

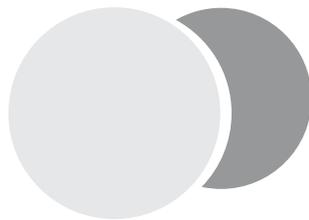


REPUBLIQUE D'HAÏTI  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
ET DE LA POPULATION

Direction de la Santé de la Famille  
DSF/MSPP

**PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL  
DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE  
2019-2023**

*Haiti*  
**Mars 2019**





## TABLE DES MATIÈRES

<b>SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>2</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>3</b>
<b>PREFACE.....</b>	<b>5</b>
<b>1. CONTEXTE DE L'ÉLABORATION [...]SEXUELLE ET REPRODUCTIVE (PSNSSR) 2019-2023.....</b>	<b>7</b>
<b>2. ANALYSE DE SITUATION.....</b>	<b>10</b>
<i>2.1 LA SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE DU PAYS.....</i>	<i>10</i>
<i>2.2 LA SITUATION DE LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE EN HAÏTI.....</i>	<i>10</i>
<b>3. LE CADRE INSTITUTIONNEL EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE.....</b>	<b>17</b>
<b>4. LA RÉPONSE ACTUELLE FACE AUX PROBLÈMES EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE.....</b>	<b>18</b>
<b>5. CADRE STRATÉGIQUE 2019-2023 EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE.....</b>	<b>21</b>
<i>5.1 CADRE INSTITUTIONNEL.....</i>	<i>23</i>
<i>5.2 PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE ET BUDGÉTISATION.....</i>	<i>27</i>
<i>5.3 MÉCANISMES DE COORDINATION.....</i>	<i>30</i>
<b>6. CADRE DE MISE EN ŒUVRE .....</b>	<b>34</b>
<i>6.1 CADRE INSTITUTIONNEL.....</i>	<i>34</i>
<i>6.2 PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE ET BUDGÉTISATION.....</i>	<i>35</i>
<i>6.3 MÉCANISMES DE COORDINATION.....</i>	<i>36</i>
<i>6.4 SUIVI ET EVALUATION.....</i>	<i>36</i>

## SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ALC	Amérique Latine et Caraïbes
ASCP	Agent de santé communautaire polyvalent
ASN	Autorité Sanitaire Nationale
CAL	Centre de santé avec lit
CDAI	Centrale départementale d'approvisionnement en intrants
CNCM	Comité national de coordination multisectorielle
CSL	Centre de santé sans lit
DD	Direction départementale
DDS	Direction départementale sanitaire
DG	Direction générale
DOSS	Direction d'Organisation des Services de Santé
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSF	Direction de Santé de la Famille
DSI	Direction des Soins Infirmiers
DTS	Dépenses totales en santé
EMMUS	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des services
e-TME	Élimination de la transmission Mère-Enfant
FE	Femme enceinte
HCR	Hôpital communautaire de référence
HD	Hôpital départemental
IHSI	Institut Haïtien de Statistiques et d'Informatique
IST	Infection sexuellement transmissibles
IVA	Inspection visuelle avec acide acétique pour la prévention du cancer du col
MPCE	Ministère de la Planification et de la Coopération Externe
MATS	Projet Maman ak Timoun an Santé
MCFDF	Ministère à la Condition Féminine et aux Droits des Femmes
MENFP	Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle
MJAC	Ministère de la Jeunesse, des Sports et de l'Action Civique
MSPP	Ministère de la Santé publique et de la Population
ODM	Objectifs de Développement du Millenium
OPS/OMS	Organisation panaméricaine de la santé/Organisation mondiale de la santé
PDS	Plan Directeur de Santé
PF	Planification Familiale
PIB	Produit Intérieur Brut
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNS	Politique Nationale de Santé
PNST	Programme national de sécurité transfusionnelle
PSNSSR	Plan Stratégique National en Santé Sexuelle et Reproductive
PTF	Partenaire technique et financier
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
RHCS	Reproductive Health Commodity Securitization
SISNU	Système d'information sanitaire national unifié
SM	Santé maternelle
SONUB	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONUC	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
SSR	Santé sexuelle et reproductive
UAS	Unité d'Arrondissement de Santé
UCS	Unité Communale de Santé
UEP	Unité d'Études et de Programmation
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

## REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé publique et de la Population (MSP) est fier de mettre à disposition des intervenants du système de santé, le document du nouveau Plan Stratégique National en Santé Sexuelle et Reproductive 2019-2023.

Ce document, véritable outil de gestion, élaboré à partir des orientations de la Politique Nationale de Santé et du Plan Directeur en Santé, permettra d'établir un large consensus autour des stratégies et interventions à venir, impliquant le gouvernement, la communauté internationale, les autorités locales et les partenaires de la société civile.

Le Ministère veut remercier tout particulièrement l'Organisation Panaméricaine de Santé / Organisation Mondiale de la Santé (OPS/OMS) pour sa contribution très appréciée à la préparation et à l'élaboration de ce plan. Il en profite aussi pour remercier tous les autres partenaires qui ont contribué à la réalisation de ce travail combien important pour le secteur ainsi que tous ceux et celles qui ont participé aux ateliers ayant conduit à l'élaboration de ce plan.

Le ministère veut adresser ses félicitations à l'équipe de la Direction de la Santé de la Famille (DSF) et aux autres entités du Ministère y compris les Directions Départementales pour leur leadership, leur engagement et leur participation à cet exercice de planification consensuelle qui devrait faciliter une appropriation et une mise en œuvre harmonieuse du Plan.

Et finalement, il aimerait remercier les membres du comité technique qui ont apporté leur expertise et leur temps pour réfléchir avec le ministère sur les orientations de ce plan stratégique

Dr. Reynold Grand Pierre	Directeur de la DSF/MSPP
Dr .Carlos Gril	Consultant international OPS/OMS
Mme Ghislaine Désinor d'Alexis	DSF/MSPP
Mme Rose Florie Thelisma	DSF/MSPP
Mme Marie-Solange Sainvil	DSF/MSPP
Mme Kedna Jeudy Cassis	DSF/MSPP
Mme Martine Bernier	OPS/OMS
Dr. Maximilien Iloko Fundi	OPS/OMS
Dr. Solange Kobi-Jackson	OPS/OMS
Mme Vavita Leblanc	UNFPA
Dr Daniel Charles	UGP/PEPFAR
Dr Gilles Champetier de Ribes	OPS/OMS
Mme Justine Lelez	OPS/OMS
Dr Jean-Claude Fanfan	Consultant à la DSF/MSPP
Dr Johanne Lysias	Consultante à la DSF/MSPP
Dr Marc Henry Pierre François	Directeur, Secrétariat à la Population
Dr Joelle Daes Van Onacker	PNLS/MSPP
Dr Reginalde Masse	USAID
Dr Lucito Jeannis	JhPiego
Mme Marie Patrice Honoré	MCSP/JhPiego
Dr Floris Nesi	MCSP/JhPiego
Dr Yafflo Ouattara	ONUSIDA
Dr. Valérie Toureau Jean-Louis	ONUSIDA
Dr Gianni DeCastro	PROFAMIL
Dr Edvard Tassy	PROFAMIL
Mme Mireille Tribié	UNICEF
Dr Kesner François	PNLS/MSPP
Dr Nadjy Joseph	NASTAD
Dr André Megie	FOSREF
Dr Georges Dubuche	MSH

## PREFACE

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) a adopté en 2012 un Cadre Intermédiaire pour le Plan Stratégique National de Santé de la Reproduction et Planification Familiale couvrant la période 2013-2016. A la fin de l'année 2016, le MSPP a décidé l'extension de cette planification jusqu'à l'élaboration du nouveau plan.

Dans cette perspective, le Ministère de la Santé Publique et de la Population à travers sa Direction de la Santé de la Famille (DSF) a lancé le processus d'élaboration du Plan Stratégique National de Santé Sexuelle et de la Reproduction 2019-2023 (PSNSSR). La réalisation de ce plan est l'aboutissement d'un long processus impliquant les cadres centraux et départementaux du MSPP ainsi que ceux de nos partenaires.

Ce plan constitue un cadre de référence et un outil de travail pour tous les intervenants œuvrant dans le domaine de la santé sexuelle et de la reproduction dans le pays.

Le MSPP identifie dans ce plan plusieurs défis et de nombreuses actions à mettre en œuvre en matière de la santé sexuelle et de la reproduction en Haïti. De plus, il indique clairement que le travail en santé sexuelle et de la reproduction ne peut se faire sans compter sur des collaborations importantes tant au niveau du réseau de la santé que des partenaires des autres secteurs.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population espère bien que cet important document profitera à tous les acteurs, qu'ils soient des institutions publiques, privées ou mixtes, des prestataires de services, des partenaires techniques et financiers, de la Société civile, des associations ou des médias.

En ma qualité de Ministre de la Santé Publique et de la Population en charge de la mise en œuvre des politiques publiques dans le domaine de la santé sexuelle et de la reproduction, j'invite tous les intervenants et acteurs du système sanitaire à s'inspirer de ce document pour toutes les actions à entreprendre dans ce domaine y compris la mobilisation des ressources nécessaires pour la mise en œuvre effective du plan.

  
Dr Marie Gréta ROY CLEMENT  
Ministre de la Santé Publique et de la Population





## 1. CONTEXTE DE L'ÉLABORATION DU NOUVEAU PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE (PSNSSR) 2019-2023

La disponibilité de systèmes fonctionnels de santé qui offrent des services de haute qualité à la population est la principale priorité pour les gouvernements. Ces appels pour le renforcement efficace des systèmes de santé et l'amélioration de la sécurité sanitaire doivent se traduire par des politiques, des stratégies et des plans de santé robustes, réalistes, complets, cohérents et bien équilibrés.

En outre, il est maintenant largement compris que les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé s'étendent bien au-delà des « soins de santé ». Cette réalité se reflète d'ailleurs dans la Politique Nationale de Santé en Haïti<sup>1</sup> telle qu'elle est exprimée dans son préambule :

« Toutes les solutions retenues dans la présente politique de santé publique convergent vers les corrections des problèmes structurels du secteur et placent la santé au cœur du développement national en tant que réponse sociale et comme investissement... »

Aussi, et pour les pays qui reçoivent une importante aide externe, il est largement reconnu, selon les principes de coopération au développement efficace (Paris<sup>2</sup>, Accra<sup>3</sup>, Busan<sup>4</sup>) que les stratégies et les plans nationaux sont de plus en plus considérés comme cruciaux pour rendre l'aide plus efficace. En ce sens, la Politique Nationale de Santé est extrêmement précise quand elle exprime :

« Cette politique de santé constitue un cadre stratégique général conçu pour orienter la réponse du Pays à la problématique sanitaire à travers les composantes de l'État, de la société civile et de la coopération internationale. Elle représente une référence à laquelle tous les acteurs sont astreints de se conformer pour toute initiative en matière de santé ou liée à la santé ».

La mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé est réalisée, entre autres mécanismes, à travers le Plan Directeur<sup>5</sup> et des plans spécifiques par domaine d'intervention. Dans ce contexte, l'élaboration du Plan Stratégique National de Santé Sexuelle et Reproductive 2019-2023 (PSNSSR) permettra de doter le Ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP) et ses partenaires d'un instrument de planification indispensable visant à établir un consensus entre les principaux acteurs du secteur autour des stratégies et interventions dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. **L'objectif global est d'améliorer la santé sexuelle et reproductive et le respect des droits y afférent pour les femmes, les jeunes et les adolescents.**

Durant ces dernières décennies, le suivi de certains indicateurs relatifs à la santé de la reproduction, en plus de servir de baromètre pour évaluer le niveau de santé de la population, sert aussi d'instrument de mesure de l'indice de développement d'un pays.

<sup>1</sup> Politique Nationale de Santé. Ministère de la Santé publique et de la Population. République d'Haïti. Document officiel. Juillet 2012.

<sup>2</sup> <https://www.oecd.org/dac/effectiveness/34580968.pdf>

<sup>3</sup> [http://unctad.org/es/Docs/iaos20082\\_sp.pdf](http://unctad.org/es/Docs/iaos20082_sp.pdf)

<sup>4</sup> <https://www.oecd.org/dac/effectiveness/49650200.pdf>

<sup>5</sup> Plan Directeur de Santé. Ministère de la Santé publique et de la Population. République d'Haïti. Octobre 2013.

Ainsi les taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile sont utilisés de plus en plus pour se faire une idée de la capacité d'un pays à répondre aux besoins essentiels de sa population. Dans ce contexte, le Ministère de la Santé publique et de la Population a fait de la réduction de la mortalité maternelle et infantile une de ses priorités tant à travers sa Politique Nationale de Santé que dans les engagements internationaux signés par la République d'Haïti.

En ce sens, les définitions du Plan Directeur pour garantir la protection de la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes, des jeunes et des adolescents, sont assez claires et précises en proposant, entre autres, certaines lignes directrices, parmi lesquelles il est explicitement mentionné<sup>6</sup>:

1. Par rapport à la planification familiale et aux déterminants démographiques : « l'État haïtien doit incessamment agir sur le taux de croissance déjà insupportable de la population tenant compte des limitations courantes du système de soins, de l'espace territorial disponible et des capacités actuelles de production du pays ».
2. Concernant la prestation des services de santé, cinq domaines sont retenus, dont le premier est la santé de la mère et de l'enfant et le deuxième est la santé des adolescents et des jeunes adultes.
3. Le sous domaine santé de la mère vise à réduire le taux de mortalité maternelle de 25% en cinq ans, à raison d'une réduction annuelle de 5.5% en référence à la stratégie mondiale pour l'élimination des décès maternels évitables.
4. Le domaine de la santé des adolescents et jeunes vise à développer dans le système de soins des structures « Amies de l'Adolescent et du Jeune Adulte » dans tous les départements, réduire la prévalence de l'infection au VIH chez les jeunes, réduire le taux de grossesse précoce chez les adolescents et augmenter la prévalence de la contraception chez les adolescents et les jeunes.
5. Par rapport aux défis de gouvernance et de coordination, il est reconnu qu'avec une multiplicité d'acteurs avec des motivations et des philosophies d'action diverses et une faible capacité de planification et de coordination intra et intersectorielle, il est crucial pour l'autorité sanitaire nationale (ASN) d'exercer un leadership, une coordination, une gestion et une régulation adéquats du système.

Cette vision une fois définie par la Haute Direction du MSPP, il revient aux directions centrales concernées de mettre en place les politiques spécifiques pour l'atteinte des objectifs fixés. En 2012, le MSPP a adopté un Cadre Intermédiaire pour le Plan Stratégique National de Santé de la Reproduction et Planification Familiale pour la période 2013-2016. Le plan<sup>7</sup> avait été élaboré suivant les orientations de la Politique Nationale de Santé<sup>8</sup> (PNS, 2012). Le plan étant terminé depuis fin 2016, Haïti s'est retrouvé sans Plan Stratégique. Pour le MSPP, combler le vide demeure une exigence en termes de documentation de référence nationale en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR).

<sup>6</sup> Tiré de Plan Directeur de Santé. Ministère de la Santé publique et de la Population. République d'Haïti. Octobre 2013.

<sup>7</sup> Plan Stratégique National de Santé de la Reproduction et Planification Familiale 2013-2016. Cadre Intermédiaire, Décembre 2012. DSF/MSPP

<sup>8</sup> <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/PNS%2021juillet%20version%20finale.pdf>. Accédé le 6 Juin 2017.

C'est pourquoi le MSPP et sa Direction de Santé de la Famille (DSF) a mis en place un processus d'analyse et d'élaboration du Plan Stratégique qui a compris deux phases :

**Phase 1.** Evaluation des résultats atteints et des stratégies adoptées dans le Cadre Intermédiaire 2013-2016 et qui s'est déroulée de mai à juin 2017.

**Phase 2.** Elaboration du Plan Stratégique National 2019-2023 qui s'est déroulée de septembre à novembre 2017.

La phase 1 a permis d'effectuer une analyse des interventions et stratégies adoptées dans le Cadre Intermédiaire, afin d'apprécier les progrès enregistrés et profiter des leçons apprises pour mieux orienter le nouveau plan. Ainsi, le nouveau Plan Stratégique 2019-2023 devrait aussi permettre de corriger les omissions et les défauts structurels du Cadre Intermédiaire, pour faire progresser, avec efficacité et efficacie, les activités à venir dans le but ultime d'améliorer la situation de la santé sexuelle et reproductive et le respect des droits y afférent pour les femmes, les jeunes et les adolescents dans le pays.

Le présent document se veut la concrétisation de la Phase 2. Le processus d'élaboration du plan a été mené à bien par un processus participatif sous forme de consultations à divers niveaux dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Un Comité Consultatif a été mis en place par la DSF lequel, au cours de deux ateliers, a pu apporter son expertise et ses connaissances à la définition des objectifs, stratégies et activités du Plan Stratégique. Finalement, la Direction de Santé de la Famille a proposé pour validation le Plan Stratégique ainsi élaboré à un ensemble d'acteurs incluant les représentants des Directions Centrales et Départementales du MSPP et des partenaires technique et financiers.

Il est important d'indiquer que le présent Cadre stratégique n'inclut pas de plan d'opérationnalisation ni de budgétisation. Les leçons tirées de l'expérience passée permettent de constater l'importance de prévoir rapidement cette troisième étape qui favorisera une mise en œuvre finale du Plan.



## 2. ANALYSE DE SITUATION

### 2.1 LA SITUATION SOCIO-ÉCONOMIQUE DU PAYS

D'une superficie évaluée à 27.750 km<sup>2</sup>, la République d'Haïti occupe le tiers occidental de l'île d'Hispaniola qu'elle partage avec la République Dominicaine avec près de 386 km de frontière.<sup>9</sup>

La population d'Haïti était estimée par l'Institut Haïtien de Statistique et Informatique (IHSI) à 10.911.819 habitants en 2015, dont 51% habitent en milieu urbain. L'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince a une population de 2.618.894 habitants. Entre 1990 et 2015, la population a augmenté de 53.7% et sa structure expansive s'est maintenue malgré la lenteur relative constatée parmi la population âgée de moins de 30 ans. Les jeunes de moins de 25 ans constituent le groupe démographique majoritaire, représentant 61% de la population. Pour la période 2015 – 2020, les estimations portent à 64.2 ans l'espérance de vie à la naissance.

Si l'on considère le profil socio-économique<sup>10,11,12</sup> du pays dans la perspective des déterminants sociaux de la santé,<sup>13</sup> Haïti est l'un des pays les plus inégalitaires au monde et la plus grande partie de la population est pauvre. Le pays se classe 163ème sur 187 pays selon l'Indice de Développement Humain et reste le plus inégalitaire de la région Amérique latine et Caraïbes (ALC). Compte tenu des seuils internationaux de pauvreté, 54% de la population vit avec moins de 1,90 dollar par jour et 71% de la population avec moins de 3,10 dollars par jour, de sorte que près de 6,3 millions d'Haïtiens ne peuvent pas subvenir à leurs besoins de base et que 2,5 millions ne peuvent même pas couvrir leurs besoins alimentaires.<sup>14</sup>

En Haïti, à côté de la médecine moderne, il existe une médecine traditionnelle très active. Cette réalité, en ce qui concerne la santé reproductive et plus particulièrement la santé maternelle, revêt une importance particulière en raison du rôle important joué par les « matrones traditionnelles », dans un contexte où près de 60% des accouchements ont lieu en dehors d'une institution de santé et sans participation de personnel qualifié.

### 2.2 LA SITUATION DE LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE EN HAÏTI

Quoique certains indicateurs se soient améliorés au cours des dernières années, il n'en demeure pas moins que le portrait de la santé sexuelle et reproductive (SSR) en Haïti demeure inquiétant et nécessite des interventions importantes pour inverser la tendance.

De plus, le secteur de la santé sexuelle et reproductive (SSR), de la même manière que les autres secteurs de la santé, souffre du dysfonctionnement du système de santé qui a un impact négatif sur les indicateurs de santé du pays. Les questions d'accessibilité, d'équité et de qualité des services ainsi que de financement de la santé et notamment d'accès financier pour la population sont fondamentales en matière d'amélioration des indicateurs de SSR.

<sup>9</sup> [http://www.ihsi.ht/pdf/projection/Estimat\\_PopTotal\\_18ans\\_Menag2015.pdf](http://www.ihsi.ht/pdf/projection/Estimat_PopTotal_18ans_Menag2015.pdf)

<sup>10</sup> Plan Directeur de Santé. Ministère de la Santé publique et de la Population. République d'Haïti. Octobre 2013.

<sup>11</sup> Mieux dépenser pour mieux soigner. Un regard sur le financement de la santé en Haïti. Groupe Banque Mondiale. 2017.

<sup>12</sup> La Santé dans les Amériques. Edition 2017. OPS/OMS

<sup>13</sup> [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)

<sup>14</sup> Les nouveaux seuils de pauvreté internationaux sont maintenant fixés à 1,90 dollar et 3,10 dollars pour la pauvreté extrême et modérée en se référant aux prix de 2011. Auparavant, ces valeurs étaient de 1,25 dollar et 2,50 dollars, respectivement.

En pratique, actuellement, le système de santé haïtien présente, à tous les niveaux, d'importants problèmes de fonctionnalité, d'organisation, de gestion et de contrôle de la pratique résultant en une offre de soins fragmentée, peu accessible et de faible qualité. La nécessité de renforcement de la gouvernance de l'Autorité Sanitaire Nationale, la multiplicité des bailleurs de fonds et des programmes verticaux, la prise en compte insuffisante des protocoles standardisés pour la prise en charge des problèmes de santé ainsi que les fréquentes ruptures de stock de fournitures médicales essentielles, contribuent à la faible qualité des soins au niveau institutionnel.

Les paragraphes suivants dressent le portrait plus détaillé de l'analyse de situation de la santé sexuelle et reproductive dans le pays et particulièrement, en lien avec la santé maternelle et néonatale, la planification familiale, la santé des jeunes et des adolescents, la prévention des cancers génitaux-mammaires et la violence basée sur le genre.

### 2.2.1 Santé maternelle et néonatale

Le ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes

	EMMUS III 2000	EMMUS IV 2005- 2006	EMMUS V 2012	EMMUS VI 2016- 2017
<b>Ratio de mortalité maternelle</b> pour 100 000 naissances vivantes	523	630		529

Le ratio de mortalité maternelle reste élevé selon la dernière enquête EMMUS<sup>15</sup>, cependant il était estimé à 359 pour 100.000 en 2013<sup>16</sup>. Selon le MSPP, le ratio de mortalité maternelle hospitalière est estimé à 328 pour 100.000 accouchements institutionnels en 2017.<sup>17</sup>

Le ratio de mortalité maternelle demeure encore trop élevé au vu de ceux enregistrés dans la région Amérique :<sup>18</sup>

	1990	2005	2015
Amérique du Nord	11	13	13
Amérique latine et Caraïbes	135	88	67
Amérique latine	126	80	60
Caraïbes	276	198	175

Au cours des quinze dernières années, la proportion de femmes dont l'accouchement a été assisté par un personnel de santé qualifié a lentement augmenté, passant de 24,2% en 2000 à 26,1% en 2006, 37,3% en 2012 et finalement à 41.7% en 2017.<sup>19</sup>

<sup>15</sup> Enquête Morbidité, Mortalité et Utilisation des Services (EMMUS VI 2016-2017), MSPP juillet 2018

<sup>16</sup> Indicadores Básicos. Situación de Salud de las Américas 2016. OPS/OMS.

<sup>17</sup> Unité d'Études et de Programmation (UEP). Rapport Statistiques 2017. MSPP. Haïti. Octobre 2018.

<sup>18</sup> World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: WHO, 2014. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf).

En dépit d'améliorations substantielles, des inégalités subsistent, les quintiles économiques les plus pauvres ayant de moins bons résultats de santé que les quintiles les plus riches. La couverture des services était considérablement plus faible pour les quintiles de richesse les plus faibles, les accouchements institutionnels étant par exemple six fois plus fréquents (79%) pour le quintile de richesse le plus élevé que pour le quintile de richesse le plus bas (14%). Cette disparité dans l'utilisation des services reflète les inégalités dans les indicateurs de santé en Haïti<sup>19</sup>.

En 2017-2018, seulement 36% des institutions offraient des services d'accouchement eutocique et 11% la césarienne<sup>20</sup>. Actuellement, 89% des accouchements institutionnels se déroulent dans les institutions offrant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC) et seulement 11% dans les institutions offrant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB). Le pourcentage de césariennes dans les institutions SONU était de 12% en 2015<sup>21</sup> et le pourcentage de femmes qui ont reçu des soins postnatals dans les deux jours après la naissance n'était, en 2016-2017, que de 31% (EMMUS VI).

La mortalité néonatale est à 32 pour 1.000 en 2017<sup>19</sup> et la proportion de nouveau-nés qui ont reçu des soins postnatals dans les deux jours après la naissance est de 38% en 2017 (il était de 19% en 2012).

En Haïti, la proportion de femmes enceintes ayant été examinées au moins quatre fois pendant leur grossesse, tel que recommandé par l'OMS, a augmenté substantiellement entre 1995 et 2012, passant de 36% à 67%. Toutefois, ce pourcentage s'est maintenu au même niveau en 2017 soit 66,6% (EMMUS VI). Un pourcentage encore trop élevé de femmes (33%) ne consultent pas pendant le premier trimestre de la grossesse<sup>22-19</sup>.

Par rapport à l'avortement, et toujours selon l'EMMUS VI 2016-2017, parmi les femmes de 15-49 ans, 4% ont déclaré avoir eu recours à l'avortement, au moins une fois, au cours de leur vie. La majorité des femmes qui ont avorté au moins une fois depuis 2007 ont déclaré avoir pris elles-mêmes la décision d'avorter (75%). Parmi les femmes qui ont avorté, au moins une fois depuis 2011, un peu plus de la moitié (53%) ont avorté dans leur maison ou dans une autre maison. Près d'un tiers ont avorté dans un établissement de santé privé (32%) et 14% dans un établissement de santé public ou mixte, et ce, dans 48% des cas, l'avortement s'est déroulé avec l'assistance de personnel de santé, en majorité un médecin (45%). On compte 33% de femmes qui déclarent avoir eu des complications après le dernier avortement.

La dernière enquête EMMUS VI (2016-2017) nous permet de constater une situation paradoxale dans la relation entre la fécondité et la planification familiale (PF). En effet, tandis que l'indice synthétique de fécondité (ISF) est réduit de 3,5 à 3 (sur la période 2012-2017), la prévalence de la contraception n'a pas été modifiée (31% en 2012 et 32% en 2017) et les besoins non satisfaits en PF ont augmenté de 35% en 2012 à 38% en 2017.

<sup>19</sup> Enquête Morbidité, Mortalité et Utilisation des Services (EMMUS VI 2016-2017). MSPP juillet 2018.

<sup>20</sup> Haïti. Évaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé-EPSSS 2017-2018, Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) et ICF International octobre 2018. <http://mspp.gouv.ht/site/downloads/EPSSS.pdf>

<sup>21</sup> Monitoring SONU. Analyse de données 2015. DSF/MSPP/UNFPA

<sup>22</sup> Rapport OMD 2013, Haïti un nouveau regard, UNDP ; 2014

<http://www.ht.undp.org/content/haïti/fr/home/library/mdg/rapport-omd-2013---haïti-un-nouveau-regard.html>

Seule, la réduction du pourcentage d'adolescents de 15 à 19 ans ayant commencé leur vie reproductive (14% en 2012 et 10% en 2017) ne suffit pas à expliquer cette réduction de l'ISF. Il est alors important de poser d'autres hypothèses d'explications qui méritent d'être investiguées telles que mais de façon non exclusive, l'utilisation de l'avortement comme moyen de réguler la fécondité plutôt que l'utilisation d'une méthode moderne de contraception qui reste stationnaire.

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes est 1.4% en 2016-2017 (EMMUS VI), il était supérieur à 3% en 2012. La prévalence de la syphilis chez les femmes enceintes était estimée, selon la surveillance séro-sentinelles 2012, à 5.8%.

Et selon les données de MESI ([www.mesi.ht](http://www.mesi.ht)), le pourcentage déclaré de séropositivité d'enfants pour le VIH par des femmes ayant accouché au cours des 12 derniers mois était de 4,38% en 2015 et le pourcentage de transmission du VIH de la mère à l'enfant était de 5.6%. Des données récentes présentées par la Fondation CARIS lors d'un atelier en 2017 indiquent plutôt un taux de transmission mère-enfant de 9.1%.

La verticalité du programme VIH a créé plusieurs obstacles. Si on prend en compte que, globalement, 54% des femmes enceintes ont, à la fois, reçu des conseils sur le VIH avant le test, effectué un test de dépistage du VIH au cours d'une visite prénatale et ont reçu le résultat (EMMUS VI, 2016-2017), et aussi que sur les 1007 institutions de santé enquêtées<sup>20</sup>, seulement 46% des institutions fournissent des services de dépistage du VIH/SIDA et 16% un traitement antirétroviral.

La nécessité de l'intégration des services VIH-PTME (prévention de la transmission mère-enfant) et ceux des cliniques prénatales et de santé sexuelle et reproductive au niveau institutionnel vise à favoriser l'inclusion du dépistage du VIH de manière systématique dans l'ensemble des tests de laboratoire de routine que réalisent les femmes lors de leurs visites prénatales.

### 2.2.2 Planification Familiale

Malgré le degré de connaissance très élevé de la contraception moderne en Haïti (100%), la pratique demeure relativement faible. Ainsi, la prévalence de la contraception moderne chez les femmes n'a augmenté que de 22% en 2000 à 32% en 2017 (EMMUS VI). En 2017, l'utilisation de méthodes contraceptives modernes chez les femmes 15-49 ans en union n'atteint que 34% (EMMUS VI).

Le pourcentage des besoins non satisfaits en matière de planification familiale pour les femmes de 15 – 49 ans en union est passé de 35% (EMMUS V, 2012) à 38% en 2017 (EMMUS VI), et parmi les femmes 15-49 ans qui ne sont pas en union mais sexuellement actives, le chiffre atteint 52% en 2017 (EMMUS VI).

Le pourcentage de disponibilité d'au moins 3 méthodes modernes au niveau des Points de Prestation de Services (PPS) est de 84% et le pourcentage de PPS sans rupture de stock les derniers 3 mois avant l'enquête est de 30%.<sup>23</sup> Les méthodes les plus fréquemment offertes sont les injectables, les préservatifs masculins et les contraceptifs oraux.

Il n'existe pas de données sur la disponibilité de la planification familiale (PF) de longue durée en post partum ou en post avortement. La dernière enquête RHCS 2017 montre une offre de stérilisation féminine de 12,6% et de stérilisation masculine de 10.3% au niveau des hôpitaux secondaires et tertiaires, et de moins de 10% au niveau des 2èmes et 3èmes échelons du premier niveau de soins.

<sup>23</sup> Enquête GSIS/DSF 2017, MSPP et UNFPA

Si l'on prend en compte les résultats de l'EPSS 2017-2018, globalement, seulement 64 % des institutions disposaient le jour de l'enquête de toutes les méthodes contraceptives qu'elles devaient fournir. Parmi les institutions offrant les services de planification familiale, seulement 38% des hôpitaux et 11% des centres avec lits offraient le DIU, 59% des hôpitaux et 48% des centres avec lits offraient l'implant ; enfin seulement 34% des hôpitaux, 11% des centres de santé avec lit et 3% des centres de santé sans lit offraient la contraception d'urgence.

Selon l'EMMUS VI, au cours des derniers mois ayant précédé l'enquête, sur la base communautaire, seulement 14% des femmes non utilisatrices de la contraception ont reçu la visite d'un agent de terrain pour discuter de planification familiale.

Pour résumer, la situation de la planification familiale dans le pays peut être caractérisée par quatre problématiques,<sup>24</sup> à savoir :

- 1) la prévalence très basse de femmes en âge de procréer qui sont utilisatrices de méthodes contraceptives ;
- 2) la forte prévalence des méthodes à court terme parmi les utilisatrices ;
- 3) le manque de stratégie dans l'offre pour les méthodes de longue durée dans le postpartum et le post-abortum profitant dans la foulée du contact entre la femme et le service de soins ;
- 4) et, l'accès limité à la planification familiale pour les adolescentes, adolescents et les jeunes.

### 2.2.3 Santé des adolescentes, adolescents et des jeunes.

Partant des données de l'EMMUS VI, en 2016-2017, on constate que, dans l'ensemble, 10% des adolescentes âgées de 15 à 19 ans ont déjà commencé leur vie procréatrice. Parmi elles, 8.2% ont déjà eu une naissance vivante et 2% sont enceintes d'un premier enfant. Comparativement aux enquêtes antérieures, le pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie procréatrice a diminué, passant de 14% en 2005-2006 et 2012 à 10% en 2016-2017.

Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale demeurent encore particulièrement élevés chez les jeunes filles de 15 à 19 ans en 2016-2017 soit 55,5%. La proportion d'adolescentes ayant déjà commencé sa vie féconde augmente rapidement de 15 ans à 19 ans, et passe de 1.4% à 21.3%. Déjà, à l'âge de 19 ans, 18.7% des adolescentes avaient déjà eu une naissance vivante et 2.5% étaient enceintes d'un premier enfant (EMMUS VI 2016-2017).

Cette proportion diminue de manière très importante lorsque le niveau d'instruction augmente, passant de 27% parmi les adolescentes non instruites à 9% parmi celles ayant atteint le niveau secondaire ou plus. Cette proportion décroît aussi en fonction du niveau de bien-être économique des ménages.

Les jeunes de moins de 25 ans constituent le groupe démographique majoritaire, représentant 61% de la population<sup>25</sup>, ce qui les désigne comme cible prioritaire pour les programmes de santé sexuelle et reproductive.<sup>26</sup> Pourtant, il n'existe pas un programme national multisectoriel d'encadrement des jeunes et adolescents en matière d'éducation et sensibilisation sur la santé sexuelle et reproductive. En outre, l'accès des jeunes aux produits contraceptifs fait face à l'opposition d'une frange de la société qui s'appuie sur des textes de lois et/ou sensibilités culturelles et sociales pour faire obstacle à un accès et à une information et sensibilisation des jeunes plus libéral aux services de PF. Les jeunes et adolescents de moins de 18 ans ont aussi un accès limité aux services de santé sans l'autorisation parentale.

<sup>24</sup> Evaluation du Plan Stratégique Nationale SR/PF 2013-2016. DSF/MSPP, Juin 2017

<sup>25</sup> Plan Stratégique National Santé des Jeunes et Adolescents 2014-2017. SJA/DSF/MSPP

<sup>26</sup> Plan Directeur de Santé MSPP, République d'Haïti, Octobre 2013.

En matière d'infections sexuellement transmissibles (IST) et de VIH, la prévalence des IST chez les femmes et les hommes de 15 à 24 ans atteint respectivement en 2012, 29.7% et 9.8% (EMMUS V).

La prévalence du VIH pour ce même groupe d'âge est de 1.1% chez les femmes et 0.9% chez les hommes (EMMUS VI).

#### 2.2.4 Violence basée sur le genre

Plus d'un quart des femmes de 15-49 ans (29%) ont subi des violences physiques depuis l'âge de 15 ans, principalement exercées par la mère/femme du père, le mari/partenaire, le père/mari de la mère ou la sœur/frère.<sup>27</sup>

Un peu plus d'une femme sur huit (12%) a été victime d'actes de violences sexuelles à n'importe quel moment de sa vie. Dans l'ensemble, 20 % des femmes de 15-49 ans ont subi seulement des violences physiques, 5% seulement des violences sexuelles, et 8% à la fois des violences physiques et sexuelles.

Parmi les femmes enceintes ou qui l'ont été, 6% ont subi des violences pendant la grossesse. Et 34% des femmes qui ont déjà été en union, ont subi des violences émotionnelles, physiques et/ou sexuelles ou de la part de leur mari actuel ou du plus récent.

Parmi les femmes qui ont subi des violences physiques causées par leur mari/partenaire dans les 12 derniers mois, 41% ont eu des blessures à la suite de ces violences.

#### 2.2.5 Prévention des cancers génésiques.

Les données disponibles montrent un taux de néoplasies chez les femmes de 15 ans et plus de 1417/100.000 (1980 - 1990, Indicateurs de base MSP, 2004).

D'après les données rendues disponibles par le Centre Gheskio,<sup>28</sup> Haïti a la plus forte incidence déclarée de cancer du col utérin dans n'importe quel pays du monde, avec 94 cas pour 100 000 habitants. Le cancer du col de l'utérus est la principale cause de décès par cancer chez les femmes haïtiennes, avec environ 1 500 décès par an.

Selon le profil de mortalité par cancer élaboré par OMS,<sup>29</sup> sur 3,100 cas de décès par cancer chez les femmes en Haïti, le cancer de col de l'utérus a été responsable de 17.9% des décès et le cancer du sein de 13.9% des décès.

La plupart des femmes en Haïti n'ont pas bénéficié du dépistage du test pap (dépistage cervical basé sur la cytologie) en raison du manque d'infrastructures de soins et de pathologistes formés.

Cependant, des progrès dans la prévention du cancer du col utérin sont en cours en Haïti à travers l'introduction de stratégies "inspection visuelle avec acide acétique et traitement" (IVA), simples et rentables, permettant de détecter des lésions dysplasiques précancéreuses avant le développement d'un cancer invasif. Le test peut être effectué par des infirmières et un traitement offert le même jour par cryothérapie du col de l'utérus.

<sup>27</sup> L'ensemble des données de cette section sont tirées de l'Enquête de Mortalité, Morbidité et d'utilisation des services. EMMUS VI, 2016-2017.

<sup>28</sup> [http://gheskio.org/wp/?page\\_id=336](http://gheskio.org/wp/?page_id=336)

<sup>29</sup> [http://www.who.int/cancer/country-profiles/hti\\_fr.pdf?ua=1](http://www.who.int/cancer/country-profiles/hti_fr.pdf?ua=1)

Selon les informations apportées par le MSP par rapport aux réalisations pour la période 2011-2014,<sup>30</sup> 14 sites de dépistage des lésions pré cancéreuses du col de l'utérus ont été mis en place, et aussi la disponibilité de 10 millions US\$ de fonds sécurisés à travers le Fonds de Reconstruction d'Haïti, pour la mise en œuvre du projet de Centre de chimiothérapie et de Radiothérapie

**Pour conclure, et en comparaison avec d'autres pays à faible revenu, Haïti a encore beaucoup de progrès à faire sur plusieurs indicateurs de couverture sanitaire universelle relatifs à la santé reproductive et maternelle.<sup>31</sup>**

Trois indicateurs clés sont importants pour suivre les progrès faits pour réduire la mortalité maternelle : (1) le pourcentage de besoins non satisfaits de planification familiale ; (2) le pourcentage de femmes enceintes recevant les quatre visites de soins prénatals (CPN) recommandées ; et (3) le pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un accouchement institutionnel ou de personnel qualifié à l'accouchement.

Haïti affiche des résultats peu satisfaisants pour les trois indicateurs, en comparaison avec les résultats des pays à faible revenu et de ceux de l'Amérique Latine et les Caraïbes (ALC), tel qu'affichés dans le tableau ci-dessous :

	% de besoins non satisfaits en planification familiale (PF), femmes 15-49 ans en union.	% de femmes enceintes recevant 4 visites prénatals	% de femmes enceintes bénéficiant d'un accouchement assisté par du personnel qualifié.
Haïti	38*	67*	42*
PFR	22	48	70.5
ALC	10.7	88.2**	95.6**

Adapté de « Mieux Dépenser pour mieux Soigner. Un regard sur le financement de la santé en Haïti », Groupe Banque Mondiale (OMS 2015, Joseph et al. 2016, FNUAP 2016).

\* EMMUS VI, 2017. Résultats préliminaires.

\*\* La Santé dans les Amériques. OP/OMS. Edition 2017.

<sup>30</sup> <https://mspp.gouv.ht/site/downloads/Realisations%20MSP%202011%202014%202eme%20partie.pdf>

<sup>31</sup> *Mieux Dépenser pour mieux Soigner, Un regard sur le financement de la santé en Haïti.* Groupe Banque Mondiale, 2017.



### 3. LE CADRE INSTITUTIONNEL EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Le Ministère de la Santé publique et de la Population confie à la Direction de la Santé de la Famille (DSF), la mission de :

**« Veiller à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques de santé de l'enfant, des adolescents/jeunes ainsi que de la santé de la reproduction ».**<sup>32</sup>

L'analyse générale de la mission confiée à cette direction montre que sa responsabilité est étendue:

- A. La production de l'information sanitaire relative aux différents programmes relevant de la DSF (Santé de la Reproduction, Santé Infantile, Nutrition, Vaccination, Gériatrie).
- B. Le développement des activités de ces programmes en particulier la production de normes et leur contrôle, la supervision, la définition de l'orientation des politiques de santé et la planification stratégique et tactique des programmes.

En fonction de sa mission, et dans une perspective visant l'amélioration de la santé de la reproduction, cette direction détermine les priorités, les orientations et les politiques relevant de son domaine, et veille à leur application.

À ce titre, elle est chargée de :

- Diffuser et veiller à la mise en application des normes internationales et nationales ainsi que de la réglementation en matière de santé de la famille ;
- Établir, de concert avec les directions ou unités concernées, les indicateurs nationaux de la santé de la famille ;
- Établir et diffuser les protocoles de prise en charge des problèmes de santé confrontés par les populations cibles ;
- Suivre les progrès réalisés dans le domaine de la santé de la famille au niveau national, et contribuer à la définition/adaptation des politiques de santé ;
- Diffuser les informations pertinentes et actualisées relatives au domaine de la santé de la famille sur une base périodique ;
- Organiser la coordination intra et extra sectorielle des activités retenues dans le Plan Stratégique National de santé de la famille ;
- Planifier, de concert avec les entités concernées, les besoins et intrants nécessaires au bon déroulement des activités retenues et assurer le contrôle de leur utilisation.

La DSF compte également sur le support d'un réseau d'acteurs et de Partenaires Techniques et Financiers, des Directions Sanitaires Départementales et sur le réseau des établissements de santé qui offrent des services à la population.

Le nombre croissant des intervenants dans le secteur de santé entraîne de nouveaux défis dont la coordination, l'alignement des intervenants, l'affaiblissement du leadership de l'Etat, la duplication, la mise en œuvre déficiente ou inefficace de la Politique Nationale de Santé. Il en résulte une faible performance du système en dépit de la présence et de la bonne volonté des acteurs.<sup>33</sup>

Cela implique la nécessité d'un effort permanent de coordination et d'harmonisation des interventions dans les domaines sous la responsabilité de la DSF, qui doit être exercé à travers un leadership solide et permanent, comme le seul moyen d'accroître l'impact des multiples interventions impliquées à des degrés divers dans le développement du système de santé.

En effet, d'une part, ce sont les directions départementales sanitaires (DDS), qui relèvent directement de la Direction Générale (DG), qui sont responsables d'organiser avec les directeurs des Hôpitaux Départementaux (HD) et des Hôpitaux Communautaires de Référence (HCR), les coordinations des Unités d'Arrondissement de Santé (UAS) et les cadres du département, l'offre des soins et de coordonner toutes les activités des services et établissements sanitaires publics et privés de leur département respectif.

D'autre part, il est également important de garder à l'esprit, que pour l'accomplissement effectif par les institutions de santé des activités prévues dans ce plan, d'autres structures centrales du MSP jouent également un rôle essentiel. C'est le cas de la Direction d'Organisation des Services de Santé (DOSS), la Direction des Soins Infirmiers (DSI), la Direction des Ressources Humaines (DRH), l'Unité d'Évaluation et de Programmation UEP, du Programme National de Sécurité Transfusionnelle (PNST), du Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) parmi d'autres.

Enfin, les PTF ont à inscrire leurs plans/projets et interventions dans le cadre officiel de planification dans le souci de garantir un continuum de soins et de services de qualité aux différents niveaux de la structure sanitaire nationale.

En tenant compte de ce qui précède, tout au long du suivi et monitoring du Plan Stratégique et aussi, au moment de l'évaluation finale qui en sera faite, il sera important de prendre en compte les responsabilités de chaque acteur dans ce réseau matriciel complexe ainsi que de mesurer leur contribution à la réalisation des objectifs.

---

<sup>33</sup>

## 4. LA RÉPONSE ACTUELLE FACE AUX PROBLÈMES PRIORITAIRES EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE.

Le Rapport final de l'Évaluation du Plan Stratégique National sur la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale 2013-2016 - Cadre Intermédiaire a permis de faire ressortir un certain nombre important de facteurs facilitant mais également de barrières et par conséquent, de domaines prioritaires en matière de SSR sur lesquels il est important d'agir.

Parmi ces facteurs qui sont en mesure de faciliter ou d'entraver la mise en place du nouveau Plan Stratégique, il faut mentionner les suivants.

### Facteurs facilitants

- A. Le Cadre Stratégique 2013–2016 a proposé que chaque accouchement soit accompagné par du personnel sanitaire qualifié, compétent et capable de prodiguer à tout moment des soins obstétricaux d'urgence soit la valorisation de la Stratégie SONU. Il a pu être constaté que cette stratégie a vu un certain niveau de réalisation par la mise en place d'un nombre considérable de maternités SONU fonctionnelles et un déploiement de sages-femmes pour ces institutions de santé. La stratégie SONU semble fonctionner relativement bien même si des améliorations doivent être apportées afin de garantir la qualité des services et la mise en œuvre de toutes les fonctions prévues. Le processus de monitoring assez régulier et périodique est un atout qui doit être sauvegardé.<sup>34</sup>
- B. La capacité de réponse des services SONUC aux urgences obstétricales, mesuré à partir des taux de césariennes et de la disponibilité des fonctions essentielles F8 et F9 prévues pour ces services est relativement élevé (respectivement 90% et 83% dans l'enquête Monitoring SONU 2016).
- C. Les stratégies mises en place dans le cadre du Plan Stratégique 2013-2016 ont également permis d'améliorer la disponibilité des méthodes de contraception et de réduire les ruptures de stocks au niveau des points de prestation de services.<sup>35</sup> Par rapport à la disponibilité de méthodes modernes de contraception au niveau des institutions sanitaires du pays, le niveau atteint soit 97%, a dépassé largement la cible proposée pour 2016 (75%).
- D. La stratégie de déploiement des Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCP) fait clairement la démonstration des avantages à renforcer l'approche communautaire. Plusieurs partenaires de la DSF ont clairement fait ressortir le renforcement de la proximité que les ASCP permettent entre l'institution de santé et la population qu'elle dessert. Ceci a un impact important sur les indicateurs en matière de SSR vu les thèmes abordés par ces ASCP : risques pendant la grossesse, le plaidoyer envers les visites prénatales, la planification familiale, la pesée des enfants, la nutrition des femmes enceintes et des enfants, etc.

<sup>34</sup> *Évaluation du Plan Stratégique National de Santé de la Reproduction et la Planification Familiale 2013-2016. Rapport Final.* DSF/MSPP. Octobre 2017.

<sup>35</sup> *Enquêtes RHCS, SEFIS 2015 et GSIS 2016.* DSF/MSPP

- E. Bien que des stratégies multisectorielles efficaces pour donner une réponse adéquate aux besoins des adolescents et de jeunes en matière de SSR n'aient pas été mises en pratique d'une façon systématisée, les rapports des Directions Départementales Sanitaires montrent que l'encadrement des jeunes en matière d'éducation et d'information sur la SSR a représenté une activité fréquemment réalisée sur le terrain avec la contribution de différents partenaires.
- F. Les engagements clairs pris par la Ministre de la Santé publique et de la Population, au nom du Gouvernement Haïtien, en faveur de : a) l'intégration d'une ligne budgétaire pour la planification familiale dans le budget du ministère, b) la création d'un Comité Interministériel œuvrant en santé de la reproduction, c) l'établissement d'un cadre légal pour le droit à la santé de la reproduction pour les jeunes et les adolescents, d) le renforcement de la contraception du postpartum et postabortum, et e) la réduction de 10% du taux de besoins non satisfaits en matière de contraception et l'augmentation de 10% du taux de prévalence contraceptive.<sup>36</sup>

### Facteurs contraignants :

- A. Les ressources humaines qualifiées posent un problème d'insuffisance en quantité mais aussi en termes de mauvaise répartition au niveau national, particulièrement les sages-femmes déployées sur le terrain, et la compétence du personnel sur place est à renforcer. Les stratégies d'attraction et de rétention de personnel qualifié ne sont pas vraiment définies et la mobilité des ressources est grande.
- B. L'offre faible de services méthodes contraceptives de longue durée afin de réduire les besoins non satisfaits en matière de planification familiale.
- C. Les stratégies multisectorielles limitées afin d'apporter une réponse adéquate aux besoins des adolescentes, adolescents et des jeunes en matière de SSR (PF, grossesses non désirées et/ou précoces, infections IST/VIH, etc.), incluant l'amélioration du cadre légal afin de favoriser l'accès des jeunes de 15 à 24 ans à des services de santé adaptés à leurs besoins.
- D. Les déficiences en matière de gouvernance et de gestion des services et interventions en matière de santé sexuelle et reproductive dans le but d'offrir des services mieux gérés et de plus grande qualité, de mettre à jour le cadre légal, de renforcer la stratégie de développement et de mobilisation de personnels qualifiés en SSR et de soutenir la mobilisation des acteurs autour de l'adoption d'une politique d'exemption du paiement à l'acte pour les services en santé sexuelle et reproductive. L'efficacité des prestataires de santé pourrait être grandement améliorée. La capacité opérationnelle des institutions sanitaires pose problème à tous les niveaux de soins, et la productivité du personnel de santé existant est très faible.<sup>37</sup>
- E. La faiblesse du système de surveillance des décès maternels, et de monitoring du système en matière de SSR, ce qui permettrait de mieux mesurer le chemin parcouru et les efforts à réaliser.

<sup>36</sup> Lettre BM-06-17, du 4 juillet 2017. Bureau du Ministre, MSPP, adressée au Dr. Antonio GUTERREZ, Secrétaire Général des Nations Unies ; OBJET : Engagements de la République d'Haïti en soutien à la Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents.

<sup>37</sup> *Mieux dépenser pour mieux soigner. Un regard sur le financement de la santé en Haïti.* Groupe Banque Mondiale, 2017.

- F. Le budget pour la santé est largement insuffisant par rapport aux besoins et aux responsabilités que doit assumer l'État haïtien en matière de SSR. Les prévisions pour 2017 et 2018 indiquent que la croissance du PIB d'Haïti restera inférieure au taux de 2014, l'espace budgétaire étant, de ce fait, limité quant à l'élargissement du financement du secteur de la santé.<sup>38</sup> Les inefficiences sous-jacentes au financement aussi bien intérieur qu'extérieur sont exacerbées par la fragmentation et le manque de coordination de l'aide externe .
- G. Le budget consacré à la santé de la reproduction dans le pays demeure, au niveau de l'Etat, très limité et ne reflète point les priorités établies au sens des politiques publiques. La dépendance face aux sources externes de financement est très grande et ne permet pas à l'Autorité Sanitaire Nationale d'exercer son plein leadership dans ce domaine.
- H. Les stratégies multisectorielles efficaces ne sont pas suffisamment développées pour donner une réponse adéquate. Les actions demeurent parcellaires et non coordonnées. Le leadership de la DSF à cet égard est présent mais devrait s'affirmer encore davantage.
- I. La barrière financière reste une des principales causes de la faible utilisation des services. Pour les Haïtiens les plus pauvres, les soins de santé sont inaccessibles. Dans le cadre de l'enquête EMMUS-V, il a été demandé aux femmes quels problèmes pouvaient constituer un obstacle pour qu'elles se fassent soigner ou pour qu'elles reçoivent un avis médical. Un peu plus des trois quarts des femmes (76%) ont cité la disponibilité d'argent pour payer le traitement (57% pour le quintile plus élevé et 89.7% pour le quintile plus bas). Le processus de réforme du secteur de la santé, qui est présentement en cours, n'a pas encore statué sur une politique claire sur le financement de la santé et le chemin à parcourir pour sa mise en œuvre au niveau du Gouvernement est encore long.
- J. Le problème de la distance par rapport aux institutions de santé représente un autre obstacle majeur à l'accès aux soins. Dans la même enquête EMMUS-V et à la même question que posée au paragraphe précédent, 43% des femmes avaient indiqué que la distance pour atteindre un service de santé (24.3% pour le quintile plus élevé et 74% pour le quintile plus bas) représentait un obstacle.
- K. Le respect des valeurs culturelles et sociales ainsi que la mauvaise qualité des services résultent aussi en un obstacle décrié par les femmes et est reflété dans les enquêtes de satisfaction des patients.
- L. Il n'existe pas de dialogue politique sur la santé reproductive et la planification familiale dans le pays, et la société civile est très peu impliquée dans les quelques débats que ce secteur a pu conduire.

Compte tenu des obstacles mentionnés ci-dessus, le nouveau Plan Stratégique doit chercher à refléter l'équilibre entre ce qui est souhaitable et ce qui est possible, dans un cadre caractérisé par des contraintes budgétaires et de gestion et au sein d'un pays présentant de graves faiblesses dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

<sup>38</sup> *Mieux dépenser pour mieux soigner. Un regard sur le financement de la santé en Haïti.* Groupe Banque Mondiale, 2017.



## 5. CADRE STRATÉGIQUE 2019-2023 EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE.

Le portrait de la santé et du respect des droits sexuels et reproductifs des femmes, des jeunes et des adolescents en Haïti demeure inquiétant et nécessite des interventions importantes pour inverser la tendance.

Au nombre des facteurs clés qui expliquent la mauvaise situation de la SSR ainsi que les hauts taux de mortalité et de morbidité maternelles évitables qui existent actuellement, il faut citer entre autres : l'accessibilité limitée aux services, les inégalités socio-économiques qui ont cours au sein de la société haïtienne, le manque d'autonomisation des femmes, le dysfonctionnement du système de santé, ainsi que le faible financement du secteur de la santé.

Dans un contexte caractérisé par des contraintes budgétaires et de gestion et au sein d'un pays présentant de graves faiblesses dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, ce cadre stratégique cherche à refléter l'équilibre entre ce qui est souhaitable et ce qui est possible. Il propose certaines mesures concrètes et des éléments critiques qui cherchent à contribuer à réduire les décès maternels et néonataux et la morbidité grave, ainsi qu'améliorer le respect des droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et reproductive. Ce Cadre Stratégique se veut aussi le reflet de ces problématiques qui ont fait l'objet de nombreuses discussions ayant mené à son élaboration.

L'objectif général du Cadre Stratégique est le suivant :

### AMÉLIORER LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET LE RESPECT DES DROITS Y AFFÉRENT POUR LES FEMMES, LES JEUNES ET LES ADOLESCENTS.

INDICATEURS	SOURCE	LIGNE DE BASE	CIBLE 2023
Ratio de Mortalité Maternelle (RMM)	EMMUS VI 2016-2017	529/100 000	Réduction de 25%
Quotient de Mortalité Néonatale	EMMUS VI 2016-2017	32/1000 naissances vivantes	28/1000 naissances vivantes
Pourcentage de besoins non satisfaits en PF chez les femmes de 15-49 ans en union	EMMUS VI 2016-2017	38%	Réduction de 10%
Pourcentage de besoins non satisfaits en PF chez les femmes de 15-49 ans, non en union, sexuellement actives		52%	

Le tableau suivant résume le Cadre stratégique élaboré pour 2019-2023.

**TABLEAU NO. 2 - CADRE STRATÉGIQUE NATIONAL EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE 2019-2023**

OBJETIF GÉNÉRAL	1. AMÉLIORER LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET LE RESPECT DES DROITS Y AFFÉRENT POUR LES FEMMES, LES JEUNES ET LES ADOLESCENTS.		
<p><b>OBJECTIFS SPÉCIFIQUES</b></p>	<p>1.1 Améliorer l'accès aux services de santé de qualité en vue de réduire la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale.</p>	<p>1.2 Contribuer à réduire le nombre de grossesses précoces et/ou non-désirées et le nombre d'infections aux IST/VIH chez les jeunes de 15-24 ans</p>	<p>1.3 Améliorer la gouvernance, le leadership et la gestion des interventions en matière de santé sexuelle et reproductive.</p>
<p><b>STRATÉGIES</b></p>	<p>a) Renforcer la performance des 87 services SONU de la carte sanitaire pour qu'ils offrent l'ensemble des fonctions essentielles SONU et les fonctions associées SSR (PF, IST/VIH, prise en charge médicale de la violence basée sur le genre, dépistage du cancer du col), selon le Guide national SONU, dans une perspective de respect et de renforcement des droits des femmes et des filles.</p> <p>b) Augmenter l'accès aux méthodes PF de longue durée, notamment en postpartum immédiat et en postabortum, utilisant le modèle des services Planification familiale en postpartum (PFPP).</p> <p>c) Mobiliser la société civile, les élus locaux, les collectivités territoriales autour d'un plan efficace de promotion de la santé sexuelle et reproductive et des droits des femmes et des filles élaboré et mis en œuvre conjointement avec les institutions de santé.</p> <p>d) Arriver à l'élimination de la transmission mère enfant (eTME) à travers une intégration réelle et efficiente des services de prévention de la transmission du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B de la mère à l'enfant au niveau des services SONU.</p>	<p>a) Mettre en œuvre dans au moins trois institutions de santé les normes mondiales de l'OMS et de l'ONUSIDA pour la qualité des services de santé complets destinés aux adolescents et adaptés au contexte d'Haïti en tenant compte du paquet essentiel de services pour les jeunes de 15 à 24 ans.</p> <p>b) Travailler à l'amélioration du cadre légal pour favoriser l'accès des jeunes aux services de santé.</p> <p>c) Prioriser les parents comme cible des programmes de communication et de sensibilisation afin d'établir un environnement plus favorable pour les jeunes de 10 à 24 ans pour la réponse à leurs besoins en matière de santé sexuelle et reproductive.</p> <p>d) Renforcer les connaissances des jeunes de 10 à 24 ans sur la prévention en matière de sexualité et de droits des jeunes à cet égard, à travers les écoles et les médias sociaux, en ciblant particulièrement les très jeunes adolescents de 10 à 14 ans comme stratégie de prévention des grossesses à risque et de la transmission des IST/VIH.</p>	<p>a) Renforcer la coordination, l'harmonisation et l'intégration des différenciés interventions en SSR</p> <p>b) Garantir la disponibilité de normes et protocoles en matière de SSR qui soient conformes et adaptés au contexte haïtien et répondant également aux standards internationaux.</p> <p>c) Renforcer le monitoring de la qualité des services en matière de santé sexuelle et reproductive (monitoring SONU)</p> <p>d) Mettre en place la surveillance des décès maternels.</p> <p>e) Renforcer l'intersectorialité en matière de SSR avec la mise en place d'un comité interministériel</p> <p>f) Mettre à jour le cadre légal en SSR</p> <p>g) Soutenir la mobilisation des acteurs du secteur de la santé sexuelle et reproductive autour de l'élaboration et la mise en œuvre d'une Politique nationale de financement de la santé, notamment la santé sexuelle et reproductive.</p> <p>h) Renforcer la stratégie de développement, d'affectation, de déploiement, et de rétention de personnels qualifiés en SSR.</p>

## 5.1 Objectif spécifique

**5.1.1 Améliorer l'accès aux services de santé de qualité en vue de réduire la mortalité et la morbidité maternelle et néonatale et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale.**

INDICATEURS	SOURCE	LIGNE DE BASE	CIBLE 2023
Pourcentage de naissances assistées par un prestataire de santé qualifié	EMMUS VI 2016-2017	41.7%	60%
Proportion de césariennes sur accouchements institutionnels	SISNU 2017	16,8%	< 15% Doit être justifiée par une indication médicale.
Proportion de césariennes sur accouchements attendus	SISNU 2017 Taux brut de natalité IHSI 2015 – 25/1000 habitants	5%	> 10% < 15%
Pourcentage de femmes ayant bénéficié d'une 4 <sup>ème</sup> consultation prénatale	SISNU 2016 EMMUS VI 2016-2017	28% 67%	80%
Pourcentage de femmes ayant bénéficié d'une première consultation au premier trimestre	Rapport Statistiques 2017	33%	50%
Couverture des besoins en sages-femmes	Rapport sur l'état de la pratique sage-femme dans le monde	10%	25%
Prévalence d'utilisation des méthodes modernes de contraception, notamment des méthodes de longue durée	EMMUS VI 2016-2017 EPSS 2017 Enquête RHCS 2017 (GSIS) (services offerts)	Femmes non en union 15-49 : 34% Femmes en union 15-49 : 32% DIU : 38% des hôpitaux Implants : 59% des hôpitaux Stérilisation féminine : 12.6% Stérilisation masculine : 10.3%	Augmentation de 10%
Pourcentage, parmi les acceptantes de PF, des méthodes de longue durée.	EMMUS VI 2016-2017	4%	10%
Pourcentage de nouveaux-nés ayant reçu des soins dans les premiers deux jours après la naissance.	EMMUS VI 2016- 2017*	38%	50%
Proportion de mort-nés par rapport aux accouchements institutionnels	SISNU 2017 Monitoring SONU 2016	39 pour 1000 39,6 pour 1000	20 pour 1000
Taux de transmission mère-enfant du VIH	MESI : rapport de M&E et SAFE CARIS Fondation International	9.1%	<2%

\*Il y a nécessité d'avoir un dossier néonatal en lien avec le dossier maternel pour permettre au SIS de disposer d'informations fiables pour le nouveau-né.

**STRATÉGIE 5.1.1 – a) Renforcer la performance des 87 services SONU de la carte sanitaire pour qu'ils offrent l'ensemble des fonctions essentielles SONU et les fonctions associées SSR (PF, IST/VIH, prise en charge médicale de la violence basée sur le genre, dépistage du cancer du col), selon le Guide national SONU, dans une perspective de respect et de renforcement des droits des femmes et des filles.**

**Activités :**

- Assurer la mise à niveau et l'approvisionnement continu des services SONU en termes de matériels, d'équipements et de ressources humaines qualifiées en SSR.
- Assurer la disponibilité d'un paquet standard de formations en SSR et néonatal.
- Assurer la formation continue du personnel sur le paquet standard disponible et assurer le suivi de ces activités.
- Renforcer les stratégies d'accueil des femmes et des hommes dans les services SONU et former le personnel à cet égard.
- Garantir l'intégration de tous les services SSR (santé maternelle et néonatale, PF, IST/VIH, prise en charge médicale de la violence basée sur le genre, dépistage du cancer du col) dans les services SONU.
- Assurer la disponibilité continue des intrants SR et PF dans les institutions de santé y compris ceux pour la prise en charge des cas de violence axée sur le genre.
- Rendre disponible des ressources par l'adjonction d'une ligne dans le budget national facilitant l'achat des intrants PF et SSR.
- Travailler de concert avec le Programme National de Sécurité Transfusionnelle pour garantir la disponibilité de postes/dépôts de sang au niveau des SONUC et SONUB.

INDICATEURS	SOURCE	LIGNE DE BASE	CIBLE 2023
Proportion d'institutions offrant des services de SONU avec l'ensemble des fonctions essentielles et les services SSR associés, dotées de personnel qualifié en SSR	Monitoring SONU 2016	35%	50%
Proportion d'institutions offrant des services de SONU ayant un personnel formé à l'accueil prenant en compte les besoins et droits de femmes	Monitoring SONU 2016	0%	70%
Pourcentage de services SONUB ayant une sage-femme	Monitoring SONU 2016	37%	60%

### STRATÉGIE 5.1.1 – b) Augmenter l'accès aux méthodes PF de longue durée, notamment en postpartum immédiat et en postabortum, utilisant le modèle des services Planification familiale en postpartum (PFPP).

#### Activités :

- Renforcer la formation et les attitudes des prestataires des services SONU et la disponibilité des intrants eu égard à la contraception post-partum et post-abortum.
- Mettre à l'échelle la stratégie des services mobiles de proximité en PF pour l'offre de

INDICATEURS	SOURCE	LIGNE DE BASE	CIBLE 2023
Pourcentage d'institutions offrant les méthodes de longue durée	EPSS 2017 et Enquête RHCS 2017 (GSIS) (services offerts)	DIU : 38% Implants : 59% Stérilisation féminine : 12,6% Stérilisation masculine : 10,3%	70% pour DIU et Implants 30% pour la stérilisation féminine et masculine
Pourcentage de points de prestations de services n'ayant pas eu de rupture de stocks d'intrants de PF et de médicaments essentiels pour la SSR, les derniers 3 mois avant l'enquête GPRHCS	Enquête annuel GPRHCS 2017	50.8%	60%

### STRATÉGIE 5.1.1 – c) Mobiliser la société civile, les élus locaux, les collectivités territoriales autour d'un plan efficace de promotion de la santé sexuelle et reproductive et des droits des femmes et des filles élaboré et mis en œuvre conjointement avec les institutions de santé.

#### Activités :

- Mobiliser les institutions de santé pour la mise en place de stratégies et plans de communication et de sensibilisation au niveau communautaire en SSR et droits des femmes et des filles, conjointement avec la société civile, les élus locaux, et les collectivités territoriales.
- Soutenir l'implication des communautés, groupes de femmes, élus locaux, collectivités territoriales dans l'organisation et la gestion des services communautaires et institutionnels de santé sexuelle et reproductive, dans une optique de renforcement de la qualité des services.
- Initier de nouveaux modèles d'intervention en SSR auprès des hommes, tant au niveau communautaire qu'institutionnel.

INDICATEURS	SOURCE	LIGNE DE BASE	CIBLE 2023
Pourcentage d'institutions SONU ayant élaboré et mis en œuvre une stratégie communautaire en SSR	Monitoring SONU 2016	Aucune jusqu'à présent	25%

### STRATÉGIE 5.1.1 – d) Arriver à l'élimination de la transmission mère enfant (eTME) à travers une intégration réelle et efficiente des services de prévention de la transmission du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B de la mère à l'enfant au niveau des services SONU.

#### Activités :

- Sensibiliser le plus haut niveau national et les partenaires à l'importance de leur engagement en faveur de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B (eTME).
- Apporter, avec notamment la collaboration du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS), l'appui technique nécessaire pour atteindre une véritable intégration des services PTME et SMI au niveau des institutions SONU.
- Assurer la mise à jour de normes et protocoles pour améliorer l'eTME de l'infection VIH, la Syphilis et l'Hépatite B chez la femme enceinte.
- Assurer l'analyse et l'utilisation des données pour la planification et l'amélioration des services d'eTME.

INDICATEURS	SOURCE	LIGNE DE BASE	CIBLE 2023
Pourcentage d'institutions de santé qui assurent des services d'accouchement et qui aussi fournissent des services liés au dépistage et traitement du VIH/SIDA et Syphilis (PTME)	Enquête GPRHCS 2016	Sur un échantillon de 121 points de prestations de services enquêtés en novembre 2016, seulement 57.9% des institutions fournissent des services liés au VIH/SIDA alors que 83.5% d'entre elles assurent des services d'accouchement.	100% pour le dépistage et être traitées ou référées pour le traitement
Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission mère-enfant	<a href="http://WWW.MESI.HT">WWW.MESI.HT</a> Données 2016	73.01%	95%
Pourcentage de nourrissons, nés de femmes séropositives au VIH (nourrissons exposés au VIH) recevant une prophylaxie par antirétroviraux pour la PTME.	<a href="http://WWW.MESI.HT">WWW.MESI.HT</a> Données 2016	91,21%	95%
Pourcentage de femmes enceintes qui ont effectué un test de Syphilis au cours d'une visite prénatale	<a href="http://WWW.MESI.HT">WWW.MESI.HT</a> Données 2016 sur une estimation de femmes enceintes (2.5% population totale)	81.5%	95%
Pourcentage de femmes enceintes qui ont reçu un traitement pour la syphilis	<a href="http://WWW.MESI.HT">WWW.MESI.HT</a> Données 2016	91.44%	95%

## 5.2 Objectif spécifique

### 5.2.1 Contribuer à réduire le nombre de grossesses précoces et/ou non-désirées et le nombre d'infections aux IST/VIH chez les jeunes de 15-24 ans

INDICATEURS	SOURCE	LIGNE DE BASE	CIBLE 2023
Taux de fécondité des jeunes de 15 à 24 ans.	EMMUS VI 2017	15-19 ans : 55/1000 20-24 ans : 125/1000	15-19 ans : 50/1000 20-24 ans : 115/1000
Prévalence (déclarée) du VIH parmi la population âgée de 15 à 24 ans	EMMUS VI 2017	VIH Femmes 15-24 : 1,1% VIH Hommes 15-24 : 0,9%	VIH Femmes et Hommes 15-24 : 0,9%
Besoins en planification familiale non satisfaits chez les jeunes de 15 à 24 ans	EMMUS VI 2017	15-19 ans : 55,5% 20-24 ans : 45,1%	15-19 ans : 50% 20-24 ans : 40%

**STRATÉGIE 5.2.2 – a) Mettre en œuvre dans au moins trois institutions de santé les normes mondiales de l'OMS et de l'ONUSIDA pour la qualité des services de santé complets destinés aux adolescents et adaptés au contexte d'Haïti en tenant compte du paquet essentiel de services pour les jeunes de 15 à 24 ans.**

#### Activités :

- Adapter les standards internationaux pour des soins de santé complets de qualité destinés aux adolescents et jeunes de 15 à 24 ans.
- Mettre en œuvre ces standards dans trois institutions publiques du pays dans le cadre d'un projet pilote.
- Évaluer l'amélioration de la qualité des soins complets pour adolescents au terme du projet pilote.
- Étendre le projet pilote à d'autres institutions à partir des résultats obtenus dans l'évaluation.

INDICATEURS	SOURCE	LIGNE DE BASE	CIBLE 2023
No. d'institutions de santé ayant mis en place un modèle standard de service complet de qualité pour les institutions de santé adapté aux jeunes de 10 à 24 ans	DSF/MSPP	0	Au moins 3 institutions publiques de santé
Normes nationales sur la qualité des soins complets de qualité destinés aux adolescents et jeunes de 15-24 ans disponibles	DSF/MSPP	Aucune norme disponible	Normes disponibles disséminées aux dix départements

### STRATÉGIE 5.2.2 – b) Travailler à l'amélioration du cadre légal pour favoriser l'accès des jeunes aux services de santé.

#### Activités :

- Mobiliser les différents ministères concernés, les commissions de santé du Parlement et les acteurs de la société civile autour de l'élaboration d'un cadre légal en matière de SSR en faveur des jeunes, notamment à travers le Comité interministériel.

INDICATEURS	SOURCE	LIGNE DE BASE	CIBLE 2023
Disponibilité d'un cadre légal adapté aux besoins en SSR des jeunes.	DSF/MSPP	Cadre non encore disponible	Disponibilité d'un cadre légal pour le droit à la Santé de la Reproduction pour les Jeunes, les Adoléscentes et Adoléscent

### STRATÉGIE 5.2.2 – c) Prioriser les parents comme cible des programmes de communication et de sensibilisation afin d'établir un environnement plus favorable pour les jeunes de 10 à 24 ans pour la réponse à leurs besoins en matière de santé sexuelle et reproductive.

#### Activités :

- Favoriser la mise en place de programmes de formation et de sensibilisation des parents sur le rôle qu'ils ont à jouer auprès de leurs enfants dans le domaine de l'éducation à la santé, de l'éducation sexuelle et la nécessité de partager avec leurs enfants les informations, expériences et valeurs en matière de sexualité
- Encourager l'implication des organisations communautaires et conseils communaux dans des actions visant la promotion, la protection de la santé et de la santé sexuelle des jeunes et des adolescents.

INDICATEURS	SOURCE	LIGNE DE BASE	CIBLE 2023
Nombres d'initiatives appuyées et/ou mises en place par les directions départementales concernant la communication entre les jeunes et les adultes qui les entourent, sur les besoins en droits des jeunes en matière de SSR	Rapports périodiques des Directions départementales sanitaires transmises au niveau central (UEP) Plan Départemental Intégré	No. exact inconnu	1 par direction départementale au moins

**STRATÉGIE 5.2.2 – d) Renforcer les connaissances des jeunes de 10 à 24 ans sur la prévention en matière de sexualité et de droits des jeunes à cet égard, à travers les écoles et les médias sociaux, en ciblant particulièrement les très jeunes adolescents de 10 à 14 ans comme stratégie de prévention des grossesses à risque et de la transmission des IST/VIH.**

**Activités :**

- Développer une stratégie de communication sur la sexualité et le droit des jeunes.
- Renforcer la formation des ASCP sur la santé des adolescents et des jeunes.
- Renforcer les capacités des professeurs à transmettre aux jeunes et adolescents dans les écoles, le programme d'éducation sexuelle existant.

INDICATEURS	SOURCE	LIGNE DE BASE	CIBLE 2023
Disponibilité d'une stratégie de communication sur la sexualité et les droits des jeunes	DSF/MSPP	Non encore disponible	Stratégie disponible
Pourcentage d'ASCP formés sur la santé des adolescents et des jeunes	Rapports périodiques des Directions départementales	Non existant	30% des ASCP
% de professeurs formés par les directions départementales sur le programme de SSR existant	Rapports périodiques des Directions départementales sanitaires transmises au niveau central (UEP) Plan Départemental Intégré	No. exact inconnu	5 à 10%

### 5.3 Objectif spécifique

#### 5.3.1 Améliorer la gouvernance, le leadership et la gestion des interventions en matière de santé sexuelle et reproductive.

INDICATEURS	SOURCE	LIGNE DE BASE	CIBLE 2023
Nombre de résolutions, arrêtés, décrets, lois, proposés par le MSPP au gouvernement qui comprennent des engagements spécifiques sur la santé sexuelle et reproductive.	Le Conseil des Ministres	1 Arrêté sur la Planification familiale	Au moins 2 supplémentaires droit des adolescents à la santé, Santé sexuelle et reproductive des femmes)
Disponibilité du cadre légal en SSR actualisé	Le Moniteur Officiel	Le cadre légal n'est pas actualisé	Cadre légal actualisé

#### STRATÉGIE 5.3.2 – a) Renforcer la coordination, l'harmonisation et l'intégration des différentes interventions en SSR

##### Activités :

- Relancer les réunions trimestrielles du Groupe Thématique SSR.

INDICATEUR	SOURCE	LIGNE DE BASE	CIBLE 2023
No. de réunions trimestrielles du Groupe Thématique SSR	Rapport DSF/MSPP	2 pour 2017	4 par année

#### STRATÉGIE 5.3.2 – b) Garantir la disponibilité de normes et protocoles en matière de SSR qui soient conformes et adaptés aux standards internationaux mais également, au contexte haïtien.

##### Activités :

INDICATEUR	SOURCE	LIGNE DE BASE	CIBLE 2023
Les normes en matière de SSR (dont le guide SONU) sont validées et/ou mises à jour et diffusées.	DSF/MSPP	3 (Protocoles sur les complications obstétricales et néonatales, Normes sur les consultations pré et post-natales, Normes sur la prise en charge du Cancer du col) mais pas encore disséminées	Dissémination des normes existantes et élaboration/mise à jour et diffusion d'au moins 2 manuels de normes additionnels

### STRATÉGIE 5.3.2 – c) Renforcer le monitoring de la qualité des services en matière de santé sexuelle et reproductive (monitoring SONU)

#### Activités :

- Assurer la supervision trimestrielle des institutions SONU au niveau des directions départementales et des équipes des UAS.

INDICATEUR	SOURCE	LIGNE DE BASE	CIBLE 2023
Le monitoring SONU est assuré régulièrement dans tous les départements sanitaires.	DSF/MSP	1 monitoring semestriel par département sanitaire.	2 sessions de monitoring par année et par département sanitaire

### STRATÉGIE 5.3.2 – d) Mettre en place la surveillance des décès maternels.

#### Activités :

- Développer et mettre en place la Stratégie de Surveillance des décès maternels et néonataux et Riposte (SDMR) tant au niveau institutionnel que communautaire.

INDICATEUR	SOURCE	LIGNE DE BASE	CIBLE 2023
No. d'institutions ayant mis en place un processus SDMR sur une base régulière	Rapports d'activité des directions départementales	7 institutions de santé	50% des institutions ayant un service SONU

### STRATÉGIE 5.3.2 – e) Renforcer l'intersectorialité en matière de SSR avec la mise en place d'un comité interministériel

#### Activités :

- Mettre en place un Comité interministériel en SSR.

INDICATEUR	SOURCE	LIGNE DE BASE	CIBLE 2023
Disponibilité d'un rapport d'activité annuel faisant état des réalisations du Comité Interministériel	DSF/MSP	0	Un rapport annuel faisant état des réalisations en SSR est élaboré et diffusé par le Comité Interministériel

**STRATÉGIE 5.3.2 – f) Mettre à jour le cadre légal en SSR.****Activités :**

##### Assurer la proposition d'un cadre légal SSR adapté aux besoins actuels des femmes et des hommes.

INDICATEUR	SOURCE	LIGNE DE BASE	CIBLE 2023
Une proposition de cadre légal SSR adapté aux besoins actuels des femmes et des hommes est disponible	Documentation disponible	La proposition n'est pas disponible	Disponibilité de la proposition

**STRATÉGIE 5.3.2 – g) Soutenir la mobilisation des acteurs du secteur de la santé sexuelle et reproductive autour de l'élaboration et la mise en œuvre d'une Politique nationale de financement de la santé, notamment la santé sexuelle et reproductive.****Activités :**

- Mobiliser le Comité interministériel autour de l'élaboration d'une Politique sur le financement de la santé, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive.
- En attendant l'adoption d'une politique d'exemption de paiement pour les soins en SSR, développer, au niveau du Groupe Thématique SSR, une proposition de standardisation de coûts abordables du paquet Santé maternelle, afin de réduire la barrière financière.

INDICATEUR	SOURCE	LIGNE DE BASE	CIBLE 2023
Disponibilité d'une Politique nationale sur le financement de la santé	MSP	0	Politique nationale sur le financement de la santé disponible
Disponibilité d'un Cadre de standardisation de coûts abordables du paquet Santé maternelle	MSP	0	Cadre de standardisation de coûts abordables du paquet Santé maternelle disponible
Nombre de rapports annuels des réunions du Groupe Thématique SSR.	DSF/MSP Groupe Thématique SSR	0	1 rapport par an
Nombre de propositions du groupe thématique SSR qui ont été transmises au Comité Interministériel œuvrant sur la santé de la reproduction	DSF/MSP Groupe Thématique SSR	0	Une liste de propositions par année est transmise au Comité interministériel.

### STRATÉGIE 5.3.2 – h) Renforcer la stratégie de développement, d'affectation, de déploiement, et de rétention de personnels qualifiés en SSR.

#### Activités :

- Travailler à l'intégration et à la prise en charge gouvernementale des coûts de fonctionnement de l'Ecole Nationale de Sages-femmes et de l'Ecole Nationale d'Infirmières Anesthésistes.
- Renforcer le cadre légal de la profession sage-femme.

INDICATEUR	SOURCE	LIGNE DE BASE	CIBLE 2023
Budget de fonctionnement de l'École Nationale de Sages-femmes et de l'École Nationale d'Infirmières Anesthésistes inscrit au budget national	Budget national	N'existe pas encore	Budget de fonctionnement inscrit au budget national
Existence et adoption d'un document réglementant la profession sage-femme en Haïti	Conseil des Ministres	N'existe pas encore	Document réglementant la profession sage-femme disponible



## 6. CADRE DE MISE EN ŒUVRE

### 6.1 CADRE INSTITUTIONNEL

Tel que discuté auparavant, il est du rôle de la DSF de déterminer les priorités, les orientations et les politiques en matière de santé sexuelle et reproductive, et de veiller à leur application. Elle est aussi responsable de veiller à la diffusion et promotion du Plan Stratégique, d'organiser la coordination intra et extra sectorielle des activités en assurant aussi un effort permanent d'harmonisation des interventions, et de planifier, de concert avec les entités concernées, les besoins nécessaires au bon déroulement des activités.

La DSF est responsable aussi de garantir le suivi du Plan Stratégique et d'évaluer, pour l'ensemble du réseau, les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés, dans une perspective d'amélioration de la performance du système.

Finalement, la DSF a aussi la responsabilité très importante d'assurer, avec le support des partenaires, l'élaboration du Plan d'Opérationnalisation et de Budgétisation des activités retenues dans ce Plan Stratégique en vue de la mise en œuvre efficace du Plan Stratégique.

La DSF est donc un acteur central du cadre institutionnel relatif à la mise en œuvre de ce Plan Stratégique National en SSR, mais n'a pas à elle seule toute la responsabilité du Plan.

L'Autorité Sanitaire Nationale (Ministre de la Santé publique et de la Population) assurera le plaidoyer auprès du Parlement, du Gouvernement Central et des collectivités territoriales en vue de leur positionnement favorable en faveur du Plan Stratégique, et plus particulièrement en faveur de l'adoption des résolutions, décrets et lois qui rendent compte des engagements spécifiques du MSPP en matière de santé sexuelle et reproductive, incluant la mise en œuvre d'une Politique de Financement de la santé sexuelle et reproductive.

La mise en place d'un Comité Interministériel dans le domaine spécifique de la SSR, dont le suivi sera assuré par le MSPP, permettra, d'une part, de renforcer l'intersectorialité en matière de SSR, et d'autre part, de recevoir pour analyse, les propositions du Groupe Thématique SSR qui nécessitent son appui et implication.

La DSF doit aussi pouvoir compter sur le support d'un réseau d'acteurs et des partenaires, agissant aux niveaux central, départemental et local, et dont le nombre croissant entraîne des défis de coordination et d'alignement, à la fois horizontaux et verticaux. Cela implique de faire appel à la synergie de tous les acteurs du secteur public, de la société civile, du secteur privé et de la coopération bi et multilatérale. Ces Partenaires Techniques et Financiers seront impliqués dans le processus de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des lignes d'actions préconisées. Leur appui technique et financier sera requis à tous les niveaux. Ils contribueront aussi en inscrivant leurs plans, projets et interventions dans le cadre officiel de planification représenté par le Plan Stratégique National en Santé Sexuelle et Reproductive.

Les Directions Départementales Sanitaires, chargées de l'appui technique et managérial du système de santé dans leur département, auront un rôle important à jouer dans la coordination des activités du plan stratégique mais également pour la diffusion de ce Plan. Elles sont chargées de l'organisation de la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de soins en santé sexuelle et de la reproduction. Elles doivent veiller à la prise en compte du Plan Stratégique dans le Plan Départemental Intégré de leur département respectif ainsi que dans les interventions des partenaires œuvrant sur leur territoire d'action.

Les institutions de santé, finalement et à leur niveau, jouent un rôle de mise en œuvre qui est très important. Ce sont elles qui fournissent des services SONU, qui doivent être en mesure d'offrir l'intégration de tous les services SSR de qualité, et qui soient accessibles, continus, sécuritaires et respectueux des droits des filles et des femmes.

## 6.2 PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE ET BUDGÉTISATION

Le Plan Stratégique décrit avec précision les objectifs spécifiques, stratégies et activités qui sont prévues. Le processus de planification stratégique a permis, à travers une analyse participative de la situation de la SSR dans le pays, de transformer les priorités en un plan, mais, le succès du Plan implique de traduire l'approche théorique dans la réalité pratique transformant ainsi le Plan Stratégique en des actions concrètes.

Voilà pourquoi il sera nécessaire, très rapidement, de faire la planification opérationnelle laquelle aura le potentiel d'aider grandement les parties prenantes à acquérir une meilleure compréhension du Plan Stratégique, des besoins de la population cible et ses besoins, ainsi que des capacités et limites de son exécution. Surtout lorsqu'il est défini conjointement, un tel plan opérationnel permet d'avoir réellement plus de clarté en ce qui concerne ce **qui doit être fait, où, par qui, comment, quand et avec quelles ressources.**

Le processus de planification opérationnelle devra être synchronisé avec le processus de budgétisation. Cela signifie généralement de compléter le plan opérationnel avec les budgets nécessaires sur une base annuelle. La planification pourra être aussi faite encore plus fréquemment, par exemple tous les six mois, lors de situations où l'insécurité et l'instabilité forceront le MSP à adapter les activités à un contexte en évolution rapide.<sup>39</sup>

Tenant compte des activités du plan opérationnel, les différents acteurs responsables aux niveaux central, départemental et local élaboreront chaque année leur plan de travail annuel en matière de SSR et les partenaires devront harmoniser leurs activités et les ressources financières de leurs projets afin de contribuer à la réalisation des objectifs du Plan Stratégique.

La budgétisation sera finalement étroitement liée à la mobilisation des ressources financières pour réaliser ce Plan Stratégique. La budgétisation devra prévoir quelles sont les ressources financières déjà disponibles et quels seront les moyens mis en place pour chercher à identifier les ressources financières supplémentaires nécessaires.

<sup>39</sup>Strategizing National Health in the 21<sup>st</sup> Century: a Handbook. Ed. by Gerard Schmets et al. WHO. 2016.

### 6.3 MÉCANISMES DE COORDINATION

Au niveau national, le Directeur de la Santé de la Famille assurera le pilotage de ce Plan Stratégique accompagné par les membres du Groupe Thématique SSR. La fonctionnalité de ce Groupe Thématique/Comité de suivi devra être garantie par la tenue régulière des réunions trimestrielles et par une meilleure implication des acteurs concernés par ce Plan.

La coordination des stratégies et des activités nécessitant un appui intersectoriel sera garantie par la Comité Interministériel en SSR, dont les hautes instances du Ministère assureront le suivi.

Aux niveaux départemental et local, la coordination des activités sera exercée par la ou le responsable technique SSR départemental avec l'appui de la ou du Directeur Départemental qui devra compter sur le support des partenaires qui travaillent à ce niveau.

### 6.4 SUIVI ET ÉVALUATION

Le plan d'opérationnalisation devra également prévoir d'intégrer, dans son élaboration, un plan de suivi et d'évaluation. Pour chaque indicateur identifié et retenu dans le Plan Stratégique, il sera proposé une définition opérationnelle, le mode de calcul, la fréquence de mise à jour, les cibles à atteindre, les sources possibles et les limites. Cela se fera de manière consensuelle avec toutes les parties prenantes.

La collecte des données se basera, pour certains indicateurs, sur le Système d'Information Sanitaire National Unifié (SISNU), tandis que pour la plupart des indicateurs liés à la performance des institutions qui fournissent des services SONU, la source de données sera le monitoring SONU semestriel. Il sera important d'envisager d'élargir la portée de ce dernier afin de mesurer, au-delà de la mise en œuvre des fonctions SONU, l'intégration de tous les services SSR et la qualité des prestations des institutions.

En plus des réunions trimestrielles de suivi du Groupe Thématique SSR, l'organisation de missions de supervision de la mise en œuvre du Plan sur le terrain, la tenue de réunions annuelles de revue et de planification avec les Directions départementales sanitaires et une évaluation à mi-parcours du Plan sont envisageables pour améliorer le suivi du Plan et proposer des changements en cours de route et en fonction des résultats partiels.

Pour d'autres indicateurs liés à l'intégration des services prénataux et PTME, l'information sera puisée à même les bases de données MESI et Fondation CARIS, et concernant la disponibilité des intrants contraceptifs et les ruptures de stocks de médicaments SSR essentiels, ceux-ci utiliseront les résultats des enquêtes annuels GPRHCS.

Enfin, pour les indicateurs d'impact de l'objectif général du plan, ces données sont fournies dans les Rapports d'Enquête de Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services qui sont réalisées chaque cinq ans.

En plus des données quantitatives, d'autres enquêtes ou études pourront être réalisées de façon à apporter un éclairage qualitatif sur certains indicateurs et ainsi, approfondir l'analyse des données.





expressionservice@yahoo.fr | (509) 38 25 52 23