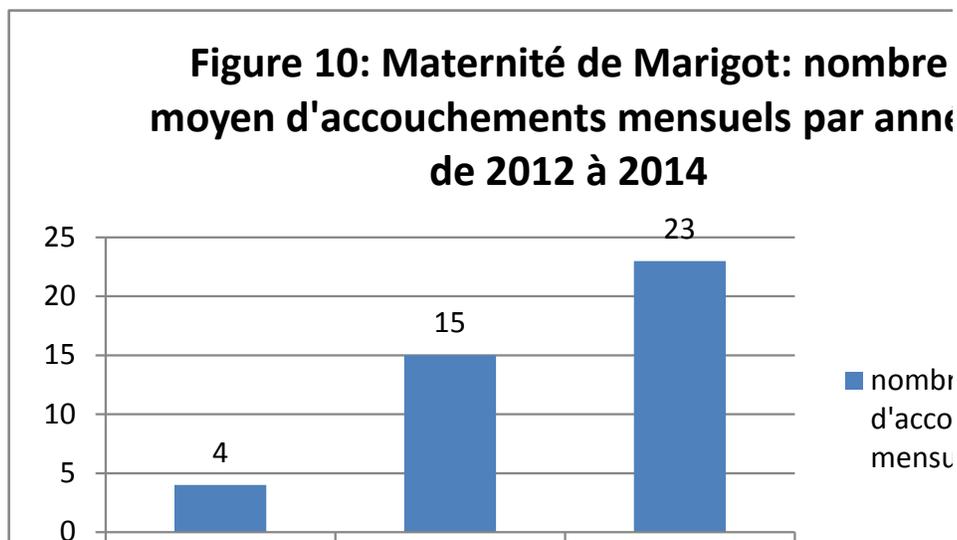
Au niveau des cliniques pré et postnatales des SONU, les services sont intégrés. Certaines institutions comme Marigot, Thiotte et Bel-Anse dans le Sud Est ainsi que Petit-trou des Nippes offrent des services de PTME avec la prise en charge de traitement antirétroviraux –ARV (avec l’appui de PEPFAR).

Des systèmes de référence sont mis en place. Tous les ASC ainsi que les membres des noyaux communautaires sont sensibilisés et ces structures communautaires constituent les comités d’évacuation.

Un réseau d’ambulances a été mis en place dans les deux départements ainsi qu’un réseau téléphonique entre professionnels de santé et ASC. A Marigot, les femmes enceintes inscrites en prénatale peuvent faire appel à l’ambulance lorsqu’elles sont sur le point d’accoucher.

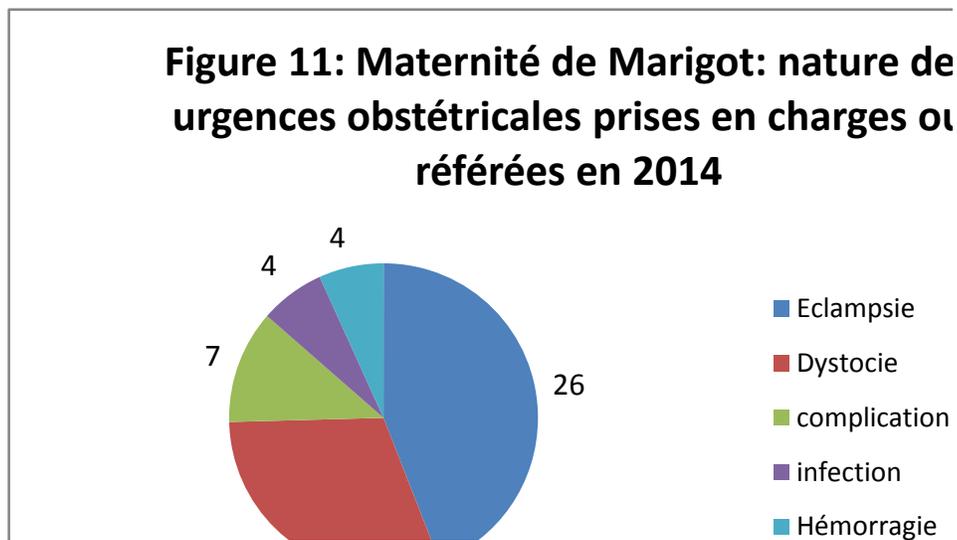
Lors des références, la prise en charge effective n’est pas toujours assurée à l’hôpital départemental. Il n’est pas rare que des femmes référées doivent se rendre ailleurs parce que le personnel n’est pas disponible en particulier à l’hôpital St Michel de Jacmel. Par ailleurs, les références ne sont pas suffisamment documentées. Il n’y a pas non plus de feed-back systématique sur le devenir des femmes référées. L’articulation entre les différents échelons du système doit être renforcée.

La maternité de Marigot¹, une des quatre maternités modèles de type SONUB mises en place en 2012 par le MSPP avec l’appui de l’UNFPA, peut être citée comme un modèle en termes d’accueil, de qualité des soins, d’approche intégrée de la SR et centrée sur les besoins des femmes. Sur la figure 10 on peut voir l’augmentation régulière du nombre d’accouchements mensuels dans cette maternité.



¹ Commune de Marigot: 67,933 habitants en 2009, dont 93% en milieu rural (IHSI mars 2009, population totale, population de 18 ans et plus, ménages et densités estimés en 2009), 1,800 accouchements annuels attendus.

L'analyse des données de monitoring de la maternité de Marigot en 2014 recense 59 urgences obstétricales prises en charges ou référées au SONUC de Jacmel. La figure 11 précise la nature des ces urgences obstétricales qui sont dominées par les pré éclampsies sévères ou éclampsies (44% des cas) puis par les dystocies (31% des cas) et les complications post abortum (12%).



Points forts :

- L'intégration des services SR/PF dans les SONU;
- L'approche des trois retards : l'expérience du projet a montré qu'effectivement la demande augmente à travers la mobilisation communautaire, l'accessibilité s'améliore lorsqu'on lève la barrière financière et la qualité de l'offre de soins permet d'améliorer les demandes satisfaites en planification familiale et les besoins obstétricaux couverts.
- Le monitoring trimestriel SONU avec supervision formative et rétro information;
- L'appui aux initiatives locales en faveur d'un système de référence ;
- La maternité de Marigot peut être citée comme un modèle en termes d'accueil, de qualité des soins, d'approche intégrée de la SR et centrée sur les besoins des femmes. Il s'agit d'une contribution majeure de l'UNFPA dans le développement du modèle des SONUB pour faciliter le passage à l'échelle.

Contraintes : une contrainte majeure est la difficulté de retenir du personnel qualifié (notamment sages-femmes) au niveau des institutions communales des deux départements et même au niveau de l'hôpital départemental de Miragoane. En effet, pour appuyer le renforcement des institutions SONU, le MSPP avait envoyé dès 2009 des infirmières sages femmes en service social dans les deux départements ; seules celles de l'hôpital St Michel de Jacmel sont restées, les autres ont démissionné de leur poste dans un délai de un à trois mois.

Il n'était pas prévu dans le projet de gros investissements pour les SONUC (hôpitaux départementaux notamment), qui ont bénéficié par ailleurs du projet SOG puis du projet Maman ak timoun an sante. Mais que ce soit l'hôpital St Michel de Jacmel ou Ste Thérèse de Miragoane,

les infrastructures, équipements et ressources humaines ne sont pas au niveau d'un hôpital départemental devant assurer des fonctions SONUC 24h/24.

Il n'y a pas de politique claire du MSPP concernant la gratuité des soins en santé maternelle, ce qui entraîne des différences d'accès financier d'une institution à l'autre.

Leçons apprises :

Pour lutter efficacement contre la mortalité maternelle et néonatale il est indispensable de prendre en compte les trois retards comme le projet l'a fait. Néanmoins la prise en charge du troisième retard est prioritaire si l'on veut des résultats significatifs. La qualité des SONUC ne peut être renforcée que par la prise en compte de tout un ensemble de paramètres.

Malgré les nombreuses difficultés rencontrées dans la mise en œuvre, les SOG ont prouvé qu'une réduction de la barrière financière influence favorablement l'utilisation des services de santé. Les études de satisfaction menées dans le cadre du projet SOG ont montré que les femmes apprécient le système d'exemption proposé et également les services reçus dans les institutions. La nécessité d'une approche intégrée de la santé reproductive a été démontrée positivement dans les institutions qui bénéficiaient déjà d'un appui renforcé par d'autres acteurs.



Photo 11 : Montage de deux tables d'accouchements pour la maternité de l'Hôpital Saint Thérèse de Miragôane (HSTM) par l'UNFPA en mars 2012.



Photo 12 : Salle d'accouchement de Bel Anse en 2013, équipée par le projet conjoint SR.

Objectifs spécifiques 2.3 et 2.4 concernent le SOG2 (voir rapport d'évaluation)

Le volet SOG2 s'est déroulé de 2010 à mars 2012, sous gestion de l'OPS/OMS, et a fait l'objet d'une évaluation finale en 2012.

En lien avec le volet SOG2, une étude des coûts de la santé maternelle, reproductive et néonatale en Haïti a été lancée dans le cadre du projet conjoint SR et réalisée d'octobre 2010 à février 2011, sous la coordination de l'OPS/OMS.

Les résultats de cette étude ont été présentés en mai 2011 aux bailleurs de fonds et partenaires, suivi d'un séminaire de restitution des résultats en présence des hauts cadres du ministère de la santé (dont le Directeur général), des directeurs des établissements ayant participé à l'étude et des partenaires et bailleurs de fonds.

Les résultats de cette étude avaient aussi été présentés en 2011 au comité technique du projet conjoint SR, qui se les était appropriés : ces résultats ont alors été pris en compte pour adapter le coût des prestations dans le cadre du projet Manman ak timoun an sante, qui a succédé au SOG2, mais qui n'était pas intégré au projet conjoint SR.

Objectif spécifique 2.5 Appuyer les communautés pour la prise en charge des femmes enceintes (retards 1 et 2)

Les membres des noyaux communautaires ont été sensibilisés à l'importance de planifier des moyens locaux pour le transport des urgences médicales dont les urgences obstétricales. Ils ont

été formés en secourisme, avec la participation de la Croix Rouge, pour servir leurs communautés et rendre opérationnel les plans d'évacuation d'urgence.

Les Agents de santé communautaire ont eu un rôle important dans la sensibilisation des leaders, des matrones et des communautés à l'identification des signes de gravité, à l'importance d'accoucher en milieu institutionnel avec du personnel qualifié, à la mise en place des plans d'évacuation des urgences. Les réseaux téléphoniques entre tous les professionnels de SR au niveau institutionnel et avec les agents de santé communautaire ont facilité le transport et la prise en charge de certaines urgences obstétricales.

Contraintes : Le projet avait prévu la construction de maisons d'attente pour les femmes enceintes : 3 dans le Sud Est et deux dans les Nippes. Les procédures de l'UNFPA ne lui permettant pas de financer des travaux de construction, il avait été proposé que l'Agence française de développement intègre ces constructions dans son projet. Malheureusement le projet de l'AFD n'a réellement commencé qu'en 2013, et les priorités identifiées par les Directeurs sanitaires des deux départements n'ont pas pris en compte ces maisons d'attente.

Thématiques transversales :

L'égalité hommes femmes

Cette composante cible particulièrement les femmes enceintes. Toutes les activités mises en œuvre ont pour objectif d'améliorer la qualité des services offerts aux femmes enceintes et d'assurer les accouchements dans les meilleures conditions.

Le personnel des institutions a été sensibilisé à l'accueil à diverses occasions: lors du monitoring SONU, lors des formations. Des instructions écrites encourageant l'accueil sont visibles dans plusieurs maternités visitées et nous avons pu constater une qualité d'accueil particulièrement bonne à Marigot. Cependant, lors des rencontres avec les bénéficiaires au cours de l'évaluation finale plusieurs témoignages ont reflété des lacunes évidentes au moment de l'accueil, notamment pour les cas référés: attente, délai avant la prise en charge effective, absence de personnel clé (Anesthésiste et gynécologue), référence vers d'autres SONUC.

La sensibilisation au niveau communautaire a cherché à réduire les retards 1 et 2 (identification des signes de gravité, réduction du délai de transport vers l'institution de santé) ; les leaders communautaires ont été les premières cibles de ces sensibilisations et ont aussi reçu des formations en secouriste pour améliorer le transport des urgences médicales, dont les urgences obstétricales.

Les focus group réalisés lors de l'évaluation finale du projet ont mis en évidence l'implication des hommes dans les différentes composantes de la SR comme le PF, les CPN, l'importance de l'accouchement en milieu hospitalier, etc... Souvent ils accompagnent leurs conjointes non seulement à la CPN mais aussi pour l'accouchement et pour le PF. Ce soutien apporté par le conjoint a influencé positivement la vie de la famille : ceci a été rapporté lors des focus group

«... le support de nos maris nous aide beaucoup non seulement pour notre santé mais aussi pour l'éducation de nos enfants...». Le niveau de vie a changé «...maintenant je peux mener des activités économiques car mon mari m'aide à m'occuper des enfants...».

Des services gratuits et de qualité pour la prise en charge communautaire des violences faites aux femmes sont disponibles dans les hôpitaux départementaux, et dans quelques SONUB pour la prise en charge médicale: Baint et Marigot dans la DSSE, l'Azile et Petit trou des Nippes dans la DSNi.

L'environnement

Le renforcement institutionnel

Le renforcement du système d'information sanitaire

Pour les 3 thématiques ci-dessus, le contenu est le même que pour la composante 1 (pages 29 à 33) en ce qui concerne l'UNFPA.

L'objectif intermédiaire 3 : Contribuer à la sécurisation des intrants en santé reproductive au niveau national et en particulier dans les départements des Nippes et du Sud Est

Effet 3 : Existence d'un système fonctionnel de distribution des intrants dans les institutions et dépôts.

Cibles : plus de 90% de disponibilité des intrants SR ; moins de 15% de ruptures de stocks dans les institutions des nippes et du sud est ; le stockage dans les CDAI n'excède pas 6 mois ; distribution active des intrants SR dans les nippes et le sud est.

Résultats atteints :

Objectif spécifique 3.1 Réviser et actualiser le cadre législatif et normatif pour la régulation pharmaceutique en Haïti

ANALYSE DE SITUATION

Analyse documentaire: La première phase du projet a consisté en une analyse documentaire du secteur pharmaceutique et des rencontres/interviews avec les différents partenaires nationaux et internationaux évoluant dans le secteur. L'objectif était de faire un diagnostic de situation sur les textes réglementaires, les lois et les enjeux qui régissent le secteur pharmaceutique. Il s'agissait, également, de connaître toutes les parties prenantes, intervenants dans le secteur et leurs rôles respectifs dans la chaîne médicamenteuse.

Evaluation de l'Autorité Nationale de Réglementation Pharmaceutique (ANRP): une évaluation de la Direction de la Pharmacie, du Médicament et de la Médecine Traditionnelle (DPM/MT), en sa qualité d'ANRP, selon la méthodologie de l'OMS a été faite. Cette évaluation a montré que sur les 10 fonctions réglementaires qui devraient être assurées par une ANRP, seules 3 faisaient partie du mandat de la DPM/MT et pour ces trois fonctions, la DPM/MT n'avait ni les moyens humains, ni les moyens matériels, ni les moyens financiers, ni l'expertise technique nécessaires pour les remplir pleinement. D'autres tâches faisant partie du mandat de la DPM/MT relevaient plutôt de l'offre de prestation, ce qui était contradictoire avec le principe de distinction entre le volet normatif/régulateur et le volet offre de prestation, recommandé par l'OMS.

Profil pharmaceutique: un profil pharmaceutique, en utilisant l'outil et le questionnaire de l'OMS, a été élaboré. L'objectif était d'identifier les points forts du secteur pharmaceutique Haïtien et les points à renforcer et, ce, dans tous les domaines de la chaîne médicamenteuse depuis la recherche et le développement jusqu'au suivi post marketing du médicament en passant par la sélection, l'approvisionnement, le stockage, la distribution, la dispensation et la pharmacovigilance.

Enquête sur la disponibilité, l'accessibilité, les prix et les composantes des prix des médicaments en Haïti: Il s'agit d'une étude à méthodologie standardisée conçue par l'OMS et qui permet de fournir beaucoup d'informations sur le secteur pharmaceutique aidant ainsi les décideurs politiques à identifier les options politiques les mieux appropriées à leur pays.

STRATEGIE DE DEVELOPPEMENT DU SECTEUR PHARMACEUTIQUE

Sur la base de l'analyse de situation, une stratégie de développement du secteur pharmaceutique a été élaborée. Cette stratégie se voulait un document fédérateur des acteurs nationaux et internationaux autour d'une vision et des objectifs communs. Elle reposait sur 7 axes stratégiques:

- Renforcer la DPM/MT pour lui permettre de jouer pleinement son rôle d'ANRP
- Actualiser le cadre réglementaire pharmaceutique
- Mettre en place et renforcer les fonctions réglementaires pharmaceutiques clés
- Revoir et renforcer la chaîne d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels et produits médicaux pour un usage rationnel
- Renforcer les capacités des Ressources Humaines dans le secteur pharmaceutique
- Renforcer les capacités nationales pour la production locale de médicaments essentiels prioritaires
- Assurer un monitoring de la situation pharmaceutique dans le pays

MISE EN ŒUVRE DE LA STRATEGIE DE DEVELOPPEMENT DU SECTEUR PHARMACEUTIQUE

AXE1 : RENFORCEMENT DE L'ANRP : GOUVERNANCE/LEADERSHIP

- ✓ **Politique pharmaceutique nationale (PPN):** Conformément à la méthodologie OMS d'élaboration des politiques pharmaceutiques nationales, un comité a été créé. Une analyse de situation du secteur pharmaceutique élaborée, des options politiques identifiées et validées avec tous les partenaires nationaux et internationaux dans un atelier national. Ensuite, le draft de politique pharmaceutique nationale a été rédigé et diffusé pour recueillir le feed-back de tous les intervenants dans le domaine. Les réactions les plus pertinentes ont été intégrées et le document ainsi finalisé a été acheminé aux autorités sanitaires pour validation. Il a été validé par la Ministre de la sante publique et de la population, ensuite dans un conseil des ministres et soumis pour adoption au parlement depuis juillet 2013. Cette PPN a été préalablement intégrée à la politique sanitaire nationale qui, elle, a été validée en juillet 2012.
- ✓ **Plan directeur de mise en œuvre de la PPN:** intégré dans le plan directeur de mise en œuvre de la politique sanitaire nationale 2012-2022.
- ✓ **Plans d'actions opérationnels intégrés:** Suite à l'élaboration, l'adoption et l'intégration du plan directeur de mise en œuvre de la PPN au plan directeur de la politique sanitaire nationale, un plan d'action prioritaire triennal budgétisé a été élaboré. L'objectif était de fournir à la DPM un outil d'harmonisation qui fédérerait tous les partenaires nationaux et internationaux au tour d'objectifs opérationnels bien définis selon le mandat et l'avantage comparatif de chaque partenaire. Il devait, également, servir d'outil de plaidoyer pour la mobilisation des ressources financières.

- ✓ **Des plans d'actions annuels budgétisés** de coopération avec l'OPS/OMS ont été appuyés chaque année et soumis à l'approbation du comité de pilotage du projet conjoint « Amélioration de la santé reproductive », seule source de financement.
- ✓ **Des rapports annuels techniques et financiers** ont, également, été élaborés.
- ✓ **Organigramme et mandat de la DPM/MT**: Un appui technique a été fourni pour la revue de la mission de la DPM pour la confiner dans son rôle normatif et régulateur dans le cadre du nouvel organigramme du MSPP. La loi organique validant ce nouvel organigramme est au parlement depuis juillet 2013. Une proposition d'un organigramme de la DPM/MT avec description des mandats des différents services a été faite.
- ✓ **Normes et procédures de la DPM/MT**: Conformément aux recommandations de l'évaluation de l'ANRP, des normes et procédures de fonctionnement des différents services de la DPM/MT ont été élaborées et présentées sous forme séparée en classeur. Ces normes et procédures sont publiées sur la page web de la DPM/MT. Elles ont été, également, diffusées auprès des producteurs et importateurs/distributeurs.
- ✓ **Plan national d'approvisionnement en intrants Santé Reproductive (SR)**, Un appui a été fourni pour mettre en place un mécanisme de coordination pour l'élaboration de plan national d'approvisionnement en matière de médicaments pour la santé reproductive. Un comité regroupant toutes les parties prenantes en matière de médicaments SR a été créé (la Direction de la Santé Familiale (DSF), DPM/MT, l'OPS/OMS, PROMESS, FNUAP, LMS/USAID). Des quantifications annuelles se faisaient en se basant sur les protocoles thérapeutiques nationaux, les prévalences des différentes complications obstétricales et la fréquence d'utilisation des traitements première et deuxième ligne. Ainsi était élaboré chaque année un plan national d'approvisionnement complémentaire entre les différents partenaires.
- ✓ **Renforcement des capacités techniques du personnel de la DPM/MT**: dans tous les domaines relevant de son mandat, à travers des formations et à travers la participation à des séminaires et forums nationaux et internationaux. Une documentation et un appui technique ont, également, été procuré à travers la fourniture de guidelines sur les fonctions réglementaires clés (sélection des médicaments essentiels, enregistrement sanitaire, inspection pharmaceutique, pharmacovigilance, contrôle qualité des médicaments, bonnes pratiques de gestion des médicaments incluant les dons et la gestion des périmés.....)

AXE 2 : ACTUALISER LE CADRE REGLEMENTAIRE PHARMACEUTIQUE

Révision et actualisation des textes de loi pharmaceutiques: Le secteur pharmaceutique haïtien étant régi par des lois datant de 1948 et 1955 qui ne prenaient pas en compte des aspects essentiels tels que le concept des médicaments essentiels, la contrefaçon des médicaments, l'accès aux médicaments, la propriété intellectuelle et l'utilisation des médicaments traditionnels et à base de plantes, des ateliers impliquant les partenaires nationaux et internationaux, des juristes ainsi que l'Unité des affaires juridiques du ministère de la santé publique et de la population, ont été organisés. Les textes de loi pharmaceutiques ont été revus à la lumière de la politique pharmaceutique nationale et de l'évolution du secteur pharmaceutique au niveau mondial. Par la suite, une large diffusion du projet de loi a été faite pour collecter le feed-back d'un maximum d'intervenants. Le projet de loi finalisé, a été acheminé à travers les canaux officiels et est au parlement pour adoption depuis juillet 2013.

Circulaire ministérielle rendant obligatoire l'utilisation de la Liste Nationale de Médicaments Essentiels (LNME): Un appui technique a été fourni pour l'élaboration de cette circulaire rendant obligatoire la LNME pour le secteur public. Il s'agit là d'une grande avancée, cet outil normatif regroupant les médicaments essentiels par niveau de soins, répondant au profil épidémiologique Haïtien, devrait orienter les prestataires et gestionnaires dans leurs approvisionnements et leurs prescriptions pour un usage rationnel des médicaments. Elle servirait, également, dans le cadre de la protection sociale à définir les médicaments remboursables par les assurances maladies. Elle servira, également, à orienter la production pharmaceutique locale dans le secteur privé.

Loi cadre créant le Système National d'Approvisionnement et de Distribution des Intrants (SNADI): Un appui technique a été fourni pour l'élaboration du statut juridique, et du cadre organisationnel et opérationnel du système national intégré. Ainsi a été définie la structure juridique la mieux adaptée au contexte Haïtien ainsi qu'une proposition de convention liant le gouvernement Haïtien et les partenaires techniques et financiers dans le cadre de la gestion de la structure nationale. Ces documents ont servi de base pour la rédaction de la loi cadre créant le SNADI sous forme de service technique déconcentré. Cette loi est au parlement depuis juillet 2013.

Statut du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens en Haïti: Un appui technique a été donné à l'Association des Pharmaciens d'Haïti pour l'élaboration de ce statut dans un but de règlementer le secteur privé très anarchique et source de plusieurs problèmes de santé publique. Le projet de Loi portant la création du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens est au parlement depuis juillet 2013. Un appui a, également, été fourni pour l'élaboration du règlement interne, du code déontologique et des procédures de fonctionnement, des modalités de traitement des dossiers d'installation des pharmaciens en privé.

Statut juridique du laboratoire national de contrôle qualité des médicaments en Haïti (LNCQM): Le secteur pharmaceutique privé s'étant engagé à construire et équiper un LNCQM en Haïti à condition que son statut soit autonome et qu'il ait un accompagnement de l'OPS/OMS. C'est ainsi qu'un appui technique a été fourni pour l'élaboration et la validation du statut du LNCQM avec l'Unité des affaires juridiques et le conseiller juridique de la Ministre de la santé. Ce statut servira de base pour la rédaction du projet de Loi cadre créant le LNCQM en Haïti.

Charte de bonnes pratiques de dons des médicaments: à l'avènement de l'épidémie du choléra, Haïti avait reçu plusieurs dons de médicaments de plusieurs organismes et pays et qui ne répondaient pas aux normes de bonnes pratiques de dons de l'OMS. Ils ont, ainsi, beaucoup plus créés des problèmes de santé publique qu'aider dans la lutte contre l'épidémie. Un appui technique a été fourni pour la rédaction de la charte de bonnes pratiques de dons des médicaments qui a été signée par le Ministre de la santé et dispatché à toutes les représentations diplomatiques des différents pays en Haïti et tous les organismes internationaux.

AXE 3: METTRE EN PLACE ET RENFORCER LES FONCTIONS REGLEMENTAIRES PHARMACEUTIQUES

Etant donné l'absence quasi totale des fonctions réglementaires pharmaceutiques en Haïti et étant donné le cycle de programmation nécessaire pour leur mise en œuvre par rapport au délai du projet, nous avons jugé utile et plus urgent de mettre en place et renforcer les fonctions de i) enregistrement sanitaire/homologation des médicaments, ii) l'inspection pharmaceutique réglementaire et iii) l'assurance qualité des médicaments. Ces trois fonctions représentent le trépied de la qualité des médicaments. Par ailleurs, nous avons estimé que la fonction réglementaire « pharmacovigilance » aussi peut être mise en œuvre et appuyer étant donné qu'elle ne nécessite pas beaucoup de ressources humaines et financières.

- ✓ **Enregistrement sanitaire/Homologation des médicaments:** il s'agit du service responsable de l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché à tout médicament avant qu'il ne se retrouve sur le territoire national. Le Logiciel de l'OMS « SIAMED » pour l'enregistrement sanitaire des médicaments a été fourni. Des cadres de la DPM/MT formés à son utilisation au centre collaborateur de l'OMS en Tunisie. Le guide OMS pour l'enregistrement sanitaire a été mis à disposition. En 2014, l'OMS/Genève a développé un nouveau logiciel d'homologation des médicaments en remplacement de SIAMED. Ce nouveau logiciel serait plus intégré et permettrait de gérer l'homologation des médicaments, l'inspection pharmaceutique, les autorisations des installations pharmaceutiques, la pharmacovigilance, les préqualifications et même la destruction des déchets pharmaceutiques. Il n'a pas encore été traduit en français et aucun Etat Membre n'a encore commencé son utilisation. Une séance de démonstration et de formation a été organisée par vidéoconférence pour tout le staff de la DPM/MT et l'équipe de l'OMS/Genève qui a conçu le logiciel. Ce dernier sera mis à disposition une fois traduit en français. Un travail d'harmonisation avec la réglementation pharmaceutique dans la sous-région des Caraïbes a été commencé. Son but est d'assurer les échanges d'expériences et d'informations entre les pays de la sous-région et d'assurer ainsi un usage rationnel des ressources humaines et financières tout en assurant la qualité de l'information dans la sous-région.
- ✓ **Inspection pharmaceutique réglementaire:** Théoriquement, il s'agit d'une spécialisation pharmaceutique que d'être inspecteur pharmaceutique. Il s'agit, également, d'un corps de métier assermenté à part. Mais, devant l'absence de la spécialité en Haïti et devant la pénurie en ressources humaines pharmaceutiques, des formations sur l'inspection pharmaceutique ont été fournies, par des experts internationaux, à tous les pharmaciens aussi bien au niveau central qu'au niveau départemental. Des modules de formation ont été mis à disposition ainsi que des guides OMS.
- ✓ **Contrôle qualité des médicaments:** Haïti ne disposant pas d'un laboratoire national de contrôle qualité des médicaments qui est sensé tester un échantillon de tout médicament avant l'octroi de l'autorisation de sa mise sur le marché, nous avons jugé utile de travailler sur un partenariat avec un autre pays sur le court terme. Un projet de partenariat a été préparé entre Haïti et la République Dominicaine. Mais lors de la signature du protocole de partenariat en République Dominicaine, la Directrice de la DPM/MT n'a pas fait le déplacement bien que officiellement désignée par le Ministre pour représenter le ministère de la santé publique et de la population. Ensuite, suite à la coopération instaurée entre l'OPS/OMS et la faculté de pharmacie en Haïti, un laboratoire a été équipé au sein de la

faculté et un noyau d'enseignants formés sur le contrôle qualité des médicaments. Une proposition de partenariat entre le ministère de la sante et la faculté a été faite et validée par la Ministre de la sante. Un appui technique pour l'élaboration du protocole d'entente a été fourni. Comme option moyen terme, le secteur pharmaceutique prive fait des trois producteurs locaux a manifesté son souhait d'appuyer la construction et l'équipement d'un laboratoire national de contrôle qualité des médicaments (LNCQM), à condition qu'il soit autonome et qu'il ait un accompagnement de l'OPS/OMS. Un appui technique a été fourni pour l'élaboration du statut juridique autonome du LNCQM et d'un plan d'action détaillé pour la construction de ce LNCQM.

- ✓ **Pharmacovigilance:** La Directrice de la DPM/MT et deux de ses conjoints ont suivi le séminaire de formation sur « comment mettre en place un système de pharmacovigilance dans les pays en développement » organisé annuellement par le centre collaborateur de l'OMS au Maroc. Ensuite un appui technique a été fourni pour l'élaboration, la validation et l'impression de la fiche de notification d'effets indésirables médicamenteux. Une documentation et des guides OMS ont été mis à disposition. Des sessions de formations ont été organisées.

AXE 4: REVOIR ET RENFORCER LA CHAINE D'APPROVISIONNEMENT ET DE DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS ET PRODUITS MEDICAUX POUR UN USAGE RATIONNEL (voir Objectif spécifique 3.2 design d'un système national de gestion des intrants)

AXE 5: RENFORCER LES CAPACITES DES RESSOURCES HUMAINES DANS LE SECTEUR PHARMACEUTIQUE

- ✓ **Enquête d'évaluation des ressources humaines pharmaceutique sur le terrain:** Cette enquête a méthodologie OMS standardisée vise à évaluer la quantité et la qualité des ressources humaines pharmaceutiques au niveau du secteur académique (enseignants de la faculté de pharmacie), du secteur privé (producteurs, grossistes et officines privées) et du secteur public (centrales nationale, départementales et structures sanitaires). Elle a montré une pénurie aigue en ressources humaines pharmaceutiques en Haiti ainsi que des gaps en matière de production, de développement et de rétention des ressources humaines pharmaceutiques.
- ✓ **Stratégie de production, de développement et de rétention des ressources humaines pharmaceutiques:** Sur la base de l'évaluation, une stratégie a été développée en collaboration avec la Direction de la pharmacie, du médicament et de la médecine traditionnelle, la Direction des ressources humaines du ministère de la sante, de l'association des pharmaciens d'Haiti, de la faculté de pharmacie et de l'association des importateurs et distributeurs des produits pharmaceutiques en Haiti. Elle a été intégrée dans le cadre de la stratégie des ressources humaines en sante, elle-même intégrée dans la stratégie des ressources humaines menée par l'Office du Management des Ressources Humaines (OMRH) au sein de la primature dans le cadre de la modernisation de la fonction publique de façon générale.

- ✓ **Revue des curricula de formation des pharmaciens de la faculté de pharmacie d'Haïti**, l'OPS/OMS a procédé, en collaboration avec l'Université de Montréal, à une évaluation des curricula de formation de la faculté de pharmacie dans une optique d'apporter des solutions plus pérennes à la formation de base du pharmacien et à former un pharmacien qui répond aux besoins du système de santé Haïtien tout en gardant à l'esprit le besoin d'équivalence et de reconnaissance des diplômes Haïtiens en international pour les lauréats qui souhaiteraient poursuivre leurs études à l'étranger et pour une éventuelle accréditation future de la faculté de pharmacie. Cette évaluation a montré plusieurs lacunes. Un comité a été mis en place comportant la faculté de pharmacie, la DPM/MT, l'Université de Montréal, l'OPS/OMS, Pharmacie Aide Humanitaire/branche formation et l'Agence Universitaire de la Francophonie pour élaborer et assurer la mise en place de plans d'action répondant aux recommandations de l'évaluation. Un nouveau programme de formation a été conçu tout en tenant compte de l'harmonisation menée dans la sous-région des Caraïbes.
- ✓ **Equipement d'un laboratoire et d'un centre de documentation a la faculté de pharmacie**, suite à l'évaluation et dans le cadre de l'accompagnement de la réforme de la faculté de pharmacie, un laboratoire a été équipé (Verrerie, mini laboratoires et HPLC). Un noyau d'enseignants a été formé à leur manipulation. L'objectif était d'assurer des sites de travaux pratiques, qui n'existaient pas, pour les étudiants dans un but de pérenniser les activités sur le contrôle qualité. Un centre de documentation a, également, été équipé (documents, matériels d'impression/copies, matériel de climatisation, matériel informatique, connexion internet, logiciel HINARI) pour répondre à la recommandation d'initiation à la recherche suite à l'évaluation. Une formation sur l'initiation à la recherche et recherche documentaire avec utilisation d'HINARI a été organisée. Toujours en réponse aux recommandations de l'évaluation, PROMESS a été ouvert comme terrain de stage pour les étudiants, en plus d'autres sites (producteurs, officines privées). Achat d'un bus pour la faculté de pharmacie pour le transport des étudiants vers leurs lieux de stage (qui a été immatriculé sans frais en 2 mois). Les étudiants ne faisaient pas de stages auparavant et ne préparaient pas de mémoire ou thèse de fin d'étude.
- ✓ **Renforcement des capacités nationales**, des modules de formations ont été élaborés et mis à disposition ainsi que différents guides de l'OMS. Des séminaires de formations ont été organisés sur:
 - L'inspection pharmaceutique
 - La sélection et l'usage rationnel
 - Les estimations/quantifications des besoins en médicaments au niveau départemental avec consolidation nationale et élaboration de tableaux de distribution
 - Les bonnes pratiques de stockage et de gestion
 - L'assurance qualité et le contrôle qualité, manipulation des mini laboratoires et de la Chromatographie Liquide à Haute Performance (HPLC)
 - Les indicateurs de suivi évaluation et le système d'information pharmaceutique
 - La manipulation du logiciel CHANNEL
 - La gestion des médicaments périmés

AXE 6: RENFORCER LES CAPACITES NATIONALES POUR LA PRODUCTION LOCALE DE MEDICAMENTS ESSENTIELS PRIORITAIRES

- ✓ **Préqualification des Laboratoires 4C**, une des options politique proposées dans le cadre de la politique pharmaceutique nationale pour baisser les prix des médicaments était le processus de préqualification OPS de l'industrie pharmaceutique locale. C'est ainsi qu'a été initiée la procédure de préqualification des Laboratoire 4C, producteur local le plus apte à l'être. Cette préqualification est sensée assurer la qualité des médicaments de ce Laboratoire, mais aussi de lui permettre de participer aux appels d'offre internationaux, de bénéficier d'avantages tarifaires aux appels d'offres nationaux et donc de faire des économies d'échelles avec impact sur les prix au niveau national. Une première visite du Conseiller Regional PAHO/WDC a eu lieu. Ensuite, toute la documentation technique du Laboratoire 4C nécessaire pour l'audit documentaire a été acheminé au Bureau PAHO/WDC. Le processus prévoit, ensuite, une visite d'auditeurs au site de fabrication pour décider de l'octroi ou non de la préqualification.

AXE 7: ASSURER UN MONITORING DE LA SITUATION PHARMACEUTIQUE DANS LE PAYS

- ✓ **Plateforme informatique de gestion des médicaments pour l'épidémie du choléra**, Lors de l'épidémie du choléra et en absence de tout mécanisme de coordination, l'OPS/OMS a jugé nécessaire de mettre en place, en coordination avec le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) et la Protection civile, une plateforme de la gestion des intrants «Choléra». Etaient représentés dans cette plateforme, les Directions départementales, les partenaires bilatéraux et multilatéraux et les ONG locales et internationales qui sont appelés à gérer (dons, achats, distributions) des médicaments dans le cadre de leurs activités en Haïti. Un site web a été créé par les services informatiques de PAHO/WDC qui permettait l'accès à tous les partenaires pour renseigner sur les stocks des médicaments dont ils disposaient et leurs mouvements. Ceci dans un souci de coordination afin de permettre au MSPP d'avoir une vision globale de l'existant en matière de médicaments pour éviter les ruptures de stock et les péremption par sur stockage.
- ✓ **Logiciel CHANNEL**, conçu initialement pour ne gérer que les médicaments de la santé reproductive, l'OPS/OMS a adapté ce logiciel en y intégrant tous les médicaments essentiels. Il s'agit d'un logiciel de gestion proactive des médicaments permettant de générer des alertes pour éviter des ruptures de stocks. Le logiciel a été mis à disposition des structures sanitaires ainsi que le matériel informatique nécessaire pour son fonctionnement.
- ✓ **Outils de gestion médicamenteuse**, l'OPS/OMS a accompagné l'élaboration, la validation, l'impression et la diffusion d'outils de gestion (fiche de commande, fiche d'inventaire, registre de mouvements...)
- ✓ **Système d'Information Sanitaire Intrants (SIS Intrants)**, L'OPS/OMS a accompagné la DPM/MT pour l'identification d'indicateurs pour le suivi du secteur pharmaceutique à intégrer dans le système national d'information sanitaire en cours de préparation par l'Unité de Planification et d'Evaluation (UPE) du MSPP.

SANG ET DERIVES SANGUINS

Le sang étant un médicament essentiel selon la définition de l'OMS et s'agissant d'un projet pour l'amélioration de la santé reproductive et l'un des objectifs est la lutte contre la mortalité maternelle dont 30% est due aux hémorragies de la délivrance, nous avons réalisés, en concertation avec le comité technique du projet, certaines activités dans ce domaine:

- ✓ **Enquête d'évaluation des services de transfusion sanguine**, la première étape consistait à faire une analyse de situation du système de transfusion sanguine en Haïti afin d'identifier les points forts et les gaps à renforcer, l'outil OMS pour l'évaluation des systèmes de sang a été revu et adapté avec tous les partenaires nationaux et internationaux, ensuite traduit en français. Il s'agit d'un outil qui permet l'évaluation du système de transfusion sanguin dans ses volets réglementaires, normatifs, managériales et techniques sur toute la chaîne depuis la production du sang jusqu'à l'après transfusion aux patients. Ensuite une enquête d'évaluation des services de transfusion sanguine a été menée sur l'ensemble du territoire national: avec l'appui technique et financier de l'OPS/OMS et en coordination et concertation avec le programme national de sécurité transfusionnelle (PNST) et participation de tous les partenaires concernés par la transfusion sanguine en Haïti.
- ✓ **Plan stratégique quinquennal pour la sécurité transfusionnelle**, ce plan a débouché des résultats de l'évaluation des services de transfusion sanguine. Ces résultats ont été présentés et validés avec tous les partenaires nationaux et internationaux, les axes stratégiques identifiés et le document rédigé et validé de façon consensuelle. Ce plan quinquennal repose sur 4 axes stratégiques:
 - la mise en place d'un cadre législatif et institutionnel (Gouvernance)
 - la promotion de don du sang volontaire non rémunéré
 - le renforcement du système de management de la qualité
 - la mise en place du système de suivi et évaluation et d'hémovigilance

Ce plan stratégique quinquennal nous a permis de mobiliser des ressources financières auprès du Siège de l'OMS à Genève pour sa mise en œuvre.

Les procédures de l'OMS/Genève ne permettant pas la réalisation de certaines activités, nous avons continué à assurer l'intégration avec le projet actuel qui a financé les activités suivantes dans le cadre du plan stratégique quinquennal de sécurité transfusionnelle:

- ✓ **Achat de 12 chaises de prélèvement pour collecte de sang en équipe mobile**, devant le manque de moyens matériels qui handicapait la collecte mobile en ne permettant pas des sorties d'équipes simultanées et des prises en charge de donneurs qui se présentaient, nous avons fourni des chaises de prélèvement pour augmenter la production du sang qui, actuellement, ne répond qu'à 50% des besoins exprimés et 25% des besoins théoriques.
- ✓ **Renforcement de la chaîne de froid pour les produits sanguins**, les conditions déplorables de stockage du sang et produits sanguins, relevées dans l'évaluation, nous ont poussé à renforcer la chaîne de froid. Le projet actuel a financé l'achat et l'installation de 8 frigos solaires. Ceci a permis d'améliorer les conditions de stockage mais, également d'augmenter

la couverture en alignement avec l'objectif de la couverture universel en sang visé dans le plan stratégique quinquennal. Ceci a contribué à l'ouverture de sept (7) nouveaux dépôts et la réhabilitation d'un (1) dépôt de sang conformément à la carte sanitaire arrêtée dans le plan stratégique quinquennal.

- ✓ **Informatisation des comités d'hémovigilance**, 20 comités d'hémovigilance pilotes ont été mis en place dans 20 structures sanitaires du pays, nous avons tenu à les mettre en place dans des maternités pour assurer l'intégration. Ils ont été dotés des outils de gestion (bon de réquisition, guide de référence d'utilisation clinique du sang, fiche transfusionnelle, fiche de déclaration d'accident transfusionnels, fiche d'hémovigilance, guide de remplissage de la fiche d'hémovigilance). Dans un souci d'amélioration de la gestion de l'information, la génération de l'alerte et de la rapidité de la prise de décision, des ordinateurs et imprimantes ont été fournis à ces comités d'hémovigilance.

Points forts: Premier projet de son genre à prendre en considération le secteur pharmaceutique en sa globalité : politique, réglementation, gestion, technique/operationnel. Beaucoup d'activités pérennes a fort impact a moyen/long terme et qui peuvent constituer un point de départ sur lequel peuvent capitaliser d'éventuels partenaires internationaux qui veulent appuyer le secteur pharmaceutique.

Contraintes: La durée du projet est courte pour la mise en place convenable de toutes les fonctions réglementaires pharmaceutiques ((i)Homologation des médicaments AMM, (ii)Inspection réglementaire pharmaceutique, (iii)Contrôle de la qualité des médicaments, (iv)Pharmacovigilance, (v)Autorisation des Essais Cliniques, (vi)Information médicamenteuse sur les produits, (vii)Contrôle de la promotion et de la publicité des médicaments, (viii)Contrôle des importations, (ix)Autorisation des fabricants et importateurs, (x)Autorisation du personnel et des établissements pharmaceutiques) qui, selon le cycle de planification de l'OMS, nécessite un cycle de programmation long terme dans des contextes beaucoup moins contraignant qu'Haiti

Ressources humaines pharmaceutiques faibles en quantité et en qualité (encore plus pour les volets politique et réglementaire) et turn-over très importants des ressources formées avec départ vers des ONG et/ou des organismes internationaux ou à l'étranger

Absence totale de la participation de l'Etat au financement des médicaments. La totalité des financements est prise en charge par les partenaires internationaux et les ménages dont 72% vivent avec moins de 2 USD par jour. Ceci constitue un risque de pérennisation au retrait des partenaires.

Instabilité politique avec retard d'adoption des textes de loi au niveau du parlement. Ceci est une grande menace notamment pour l'Ordre National des Pharmaciens. Contrairement à la PPN, tant que la loi de création de cet Ordre n'est pas votée, il ne pourra pas démarrer ses activités au risque d'être dans l'illégalité.

Objectif spécifique 3.2 design d'un système national unique de gestion des intrants

- ✓ **Liste nationale de médicaments essentiels (LNME):** Un appui technique a été fourni pour l'élaboration de la première LNME par niveau de soins en Haïti, selon la méthodologie de l'OMS (basée sur la charge globale de morbidité et de mortalité du pays et sur les protocoles thérapeutiques standardisés). Cette liste est rendue obligatoire pour le secteur public par une circulaire ministérielle.
- ✓ **Évaluation des Centrales Départementales d'Approvisionnement en Intrants (CDAI):** Cette évaluation a porté sur les volets infrastructurels, institutionnels, managériales, technique et de processus et a montré beaucoup de faiblesses en infrastructure, en équipement, en ressources humaines et en compétences techniques de ces structures et leur incapacité à assurer une disponibilité et une accessibilité de médicaments de qualité au niveau périphérique.
- ✓ **Étude de la cartographie des systèmes de financement, d'approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques en Haïti:** Cette étude a été menée conformément à la méthodologie de l'OMS, Haïti étant le 17^{ème} pays au niveau mondial à l'avoir mené. Elle a permis d'identifier les systèmes parallèles existants et de mieux repenser un système national unique d'approvisionnement et de distribution pour une meilleure disponibilité et accessibilité des médicaments essentiels.
- ✓ **Design d'un système national intégré d'approvisionnement et de distribution des médicaments:** à la lumière des différentes études et évaluation, un design a été proposé et validé. Il s'agit d'un système reposant sur une centrale nationale et trois centrales régionales au nord, au sud et au centre/ouest assurant une distribution active aux structures sanitaires. Des étapes de mise en œuvre ont été proposées et validées. Un appui technique a, également, été fourni pour l'élaboration du plan architectural de la centrale nationale de Cabaret conformément aux normes inter-agences de bonnes pratiques de stockage des médicaments.
- ✓ **Comité de pilotage et comité technique du système national intégré:** la création de mécanismes de coordination officiels et de haut niveau était la première étape à mettre en œuvre. Elle signait par ailleurs l'engagement politique de haut niveau du gouvernement Haïtien à mener le processus. C'est ainsi qu'un appui technique a été fourni pour la définition des compositions, termes de référence, membres et modalités de fonctionnement des comités de pilotage et technique. Le comité de pilotage était présidé par la Ministre de la sante et le comité technique par le Directeur Général.
- ✓ **Loi cadre créant le Système National d'Approvisionnement et de Distribution des Intrants (SNADI):** Un appui technique a été fourni pour l'élaboration du statut juridique, et du cadre organisationnel et opérationnel du système national intégré. Ainsi a été définie la structure juridique la mieux adaptée au contexte Haïtien ainsi qu'une proposition de convention liant le gouvernement Haïtien et les partenaires techniques et financiers dans le cadre de la gestion de la structure nationale. Ces documents ont servi de base pour la rédaction de la loi cadre créant le SNADI sous forme de service technique déconcentré. Cette loi est au parlement depuis juillet 2013.
- ✓ **Plan d'action de transition biennal du système national intégré:** Un appui technique a été fourni pour l'élaboration d'un plan d'action budgétisé de transition sur deux ans des systèmes parallèles existants au système national intégré d'approvisionnement et de distribution des médicaments en Haïti.

Points fort: Fédération de tous les partenaires autour d'un processus commun visant la synergie et la complémentarité et définition d'un système basé sur l'évidence. Certaines activités pérennes à grand impact sur l'organisation du secteur pharmaceutique de façon spéciale et le système de santé de façon générale telle que la Liste Nationale de Médicaments Essentiels

Contraintes: Dépendance financière de certains partenaires internationaux ce qui handicape le leadership du MSPP en matière de certaines décisions stratégiques.

Le plan d'action souffre de manque de moyens financiers pour sa mise en œuvre. Le seul partenaire financeur exige la sous-traitance du système par une ONG à travers laquelle passera son financement.

Manque d'engagement au niveau national: c'est quand les travaux ont commencé au niveau de la centrale nationale de Cabaret qu'il s'est avéré que le titre de propriété n'était pas acquis convenablement. Un propriétaire est apparu et a chassé l'entreprise de construction pour construire un château d'eau sur son terrain. Les fonds USAID destinés à cette construction expirent en mars 2015 et risquent d'être perdus et retournés au trésor public américain.

Objectif spécifique 3.3 Renforcement des 10 départements sur la gestion et l'approvisionnement en intrants et mise en place d'un système de distribution active dans les 2 départements prioritaires (Nippes et Sud Est)

- ✓ **Evaluation des Centrales Départementales d'Approvisionnement en Intrants (CDAI):** Cette évaluation a porté sur les volets infrastructurels, institutionnels, managériaux, technique et de processus et a montré beaucoup de faiblesses en infrastructure, en équipement, en ressources humaines et en compétences techniques de ces structures et leur incapacité à assurer une disponibilité et une accessibilité de médicaments de qualité au niveau périphérique.
- ✓ **Équipement des CDAI,** sur la base de cette évaluation des étagères, des palettes, des thermomètres muraux et des réfrigérateurs mixtes électrique et à gaz ont été fournis. Des lots de médicaments pour redémarrage suite à la décapitalisation due à la gratuite instaurée suite au séisme et à l'épidémie du choléra ont, également, été fournis.
- ✓ **Outils de gestion médicamenteuse,** l'OPS/OMS a accompagné l'élaboration, la validation, l'impression et la diffusion d'outils de gestion (fiche de commande, fiche d'inventaire, registre de mouvements...)
- ✓ **Logiciel CHANNEL,** conçu initialement pour ne gérer que les médicaments de la santé reproductive, l'OPS/OMS a adapté ce logiciel en y intégrant tous les médicaments essentiels. Il s'agit d'un logiciel de gestion proactive des médicaments permettant de générer des alertes pour éviter des ruptures de stocks. Le logiciel a été mis à disposition des structures sanitaires ainsi que le matériel informatique nécessaire pour son fonctionnement.

- ✓ **Renforcement des capacités nationales**, des modules de formations ont été élaborés et mis à disposition ainsi que différents guides de l'OMS. Des séminaires de formations ont été organisés sur:
 - L'inspection pharmaceutique
 - La sélection et l'usage rationnel
 - Les estimations/quantifications des besoins en médicaments au niveau départemental avec consolidation nationale et élaboration de tableaux de distribution
 - Les bonnes pratiques de stockage et de gestion
 - L'assurance qualité et le contrôle qualité, manipulation des mini laboratoires et de la Chromatographie Liquide à Haute Performance (HPLC)
 - Les indicateurs de suivi évaluation et le système d'information pharmaceutique
 - La manipulation du logiciel CHANNEL
 - La gestion des médicaments périmés

- ✓ **Pour Nippes et Sud-est**, en plus de tout ce qui est mentionné plus haut, Nippes et Sud-est ont bénéficié de:
 - Un mini laboratoire chacun pour effectuer des screening rapide pour vérifier la détérioration de la qualité des médicaments suite aux conditions de stockage non optimales
 - Un camion chacun pour effectuer la distribution active
 - Un pick-up chacun pour les distributions active dans les zones d'accès difficiles et pour les supervisions
 - Un appui financier pour la destruction des périmés
 - La prise en charge des salaires de certaines ressources humaines
 - La construction d'un CDAI chacun avec appui pour les plans architecturaux de ces CDAI selon les normes inter agences.

Points forts: Augmentation de la disponibilité des intrants SR dans ces départements pilotes selon les enquêtes de stock-out du FNUAP.

Contraintes: l'absence d'engagement et d'appropriation par les responsables départementaux. L'absence de suivi par le niveau central. Le problème des médicaments gratuits faisant partie des médicaments dans le circuit du recouvrement des couts ce qui gênerait des comportements déviants, Accentués par l'impunité, la non redevabilité et la corruption

Problèmes d'insécurité: après beaucoup d'efforts pour surmonter les défis et lancer les constructions des CDAI Nippes et Sud-est dans les délais impartis au projet, il y a des risques de retards suite aux différentes agressions auxquelles font face les ouvriers sur les chantiers de la part de gangues armés qui brulent leurs baraques et les menacent.

Objectif spécifique 3.4 mise en place d'un système de gestion des déchets médicaux au niveau central et départemental

- ✓ **Analyse de situation sur les incinérateurs du pays**, faite par la DPM/MT et l'OPS a montré que les incinérateurs placés par UNICEF ne sont destinés qu'à l'incinération du matériel PEV (coupants et tranchants)
- ✓ **L'étude sur la gestion des déchets faite par l'UNFPA et l'OPS**, devait permettre d'identifier les besoins au niveau des hôpitaux
- ✓ **Construction des bacs de triage, des écrases fioles en verre et des containers pour seringues** aux hôpitaux départementaux des Nippes et Sud-est
- ✓ **Appui financier fourni aux CDAI des Nippes et Sud-est pour la destruction des médicaments périmés**, conformément aux normes de l'OMS
- ✓ **Plan de construction des CDAI des Nippes et Sud-est**, élaboré conformément aux normes inter agences OMS-UNFPA-UNICEF-Banque Mondiale-USAID, il y figure une zone de gestion des déchets pharmaceutiques (quarantaine, incinérateur)
- ✓ **Deux incinérateurs a PROMESS**, Bénéficiant d'autres fonds, PROMESS est depuis longtemps aménagé de façon à répondre aux normes internationales de stockage des médicaments. Pour la gestion des médicaments périmés, il utilisait les incinérateurs de la MINUSTAH. En septembre 2014, deux incinérateurs ont été installés pour la destruction des médicaments périmés du pays.
- ✓ **Suite à la recommandation de l'évaluation à mi-parcours**, un lien a été établi avec d'autres programmes de l'OPS où la gestion des déchets hospitaliers est traitée de façon globale. Un comité dont nous faisons partie a été mis en place et, une stratégie de gestion des déchets hospitaliers dont les médicaments a été élaborée et validée. Des sessions de formations sur l'entretien et la désinfection hospitalière ont été menées. Des travaux d'assainissement ont eu lieu à l'hôpital départemental du Sud-est. Un réaménagement des infrastructures dans les institutions de sante incluant le raccordement d'eau a été fait dans 49 centres de santé et 11 incinérateurs ont été réparés.

Points forts: Intégration inter-programmatique et activités pérennes telle que la stratégie de gestion des déchets hospitaliers, et les aménagements/assainissement des structures sanitaires avec raccordement à l'eau ainsi que la réparation/installation des incinérateurs

Contraintes: Comme discute longuement lors de l'évaluation à mi-parcours, il s'agit d'un objectif qui dépasse largement la composante III. La gestion des déchets hospitaliers nécessite des stratégies intersectorielles et inter-programmatiques qui vont au-delà du projet lui-même et peut constituer à elle seule un projet à part entière.

Thématiques transversales :

L'égalité hommes femmes

Des analyses désagrégées en matière d'accès aux médicaments seraient très difficiles avec le système d'information existant. Généralement, ce système d'information s'adresse à des dépôts de gestion des médicaments et non à des services en contact avec les patients pouvant tenir des registres désagrégés. D'ailleurs le lien genre et médicaments a toujours été difficile à mettre en exergue par les différents Etats Membres malgré les insistances de l'OMS dans les différentes conférences internationales. Pour ce faire, l'OMS a élaboré des outils qui permettent de mesurer le nombre de pharmacies et de pharmaciens par habitant désagrégé par sexe; de pharmacie publique ou privée, les écarts entre la liste de médicaments essentiels d'un centre de santé par exemple affectant la population par sexe, l'usage irrationnel des médicaments et les dangers qu'ils font courir, les ruptures de stocks dans le système public et dans le système privé et le genre, la corruption en matière de médicament et genre, l'automédication et le genre, la médecine traditionnelle et le genre.... Mais ce sont là des études très spécifiques qui n'ont pas été prévues dans le projet et qui, je pense, même si elles sont faites fourniront peu ou pas d'information dans le contexte national Haïtien.

L'environnement

Dans le cadre de la composante III, l'environnement a été pris en considération:

- ✓ **Pour la destruction des périmés au Nippes et Sud-est** qui se faisait conformément à la procédure de l'OMS qui est respectueuse de l'environnement
- ✓ **Lors de la collecte des périmés au niveau national** qui s'est faite en collaboration avec PAH et SCMS et qui a permis de collecter 17 tonnes de médicaments périmés, stockés actuellement à la MINUSTAH en attente de la finalisation de l'installation des deux incinérateurs de PROMESS pour les détruire dans le respect des normes
- ✓ **Lors de l'élaboration des plans architecturaux** de la centrale nationale de Cabaret et des deux CDAI des Nippes et Sud-est
- ✓ **Dans le cadre de la mise en place des incinérateurs au niveau de PROMESS**
- ✓ **Lors de la construction des CDAI des Nippes et Sud-est** ou une étude de la gestion de l'environnement a été faite par la firme de construction
- ✓ **Dans le cadre de l'objectif 3.4** ou des travaux d'assainissement ont été menés en intégration avec le programme « sante environnementale » de l'OPS/OMS ainsi que la réparation d'incinérateurs
- ✓ **Stratégie sur la gestion des déchets hospitaliers incluant les déchets pharmaceutiques**, de façon plus pérenne, à travers la participation dans le comité en appui à la Direction de la promotion de la santé.

Le renforcement institutionnel

- ✓ La PPN et le plan stratégique qui constituent des feuilles de routes avec une vision claire et des objectifs stratégiques et opérationnels bien définis qui peuvent orienter d'éventuels autres bailleurs de fonds. Egalement, le plan stratégique quinquennal pour la sécurité transfusionnelle élaboré grâce au financement de ce projet.
- ✓ Dans le cadre de la couverture et l'accès universel a la sante, la disponibilité des médicaments, leur qualité et leurs mécanismes de financement sont d'une importance capitale, le médicament étant un élément favorisant l'augmentation de l'utilisation des services de santé. En matière de financement de la sante, également, le médicament reste incontournable de par le volume de dépenses qu'il représente pour les ménages en matière de soins, mais aussi de par les possibilités d'économie d'échelle possibles à travers des options politiques et managériales appropriées.
 - Ce projet permettra de mettre à disposition les « bons médicaments » à travers la LNME à intégrer dans le cadre du panier de soins à prendre en considération pour la protection sociale médicale, pour l'accessibilité des médicaments et pour les remboursements des assurances maladies.
 - Les fonctions règlementaires, sont garantes de la qualité des médicaments et donc de la qualité des soins et de l'augmentation de l'utilisation des services de sante
 - Le SNADI, si le plan d'action de transition est mis en œuvre, permettra la disponibilité et l'accessibilité à des médicaments de qualité pour toute la population Haïtienne
 - La faculté de pharmacie est garante d'un impact à long terme et d'une pérennisation des activités menées en matière de renforcement des ressources humaines
 - Le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens en Haiti est garant de l'organisation du secteur privé et d'une meilleure couverture géographique des services pharmaceutiques et donc de disponibilité des médicaments et de sa qualité
- ✓ Les efforts d'harmonisation des réglementations pharmaceutiques dans la sous-région des Caraïbes permettent une collaboration transfrontalière pour la lutte contre les médicaments contrefaits et illicites et permettent un partage d'information entre les pays pour un usage rationnel des ressources financières, matérielles et humaines.
- ✓ L'intégration du système d'information pharmaceutique au système national unique d'information sanitaire constitue un renforcement institutionnel indéniable. Il permettra, dans un cadre global et intégré, de fournir aux décideurs politiques de l'information basée sur l'évidence pour la planification et pour des décisions/orientations politiques éclairées.
- ✓ Beaucoup d'autres résultats obtenus pour le programme de sécurité transfusionnelle dans le cadre de la mise en œuvre du plan stratégique quinquennal. Ce dernier ayant été élaboré grâce au financement de ce projet et nous ayant permis de mobiliser des ressources financières pour sa mise en œuvre. D'autant plus que les responsables des acteurs nationaux dans ce domaine

(PNST et Croix Rouge Haïtienne) étaient plus réceptifs, réactionnels et appropriatifs à l'appui et à l'accompagnement de l'OPS/OMS.

Le renforcement du système d'information sanitaire

- ✓ **Outils de gestion médicamenteuse**, l'OPS/OMS a accompagné l'élaboration, la validation, l'impression et la diffusion d'outils de gestion (fiche de commande, fiche d'inventaire, registre de mouvements...)
- ✓ **Logiciel CHANNEL**, conçu initialement pour ne gérer que les médicaments de la santé reproductive, l'OPS/OMS a adapté ce logiciel en y intégrant tous les médicaments essentiels. Il s'agit d'un logiciel de gestion proactive des médicaments permettant de générer des alertes pour éviter des ruptures de stocks. Le logiciel a été mis à disposition des structures sanitaires ainsi que le matériel informatique nécessaire pour son fonctionnement.
- ✓ **Système d'Information Sanitaire Intrants (SIS Intrants)**, L'OPS/OMS a accompagné la DPM/MT pour l'identification d'indicateurs pour le suivi du secteur pharmaceutique à intégrer dans le système national d'information sanitaire en cours de préparation par l'Unité d'Etude et de Programmation (UEP) du MSPP.

L'objectif intermédiaire 4 : Contribuer au changement de comportement de la population face à la santé de la reproduction

Effet 4: *Comportement amélioré de la population face à la santé de la reproduction*

Cibles : 80% de la population en âge de procréer des nippes et du sud est sont informées en matière de santé de la reproduction et utilisent les services offerts ; initiatives visibles des leaders communautaires et des élus locaux.

Résultats atteints :

1. INTRODUCTION

La composante Education Communication / CCC avait été intégrée au projet en soutien aux composantes d'offre de services. Gérée par l'UNICEF, elle devait permettre à, au moins, 80% de la population en âge de procréer d'être informés et sensibilisés sur les droits à la santé sexuelle et reproductive et sur l'importance de l'utilisation des services SR.

Au cours des deux premières années, des partenariats avaient été établis avec les directions sanitaires des Nippes et du Sud-est, pour l'opérationnalisation des activités de terrain. Cependant, en raison de quelques contraintes, les activités se mettaient en place difficilement. Aussi, dans le souci d'accélérer le processus, des partenariats avaient été signés avec le MCFDF et l'ADHESE pour la prise en compte du volet « genre et violence faite aux filles et aux femmes », avec le MJSAC et VDH pour la prise en compte du volet « adolescents et genre » et également avec MHDR et EKOTE pour la promotion communautaire des services.

En dépit du retard enregistré au début du projet, l'adoption de stratégies novatrices par les partenaires a permis une meilleure implication des organisations locales de base dans le processus de sensibilisation des paires et faciliter ainsi un accès beaucoup plus soutenus aux informations relatives à la santé de la reproduction à un plus grand nombre de personne de la population cible.

Ce rapport présente les principales activités réalisées au cours des années d'exécution du projet. Il permettra d'apprécier, dans un premier temps, les différents résultats obtenus et, dans un second temps, les contraintes et les défis majeurs rencontrés dans la mise en œuvre du projet ainsi que les pistes pour la pérennisation.

2. LA DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE

Les 4 grandes approches stratégiques de la Communication pour le Développement (C4D) ont été adoptées, à des niveaux différents, par les différents partenaires. Il s'agit du :

- **Le Plaidoyer**

Cette stratégie de communication qui vise à s'assurer de l'appui des décideurs à tous les niveaux. Elle consiste à organiser les informations et données de santé en de solides arguments pour influencer les décideurs, les dirigeants politiques et les personnes influentes de la communauté. Ce processus a été très utile pour obtenir un engagement d'un leadership politique en faveur de la mise en œuvre des activités de santé de la reproduction.

Au cours de ces années d'exécution, des activités de plaidoyer auprès des élus locaux, des représentants des différents ministères, (MCFDF, MJSAC, MJ) ont été réalisées en vue de déboucher sur un engagement amélioré des décideurs et des politiques, en faveur de la santé sexuelle et reproductive, au niveau de ces deux départements.

- **La Mobilisation sociale**

L'objectif de la mobilisation sociale est la participation de tous les secteurs de la communauté pour la promotion de la santé de la reproduction. Elle consiste à regrouper et à créer des alliances intersectorielles entre les forces vives d'une communauté: églises, associations de base, écoles, groupes sociaux structurés en vue de créer une action collective qui aura pour effet de modifier les normes sociales et renforcer les efforts pour l'atteinte des objectifs fixés.

Au cours de ces années des alliances ont été créés, à travers les tables thématiques, entre les différents partenaires du projet et d'autres acteurs du secteur pour l'optimisation des ressources disponibles. Découlant de cette alliance, la cartographie des zones d'interventions avaient été établis, également les mécanismes pour le partage d'informations et d'expériences avaient été identifiés.

- **La Communication pour le Changement de Comportement (CCC)**

La Communication pour le Changement de Comportements consiste à fournir aux différentes catégories de la population participante, les connaissances nécessaires en vue d'influencer leurs attitudes et leurs pratiques et conséquemment, les pousser à adopter et à maintenir des comportements qui auront un impact positif sur la santé de la reproduction.

Des canaux de communication interpersonnelle et de masse ont été utilisés pour sensibiliser les hommes, les femmes et les jeunes et les porter à adopter les comportements sécuritaires en faveur de la santé de la reproduction. Des matériels éducatifs ont été produits ou reproduits avec la DPSPE, la DSF pour appuyer les activités de terrain.

- **La Communication pour le Changement Social**

La Communication pour le Changement social est un processus de dialogue à travers lequel les gens définissent qui ils sont, ce qu'ils veulent et comment ils veulent l'obtenir. Cette approche cherche à engager et responsabiliser les communautés et les réseaux à influencer ou renforcer les

normes sociales et les pratiques culturelles afin de créer un environnement favorable à un changement durable

Le processus de dialogue et d'échange qui a été initié, a permis d'avoir l'implication d'autres partenaires locaux dans la prise de décision au niveau communautaire. Cela a été le cas pour bon nombre d'organisations de base qui se sont impliquées dans la réalisation d'activités de sensibilisation au profit de l'amélioration de la santé reproductive.

Signalons que chaque partenaire, en fonction de sa spécificité et de son mandat, a priorisé l'une ou l'autre de ces approches.

Par ailleurs, les activités ont touchées les différents groupes de participants ou groupes cibles définis dans le cadre du projet. Ainsi, des plus petits groupements communautaires des 21 communes des deux départements, en passant par les groupes organisés, les organisations féminines, les associations de jeunesse, les autorités locales (ASEC, CASEC, Maires...), les notables, les leaders religieux, les directeurs et professeurs d'écoles, les journalistes des médias locaux pour arriver aux prestataires de service, chaque segment de la communauté a été pris en compte par un ou plusieurs partenaires de mise en œuvre du projet. Les principales activités mises en œuvre ont été les suivantes :

- La formation de paires éducatrices ;
- La formation en cascade pour les membres des organisations communautaires;
- La sensibilisation par le théâtre communautaire ;
- La réalisation de fora communautaires ;
- La formation des enseignants et des parents d'élèves ;
- La réalisation des rencontres de plaidoyer auprès des leaders d'opinion
- La réalisation de pèlerinage communautaire (une forme revisitée de la visite domiciliaire)
- La constitution de groupes de support et de comités de soutien

Objectif spécifique 4.1 Améliorer le niveau d'information des populations notamment des zones cibles (Nippes et Sud Est) afin qu'ils deviennent plus responsables vis à vis de leur sexualité et soient plus demandeurs de services SR.

Objectif opérationnel 4.1.1 : des campagnes IEC/CCC sont organisées régulièrement en appui aux activités SR du projet développées dans les composantes I, II et III du projet

Principales réalisations et résultats atteints

- Au cours de l'année 2012, deux (2) plans de communication sur la santé de la reproduction ont été développés dans les départements du Sud-est et des Nippes. Ces plans ont été révisés en 2013 avec l'ensemble des partenaires SR de ces départements.
- L'UNICEF a procédé à la production et la distribution, à travers les partenaires, de 200,000 pamphlets sur les signes de dangers de la grossesse et de l'accouchement. Par

ailleurs, une boîte à images sur la santé maternelle a été produite et distribuée aux partenaires pour la réalisation des activités de terrain.

- 95 journalistes ont été formés dans les Nippes (DSNI) et le Sud-est (MHDR) sur la santé de la reproduction. Ces sessions de formation ont permis à plus d'une dizaine de médias des deux départements de s'impliquer dans la diffusion des émissions et des spots sur la santé de la reproduction et la santé sexuelle pendant les années 2013 et 2014.
- Environ trois cent (300) émissions de radio ont été réalisées et diffusées à travers des stations de radio communautaires et commerciales du Sud-est et des Nippes.
- Trois espaces de jeunes ont été équipés et sont opérationnels dans le Sud-est (Jacmel, Anse à Pitres) et Nippes (Miragoâne);
- Des sessions de formation ont été réalisées au profit des différents groupes de participants, soit au total 3334 personnes, toutes catégories confondues. Dont voici un résumé :
 - 1- Formation de 523 membres d'organisation de base et autres leaders sociaux sur l'implication communautaire dans la promotion des services de santé maternelle;
 - 2- Formation de 1170 membres de comités d'appui à la lutte contre les violences faites aux femmes;
 - 3- Formation de 120 jeunes comme pairs/paires éducateurs/trices en santé sexuelle et reproductive;
 - 4- Formation de 40 formateurs de formateurs communautaires dans le sud-est;
 - 5- Formation en cascade de 640 hommes sur la prévention de la violence faite aux filles et aux femmes
 - 6- Formation de 125 inspecteurs et directeurs d'écoles dans des communes du Sud-est;
 - 7- Formation de 121 membres des noyaux communautaires sur la Santé de la reproduction;
 - 8- Formation de 432 Maires, Casec et Asec sur la santé sexuelle et reproductive. A noter que certains d'entre eux ont participé aux comités de lutte contre les violences faites aux femmes mis en place par le Ministère à la Condition Féminine et aux Droits des Femmes.
 - 9- Formation de 50 prestataires de service de santé maternelle sur la livraison des services de santé sexuelle aux adolescents.
 - 10- Formation de 50 agents de santé sur la planification familiale.
 - 11- Formation de 63 jeunes en animation communautaire et théâtre de rue dans les deux départements.

Photo 13 : Formation des jeunes dans le Sud-est



Photo 14 : Mobilisation des jeunes sportifs à Jacmel



- Environ 250,000 personnes ont été informées et sensibilisées sur la santé de la reproduction à travers des activités diverses :
 - 1- Réalisation de 24 rassemblements de communautaire autour des fêtes patronales
 - 2- Réalisation de 250 rencontres communautaires sur la santé de la reproduction
 - 3- Réalisation de 25 prestations de théâtre communautaire sur la santé de la reproduction avec le Centre Culturel « ECOTE ».
 - 4- Réalisation de 30 sorties de pèlerinage communautaire avec le MHDR
 - 5- Réalisation de 244 séances d'informations dans les écoles et les clubs de jeunes
 - 6- Réalisation d'activités de sensibilisation de proximité pour environ 15,000 femmes dans les sections communales du Sud-est et des Nippes
 - 7- Réalisation de 26 rassemblements de sensibilisation pour les jeunes dans le Sud-est et les Nippes.
 - 8- Réalisation d'activités « d'éducation par le divertissement » à travers les espaces jeunes, environ 50,000 jeunes sensibilisés.
 - 9- Réalisation de 9 événements spéciaux importants dans la lutte pour l'égalité et l'émancipation des femmes (15 octobre, 25 Novembre et 8 Mars).
 - 10- Diffusion de spot et d'un sociodrame sur la santé maternelle à travers 9 radios commerciales et communautaires du Sud-est et des Nippes.

Photo 15 : Une prestation théâtrale du groupe EKOTE



Photo 16 : Visite à domicile par MHDR



Photo 17 : Activité éducative espace jeunes Jacmel



Photo 18 : Education par le divertissement (Jacmel)



La mise en œuvre de l'axe 4 du projet relatif à l'information et sensibilisation de la communauté et géré par l'UNICEF a débuté avec plus d'une année de retard. Cependant, en dépit de cela, certains de nos partenaires ont pu trouver les bonnes stratégies capables d'accélérer l'atteinte des résultats. L'atelier de partage d'expériences réalisé avec l'ensemble des acteurs à la fin du mois de novembre a été un moment fort où tout un chacun a fait une auto évaluation de la mise en œuvre du projet et des résultats obtenus. Des pistes pour la pérennité avaient été également identifiées. Dont voici un résumé :

Points forts :

- L'un des acquis les plus pertinents de ce projet est le renforcement des liens entre les différents acteurs étatiques et les ONG locales pour le bien de la jeunesse du Sud-est. Les tables thématiques SR et lutte contre la violence faite aux filles et aux femmes ont été

renforcées et constituent des fora d'échanges et de partages d'expériences entre les principaux acteurs de ces deux départements.

- Les activités de terrain menées dans le cadre de ce projet conjoint ont favorisé le développement d'une synergie entre la population et les acteurs communautaires dans la mesure où la population est plus réceptive et est disposée à participer aux activités de promotion des services de santé de la reproduction.
- Il est aussi important de rappeler l'implication effective des Organisations Communautaires de Base (OCB) dans la promotion de la santé de la reproduction. En effet, les membres de ces organisations se sont engagés à promouvoir, bénévolement, la maternité sans risques. Ainsi au niveau de plusieurs secteurs, des initiatives (autonomisation) ont été prises par les membres de ces OCB en vue d'accompagner les femmes enceintes vers les services de santé. Egalement, certains medias communautaires ont accepté de diffuser des émissions radiophoniques préenregistrées, à coût réduit, en vue du transfert intra-communautaire des connaissances sur la SR/PF, VIH-Sida.
- L'engagement des acteurs et actrices dans les Nippes dans la lutte pour l'éradication de la violence et la mortalité maternelle a été un élément incontournable pour mettre cette thématique au centre des préoccupations de la population ce qui a favorisé la constitution des comités de lutte contre la violence faite aux filles et aux femmes.
- Les rassemblements communautaires de masse sont devenus de vraies espaces de mobilisations multisectorielles impliquant des acteurs différents autour d'un objectif de sensibilisation.
- Grâce à ce projet, la direction départementale du MJSAC du Sud-est dispose de deux espaces équipés de matériels et celle des Nippes d'un espace capables de permettre aux jeunes de réaliser des activités pour leur épanouissement.

Contraintes

Il faudrait aussi souligner que l'atteinte des résultats n'a pas été une chose facile pour certains partenaires et les contraintes ont été de plusieurs ordres :

- Un déficit de coordination et de communication a été noté au niveau de certains acteurs étatiques dans le Sud-est. Ce qui a retardé la mise en œuvre des activités de terrain, particulièrement au niveau de la direction sanitaire du Sud-est. .
- Certains problèmes administratifs liés au retard dans la justification des fonds reçus, n'ont pas permis aux équipes techniques de certains partenaires d'implanter les activités avec la vitesse souhaitée. Cette situation n'allait pas permettre, en 2014, des transferts de fonds vers la direction sanitaire du Sud 'est.

- Les Directions Départementales du MJSAC qui sont des structures déconcentrées de ces ministères n'étaient pas en mesure de recevoir les fonds directement. Il fallait que les fonds transitent par le niveau central et la difficulté résidait dans le fait que le niveau central accusait beaucoup de retard dans la transmission de ces fonds vers ces directions et également dans la soumission du rapport financier. De ce fait, ces retards, n'ont pas permis aux directions départementales du MJSAC de bénéficier de l'intégralité des fonds programmés pour la mise en œuvre des activités visant les jeunes pour l'année 2014. Face, à cette situation nous avons dû recourir à un partenariat avec VDH pour combler l'écart enregistré.

Les leçons apprises

- 1 Vu le rapport de proximité établi entre les matrones et les femmes enceintes dans une communauté, il serait bien que des actions soient dirigées vers les matrones pour le référencement des primipares et des grossesses à risque.
- 2 Une bonne implication des autorités dès le début de la mise en œuvre des activités, engendre une meilleure collaboration de ces derniers par rapport aux idées préconçues qui prônent que ces derniers ne sont jamais prêts à collaborer ;
- 3 L'implication des hommes dans les initiatives de l'égalité des sexes et la santé maternelle est atout majeur pour le changement des normes sociales, surtout en ce qui concerne la problématique de la santé maternelle.
- 4 L'Eradication de la violence basée sur le genre est un processus complexe qui exige l'implication de tous les secteurs (hommes, femmes, jeunes, les collectivités religieux et religieuses etc...) ; il serait bien que des espaces de discussions soient aménagées pour faciliter la participation de tous.
- 5 La Sensibilisation, la formation et l'éducation de la population sont nécessaires pour la réduction de la violence faites aux femmes et aux filles et la mortalité maternelle ; il faudra que des actions spécifiques soient menées pour susciter la participation communautaire.

La bonne coordination des acteurs et actrices contribue largement à un changement de mentalité de la population et une nouvelle culture basée sur le respect des droits humains et l'égalité femme/homme

Objectif spécifique 4.2 Améliorer la capacité des politiques et des décideurs à soutenir la Planification familiale/SR dans les départements cibles.

Objectif opérationnel 4.2.1 : Faire un plaidoyer auprès des élus locaux et des leaders communautaires pour qu'ils participent à l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des services SR.

Principales activités et résultats obtenus

- Réalisation d'une assise départementale avec les autorités locales sur la problématique de la santé maternelle dans le Sud-est
- Réalisation d'une séance de travail avec les autorités locales et les ministères sectoriels en vue de leur présenter le projet de santé de la reproduction
- Réalisation de 50 rencontres d'information avec les autorités locales sur l'implication des autorités locales dans la promotion des services de santé maternelle.
- Réalisation de 7 ateliers de présentation du projet aux responsables des organisations communautaires et les médias locaux, 70 personnes par atelier, soit plus de 700 membres d'organisations locales de base informées sur le projet ;
- Organisation de 33 fora communautaires dans le Sud-est pour les leaders communautaires.
- Mise en place de comité d'appui en support à la promotion de la santé maternelle avec les ASEC, CASEC et Maires dans les communes des Nippes.
- Implication des Casecs, ASECs et Maires des 21 communes du Sud-est et des Nippes dans les comités de luttes contre les violences faites aux femmes et aux filles.
- réalisation de séances d'information pour les commissaires du gouvernement et les juges de paix sur la problématique des violences faites aux filles et aux femmes. Ces séances ont débouchées sur la participation de ces cadres dans les comites.
- Mise en place de 32 comités d'appui et 10 groupes de support dans les deux départements pour la réalisation d'activités de mobilisation et d'information post-projet.

De manière globale, le volet plaidoyer a produit des résultats très significatifs, malgré la lenteur qu'il y a eu à impliquer les autorités locales dans la mise en œuvre du projet. Aujourd'hui, grâce à l'effort conjugué de MCFDF et du MSPP, tous les partenaires concernés se sont mis d'accord pour la mise en place d'un cadre de travail pour l'amélioration de la santé maternelle.

Thématiques transversales

L'égalité hommes femmes

Habituellement, la quasi-totalité des hommes rencontrés dans les différentes activités communautaires n'acceptaient pas de négocier leur sexualité avec leurs femmes; ils pensaient détenir le monopole pour la prise de décision. Également, ils n'étaient pas nombreux ce qui accompagnait leurs femmes enceintes dans les institutions de santé.

Aujourd'hui, la tendance a beaucoup évolué dans les différentes communes de mise en œuvre du projet. La présence des hommes est constatée à un nombre significatif, presque jusqu'à 50% lors de la réalisation des activités communautaires. Il y a également une masse critique d'hommes formés comme pairs éducateurs. Il faudrait aussi rappeler l'implication de

l'organisation AHDESE dans la réalisation d'activités de formation et de sensibilisation au profit des hommes dans le département du Sud-est.

Les comités d'appui à la lutte contre les violences faites aux femmes comptent autant de filles que d'hommes dans certaines communes. Aujourd'hui la présence des hommes accompagnant leurs femmes à l'hôpital est beaucoup plus visibles et est en nette augmentation.

Le renforcement institutionnel

L'accompagnement apporté par l'UNICEF a été signalé par les partenaires étatiques et les organisations locales lors de l'atelier de partage d'expériences. Il y a eu transfert de connaissance dans le domaine de la coordination, la planification et le suivi des activités. Aussi, une amélioration significative de leur capacité de gestion a été signalée.

Par ailleurs, les institutions de santé représentent les principales sources d'informations sur la santé de la population. Toutes les institutions de santé se trouvant dans le département ont collaboré pour la réussite des activités et ont été renforcé en terme de communication pour le changement de comportement, accueil et prise en charge des femmes. Les visites de supervision réalisées montrent l'évolution du programme et la participation communautaire dans la réduction de la mortalité maternelle.

Conclusion

En somme, le projet conjoint SR a eu un impact positif dans les départements des Nippes et du Sud-est. Dans l'exécution des activités, nous avons essayé d'adresser les tabous et les obstacles liés à l'utilisation des services de santé sexuelle particulièrement l'accouchement en milieu hospitalier, à travers les représentations théâtrales et les débats communautaires, nous espérons que ceci sera à la base d'un changement social par rapport à la santé de la reproduction dans les zones d'exécution du projet.

Par ailleurs, le fait qu'un transfert de connaissance et de savoir-faire ait été fait aux organisations de base constitue un gage pour la pérennité et nous espérons que les différents groupes constitués continueront à orienter les jeunes, la population sexuellement active et les femmes enceintes vers les services de santé de la reproduction.

III. BILAN

PF

L'accès de la population à la planification familiale s'améliore lentement mais sûrement dans le pays comme l'a montré l'enquête EMMUS V, selon laquelle la prévalence contraceptive au niveau national parmi les femmes en union a augmenté de 25 % en 2006 à 31 % en 2012. Les besoins non satisfaits concernent encore 35% des femmes de 15 à 49 ans en union.

La planification familiale est offerte dans 97% des institutions de santé des Nippes et dans 83% des institutions du Sud Est, alors que la moyenne nationale est de 76% (Evaluation de la prestation des services de soins de santé, MSPP 2013).

A la fin 2014, au moins trois méthodes modernes de planification familiale (parmi préservatifs, pilules, injectables, implants, DIU) sont disponibles dans les institutions de niveau primaire du Sud Est et des Nippes. Au moins quatre méthodes modernes de PF (dont l'implant) sont disponibles dans les institutions SONUB, et au moins cinq méthodes (dont la CCV) dans les institutions SONUC.

La prévalence contraceptive a bien évolué et a dépassé, dès l'année 2012, les cibles fixées par le projet pour ces deux départements sanitaires. Les besoins non satisfaits en PF ont peu évolué dans le Sud Est alors qu'ils ont bien diminué dans les Nippes dépassant la cible dès 2012.

Résultats atteints en 2012 (EMMUS V): prévalence contraceptive Sud Est 27%, prévalence contraceptive Nippes 37% ; besoins non satisfaits en PF Sud Est 42,4%, besoins non satisfaits en PF Nippes 31,8%.

Cependant l'utilisation des méthodes de longue durée ou définitives reste faible : leur prévalence n'est que de 4% au niveau national, de 4,5% au niveau des Nippes et de 2,3% au niveau du Sud Est en 2012 (EMMUS V). La proportion des méthodes de longue durée ou définitives par rapport aux méthodes modernes est donc de 7% dans le Sud Est et de 12% dans les Nippes et au niveau national.

Si l'on considère maintenant les données statistiques fournies par le système d'information sanitaire pour 2013 (tableau 4), les méthodes de longue durée et définitives (Dispositifs intra utérins-DIU, implants et ligatures) représentent 10% des méthodes modernes utilisées au niveau du pays, 4% au niveau du Sud Est et par contre la situation est meilleure dans les Nippes avec une proportion de 30%.

Si l'on prend en compte les utilisatrices de méthodes modernes de PF 2014 (données statistiques Sud Est et Nippes 2014, tableau 5 et figure 6), les méthodes de longue durée et définitives (Dispositifs intra utérins-DIU, implants et ligatures) représentent 5% dans le Sud Est et 19% dans les Nippes.

Si l'on prend en compte les données fournies par les rapports statistiques 2014 des deux départements cibles du MSPP (tableau 6 et figure 7), concernant les acceptantes PF (c'est-à-dire les nouvelles utilisatrices en 2014), les méthodes de longue durée ou définitives représentent 6% des méthodes modernes utilisées dans le Sud Est et 10% dans les Nippes.

Du fait de la campagne nationale de PF en 2014, et des nombreuses activités mises en œuvre dans l'ensemble du pays et particulièrement dans les deux départements sanitaires ciblés, on peut supposer que la prévalence contraceptive a augmenté par rapport aux données de 2012. Seule une enquête en population générale permettra d'avoir un chiffre pour cet indicateur (prochain EMMUS).

Accouchements institutionnels

La stratégie d'offre de services SONUB et SONUC a été définitivement adoptée par le MSPP en 2009/2010. Chaque département sanitaire a été amené à identifier ses institutions à potentiel SONUB et SONUC selon sa population et son environnement spécifique.

Pour le Département du Sud est, le projet conjoint a soutenu un SONUC (St Michel de Jacmel) et cinq SONUB (Côte de fer, Bainet, Marigot à partir d'octobre 2012, Bel Anse, Anse à Pitre), les CAL de Thiotte (caritas) et de la Vallée ayant été aussi soutenus les deux premières années du projet. Un deuxième SONUC fonctionne avec l'appui de la coopération cubaine (Cayes Jacmel).

Pour le Département des Nippes, le projet conjoint a soutenu deux SONUC (Ste Thérèse de Miragoane-hôpital départemental et l'Azile-où travaillent les cubains), et trois SONUB (Paillant, Petit trou des Nippes, Anse à Veau).

Dans ces deux départements sanitaires cibles du projet, le volet SOG n'a concerné que les deux SONUC des Nippes ; puis le projet « Maman ak timoun an sante » a soutenu les deux hôpitaux départementaux.

Les institutions SONU des deux départements ont reçu des appuis en ressources humaines qualifiées, en formations, en équipements, en intrants SR, en infrastructures (petits aménagements). Cependant aucun SONUB n'assure les sept fonctions, il manque l'aspiration manuelle intra utérine (AMIU) et/ou la ventouse (alors que les équipements ont été mis à disposition par le projet). Les SONUC assurent les neuf fonctions, mais ont souvent des problèmes de disponibilité de ressources humaines qualifiées (obstétricien, anesthésiste) les empêchant de fournir leurs services 24h/24. L'utilisation du partogramme est loin d'être généralisée.

Selon les enquêtes EMMUS IV et V, on note une augmentation nette du pourcentage d'accouchements en institutions et avec du personnel qualifié, entre 2006 et 2012. Cette augmentation est la plus élevée pour le Département des Nippes qui passe de 11,8% en 2006 à 27,7% en 2012, alors que dans le Sud Est elle passe de 10,9% à 21,9%. Au niveau national, le pourcentage passe de 24,7% à 35,9%.

Si l'on prend en compte les données statistiques du MSPP, la proportion d'accouchements en institutions par rapport aux accouchements attendus est passée de 20% en 2009 à 28% en 2014 pour les Nippes, de 10% en 2009 à 16% en 2014 pour le Sud Est, de 19% en 2009 à 23% en 2013 pour Haïti.

Les besoins obstétricaux couverts ont augmenté, même s'ils restent encore insuffisants : à partir des données statistiques des Directions départementales, dans les Nippes la proportion de césarienne par rapport aux accouchements attendus est à 2,4% en 2014 (il était estimé à 1,4% en 2006, EMMUS IV) ; dans le Sud Est, la proportion de césarienne est à 1,7% en 2014 (0,3% en 2006, EMMUS IV).

Sécurisation des intrants

- ✓ Politique Pharmaceutique Nationale et différents textes de lois
- ✓ Stratégie de développement du secteur pharmaceutique
- ✓ Différents services de réglementation pharmaceutique : enregistrement sanitaire, inspection pharmaceutique, contrôle qualité
- ✓ Normes et procédures de la DPM/MT
- ✓ Stratégie de production, de développement et de rétention des ressources humaines pharmaceutiques
- ✓ Revue du programme de la formation (contenu et durée) à la faculté de pharmacie
- ✓ Laboratoire de la faculté de pharmacie
- ✓ Centre de documentation au niveau de la pharmacie
- ✓ Liste Nationale de Médicaments Essentiels (LNME)
- ✓ Design, statut et cadre organisationnel du système national d'approvisionnement en intrant
- ✓ Plan d'action de transition vers le SNADI, détaillé et budgétisé sur deux années
- ✓ Statut et plan d'action pour la construction du Laboratoire National de Contrôle Qualité des Médicaments en Haïti (LNCQM)
- ✓ Statut, code déontologique, règlement intérieur et procédures de fonctionnement de l'Ordre National des Pharmaciens
- ✓ Stratégie de gestion des déchets hospitaliers dont les déchets pharmaceutiques
- ✓ Outils de gestion et de suivi/évaluation
- ✓ Intégration du système d'information pharmaceutique au système national unique d'information sanitaire
- ✓ Modules de formation et guides pour les périmés, les dons, la gestion des stocks...
- ✓ Renforcement des capacités nationales pharmaceutique
- ✓ Stratégie quinquennal pour la sécurité transfusionnelle
- ✓ Mobilisation de ressources financières pour la sécurité transfusionnelle
- ✓ Amélioration de la couverture pour l'accès au sang et dérivées sanguins
- ✓ Amélioration de la qualité du sang et produits sanguins (chaîne du froid et hémovigilance)
- ✓ Contribution à l'augmentation de la production du sang pour répondre aux besoins nationaux (collectes mobiles augmentées)
- ✓ Matériel et équipement pour les CDAI, la faculté de pharmacie, l'association des pharmaciens Haïtiens et le programme nationale de sécurité transfusionnelle

IEC/CCC

La mise en œuvre de ce projet a eu des retombées significatives au niveau des communautés bénéficiaires. Aussi en guise de bilan, nous voudrions mettre l'accent sur quelques acquis qui constituent, à n'en pas douter, des pistes pour la pérennité :

- 1 Le transfert des connaissances vers les organisations communautaires de base, les journalistes et pairs éducateurs, constitue un acquis pour la communauté. Car en l'absence d'un financement, un minimum d'activités promotionnelles sur la santé maternelle pourra être mené, à travers les radios communautaires, les espaces de jeunes et les groupements communautaires. De plus, MHDR un des partenaires du projet, a proposé d'introduire la thématique « santé maternelle » dans un projet de sécurité alimentaire dont cette organisation a la gestion.
- 2 La constitution de comités de lutte contre la violence faite aux filles et aux femmes composées des membres de la communauté est un atout important pour faire évoluer les normes sociales sur la problématique de la violence faite aux femmes et aux filles. De plus, l'engagement et l'implication des hommes de lois de ces départements dans ces comités est un plus pour la pérennité de ces comités.
- 3 Egalement, les comités d'appui et les groupes de support pour la surveillance communautaire des femmes de la grossesse vont continuer, en l'absence d'un financement, à orienter les femmes enceintes vers les institutions de santé pour une meilleure utilisation des services pré- et post natals. Ces comités déjà formés au début du projet seront impliqués à une pérennisation de la sensibilisation et de l'éveil communautaire.
- 4 La prise en compte de la thématique SR dans la table thématique « Genre » sous le leadership du MCFDF va offrir un espace d'échanges, de partages et de mise en commun des ressources entre les différents partenaires du projet. Ce qui va permettre à la thématique SR de rester au centre des priorités des acteurs du secteur.

Egalité hommes femmes

Les focus group réalisés dans les départements des Nippes et du Sud Est, lors de l'évaluation finale, ont mis en évidence l'implication des hommes dans les différentes composantes de la SR comme la PF, les CPN, l'importance de l'accouchement en milieu hospitalier, etc... Souvent ils accompagnent leurs conjointes non seulement à la CPN mais aussi pour l'accouchement et pour la PF. Ce soutien apporté par le conjoint a influencé positivement la vie de la famille : ceci a été rapporté lors des focus group « ... le support de nos maris nous aide beaucoup non seulement pour notre santé mais aussi pour l'éducation de nos enfants... ». Le niveau de vie a changé « ...maintenant je peux mener des activités économiques car mon mari m'aide à m'occuper des enfants... ». La PF ne se fait plus en cachette «... maintenant je n'ai plus honte de mon implant...»

Un plan national de lutte contre les violences faites aux femmes a été élaboré par la concertation nationale avec l'aide d'UNFPA. Les victimes bénéficient d'un accompagnement du MCFDF en ce qui a trait aux soins de santé et à la justice.

Des services gratuits et de qualité pour la PEC des violences faites aux femmes sont disponibles dans les hôpitaux départementaux et dans quelques SONUB pour la prise en charge médicale: Bainet et Marigot dans la DSSE, l'Azile et Petit trou des Nippes dans la DSNi.

Les communautés et jeunes sensibilisés sur la problématique de la violence et du genre. Il s'agit d'un travail de longue haleine. Le MCFDF a participé activement à la réalisation de ces séances. Des séances de formation sur la thématique de la violence sont organisées régulièrement pour les jeunes. Les professeurs de biologie ont été formés à la prévention des violences liées au genre dans le cadre de leur formation à la SR.

Gouvernance dans le cadre du projet conjoint SR : Efficacité de l'aide (critères HARMO)

Le choix des priorités et des stratégies du projet a reposé sur une concertation effective entre le MSPP et ses partenaires et sur des analyses conjointes mettant clairement en évidence les obstacles à surmonter pour réduire la mortalité maternelle. Il s'agissait entre autres:

- d'accessibilité financière ;
- de qualité des soins: disponibilité de RH qualifiées et compétentes (Sages-femmes, anesthésistes, gynécologues), disponibilité des intrants, disponibilité des transfusions sanguines, faiblesse du dispositif normatif ;
- de décision d'utiliser les services offerts : mauvaises perception des services offerts, faible mobilisation communautaire.

Dès le démarrage, le projet s'est inscrit dans le plan stratégique national pour la réforme du secteur de la santé 2003-2008 qui représentait le point de référence pour toute intervention en matière de santé. Ce plan fixait les objectifs sanitaires prioritaires du Gouvernement en prenant en compte les OMD dont, quatre objectifs prioritaires concernent la Santé de la Reproduction:

- Réduction du taux de mortalité maternelle d'au moins 50% ;
- Réduction du taux de mortalité infantile et infanto juvénile d'au moins 50% ;
- Réduire l'incidence de l'infection du VIH-Sida de 30% ;
- Réduire la mortalité liée au VIH-Sida de 30% ;

La stratégie du projet reprenait également les principaux axes du plan stratégiques de lutte contre la mortalité maternelle comprenant:

- Renforcement du Système de santé ;
- Augmentation de la couverture en soins obstétricaux ;
- Amélioration des conditions liées au genre qui entretiennent la vulnérabilité et potentialisent les risques de mortalité maternelle, particulièrement, ceux dû au premier et deuxième retard.

Le projet s'est inscrit toujours clairement dans la politique de santé et dans le nouveau plan stratégique en santé de la reproduction 2013-2016. Les composantes du projet rejoignent les principaux axes de ce plan en termes d'offre de services, de communication et de plaidoyer, de gouvernance et de coordination.

Comme cela a été constaté dans les différentes évaluations, l'appropriation du projet par le MSPP aux différents échelons du système de santé a été difficile.

Comme le souligne l'évaluation finale, le MSPP était en principe le maître d'oeuvre mais dans la pratique la maîtrise d'ouvrage semble plutôt avoir été assurée par les trois agences coordonnées par l'UNFPA. Aucun des responsables interviewés au niveau central et départemental ne s'est réellement senti « Maître d'oeuvre ou leader » du projet même si chacun en reconnaît la pertinence et l'utilité.

Les capacités des quatre directions du MSPP appuyées dans le cadre du projet ont été renforcées. Au niveau central : le directeur de la DSF a présidé le comité technique et assuré le suivi du projet à travers les réunions qui ont été très régulières. Un appui technique a été fourni à la DSF ainsi qu'un appui financier pour le fonctionnement. Le directeur actuel de la DSF a pris le train en route et n'a donc pas participé aux étapes initiales de conception et de planification conjointe. En 2011, le MSPP a finalisé, avec l'appui de l'UNFPA, le document de normes en matière de PF et en 2012 le plan stratégique 2013-2016 en SR et PF.

Le projet a eu un impact évident sur le renforcement des capacités de l'autorité réglementaire responsable du médicament. La DPM/MT est mieux staffée et certains de ses employés ont reçu des formations spécifiques.

Les deux directions départementales ont bénéficié d'un appui technique de l'équipe de l'UNFPA pour améliorer leurs capacités organisationnelles et assurer la prise en charge et le suivi des activités de SR. Le projet a pris en compte plusieurs salaires de cadres au niveau des deux DDS et a appuyé le fonctionnement des deux directions sanitaires.

Le Projet SR a fait des avancées intéressantes au niveau de l'efficacité de l'aide.

- Le projet est à l'évidence aligné sur les politiques nationales du gouvernement haïtien en matière de santé reproductive.
- Le projet conjoint SR offre un exemple concret au niveau national de concertation opérationnelle inter-partenaire autour de priorités sanitaires du gouvernement, ce qui est un élément central de l'efficacité de l'aide au développement. Opérationnellement, la coordination a permis de compléter les efforts en matière d'accessibilité financière pour les femmes enceintes avec une série d'actions conjointes sur le renforcement du système de santé, la communication et la participation communautaire. A noter toutefois que ces actions conjointes n'ont été planifiées que sur deux départements, et que la mise en œuvre du SOG a échoué sur l'un d'entre eux (Sud-Est).

Quelques faiblesses sont à souligner par rapport à l'efficacité de l'aide :

- Les procédures UNFPA et de chacune des agences d'exécution ont amené des retards de décaissement. Par exemple comme ceci a été noté dans les rapports d'évaluation: « l'instauration du mode de paiement direct par UNFPA après les recommandations de l'audit financier effectué en mars 2012, ont conduit à un ralentissement des décaissements préjudiciable à la réalisation des activités des composantes gérées par cette agence.»

- Des lenteurs et retards similaires de décaissement sont rapportés de la part des deux autres agences l’OMS/PAHO et l’UNICEF, mais avec des procédures et des mécanismes de paiements différents.
- Le SOG a été géré par l’OPS/OMS, avec son personnel propre et un circuit d’information et de financement spécifique. Il aurait été possible de développer un mode de fonctionnement mettant nettement plus l’accent sur l’appropriation du programme par le MSPP et les DDS et l’intégration dans les circuits publics. Ceci questionne également la répliquabilité et la durabilité de l’approche.
- Avec le SIP, le SOG a créé un circuit d’information parallèle au SIS. Ceci est contraire au principe d’alignement sur les procédures nationales. Il aurait été préférable de concentrer les efforts sur le renforcement du SIS en matière de santé reproductive, et de planifier en parallèle les études nécessaires pour les besoins additionnels d’information et de monitoring. »

Gestion basée sur les résultats

Le cadre de mesure du rendement permet de suivre l’atteinte des résultats attendus. L’accent sur les résultats a été mis à travers le suivi et le monitoring.

Le SOG a permis de contribuer à l’émergence de mécanismes novateurs, que l’on retrouve aujourd’hui dans la nouvelle Politique Nationale de Santé de juillet 2012. On pense principalement aux mécanismes de contractualisation avec un remboursement des prestations sur base des résultats et à la réflexion en cours en matière de protection sociale, pour laquelle les mécanismes d’exemption de paiement mis en œuvre dans le SOG donnent une première base opérationnelle.

Un atelier sur la gestion axée sur les résultats a été organisé par le Ministère du Plan avec l’appui de l’UNFPA en 2013, il a été l’occasion de renforcer les capacités des partenaires pour faire un suivi rigoureux des activités et des résultats atteints dans le cadre des procédures en place. Les priorités ont été définies ensemble jusqu’à la fin du projet. Des cadres du MSPP (niveau central et départemental), des Agences en charge des composantes et de l’Ambassade du Canada ont pris part à cet atelier.

En 2013, l’UNFPA a défini avec ses partenaires, un panier d’indicateurs permettant de renforcer la gestion axée sur les résultats ; ces indicateurs sont suivis trimestriellement.

IV. CONCLUSION

Ce projet conjoint « Amélioration de l'état de santé de la reproduction en Haïti », développé par UNFPA, UNICEF, OPS-OMS et mis en œuvre par les instances nationales et départementales du MSPP pour la période allant de 2008 à 2014, vient dans la foulée stratégique, tactique et opérationnelle de deux autres précédents projets financés par la Coopération canadienne : le « projet conjoint d'appui à la lutte contre la mortalité maternelle dans trois départements sanitaires (Nord, Nord-Ouest, Artibonite) mis en œuvre par l'UNFPA et l'UNICEF de 2006 à 2012, et le « projet de soins obstétricaux gratuits (SOG1) aux femmes démunies en Haïti » implémenté par l'OPS-OMS de 2008 à 2010.

Les leçons apprises grâce à ce projet sont nombreuses, certaines peuvent être mises en exergue :

-Le projet conjoint a fait des avancées intéressantes au niveau de l'efficacité de l'aide : le projet est à l'évidence aligné sur les politiques nationales du gouvernement haïtien en matière de santé reproductive. Dès le démarrage, le projet s'est inscrit dans le plan stratégique national pour la réforme du secteur de la santé 2003-2008 qui représentait le point de référence pour toute intervention en matière de santé. Le projet s'est inscrit toujours clairement dans la politique de santé et dans le nouveau plan stratégique en santé de la reproduction 2013-2016. Les composantes du projet rejoignent les principaux axes de ce plan en termes d'offre de services, de communication et de plaidoyer, de gouvernance et de coordination

-Le dispositif de gestion du projet, confiant à trois agences des nations unies, l'UNFPA, l'OPS/OMS et l'UNICEF, la mise en œuvre de chaque composante en fonction de leur expertise propre avait l'avantage de favoriser des synergies et des complémentarités mais a rendu la gestion peu efficiente. L'appropriation du projet par le MSPP a été difficile même si les capacités techniques des quatre directions concernées (DSF, DPMMT, DSSE, DSNi) ont été renforcées.

-L'approche projet, même avec la volonté de mettre ensemble trois agences des Nations Unies, s'est inévitablement axée sur les priorités de développement de chacun des partenaires et a dû se plier aux procédures respectives de chacun d'entre eux. Etant donné le contexte politique et institutionnel au démarrage du projet, une approche-programme n'était sans doute pas envisageable mais à l'avenir dans une relative stabilité politique, il devrait être possible d'envisager des approches plus directes d'appui sectoriel au MSPP et aux autres ministères concernés (MCFDF et MJSAC), ainsi qu'à leurs institutions déconcentrées, les directions départementales.

-Le projet a montré qu'en proposant une gamme d'activités larges allant de la sensibilisation des utilisateurs, passant par l'information des jeunes jusqu'à la mise à disposition de services performants dans la plupart des institutions de soins, la demande satisfaite en planification familiale pouvait réellement s'améliorer.

-Pour lutter efficacement contre la mortalité maternelle et néonatale il est indispensable de prendre en compte les trois retards comme le projet l'a fait. Néanmoins la prise en charge du troisième retard est prioritaire si l'on veut des résultats significatifs. La qualité des SONUC ne

peut être renforcée que par la prise en compte de tout un ensemble de paramètres dont certains échappaient au projet conjoint SR (notamment les infrastructures, la rétention des ressources humaines).

-Les SOG ont prouvé qu'une réduction de la barrière financière influence favorablement l'utilisation des services de santé. Les études de satisfaction menées dans le cadre du projet ont montré que les femmes apprécient le système d'exemption proposé et également les services reçus dans les institutions.

La pratique de l'audit a rarement été mise en œuvre. Cette analyse systématique et critique de la qualité des soins médicaux concerne les procédures utilisées pour le diagnostic, le traitement, l'utilisation des ressources et les résultats obtenus ainsi que la qualité de vie des patients. Elle était prévue dans le cadre du volet SOG du projet mais n'a été que très rarement pratiquée. L'absence d'analyse des événements critiques tant positifs (success stories) que négatifs (décès maternel) est un facteur de démotivation du personnel.

-Un tel projet d'offre de service nécessite le recrutement d'un personnel nombreux dont l'absorption doit être négociée et planifiée au préalable avec le MSPP et le Ministère des Finances. Les ressources qualifiées étant rares, le coût à prévoir pour leur rétention est plus élevé que celui défini par la grille salariale du MSPP.

La question des ressources humaines pharmaceutiques est problématique en Haïti : le nombre de pharmaciens diplômés chaque année est faible et la faculté de pharmacie prépare peu les jeunes pharmaciens à exercer des responsabilités dans le système de distribution.

-L'accès gratuit aux contraceptifs est une réalité dans les deux départements cibles du projet, il en va autrement pour les autres médicaments que le projet entendait mettre à la disposition gratuite des patientes (médicaments clefs en santé maternelle). L'option de la gratuité pour un nombre limité d'intrants non spécifiques mérite d'être questionnée ; la plupart de ces médicaments peuvent être utilisés dans des contextes très variés, pour traiter des pathologies diverses. Le même antibiotique serait donc gratuit s'il est délivré dans le cadre d'un accouchement et payant s'il est utilisé pour traiter une pneumonie. Cette dualité de statut a pu compliquer la gestion des produits.

-La gestion des déchets de soin et leur destruction varient d'une institution à l'autre mais demeurent globalement insatisfaisantes. Il y a donc un effort important à fournir pour améliorer la disponibilité en contenants adéquats et en incinérateurs. Les besoins en formation identifiés dans l'étude environnementale de 2011 restent d'actualité.

-L'intégration de la thématique genre comme élément interdépendant de la SR dans toutes les séances de formation et de sensibilisation a permis d'avoir une bonne sensibilisation des acteurs.

-Les activités et campagnes pour la promotion de la SR augmentent la demande et si l'offre de soins de qualité ne suit pas cela crée des frustrations au sein de la communauté et peut devenir contre-productif. Il est important de s'assurer que les services pour lesquels une large promotion est faite sont réellement disponibles et accessibles.

Malgré les difficultés et les faiblesses rencontrées dans la mise en œuvre du projet, un certain nombre de résultats peuvent être mis à l'actif du projet : l'amélioration progressive de la prévalence contraceptive dans le pays et en particulier dans les deux départements pilotes, la disponibilité générale des intrants PF, l'augmentation lente mais sensible des accouchements institutionnels, la sensibilisation des populations bénéficiaires aux questions de genre et de SR en général, le renforcement des capacités des Directions du Ministère de la santé (DSF, DPM, DSSE, DSNi) et des professionnels de santé des deux départements cibles.

ANNEXES

Annexe 1 : amendement 1

Administrative Arrangement

Purchase Order: 7051477
WBS Element: A-033878

Amendment 1

This Administrative Arrangement made in duplicate

Between

Canadian International Development Agency (CIDA)
represented by the Minister for International Cooperation
acting through the Canadian International Development Agency ("CIDA")

And

United Nations Population Fund (UNFPA)
220 East 42nd Street
New York, United States
10017

WHEREAS

the United Nations Population Fund (UNFPA), the Pan American Health Organization (PAHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF) have developed a Joint Project entitled "Amélioration de l'état de la santé de la reproduction en Haïti", at an estimated cost of CAD\$19,184,000, which is amended for the first time as follows:

Amendment: this amendment no. 1 provides changes to the to Annex B – SCHEDULE OF PAYMENTS IN CANADIAN DOLLARS, without increasing the financial limitation of the Administrative Arrangement.

Therefore, the parties hereto agree on the following:

1. In the Annex B – SCHEDULE OF PAYMENTS IN CANADIAN DOLLARS of the Administrative Arrangement, REPLACE the table in its entirety WITH the following table.

| Years Agency | 2008/2009 | 2009/2010 | 2010/2011 | 2011/2012 | 2012/2013 | 2013/2014 | TOTAL |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| UNFPA | 400,000 | 2,046,000 | 720,000 | 1,600,000 | 1,600,000 | 1,242,000 | 7,608,000 |
| UNICEF | 300,000 | 187,000 | 80,000 | 300,000 | 300,000 | 298,900 | 1,465,900 |
| OPS/OMS | 800,000 | 2,617,000 | 1,600,000 | 3,848,556 | 594,544 | 450,000 | 9,910,100 |
| TOTAL | 1,500,000 | 4,850,000 | 2,400,000 | 5,748,556 | 2,484,544 | 1,990,900 | 18,984,000 |

EDRMS # 5342045 NL

1 / 2



Canadian International
Development Agency

Agence canadienne de
développement International

Canada

Handwritten initials

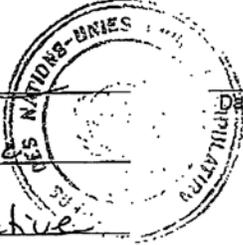
Administrative Arrangement

Purchase Order: 7051477
WBS Element: A-033878

Amendment 1

2. All the other terms and conditions of the Arrangement shall remain unchanged.
3. The Amendment shall become effective on the date of the last signature.

For **United Nations Population Fund (UNFPA)**

[Signature]  28/10/10
 Signature Date (YYYY-MM-DD)

Geor Bose
 Name

Representative
 Title

For **Canadian International Development Agency (CIDA)**

[Signature] 2010-12-03
 Signature Date (YYYY-MM-DD)

TARIK KHAD
 Name

Directeur Programmation
 Title
Haiti

Annexe 2 : amendement 2

Administrative Arrangement

Purchase Order: 7051477
WBS Element: A-033878

Amendment 2

This Administrative Arrangement made in duplicate

Between

Canadian International Development Agency (CIDA)
represented by the Minister for International Cooperation
acting through the Canadian International Development Agency ("CIDA")

And

United Nations Population Fund (UNFPA)
605 Third Avenue
New York, United States
10158

WHEREAS

the United Nations Population Fund (UNFPA), the Pan American Health Organization (PAHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF) have developed a Joint Project entitled "Amélioration de l'état de la santé de la reproduction en Haiti", at an estimated cost of CAD\$18,984,000, which is amended for the second time as follows:

Amendment: this amendment no. 2 provides changes to the schedule of payments and to other section of the Administrative Arrangement, without increasing the financial limitation of the Administrative Arrangement.

Amendment no. 1: provided changes to the Annex B – SCHEDULE OF PAYMENTS IN CANADIAN DOLLARS, without increasing the financial limitation of the Administrative Arrangement.

Therefore, the parties hereto agree on the following:

1. In the Amendment 1 of this Administrative Arrangement, REPLACE the following :

"**United Nations Population Fund (UNFPA)**
220 East 42nd Street
New York, United States
10017"

WITH

"**United Nations Population Fund (UNFPA)**
605 Third Avenue
New York, United States
10158"

2. In the Amendment 1 of this Administrative Arrangement, REPLACE the following, "at an estimated cost of CAD\$19,184,000" WITH "at an estimated cost of CAD\$18,984,000"

EDRMS # 5342045 NL

1 / 3



Canadian International
Development Agency

Agence canadienne de
développement international

Canada

Administrative Arrangement

Purchase Order: 7051477
WBS Element: A-033878

Amendment 2

3. In Section IX – Notices of the Arrangement, Article 2, REPLACE "Louis Verret" and "louis.verret@acdi-cida.gc.ca" WITH "Tarik Khan" and tarik.khan@acdi-cida.gc.ca
4. In Section IX – Notices of the Arrangement, Article 2, REPLACE "Tania Cooper Patriota" and "Resident Representative" and "patriota@unfpa.org" WITH "Hernando Clavijo", "Officier en charge" and "clavijo@unfpa.org"
5. In the Annex B – SCHEDULE OF PAYMENTS IN CANADIAN DOLLARS of the Administrative Arrangement, REPLACE the table in its entirety WITH the following table.

| Years Agency | 2008/2009 | 2009/2010 | 2010/2011 | 2011/2012 | 2012/2013 | 2013/2014 | TOTAL |
|-----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| UNFPA | 1,511,688 | 346,000 | 720,000 | 1,600,000 | 1,600,000 | 1,252,000 | 7,029,689 |
| UNICEF | 473,377 | 37,000 | 80,000 | 300,000 | 300,000 | 298,900 | 1,489,276 |
| OPS/OMS | 3,364,935 | 617,000 | 1,600,000 | 3,848,556 | 584,544 | 450,000 | 10,465,035 |
| TOTAL | 5,350,000 | 1,000,000 | 2,400,000 | 5,748,556 | 2,484,544 | 2,000,900 | 18,984,000 |

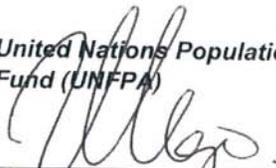
6. All the other terms and conditions of the Arrangement shall remain unchanged.
7. The Amendment shall become effective on the date of the last signature.

Administrative Arrangement

Purchase Order: 7051477
WBS Element: A-033878

Amendment 2

For **United Nations Population
Fund (UNFPA)**


Signature

Hernando Curijs
Name

OFFICER IN CHARGE
Title

2011-06-21
Date (YYYY-MM-DD)

For **Canadian International
Development Agency (CIDA)**


Signature

TARIK KHAN
Name

Directeur, Programmation
Haiti
Title

2011-06-22
Date (YYYY-MM-DD)

Annexe 3 Amendement n°3

Administrative Arrangement

Amendment 3

Purchase Order: 7051477
WBS Element: A-033878

| | |
|------------|--|
| | This Administrative Arrangement made in duplicate |
| Between | Canadian International Development Agency (CIDA) represented by the Minister for International Cooperation acting through the Canadian International Development Agency ("CIDA") |
| And | United Nations Population Fund (UNFPA) 605 Third Avenue New York, United States 10158 |
| WHEREAS | the United Nations Population Fund (UNFPA), the Pan American Health Organization (PAHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF) have developed a Joint Project entitled "Amélioration de l'état de la santé de la reproduction en Haïti", at an estimated cost of CAD\$18,984,000, which is amended for the third time as follows: |
| Amendment: | this amendment no. 3 provides changes to the Annex A – JOINT PROJECT DOCUMENT and to the Annex B – SCHEDULE OF PAYMENTS IN CANADIAN DOLLARS without increasing the financial limitation of the Administrative Arrangement. |

Amendment no. 1: provided for changes to the Annex B – SCHEDULE OF PAYMENTS IN CANADIAN DOLLARS, without increasing the financial limitation of the Administrative Arrangement.

Amendment no. 2: provided for changes to the schedule of payments and to other section of the Administrative Arrangement, without increasing the financial limitation of the Administrative Arrangement.

Therefore, the parties hereto agree on the following:

1. In Annex A – JOINT PROJECT DOCUMENT of the Administrative Arrangement, **REPLACE** « Amélioration de l'état de la santé de la reproduction en Haïti MSPP/UNICEF/OPS-OMS/UNFPA 2008-2013 (Nov. 2007) » **WITH** « Amélioration de l'état de la santé de la reproduction en Haïti MSPP/UNICEF/OPS-OMS/UNFPA 2008-2014 (Déc. 2010) »
2. In Annex B – SCHEDULE OF PAYMENTS IN CANADIAN DOLLARS of the Administrative Arrangement, **REPLACE** the table in its entirety **WITH** the following table.

EDRMS # 5797475 NL

1 / 2



Canadian International
Development Agency

Agence canadienne de
développement international

Canada

Administrative Arrangement

Amendment 3

Purchase Order: 7051477
WBS Element: A-033878

| Agency \ Years | 2008/2009 | 2009/2010 | 2010/2011 | 2011/2012 | 2012/2013 | 2013/2014 | TOTAL |
|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| UNFPA | 2,100,000 | 346,000 | 720,000 | 1,600,000 | 1,600,000 | 1,242,000 | 7,608,000 |
| UNICEF | 450,000 | 37,000 | 80,000 | 300,000 | 300,000 | 298,900 | 1,465,900 |
| OPS/OMS | 2,800,000 | 617,000 | 1,600,000 | 3,848,556 | 594,544 | 450,000 | 9,910,100 |
| TOTAL | 5,350,000 | 1,000,000 | 2,400,000 | 5,748,556 | 2,494,544 | 1,990,900 | 18,984,000 |

3. All the other terms and conditions of the Arrangement shall remain unchanged.
4. The Amendment shall become effective on the date of the last signature.

For **United Nations Population Fund (UNFPA)**

[Signature]
Signature
Ramiz ALAKBAROV
Name
UNFPA Representative
Title

28 11/2011
Date (YYYY-MM-DD)

For **Canadian International Development Agency (CIDA)**

[Signature]
Signature
TARIK KHAN
Name
Director, Health Programming, CIDA
Title

2011-11-17
Date (YYYY-MM-DD)

Annexe 4 Amendement n°4

Administrative Arrangement

Amendment 4

Purchase Order: 7051477
WBS Element: A-033878

This Administrative Arrangement made in duplicate on September 22, 2008.

Between

Canadian International Development Agency (CIDA)
represented by the Minister for International Cooperation
acting through the Canadian International Development Agency ("CIDA")

And

United Nations Population Fund (UNFPA)
605 Third Avenue
New York, United States
10158

WHEREAS

the United Nations Population Fund (UNFPA), the Pan American Health Organization (PAHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF) have developed a Joint Project entitled " Amélioration de l'état de la santé de la reproduction en Haïti ", at an estimated cost of CAD\$18,984,000, which is amended for the fourth time as follows:

Amendment: this amendment no. 4 provides changes to the Annex B – SCHEDULE OF PAYMENTS IN CANADIAN DOLLARS without increasing the financial limitation of the Administrative Arrangement.

Amendment no. 1: Dated December 3rd, 2010 provided for changes to the Annex B – SCHEDULE OF PAYMENTS IN CANADIAN DOLLARS, without increasing the financial limitation of the Administrative Arrangement.

Amendment no. 2: Dated July 15th, 2011 provided for changes to the schedule of payments and to other section of the Administrative Arrangement, without increasing the financial limitation of the Administrative Arrangement.

Amendment no. 3: Dated November 17th, 2011 provided changes to the Annex A – JOINT PROJECT DOCUMENT and to the Annex B – SCHEDULE OF PAYMENTS IN CANADIAN DOLLARS without increasing the financial limitation of the Administrative Arrangement.

Therefore, the parties hereto agree on the following:

1. In the Administrative Arrangement, under Annex B – SCHEDULE OF PAYMENTS IN CANADIAN DOLLARS, **REPLACE** the table in its entirety **WITH** the following table:

ACDI-CIDA 5916-00 E (2010-01-28) DOTM EDRMS # 5797475 D.L.

1 / 2



Canadian International
Development Agency

Agence canadienne de
développement international

Canada

Administrative Arrangement

Amendment 4

Purchase Order: 7051477
WBS Element: A-033578

| Agency \ Years | 2008/2009 | 2009/2010 | 2010/2011 | 2011/2012 | 2012/2013 | 2013/2014 | TOTAL |
|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------|------------------|-------------------|
| UNFPA | 2,100,000 | 548,000 | 720,000 | 3,200,000 | 0 | 1,242,000 | 7,608,000 |
| UNICEF | 450,000 | 37,000 | 80,000 | 600,000 | 0 | 298,900 | 1,465,900 |
| OPS/OMS | 2,800,000 | 517,000 | 1,600,000 | 4,443,100 | 0 | 450,000 | 9,810,100 |
| TOTAL | 5,350,000 | 1,102,000 | 2,400,000 | 8,243,100 | 0 | 1,990,900 | 18,984,000 |

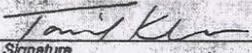
2. All the other terms and conditions of the Arrangement shall remain unchanged.
3. The Amendment shall become effective on the date of the last signature.

For **United Nations Population Fund (UNFPA)**


 Signature
 Lomiz Akbarov
 Name
 Representative
 Title

28/03/2012
 Date (YYYY-MM-DD)

For **Canadian International Development Agency (CIDA)**


 Signature
 TARIK KHAN
 Name
 Director, H.I. Programming
 Title

2012-03-29
 Date (YYYY-MM-DD)

Annexe 5: Détail des ressources humaines prises en charge par le projet conjoint SR en 2012

Dans le Sud Est

Pour Marigot, les ressources humaines ont été prises en charge en fin d'année (novembre et décembre) après l'ouverture de la nouvelle maternité SONUB

| Structure | Fonction | Nombre | Duree en mois |
|-----------------------------|---------------------------|--------|---------------|
| Hôpital St Michel de Jacmel | Obstetricienne | 1 | 6 |
| | Infirmiere | 1 | |
| | ISF | 1 | |
| | Personnel de soutien | 2 | |
| CDS de Belle-Anse | Directeur medical | 1 | 12 |
| | Infirmiere | 1 | |
| | Personnel de soutien | 1 | |
| CDS des Côtes de Fer | medecin | 1 | |
| | Infirmiere | 1 | |
| | Personnel de soutien | 1 | |
| | technicien de laboratoire | 1 | |
| CDS Anse à Pitre | Directeur medical | 1 | |
| | medecin | 1 | |
| | Infirmiere | 1 | |
| | technicien de laboratoire | 1 | |
| | Personnel de soutien | 1 | |
| CDS Marigot | Infirmiere Sage femme | 5 | |
| | Infirmiere | 2 | |
| | auxiliaire | 5 | |

| | | | |
|--------------------------------|---------------------------|----|--|
| | technicien de laboratoire | 2 | |
| | Gardien | 2 | |
| | Personnel de soutien | 5 | |
| CDS de Bainet | Infirmiere | 1 | |
| | auxiliaire | 1 | |
| | technicien de laboratoire | 1 | |
| | Personnel de soutien | 4 | |
| CDS Marie Madeleine de Thiotte | Personnel de soutien | 2 | |
| Total | | 47 | |

| | | | |
|--|-------------------------------------|---|----|
| Direction departemental sanitaire du Sud - Est | Agent en mobilisation communautaire | 1 | 12 |
| | secretaire | 1 | |
| | Statisticienne | 1 | |
| | Agents de securite | 2 | 6 |
| | Comptable | 1 | |
| | Point Focal SR | 1 | |
| | Personnel de soutien | 1 | |
| Total | | 8 | |

Dans les Nippes

| | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| Asile | |
| 2 | infirmières |
| 2 | auxiliaires |
| 2 | ménagères |
| 1 | Technologiste |
| | |
| Petit Trou | |
| 1 | Médecin (Directeur Médical) |
| 1 | Infirmière |
| | |
| Paillant | |
| 1 | Technologiste |
| 1 | infirmière |
| 1 | médecin |
| | |
| Anse a Veau | |
| 1 | infirmière |
| | |
| Petite Rivière | |
| 1 | ménagère |
| Petit Trou des Nippes : 1 | 1 directeur médical, 1 infirmière |

Direction sanitaire des Nippes : 1 point focal SR (8 mois), 1 comptable, 1 statisticienne, 1 chauffeur, 1 responsable ressources humaines, 1 intendant, 1 ménagère

Annexe 6 : kits d'urgence et équipements distribués en 2009

Nippes

SONUB Petit Trou

- Kit#6: clinical delivery assistance
- Kit#8: management of Miscarriage and complications of abortion
- Kit#9: suture of tears (cervical and vaginal) and vaginal examination
- Kit#10: vacuum extraction delivery (Kiwi)

SONUB Paillant

- Kit#6: clinical delivery assistance
- Kit#8: management of Miscarriage and complications of abortion
- Kit#9: suture of tears (cervical and vaginal) and vaginal examination
- Kit#10: vacuum extraction delivery (Kiwi)

SONUB L'Azile

- Kit#6: clinical delivery assistance
- Kit#8: management of Miscarriage and complications of abortion
- Kit#9: suture of tears (cervical and vaginal) and vaginal examination
- Kit#10: vacuum extraction delivery (Kiwi)
- table d'accouchement
- TABLEBABY2 : Work table for baby dressing.
- Scialytic lamp
- STRETCHERWHEEL3 - Technical Specifications:
- BEDHOSPITAL5 -

SONUC St Thérèse

- Kit#6: clinical delivery assistance
- Kit#8: management of Miscarriage and complications of abortion
- Kit#9: suture of tears (cervical and vaginal) and vaginal examination
- Kit#10: vacuum extraction delivery (Kiwi)
- Kit#11: referral level kit for reproductive health / Part A
- Kit#12: blood transfusion

SONUC Anse à Veau

- Kit#6: clinical delivery assistance
- Kit#8: management of Miscarriage and complications of abortion
- Kit#11: referral level kit for reproductive health / Part A
- Kit#12: blood transfusion

Sud Est

SONUB Anse à P.

- Kit#6: clinical delivery assistance
- Kit#8: management of Miscarriage and complications of abortion
- Kit#9: suture of tears (cervical and vaginal) and vaginal examination
- Kit#10: vacuum extraction delivery (Kiwi)

SONUC Jacmel

- Kit#11: referral level kit for reproductive health / Part A

- Kit#8: management of Miscarriage and complications of abortion
- Kit#6: clinical delivery assistance
- Kit#9: suture of tears (cervical and vaginal) and vaginal examination
- Kit#10: vacuum extraction delivery (Kiwi)

SONUB la Vallée

- Kit#6: clinical delivery assistance
- Kit#8: management of Miscarriage and complications of abortion
- Kit#9: suture of tears (cervical and vaginal) and vaginal examination
- Kit#10: vacuum extraction delivery (Kiwi)

SONUB Côte de Fer

- Kit#6: clinical delivery assistance
- Kit#8: management of Miscarriage and complications of abortion
- Kit#9: suture of tears (cervical and vaginal) and vaginal examination
- Kit#10: vacuum extraction delivery (Kiwi)

SONUB Bel'Anse

- Kit#6: clinical delivery assistance
- Kit#8: management of Miscarriage and complications of abortion
- Kit#9: suture of tears (cervical and vaginal) and vaginal examination
- Kit#10: vacuum extraction delivery (Kiwi)

SONUC Thiotte

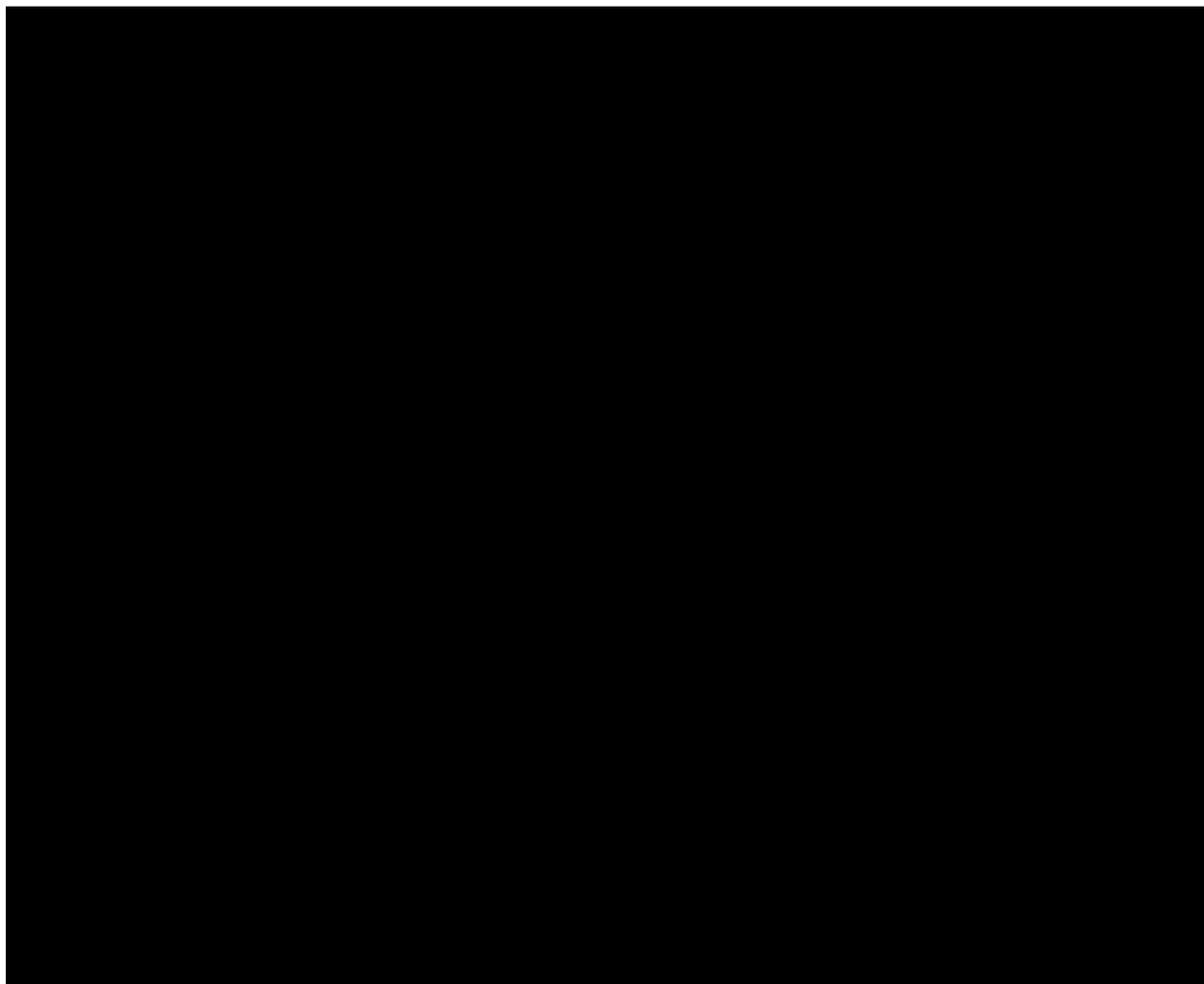
- Kit#6: clinical delivery assistance
- Kit#8: management of Miscarriage and complications of abortion
- Kit#9: suture of tears (cervical and vaginal) and vaginal examination
- Kit#10: vacuum extraction delivery (Kiwi)
- Kit#11: referral level kit for reproductive health / Part A
- Kit#12: blood transfusion

SONUC Baintet

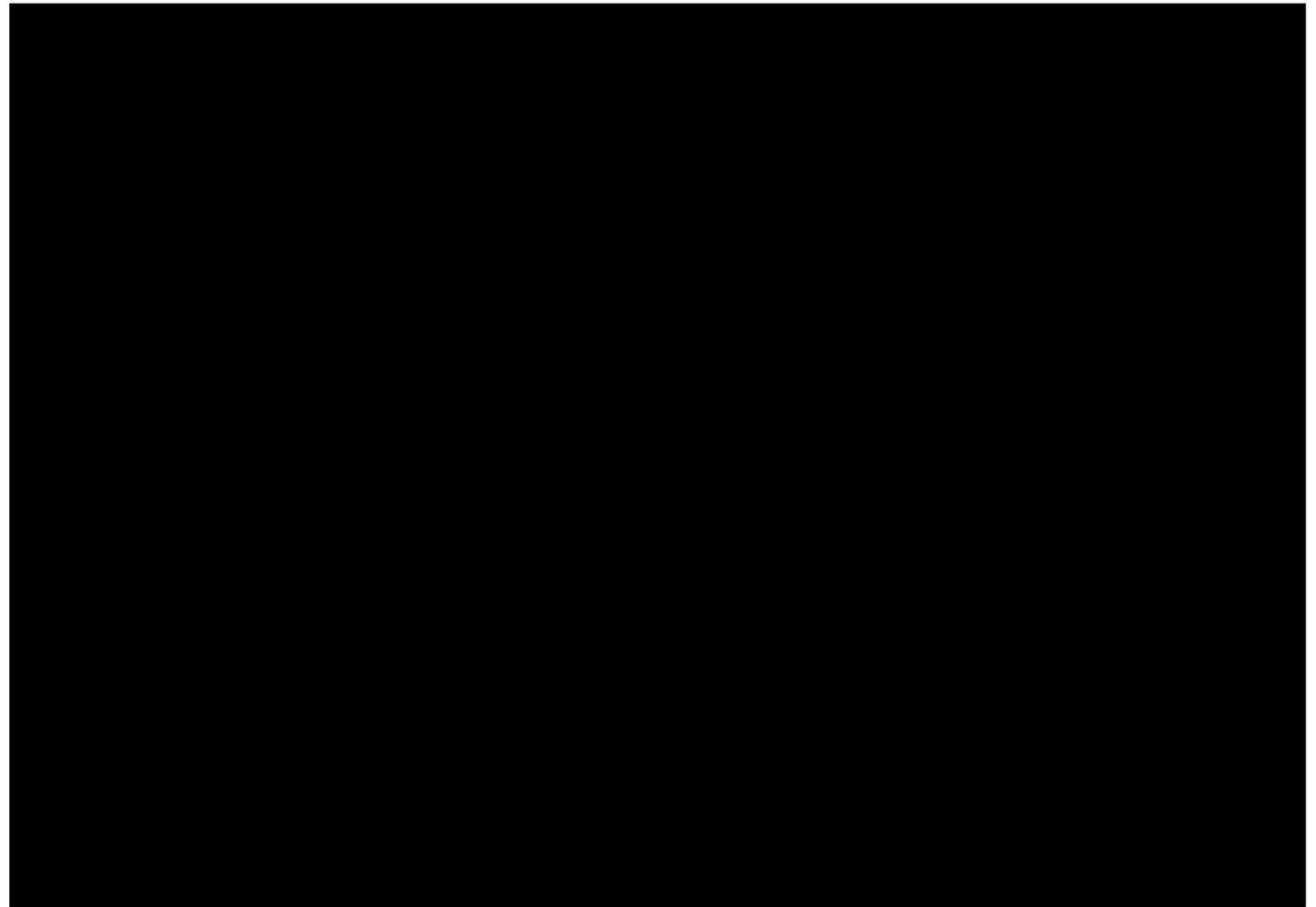
- Kit#6: clinical delivery assistance
- Kit#8: management of Miscarriage and complications of abortion
- Kit#9: suture of tears (cervical and vaginal) and vaginal examination
- Kit#10: vacuum extraction delivery (Kiwi)
- Kit#11: referral level kit for reproductive health / Part A
- Kit#12: blood transfusion

Annexe 7 : Equipements et kits distribués en 2011

Equipements distribués en 2011 dans les maternités de la DSSE



Equipements distribués en 2011 dans les maternités de la DSNi



Distribution de tables d'accouchement dans les maternités du Sud Est et de la DSNi en 2011

Dans le Sud Est

| |
|--|
| Hôpital St Michel de Jacmel : 2 |
| Hôpital de Bainet : 2 |
| Hôpital de Belle-Anse : 3 |
| Hôpital des Côtes de Fer : 2 |
| Centre de santé de Marigot : 1 |
| Hopital Sacré-coeur de Thiotte : 2 |
| Hopital St Joseph de la Vallée de Jacmel : 1 |

Dans les Nippes

| |
|--------------------------------------|
| Hôpital Ste Thérèse de Miragoane : 2 |
| Hôpital d'Anse à-Veau : 2 |
| Paillant : 2 |
| L'Azile : 1 |
| Petit Trou des Nippes : 1 |

Annexe 8- Matériels et équipements livrés aux Directions départementales sanitaires, Projet conjoint SR 2012, Haïti.

| EQUIPEMENTS MEDICAUX SR DEPARTEMENTS NIPPES & SUD'EST, 2012 PROJET CONJOINT SR CAJ04 | | |
|--|----------|--|
| DESCRIPTIONS | QUANTITE | |
| Balance nourisson (scaleinfant2) | 15 | |
| Tabliers plastique (apron) | 75 | |
| Modèle pour préservatif masculin (modelemalecondom) | 50 | |
| Modèle organe pelvien masculin (modelemalepelvis) | 40 | |
| Modèle organe pelvien féminin (modelfemalepelvis) | 40 | |
| Pompes aspiration manuelle (suctionpumpfoot) | 15 | |
| Insufflateur autogonflant (resuscitatbagechild) | 15 | |
| Tensiomètres adultes (sphygmomanometre2) | 15 | |
| Poubelle à pédale 201 (Bisansobjet TE201L2) | 30 | |
| Bassin de lit adulte avec couvercle (bepanlidadult) | 75 | |
| Indicateur contrôle TST adhésif (indicatorst2) | 75 | |
| Instrument pour complication d'avortement | 12 | |
| Kit instrument chirurgicaux pour suture (réf. UNICEF 9910006) | 15 | |
| Ventouse obstétriale (vacuumextractor) | 6 | |