



REPUBLIQUE D'HAÏTI  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION (MSPP)  
DIRECTION DE LA SANTÉ DE LA FAMILLE (DSF)

---

---

# PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL DE SANTÉ



Sexuelle  
Reproductive  
Maternelle  
Néonatale  
Infantile  
Adolescent et  
3<sup>e</sup> Age

**PSN SRMNIA et 3<sup>e</sup> Age  
2026 - 2030**

Décembre 2025

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION  
(MSPP)**

**DIRECTION DE LA SANTÉ DE LA FAMILLE (DSF)**



**PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL DE SANTÉ  
SEXUELLE, REPRODUCTIVE MATERNELLE  
NÉONATALE, INFANTILE, ADOLESCENT ET 3<sup>e</sup> AGE  
2026-2030**

**PSN SRMNIA et 3<sup>e</sup> AGE 2026-2030**

**Décembre 2025**

## PRÉFACE

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), via la Direction de la Santé de la Famille (DSF) et en collaboration avec ses partenaires techniques et financiers (PTF), a procédé à l'élaboration du Plan Stratégique National de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, adolescents (SRMNIA) et du troisième âge 2026-2030. Ce plan sert de cadre de référence et d'outil de travail pour les acteurs impliqués dans le domaine de la SRMNIA et de la santé du troisième âge en Haïti. Il permet au Ministère et à ses partenaires de disposer d'un instrument de planification et de coordination destiné à établir un consensus sur les stratégies et interventions en SRMNIA et du troisième âge selon une approche intégrée. L'élaboration du plan résulte d'un processus impliquant les responsables centraux et départementaux ainsi que l'ensemble des partenaires du secteur SRMNIA et du troisième âge dans le pays.

Le suivi mondial des indicateurs de santé maternelle, néonatale et infantile permet d'évaluer le développement d'un pays. En Haïti, la réduction de la mortalité chez les femmes et les enfants est une priorité nationale, soutenue par les engagements internationaux du MSPP. L'accès universel aux soins pour les femmes, les enfants et les adolescents est essentiel pour améliorer le capital humain et combattre la pauvreté. Face à la crise, le nouveau plan stratégique 2026-2030 adopte une approche intégrée couvrant tous ces groupes et vise la couverture sanitaire universelle.

Le Plan Stratégique National de Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile, des Adolescents, des Jeunes (SRMNIA) et des personnes du troisième âge 2026-2030 a pour objectif d'améliorer l'état de santé des femmes notamment celles en âge de procréer, les femmes enceintes et les mères ainsi que celui des nouveau-nés, des enfants, des adolescents, des jeunes et des personnes âgées, tout en veillant au respect et à la promotion des droits sexuels et reproductifs, en particulier pour les groupes les plus vulnérables.

Le MSPP présente dans ce plan les principaux défis et actions importants dans la planification et la



mise en œuvre des interventions pour la SRMNIA et le troisième âge, en impliquant société civile, les différentes associations, les partenaires techniques et financiers. Il souligne que la réussite de ces interventions nécessite des collaborations intersectorielles au-delà du secteur sanitaire. Le MSPP appelle l'ensemble des parties prenantes : institutions publiques, privées et mixtes, prestataires, partenaires techniques et financiers, acteurs d'implémentation, secteur privé et société civile, à s'approprier ce document de référence et à s'y conformer afin d'orienter leurs interventions et de garantir une mise en œuvre cohérente, efficace et optimale des actions en matière de SRMNIA et de santé

des personnes du troisième âge.

*Jinal Bertrand*  
**Dr Bertrand SINAL**  
**Ministre**

## REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population vous présente le Plan Stratégique National pour la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, des adolescents (SRMNIA) et des personnes du 3<sup>e</sup> âge pour la période 2026-2030. Ce document de référence, élaboré conformément aux directives de la Politique Nationale de Santé et au Plan Directeur en Santé, résulte de la collaboration entre l'ensemble des acteurs impliqués dans le secteur de la SRMNIA et du 3<sup>e</sup> âge en Haïti.

Le Ministère tient à exprimer sa reconnaissance particulière aux Agences des Nations-Unies, notamment l'OPS/OMS, la FNUAP/UNFPA et l'UNICEF, pour leur apport technique et financier tout au long du processus d'élaboration de ce plan. Le Ministère remercie également les cadres techniques des directions centrales du MSPP : DSF, UEP, DELR, UCMIT/PNLS, UCPNANu, DPSPE, DPEV, des directions départementales sanitaires, ainsi que les PTF dédiés à la santé sexuelle et reproductive : CDC, USAID, Fonds mondial, Banque mondiale, Affaires mondiales Canada-Coopération canadienne, autres Agences des Nations Unies (ONUSIDA, UNESCO, ONUFEMMES). Il adresse sa gratitude aux cadres techniques des partenaires d'implémentation, PROFAMIL Haïti, FOSREF, MSPP/UGP, GHESKIO, Zanmi Lasante/PIH, Fondation SEROVie, Entraide Médicale Internationale (EMI), World Vision, Care2Community (C2C), Mission Inclusion Canada, aux responsables et cadres des organisations de la société civile (OSC) telles que la Fondation Toya, Neges Mawon, la société haïtienne d'obstétrique et de gynécologie (SHOG), la société haïtienne de pédiatrie (SHP), ainsi qu'aux autres ministères sectoriels notamment, le MCFDF. Enfin, le Ministère remercie toutes les personnes ayant contribué aux ateliers et sessions de travail qui ont permis la réalisation de ce nouveau cadre référentiel en matière de SRMNIA et santé du 3<sup>e</sup> âge en Haïti pour leur engagement, la qualité de leur expertise et leur volonté d'améliorer les résultats liés à sa mise en œuvre.

Il convient également de souligner le rôle essentiel du comité de pilotage, qui a assuré l'accompagnement de l'équipe de consultants Dr Nadjy JOSEPH, Dr Middle FLEURANTIN, Dr Joseph Vilaime ALEXIS et Frantz ERILUS dans la planification et la coordination des activités relatives à l'élaboration de cet ouvrage. Nous adressons nos remerciements à Dr Darlene Dianne OMEIR TAYLOR, Dr Anthony MONFISTON, Dr Yves THERMIDOR, Dr Gloria Elisabeth THERMIDOR, Dr Joseph Georges FREYCINET, Dr Cassandre Michel MILORD, Dr Nesi FLORIS, Dr Yves Carm COLIMON, Dr Marjorie Préval DESMANGLES, Dr Herby DESIR, Dr Ephene EMMANUEL, Dr Falonne JEAN JULES, Marie Solange SAINVIL et Gina DENARD pour leurs contributions techniques et leur engagement soutenu durant la rédaction du présent document.

Le MSPP veut adresser ses félicitations à l'équipe de la Direction de la Santé de la Famille (DSF) pour leur leadership et leur engagement à cet exercice de planification consensuelle qui devrait faciliter une appropriation et une mise en œuvre harmonieuse du Plan.



**Dr Gabriel THIMOTHEE**  
Directeur Général MSPP

## TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE.....	2
REMERCIEMENTS .....	3
TABLE DES MATIÈRES .....	4
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES .....	6
ABBREVIATIONS .....	7
CHAPITRE 1. INTRODUCTION.....	10
1.1 Présentation du pays.....	10
1.2. Organisation administrative et sanitaire en Haïti.....	12
1.3. Organisation de la SRMNIA en Haïti .....	13
CHAPITRE 2. ANALYSE DE LA SITUATION EN MATIÈRE DE LA SRMNIA ET SANTÉ DU 3 <sup>E</sup> AGE EN HAITI.....	14
2.1. Situation Épidémiologique .....	14
CHAPITRE 3. ANALYSE DE LA RÉPONSE EN MATIERE DE LA SRMNIA EN HAITI.....	19
3.1. Gestion des interventions en SRMNIA.....	19
3.2. Offre des services en SRMNIA et santé du 3 <sup>e</sup> âge.....	23
CHAPITRE 4. PRINCIPAUX PROBLÈMES ET DÉFIS MAJEURS .....	35
CHAPITRE V. PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN .....	37
5.1. Revue finale du PSNSSR 2019-2023.....	37
5.2. Élaboration du cadre stratégique du nouveau PS SRMNIA et du 3 <sup>e</sup> âge.....	37
5.3. Théorie de changement (Cadre Logique) .....	38
CHAPITRE 6. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PLAN STRATÉGIQUE SRMNIA et 3 <sup>E</sup> ÂGE 2026-2030.....	42
6.1. Vision .....	42
6.2. Principes et valeurs.....	42
6.3. But du Plan.....	43
6.4. Cadre Stratégique du PSN SRMNIA et 3 <sup>e</sup> âge 2026-2030 .....	46
Domaine 1. Santé de la Femme .....	46
Domaine 2. Santé de la Femme Enceinte et de la Mère .....	54
Domaine 3. Santé du Nouveau-Né .....	58
Domaine 4. Santé Infantile .....	59
Domaine 5. Santé des Adolescents/Jeunes.....	64
Domaine 6. Santé des personnes âgées .....	68

Domaine 7. Gouvernance et Suivi Stratégique .....	70
<b>Domaine 8. Renforcement du Système de Santé .....</b>	<b>76</b>
<b>CHAPITRE 7. PLAN DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE .....</b>	<b>81</b>
<b>7.1. Structures et organes de mise en œuvre.....</b>	<b>81</b>
<b>7.2. Mécanismes de coordination .....</b>	<b>82</b>
<b>7.3. Planification opérationnelle.....</b>	<b>83</b>
<b>7.4. Cadre de Mise en œuvre du Plan (Cadre de résultats détaillé).....</b>	<b>83</b>
Cadre de mise en œuvre.....	84
<b>CHAPITRE 8. CADRE DE SUIVI ET ÉVALUATION DU PLAN .....</b>	<b>109</b>
<b>CHAPITRE 9. MESURES D'ACCOMPAGNEMENT /CONDITIONS DE SUCCES ET ANALYSE DES RISQUES.....</b>	<b>111</b>
<b>9.1. Mesures d'accompagnement /conditions de succès.....</b>	<b>111</b>
<b>9.2. Analyse des risques .....</b>	<b>112</b>
<b>CHAPITRE 10. PLANIFICATION BUDGETAIRE.....</b>	<b>113</b>
Modalités d'élaboration du budget .....	113
Budget du PSN SRMNIA et santé du 3 <sup>e</sup> âge 2026-2030 .....	113
Financement équitable PSN SRMNIA et santé du 3 <sup>e</sup> âge 2026-2030.....	115
<b>ANNEXE .....</b>	<b>120</b>
<b>Annexe 1. Modèle Logique .....</b>	<b>121</b>
<b>Annexe 2. Cadre de Performance .....</b>	<b>123</b>

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

- Figure 1 Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années précédant l'enquête
- Figure 2 Pourcentage de naissances vivantes des cinq années avant l'enquête
- Figure 3 Décès pour 1 000 naissances vivantes par période de 5 ans avant l'enquête
- Tableau 1 Aperçu du budget par rubrique
- Tableau 2 Aperçu semi-détaillé du budget du PS SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge 2026-2030 par impact et par effet

## ABBREVIATIONS

AES	Accident d'exposition au sang
ALC	Amérique Latine et Caraïbes
AMC	Affaires Mondiales Canada
AMH	Association Médicale Haïtienne
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ARV	Anti Rétroviral
ASCP	Agent de Santé Communautaire Polyvalent
ASPHA	Association de Santé Publique d'Haïti
ASEC	Assemblée de la Section Communale
ASRH	Adolescent sexual and reproductive health – santé sexuelle et reproductive des adolescents
CAL	Centre de santé avec lit
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CDC	Center Disease for Control and Prevention
CDAI	Centre Départementale d’approvisionnement en intrants
CPN	Clinique Périnatale
CPoN	Clinique Post Natale
CSL	Centre de santé sans lit
DDS	Direction Départementale Sanitaire
DELR	Direction d’Épidémiologie, des Laboratoires et de la Recherche
DHS	Demographic Health Survey
DIU	Dispositif intra-utérin
DPSPE	Direction de Promotion de la Santé et de Protection de l'Environnement
DPEV	Direction du Programme Elargi de Vaccination
DRH	Direction des Ressources Humaines pour la santé
DSF	Direction de la Santé de la Famille
ESF	Equipe santé famille
EMMUS	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
EPSSS	Evaluation de la Prestation des Services et Soins de Santé
e-TME	Elimination de la transmission Mère-Enfant
FAES	Fonds d’assistance économique et sociale
FBR	Financement basé sur les Résultats
FE	Femme Enceinte
FOSREF	Fondation pour la santé de la Reproduction et de la Famille
GHESKIO	Groupe Haïtien d’Études sur le Sarcome de Kaposi et les Infections opportunistes
HARSAH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
HCR	Hôpital Communautaire de Reference
HD	Hôpital Départemental
HPV	Human Papilloma Virus – Vaccin contre le papillomavirus humain
IHSI	Institut Haïtien de statistiques et d’informatique
INSFSF	Institut national supérieur de formation des sage-femmes
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IRA	Infections Respiratoires Aigues
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVAA	Inspection Visuelle du col utérin à l’acide acétique
LNME	Liste nationale des médicaments essentiels

MARNDR	Ministère de l'Agriculture des Ressources Naturelles et du Développement Rural
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MAM	Malnutrition Aigüe Modérée
MAST	Ministère des Affaires Sociales et du Travail
MC	Mobilisation Communautaire
MCFDF	Ministère à la Condition Féminine et aux Droits de la Femme
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MENFP	Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle
MESI	Monitoring Évaluation et Surveillance Intégrée
MIILDA	Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'Action
MJSAC	Ministère de la Jeunesse, des Sports et de l'Action Civique
MSP	Ministère de la Santé et de la Population
OCB	Organisation Communautaire de Base
OCDE	Organisation de la coopération et du développement économique
ODD	Objectifs de Développement Durable
ODM	Objectifs de Développement du Millénaire
OEV	Orphelins et enfants vulnérables
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OPC	Office de la Protection du Citoyen
OPS/OMS	Organisation Panaméricaine de la Santé / Organisation Mondiale de la Santé
OSC	Organisation Société Civile
PA	Plan d'Accouchement
PC	Population clés
PCR	Polymerase Chain Reaction
PEPFAR	President Emergency Plan for AIDS Relief
PEP	Prophylaxie post exposition
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PES	Paquet essentiel de services
PDS	Plan Directeur de santé
PF	Planning Familial
PI	Partenaire d'Implémentation
PIH	Partner in Health
PNH	Police Nationale d'Haïti
PNLS	Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA
PPS	Point de Prestation des Services
PrEP	Prophylaxie Pré Exposition
PS	Professionnel (le) de sexe
PSNSSR	Plan Stratégique National santé sexuelle et reproductive
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prevention de la transmission mère-enfant
PVVIH	Population vivant avec le VIH
RHS	Ressources humaines en santé
RHCS	Reproductive Health Commodity Securitization
RR	Vaccin Rubéole/Rougeole
SAFE	Surveillance active de la femme enceinte séropositive
SALVH	Suivi Active Longitudinal du VIH/SIDA en Haïti
SENN	Soins essentiels du nouveau-né

SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SM	Santé Maternelle
SDMR	Surveillance des Décès Maternels et Riposte
SHP	Société haïtienne de Pédiatrie
SHOG	Société Haïtienne d'Obstétrique et de Gynécologie
SRMNIAJ	Santé de la Reproduction Maternelle, Néonatale, Infantile, Adolescents et Jeunes
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
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
UADS	Unité d'Appui à la Décentralisation Sanitaire
UCS	Unité communale de santé
UEP	Unité d'Etudes et de Programmation
UCMIT	Unité de Coordination des Maladies Infectieuses et Transmissibles
UCNPV	Unité de Coordination Nationale du Programme de Vaccination
UCPNANu	Unité de Coordination du Programme National d'Amélioration de la Nutrition
UNFPA	Fonds des Nations Unis pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unis pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development Agence des États- Unis pour le développement international
VBG	Violence basée sur le genre
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

## CHAPITRE 1. INTRODUCTION

Le Plan Stratégique National de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, adolescents (SRMNIA) et du 3<sup>e</sup> âge 2026-2030 constitue un cadre référentiel et un outil de travail pour tous les intervenants œuvrant dans le domaine de la SRMNIA et la santé du 3<sup>e</sup> âge en Haïti. Il fournit au Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) et à ses partenaires techniques et financiers (PTF) un outil de planification et de coordination essentiels pour établir un consensus sur les stratégies et les interventions en SRMNIA et du 3<sup>e</sup> âge de manière intégrée. L'objectif principal de ce plan est de contribuer à l'amélioration de la santé de la femme en âge de procréer, de la femme enceinte, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent/jeune et de celle des personnes âgées ainsi que de garantir le respect des droits sexuels et reproductifs des femmes, des filles, des adolescents et jeunes et des populations les plus vulnérables.

A l'échelle mondiale, le suivi des indicateurs en matière de santé maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile sert à évaluer la santé de la population et le développement d'un pays. Les taux de mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile montrent la capacité d'un pays à répondre aux besoins essentiels de sa population. Au-delà des défis auxquels font face la nation haïtienne, le MSPP, à travers les engagements internationaux signés par Haïti, a fait de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile une priorité nationale en matière de développement durable et de réduction des inégalités sociales.

Le présent document concerne le PSN SRMNIA et du 3<sup>e</sup> âge 2026-2030. Il est conçu à la suite de l'évaluation du précédent plan stratégique le Plan Stratégique National de santé sexuelle et reproductive - PSNSSR 2019-2023. A ce titre, ce nouveau PSN fournit les orientations nationales pour la mise en œuvre des interventions en matière de SRMNIA et la santé du 3<sup>e</sup> âge dans le pays, en s'appuyant sur les progrès réalisés dans le cadre du plan stratégique précédent et les défis rencontrés et, sur la base des priorités nationales en santé du Plan Directeur Santé 2021-2031.

### 1.1 Présentation du pays

#### 1.1.1 Contexte géographique et administratif<sup>1</sup>

La République d'Haïti est située dans la région des Caraïbes, où elle partage l'île Hispaniola avec la République Dominicaine. Le territoire haïtien est montagneux à 80%<sup>2</sup> et se trouve dans une zone à risque élevé de séismes et de cyclones. Les catastrophes naturelles les plus récentes incluent : le séisme du 12 janvier 2010 d'une magnitude de 7,3 qui a causé plus de deux cent mille morts, des centaines de milliers de blessés et plus d'un million de sans-abris. Plus récemment, le tremblement de terre du 14 Août 2021 d'une magnitude de 7,2 qui a frappé la région Sud du pays faisant 2246 morts, 12763 blessés et 329 disparus (PNUD, 2021)<sup>3</sup>.

Du point de vue administratif, le pays est divisé en 10 départements géographiques, 42 arrondissements, 145 communes et 570 sections communales/rurales répartis sur une superficie de 27 748 km<sup>2</sup>.<sup>2</sup> Le réseau routier est rudimentaire et largement dégradé, faute d'entretien adéquat, ce

---

<sup>1</sup> Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) et ICF. 2018. Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI 2016-2017) Pétiion-Ville, Haïti, et Rockville, Maryland, USA : IHE et ICF.

<sup>2</sup> Terrier, M., Raçon, J-P., et coll (2016). Atlas des menaces naturelles en Haïti. Comité Interministériel D'aménagement du Territoire (Primature).

<sup>3</sup> PNUD (2021). Dix ans de travail dans la gestion des risques et désastres en Haïti 2010-2020. Rapport d'activités.

qui ne facilite pas l'accès de la population aux services de base, en particulier aux écoles et institutions sanitaires.

### 1.1.2 Contexte démographique

Selon les estimations de l'UEP du MSPP construites à partir des projections de l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI) publiées dans le rapport statistique santé 2022, la population Haïtienne serait de 12 033 670 en fin 2022 dont 56,4% vivent en milieu urbain. Le taux de croissance annuelle de la population est estimé à 1,34% sur la période 2020-2026. Plus de 10% soit 11.7% sont âgés de moins de 5 ans. Les femmes représentent 50.4% de la population générale soit 6 066 714 tandis que les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent 24.5% de la population totale et 48.6% de la population féminine. En Haïti, l'espérance de vie à la naissance était de 63,2 ans en 2021, soit moins que la moyenne de la Région des Amériques et 4,8 ans de plus qu'en 2000<sup>4</sup>. L'indice synthétique de fécondité est de 3 enfants par femme en 2017 contre 2.1 à l'échelle mondiale.<sup>1</sup>

### 1.1.3 Contexte et situation sociopolitique, économique et culturelle

Haïti est parmi les pays le plus pauvre et le plus inégalitaire de la région de l'Amérique Latine et Caraïbes et l'un des pays le plus vulnérable aux catastrophes naturelles (cyclones, inondations, tremblements de terre) selon la Banque Mondiale (2024).<sup>5</sup> En 2021, Haïti avait un coefficient GNI par habitant de 1 420 \$ US, le plus bas de la région ALC, qui était en moyenne de 15 092 \$ US. Selon l'indice de développement humain de l'ONU, Haïti est classé 163 sur 191 pays en 2023.<sup>6</sup> Au cœur d'une crise politique et institutionnelle persistante, de la forte vulnérabilité aux risques naturels, associée à des gangs violents, l'économie s'est contractée pendant quatre années consécutives de 1,7 % en 2019, 3,3 % en 2020 et 1,8 % en 2021 et 1,7 % en 2022 selon le PNUD (2023).

Selon le rapport du PNUD (2021) sur dix ans de gestion des risques et désastres en Haïti (2010-2020), la pauvreté haïtienne est multi-dimensionnelle. Causé par des facteurs économiques, sociaux et politiques complexes, elle est exacerbée par les troubles, crises, catastrophes et épidémies. Elle freine l'accès aux droits économiques, sociaux et culturels, notamment à un niveau de vie adéquat.

Les données les plus récentes du document de Planification et de relance post-COVID (PREPOC) indiquent que 57% de la population vit avec moins de 2,47 \$ par jour.

Avec l'inflation croissante, les coûts élevés des aliments et du carburant et une dégradation de la situation sécuritaire sans précédent caractérisée par des kidnappings, viols et massacres par des gangs lourdement armés qui paralysent le pays, en particulier les départements de l'Ouest, de l'Artibonite et du Centre.<sup>7</sup> La zone métropolitaine de Port-au-Prince et ses environs sont coupés des autres départements géographiques du pays. Tous les accès routiers de sortie sont sous le contrôle des gangs armés (Martissant, Canaan, Croix-des-Bouquets, Kenscoff, Morne Kabrit). La violence sexuelle basée sur le genre (VSBG) continue à augmenter, surtout dans la zone métropolitaine de Port-au-Prince, et est une arme utilisée par les gangs pour terroriser la population. Une récente enquête sur Cité-Soleil a présenté que 80 % des femmes et des filles participant à l'étude avaient été victimes d'une ou plusieurs formes de VBG par un ou plusieurs auteurs.<sup>8</sup>

<sup>4</sup> <https://hia.paho.org/en/pays-22/profil-haiti>

<sup>5</sup> <https://www.banquemondiale.org/fr/country/haiti/overview>. Haïti Présentation : Groupe de la Banque mondiale. Consulté le 03 juin 2025.

<sup>6</sup> PNUD (2023). Programme de Pays pour Haïti (2023-2027). Rapport.

<sup>7</sup> <https://news.un.org/en/story/2025/07/1165246>. Consulté le 02 juillet 2025.

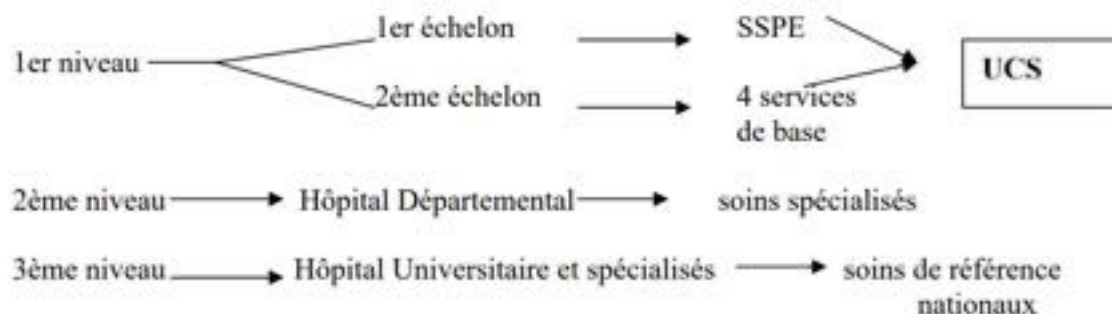
<sup>8</sup> <https://www.ohchr.org/en/statements-and-speeches/2023/10/deepening-violence>.

La dégradation de la situation politique et sécuritaire a de graves conséquences sur la vie sociale, économique et le système de santé : fermeture d'établissements dans les zones sous contrôle des gangs, exécutions de patients, enlèvements et assassinats de soignants. L'insécurité et l'impossibilité de travailler librement poussent de nombreux professionnels de santé à quitter un pays déjà en pénurie de personnel médical.

Les déplacements internes de populations forcés de quitter leurs quartiers et maisons à cause de l'insécurité créée par les gangs sont monnaie courante. Selon l'Organisation Internationale de la Migration (OIM), le nombre de personnes déplacées a triplé en un an, passant de 315.000 en décembre 2023 à plus d'un million à la fin de 2024 en Haïti, suite aux violences des gangs, les kidnappings.<sup>9</sup> L'instabilité en Haïti a de plus stimulé la migration massive d'haïtiens et d'haïtiennes en direction des États Unis, du Canada, des pays de l'Amérique latine et des Caraïbes.

## 1.2. Organisation administrative et sanitaire en Haïti

Haïti est organisé administrativement en 10 départements, 6 communes, 42 arrondissements, 140 communes et 570 sections communales, conformément à l'article 9 de la Constitution de 1987.



Conformément à la loi organique de 2004, le MSPP s'efforce d'améliorer le système de santé en Haïti, malgré les nombreux défis rencontrés. Ses actions prioritaires sont orientées vers la réduction de la morbidité et de la mortalité, l'amélioration de l'accès aux services de soins, ainsi que la promotion de la santé publique. Le système de santé haïtien est structuré selon une pyramide de soins comportant trois niveaux distincts :

- Le niveau primaire, situé à la base de la pyramide, comprend les institutions de proximité ainsi que les cabinets médicaux et de soins, organisés au sein des Unités Communautaires de Santé (UCS).
- Le niveau secondaire est constitué d'établissements tels que les hôpitaux départementaux et les cabinets médicaux spécialisés, offrant un accès à des soins de spécialité.
- Enfin, le niveau tertiaire, qui représente le sommet de la pyramide, regroupe les hôpitaux universitaires et les établissements hautement spécialisés.

Cette organisation vise à garantir une prise en charge adaptée aux besoins de la population, en assurant la complémentarité entre les différents niveaux de soins.

Le système de santé dans sa configuration actuelle présente trois niveaux de gestion :

1. Le niveau stratégique est représenté par le Ministre et la Direction Générale qui gèrent le système sur le plan national.

<sup>9</sup>[https://news.un.org/fr/story/2025/01/1152106#:~:text=Plus%20d'un%20million%20de,pour%20les%20migrations%20\(OIM\).Ce](https://news.un.org/fr/story/2025/01/1152106#:~:text=Plus%20d'un%20million%20de,pour%20les%20migrations%20(OIM).Ce) nombre était estimé à 96.000 personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays en août 2022

2. Au niveau tactique, on retrouve les Directions Centrales et les Coordinations chargées d'élaborer les normes et procédures ainsi que de veiller à leur application.
3. Le niveau opérationnel constitué d'un ensemble d'organisations sanitaires placé sous la supervision de dix Directions Sanitaires Départementales et des Coordinations.

Le système de santé du pays, regroupe un total de 1033 institutions de santé dont 134 hôpitaux, 165 centres de santé avec lit, 375 centres de santé sans lit, 359 dispensaires (CCS), dont 34% sont publiques (350), 30% sont des institutions privées à but lucratif (315), 17% sont privées à but non lucratif (178) et 19% sont des institutions mixtes (190). Seulement 42% des institutions sanitaires offrent l'ensemble des services de base en Haïti. Cependant, les services de base qui y sont offerts ne sont pas toujours de qualité. Sur les 570 sections communales, 125 (soit 22%) seraient dépourvues d'infrastructures sanitaires.

### 1.3. Organisation de la SRMNIA en Haïti

L'analyse des documents stratégiques élaborés depuis plus de cinq décennies, révèle la priorisation de la promotion de la SRMNIA par le secteur de la santé en Haïti. La SRMNIA constitue à côté des maladies transmissibles et non transmissibles, l'une des 3 principales priorités nationales en matière de santé publique comme le montre les orientations nationales évoquées dans le Plan Directeur Santé 2021-2031. Haïti a ratifié plusieurs conventions de santé, prenant en compte directement ou indirectement la SRMNIA, et a souscrit à l'atteinte des ODD dont 2 concernent la SRMNIA.

L'organisation de la SRMNIA et la santé du 3<sup>e</sup> âge est organisée aux 3 niveaux de la pyramide sanitaire avec : i) Au niveau central, la DSF, selon la loi organique de 2004, ayant pour mission de veiller à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques de santé de la femme, de la femme enceinte et allaitante, de l'enfant, des adolescents/jeunes, ainsi que de la santé de la reproduction et des personnes âgées. Pour réaliser cet objectif, la DSF est supportée par les autres directions centrales du MSPP en particulier, l'UCMIT, le PNLs, la DPSPE, l'UCPNANu, la DPMMT, l'UCNPV - DPEV, la DOSS ; ii) au niveau intermédiaire, les DSD, qui assurent la gestion, la coordination et la mise en œuvre opérationnelle des activités et supervisent la prestation des services de santé SRMNIA et santé du 3<sup>e</sup> âge dans les institutions sanitaires et la communauté. Les coordinations départementales SR, SI, vaccination, nutrition, maladies infectieuses représentent les véritables bras opérationnels de cette architecture de santé ; iii) en dernier lieu, les prestataires de soins et le personnel communautaire chargés de la prestation des services préventifs, promotionnels et curatifs en matière de SRMNIA et santé du 3<sup>e</sup> âge respectivement dans les établissements sanitaires et la communauté.

Les acteurs clés de la SRMNIA sont constitués du (des) :

- i) MSPP, premier acteur de la SRMNIA et du 3<sup>e</sup> âge, avec ses directions centrales dont la DSF, UCNPV - DPEV, UCMIT, PNLs, DPSPE, UCPNANu, DPMMT et ses organes sanitaires départementaux déconcentrés
- ii) Certains ministériels sectoriels, par leurs attributions, dans la promotion, la communication, l'éducation, le cadre légal, la prestation des services sociaux et sanitaires en lien avec la SRMNIA et santé du 3<sup>e</sup> âge : MENFP, MAST, MJSAC, MCFDF, MJSP.
- iii) Bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux : PEPFAR – USAID et CDC, Banque Mondiale, Union Européenne, AFD, Affaires mondiales Canada, Fonds mondial.
- iv) Partenaires techniques internationaux : OPS/OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, PAM, ONG internationales, Fondations Privées.
- v) Partenaires techniques d'exécution: GHESKIO, PIH/ZL, MSPP/UGP, CMMB, IPP.
- vi) Associations médicales haïtiennes : SHOG, SHP, Association des Sages Femmes, ASPHA, AMH.
- vii) Associations de la société civile et communautaire de jeunes, femmes, populations clés.

## CHAPITRE 2. ANALYSE DE LA SITUATION EN MATIÈRE DE LA SRMNIA ET SANTÉ DU 3<sup>E</sup> AGE EN HAÏTI

Au cours de la dernière décennie, notamment à la suite de la mise en œuvre du PSNSSR 2019-2023, le secteur de la santé s'est engagé dans la promotion de la SRMNIA et du 3<sup>e</sup> âge, selon une vision intégrée, globale et universelle. Toutefois, les avancées observées restent limitées au regard des défis persistants et n'ont pas permis de créer un environnement pleinement favorable à la SRMNIA et du 3<sup>e</sup> âge. Des disparités subsistent dans l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive selon les départements, le milieu de résidence (urbain ou rural), les aires de santé, ainsi que le niveau d'instruction et le statut socioéconomique des personnes et des ménages, particulièrement dans le contexte instable d'Haïti.

L'évaluation du PSNSSR 2019-2023, réalisée de janvier à mai 2025 en amont du nouveau plan stratégique, a permis d'effectuer une analyse de la situation concernant la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Cette évaluation visait à examiner le PSNSSR 2019-2023 afin de comparer les prévisions initiales aux résultats obtenus, d'évaluer l'atteinte des objectifs fixés, d'analyser les facteurs ayant influencé la mise en œuvre du plan et d'identifier les leçons tirées, en se fondant sur un ensemble de critères validés. Les résultats de cette analyse ont été destinés à fournir des éléments d'aide à la décision pour les responsables nationaux et parties prenantes dans le domaine de la SRMNIA, dans le but de réorienter ou d'améliorer les interventions et d'élaborer un document d'orientation stratégique national intégré pour la période 2026-2030, adapté au contexte humanitaire en Haïti et aligné sur les stratégies régionales de réduction de la morbi-mortalité maternelle, néonatale, infantile et juvénile. La méthodologie adoptée, de nature participative, comprenait une revue documentaire, des visites de terrain, des entretiens avec différents acteurs concernés (y compris les partenaires), ainsi qu'une présentation des résultats aux PTF du MSPP.

### 2.1. Situation Épidémiologique

Le profil épidémiologique de la SRMNIA s'appuie sur l'analyse des indicateurs de mortalité et de morbidité. En l'absence de données récentes depuis 2017, les statistiques de routine indiquent des taux élevés de mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile en milieu hospitalier. Cette situation résulte principalement d'un système de santé insuffisant et d'une instabilité sécuritaire persistante. Une synthèse du contexte sanitaire relatif à la SRMNIA au cours de la dernière décennie est présentée dans les lignes subséquentes, fondée sur des indicateurs limités et les données actuellement disponibles. Les tendances en matière de mortalité et de morbidité sont détaillées pour quatre groupes spécifiques de populations : femmes et filles en âge de procréer, femmes enceintes, mères d'enfants de moins de cinq ans, adolescents et jeunes.

#### *i) Santé de la femme*

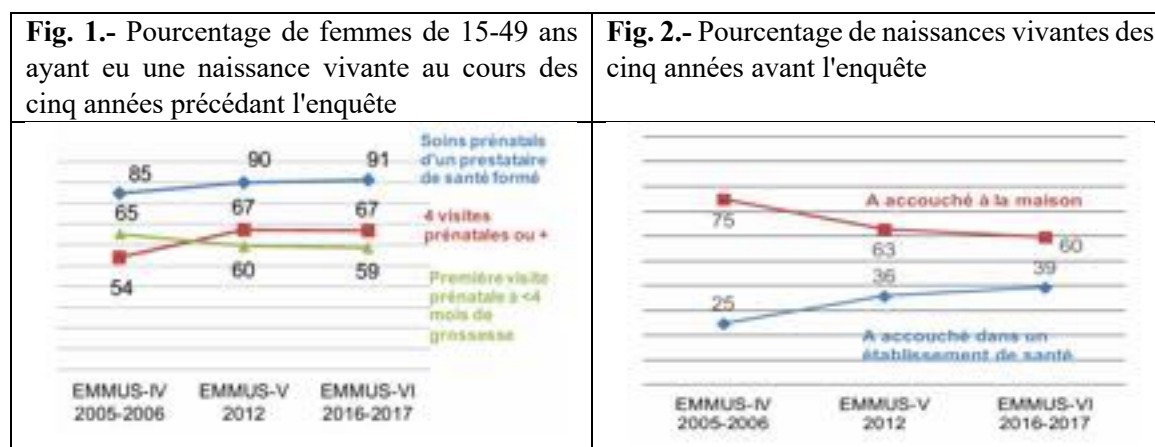
En 2017, Haïti affichait le taux de mortalité maternelle le plus élevé de l'hémisphère occidental (529 décès pour 100 000 naissances vivantes), selon l'EMMUS VI. L'OPS/OMS a observé une légère baisse entre 2010 et 2017 (de 506 à 480). Un rapport conjoint de OMS, UNFPA, UNICEF, Banque Mondiale, UNDESA avec la division population, qui détaille les données mondiales, régionales et nationales sur les décès dus aux complications de la grossesse et de l'accouchement, estiment en 2023 la mortalité maternelle en Haïti à 328<sup>10</sup>. Les principales causes de ces décès sont par ordre d'importance : les prééclampsies/éclampsies, la toxémie gravidique, les hémorragies graves (post

<sup>10</sup> Trends in maternal mortality estimates 2000 to 2023: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division ISBN 978-92-4-010846-2 (electronic version). Maternal Mortality Haiti 2000-2023 Internationally comparable MMR estimates by the Maternal Mortality Inter-Agency Group (MMEIG): WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the UNDESA/Population Division [file:///C:/Users/enjj4/OneDrive/Documents/DSF\\_OMS/Documents/Haiti\\_Profiles\\_EN.pdf](file:///C:/Users/enjj4/OneDrive/Documents/DSF_OMS/Documents/Haiti_Profiles_EN.pdf)

partum, pré partum et intra partum), les causes indirectes, les infections post-partum, les avortements et les embolies. Le ratio de mortalité maternelle hospitalière qui se situait en 2020 à 185.5 pour 100 000 accouchements institutionnels s'est accru considérablement pour passer à 335 pour 100 000 accouchements institutionnels en 2024. Depuis 2015, Haïti s'engage à réduire ce taux d'ici 2030 conformément aux Objectifs de Développement Durable, notamment avec la « Surveillance des Décès Maternels et Riposte ». Toutefois, la mortalité maternelle en Haïti reste l'une des plus élevées de la région et demeure loin des objectifs fixés pour 2030.

Selon l'EMMUS VI (2017), le taux de femmes ayant effectué les quatre visites prénatales recommandées est passé de 54 % en 2006 à 67 % en 2012, puis est resté stable. Environ 42 % des naissances se font en établissement de santé avec du personnel qualifié, tandis que les accouchements à domicile ont diminué de 75 % à 60 % entre 2005-2017. La moitié des accouchements sont assistés par une matrone, formée ou non. Plus de 60 % des femmes ne reçoivent pas de soins postnatals dans les 24 heures ; 76 % bénéficient de ces soins en établissement contre 3 % ailleurs.

L'utilisation des services de santé reproductive et maternelle demeure insuffisante par rapport aux niveaux requis pour une réduction significative de la mortalité maternelle dans le pays. Une amélioration de cet usage permettrait de limiter le nombre de grossesses non désirées et d'assurer une prise en charge appropriée des grossesses ainsi que des accouchements.



La planification familiale (PF) existe en Haïti depuis plus de soixante ans. En Haïti, malgré une connaissance universelle de la contraception moderne par les hommes et femmes de 15 à 49 ans, son utilisation reste faible. En 2017, seules 34% des femmes en union utilisaient une méthode moderne contre 22% en 2000, selon l'EMMUS VI. Les besoins non satisfaits sont élevés, atteignant 38% chez les femmes en union et 52% chez les femmes sexuellement actives hors union. Parmi les points de prestation de services (PPS), 84% proposaient au moins trois méthodes modernes de PF et 30% n'ont pas eu de rupture de stock en PF sur trois mois ; les injectables, préservatifs masculins et contraceptifs oraux étant les plus répandus.

En 2018, 60% des institutions proposaient le test rapide VIH aux femmes enceintes, mais il n'était disponible que dans 10% des services d'accouchement (31% dans les hôpitaux), selon les résultats du Rapport Statistique Sanitaire 2019. Malgré le fait que 98% des PPS offrent des services d'IST, le test VIH rapide y est peu intégré. La couverture PTME est de 63%. En 2023, 89% des femmes enceintes ont été testées pour le VIH et 97% des séropositives ont reçu un traitement antirétroviral. L'OPS/OMS estime la prévalence de l'hépatite B adulte en Haïti à 2,4%.

La prévalence de la fistule obstétricale en Haïti est inconnue. Selon l'EMMUS VI (2017), 23 % des femmes en ont entendu parler, 0,6 % en ont eu une, et 3 % connaissent une femme affectée. L'OPS/OMS estime l'incidence entre 3 et 4 pour 1000 accouchements. En matière de violences sexuelles, 12 % des femmes en ont subi, dont 5 % au cours des douze derniers mois. Parmi elles, seulement 24 % ont recherché de l'aide selon le même rapport.

Les cancers du sein et du col de l'utérus sont les principales causes de décès par cancer chez les femmes haïtiennes<sup>11</sup>. Les données sur le traitement du cancer du sein restent limitées. Selon l'EMMUS VI (2017), plus de 70% des femmes haïtiennes de 35 à 64 ans connaissaient le cancer du col, 57% savaient qu'il existe un test de dépistage, mais seulement 11% l'ont passé dans les cinq dernières années. En 2019, l'OPS/OMS rapporte que sur 3 100 décès par cancer chez les femmes en Haïti, 17,9% étaient dus au cancer du col de l'utérus et 13,9% au cancer du sein. Depuis 2018, la stratégie IVAA permet une détection précoce et un traitement rapide du cancer du col par cryothérapie réalisée par des infirmières.

### ii) Santé néonatale et infantile

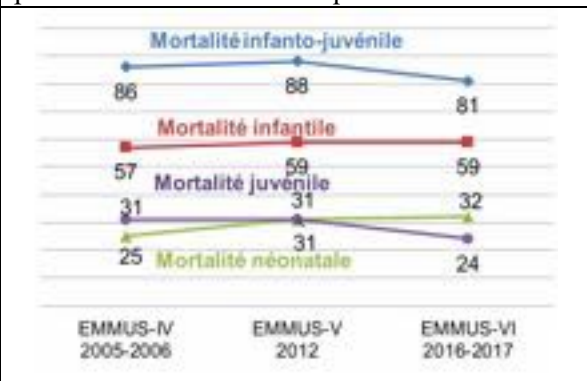
En 2017, la mortalité néonatale était de 32 pour 1000 naissances et la mortalité infantile de 59 pour 1000 naissances vivantes, selon EMMUS VI (2016-2017), des chiffres qui restent supérieurs aux objectifs fixés par l'OMD pour 2030.

La mortalité néonatale constitue 35 % de la mortalité infanto-juvénile. Les causes les plus fréquentes sont : les infections respiratoires aiguës (31.8%), les maladies diarrhéiques (15.9%), les autres maladies transmissibles périnatales et nutritionnelles (14.4%), les blessures, les anomalies congénitales et autres.

Chez les nouveau-nés, la prématurité, l'asphyxie (10 %), les infections intestinales graves (7 %), les malformations ou anomalies congénitales (3 %), la pneumonie (2 %) et d'autres causes (68 %) sont les principales causes de mortalité selon les données statistiques sanitaires (EMMUS VI). La mortalité infantile est liée aux grossesses précoces, souvent chez les femmes de moins de 20 ans. Entre 12 et 59 mois, la malnutrition aiguë, la sarcoptose, la malaria et les parasitoses intestinales sont les principales causes de décès.

D'après l'EMMUS VI (2017), 55 % des nouveau-nés n'ont pas eu d'examen postnatal dans les deux jours suivant la naissance. Les soins postnatals ont surtout lieu en établissement de santé (85 %). Seuls 41 % des enfants de 12 à 23 mois sont complètement vaccinés, dont 36 % avant un an.<sup>12</sup> Avec un taux de 81 %, Haïti présente un taux de mortalité infanto-juvénile très élevé, loin d'atteindre les objectifs de développement durable.

**Fig. 3.** Décès pour 1 000 naissances vivantes par période de 5 ans avant l'enquête



<sup>11</sup> <https://hia.paho.org/en/profils-de-pays/haiti#:~:text=La%20situation%20sanitaire%20et%20la,1%20par%20million%20d'habitants.>

<sup>12</sup> Tous les enfants devraient recevoir tous les vaccins du Programme Élargi de Vaccination (PEV), à savoir le BCG, le Pentavalent, la Polio, le Rotavirus, et la Rougeole ouverture de tous les vaccins de base

L'allaitement précoce est crucial : 47 % des enfants ont été allaités dans l'heure suivant la naissance, 40 % sont exclusivement nourris au sein avant six mois (EMMUS VI, 2017). Par ailleurs, 75 % des nouveau-nés évitent le tétanos grâce à la protection maternelle.

Selon l'EMMUS VI (2017), 44 % des enfants de 6 à 11 mois et 27 % de ceux de 36 à 47 mois présentant une infection respiratoire aiguë consultent ou recherchent un traitement. Parmi les 6-59 mois, 66 % sont anémiés (29 % légers, 36 % modérés, 2 % sévères). L'IMC moyen est de 23,6. Sur le plan nutritionnel, 10 % des moins de cinq ans ont une insuffisance pondérale, 22 % présentent un retard de croissance et 4 % sont émaciés.

Depuis mars 2020, la pandémie de COVID-19 et les troubles socio-politiques ont réduit la couverture vaccinale des enfants. Selon les rapports statistiques sanitaires de 2023, les données relatives à la santé des enfants indiquent :

- La couverture moyenne en Vitamine A était de 23.2 %;
- Le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans ayant bénéficié du déparasitage à l'albendazole a connu une augmentation progressive de 2020 à 2023 passant de 12.4% à 17.3%;
- Pour l'année 2023, un nombre de 668 895 enfants de moins de cinq ans ont été vus pour la première fois dans un programme de surveillance nutritionnelle. Cela représente une couverture de 47% par rapport au nombre d'enfants estimés qui devaient recevoir le service;
- Entre 2019 et 2023, la couverture du programme de nutrition pour les enfants de moins de cinq ans a connu une diminution progressive, passant de 48.1 % à 44.1 %.

### *iii) Santé des adolescents et des jeunes*

Selon l'enquête EMMUS VI (2016-2017), 43 % des haïtiens et haïtiennes sont mineurs, avec une moyenne d'âge de 23 ans. Les adolescents, adolescentes et jeunes haïtiens font face à des risques accrus liés à la santé sexuelle et reproductive, principalement en raison du manque d'informations et de services adaptés. En Haïti, les principales causes de mortalité chez cette catégorie de la population sont les complications liées à la grossesse, les causes externes et le VIH/SIDA, tandis que l'accès aux services de planification familiale reste limité pour eux.

La fécondité précoce chez les adolescentes présente des risques pour la santé et l'économie. Selon l'EMMUS VI (2017), il y a 55 naissances pour 1000 femmes de 15-19 ans, et environ 10 % sont déjà mères ou enceintes. Chez les jeunes hommes, les rapports précoces augmentent selon le niveau d'instruction. L'éducation, un meilleur statut économique et le milieu urbain retardent la maternité, soulignant l'importance de l'éducation à la santé sexuelle.

Seuls 8,1 % des jeunes de 15-19 ans utilisent une méthode contraceptive. Cette tranche d'âge présente la plus faible prévalence contraceptive moderne (25 %) et un fort taux de besoins non satisfaits (56 %). Si 88,2 % connaissent la prévention du VIH, leur connaissance complète reste faible (environ 37 %). La prévalence du VIH est de 1,4 % chez ces jeunes, bien que l'épidémie régresse globalement. Plus de la moitié des nouvelles infections les concernent, et la perception du VIH/SIDA ainsi que des IST demeure insuffisante. Les grossesses précoces et complications associées sont une importante cause de mortalité, tandis que les violences sexuelles augmentent, surtout chez les jeunes filles.

Les jeunes font face à la pauvreté, au chômage, à l'insécurité, aux tabous sur la sexualité et au manque de communication parentale. L'absence de loisirs les expose à des conduites à risque (tabac, drogue, alcool, relations sexuelles précoces, violence). Ils subissent aussi la stigmatisation, la discrimination, des services de santé inaccessibles et une information insuffisante sur la santé sexuelle et reproductive, ce qui entraîne des grossesses précoces.

Dans la seconde moitié des années 2010, Haïti a adopté plusieurs plans stratégiques pour répondre aux besoins des adolescents et des jeunes, tels que le PDEF (2019-2029), le Plan Stratégique National Santé Jeunes et Adolescents (2014-2017) et le plan directeur de santé (2012-2022). Ces politiques visaient à améliorer l'accès et la qualité de l'éducation à la santé, renforcer les services de santé sexuelle et reproductive, soutenir les structures dédiées à la jeunesse, promouvoir une sexualité responsable et prévenir les grossesses précoces. Leur mise en œuvre est essentielle.

Le profil épidémiologique de la SRMNIA est établi à partir des indicateurs de mortalité, de morbidité et de santé liés à la santé reproductive. Ces indicateurs fournissent des informations sur l'état de santé de la population générale ainsi que des groupes ciblés.

*iv) Santé des personnes du 3e âge*

En Haïti, l'espérance de vie à la naissance était évaluée à 64,33 ans pour la période 2010-2015 (IHSI, 2007). D'après le recensement de 2003, les personnes âgées de 65 ans ou plus constituaient 7,00 % de la population. Dans le cadre de l'Enquête sur les Conditions de Vie en Haïti réalisée en 2003 (ECVH), une section était consacrée à l'autoévaluation de l'état de santé général de la population. Il ressort que, par rapport aux cohortes plus jeunes, 41,0 % des personnes âgées de 60 ans et plus considéraient leur état de santé comme moyen, tandis que 54 % le jugeaient mauvais. D'après les données de l'EMMUS VI, les individus âgés de 50 ans et plus recourent plus fréquemment aux services de santé des établissements sanitaires pour la prise en charge de l'hypertension artérielle que la population générale. L'hypertension devient plus fréquente au fil de l'âge : environ 60 % des individus âgés de 55 à 64 ans avaient consulté pour ce problème de santé dans le mois précédant l'enquête. L'analyse des données de morbidité du choléra issues du rapport statistique sanitaire de 2023 révèle que cette pathologie affecte principalement les groupes d'âge extrêmes, à savoir les enfants de 0 à 4 ans (89,6 %) ainsi que les individus âgés de 70 ans et plus (70,7 %). Bien que les maladies chroniques, dégénératives et les troubles mentaux entraînent un taux élevé de mortalité et de morbidité chez les seniors, notamment lors d'épidémies ou dans des situations d'urgence, il existe très peu de données disponibles concernant la santé des personnes âgées de 65 ans et plus.

## CHAPITRE 3. ANALYSE DE LA RÉPONSE EN MATIÈRE DE LA SRMNIA EN HAÏTI

### 3.1. Gestion des interventions en SRMNIA

#### 3.1.1. Gouvernance, coordination et partenariat

La revue finale du PSN SSR 2019-2023 a mis en évidence certaines insuffisances dans l'organisation structurelle et fonctionnelle de la SRMNIA dans le pays. On note notamment un besoin de renforcement de la coordination entre les différentes directions du MSPP, l'absence de mise en place de mécanismes formels de coordination et de plateformes de concertation tant intra-sectorielles qu'intersectorielles. Ces lacunes entraînent un chevauchement et une duplication des interventions, souvent liés à l'absence de synergie entre les plans, ainsi qu'à une diffusion limitée des documents stratégiques et techniques, entravant la connaissance partagée au sein des parties prenantes.

La DSF dispose d'une structure organisationnelle solide pour remplir son mandat. La loi organique de 2004 a renforcé ses attributions en tant que direction centrale du MSPP, chargée de coordonner et suivre les politiques et programmes de santé familiale. Depuis 2015, un manuel décrit clairement les responsabilités du personnel au niveau central et départemental. Le cadre hiérarchique et fonctionnel, ainsi que les règles de prise de décision et de division du travail au niveau des directions départementales et central, sont définis. Cependant, il existe une collaboration de travail qui devrait être renforcée entre la DSF et les autres directions du MSPP chargées d'atteindre les objectifs de réduction de la mortalité maternelle et infantile, telles que l'UCPNANu, l'UCNPV - DPEV, l'UCMIT/PNLS, DPSPE et la DPM-MT. Les liens de collaboration de travail entre ces différentes directions ne sont pas définis à l'avance. Les rencontres de réflexions et discussions stratégiques entre ces entités du même ministère sont peu fréquentes, souvent initiées par les PTF du MSPP. Une verticalisation d'actions semble s'installer au sein de la structure autour des services de SSR, entraînant un manque d'intégration des services au niveau départemental et institutionnel.

Dans le dernier PSN SSR 2019-2023, aucune stratégie n'a été mise en œuvre pour la mobilisation des ressources et l'intégration des priorités SRMNIA dans les plans opérationnels des départements même des projets et programmes. En matière de partenariat, aucune cartographie des interventions des PTF et ONG œuvrant dans la SRMNIA n'a été mise en place. En Haïti, il y a une multiplicité d'acteurs intervenant dans les domaines de la SSR, mais la coordination entre ces différents acteurs pose un défi majeur. Les mécanismes de gouvernance poursuivis sont faibles. Le Comité interministériel en SSR prévu par le PSN SSR 2019-2023 en SSR qui devait jeter les bases au renforcement de l'intersectorialité en matière de SSR n'a pas été mis en place. Chaque ministère sectoriel intervient dans le domaine de la SSR agit sans vision commune ni stratégie intersectorielle. L'absence d'un cadre de concertation ou d'un plan d'action intégré départemental limite l'action intersectorielle. Malgré la validation de nombreux projets par les autorités sanitaires et politiques, la DSF ne dispose pas de toute l'information nécessaire concernant l'offre de services SSR. Elle ne dispose pas d'une cartographie des interventions à savoir des détails sur les intervenants, leurs rôles, leurs domaines d'interventions clés, les zones géographiques couvertes et populations ciblées par les acteurs. La connaissance de la DSF sur les actions de certains partenaires dans le domaine de SSR, notamment en santé des adolescents, reste limitée.

En ce qui concerne la standardisation de la prestation des services, le MSPP a fourni des efforts significatifs, tant au niveau des évolutions stratégiques visant à prendre en compte les besoins des populations vulnérables en matière de SSR que de mettre à la disposition des acteurs, normes et standards qui devaient guider et améliorer la prestation des services. Il a mis à jour les normes de PF, les directives sur les lésions précancéreuses du col utérin et la SDMR, ainsi que le guide SONU. Des progrès notables ont été réalisés dans les protocoles de prise en charge des survivantes de VSBG et

la mise à jour des normes pour l'eTME du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B chez les femmes enceintes. En matière de la santé des adolescents, les documents stratégiques de politique et de planification dont la stratégie nationale de la santé scolaire et des adolescents ainsi que les normes et standards n'ont pu être actualisées datant de 2017.

### **3.1.2. Financement**

Selon le dernier rapport sur les comptes nationaux de santé, la part du budget national allouée à la santé en Haïti est passé de 14 % (2000-2014) à 3,9 % en 2017-2019, loin de l'objectif d'Abuja en 2001 de 15 %. Selon la répartition des dépenses, les ménages financent 45 % des dépenses de santé, suivis des bailleurs internationaux bilatéraux et multilatéraux (USAID, CDC, Fonds Mondial, Banque Mondiale, AMC, AFD) et autres sources (Fondations, Firmes, ONG) (44 %) et l'administration publique n'apporte que 10 %, avec une assurance publique quasi absente. En 2018-2019, 19 % des dépenses étaient consacrées à la SSR, principalement pour les soins curatifs et médicaments, tandis que la planification familiale ne représentait que 0,45 %.

Généralement, la programmation budgétaire des principaux bailleurs du MSPP ne tient pas compte des planifications budgétaires du MSPP pour déterminer l'assistance technique et financière nécessaire. Ainsi, les processus de budgétisation du MSPP sont surtout un exercice de planification budgétaire plutôt qu'un outil pour mobiliser des ressources externes et endogènes. Souvent, les bailleurs financent selon leurs propres priorités, qui peuvent différer de celles du MSPP.

En Haïti, le budget de la santé, incluant la SSR, est insuffisant et dépend majoritairement des ménages qui consacrent plus de 40% de leurs revenus aux soins, aggravant leur appauvrissement. Le secteur, fortement tributaire de financements externes en diminution, fait face à l'exigence d'une contribution accrue de l'État tandis que l'incertitude géopolitique menace la pérennité de l'aide extérieure.<sup>13</sup>

Dans les établissements publics de santé, la dépendance aux financements extérieurs fragilise la durabilité des services. Certains sites facturent des prestations normalement gratuites (test de VIH et méthode de PF), et la baisse des recettes publiques, liée à l'instabilité, accentue le sous-financement de domaines prioritaires comme la santé des adolescents.

Le MSPP, soutenu par plusieurs partenaires, a adopté depuis 2014 le Financement Basé sur les Résultats (FBR) pour améliorer la performance du système de santé en Haïti. Cette stratégie vise à motiver le personnel, optimiser les conditions de travail, la qualité des soins et la gestion financière des établissements, avec un impact positif sur la santé maternelle et infantile. Toutefois, elle pousse parfois les prestataires à privilégier les indicateurs financés par le FBR. En 2017, Haïti a intégré le Mécanisme de financement mondial (GFF) afin de renforcer durablement les services de santé grâce à un dossier d'investissement essentiel au futur PSN SSR.

### **3.1.3. Suivi et Évaluation**

Le PSN SSR 2019-2023 devait inclure un plan d'opérationnalisation, ainsi qu'un système de suivi et d'évaluation, mais aucun n'a été élaboré. Le suivi du PSN SSR 2019-2023 s'est appuyé sur le système d'information existant, mais aucune revue à mi-parcours ni rapport annuel d'évaluation n'a été réalisé. Les missions de supervision n'avaient pas pour objectif d'évaluer l'avancement du plan, et le système S&E fournit peu d'informations sur sa performance.

L'information sanitaire liée à la SSR suit le circuit du SISNU, organisé selon trois niveaux : central, départemental et institutionnel. Au niveau central, l'UEP et le DELR gèrent le SIS, produisent et

---

<sup>13</sup> En février 2025, le gouvernement américain a mis un terme à tous les projets en matière de santé financés par l'USAID, à l'exception de ceux relatifs au traitement des patients VIH+ sous ARV. Dans le cadre de cette réduction, le volet SSR a été très touché en particulier les activités dédiées à la PF.

diffusent des rapports statistiques, avec l'appui des PTF pour la maintenance informatique et l'internet. La DSF supervise le suivi-évaluation des données SSR. Au niveau départemental, les DSD agrègent, vérifient et valident les rapports mensuels ou trimestriels transmis par les établissements sanitaires. Les gestionnaires de données et responsables départementaux assurent l'exécution des tâches liées à la SSR et à d'autres domaines de santé. Les établissements sanitaires sont responsables de la collecte et du rapportage des données primaires. Le MSPP/UEP publie un Rapport Statistique Sanitaire annuel<sup>14</sup>, mettant en lumière l'état des services de santé, la prévalence des pathologies fréquentes et les progrès des programmes de santé prioritaires tels que les services SSR.

La recherche sur la SSR n'a pas été considérée comme une priorité dans le PSNSSR 2019-2023. Quelques partenaires du MSPP/DSF comme GHESKIO et Zanmi Lasante/PIH<sup>15</sup>, mènent des études épidémiologiques, mais leurs rapports, souvent publiés à l'étranger et rédigés en anglais, sont rarement partagés avec les autorités nationales, limitant ainsi leur exploitation pour les décisions futures. La dernière enquête de séro-surveillance du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes date de 2016 sans publication de rapport, et l'EMMUS VI prévue en 2022 reste en attente.

### **3.1.4. Gestion des médicaments, produits, matériels médico-techniques en SSR**

Depuis 2015, une Politique Pharmaceutique Nationale (PPN) et une liste nationale de médicaments essentiels (LNME) garantissent l'accès équitable aux médicaments, notamment ceux liés à la santé génésique (médicaments traceurs, d'importance vitale pour la mère, le nouveau-né et l'enfant). En attendant la pleine opérationnalisation du Système National d'Approvisionnement et de Distribution des Intrants (SNADI)<sup>16</sup>, la distribution des médicaments dans le secteur public s'organise ainsi : PROMESS gère l'approvisionnement central avec l'OPS/OMS et la DSF pour les contraceptifs et produits SSR, les directions départementales et CDAI assurent la distribution départementale puis les pharmacies institutionnelles délivrent les médicaments au niveau institutionnel. Les intrants vont de PROMESS vers les CDAI, qui alimentent ensuite les établissements sanitaires.

Bien que les médicaments essentiels de la SSR figurent dans la LNME, leur approvisionnement dépend principalement des dons, notamment pour les contraceptifs et les vaccins fournis par l'UNFPA et l'OPS/OMS. Les enquêtes de l'UNICEF<sup>17</sup> et de la UNFPA<sup>18</sup> indiquent que le manque de financement est un obstacle majeur à l'approvisionnement régulier en vaccins, intrants secs et médicaments obstétricaux traceurs de manière continue.<sup>19</sup> La chaîne d'approvisionnement et de distribution reste complexe. Selon le rapport Monitoring SONU, en 2023, seulement 62 institutions avaient tous les médicaments traceurs requis, et beaucoup manquaient de certains comme l'Hydralazine, la Kétamine, l'Ampicilline et l'atropine.

Plusieurs obstacles limitent l'accès aux médicaments traceurs de SSR, tels que les retards de livraison ou de demande de réapprovisionnement, ce qui provoque des ruptures de stocks et la péremption de

---

<sup>14</sup> Rapport statistique 2024 publié en juin 2025

<sup>15</sup> Riviere, C., Bell, T., Cadot, Y., Perodin, C., Charles, B., Bertil, C., Cheung, J., Bane, S., Cheung, H. C., Pape, J. W., & Deschamps, M. M. (2021). Success of community approach to HPV vaccination in school-based and non-school-based settings in Haiti. *PloS one*, 16(6), e0252310. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252310>

Raymondville M, Rodriguez CA, Richterman A, et al. (2020) Barriers and facilitators influencing facility-based childbirth in rural Haiti: a mixed method study with a convergent design. *BMJ Global Health*. 5: e002526. doi:10.1136/bmjgh-2020-002526.

<sup>16</sup> SNADI vise à garantir la disponibilité continue d'intrants essentiels de santé de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire en adressant la gouvernance de la chaîne et les principales composantes du Programme des Médicaments Essentiels telles que l'entreposage et la distribution des intrants médicaux, la gestion de l'information logistique et la gestion des Produits Pharmaceutiques Inutilisables (PPI).

<sup>17</sup> UNICEF (2017). Analyse de la situation des enfants et des femmes en Haïti mise à jour 2016.

<sup>18</sup> UNFPA (2018). Enquête sur les produits et services de santé reproductive et sur la satisfaction des clients de la PF dans 147 institutions sanitaires des 10 départements d'Haïti.

<sup>19</sup> 90% des intrants de planification familiale pour le pays et certaines méthodes de planification familiale sont exclusives à l'UNFPA. C'est-à-dire qu'il y a deux entités qui importent pour le ministère, c'est l'USAID et l'UNFPA pour la santé maternelle on sait que UNFPA donne des médicaments traceurs mais il y a certaines commodités ou certains intrants que l'USAID nous fait parvenir.

produits. Le manque de communication entre cadres départementaux et institutionnels ralentit aussi l'approvisionnement, même lorsque les intrants sont disponibles localement. La proportion de ruptures de stocks pour les intrants PF et traceurs SR a augmenté entre 2020 et 2023, passant de 44,0% à 50,8%. De plus, l'insécurité, les blocages routiers et les enlèvements survenus entre 2019 et 2023 ont freiné l'amélioration de la distribution des médicaments, obligeant à adapter et actualiser régulièrement les plans de contingence.

Comme pour d'autres intrants du système de soins, il existe un manque de complétude et de réactivité dans les rapports institutionnels sur l'approvisionnement et la gestion des médicaments SSR. Les principales faiblesses relevées concernent la gestion des stocks : manque de personnel qualifié, disponibilité insuffisante de certains médicaments essentiels pour la mère et l'enfant, coût élevé de certains contraceptifs, outils de gestion peu accessibles ou mal utilisés, ruptures fréquentes de réactifs et produits d'urgence (méthyl ergométrine, misoprostol, ocytocine, sulfate de magnésium), absence de médicaments d'urgence en salle d'accouchement et au bloc opératoire, et kits d'accouchement souvent non conformes ou en quantité insuffisante.

Le Centre national de transfusion sanguine, sous le PNST, gère l'approvisionnement en produits sanguins sécurisés pour HIV, HVB, HVC et syphilis. Malgré une actualisation des stratégies et référentiels, la disponibilité des postes de transfusion reste faible en raison du manque de donneurs réguliers et fidèles. En 2023, 84 % des dons étaient familiaux. Le réseau, composé de 15 postes et 14 dépôts fonctionnels en 2015, a perdu en capacité en 2023, réduisant l'accès au sang. Le CNST ne peut produire de sang spécifique à cause de limitations techniques et de coûts.

Selon l'étude de la ligne de base du SSIAP, 92% des structures sanitaires ont du personnel médical formé, mais seulement 12% possèdent tous les médicaments nécessaires pour bien traiter les survivantes de violences sexuelles. En dehors des 160 sites assurant la prise en charge des PVVIH en 2023, peu d'établissements disposaient de kits de Prophylaxie post-exposition (PeP) complets pour un traitement adéquat incluant dépistage et médicaments pour le VIH, la syphilis, l'hépatite B et autres IST. Par ailleurs, même dans des établissements performants du PNLS, des ruptures de stocks ont empêché certaines femmes enceintes d'accéder au dépistage VIH entre 2022 et 2023.

Il existe peu de données sur l'inventaire des matériels nécessaires aux services SSR, hormis l'enquête EPSSS. Cette absence empêche d'identifier les manques. Plusieurs SONU n'ont pas le matériel conforme aux normes OMS, souvent insuffisant ou obsolète, notamment pour les tables d'accouchement, la stérilisation et les couveuses. Il est donc essentiel de renouveler ces équipements et d'instaurer une maintenance régulière. Les monitoring SONU pourraient aider à recenser le matériel fonctionnel.

### **3.1.5. Ressources Humaines en Santé (RHS)**

L'analyse des données montre que le pays souffre d'un manque qualitatif et quantitatif de ressources humaines en santé, ainsi qu'une répartition inégalitaire. Malgré les efforts pour renforcer le personnel, le nombre de sage-femmes reste insuffisant : il est passé de 122 en 2018 à 109 en 2023 dans les SONU fonctionnelles, alors que le besoin est de 161. Trois sage-femmes par structure sont nécessaires pour garantir des soins obstétricaux continus et de qualité, ce qui n'est pas atteint actuellement.

L'intégration des ASCP dans le budget national reste difficile, peu d'entre eux bénéficiant à ce jour de financements publics. La majorité est soutenue par les partenaires du MSPP, contrairement aux sage-femmes plus présentes dans certains départements grâce à l'appui de bailleurs comme l'UNFPA ou l'USAID. La fin de programmes, le manque de fonds publics et la situation socio-sécuritaire ont entraîné suspensions, licenciements et démotivation, aggravant la faible disponibilité et la répartition inégale des ressources humaines, en particulier au détriment des zones rurales.

En 2023, près de 500 infirmières exerçaient dans 90 SONU répartis sur 10 départements, mais la répartition des spécialistes (obstétricien-gynécologues, infirmières anesthésistes, médecins anesthésistes) reste inégale. Certains établissements disposent de personnel suffisant sans pour autant garantir la qualité des services, notamment à cause d'un roulement inadéquat qui limite la présence du personnel les soirs et week-ends. Les sollicitations des autorités départementales n'ont pas permis de résoudre ces problèmes auprès des établissements et du personnel concernés.

La gestion des RHS au MSPP manque de coordination stratégique, impliquant plusieurs acteurs sans planification globale. Les recrutements sont souvent liés à des projets spécifiques, sans garantie de pérennité après leur fin. L'attraction et la rétention du personnel qualifié sont limitées en raison des salaires bas et des conditions de travail difficiles, poussant beaucoup de professionnels, notamment les sage-femmes, à quitter ou à émigrer. La faible attractivité des SONU et le déficit de formation freinent l'offre de services SSR.

### **3.2. Offre des services en SRMNIA et santé du 3<sup>e</sup> âge**

Les soins SSR offerts aux femmes et aux filles en âge de procréer, aux FE, aux mères et aux personnes âgées incluent les activités et les interventions suivantes : la PF, les soins prénataux et obstétricaux, les soins postnataux, néonataux et infantiles, la prise en charge des cancers gynécologiques et des fistules obstétricales, la prévention et la prise en charge des VBG, la prévention et la prise en charge post avortement et de ces complications, les soins pré et post ménopauses et ainsi que la surveillance des décès néonataux et maternels.

#### **3.2.1. Services et soins de santé de la femme, femme enceinte et allaitante**

##### ***a. Planification familiale***

Les services de Planification Familiale (PF) existent en Haïti depuis plus de 50 ans, mais les besoins non satisfaits persistent. En 2023, 91,9 % des établissements sanitaires offraient au moins une méthode de PF, contre 75 % en 2019. L'utilisation des services de PF est passée de 18,9 % en 2019 à 22,1 % en 2023, restant insuffisante. Les injectables demeurent la méthode moderne la plus utilisée (65 %), alors que le DIU n'atteint que 3 %, et la stérilisation est proposée par 10-12 % des établissements. Seules 32,5 % des institutions offrent systématiquement cinq méthodes de contraception moderne. Le taux de demande satisfaite pour contraception moderne s'élève à 51 %.<sup>20</sup>

Malgré les efforts des autorités, l'approvisionnement en intrants reste un obstacle majeur à l'accès et à la délivrance des services de PF. En 2023, les ruptures de stocks sont dues principalement à la non-disponibilité sur le marché (77,3 %), à la faible demande (34 %) et au manque de personnel formé (26 %) (MSPP et UNFPA, 2023). Au cours de cette même année, un quart des SONU dans le Nord n'offraient pas de services de PF, souvent en raison de la gestion de certaines institutions par des religieux. La disponibilité des contraceptifs modernes diminue, avec peu de centres disposant du DIU (19 %), de l'implant (68 %) et de la pilule d'urgence (32 %). Les conflits armés, la baisse des subventions sur le carburant et les blocages routiers ont aussi conduit à la fermeture de nombreux établissements et limité l'accès aux contraceptifs<sup>21</sup>, tandis que les soins postnatals n'incluent pas systématiquement la PF temporaire.

Les femmes allaitantes ont généralement un meilleur accès à la santé infantile, ce qui nécessite des postes de vaccination mieux équipés en contraceptifs modernes. Toutefois, malgré leur disponibilité,

<sup>20</sup> Rapport de mesure 2023 FP 2030

<sup>21</sup> MSF a fermé temporairement l'hôpital de Drouillard en avril 2022, a définitivement clos les portes de son centre d'urgence à Martissant en juin 2021, ainsi que suspendu son soutien à l'hôpital Raoul Pierre Louis à Carrefour en janvier 2023 pour des raisons sécuritaires. Des centres médicaux du réseau de DASH ont mis un terme à leurs services.

ces méthodes restent parfois trop coûteuses, certains établissements facturant même les consultations de PF. L'enquête sur les intrants SR du MSPP et UNPFA (2023) indique que plus de 10 % des clients ont payé pour ces services, avec un accès difficile en raison de leur coût élevé. Des barrières culturelles, comportementales et religieuses persistent, limitant l'utilisation de ces services, et la faible implication des hommes, surtout en zones rurales, freine encore davantage l'accès des femmes à la PF.

Les prestataires manquent de formation pour offrir la PF de longue durée ; beaucoup ne maîtrisent pas la pose de stérilets ou d'implants. Bien que plusieurs aient été formés, le personnel reste insuffisant dans les établissements, malgré une hausse des poses de DIU dans le Sud grâce au projet SSIAP. La perte de ressources humaines touche tous les services du système sanitaire y compris la PF. Les normes de PF ont été actualisées en 2023 mais leur diffusion nationale reste insuffisante. Certaines utilisatrices de PF soulignent un manque de conseils et un accueil peu empathique de la part des prestataires de soin, d'où l'importance d'améliorer leurs compétences.

L'intégration du dépistage VIH/IST dans la PF reste limitée et le dépistage étant rarement proposé aux utilisatrices. En 2018, seulement 10 % des établissements de PF disposaient de tests rapides pour le VIH et la syphilis contre 60 % en 2023. Cette faible intégration empêche de connaître le nombre de femmes séropositives utilisant la contraception ou ayant bénéficié d'un counseling et dépistage du VIH. Peu de femmes séropositives utilisent les services de PF, souvent en raison du manque d'offre, du désir de grossesse sous traitement antirétroviral, ou de difficultés à négocier l'usage de méthodes contraceptives, particulièrement chez les FE VIH+, les femmes en post-partum et allaitantes.

L'accès aux méthodes de PF de longue durée en post-partum immédiat et post-abortum reste limité. Cinq ans après le PSNSSR 2019-2023, peu de progrès ont été réalisés et l'absence de suivi mensuel dans le rapport mensuel de service du MSPP conduit à un sous-rapportage.

Les adolescents rencontrent des difficultés à accéder aux services de PF qui n'est pas spécifiquement organisée pour eux. Les adolescents ont du mal à accéder aux services de PF qui ne leur sont pas dédiés, alors que leur vie sexuelle commence tôt âge médian de 15-17 ans pour les premiers rapports sexuels, une vie procréative élevée avec un taux d'avortement notable<sup>22</sup> comportant divers risques pour leur santé. Le cadre légal interdit la PF et le dépistage du VIH avant 18 ans, sauf exceptions pour certains mineurs concernés par une grossesse, un avortement thérapeutique, la parentalité précoce ou le viol des enfants. Les services de santé doivent s'adapter à ces besoins et encourager l'éducation sexuelle au sein des familles et des communautés.

Depuis plusieurs années, les principaux bailleurs du MSPP offrent peu de soutien aux activités de prévention, notamment à la distribution de condoms. Le PSNM 2018-2023 a signalé une forte baisse de l'achat de condoms par PEPFAR depuis 2018, situation qui s'est aggravée.

L'arrêt des activités du PEPFAR et des projets financés par USAID exacerbe les pénuries ou ruptures de stock existantes de certains produits de PF. La cessation du financement de l'USAID au début de l'année 2025 a entraîné la suppression d'emplois, notamment dans le domaine de la PF, et une diminution de l'offre de soins à l'échelle nationale.

#### ***b. Prise en charge post avortement et de ses complications***

Les complications liées à l'avortement augmentent la mortalité maternelle, surtout dans les pays en développement. En Haïti, où l'avortement est interdit, il est souvent pratiqué dans des conditions insalubres, ce qui accroît les risques pour la santé des femmes. Selon l'EMMUS VI, 4% des femmes entre 15 et 49 ans ont avorté, principalement au premier trimestre, avec le misoprostol (45%) ou le

---

<sup>22</sup> EMMUS VI 2016-2017

curetage (42%). En 2019, environ 65 000 avortements ont eu lieu, souvent clandestinement par du personnel non qualifié. Les données actuelles sont insuffisantes pour évaluer la situation réelle.

La réduction des grossesses précoces chez les adolescentes et les jeunes de même que les IST dont le VIH, est une priorité du PSNSSR 2019-2023. Malgré les efforts, le taux élevé d'avortements insalubres est lié au manque d'information des jeunes, à l'accès limité à la PF et à la pénalisation de l'avortement. La situation socio-politique dégradée augmente les cas d'avortements clandestins.

### *c. Services et soins prénatals*

Bien que 92 % des établissements de santé offrent la CPN, son utilisation reste faible. En 2023, seulement 21,8 % des femmes enceintes ont effectué quatre consultations prénatales, selon le Rapport Statistique Sanitaire de 2023. Seules 32 % sont inscrites au premier trimestre, limitant l'accès à des soins complets et la détection précoce des problèmes comme le VIH, le tétanos ou l'anémie. Cette situation compromet la sécurité de l'accouchement et témoigne de difficultés du système à garantir deux tests VIH durant la grossesse. Les causes incluent l'éloignement géographique, la vétusté des routes, le manque d'information, les barrières socio-culturelles, ainsi qu'un accueil insuffisant et un déficit de communication avec les patientes.

En 2023, 70 % des centres de soins proposaient des tests rapides VIH et syphilis aux FE, contre 40 % en 2018 ; la couverture atteignait 90 % dans les hôpitaux mais seulement 50 % en milieu rural. Parmi 213 389 femmes en consultation prénatale, seules 169 169 ont été testées pour le VIH, révélant un dépistage non systématique et entraînant des occasions manquées de prise en charge ARV. Seuls 10 % des établissements pouvaient offrir un traitement ARV et du soutien psychosocial. L'accès au traitement pour les enfants nés de mères séropositives reste limité, contribuant à une hausse de la transmission verticale du VIH (de 11 % en 2012 à plus de 15 % estimé en 2022) tout comme le dépistage des conjoints. Malgré un taux élevé de suppression virale chez les femmes allaitantes sous ARV, le suivi de la charge virale demeure insuffisant, compromettant les objectifs d'élimination du VIH d'ici 2030.

La couverture du dépistage de l'hépatite B chez les femmes enceintes reste inconnue. Une étude de janvier 2023 indique une prévalence élevée de l'AgHBs (3,8 %), similaire à celle des adultes<sup>23</sup>, due au faible dépistage, au manque de ressources et à la faible vaccination contre l'hépatite B chez les FE dans le système de soins.<sup>24</sup> Pour éliminer le VIH, la syphilis et l'hépatite d'ici 2030, le dépistage et la vaccination contre l'hépatite B sont essentiels.

Le MSPP recommande également la vaccination des femmes enceintes avec le vaccin dT (diphtérique et tétanique) dans le but de réduire la morbi-mortalité maternelle et infantile. À ce jour, seuls 37,1 % des femmes enceintes ont reçu deux doses de dT, avec d'importantes disparités régionales observées, notamment 28 % dans les Nippes contre 67 % dans le Nord-Est. Ces écarts s'expliquent principalement par des ruptures de stocks et un manque d'intrants.

Chez les FE séropositives au VIH, des cas de cancers génésiques ont été détectés tôt (col et sein), mais il manque des données sur la couverture des services et le nombre de bénéficiaires.

---

<sup>23</sup> Prevalence of hepatitis B, C, and D virus infection in Haiti: A systematic review and meta-analysis, Jeanne Perpétue Vincent, Carolyn Nyamasege, Su Wang, Yoann Madec, and Yusuke Shimakawa), janvier 2023.

<sup>24</sup> Depuis 2019, dans les normes de PEC globale du VIH, l'UCMIT/PNLS a recommandé que toutes les FE dans le cadre de leur surveillance prénatale bénéficient à la fois du dépistage du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B. Toutefois, l'absence d'intrants de dépistage pour l'hépatite B a limité le nombre de dépistage.

#### *d. Soins obstétricaux et postnataux*

En 2023, Haïti comptait 90 SONU (52 SONUB et 38 SONUC), alors qu'il en fallait 108 en 2009 pour une couverture optimale des soins obstétricaux. En dépit des besoins, il existe une sous-utilisation des services par les bénéficiaires. La baisse de fréquentation des services est due à plusieurs obstacles : consultations prénatales réduites, déplacements forcés de la population, difficultés d'accès aux services (géographique, financier), barrières culturelles et violence (fermeture de HUEH, maternité Isaïe Jeanty), ce qui compromet la prise en charge des femmes ayant des complications obstétricales.

De nombreux SONU ne peuvent pas évacuer les débris intra-utérins ni réaliser d'accouchements assistés en raison du manque de personnel qualifié et de matériel. Près d'un tiers signalent des ruptures fréquentes de stocks de médicaments essentiels (ergométrine, la kétamine<sup>25</sup>, le sulfate de magnésium (MGSO4), l'hydralazine, l'ampicilline et l'ocytocine). Ces difficultés nuisent à la qualité et à la régularité des services obstétricaux, soulignant la nécessité d'un système de référence efficace dans le réseau de santé.

Malgré des obstacles tels que l'éloignement des institutions, les difficultés de transport et le coût des soins, la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié est passée de 69,5 % en 2019 à 75,6 % en 2023. À l'inverse, les accouchements instrumentalisés par ventouse ont chuté de 84 à 18 sur la même période, principalement en raison d'un manque de personnel et d'équipement adéquats. La majorité de ces accouchements assistés ont eu lieu dans les principales SONUC, réalisés par des sage-femmes ou obstétriciens.

L'utilisation systématique du partogramme demeure limitée, passant de 44 institutions en 2018 à 38 en 2023, principalement en raison d'un manque de temps ou d'un refus du personnel de soins selon le Monitoring SONU 2023. Il n'est utilisé dans aucune institution des Nippes et dans seulement une du Nord-Est et de la Grande-Anse. Les césariennes constituent parfois près de 50 % des accouchements assistés dans certaines SONUC, ce qui justifie une analyse approfondie de leurs indications élevées.<sup>26</sup>

En 2023, 86% des femmes ayant accouché ont eu une consultation postnatale, contre 45% en 2019 (Rapport statistique sanitaire 2023). 54% de ces consultations ont eu lieu dans les 6 heures après l'accouchement, et 76% durant les 6 premiers jours. Les visites domiciliaires par les ASCP sont passées de 36,3 à 45,2 en quatre ans, soutenues par la sensibilisation et les stratégies des ONG. La qualité des soins en postpartum reste similaire à celle des CPN et de l'accouchement. Enfin, l'assistance par la distribution de kits d'accouchement aux femmes enceintes et allaitantes a diminué.

Pour faire face aux décès maternels, le MSPP/DSF a mis en place en 2018 la stratégie de surveillance des décès maternels et néonataux et Riposte (SDMR) pour surveiller et analyser ces cas à tous les niveaux du système de santé. Le ratio de mortalité maternelle hospitalière est passé de 234,2 (en 2019) à 154,9 (en 2022) avant d'augmenter à 201,2 en 2023, principalement à cause de complications obstétricales évitables. Les problèmes persistants incluent le sous-rapportage (manque des informations sur les grandes maternités de Port-au-Prince : Chancerelles, HUP, HUEH), le manque d'audits, l'insuffisance de comités fonctionnels, le manque de personnel formé et des difficultés d'accès aux produits sanguins et au transport d'urgence.

---

<sup>25</sup> Kétamine : Médicaments nécessaires aux sections césariennes; Hydralazine, médicament faisant partie du protocole de prise en charge des cas d'éclampsie

<sup>26</sup> Des réponses basées sur des preuves à certaines questions/réflexions sont nécessaires en rapport au taux élevé de femmes enceintes césariées: « Sont-elles le fruit d'une bonne évaluation des risques par le personnel de soins (protocoles, niveau de qualité de l'intervention, plateau technique matériel et humain outillé, produits sanguins disponibles) ou ont-elles été nécessaires pour sauver la vie du binôme mère-enfant? Ont-elles été alimentées par l'appât du gain par les établissements sanitaires étant donné que le coût de la césarienne est plus élevé ou ont-elles été boostées par une politique de gratuité avec l'assistance technique et financière d'une ONG? Les clientes ont-elles bénéficié d'une prise en charge psychosociale appropriée au regard du caractère traumatique de l'intervention ? Le personnel de soins a eut-il recours à une option de facilité? ».

En 2023, tous les départements sauf celui des Nippes disposaient d'au moins une structure de collecte et conservation de sang. Le Centre National de Transfusion Sanguine centralise les recherches sur les marqueurs infectieux, mais la répartition des postes reste inégale et la régularité du service est limitée par le manque d'intrants. À Port-au-Prince, le centre national ne peut couvrir tous les besoins. Les dons familiaux représentent 84 % des donneurs, solution non viable sur le long terme. Le taux de refus pour le don s'élève à 24,1 %, principalement pour raisons d'éligibilité. Face à l'augmentation des besoins, il est nécessaire d'améliorer la stratégie de dons volontaires et la disponibilité décentralisée des produits sanguins.

Après la fermeture de la frontière entre Haïti et la République Dominicaine, l'UNFPA et des acteurs locaux ont facilité l'accouchement des femmes en Haïti via un projet de santé maternelle financé par le Fonds Mondial. Ce projet cible trois départements frontaliers (Anse-à-Pitre, Belladère, Maïssade, Ouanaminthe), renforce les infrastructures médicales et améliore l'accès aux services de SSR pour réduire la morbi-mortalité maternelle et néonatale. Résultats : 13 455 consultations prénatales, 4 518 accouchements assistés dont 829 césariennes, 1 108 moustiquaires distribuées, et 19 046 femmes dépistées pour la COVID-19.<sup>6</sup>

La crise sécuritaire dans certaines régions a poussé de nombreux habitants vers les zones dotées d'institutions sanitaires, mais les principales maternités (HUEH et MIJ) ont été dysfonctionnelles pendant deux ans. Beaucoup de femmes se sont alors tournées vers des accoucheuses traditionnelles, augmentant les risques de complications et de décès. L'insécurité actuelle à Mirebalais paralyse l'hôpital universitaire local et limite gravement l'accès aux soins de SSR aggravant la mortalité maternelle.

Le MSPP doit harmoniser les données des institutions de formation avec celles des autres établissements publics. En 2023, 39 décès ont été recensés dans l'Ouest contre 51 à l'hôpital Universitaire de la Paix, soulignant un problème urgent à résoudre. Les ASCP sont essentiels pour la collecte de données mais leur nombre insuffisant et leur statut de non-fonctionnaire dans cinq départements (Sud, Nippes, Nord, Nord Est<sup>27</sup> et Sud Est) entraînent des statistiques sanitaires peu fiables.

Le MSPP préconise l'accouchement institutionnel mais les maternités nécessitent des renforcements structurels. Des observations révèlent des salles et équipements vétustes ou incomplets dans plusieurs hôpitaux. La pénurie de spécialistes en anesthésie limite la capacité des hôpitaux à réaliser des chirurgies gynécologiques et obstétriques. Les patientes sont découragées par l'état des infrastructures et le manque de services pour les césariennes, nécessitant une intervention urgente.

#### *e. Cancers génésiques*

Le cancer du col de l'utérus et du sein touche particulièrement les femmes autour de la ménopause (pré et post ménopause). Les stratégies sanitaires privilégient la prévention, le dépistage précoce et la prise en charge ciblée, notamment « Dépister et traiter » via la cryothérapie et l'IVAA. Six départements proposent ces services : 7,6% des femmes dépistées sont positives à l'IVAA, dont 68% ont été traitées. Sur 11 532 femmes ayant bénéficié de l'IVAA dans dix départements, la majorité se trouve dans le Sud, le Centre et le Nord. Les taux de traitement varient selon la région.

Depuis fin 2023, le MSPP a introduit la thermocoagulation dans tous les départements du pays. Lors de formations dans le Sud (HIC des Cayes et HCR de Port Salut), 694 femmes ont été dépistées, 74 traitées par thermocoagulation, 60 ont eu un Pap test et deux cas suspects de cancer ont été référés.

---

<sup>27</sup> Le département du Nord Est compte 259 ASCP avec 4 attendant leur retraite. Après l'arrêt du support technique et financier de IMA, un IP financé par USAID, ce département se retrouve dans une situation difficile car 255 ASCP étaient payés par ce partenaire d'implémentation.

Dès 2024, deux structures sanitaires par département devraient offrir ce service. Un système de suivi des cas positifs est nécessaire pour limiter les occasions manquées et il faut comprendre les raisons du non-traitement. Des campagnes ciblées de sensibilisation et de vaccination HPV sont menées chez les filles de 9 à 12 ans par Zanmi Lasante et GHESKIO. Pour le traitement du cancer, seuls certains hôpitaux universitaires disposent d'un service de cancérologie, mais la radiothérapie fait défaut et les données nationales manquent.

#### **f. Fistule obstétricale**

La fistule, communication anormale entre la vessie (fistule vésico-vaginale) ou le rectum (fistule recto-vaginale) et le vagin après un accouchement ou une chirurgie, touche 0,6 % des femmes selon EMMUS VI, tandis que 3 % en connaissent une victime.

En 2003, l'UNFPA a lancé une campagne mondiale contre les fistules à laquelle Haïti a participé grâce à un partenariat avec la SHOG à la maternité de la Croix-des-Bouquets. Entre 2018 et 2023, 120 cas de fistule obstétricale ont été diagnostiqués et 61 opérés, dont 20 en 2023, malgré des difficultés dues aux troubles sociaux, à la COVID-19 et au manque de ressources. Le projet « Operation Fistula » a été interrompu prématurément en 2023 à cause de l'insécurité, ce qui met en lumière les défis persistants pour réduire la mortalité maternelle d'ici 2030.

Des patientes développent parfois des fistules vésico-vaginales après un accouchement prolongé, notamment avec des accoucheuses non qualifiées (matrone). L'accouchement assisté par un personnel compétent doit être encouragé lors des séances d'éducation. Même à l'hôpital, la complication peut survenir pour diverses raisons : absence de reconnaissance de la disproportion céphalo-pelvienne, faible utilisation du partogramme, ou problèmes de diagnostic et de transfert.

#### **g. Paludisme**

Le paludisme reste endémique en Haïti, avec des poussées dans certaines communes. La prévention primaire comme la pulvérisation d'insecticide et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) est une des meilleures méthodes préconisées et efficace. Près de 31% des ménages possèdent une moustiquaire imprégnée<sup>28</sup>. En 2023, 1,2% des cas confirmés touchaient des femmes enceintes, dont 12% provenaient du département de l'Artibonite.

#### **h. Prise en charge de la Violence basée sur le genre (VGB)**

Les filles, femmes et populations clés subissent divers types de violences, notamment sexuelles, physiques, psychosociales et économiques, dans différents contextes : ménages, au travail ainsi que lors de la réception des services de santé. Entre 2019 et 2023, la violence sexuelle contre les femmes et adolescentes a augmenté, surtout dans les zones contrôlées par des bandits armés. En 2023, près de 2 000 cas ont été signalés, dont 90% concernaient des femmes et des filles.<sup>29</sup> Cependant, les données sont sous-déclarées à cause de la peur, de la stigmatisation, de la discrimination, de l'impunité et du manque de confidentialité dans les soins, ce qui empêche de nombreuses victimes de témoigner ou de demander de l'aide.

Le contexte socioéconomique, culturel et sécuritaire contribue à l'augmentation des VGB en Haïti. Les femmes, souvent économiquement vulnérables et limitées par le patriarcat, sont exposées à divers types de violence, dont le viol ; 12 % des femmes interrogées ont subi des violences sexuelles (EMMUS VI). Les VGB entraînent des conséquences médicales (VIH, IST, grossesses non désirées) et sociales (stigmatisation, rejet, déscolarisation). Malgré les efforts de l'État et de ses partenaires (UNFPA, UNICEF, OPS/OMS, USAID, CDC, FM, BM, UE, PI) via divers projets (SSIAF, Ti

---

<sup>28</sup> EMMUS VI

<sup>29</sup> MSPP/UEP. Rapport statistique sanitaire 2021, 2022 et 2023.

MaMa, DREAMS, PEPFAR, FM/WVI, C2C), la prise en charge clinique et psychosociale reste insuffisante et peu accessible.

Selon le rapport Statistique 2023 publié en 2024, 22 928 cas de VBG ont été enregistrés de janvier à décembre 2023. Ce document indique également que 1 600 cas de violences sexuelles ont été pris en charge dans l'ensemble des dix départements du pays. Les départements du Centre, de l'Artibonite et du Nord présentent les chiffres les plus élevés.

En 2022, 1775 survivantes de violences sexuelles ont été prises en charge par Médecins sans Frontières, 3207 en 2023 et 4463 en 2024, uniquement dans trois institutions de l'Ouest : le centre Pran menm à Delmas 33, la maternité de Carrefour et l'hôpital MSF de Cité Soleil. Un protocole signé en 2007 entre le MCFDF, le MSPP et le MJSP prévoit la gratuité du certificat médical pour ces victimes, mais il n'est pas appliqué partout, et les formulaires d'examen ainsi que les outils de collecte de données manquent de standardisation. Le manque d'uniformisation des certificats médicaux pose également problème auprès des juges. Seules les institutions publiques délivrent généralement des certificats pour la justice, bien que rien n'interdise aux établissements privés de le faire. Les données sur l'accès à la prophylaxie post-exposition (PeP) pour les victimes de violences sexuelles restent floues, avec un taux estimé entre 60 et 78% selon SISNU (2019-2023). Peu de centres VIH dispose des kits nécessaires (PF, ARV, ATB), et l'offre de services psychosociaux est très limitée par manque de personnel qualifié. L'aide sociale apportée aux survivantes est minimale et l'assistance juridique a été quasi inexistante sur cette période. De plus, les proches des victimes assurent l'intégralité des dépenses de santé en lien avec leur prise en charge.

Grâce à l'aide de PTF, les femmes victimes de violence sont mieux identifiées et bénéficient d'une prise en charge par des organismes de la société civile. Ces organisations sensibilisent les populations, organisent des rencontres de plaidoyer et accompagnent les victimes dans des centres d'accueil de jour. Trois départements mènent des actions sur les VBG, la grossesse précoce, la SSR tandis que les élèves bénéficient de sessions sur la SSR et le genre. Des services intégrés pour gérer les abus des droits humains sont en cours de développement dans les établissements de santé.

Des jeunes femmes sont formées comme mentors pour accompagner les adolescentes de 10 à 19 ans et promouvoir le changement des normes sociales contre les violences envers les femmes et les filles dans plusieurs départements du pays. Des espaces sûrs existent ou sont en cours d'installation, mais il reste à clarifier leur gestion communautaire.

### **3.2.2. Services et soins de santé néonatale et infantile**

Les soins pédiatriques englobent la prise en charge du nouveau-né, la réanimation néonatale, les consultations préscolaires axées sur le suivi de la croissance et la vaccination, l'accompagnement nutritionnel, la gestion des pathologies infantiles dans le cadre de l'approche PCIME, ainsi que le traitement du SIDA pédiatrique.

#### ***i. Soins essentiels du nouveau-né (SENN)***

Les soins essentiels au nouveau-né, comme le traitement du moignon ombilical et la réanimation néonatale, ne sont souvent pas disponibles en raison du manque de matériel dans les salles d'accouchement des SONU. Plusieurs maternités n'ont pas d'espace approprié pour les soins aux bébés et la réanimation néonatale n'est pas toujours assurée, certains établissements ne disposant pas d'un service de néonatalogie fonctionnel ni du matériel médical nécessaire. Les enfants nécessitant des soins spécialisés sont transférés ailleurs. L'observation des nouveau-nés est généralement limitée à moins de 24 heures faute de capacité. Quelques hôpitaux disposent de ressources adéquates et d'un

personnel qualifié. L'asphyxie néonatale, les traumatismes obstétricaux et les infections sont reconnues comme principales causes de décès, cependant il existe peu de données statistiques précises, car les décès sont rarement revus par le personnel de soins.

Le manque de personnel qualifié (pédiatres, sage-femmes) limite la disponibilité et le fonctionnement des services de néonatalogie, particulièrement hors horaires normaux. Pour remédier à ces insuffisances, le MSPP, soutenu par l'UNICEF de 2019 à 2023, a réhabilité des salles, fourni du matériel de réanimation, recruté du personnel supplémentaire et formé des prestataires SONU aux soins néonataux essentiels, couvrant notamment la réanimation, la prévention des infections, la méthode kangourou et l'allaitement.

La méthode mère kangourou, efficace pour protéger les nouveau-nés prématurés ou de faible poids, reste peu utilisée dans les services de néonatalogie en raison du manque de lits adaptés. Malgré la sensibilisation du personnel, cette limitation entrave son application dans de nombreux SONU.

#### *i. PCIME*

La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), adoptée par le MSPP en 1995 pour améliorer la santé infantile en Haïti, a permis d'améliorer plusieurs pratiques clés comme l'allaitement exclusif, l'alimentation complémentaire, l'utilisation de la SRO et de la MIILDA, ainsi que l'augmentation des visites postnatales. Malgré ces avancées, des défis importants persistent.

En 2018, seuls 50 % des établissements sanitaires offraient les trois services de santé infantile essentiels (EPSSS, 2019). En 2023, leur couverture reste faible : surveillance nutritionnelle (46,9 %), vitamine A (23,2 %), albendazole (17,3 %), vaccination complète (58 %). Malgré la présence de soins ambulatoires, les IRA, la fièvre typhoïde suspecte et les diarrhées aiguës sont les principales causes de mortalité chez les moins de 5 ans, probablement à cause d'un accès limité ou d'une utilisation insuffisante des services de santé.

Les visites de terrain lors de l'évaluation du PSN SSR2019-2023 ont montré plusieurs insuffisances: absence de directives PCIME, formation non actualisée, qualité médiocre des services, manque d'évaluation et d'outils, manque de personnel, visites à domicile rares pour enfants malnutris, et nécessité de renforcer l'implication communautaire via l'Équipe Santé Famille. Les médicaments essentiels (zinc, antibiotiques, SRO) et les aliments thérapeutiques font souvent défaut à la suite de problèmes de gestion. Enfin, les outils d'identification de la gravité des maladies sont absents ou obsolètes dans les établissements primaires.

La vaccination reste inégalement accessible, avec des services de routine entravés par la désinformation sur la COVID-19, la violence et des problèmes de chaîne de froid. Des écarts régionaux persistent, nécessitant des interventions ciblées. Le renforcement de stratégies comme l'approche RED (atteindre chaque département), l'amélioration de la chaîne logistique et la sensibilisation sont indispensables.

Du point de vue de la gouvernance, les plans de santé infantiles sont rarement appliqués, remplacés par des projets isolés sans coordination durable. L'implication des autres Directions Centrales reste limitée. La PCIME devrait être mieux intégrée aux services existants pour éviter la dispersion et améliorer l'efficacité, car le manque de collaboration complique sa mise en œuvre.

Malgré des lacunes dans son application et sa supervision, la PCIME a amélioré les pratiques essentielles de survie infantile comme l'allaitement exclusif et l'utilisation de la SRO. Les avancées sont réelles, mais persistent des défis tels que le manque d'intrants, l'absence de données en temps réel et une composante communautaire à renforcer, notamment pour le suivi des enfants malnutris.

#### ***j. Nutrition des enfants***

Bien que 98% des mères pratiquent l'allaitement maternel, seul 40% des nourrissons de moins de 6 mois sont exclusivement allaités (MSPP, 2024), une baisse liée à l'introduction précoce d'autres aliments. Les traditions et conseils médicaux encouragent l'allaitement exclusif, mais des contraintes individuelles et socio-économiques rendent sa pratique difficile, surtout pour les femmes moins instruites ou ayant accouché à domicile. Beaucoup de mères évoquent une alimentation insuffisante, un sentiment de faiblesse et croient que le lait maternel ne suffit pas à rassasier leur bébé, entraînant une introduction précoce de compléments, notamment en cas de difficultés comme des abcès mammaires ou une montée de lait tardive.

La couverture du programme de nutrition des enfants de moins de cinq ans a chuté de 48,1 % à 44,1 % entre 2019 et 2023. Les carences en micronutriments, notamment en vitamine A et en Albendazole, demeurent courantes. Les aliments complémentaires restent pauvres en énergie, protéines et micronutriments, tandis que la diversité alimentaire et la fréquence des repas sont insuffisantes pour les enfants recevant encore du lait maternel.

En dépit d'une légère amélioration, la malnutrition chronique et les carences en micronutriments restent persistantes en Haïti et entravent le développement des enfants. Entre 2019 et 2023, la couverture du programme nutritionnel pour les moins de cinq ans est passée de 48,1 % à 44,1 %, entraînant retard de croissance, insuffisance pondérale et anémie. Les causes principales sont l'alimentation déficiente après le sevrage, l'insécurité alimentaire liée aux sécheresses et aux troubles socio-sécuritaires, ainsi que le coût élevé des aliments complémentaires importés. Le dépistage et la prise en charge ne sont pas systématiques, et une approche locale ainsi qu'un renforcement de la surveillance par l'Équipe Santé Famille sont nécessaires.

#### ***k. VIH pédiatrique***

Depuis 2017, les nouvelles infections à VIH ont baissé de près de 30 %, passant de 8 000 à 5 600 en 2023. Cependant, l'incidence chez les enfants nés de mères séropositives a augmenté de 35 % entre 2019 et 2023. Malgré la progression du dépistage PCR dans 84 % des sites et l'amélioration du réseau de transport des prélèvements, trois nourrissons sur quatre n'ont pas bénéficié d'un dépistage précoce en 2022 et 2023. De plus, un pourcentage important d'enfants confirmés VIH+ entre 0 et 12 mois n'a pas été mis sous ARV (15 % en 2022, 30 % début 2023), bien que le taux global ait progressé de 69 % à 75 % entre 2019 et 2023. Beaucoup de nourrissons restent donc sans suivi médical adapté.

En 2023, le taux de transmission mère-enfant du VIH dépasse 16 %, principalement à cause du dépistage insuffisant chez les femmes enceintes, dont plus de 20 % ne sont pas testées. L'accès aux tests de charge virale reste limité malgré une amélioration (de 22 % en 2019 à 41,6 % en 2023). Le transport des échantillons et la rapidité des résultats doivent être optimisés. La suppression virale chez les femmes sous TARV progresse mais demeure insuffisante. Une meilleure collaboration entre les services VIH et santé maternelle/enfant, ainsi qu'une intégration des services pédiatriques et un accès accru au diagnostic précoce, sont essentiels pour réduire les infections chez les enfants.

### **3.2.3. Services et soins de santé des adolescents et des jeunes**

En Haïti, 22 % de la population a entre 10 et 19 ans (ONU 2020). Les adolescents et jeunes sont exposés à des comportements sexuels à risque, ce qui entraîne des grossesses non désirées, des avortements clandestins, des IST et le VIH. Leurs besoins en santé sexuelle sont insuffisamment pris en compte par les programmes et services de santé, qui n'offrent ni espaces ni horaires adaptés à cette tranche d'âge.

À ce jour, les autorités sanitaires rencontrent des difficultés à intégrer une prise en charge adaptée des problématiques de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes dans l'offre globale de services de santé. Cette population demeure insuffisamment informée et n'a pas accès aux services nécessaires pour comprendre les enjeux liés à la sexualité, se prémunir contre les IST/VIH/SIDA, ainsi que prévenir les grossesses non désirées ou précoces. Les programmes de prévention et de prise en charge des IST, du VIH et de la PF ciblent rarement les adolescents et les jeunes, et l'accessibilité à la planification familiale pour cette tranche d'âge reste une question complexe nécessitant des analyses approfondies.

Pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes, il est important d'impliquer les intéressés et les associations de parents. Les données sur les moins de 15 ans sont limitées dans le rapport du MSPP en raison de la législation interdisant les services de SSR aux mineurs. Il manque des informations fiables sur les conséquences des avortements, souvent clandestins. Les grossesses précoces chez les filles de 10 à 14 ans ne sont pas bien documentées, malgré le fait que 13 % aient eu leurs premiers rapports sexuels avant 15 ans selon l'EMMUS VI. Ce manque de données complique la compréhension du phénomène et son impact sur la déscolarisation, la délinquance et la mortalité maternelle. Il serait utile de proposer des structures d'accueil pour soutenir les mineures enceintes avec un accompagnement adapté.

Les adolescentes et jeunes femmes sont particulièrement exposées aux violences sexuelles et au VIH, avec un ratio de prévalence fille/garçon de 2,25 chez les 15-24 ans. La majorité des survivantes n'accèdent pas aux soins post-VBG dans les 72 heures. L'insécurité, la pauvreté et le manque de services SSR adaptés aggravent leur vulnérabilité, tandis que peu d'interventions ciblent ces groupes.

Le MSPP a élaboré un plan stratégique pour la santé des jeunes (2014-2017) avec l'UNFPA et plusieurs ministères dont Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle (MENFP) et le Ministère de la Jeunesse, des Sports et de l'Action Civique (MJSAC), mais il n'a pas été actualisé. Le PSN SSR 2019-2023 cible aussi les jeunes, et depuis deux ans, le MENFP collabore avec le MSPP pour développer une formation à l'éducation sexuelle destinée aux enseignants. Malgré les efforts d'intégration entre ministères et le renforcement de compétences des inspecteurs scolaires, la rotation fréquente des responsables et le départ du personnel formé freinent la mise en œuvre des actions intersectorielles.

Malgré certaines limites, des organisations telles que FOSREF, SEROVie, GHESKIO et Zanmi Lasante interviennent auprès des jeunes pour leur autonomisation, l'éducation sexuelle, et la création d'espaces dédiés. Des stratégies comme celle des pères éducateurs ont aidé à prévenir les grossesses précoces, mais le fonctionnement et la viabilité des espaces jeunesse restent inégaux. Les services destinés aux jeunes devraient intégrer la santé, la SSR, la nutrition, la lutte contre les VBG et addictions, ainsi que la prévention du cancer et le soutien psychologique. L'Initiative DREAM propose aussi des plateformes numériques adaptées, tandis que d'autres activités utilisent les réseaux sociaux et des groupes de jeunes pour sensibiliser sur la violence et le VIH. Toutefois, ces actions restent dépendantes des financements extérieurs et ne sont pas toujours pérennes.

Pour améliorer l'accès des jeunes aux services de SSR, il est nécessaire d'adopter une approche multisectorielle impliquant la communauté, les proches, le personnel de soins et les jeunes eux-mêmes. Il convient également de réformer le cadre légal pour faciliter cet accès et d'inclure les parents dans les programmes de sensibilisation. Les partenaires doivent soutenir la santé sexuelle et reproductive des jeunes, notamment par le plaidoyer pour abaisser l'âge de consentement afin que davantage d'adolescents à risque de VIH bénéficient des services nécessaires. La législation doit être adaptée pour permettre aux adolescents d'accéder librement au dépistage et aux soins liés au VIH dès

14 ans. Un plan futur devra proposer des offres de services différenciées, axées sur la prévention et la sensibilisation communautaire pour ces groupes vulnérables.

### 3.2.4. Services et soins de santé des personnes âgées

Le vieillissement de la population en Haïti pose un défi grandissant au système de santé : en 2021, les personnes âgées représentaient 4,5 % de la population d'après *Health in the Americas*. Malgré cela, la santé des seniors reste peu prise en compte dans les stratégies nationales du MSPP. Les programmes potentiels (politiques, plans d'actions, projets, etc.) du MSPP en faveur des personnes âgées sont en cours d'élaboration. À ce jour, seules des activités de mobilisation sociale sont effectivement mises en œuvre. Dans le paquet essentiel de service (PES) élaboré par la Direction d'Organisation des Services de la Santé (DOSS), la couverture de l'ensemble des groupes de population a été envisagée, à l'exception des personnes âgées de 65 ans et plus, qui n'ont pas été explicitement prises en compte. La plupart des établissements évalués dans le cadre du PSNSSR (2019-2023) n'offrent ni accès prioritaire ni aménagements pour les patients à mobilité réduite et aucun ne dispose d'un service de gériatrie. En réponse à la question relative au paiement des services par les personnes âgées, il convient de préciser que celles-ci prennent entièrement en charge leurs frais de santé et ne bénéficient d'aucune couverture d'assurance maladie. Les politiques d'exonération sont mises en œuvre dans certains établissements de santé, conformément à leurs directives internes de protection et d'assistance sociale. Il a cependant été démontré que, chez les individus âgés de 65 ans et plus, les dépenses de santé sont sept fois supérieures à celles observées chez les personnes souffrant d'une invalidité chronique. (Decade of Healthy Aging 2021-2030). Dans cette optique, la prise en compte de la santé des personnes âgées dans l'ensemble des politiques publiques nationales de santé constitue une priorité stratégique pour le MSPP en vue d'offrir une prise en charge holistique à cette population.

### 3.3. Réponse communautaire

Ces dernières années, le pays a renforcé l'offre de services SSR grâce à des interventions communautaires centrées sur la personne et la mise en place des ASCP dans les établissements de santé et au sein des communautés. Les autorités ont actualisé les stratégies nationales communautaires jusqu'en 2030, définissant un ensemble d'activités communautaires alignées sur la première porte d'entrée du système de soins.<sup>30</sup> La réponse communautaire repose sur l'action des ASCP qui assurent le lien entre institutions et communautés, avec la participation des OCB/OSC et des relais locaux (leaders locaux, membres de la communauté). Malgré les défis du système, ces activités (visites à domicile, cliniques mobiles, rencontres communautaires, accompagnements et renforcement des capacités) ont unanimement contribué à l'amélioration de la santé reproductive et infantile.<sup>31</sup>

Plusieurs projets soutiennent la santé communautaire et la mobilisation sociale à l'échelle nationale grâce au financement de partenaires comme le MSPP, FM, BM, UNFPA et diverses agences des Nations Unies. Les interventions incluent la prévention et la prise en charge des VBG, la PF, la surveillance nutritionnelle, la vaccination, les cliniques mobiles et le déploiement d'agents de santé communautaire. Zanmi Lasante a développé l'application « COM CARE » pour collecter les données de terrain, tandis que le projet SSI AF dans le Grand Sud s'appuie sur l'approche communautaire pour augmenter l'accès aux services de santé via le recrutement d'agents, la gestion des organisations

<sup>30</sup> Le paquet d'activités communautaires comprend 6 principales composantes qui sont les Visites à Domicile (VAD), les postes de rassemblement, les rencontres communautaires, les références et accompagnement, la recherche des perdus de vue ainsi que les activités confiées par les programmes et autres entités du MSPP.

<sup>31</sup> Les activités communautaires ont permis la continuité des services au niveau du Grand Sud après le séisme de 14 août 2021. Il a été reconnu que l'implication du niveau communautaire dans la prévention et l'identification du choléra par le biais de sensibilisation communautaire ont sauvé des vies et favorisé la prise en charge dans les délais des malades.

locales et l'organisation de cliniques mobiles et clubs communautaires. Des partenaires tels que PROFAMIL et SEROVie organisent régulièrement des cliniques mobiles dans les camps de déplacés afin d'apporter une réponse aux problématiques de santé rencontrées par les populations migrantes. PANOS, PESADEV et CIPRESS ont mené des actions de renforcement des compétences auprès des leaders religieux et des jeunes sur les activités liées à la SSR, dans l'objectif de favoriser des changements de comportement concernant les tabous et croyances qui peuvent limiter l'accès des personnes vulnérables aux services de santé. Mission Inclusion-Haïti, via le projet PACIT financé par AMC, a travaillé sur la participation citoyenne en santé et droits sexuels et reproductifs auprès des femmes et adolescentes à Léogâne et Gressier.<sup>32</sup> INHSAC, EMI et SOE, dans le cadre du projet TI MAMA 2, ont développé des activités auprès des jeunes et adolescents dans les écoles et assuré des formations en cascade pour les enseignants et leaders religieux afin de promouvoir une approche intégrée de la santé maternelle et infantile.

La réponse communautaire au cours de la période 2019-2023 a souffert d'un manque de coordination et de suivi à différents niveaux, notamment à cause de ressources limitées et de la non-fonctionnalité de certains comités et équipes stratégiques. Malgré des efforts de réseautage entre sites VIH soutenus par plusieurs partenaires, la coordination reste insuffisante et le MSPP dispose de peu de visibilité sur les activités menées. Il faut aussi souligner une faible inclusion des OCB/OSC dans les groupes thématiques SSR départementaux.

Au niveau communautaire, seules les OCB impliquées dans les services SSR ont activement promu les activités de SRMNIA, tandis que les autres associations n'ont pas bénéficié du renforcement de capacités. Les visites à domicile et aux postes de rassemblement restent irrégulières, et la plupart des femmes et enfants absents à leurs rendez-vous ne sont pas identifiés par le personnel soignant. Peu de sections communales disposent de groupes communautaires actifs, et la participation communautaire à l'identification des besoins, la planification et la redevabilité demeure faible, freinant la mobilisation sociale. Cette faiblesse s'explique notamment par le manque de sensibilisation et de formation des relais communautaires, ainsi que par le retard dans l'implantation des Équipes Santé Famille, ce qui limite l'efficacité des actions en santé infantile et adolescente.

Près de 40 % des accouchements sont réalisés en milieu communautaire par du personnel non qualifié, qui gèrent aussi 97 % des accouchements non institutionnels, jouant ainsi un rôle majeur dans leurs communautés (Rapport statistique sanitaire, 2023). Cette situation est peu abordée par les responsables, le nombre des matrones et leurs activités étant mal documentés depuis la fin de leur intégration aux soins hospitaliers. Malgré certains efforts, la référence des femmes enceintes vers des services obstétricaux reste limitée.

### **3.4. Réponse du secteur privé**

Le secteur privé à travers ses structures des prestations des soins ambulatoires et en hospitalisation, d'exploration biologique et d'imagerie médicale, de distribution et dispensation des médicaments et produits pharmaceutiques, et de formation, contribue à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, et à la SRMNIA en Haïti. Plusieurs partenariats public-privé ont été érigés et fonctionnent efficacement. En revanche cette contribution ne respecte pas toujours les conditions imposées par l'État du service public, notamment le respect des réglementations sur l'ouverture des structures sanitaires, la politique de santé, les directives, ainsi que la participation au renforcement du SISNU ou du SIS haïtien et à la surveillance des décès maternels, néonataux et infantiles.

---

<sup>32</sup> Fin 2023, ce projet a permis de former une trentaine d'enseignants sur les SDSR, de mettre en place un espace de dialogue sur ces sujets, de réaliser environ 5 000 visites domiciliaires, de renforcer les capacités des membres des OSC, et de soutenir une initiative de plaidoyer menée par des OSC. Mission Inclusion a également formé des inspecteurs locaux du ministère de l'Éducation nationale selon une approche intersectorielle sur les SDSR.

## CHAPITRE 4. PRINCIPAUX PROBLÈMES ET DÉFIS MAJEURS

La revue finale du PSN SSR 2019-2023 ainsi que les ateliers de travail d'élaboration du PSN SRMNIA et du 3<sup>e</sup> âge 2026-2030 ont permis d'identifier divers problèmes et défis susceptibles d'avoir un impact réel sur la santé des populations ciblées et, susceptible de limiter la mise en œuvre du plan stratégique. Ces défis concernent d'une part la gouvernance et la gestion des programmes de santé, et d'autre part le système de santé, l'offre de soins et des services de santé aux bénéficiaires. Une liste non exhaustive de certains obstacles figure ci-dessous.

### Défis liés à la bonne gouvernance et suivi stratégique des interventions de SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge

- Manque d'une vision globale et intégrée en matière de planification, de coordination et de collaboration des interventions en SRMNIA auprès des principaux partenaires étatiques à savoir, le MSPP et autres ministères sectoriels.
- Fonctionnement limité des mécanismes de collaboration et de coordination mis en place par les acteurs étatiques dans le cadre du partenariat stratégique tels que, Groupe thématique SSR, Comité Interministériel SSR, Tables sectorielles départementales SSR...
- Développement du plan opérationnel intégré du PS SRMNIA 2026-2030 et 3<sup>e</sup> âge, étant donné que le plan opérationnel intégré prévu dans le cadre du PSN SSR 2019-2023 n'a pas été élaboré en raison d'une insuffisance de coordination des instances chargées pour sa rédaction.
- Intégration du plan stratégique PS SRMNIA 2026-2030 et 3<sup>e</sup> âge dans tous les plans d'action des ministères sectoriels impliqués dans la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile.
- Absence de cartographie des partenaires dans le domaine de la SRMNIA et du 3<sup>e</sup> âge.
- Faible intégration du genre et de la santé du 3<sup>e</sup> âge dans les politiques de santé publique du MSPP.
- Absence d'un cadre propice au plaidoyer en faveur des droits des adolescents/jeunes, des personnes âgées et à la mobilisation des autres acteurs du secteur non-santé.

### Défis liés au financement du PSN SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge 2026-2030

- Mobilisation des ressources financières nécessaires internes et externes à la mise en œuvre du PSN SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge 2026-2030 (Dossier d'Investissement), dans un cadre de raréfaction du financement alloué à la santé au niveau global (retrait des fonds de l'USAID), redéfinition des priorités de certains bailleurs en raison de la géopolitique mondiale, d'un accroissement des besoins nationaux et de crise humanitaire persistante.
- Augmentation des ressources endogènes financières de l'Etat pour réduire les gaps dans l'exécution des programmes SRMNIA.
- Mise en place des mécanismes de financement alternatif avec l'implication du secteur privé des affaires et la communauté afin d'augmenter progressivement la part du budget santé alloué à la SRMNIA.

### Défis liés à la disponibilité des RH de santé (RHS) de qualité

- Déperdition du personnel en santé exacerbée par la hausse de l'insécurité, poussant de nombreux professionnels haïtiens formés à émigrer à l'étranger.
- Insuffisance des mesures de motivation du personnel afin de limiter leur mobilité excessive et assurer leur disponibilité en milieu rural et les zones d'accès difficile en particulier au profit des sage-femmes et spécialistes, tels que pédiatres, obstétriciens, anesthésistes...

Défis liés à la gestion adéquate des approvisionnements en médicaments, réactifs, équipements, consommables médicaux et autres intrants

- Faiblesse dans la sécurisation des médicaments et produits essentiels de la grossesse, de l'accouchement, du post partum et de la PF, y compris les produits sanguins afin d'assurer la continuité des services et soins à tous les niveaux de l'offre de services.
- Manque d'évaluation des besoins en équipements et matériels des SONU.

Défis liés à l'offre des services SRMNIA

- Faible couverture nationale des services de santé essentiels de qualité pour les femmes enceintes (accouchement sécurisé) et les nouveau-nés (réanimation néonatale adéquate).
- Insuffisance de l'offre de services complets, intégrée et de qualité de la CPN et du suivi post natal à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- Faible PEC précoce des urgences obstétricales, des complications du post partum et du postabortum.
- Non gratuité ou absence des mesures d'exemption des frais pour la césarienne et les interventions obstétricales majeures et pour les personnes du 3e âge.
- Faible PEC de la violence basée sur le genre, et particulièrement des violences sexuelles à l'égard des femmes et des filles.
- Faible capacité de dépistage précoce des cancers du sein et du col de l'utérus par le système de soins.
- Insuffisance du plateau technique pour la réanimation du nouveau-né.
- Faible PEC des urgences pédiatriques au niveau des SONU en raison du manque de personnels formés et de matériels adéquats.
- Insuffisance des services de SSR adaptés aux besoins des adolescent(e)s et des jeunes.
- Capacité insuffisante en matière de vaccination HPV pour la prévention du cancer du col de l'utérus, sa prise en charge et le dépistage du cancer du sein.
- Persistance des mauvaises pratiques en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.
- Insuffisance des organisations communautaires dans la PEC communautaire de la SRMNIA et santé du 3e âge.
- Mauvaise organisation de la référence et contre référence en matière de SSR à tous les niveaux du système de soins.
- Fermeture de certaines institutions sanitaires et Inaccessibilité à d'autres, en raison de la situation sécuritaire du pays (zones sous le contrôle de bandits armés) et déplacement forcé de la population.
- Manque de prise en compte de la stratégie SDMPR dans les SONU.

## CHAPITRE V. PROCESSUS D'ELABORATION DU PLAN

Le plan stratégique national de la SRMNIA et du 3<sup>e</sup> âge pour la période allant de 2026-2030 a été élaboré sous la conduite de la Direction Santé de la Famille (DSF) du MSPP suivant un processus inclusif, participatif et consensuel ayant regroupé les acteurs nationaux issus du secteur de la santé et des autres secteurs non santé (MCFDF, MENFP, MAST, MJSAC), les partenaires d'exécution des projets santé en Haïti, des OCB/OSC ainsi que les principaux partenaires techniques et financiers du MSPP (OPS/OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, PEPFAR : CDC et USAID, Banque Mondiale, Fonds Mondial, AMC, AFD, BID). La mise en œuvre s'est faite en deux phases distinctes : d'abord la révision finale du PSN SSR 2018-2023, puis l'élaboration du cadre stratégique du nouveau plan stratégique SRMNIA et du 3<sup>e</sup> âge.

### 5.1. Revue finale du PSN SSR 2019-2023

Après cinq années d'exécution, le PSN SSR est arrivé à son terme en 2024. À l'issue de cette période, la DSF en collaboration avec ses PTF, a entrepris une évaluation approfondie du programme. L'objectif finale de cette évaluation était d'effectuer un examen complet du PSN SSR 2019-2023 sur la base des critères d'analyse de la théorie de programme de l'OCDE.

La revue a débuté par la constitution d'un comité de pilotage, chargé de coordonner à la fois l'évaluation du plan précédent et la préparation du nouveau plan stratégique. Au terme de ce processus, une équipe consultante a été sélectionnée pour assister la DSF dans sa démarche. Cette dernière a proposé une approche méthodologique, critères et questions d'évaluations ainsi que les techniques et outils de collecte de données sur la base des objectifs et résultats attendus par les autorités sanitaires. Une fois les outils de collecte de données validés, un recueil de données, ayant fait usage de plusieurs techniques (revue documentaire, entretiens semi-structurés, sessions de travail avec les responsables des coordinations départementales, revue des indicateurs, visites de sites sur le terrain pour discuter avec des prestataires de soins et effectuer les groupes de discussions avec des bénéficiaires), a été organisée sur une période allant de décembre 2024 à avril 2025. En raison de la situation socio-sécuritaire qui prévalait à Port-au-Prince et ses environs, l'équipe d'évaluation a dû faire face à des restrictions de déplacements et des reprogrammations répétées.

Ensuite, un atelier de présentation des résultats préliminaires de la revue finale a été organisée le 10 juin 2025 avec l'ensemble des parties prenantes impliquées dans le financement, la coordination, la prestation de services, le suivi-évaluation des services de SRMNIA au niveau national. Plus d'une cinquantaine de participants issus d'une quarantaine d'organisations, acteurs nationaux et internationaux ont pris part à cet atelier. Le rapport préliminaire a été soumis à la fois au comité de pilotage et aux parties prenantes pour amendement et validation respective.

D'une manière générale, les résultats issus de cet examen ont permis de déterminer dans quelle mesure les objectifs et les résultats attendus du plan PSN SSR 2018-2023 ont été atteints, d'analyser les facteurs de facilitation et d'inhibition ainsi que les défis entourant la mise en œuvre du plan. Ils ont contribué également à tirer les leçons nécessaires à des fins de capitalisation et de formulation des recommandations à l'endroit du futur plan stratégique.

### 5.2. Élaboration du cadre stratégique du nouveau PS SRMNIA et du 3<sup>e</sup> âge

Contrairement, aux documents stratégiques antérieurs, il a été décidé, selon la vision, que le nouveau plan stratégique national revêt d'une dimension globale de la santé capable de toucher à la fois, la

femme en âge de procréer, la femme enceinte et allaitante, les nouveau-nés, les enfants, les adolescents et jeunes ainsi que les personnes âgées. Cette nouvelle approche intégrée et équitable trouve d'une part sa justification dans les engagements pris par les Hautes Autorités Sanitaires pour mettre le pays sur la voie de la réalisation de la couverture sanitaire universelle. D'autre part, elle a été conditionnée par les conclusions de la revue finale du PSN SSR 2019-2023, selon lesquelles la faible couverture et la disponibilité insuffisante des services de SRMNIA, le manque d'accessibilité des communautés et populations vulnérables aux services de qualité de SRMNIA, le manque de ressources humaines formées en quantité suffisante ainsi que le financement inadéquat qui en découle ont été identifiées comme les principaux obstacles à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile qui subsiste en dépit des efforts consentis par le pays. De plus, le contexte de crise humaine qui sévit en Haïti, les engagements pris par Haïti et les stratégies régionales en matière de couverture sanitaire universelle ont amené les autorités sanitaires à adopter une nouvelle orientation du futur plan stratégique.

Au terme de la justification des fondements qui sous-tendent le nouveau plan, le processus d'élaboration du PSN a été entamé. Plusieurs activités ont été entreprises au cours de cette démarche :

- L'identification et la validation des populations cibles au cours de diverses interactions avec le Comité de pilotage;
- L'élaboration des priorités et orientations stratégiques sur la base des résultats de la revue finale du PSN SSR 2019-2023. Ces propositions de priorités et orientations stratégiques ont été soumises au comité de pilotage (15/07/2025) et aux coordinations départementales SSR (30/07/2025) pour leurs commentaires et recommandations.
- Deux ateliers de définition et de priorisation des interventions du plan stratégique ont été tenus (08/08/2025 et 22/08/2025) avec la participation d'une soixantaine d'acteurs et de partenaires impliqués dans la SRMNIA et la santé du 3<sup>e</sup> âge.
- Deux ateliers de travail ont été réalisés (08/09/2025 et 12/09/2025) avec l'équipe de la DSF autour de la validation des orientations stratégiques et des cibles proposées qui constitueront le corpus futur du Cadre de performance du plan.
- A la suite de ces différents ateliers de travail, le Cadre de résultats et le Cadre de performance du futur plan stratégique ont été rédigés.
- Une fois ces sections rédigées, la version préliminaire du PSN SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge 2026-2030 a été finalisée (22/09/2025) puis partagée au Comité de pilotage pour amendement et validation. Des discussions d'enrichissement et de consensus sur le contenu de la version préliminaire du plan ont été organisées avec les membres du Comité de pilotage.
- En octobre 2025, la révision du plan de mise en œuvre a souligné l'importance d'intégrer la budgétisation pour mieux gérer les finances, planifier les dépenses et atteindre les objectifs financiers du PSN SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge.
- En conclusion, l'atelier de finalisation du PSN SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge 2026-2030, après la prise en compte des contributions du Comité de pilotage et l'intégration des commentaires dans la version finale du document, a été tenu en décembre 2025.

### **5.3. Théorie de changement (Cadre Logique)**

La Théorie de Changement sert de cadre commun pour coordonner les interventions, optimiser la poursuite des objectifs et atteindre les résultats du PSN. Elle donne une représentation visuelle du processus de changement attendu dans le cadre de la mise en œuvre du plan. La représentation graphique illustre la manière dont les interventions et stratégies proposées s'articulent et interagissent pour former une chaîne de résultats menant à l'impact final attendu : « *une réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile* ». Cette chaîne de résultats s'organise autour de huit impacts stratégiques finaux, correspondant chacun à un domaine d'intervention prioritaire du PSN. À chaque impact sont associés des résultats intermédiaires, eux-mêmes conditionnés par l'atteinte des résultats

immédiats issus de la mise en œuvre d'interventions et activités ciblées. Ce processus de changement nécessite une collaboration étroite entre les parties prenantes engagées dans la SRMNIA ainsi que dans la santé du 3<sup>e</sup> âge. Une description détaillée du cadre logique figure en annexe du document.

***Liste des participants et participantes aux entretiens lors de l'évaluation du Plan Stratégique National de Santé Sexuelle et Reproductive (PSNSSR) 2019-2023<sup>33</sup>***

PRENOM & NOM	ORGANISATION D'ATTACHE
Pedricia St Jean	Ministre du MCFDF
Dr Yves Thermidor, Marie Suze Albert, Marie Lucie Chaudry, Dina Saintilmon	UNFPA
Dr Florence Jean Louis Vorbe	PROFAMIL Haïti
Dr Fritz Moise Dr Johanne Philogène	FOSREF
Thamar Monide Julmiste, Dr Reginald Fils-Aime, Dr Kenia Vissieres, Dr Waquinn Saint Loth	PIH/ZL
Dr Darlene Dianne Omeir Taylor, Dr Gilles Champetier de Ribes, Dr Anthony Monfiston	OPS/OMS
Jeanne Marcia Tancil Arold Simpreux	USAID
Dr Yves Gerard Pierre Louis	MSPP/UGP
Steeve Laguerre Dr Rodney Destine Nadege Shailanda Lamarque	Fondation SEROvie
Fatima Tedim Jean Kith Dely	EMI
Dr Marie Isabelle Simeon, Julie Ruel Bergeron Dr Ceremy Feretil	Banque Mondiale
Dr Christian Mouala	ONUSIDA
Dr Reynold Grand Pierre Dr Cassandre Milord Michel Dr Nesi Floris Dr Herby Gerard Desir Dr Yves Carm Colimon	MSPP/DSF

<sup>33</sup> Cette évaluation a pour objectif principal d'examiner le PSNSSR 2019-2023 de manière à juger de l'adéquation entre les prévisions initiales et les résultats obtenus, évaluer l'atteinte des objectifs, analyser les facteurs de succès et contraignants relatifs à la mise en œuvre du plan et déterminer les leçons apprises par le biais d'un ensemble de critères d'analyse validés. Les conclusions de cette analyse devraient permettre aux responsables nationaux et parties prenantes en matière de santé sexuelle et reproductive de prendre des décisions éclairées concernant la réorientation et l'amélioration des interventions dans une perspective de doter le pays d'un nouveau document d'orientation stratégique national de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescent et du 3<sup>e</sup> âge 2026-2030 intégré, adapté au contexte de crise humanitaire en Haïti et, qui devrait s'aligner aux stratégies régionales en matière de réduction de la morbi- mortalité maternelle, néonatale, infanto-juvénile.

Dr Marjorie Préval Desmangles Marie Solange Sainvil Dr Emmanuel Ephène	
Dr Batsch Jean Jumeau	SHOG
Dr Gloria Elisabeth Thermidor Gianluca Flamigni Joseph Georges Freycinet	UNICEF
Nadine Louis	Fondation Toya
Pascale Solages Naima Adris	Neges Mawon
Dieu Anne Moise Dr Lesly Michaud Dr Agoustou Gomis Dr Sheila Eustache	World Vision
Dr Santia Chancy Max Renaud Lubin Miriam Augustin	Mission Inclusion Canada
Omily Dorval Wesner Estime	Coopération canadienne – Affaire Mondiale Canada (AMC)
Dr Smith MacAllen Smith Dr Richard Larosiliere Dr Kesner François Dr Alande Samedi	MSPP/PNLS
Engreend Pyram Ninette Dupuy	DSC
Dr Erla Bellevue Adrien Dr Clertida Cassamajor	SHP
Dr Dady Monitor Annette Pierre Simon Dr Jean Rosselet Charles	DSO
Dr Jean Patrick Alfred Roody Thermidor Micholson Michel	MSPP/UEP
Dr Jocelyne Marhone Dr Josly Ricardo Pierre Dr Jenny Flore Papillon	MSPP/UCPNANu
Dr Melissa Etheard Katilla Pierre Dr Daelle D Gaudin	MSPP/DERL
Dr Theline Cantave Jean Luc Tondreau	UNESCO
Marie Ilda Lindor Dr Jeudy Newton Dr Christa Desiral	DSSE
Dr Marie Carline Leandre Jessy Saint Cyr	DSNO
Rose Magaline Pierre Celine Percy Elyssee	DSS
Karline Lamour Jeanne Sirin	DSNI

Rolande Robert Marie Rhudnie Bazile Angrand	DSN
Belcina Mème Kedna Jeudy Cassis	DSNE
Dr Paul E. Saint Gilles Martha Jean	DSA
Dr Jean Philippe Lerebourg Marie Mona Voltime	HUP
Aline Cadet Dr Beddie Marcelin	HCR Port Salut
Dr Evener Louis Dr Donald Francois Edouige Françoise Pompée Pierre Walmane Lavalasse	Hôpital Sainte Thérèse de Miragoane
Dr Jean Marie Montinor Miss Pierre Viline Bernard Dr Gerard Evens Lucien Babie Alexis Wadalpa Marc Darlie Remy	HIC des Cayes
Dr Khalil Turenne Myrlande Polycarpe	HUJ
Dr Peralynx Codio Joseph FlaureVolmar Danise Noel Nyrvana Isaac	Hôpital Fort Saint Michel
Dr David Mondestin Miss Valcourt	CDS La Fossette
Dr Weedjney Destouches Dr Charlot Berdelin Rose Philomene Nogat	C2C
Rudd Diana Carmant Fritzlène Thélémaque Julienne Jean Noel Marie Etienne Pierre Louis Abel Titus Mikerna Oxane Lainé Carine St Fleur Faudrine Brunot Viviane Henri	CDS Cité Chauvel
Dr Henry Claude Etienne Danise Joseph Pascal Benoit Josette Phanord Joselene Saintilbert Lunise Augustin Dr Jovenel Etienne	Hôpital de Fort Liberté
Maude Dugué	CMS Dugué

## CHAPITRE 6. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES DU PLAN STRATÉGIQUE SRMNIA et 3<sup>e</sup> ÂGE 2026-2030

### 6.1. Vision

Haïti vise à consolider son système de santé afin d'assurer à la population dans toutes ses différentes phases évolutives un accès équitable et continu à des soins et services de santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale, infantile et pour adolescents/jeunes (SRMNIA) et du 3<sup>e</sup> âge de qualité. Cette démarche a pour objectifs principaux la diminution de la morbi-mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, ainsi que la contribution au développement socio-économique du pays.

Les approches et stratégies appliquées pour atteindre cette vision visent à améliorer la santé de la population générale, en accordant une attention particulière aux femmes enceintes, aux mères, aux nouveau-nés, aux enfants, aux adolescents et aux jeunes, aux femmes en âge de procréer ainsi qu'aux personnes âgées. Cela passe par un accès universel à des soins adaptés de SRMNIA à tous les niveaux du système de santé et au sein de la communauté, y compris dans les contextes de crises humanitaires.

Le présent plan stratégique SRMNIA et du 3<sup>e</sup> âge 2026-2030 est aligné à la vision du Plan Directeur Santé 2021-2031 et s'inscrit dans celle définie par le gouvernement haïtien à travers des politiques : « la Politique nationale de santé de 2012, la Politique d'égalité Homme-Femme 2014-2034 ainsi qu'au Dossier d'Investissement pour la SRMNEA-N 2025-2029 ». Elle est en cohérence également avec l'ODD-3 visant à "donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges" et l'ODD-2.2 relatif à la lutte contre la malnutrition ainsi qu'à la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 de l'OMS et aux engagements pris par les plus Hautes autorités sanitaires du pays d'intégrer pleinement la santé du 3<sup>e</sup> âge dans ce nouveau document d'orientation stratégique 2026-2030 selon une approche d'« Accès aux Soins de Santé pour Tous ». De surcroît, ce plan est le fruit d'une harmonisation croissante avec les différents plans stratégiques des programmes transversaux tels que, vaccination, nutrition, VIH, malaria...

### 6.2. Principes et valeurs

Le plan stratégique repose sur les principes fondamentaux basés sur la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent 2016-2030 de l'OMS. Ceux-ci constituent les piliers de l'architecture des interventions en matière de SRMNIA de ce nouveau plan stratégique. Le présent plan stratégique repose sur les principes suivants :

- i. **Universalité.** Elle assure à toute personne vivant sur le territoire haïtien un accès facile et équitable aux services, sans distinction de sexe, d'origine sociale, de religion ou de lieu de résidence.
- ii. **Globalité.** Elle assure à chaque personne une prise en charge globale, répondant de manière appropriée à l'ensemble de ses besoins en santé.
- iii. **Équité.** Elle garantit à l'ensemble des bénéficiaires, indépendamment de leur lieu de résidence ou de leur statut socio-économique, un accès à des soins de qualité égale.
- iv. **Qualité.** Elle fait obligation à tous les prestataires de soins et de services de développer leurs interventions et de prodiguer les soins de santé en garantissant le niveau de qualité le plus élevé, conformément aux avancées technologiques et aux ressources financières disponibles au sein du pays.
- v. **Approche de soins centrée sur la personne.** L'approche de soins centrée sur la personne met en avant les besoins, préférences et valeurs des patients, les impliquant activement dans leurs soins. Elle valorise leur autonomie et garantit que les traitements sont adaptés à leurs attentes.

- vi. Intégration des services de SRMNIA. Assurer la fourniture intégrée des services de SRMNIA au niveau du principal point de soins afin de faciliter l'accès, réduire les occasions manquées, optimiser les efforts, rationaliser les coûts et favoriser une coordination, une planification, une organisation et une dispensation des services sans une approche verticale.
- vii. Continuum de soins. Il s'agit d'assurer un continuum de soins depuis la période précédant la grossesse, la grossesse, le travail et l'accouchement, la néonatalogie, l'enfance et l'adolescence, à tous les niveaux de prestation de services (domicile, communauté, établissement de santé primaire et de référence).
- viii. Intersectorialité. L'atteinte des objectifs de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile exige une approche intra et intersectorielle en intégrant tous les secteurs politiques et sociaux impliqués dans les services de SRMNIA par la mise en place de partenariats stratégiques avec une forte implication et un engagement des autorités gouvernementales (différents ministères sectoriels), des organisations de la société civile, des partenaires bilatéraux, multilatéraux et philanthropiques, du secteur privé et des communautés de manière à s'attaquer aux causes sous-jacentes de la mortalité élevée comme la justice, la nutrition, la sécurité alimentaire, l'éducation, le système de transport, l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.
- ix. Approche fondée sur des données probantes. Veiller à ce que les interventions recommandées dans le plan reposent sur l'identification des besoins prioritaires, s'appuient sur les données probantes les plus récentes et présentent une rentabilité avérée.
- x. Approche fondée sur la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR). C'est le fait de fournir un ensemble essentiel d'interventions en matière de SDSR, dans le cadre d'une approche fondée sur le parcours de vie, en appliquant l'équité dans l'accès aux soins et la qualité des soins, dans le respect des droits de la personne humaine, la prise en compte des inégalités de genre, et la lutte contre toutes les formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH et à l'orientation sexuelles et l'identité de genre.

Les priorités stratégiques sont déterminées selon plusieurs valeurs cardinales : le droit à la vie et à la santé, la solidarité, la participation citoyenne, l'efficacité, le respect des droits humains, le respect de l'identité culturelle des communautés, les soins respectueux, l'égalité de genre, la complémentarité et la bonne gouvernance.

### 6.3. But du Plan

Contribuer à l'amélioration de la santé de la femme, de la femme enceinte, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, des adolescents, des jeunes, des personnes âgées, et au respect de la santé et des droits sexuels et reproductifs de la population générale, en particulier ceux des populations les plus vulnérables en Haïti.

#### 6.3.1. Objectif général

- ➔ Réduire de 328 à 264/100 000 naissances vivantes le taux de décès maternel au cours de la période allant de 2026 à 2030.
- ➔ Réduire le taux de décès néonatal de 32 à 20 pour 1000 naissances vivantes d'ici fin 2030.
- ➔ Réduire le taux de mortalité infantile de 59 à 39 pour 1000 naissances vivantes d'ici fin 2030.
- ➔ Réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 81 à 54 pour 1000 naissances vivantes d'ici fin 2030.
- ➔ Réduire la prévalence des grossesses précoces et non désirées chez les adolescentes de 10% d'ici 2030.
- ➔ Réduire la mortalité chez les femmes en âge de procréer de 20% d'ici 2030.
- ➔ Réduire la morbidité chez les femmes en âge de procréer et chez les personnes âgées de 20% d'ici 2030.

### 6.3.2. Objectifs Spécifiques

Les objectifs opérationnels suivants seront atteints d'ici 2030 sur la base de huit (8) résultats prioritaires.

#### **La morbidité chez les femmes en âge de procréer liée à la santé sexuelle et reproductive est réduite.**

- ❖ Réduire de 38% à 30% les besoins non satisfaits en PF des femmes en union et de 52% à 41% les besoins non satisfaits PF chez les femmes non en union et sexuellement actives.
- ❖ Assurer la prise en charge adéquate et holistique d'au moins 80% des survivants.es de violences sexuelles basées sur le genre (VSBG), ayant consulté dans les établissements sanitaires.
- ❖ Offrir des services de dépistage de qualité du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et d'autres IST à 80% des femmes et hommes sexuellement actifs fréquentant les services de PF dans une perspective d'intégration des services.
- ❖ Garantir la prise en charge correcte d'au moins 30% des cas de cancers génésiques dépistés/déTECTÉS et autres complications gynécologiques et obstétricales chez les femmes.
- ❖ Assurer la prise en charge correcte d'au moins 20% des problèmes de dysfonctionnements sexuels, infécondité ou infertilité diagnostiqués chez les femmes en âge de procréer.

#### **Le taux de décès maternel est réduit.**

- ❖ Offrir le paquet complet des services prénataux et postnataux dans 100% des établissements sanitaires conformément à leur niveau de prestation de services dans la pyramide sanitaire.
- ❖ Réduire les décès maternels survenus dans les structures hospitalières de 50%, soit à 80 pour 100 000 naissances vivantes.

#### **Le taux de décès néonatal est réduit**

- ❖ Offrir des soins essentiels du nouveau-né (SENN) de qualité dans 100% des SONU.

#### **Les taux de décès infantiles et infanto-juvéniles sont réduits.**

- ❖ Augmenter l'offre de services et d'activités de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) dans 90% des établissements sanitaires et dans la communauté
- ❖ Assurer la couverture vaccinale de tous les antigènes du PEV à hauteur de 95%.
- ❖ Diminuer la prévalence de la malnutrition de 25% chez les enfants.
- ❖ Réduire de 75% les nouvelles infections à VIH chez les nouveau-nés.

#### **La prévalence des grossesses précoces et non désirées et la prévalence des IST/VIH/Syphilis/Hépatites B chez les adolescents.es et les jeunes sont réduites.**

- ❖ Réduire les comportements sexuels à risque chez les adolescents et les jeunes grâce à la mise en place d'activités SSR globales, de qualité, adaptées et centrées sur les besoins des adolescents.es et jeunes.
- ❖ Renforcer les mécanismes de collaboration multisectorielle à tous les niveaux pour une meilleure offre de services sociaux et de santé aux adolescents.es et jeunes.
- ❖ Promouvoir des comportements favorables à la santé auprès des adolescents.es et jeunes, incluant au niveau interpersonnel et communautaire.

#### **La morbidité chez les personnes du 3<sup>ème</sup> âge liée à la santé sexuelle, reproductive, aux maladies non transmissibles et autres problèmes courants de santé est réduite.**

- ❖ Augmenter la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus bénéficiant de services de santé sexuelle, reproductive et liées aux maladies non transmissibles ainsi qu'aux autres problèmes courants de santé d'ici 2030.

- ❖ Augmenter les actions de prévention et de promotion de la santé face aux problèmes courants de santé chez les personnes âgées de 65 ans et plus d'ici 2030.

**Les capacités de gouvernance, de coordination et de suivi/évaluation de la SRMNIA et du 3<sup>e</sup> âge sont renforcées et résilientes.**

- ❖ Renforcer les mécanismes de gouvernance, de coordination et d'intersectorialité pour assurer le suivi du PS SRMNIA et du 3<sup>e</sup> âge 2026-2030.
- ❖ Augmenter le budget alloué à la SRMNIA dans le budget national de la santé dans une perspective de financement durable d'ici fin 2030.
- ❖ Renforcer les partenariats stratégiques en santé et la participation citoyenne des autres secteurs non-santé dans la recherche de solutions innovantes aux problèmes du système de santé.

**Les volets du système de santé concernant les produits de santé et intrants, les laboratoires, les ressources humaines en santé et la participation communautaire, sont renforcés durablement pour soutenir la mise en œuvre du plan SRMNIA et du 3<sup>e</sup> âge 2026-2030.**

- ❖ Renforcer les systèmes de gestion et d'approvisionnement en produits/intrants, médicaments essentiels, vaccins, produits sanguin et technologies de santé (équipements et matériel médico technique) en lien avec la SRMNIA.
- ❖ Rendre disponible en quantité suffisante et en qualité les ressources humaines en santé (RHS) pour l'offre de services SRMNIA.
- ❖ Renforcer la participation communautaire, la communication et la mobilisation sociale en SRMNIA.

## 6.4. Cadre Stratégique du PSN SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge 2026-2030

Cette section expose le cadre stratégique du PSN SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge 2026-2030, élaboré selon l'Approche Gestion Axée sur les Résultats. Elle détaille les résultats attendus, les priorités et les mesures concrètes pour réduire la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile d'ici 2030. Ce cadre vise à équilibrer ambitions et faisabilité, tout en répondant aux principaux obstacles liés à l'accès, la disponibilité, la qualité et l'utilisation des services SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge pour les cinq prochaines années.

### Domaine 1. Santé de la Femme

**Impact 1. La morbidité chez les femmes en âge de procréer liée à la santé sexuelle et reproductive, due aux besoins non satisfaits en PF, aux violences basées sur le genre, aux IST et aux cancers génésiques et problèmes gynécologiques est réduite de 20% d'ici fin 2030.**

**Effet 1.1. Les besoins non satisfaits en PF chez les femmes de 15 à 49 ans en union et chez les femmes de 15 à 49 ans non en union et sexuellement actives sont réduits respectivement de 38% à 30 % et de 52% à 41% d'ici la fin 2030 en vue d'une meilleure autonomisation des femmes.**

**Produit 1.1.1.** D'ici 2030, le taux d'utilisation des méthodes de PF chez les femmes en âge de procréer augmente de 34 à 44% (quel que soit la méthode de PF considérée).

#### **Interventions prioritaires**

- ❖ Optimisation de l'offre et de l'utilisation des services de PF ainsi que de la disponibilité constante de différentes méthodes de PF, aux niveaux institutionnel et communautaire.
- ❖ Renforcement de la qualité des services de PF.
- ❖ Amélioration de l'approvisionnement et de la distribution des produits de PF, outils, infrastructures, équipements et matériels nécessaires de façon continue pour l'offre de soins de PF.

#### **Actions prioritaires**

- Renforcer la disponibilité et l'accessibilité des produits de PF et consommables dans les points de prestations de services SRMNIA à savoir préservatifs, pilules, injectables, DIU, implants, contraceptifs d'urgence et s'assurer du suivi y affèrent.
- Offrir la PF aux femmes allaitantes et mères des enfants de moins de 5 ans dans les hôpitaux, CS et CCS lors des prestations de services de santé en lien au postpartum, à la vaccination et la nutrition et dans des activités de stratégie avancée comme les cliniques mobiles et postes de rassemblement.
- Actualiser et vulgariser les directives, protocoles, normes et procédures en PF tout en assurant leur mise en œuvre effective sur une base périodique.
- Réaliser des visites d'encadrement institutionnelles et communautaires visant l'offre et la qualité des services PF sur une base trimestrielle, semestrielle et annuelle de manière à s'assurer de la qualité des services PF aux populations cibles et d'évaluer le processus d'approvisionnement des contraceptifs et leur stockage.
- Développer et mettre en place un plan pour sécuriser les produits contraceptifs au niveau central, départemental, communal et institutionnel dans le cadre de la crise humanitaire existante.

- Développer un plan de travail conjoint entre la DPMMT et DSF pour le renforcement de la SNADI (incluant SIGL) en vue d'une meilleure accessibilité et disponibilité des intrants PF et SRMNIA.
- Mettre en place le réseautage entre les points de prestations des services PF de manière à assurer une disponibilité continue et interrompue de toute la gamme des méthodes de PF au niveau institutionnel et communautaire.
- Incorporer la composante des « intrants » dans toutes les rencontres qui se tiendront au niveau des départements.

**Produit 1.1.2.** D'ici 2030, l'offre de méthodes modernes de PF de longue durée augmente dans les institutions sanitaires du pays de 60 % pour les DIU, de 80% pour les implants et de 30 % pour la stérilisation masculine et féminine.

#### **Interventions prioritaires**

- ❖ Renforcement des compétences des prestataires de soins et du personnel communautaire en matière de méthodes modernes de PF dans une perspective d'intégration des services.
- ❖ Amélioration de l'offre des services modernes de PF particulièrement celles de longue durée et définitives.

#### **Actions prioritaires**

- Rendre accessibles et gratuites les méthodes modernes de PF de longue durée et les consommables y afférant (DIU, implants) dans les points de prestations de services tout en s'assurant de leur accessibilité et de leur gratuité réelle de manière périodique.
- Rendre accessible et gratuite la stérilisation féminine et masculine dans tous les SONUC et assurer la mise en réseau des CS et SONUB avec les SONUC dans le cadre de la continuité des services.
- Rendre disponible de façon continue l'infrastructure, matériels et équipements nécessaires à l'offre de prestations de PF modernes de longue durée et définitive dans les CS, SONUB et SONUC.
- Développer et mettre en œuvre un plan de formation et de recyclage en PF sur la base des normes, directives, protocoles et procédures définis à l'égard du personnel de soins et communautaire.
- Rendre disponibles les matériels de formation pour les prestataires au niveau des départements.
- Former et mettre à jour les connaissances des personnels de santé à la fourniture d'une gamme de méthodes modernes de PF de longue durée ainsi que sur la contraception immédiate post-événement obstétrique (CIPEO).
- Mettre à jour les connaissances et renforcer les compétences de spécialistes en santé à savoir, chirurgiens, résidents, obstétriciens, anesthésistes, incluant les sage-femmes sur la conduite de la stérilisation féminine et masculine.
- Intégrer la PF aux autres programmes de santé maternelle, néonatale, infantile, adolescente et ceux en faveur des jeunes afin de réduire les opportunités manquées.

**Produit 1.1.3.** D'ici 2030, l'utilisation d'une méthode moderne de PF de longue durée parmi les acceptantes de PF augmente de 10% à 30%.

#### **Interventions prioritaires**

- ❖ Amélioration de la couverture contraceptive au niveau communautaire.

### ***Actions prioritaires***

- Rendre disponibles les produits contraceptifs de PF modernes à travers la distribution à base communautaire et assurer leur gratuité (dans le cadre de la stratégie avancée)
- Développer et mettre en œuvre un plan de communication pour le changement de comportement à l'égard de la contraception moderne, au niveau communautaire.
- Développer et mettre à jour des supports de communication sur la promotion des services PF et la sensibilisation de la communauté sur la PF centrée sur les couples avec un accent particulier sur l'implication des hommes.
- Organiser des rencontres d'IEC trimestrielles par les directions sanitaires départementales [incluant les unités d'arrondissement sanitaire (UAS)] auprès des OSC, OCB, leaders communautaires et chefs religieux sur l'offre et l'importance des méthodes modernes de PF pour promouvoir la PF au sein de la communauté.
- Organiser des cliniques mobiles de PF et contraception dans les communautés autour des institutions de santé.

**Effet 1.2. Au moins 80% des survivantes (femmes, filles, Populations clés) et survivants (garçons, hommes, Populations clés) de violences sexuelles basées sur le genre (VSBG) et notifiées/notifiés et, se présentant dans une institution sanitaire et organisation communautaire de base et de la société civile <sup>34</sup> ont bénéficié d'une prise en charge adéquate et holistique d'ici fin 2030.**

**Produit 1.2.1.** D'ici 2030, la proportion de points de prestation de services (institutionnels et communautaires) proposant des services post-VBG/VSBG complets<sup>35</sup> et qui met en place des activités de prévention contre les VBG/VSBG auprès des populations vulnérables (adolescentes, jeunes) et populations clés (PS, HARSAH, TG) augmente de 40%.

### **Interventions prioritaires**

- ❖ Renforcement du dispositif de prévention et de prise en charge holistique des survivants.es de VBG/VSBG, avec un accent particulier aux adolescentes et aux jeunes.
- ❖ Renforcement des capacités du personnel de soins et communautaire sur les droits sexuels et reproductifs, l'égalité de genre, l'identification des signes révélateurs et/ou suspicieux des cas de VBG et la prise en charge holistique des VBG/VSBG.
- ❖ Intégration et/ou consolidation des questions de genre, de violences basées sur le genre, de violences faites aux femmes et de la participation des hommes dans les programmes de formation initiale des étudiants en sciences de la santé (médecine, infirmière/auxiliaires, sage-femmes).

### ***Actions prioritaires***

- Actualiser et vulgariser le paquet d'interventions définis par le MSPP et le MCFDF sur la prise en charge holistique des VBG/VSBG.
- Mettre à jour et vulgariser les directives de soins (normes, procédures, fiche technique) pour la prise en charge globale (médicale et psychosociale) des cas de VBG/VSBG, au

<sup>34</sup> OCB et OSC travaillant dans le cadre de la santé et du respect des droits sexuels et reproductifs de la femme, des filles et des populations clés.

<sup>35</sup> Les services post-VBG complets consistent en une prise en charge holistique de la victime à savoir, médicale, psychosociale, juridique et de réinsertion socio-économique.

niveau institutionnel et communautaire, ciblant les populations les plus vulnérables, les femmes, les filles, les adolescents, les jeunes, les personnes vivant avec un handicap.

- Développer et mettre à jour un plan de formation sur les droits sexuels et reproductifs, l'égalité de genre et la prise en charge holistique des VBG/VSBG adapté au profit des prestataires de soins et au personnel communautaire.
- Assurer la formation des prestataires de soins et des personnels communautaires sur les droits sexuels et reproductifs, l'égalité de genre et la prise en charge holistique (PEC médicale et psychologique) des VBG/VSBG selon les normes.
- Doter tous les points de prestations des services de santé suivants : CS, hôpitaux, SONUB, SONUC et HD en kits de Prophylaxie Post Exposition (PeP) de PEC médicale des VBG/VSBG ou en intrants nécessaires capables d'assurer une prise en charge adéquate en post-VBG/VSBG.
- Intégrer le modèle de guichet unique de prise en charge des VBG/VSBG dans la moitié des SONU appelé aussi « One Stop Centers » (modèle de soins, TDR, projet pilote...)
- Assurer une supervision formative pour des services post-VBG/VSBG de qualité à l'aide d'outils de surveillance adaptés développés par la DSF.
- Renforcer le système de référence et de contre référence entre les sites de prestations communautaires et institutionnels par le biais de partenariats, développement de nouveaux outils de référence adaptés.
- Rendre disponible et gratuit les certificats de santé pour les survivant/es de VBG/VSBG par le biais d'un plaidoyer dynamique auprès des plus Hautes autorités politiques du pays.

**Produit 1.2.2.** D'ici 2030, la proportion de survivantes et survivants de VBG/VSBG ayant signalé les faits dans une structure appropriée (santé, droit, justice, police) dans les 72 heures après l'événement augmente de 30%.

#### **Interventions prioritaires**

- ❖ Promotion de la dénonciation des pratiques néfastes et des violences basées sur le genre.
- ❖ Renforcement de la documentation des cas de VBG et VSBG, ainsi que l'analyse des données et leur utilisation à des fins de prise de décision.
- ❖ Renforcement de la sensibilisation communautaire autour de la question du genre, les violences basées sur le genre, la violence contre les enfants et la violence faite aux femmes, en particulier les adolescentes et les jeunes.

#### **Actions prioritaires**

- Élaborer, imprimer et diffuser des lignes directrices à l'égard des parties prenantes sur l'intégration du genre dans les interventions de SRMNIA.
- Développer et mettre en œuvre un plan de communication national intégré pour le respect des droits sexuels et reproductifs, l'égalité de genre, la prévention et la lutte contre les VBG/VSBG par le MCFDF et le MSPP (DSF, DPSPE...).
- Appuyer les OSC et OCB à la mobilisation des ressources pour les activités de prévention et de réponse aux VBG/VSBG.
- Développer et mettre en place des mécanismes de collaboration avec les services juridiques de l'Office du Protecteur du Citoyen (OPC) pour accompagner et apporter les réponses appropriées aux victimes de violences sexuelles et de celles basées sur le genre

- Mettre en place des dispositifs de référence pour le soutien psychosocial et l'assistance juridique.
- Développer et reproduire des outils de collecte de données institutionnels.
- Mettre à jour les indicateurs de VBG/VSBG au niveau du formulaire de rapport mensuel de statistique et au niveau de SISNU pour la collecte et le reportage d'informations sanitaires.
- Renforcer les capacités techniques des personnels communautaires (ASCP) sur les droits sexuels et reproductifs, l'égalité et équité de genre, la prévention et le processus de la prise en charge globale des VBG/VSBG au niveau communautaire ;
- Actualiser et produire des supports de communication sur les droits humains, l'égalité et équité de genre, la diversité sexospécifique et sexuelle, les VBG/VSBG à l'endroit des chefs religieux et leurs fidèles, des leaders d'opinion, des forces de l'ordre, des agents pénitentiaires, des acteurs du système judiciaire (avocats, magistrats) de manière à leur sensibiliser sur la problématique et leur implication dans la réponse.
- Développer un réseau de soutien à la lutte contre les VBG/VSBG en milieu communautaire impliquant les leaders religieux, communautaires et les groupes sociaux organisés (associations de femmes, de jeunes...).
- Développer, opérationnaliser et déployer les directives sur la participation des hommes aux interventions SRMNEA.
- Organiser une session annuelle de formation de 3 jours au profit de 60 personnels du droit, de la police et des journalistes sur la problématique de la VBG/VSBG, de la lutte pour l'égalité de genre, la prise en charge et les réponses.
- Mettre en place et/ou renforcer 20 comités communaux de lutte contre les VBG/VSBG et pour l'égalité de genre dans 4 départements géographiques (Sud, Sud-Est, Nord, Artibonite) dans le cadre d'un projet pilote qui serviront de structures de veille, de prévention et de réponses aux VBG/VSBG.
- Appuyer la mise en place et le fonctionnement des maisons d'hébergement transitoire pour les survivantes de violences sexuelles par les organisations de la société civile (OSC) par le biais d'actions de soutien tels que, définition/validation du paquet de services offerts aux occupants.es, définition des normes de gestion de la maison, supervision et appui à la gestion de l'espace.

**Effet 1.3. 80% des femmes et hommes sexuellement actifs fréquentant les services de PF connaissent leur statut sérologique VIH/syphilis/hépatite B et autres IST et sont pris en charge selon les normes.**

**Produit 1.3.1.** L'offre de services de dépistage différenciés du VIH, syphilis, hépatite B et autres IST est intégrée dans tous les services de PF, renforcée et utilisée par les bénéficiaires de ces services.

**Interventions prioritaires**

- ❖ Renforcement de l'offre de dépistage du VIH/syphilis/hépatite B dans les services de PF.
- ❖ Renforcement des capacités techniques du personnel des services de PF dans le dépistage du VIH/syphilis/hépatite B.

### ***Actions prioritaires***

- Mettre en place l'offre de dépistage et de diagnostic intégré du VIH/syphilis/hépatite B au niveau des services de PF dans une approche d'intégration aux soins de santé primaire.
- Former et renforcer les compétences des personnels de soins des services PF pour l'offre de dépistage et de diagnostic intégré du VIH/syphilis/hépatite B et vice-versa.
- Développer des outils de communication/mobilisation visant à sensibiliser les bénéficiaires autour de l'offre des services de dépistage du VIH/syphilis/hépatite B dans les lieux de prestations des services de PF.
- Assurer l'approvisionnement continue des services de PF en intrants de dépistage du VIH/syphilis/hépatites B.
- Promouvoir et rendre accessible les produits pour la PrEP/PEP et les autotests dans les points de prestations des services SRMNIA.

**Produit 1.3.2.** 95% des personnes dépistées VIH/syphilis/hépatite B positives dans les services PF sont pris en charge (ARV, traitement syphilis et hépatite B) ou référés vers les services de soins/traitement appropriés.

### ***Interventions prioritaires***

- ❖ Renforcement des capacités des établissements sanitaires offrant les services PF d'assurer une prise en charge globale et de qualité aux personnes dépistées et diagnostiquées VIH +, syphilis + et hépatite B + dans les établissements sanitaires ciblées.

### ***Actions prioritaires***

- Mettre en place un mécanisme de mise en réseau des établissements sanitaires offrant les services PF avec les points de prestations des services de prise en charge globale du VIH visant à assurer une prise en charge de qualité et différenciée des personnes dépistées et diagnostiquées VIH+.
- Assurer l'offre d'une gamme de services de PF à toutes les personnes placées sous ARV dans les points de prise en charge de TAR
- Promouvoir et rendre accessible les produits de traitement pour la syphilis, l'hépatite B et les autres IST dans les points de prestations des services PF (benzathine pénicilline, doxycycline, antiviraux, ciprofloxacine, métronidazole...), en particulier dans les CS, HR, HD.
- Développer et mettre à jour les directives, algorithmes et protocoles de traitement des IST autres que le VIH/syphilis (hépatites, HPV, gonorrhée, chlamydia...) à l'égard des prestataires de soins et du personnel communautaire, entre la DSF et l'UCMIT/PNLS.
- Former et renforcer les capacités techniques des prestataires de santé offrant les services PF sur la prise en charge adéquate de la syphilis, de l'hépatite B et des autres IST (gonorrhée, chlamydia...) sur la base des directives et protocoles de traitement des IST.

**Effet 1.4. Les services de dépistage et de prise en charge des lésions pré-cancéreuses du col de l'utérus, de dépistage du cancer du sein et de prise en charge des autres complications gynécologiques aux femmes de 15-49 ans comme la fistule obstétricale sont disponibles dans au moins 30% des SONU d'ici fin 2030.**

**Produit 1.4.1.** D'ici 2030, la proportion de PPS ayant la capacité technique proposant des services de dépistage et de prise en charge des lésions pré-cancéreuses du col de l'utérus augmente de 30% ainsi que du dépistage du cancer du sein augmente de 10%.

**Interventions prioritaires**

- ❖ Augmentation de la couverture du dépistage des cancers de l'appareil reproducteur, en particulier des lésions pré-cancéreuses du col de l'utérus et du cancer du sein.

**Actions prioritaires**

- Assurer la dissémination nationale des normes sur la prise en charge du cancer du col.
- Mettre à jour les lignes directrices nationales sur la prévention et le dépistage du cancer du sein dans les normes.
- Assurer l'offre de services de dépistage et de prise en charge des lésions pré-cancéreuses du col de l'utérus et du dépistage du cancer du sein dans tous les SONU, particulièrement pour les populations vulnérables, femmes âgées de plus de 30-50 ans, femmes vivant avec le VIH et femmes infectées au VPH.
- Rendre accessibles et gratuits les intrants nécessaires au dépistage, à la détection et à la prise en charge des lésions précancéreuses du col de l'utérus selon les normes (inspection visuelle à l'acide acétique (IVAA), cryothérapie ou thermo coagulation dans tous les SONU.
- Développer des unités de PEC des cancers gynécologiques et mammaires dans des hôpitaux départementaux et universitaires du pays (minimum 1 dans chaque département).

**Produit 1.4.2.** D'ici 2030, au moins 90% des femmes dépistées pour le cancer du col de l'utérus par IVAA ou autres méthodes de détection sont prises en charge par le système de soins selon une méthode définie par les lignes directrices.

**Interventions prioritaires**

- ❖ Renforcement de la qualité des services de dépistage et de prise en charge des lésions pré-cancéreuses du col de l'utérus

**Actions prioritaires**

- Assurer la formation de formateurs et de prestataires de soins sur le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col utérin.
- Organiser des visites de supervisions formatives dans tous les SONU sur une base trimestrielle et semestrielle visant à assurer la qualité des services de dépistage et de prise en charge des lésions pré-cancéreuses du col de l'utérus et du dépistage du cancer du sein.
- Organisation des sessions d'IEC sur la prévention et la détection du cancer du col auprès des leaders communautaires, religieux, associations de jeunes et de femmes au sein de

la communauté menée par l'équipe des SONU et les directions sanitaires départementales.

**Produit 1.4.3.** D'ici 2030, au moins 90% des SONUB mettent en place des stratégies efficaces, claires pour prévenir les fistules obstétricales et au moins 70% des hôpitaux départementaux proposent des services appropriés pour traiter chirurgicalement les fistules obstétricales.

**Interventions prioritaires**

- ❖ Augmentation de l'offre et de la qualité des services de prévention et de prise en charge chirurgicale de la fistule obstétricale auprès des personnes touchées dans les SONU.

**Actions prioritaires**

- Assurer l'offre de prise en charge des fistules obstétricales dans tous les hôpitaux départementaux.
- Développer et/ou mettre à jour les lignes directrices ou protocoles de prise en charge des fistules obstétricales dans les hôpitaux départementaux.
- Organiser des sessions de formation et de renforcement de capacités par la SHOG et par tout autre organisme ayant la compétence pour la réparation des fistules obstétricales auprès des prestataires de soins (spécialistes) des SONUC.
- Définir et rendre fonctionnel un mécanisme de réseautage au profit des SONUB pour assurer la référence - contre référence des cas de fistules obstétricales diagnostiquées vers les hôpitaux départementaux.
- Rendre accessibles et gratuits les intrants nécessaires à la réparation des cas de fistules obstétricales diagnostiquées dans les hôpitaux départementaux.

**Produit 1.4.4.** D'ici 2030, au moins 10% des SONU disposent des services capables de prendre en charge et de sensibiliser aux problèmes courants de santé sexuelle notamment les dysfonctionnements sexuels, l'infécondité ou l'infertilité, la ménopause.

**Interventions prioritaires**

- ❖ Augmentation des PPS institutionnels et communautaires capables d'assurer respectivement la prise en charge et la sensibilisation aux problèmes courants de santé sexuelle et reproductive chez les bénéficiaires, notamment les dysfonctionnements sexuels, la ménopause et l'andropause.
- ❖ Renforcement de la prise en charge de l'infertilité et des troubles liés à la ménopause.

**Actions prioritaires**

- Elaborer un module de formation sur le dépistage et la PEC de l'infertilité et des dysfonctionnements sexuels et autres affections génitales.
- Plaidoyer en faveur de l'intégration de la prise en charge des dysfonctionnements sexuels, la ménopause et l'andropause et le dépistage du cancer de la prostate dans les autres services de santé dans les SONU.
- Élaborer un plan de sensibilisation ou une stratégie de communication sur les cancers liés à la santé sexuelle et reproductive.
- Élaborer des supports d'information, d'éducation et de communication (IEC) pour la communauté et des messages pour la radio et la télévision sur les cancers liés à la santé reproductive.
- Organiser des réunions de sensibilisation et de plaidoyer à tous les niveaux.

- Intégrer les données sur l'offre de services sur l'infécondité/infertilité dans le SISNU.
- Former et recycler des prestataires de soins sur le counseling et prise en charge des troubles de la ménopause et d'infertilité.

## Domaine 2. Santé de la Femme Enceinte et de la Mère

**Impact 2. Le taux de décès maternel est réduit de 328 à 264/100 000 naissances vivantes d'ici fin 2030.**

**Effet 2.1 L'offre du paquet complet des services prénataux (SPN) est assurée dans 100% des établissements sanitaires conformément au Paquet Essentiel de Services (PES) d'ici la fin 2030.**

**Produit 2.1.1.** D'ici 2030, au moins 90% des femmes enceintes bénéficient d'une 4<sup>e</sup> CPN au cours de la grossesse et reçoivent le paquet complet des services de CPN selon les directives du PES et au moins 70% de ces FE bénéficient d'une première CPN au 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse au niveau institutionnel.

### **Interventions prioritaires**

- ❖ Amélioration de l'offre du paquet complet de la CPN conformément au PES.
- ❖ Renforcement des capacités des prestataires en CPN sur l'offre du paquet complet de la CPN conformément au PES

### **Actions prioritaires**

- Assurer l'offre du paquet complet de services CPN de qualité aux FE dans 100% des établissements sanitaires, incluant les services de santé de routine et des troubles de la grossesse, le dépistage précoce et traitement de la malaria, la gestion des perturbations et troubles mentaux, la prévention et traitement des troubles urinaires et des infections des voies génitales basse vaginales visant la prévention de la septicémie maternelle, la détection précoce des maladies cardiovasculaires (HTA, diabète etc...) visant la prévention de la prééclampsie et du diabète gestationnel.
- Mettre à jour (s'il y a lieu) et partager le paquet complet de l'offre des services de la CPN à tous les partenaires et établissements sanitaires à travers les dix départements sanitaires du pays.
- Assurer la couverture vaccinale recommandée, le vaccin DT (diphtérique et tétanique) et l'hépatite B pour toutes les FE tant au niveau institutionnel que communautaire respectivement pour se protéger contre le tétanos néonatal.
- Assurer le conseil et le dépistage du VIH/syphilis/hépatite B à au moins 95% des FE.
- Rendre disponible l'auto-dépistage assisté du VIH et le test de dépistage rapide de la malaria au profit des FE dans tous les centres de santé communautaire.
- Offrir des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action (MILDA) annuelles aux FE, incluant les femmes allaitantes et mères des enfants de moins de 5 ans, pour lesquelles les besoins ont été identifiés dans le cadre de la prévention de la malaria.
- Mettre à jour les capacités techniques de prestataires de soins et de personnels communautaires sur l'offre du paquet complet des services de la CPN.
- Equiper les services CPN en intrants et médicaments essentiels, équipements et réactifs de laboratoire nécessaires à l'offre de services CPN complets et de qualité, pour les services de santé de routine, troubles de la grossesse et autres problèmes de santé (HTA,

<p>diabète, santé mentale, malaria, maladies transmissibles, troubles urinaires, infections des voies génitales etc...)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer l'impression et la reproduction de 500 fiches techniques, guides et supports d'information et de communication (IEC) sur l'offre de soins prénatals.</li> </ul>
<p><b>Produit 2.1.2.</b> D'ici 2030, la prévalence de l'anémie ferriprive chez la FE diminue de 50%.</p>
<p><b>Interventions prioritaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Lutte contre les carences en micronutriments chez les FE.</li> </ul> <p><b>Actions prioritaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser des séances d'IEC et counseling au niveau institutionnel ou communautaire à l'égard des FE sur leurs besoins nutritionnels, du nouveau-né et de celui de l'enfant.</li> <li>• Assurer le déparasitage et la supplémentation en fer, acide folique, zinc, calcium et supplémentation alimentaire (aliment équilibré en énergie et protéine) d'au moins 70% de FE, tant au niveau institutionnel que communautaire, pour combattre l'anémie ferriprive.</li> <li>• Rendre accessible et gratuit les intrants pour le déparasitage et la supplémentation nutritionnelle des FE dans tous les établissements sanitaires du pays offrant la CPN</li> <li>• Institutionnaliser le test de dépistage de l'anémie falciforme lors des CPN.</li> </ul>

**Effet 2.2. Les décès maternels survenus dans les structures hospitalières (ratio de mortalité maternelle hospitalière) sont réduits de 30% d'ici à 2030.**

<p><b>Produit 2.2.1.</b> D'ici 2030, les naissances assistées par un personnel de santé qualifié augmentent de 41,7% à 60% (accouchements institutionnels) pour une prise en charge adéquate de la mère et du nouveau-né dans les 24 heures suivant la naissance.</p>
<p><b>Interventions prioritaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Poursuite de l'extension et le renforcement de la stratégie des SONU.</li> <li>❖ Amélioration de l'accès, de la disponibilité et de la continuité des soins SONU.</li> <li>❖ Amélioration de la disponibilité des produits, fournitures et médicaments vitaux pour la santé maternelle, néonatale et infantile dans tous les établissements SONU.</li> </ul> <p><b>Actions prioritaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer et/ou mettre à niveau 25 nouveaux SONUB dans le cadre de la mise à l'échelle des CS en SONUB.</li> <li>• Mettre à jour la cartographie des SONU.</li> <li>• Réhabiliter ou rendre fonctionnel 15 SONUC conformément aux directives.</li> <li>• Recruter et rendre disponible au moins 100 sage-femmes additionnels pour combler l'écart en matière de ressources humaines en santé. Renforcer la disponibilité de RH à savoir Obstétriciens, Infirmières anesthésistes, Infirmières, Sage-femmes et autres dans les structures à fonction SONU en quantité et en qualité suivant les normes SONU.</li> <li>• Equiper et rendre disponible dans 100% des services SONU, matériels, équipements et intrants nécessaires pour la prestation continue des SONU (kits d'accouchement, table d'accouchement, tables d'examen, lits hospitaliers, sonographie, buffet d'urgence, Kits de césarienne, kits d'AMIU, ventouse, bonbonne d'oxygène, sac, masque pour la réanimation néonatale, médicaments traceurs SR et SENN etc...).</li> </ul>

- Conduire une visite semestrielle de supervision et de mentorat par département au profit du personnel de soins des SONU dans le cadre du renforcement du monitoring SONU.
- Renforcer les équipes départementales pour la supervision formative et continue, et le mentorat dans les SONU.
- Mettre en place un système de surveillance de la disponibilité des produits vitaux incluant les produits sanguins dans les établissements SONU afin de s'assurer que le stock des médicaments traceurs maternels et SENN soit maintenu à au moins 80 %.
- Organiser la mise en réseau des services SONU avec les autres établissements sanitaires et le milieu communautaire dans une perspective de renforcement du système de référence et contre référence pour les urgences et complications obstétricales majeures et d'amélioration de la communication entre les établissements sanitaires.
- Redynamiser les comités d'évacuation ainsi qu'un système de référence fonctionnelle avec moyen de communication.
- Revoir et mettre à jour les directives SONU y compris les fiches techniques et aides mémoires.
- Assurer la disponibilité d'interprètes de langue des signes dans les SONU (ou de personnels formés à cet effet).
- Favoriser l'accès physique des bénéficiaires, femmes et filles à mobilité réduite et/ou vivant avec un handicap par la mise en place de rampes dans les SONU (selon les normes de la DOSS).

**Produit 2.2.2.** D'ici 2030, les institutions de santé offrant des SONU avec les fonctions essentielles et services SSR de qualité, respectueux) augmentent de 35% à 50% pour la PEC des urgences obstétricales, chirurgicales et pédiatriques

#### **Interventions prioritaires**

- ❖ Renforcement des capacités des institutions SONUB et SONUC visant à offrir des accouchements sûrs et des soins en postabortum de qualité et de manière continue.
- ❖ Renforcement des capacités des SONU dans la PEC des urgences et complications obstétricales majeures ainsi que celle des complications des avortements.
- ❖ Amélioration de l'accessibilité, de la disponibilité et de l'utilisation du sang et des produits sanguins sûrs pour couvrir les services SONUC.

#### **Actions prioritaires**

- Conduire des Monitoring semestriels départementaux des services SONU.
- Réaliser un rapport annuel national Monitoring SONU par la DSF et avec le support technique et financier de ces PTF.
- Assurer la mise en œuvre des recommandations issues des monitoring et des revues des décès incluant des autopsies verbales
- Équiper les services SONU en intrants, matériels tels ventouse, AMIU, sonographie pour les neuf fonctions essentielles des SONU.
- Former des prestataires de soins pour actualiser leurs connaissances et leurs compétences en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (césarienne, avortement...), sur les soins après avortements (SAA) et sur l'Aspiration Manuelle Intra-Utérine (AMIU) et les accouchements instrumentalisés
- Former prestataires de soins dans les services SONU sur l'approche de soins centrée sur les patients et les soins maternels respectueux.

- Organiser des stages de formation à l'endroit des médecins résidents dans les centres de formation sur la réparation chirurgicale des fistules obstétricales et autres interventions obstétricales majeures.
- Rénover, blocs opératoires et maternités de 10 SONU.
- Plaidoyer auprès du MAST, du MSPP et des PTF du MSPP pour développer et mettre en place un mécanisme de protection et de sécurité sociale dans les SONU en faveur des femmes enceintes les plus vulnérables, selon une approche de justice sociale.
- Créer/rénover 10 banques/dépôts de sang départementales dans des SONUC en collaboration avec le Programme National de Sécurité Transfusionnelle (PNST).
- Acquérir du matériel et des fournitures pour la collecte de sang sûr et la conservation des produits sanguins pour rendre 10 centres de transfusions sanguine fonctionnelle au niveau départemental.
- Former et renforcer les capacités techniques des prestataires de soins des SONU et des laboratoires en sécurité transfusionnelle.
- Rendre systématique l'identification du typage / Groupe sanguin.
- Mettre en place des maisons d'attentes pour les femmes enceintes à proximité des HCR afin d'améliorer l'accès aux soins des populations vivant dans des zones reculées ou ayant un accès limité aux services et réduire les délais des femmes en travail avec des complications obstétricales et néonatales.
- Discuter de la mise en place d'un réseau de taxis ambulance avec les SONU accessible via téléphone (ou application mobile) visant aller récupérer les femme enceintes en travail et les conduire au SONU le plus proche.

**Produit 2.2.3.** D'ici 2030, le cadre et l'utilisation de la SDMPR sont mis en œuvre dans 100% des SONU.

#### **Interventions prioritaires**

- ❖ Amélioration de la surveillance des décès maternels, périnataux et réponses (SDMPR).
- ❖ Mise en place d'un mécanisme de suivi et de contrôle de la mise en œuvre de la stratégie SDMPR.

#### **Actions prioritaires**

- Mettre à jour les lignes directrices pour la surveillance et la réponse aux décès maternels (SDMR) pour ajouter les décès néonataux/périnataux.
- Diffuser les lignes directrices pour la surveillance et la réponse aux décès maternels et néonataux/périnataux.
- Rendre disponible les outils de collecte, d'analyse et de rapportage des décès au niveau des SONU pour la SDMPR.
- Redynamiser le (1) comité national, et les 10 comités départementaux SDMPR (définition/actualisation des TDR des comités, plan de travail à jour).
- Redynamiser les 90 comités institutionnels SDMPR des SONU (définition /actualisation des TDR des comités, plan de travail à jour).
- Renforcer les comités de revue des institutions telles HCR, HD et HU.
- Organiser une (1) réunion annuelle nationale technique sur la SDMR avec le comité national SDMPR.
- Organiser 10 réunions semestrielles techniques départementale sur la SDMPR, avec une réunion avec chacun des comités départementaux.

- Organiser une (1) réunion trimestrielle au niveau des sites SONU par les comités institutionnels sur la SDMPR.
- Organiser des visites d'encadrement trimestrielles du niveau central et départemental de la DSF vers les SONU sur la SDMPR.
- Publier et diffuser le rapport annuel national sur la SDMPR.
- Mettre à jour les différents formulaires de collecte de données développés dans le cadre de la SDMR afin d'introduire dans ces derniers les indicateurs en lien aux décès périnataux à tous les niveaux (central, départemental et institutionnel)
- Former et renforcer les compétences techniques des prestataires de soins des SONU sur les directrices techniques de la SDMPR.
- Organiser des sessions d'orientation sur le processus de mise en place de l'alerte des décès maternels et périnatals en faveur des ASCP au niveau communautaire et sur les formulaires SDMPR.
- Organiser la revue de tous les décès institutionnels et effectuer des autopsies verbales en cas de décès maternels suspects.
- Conduire une analyse de la performance de la SDMPR au cours de la mise en œuvre du plan stratégique.

### Domaine 3. Santé du Nouveau-Né

**Impact 3. Le taux de décès néonatal est réduit de 32 à 20 pour 1000 naissances vivantes d'ici fin 2030.**

**Effet 3.1. L'offre des soins essentiels du nouveau-né (SENN) de qualité est assurée dans 100% des SONU d'ici fin 2030.**

**Produit 3.1.1.** D'ici 2030, au moins 80% des nouveau-nés sont pris en charge dans les 24 heures suivant la naissance, selon le protocole du MSPP.

#### **Interventions prioritaires**

- ❖ Renforcement de la capacité de prise en charge néonatale dans 50% des SONU.
- ❖ Renforcement du dispositif de prise en charge des femmes et des nouveau-nés en situation d'urgence.

#### **Actions prioritaires**

- Former et renforcer les compétences techniques des prestataires de soins des sites SONU aux soins essentiels du nouveau-né (SENN) en vue de dispenser des SENN de qualité.
- Former et renforcer les compétences techniques des prestataires de soins des sites SONU en anesthésie et réanimation néonatale.
- Equiper 50% des SONU en matériel de réanimation néonatale et d'équipements de prise en charge des prématurés tels que, ballons/masques Ambubag, dispositifs d'aspiration, tables de réanimation avec chauffage radiant) et en équipements essentiels pour la prise en charge des nouveau-nés malades, notamment : concentrateurs d'oxygène, appareils de photothérapie, aspirateurs, thermomètres à faible lecture, thermomètres d'ambiance.
- Assurer l'approvisionnement continu des SONU en médicaments vitaux (tracers) SR et SENN tels que : gentamicine injectable, amoxicilline DT injectable, cloxacilline injectable, vitamine K1 injectable, phénobarbital injectable.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer et/ou rénover des unités/salles de soins néonataux dans plusieurs SONU ciblés.</li> <li>• Assurer la disponibilité du dispositif minimum d'urgence lors des crises humanitaires.</li> <li>• Former des prestataires qualifiés sur le Dispositif Minimum D'Urgence dans les zones en situation de crise.</li> <li>• Assurer le suivi des recommandations des réunions du GT DMU SSR.</li> </ul>
<p><b>Produit 3.1.2.</b> D'ici 2030, au moins 50% des sites SONU mettent œuvre la méthode Kangourou.</p>
<p><b>Interventions prioritaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Amélioration de la prise en charge des petits poids de naissance et des prématurés.</li> </ul> <p><i>Actions prioritaires</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaliser une évaluation des besoins des SONU pour l'offre de soins maternels kangourous (SMK).</li> <li>• Former et renforcer les capacités techniques des prestataires de soins en SMK afin de pouvoir prodiguer des soins de qualité aux nouveau-nés prématurés.</li> <li>• Equiper les sites SONU retenus pour l'offre de soins maternels kangourous (SMK) en matériels et équipements appropriés (lits SMK, literie, balances, thermomètres à lecture basse et gobelets calibrés).</li> </ul>
<p><b>Produit 3.1.3.</b> D'ici 2030, 95% des femmes accouchées (milieu institutionnel ou non institutionnel) reçoivent les soins postnataux appropriés (consultations postnatales/visites domiciliaires) entre la période allant de 0 heure au 42<sup>e</sup> jour après l'accouchement.</p>
<p><b>Interventions prioritaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Augmentation de la couverture et de la qualité des soins postnatals.</li> <li>❖ Renforcement des interventions communautaires dans le cadre de la survie du nouveau-né.</li> </ul> <p><i>Actions prioritaires</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Révision et mise à jour des directives relatives aux soins postnatals.</li> <li>• Offrir un paquet complet des services de CPoN aux accouchées.</li> <li>• Mettre à jour et actualiser les connaissances et les compétences des prestataires de soins et des personnels communautaires en santé en matière de soins postnatals essentiels et de suivi.</li> <li>• Organiser des rencontres des groupes de support mensuel avec les femmes enceintes, les nouvelles mères/allaitantes au niveau des SONU sur les soins à domicile du nouveau-né.</li> <li>• Améliorer le système de communication entre les institutions et les femmes en post-partum immédiat (moins de 42 jours).</li> </ul>

## Domaine 4. Santé Infantile

**Impact 4. Les taux de décès infantiles et infanto-juvéniles sont réduits, respectivement de 59 à 39 pour 1000 naissances vivantes et de 81 à 54 pour 1000 naissances vivantes d'ici fin 2030.**

**Effet 4.1. D'ici 2030, 90% des établissements sanitaires du pays garantiront une offre de services et d'activités prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) institutionnelle et**

**communautaire de qualité conformément aux niveaux de prestations de services de santé défini par le PES.**

**Produit 4.1.1.** D'ici 2030, au moins 95% des hôpitaux, centres de santé et au moins 80% des centres communautaires auront la capacité nécessaire pour assurer une prise en charge adéquate de l'enfant malade

**Interventions prioritaires**

- ❖ Amélioration de la prise en charge des maladies infantiles courantes comme la pneumonie, le paludisme et la diarrhée et autres pathologies conformément aux directives de la PCIME.

**Actions prioritaires**

- Mettre à jour les directives cliniques de la PCIME institutionnelle et communautaire.
- Réviser les modules de formation sur la PCIME.
- Former et renforcer les capacités techniques des prestataires de soins et des personnels communautaires à la prise en charge intégrée des maladies infantiles (PCIME), au triage, à l'évaluation et au traitement d'urgence (TETU) pour la gestion des urgences pédiatriques.
- Equiper des CS, HR, HD assurant la PEC des maladies courantes de l'enfant en intrants, matériels et équipements d'urgence pédiatrique nécessaires tels que concentrateurs d'oxygène, oxymètres de pouls, nébuliseurs, glucomètres, hémostatiques, aspirateurs, ballons/masques Ambubag, pompes à perfusion etc...
- Organiser des visites de supervisions formatives et de mentorat cliniques trimestrielles au niveau des CS, HR, HD pour assurer la prestation de soins pédiatriques et nutritionnels de qualité.

**Effet 4.2. La couverture vaccinale de tous les antigènes du PEV est d'au moins 95% d'ici fin 2030.**

**Produit 4.2.1.** D'ici 2030, la surveillance des maladies évitables par la vaccination est renforcée.

**Interventions prioritaires**

- ❖ Vaccination systématique des moins de 5 ans et couverture en vitamine A maintenue avec une couverture équitable.
- ❖ Intensification de la surveillance des maladies évitables par la vaccination.

**Actions prioritaires**

- ❖ Mettre à jour, publier et diffuser les directives cliniques en matière de vaccination.
- ❖ Assurer la formation continue, recyclage et formation des prestataires de soins et des personnels communautaires sur la vaccination
- ❖ Organiser 10 réunions de coordination annuelle départementale pour discuter de la couverture vaccinale.
- ❖ Appuyer les services de soins de santé primaires des établissements sanitaires dans le développement de document de micro-planification des activités de vaccination (DSD/UAS)

**Produit 4.2.2.** D'ici 2030, au moins 95% des institutions sanitaires du pays disposent de l'ensemble des antigènes du PEV (Pentavalent/DiTPer, polio oral et injectable, Pentavalent et Rotavirus, BCG, vaccin contre la rougeole) de manière continue et sans interruption

**Interventions prioritaires**

- ❖ Amélioration de l'approvisionnement en intrants et la qualité des vaccins

**Actions prioritaires**

- ❖ Assurer la distribution, l'approvisionnement de la chaîne du froid et de la gestion et la qualité des vaccins du PEV.
- ❖ Elaborer et/ou mettre à jour un plan d'achat, de sécurisation et d'approvisionnement des vaccins.

**Effet 4.3. La prévalence de la malnutrition a diminué de 25% chez les enfants d'ici fin 2030** (Prévalence de la malnutrition aiguë (6-59 mois) passe de 6% à 4% et Pourcentage d'enfants présentant la malnutrition chronique passe de 22% à 18% d'ici fin 2030)

**Produit 4.3.1.** D'ici 2030, au moins 95% des enfants bénéficient, dans le cadre du programme de surveillance nutritionnelle, les services de santé appropriés comme le suivi mensuel de la croissance des enfants, le déparasitage, la supplémentation en micronutriments (vitamine A, iode, zinc) visant à prévenir la malnutrition aiguë et les carences en micronutriments.

**Interventions prioritaires**

- ❖ Renforcement de la prévention de la malnutrition.
- ❖ Amélioration des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.
- ❖ Renforcement de la surveillance de la croissance des enfants de moins de cinq ans.

**Actions prioritaires**

- Conduire les activités d'IEC quotidiennes dans les établissements de soins de santé primaires visant à renforcer le counseling en santé et nutrition de la mère, du nourrisson et de l'enfants pour les FE.
- Assurer de manière continue la supplémentation en poudre de multiples micronutriments pour les enfants âgés de 6-23 mois.
- Assurer de manière continue la supplémentation en vitamine A, en Zinc pour les enfants âgés de 6-59 mois et pour les enfants atteints de rougeole.
- Assurer le counseling sur l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant auprès des mères et gardiens d'enfants, des grand – mères et des pères.
- Assurer l'éducation nutritionnelle et le counseling auprès des mères, gardiens d'enfants, des grand – mères et des pères pour soutenir des pratiques optimales d'allaitement au sein au niveau communautaire et des pratiques d'alimentation complémentaires appropriées au niveau communautaire.
- Former et mettre à jour les connaissances des prestataires de soins et des personnels communautaires à tous les niveaux aux nouvelles normes et outils de suivi de la croissance.
- Acquérir et distribuer des toise-taille et des rubans PB à tous les établissements de santé proposant des services de suivi de la croissance des moins de cinq ans.

- Mettre à jour, reproduire et disséminer les livrets de suivi de la croissance des moins de cinq ans (spécifiques au sexe) pour que les établissements de santé puissent proposer des services de suivi de la croissance des moins de cinq ans.
- Organiser de journées communautaires trimestrielles pour la santé infantile.
- Renforcer la stratégie communautaire avec des postes et points de rassemblement communautaires.

**Produit 4.3.2.** D'ici 2030, au moins 95% des établissements sanitaires offrent des services de promotion et suivi de la croissance chez l'enfant (prévention de la malnutrition) et la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée et sévère chez l'enfant et autres maladies nutritionnelles.

#### **Interventions prioritaires**

- ❖ Renforcement de capacités institutionnelles sur la PEC de la malnutrition aiguë.
- ❖ Soutien nutritionnel adapté à la malnutrition aiguë en milieux communautaire et institutionnel.

#### **Actions prioritaires**

- Dépister régulièrement la malnutrition chez tous les enfants de moins de 5 ans fréquentant les établissements de santé.
- Assurer le traitement des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS).
- Assurer la fourniture de la supplémentation nutritionnelle à tous les établissements sanitaires de référence pour le traitement de la des enfants souffrant de malnutrition aiguë modérée (MAM).
- Assurer la supplémentation alimentaire (aliment équilibré en énergie et protéine) pour les enfants à tous les établissements sanitaires de référence pour le traitement de la MAS.
- Assurer la supplémentation alimentaire avec Supplément Lipidique et Nutritionnel en petite quantité (SQ-LNS) pour les enfants à tous les établissements sanitaires de référence pour le traitement de la MAS.
- Former et renforcer les compétences techniques des prestataires de soins et des personnels de santé communautaire sur la surveillance nutritionnelle et la PEC intégrée de la malnutrition aiguë.
- Organiser des cliniques de dépistage actif et de PTA mobile dans les zones d'accès difficile.
- Mettre en place des nouvelles Unités de Surveillance Nutritionnelle (USN) dans les communes à forte prévalence pour la prise en charge des cas sévères de malnutrition.

**Produit 4.3.3.** Les taux et les pratiques d'allaitement maternel exclusifs chez les nourrissons de moins de 6 mois passent de 40% à 70% d'ici 2030.

#### **Interventions prioritaires**

- ❖ Amélioration des taux et des pratiques d'allaitement maternel exclusifs chez les nourrissons de moins de 6 mois.

#### **Actions prioritaires**

- Organiser des sessions de sensibilisation auprès des ASCP à tous les niveaux sur l'importance de l'allaitement maternel précoce et aux techniques d'allaitement maternel.

- Relancer l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé et assurer la promotion de la création des associations de soutien à l'allaitement maternel dans la communauté.

**Effet 4.4. Les nouvelles infections à VIH chez les nouveau-nés sont réduits de 75% d'ici fin 2030** (le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduit à < de 2% d'ici fin 2030).

**Produit 4.4.1.** D'ici 2030, 95% des FE et allaitantes VIH+ reçoivent des ARV pour prévenir la transmission verticale du VIH dans le cadre de la stratégie Dépister et Traiter (Test and Start)

#### **Interventions prioritaires**

- ❖ Renforcement de l'offre et de l'utilisation des services de PTME chez les femmes séropositives enceintes et allaitantes.
- ❖ Amélioration de la prise en charge globale des enfants nés de mères VIH et enfants séropositifs VIH.

#### **Actions prioritaires**

- Assurer l'offre de services de dépistage et de traitement du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et des autres IST dans les points de prestations des services SRMINA en particulier dans les CS, HR, HD.
- Assurer le dépistage du VIH chez les FE et leurs partenaires – Service de partenaire ou la recherche des contacts ou la notification des partenaires pour le VIH et les IST (PCPI)
- Assurer le dépistage du VIH chez les femmes allaitantes, en particulier les mères n'ayant pas été suivies dans les cliniques prénatales ou n'ayant pas accouché dans un milieu institutionnel.
- Promouvoir et rendre accessibles les produits de traitement pour le VIH, la syphilis, l'hépatite B et les autres IST dans les points de prestations des services SRMNIA (ARV, cotrimoxazole, benzathine pénicilline, doxycycline, antiviraux, ciprofloxacine, métronidazole...), en particulier dans les CS, HR, HD.
- Réviser et diffuser les documents normatifs PTME pour y inclure la triple élimination du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B.
- Rendre fonctionnel le réseautage des sites PTME autour des plateformes de diagnostic pour un meilleur transport des échantillons et rendu des résultats.
- Réaliser une évaluation annuelle de la qualité des services offerts en matière de PTME.

**Produit 4.4.2.** D'ici 2030, 95% des nouveau-nés de mères séropositives reçoivent une prophylaxie aux ARV dans les 72 heures suivant leur naissance pour prévenir la transmission verticale du VIH.

#### **Interventions prioritaires**

- ❖ Renforcement des capacités des sites de prestations de prise en charge du VIH pour le dépistage précoce des nouveaux nés entre 0 et 2 mois selon les recommandations de l'OMS.
- ❖ Renforcement du dépistage en salle d'accouchement, ainsi la disponibilité des ARV dans les maternités pour la mère et les enfants exposés.

#### **Actions prioritaires**

- Assurer le dépistage du VIH/syphilis/hépatite B en salle d'accouchement,
- Offrir la prophylaxie ARV aux nouveau-nés de mères séropositives.

- Assurer la disponibilité des ARV et intrants pour la prophylaxie ARV dans les SONU pour la mère et les enfants exposés (kits de dépistage, prélèvements sanguins (DBS)).
- Offrir le dépistage précoce et tardif, au cours de l'allaitement, de la vaccination, de la surveillance nutritionnelle, des enfants nés de mères séropositives VIH.

**Produit 4.4.3.** D'ici 2030, 95% des enfants séropositifs nés de mères séropositives sont mis précocement sous traitement ARV et tout au long de leur cycle de vie (y compris leurs parents séropositifs).

**Interventions prioritaires**

- ❖ Augmentation du pourcentage d'enfants séropositifs au VIH sous traitement antirétroviral.

**Actions prioritaires**

- Assurer la mise sous ARV précoce et le suivi des enfants séropositifs VIH tout au long de leur cycle de vie.
- Assurer le dépistage de fratrie et la vulgarisation de l'autotest pour les conjoints selon une approche de soins centrées sur la famille - Service de partenaire ou la recherche des contacts ou la notification des partenaires pour le VIH et les IST (PCPI)
- Accorder des assistances psychosociales aux mères des enfants séropositifs VIH dans une perspective d'assurer la survie et la rétention en soins des enfants VIH+ (frais scolaires, support nutritionnel, groupes de support, soutien psychologique).
- Mettre à jour les directives pour la prise en charge globale des enfants nés de mères VIH et enfants séropositifs VIH.
- Former et renforcer les capacités techniques des prestataires de soins des sites de PEC sur la prise en charge globale des enfants nés de mères VIH et enfants séropositifs VIH.

## Domaine 5. Santé des Adolescents/Jeunes

**Impact 5. La prévalence des grossesses précoces et non désirées chez les adolescentes est réduite de 10% et la prévalence des IST/VIH/Syphilis/Hépatite B chez les adolescents et les jeunes est réduite de 50% d'ici fin 2030.**

**Effet 5.1. Les paquets de services de santé de qualité adaptés aux besoins des adolescents.es et jeunes sont disponibles dans les établissements sanitaires, en particulier les CD, HCR, HD.**

**Produit 5.1.1.** D'ici 2030, un paquet de services de santé SSR standardisé et de qualité adaptée aux adolescents (10-19 ans) et jeunes adultes (20 à 24 ans) est défini, adapté, renforcé et intégré conformément aux normes internationales dans tous les établissements sanitaires en fonction de leur niveau de prestation de soins conformément au PES.

**Interventions prioritaires**

- ❖ Accroissement de l'offre des services de santé sexuelle et reproductive de qualité, adaptée aux adolescents et aux jeunes dans les établissements sanitaires.

**Actions prioritaires**

- Élaborer et définir un paquet essentiel de services destinés aux adolescents et jeunes, à fournir à chaque niveau de prestation de services.

- Développer et/ou mettre à jour et diffuser les normes nationales (incluant modules de formation des prestataires) pour l'offre de services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux adolescents et aux jeunes.
- Évaluer les besoins de formation continue des différents prestataires de services sur la prestation de services de SSR et de VIH adaptés aux adolescents et aux jeunes.
- Examiner, élaborer, adapter et imprimer des supports de formation, y compris un plan de formation pour la mise en œuvre des normes nationales pour les services de SSR adaptés aux adolescents et aux jeunes.
- Former et renforcer les capacités techniques des prestataires de soins en santé en droits sexuels et reproductifs des adolescents et jeunes.
- Acquérir l'équipement, le matériel et les fournitures essentiels pour les services de SSR et de VIH adaptés aux adolescents et aux jeunes.
- Développer, adapter et imprimer des outils pour une supervision formative intégrée de la prestation de services adaptés aux adolescents et aux jeunes dans les points de prestation de services.

**Effet 5.2. Les comportements sexuels à risque chez les jeunes et adolescents ont sensiblement diminué grâce à la mise en place d'activités SSR adaptés aux adolescents et jeunes (15 à 24 ans) d'ici fin 2030.**

**Produit 5.2.1.** D'ici 2030, les connaissances, les compétences et les comportements positifs en matière de sexualité et de santé reproductive chez les adolescents sont améliorés et renforcés.

#### **Interventions prioritaires**

- ❖ Renforcement des connaissances, compétences et comportements positifs des adolescents en matière de sexualité et de santé reproductive.
- ❖ Augmentation des points de prestations communautaires proposant des services complets d'éducation sexuelle et de SSR.
- ❖ Extension des espaces jeunes aussi bien public que privé et mixte dans les départements.

#### **Actions prioritaires**

- Développer et mettre en œuvre un plan de communication intégré SSRAJ (sexualité à moindre risque).
- Organiser des ateliers de dissémination du plan de communication intégré SSRAJ.
- Réviser, adapter, harmoniser, imprimer et distribuer des supports nationaux d'IEC/CCC relatifs à la SSR des adolescents et des jeunes (éducation par les pairs, compétences de vie, guide parental).
- Elaborer des messages adaptés pour la promotion de comportements traditionnels positifs, sains et valorisés en matière de SSRAJ.
- Développer les interventions en milieu scolaire et non scolaire sur l'éducation sexuelle, la lutte contre les VBG, la PF, les, IST/VIH/Syphilis/Hépatite B, le respect des droits humains, l'égalité de genre au profit des adolescents et des jeunes.
- Appuyer les OSC et OCB à l'organisation des séances d'éducation et de sensibilisation au profit des adolescents et jeunes sur la SSR, sur l'éducation à la vie et à l'amour et autres problèmes sociaux touchant les adolescents et les jeunes (la toxicomanie, l'alcoolisme, le tabagisme).

- Développer des programmes de sensibilisation pour les adolescents dans les établissements scolaires, incluant des clubs d'identité de même sexe/de même genre et des éducateurs pairs formés aux méthodes de prévention du VIH/SIDA, à la SSR, au droit au consentement, à la lutte contre la VBG, à la non-discrimination des personnes séropositives et à l'égalité de genre.
- Former des pairs-éducateurs adolescents/jeunes sur la problématique des jeunes, médias et réseaux sociaux de manière à renforcer l'accès de ces derniers à l'information en matière de SSR.
- Mettre en place des Clubs de "futurs partenaires modèles" au niveau des centres jeunes.
- Aménager et équiper des espaces conviviaux adolescents/jeunes dans tous les points de prestations de service suivant le PES pour l'offre de services SSR capable de répondre à leurs besoins (centres jeunes récréatifs et polyvalents).

**Produit 5.2.2.** D'ici 2030, l'offre de services complet pour le VIH, les hépatites, la syphilis, les autres IST est disponible et accessible aux adolescents/adolescentes et les jeunes dans les établissements sanitaires et dans la communauté dans une perspective de réduction de la prévalence des IST/VIH/Syphilis/Hépatite B chez les adolescents, adolescentes et jeunes.

#### **Interventions prioritaires**

- ❖ Renforcement de l'offre de services complet pour le VIH, les hépatites, la syphilis, les autres IST aux adolescents/adolescentes et les jeunes dans les établissements sanitaires et dans la communauté.
- ❖ Augmentation de la couverture vaccinale contre le HPV au niveau national dans le cadre de la prévention du cancer du col.

#### **Actions prioritaires**

- Élaborer les recommandations nationales pour la vaccination des adolescents et adolescentes de moins de 15 ans contre le VPH dans le cadre de la prévention du cancer du col.
- Développer, reproduire et distribuer les supports de formation et d'information et d'information sur le VPH.
- Mettre en place au niveau institutionnel et communautaire un micro plan de vaccination développé par les SONU pour la vaccination des filles contre le HPV dans le cadre d'un plan national du programme de vaccination contre le VPH.
- Assurer l'offre de dépistage et la prise en charge du VIH/syphilis/ hépatite B et des autres IST au profit des adolescents, des adolescentes et jeunes dans les CS, HR, HD ainsi que dans les PPS de santé communautaire gérés par des OCB, OCS et des PTF (tels que, les centres Lakay FOSREF, les centres SEROVie...), selon les directives nationales.
- Rendre disponible la PrEP dans les points de prestations de dépistage du VIH au profit des adolescents, adolescentes et jeunes à risque de contracter le VIH (HARSAH, PS, TG, adolescents/jeunes avec un handicap ou à mobilité réduite).
- Rendre accessibles et gratuits les vaccins contre les HPV dans 100% des SONU.

### **Effet 5.3. La promotion de comportements favorables à la santé auprès des adolescents.es et jeunes, est renforcée d'ici fin 2030.**

**Produit 5.3.1.** D'ici 2030, les services de promotion de la santé auprès des adolescents.es et jeunes et touchant les parents, les réseaux communautaires et les organisations de la société civile sont disponibles à tous les niveaux du système de soins.

#### **Interventions prioritaires**

- ❖ Renforcement des liens et des capacités entre les différentes parties prenantes du gouvernement, du secteur privé et des OSC intervenant dans la santé sexuelle et reproductive des adolescents et adolescentes.
- ❖ Mise en place des programmes de prévention et de promotion de la santé globale des adolescents et des jeunes en partenariat avec d'autres ministères tels que le, MENFP, MJSAC, MCFDF, MAST, MJSP...

#### **Actions prioritaires**

- Mettre en place un groupe de travail national pour plaider en faveur de la mobilisation et de l'allocation de ressources pour les interventions en faveur de la santé sexuelle et reproductive des adolescents à tous les niveaux.
- Soutenir l'utilisation des structures communautaires existantes (OSC, OCB, chefs religieux, parents) pour atteindre les jeunes avec des informations sur la santé sexuelle et reproductive adaptées à leur âge et les orienter vers les services.
- Soutenir les associations de femmes, de jeunes dans la création d'activités génératrices de revenus et d'incubateurs d'entreprises sociales en renforçant les compétences de leurs représentants en gestion de projets, en montage d'entreprises sociales et en mobilisation de ressources.
- Développer et/ou mettre à jour avec le MENFP le curriculum de formation sur l'éducation sexuelle complète des adolescents ciblant les élèves du niveau primaire et secondaire.
- Renforcer l'intersectorialité avec le MENFP et le MJSAC pour l'intégration de l'éducation à la sexualité dans les programmes de formation scolaire.
- Renforcer les compétences techniques de formateurs et des enseignants sur le curriculum de formation sur l'éducation sexuelle complète des adolescents.
- Mettre en place un programme de sensibilisation auprès des enseignants et élèves sur la contraception responsable, la prévention et lutte contre les abus d'alcool et drogues au niveau des écoles secondaires.
- Développement d'un module de formation sur la prévention contre la surcharge pondérale et l'obésité en milieu scolaire et autres outils de sensibilisation (fiche technique, pamphlets...)
- Faire la promotion pour un mode de vie sain (alimentation saine, activité physique...) auprès des adolescents et jeunes en milieu scolaire auprès des enseignants et des directeurs d'écoles.
- Organiser un atelier de réflexion autour de la promotion de l'utilisation des NTIC dans la diffusion de l'information sur la SSR au profit des adolescents et jeunes.
- Développer avec CADME et partager des messages de santé adaptés simples, visuels et en créole au bénéfice des adolescents et jeunes en utilisant les plateformes populaires (WhatsApp, TikTok, Facebook) avec micro-vidéos éducatives sur des thématiques

diverses telles que : prévention VBG, prévention et lutte contre les abus d'alcool et drogues, promotion de bonnes hygiènes de vie, prévention et prise en charge des IST.

## Domaine 6. Santé des personnes âgées

**Impact 6. La morbidité chez les personnes du 3<sup>e</sup> âge liée à la santé sexuelle, reproductive, aux maladies non transmissibles et aux autres problèmes courants de santé est réduite.**

**Effet 6.1. Les services de santé sexuelle, reproductive et ceux liés aux maladies non transmissibles et autres problèmes courants de santé visant les personnes âgées de 65 ans et plus sont accrus d'ici 2030.**

**Produit 6.1.1.** D'ici 2030, les personnes du 3<sup>e</sup> âge bénéficient des services de santé intégrés, de qualité, équitables, centrés sur la personne et adaptés aux besoins des personnes âgées en matière de SSR, maladies non transmissibles et autres problèmes courants de santé notamment les syndromes gériatriques et les déficits physiques et mentaux.

### **Interventions prioritaires**

- ❖ Renforcement de l'offre, de l'accessibilité et de la disponibilité de services de santé adaptés aux personnes âgées dans les établissements sanitaires et communautaires.
- ❖ Renforcement des capacités techniques des prestataires de soins et personnels communautaires pour l'offre services de soins adaptés aux personnes âgées.

### **Actions prioritaires**

- Conduire une évaluation rapide sur les questions relatives aux problèmes de santé touchant les personnes âgées, en particulier la SSR, les maladies non transmissibles, les syndromes gériatriques et les déficits physiques et mentaux dans une perspective de pouvoir disposer les données actualisées sur la situation de l'état de santé des personnes âgées.
- Intégrer la gériatrie et la prise en charge du 3<sup>e</sup> âge dans le paquet de soins essentiels.
- Mettre à jour le paquet de services de santé aux personnes âgées tout en assurant d'intégrer dans ce paquet l'évaluation des capacités intrinsèques (vision, audition, nutrition, mobilité, cognition, capacités psychologiques) et/ou du fonctionnement (aptitude à réaliser les activités de la vie quotidienne, qu'elles soient de base ou instrumentales).
- Élaborer et disséminer les lignes directrices sur l'offre de services de santé visant la SSR, les maladies non transmissibles, les syndromes gériatriques et les déficits physiques et mentaux des personnes âgées.
- Organiser des sessions de travail pour actualiser le paquet de services de santé et définir les lignes directrices adaptées sur les soins des personnes âgées.
- Développer un plan de formation au profit des prestataires de soins et communautaires en soins gériatriques, en particulier sur la gestion de la sexualité des personnes âgées et la PEC de la ménopause, andropause, dysfonctionnements sexuels,
- Former les prestataires de soins et personnels communautaires en soins gériatriques, avec un accent particulier sur la gestion de la sexualité des personnes âgées et la PEC de la ménopause, andropause, dysfonctionnements sexuels, les troubles mentaux, les droits

sexuels et les besoins des personnes âgées en matière de santé (formations ICOPE de l'OMS)

- Mettre en place des services de santé SSR et de gestion des maladies non transmissibles adaptés aux personnes âgées et des services de conseil au sein des autres services de SRMNIA dans le cadre d'une approche globale du parcours de vie.
- Intégrer le dépistage systématique (HTA, diabète, cancers, évaluation auditive, visuelle, santé mentale etc...) dans les services de santé au profit des personnes âgées.
- Equiper les services de santé en intrants (médicaments, produits de labo, matériels, outils et fiches techniques) nécessaires capable d'assurer le dépistage systématique des affections et troubles de santé des personnes âgées et la qualité des services.

## **Effet 6.2. Les actions de prévention et de promotion de la santé face aux problèmes courants de santé chez les personnes âgées sont accrues d'ici 2030.**

**Produit 6.2.1.** D'ici 2030, les bénéficiaires (personnes âgées) et les communautés sont informés et sensibilisés sur les problèmes courants de santé touchant les personnes âgées.

### **Interventions prioritaires**

Renforcement des interventions de communication pour le changement social et communautaire (CCSC) pour une meilleure sensibilisation des bénéficiaires (personnes âgées) et la communauté aux problèmes courants de santé touchant les personnes âgées.

### **Actions prioritaires**

- Organiser des activités de sensibilisation et d'IEC dans les établissements sanitaires et la communauté sur l'importance des soins gériatriques visant à faire évoluer les mentalités, les représentations sociales des membres de la communauté sur la sexualité et les problèmes courants de santé des personnes âgées.
- Organiser les visites domiciliaires notamment pour les personnes âgées, en particulier celles à mobilité réduite et/ou vivant avec un handicap dans une perspective d'accessibilité universelle.
- Mettre en place un programme de gratuité des soins et médicaments au profit des personnes âgées dans les établissements sanitaires dans une perspective de favoriser leur accessibilité aux soins de santé mais également réduire leur niveau de vulnérabilité face à la pauvreté.
- Développer et Diffuser de messages positifs au sein de la communauté montrant la valeur de chaque génération.
- Organiser annuellement une campagne nationale de prévention des maladies courantes aux personnes âgées visant à sensibiliser la communauté sur les bienfaits de vieillir en bonne santé et faire face à la stigmatisation et aux maltraitances.
- Plaider pour l'intégration systématique de la santé du 3<sup>e</sup> âge dans les politiques publiques de santé.
- Développer et Intégrer un module sur la diversité liée à l'âge dans les programmes de formation scolaire au bénéfice des enseignants
- Plaidoyer auprès de la DOSS et autres secteurs pour la transformation des établissements sanitaires en des environnements de soins de santé adaptés aux personnes âgées (rampes, toilettes...), regroupant un grand nombre de personnes à mobilité réduite.

## Domaine 7. Gouvernance et Suivi Stratégique

**Impact 7. Les capacités de gouvernance, de coordination et de suivi/évaluation de la SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge sont renforcées et résilientes durant la période 2026- 2030.**

**Effet 7.1. Les mécanismes de gouvernance, de coordination et d'intersectorialité sont renforcés pour assurer le suivi du PS SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge 2026-2030.**

**Produit 7.1.1.** D'ici 2030, le cadre légal en SSR permettant de garantir la santé et les droits sexuels et reproductifs, l'égalité des genres en faveur des adolescents, adolescentes, jeunes et adultes est mis à jour et/ou renforcé.

### **Interventions prioritaires**

- Amélioration du cadre légal pour favoriser l'accès des adolescents (10 à 19 ans), des jeunes et des hommes aux services de santé SSR approprié, adaptés et de qualité sensible au genre et respectueux des droits humains.
- Renforcement du cadre légal pour la mise en œuvre de la PMA (Procréation médicale assistée).

### **Actions prioritaires**

- Examiner les politiques, lois et décrets nationaux existants afin de les conformer aux conventions internationales et régionales sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des adolescents et au droit à la santé des personnes du 3<sup>e</sup> âge.
- Actualiser et adapter le cadre légal en santé sexuelle et reproductive (SSR) aux besoins des adolescents, adolescentes, des jeunes, des femmes et des hommes afin de garantir les droits humains, l'égalité des genres et améliorer la santé de tous.
- Plaidoyer menée par la Haute instance du MSPP en collaboration avec les ministères sectoriels (MJSP, MAST) et autres PTF impliqués dans la SRMNIA pour le développement d'un cadre juridique visant à promouvoir, faire respecter et suivre l'application les principes d'égalité des sexes et de non-discrimination fondée sur le sexe.
- Plaidoyer auprès des autorités sanitaires et universitaires pour l'intégration et/ou le renforcement d'une approche globale sur la santé et les droits sexuels et des populations vulnérables dans le cursus universitaire des écoles de formation des sciences de la santé (médecine, infirmière, sage-femmes).
- Plaidoyer contre les lois et politiques discriminatoires et le changement des attitudes et comportements qui sont une cause et une conséquence des inégalités entre les sexes, de la violence basée sur le genre et des disparités pour les femmes.
- Plaidoyer auprès du MSPP et du MCFDF pour la validation des normes relatives à la gestion des espaces sûrs dans le cadre de la lutte contre les VBG et de la réhabilitation des survivantes de VBG.
- Plaidoyer auprès des autorités pour réduire l'âge de consentement afin que plus d'adolescents à risque de VIH puissent accéder aux services nécessaires liés à la PF, au VIH/syphilis/hépatites B et aux autres IST.
- Développer et rendre disponible le cadre juridique pour la mise en œuvre de la Procréation Médicale Assistée (PMA).
- Définir et assurer la mise en œuvre d'un code de conduite et de responsabilités à l'usage du personnel de soins pour la protection des bénéficiaires contre les abus, stigmatisation et discrimination venant du système de soins et communautaire.

**Produit 7.1.2.** D'ici 2030, les cadres et mécanismes de coordination impliquant tous les intervenants en matière de SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge mis en place sont fonctionnels au niveau central, départemental, et institutionnel.

**Interventions prioritaires**

- ❖ Renforcement des organes de coordination du MSPP à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour le suivi de la mise en œuvre du Plan stratégique SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge 2026-2030.

**Actions prioritaires**

- Actualiser les TDR du Groupe Thématique SSR par la DSF dans le cadre d'un processus de redynamisation des acteurs et de fonctionnement du groupe de travail au niveau central.
- Organiser deux (2) réunions semestrielles du Groupe Thématique SSR par la DSF en collaboration avec les autres acteurs impliqués dans les interventions en lien avec la SSR dans le cadre du suivi stratégique du PS SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge 2026-2030.
- Produire un rapport annuel sur les réunions semestrielles du groupe thématique SSR.
- Organiser quatre (4) réunions trimestrielles du Groupe de Travail du Dispositif Minimum d'urgence pour la Santé Sexuelle et Reproductive (GT DMU-SSR) par la DSF dans le cadre de l'amélioration de la disponibilité, de l'accès et de la qualité de l'offre des services SSR d'urgences en faveur des populations affectées par des crises sanitaires et humanitaires.
- Organiser un (1) atelier SSR intégré national annuel réunissant l'ensemble des directeurs départementaux, des responsables SR, SM, SI des directions départementales sanitaires du pays.
- Réaliser et mettre à jour une cartographie des partenaires techniques impliqués dans l'offre des services de santé en SRMNIA, y compris le secteur privé, tenant compte de leurs domaines et zones d'interventions.

**Produit 7.1.3.** D'ici 2030, la DSF et les autres directions centrales du MSPP dont, l'UCPNANu, l'UCNPV-DPEV, l'UCMIT/PNLS, la DPMMT, le PNST, la DPSPE, DOSS, UEP, UNGUS, DRH, DSI et autres entités impliquées dans la coordination des interventions de SRMNIA et du 3<sup>e</sup> âge (incluant le niveau départemental) agissent de manière synergique, coordonnée et optimale dans une perspective d'alignement des efforts, d'efficacité et d'efficience pour l'atteinte des objectifs du plan stratégique.

**Interventions prioritaires**

- ❖ Renforcement de la concertation et de la collaboration des différentes structures du MSPP impliquées dans la SRMNIA (DSF, UCPNANu, UCNPV, UCMIT/PNLS, DPMMT, DPSPE, DOSS, PNCM, UEP, UNGUS, PNST, DRH, DSI...).

**Actions prioritaires**

- Mettre en place un (1) groupe de travail interne entre la DSF et les autres directions du MSPP qui ont pour mission de travailler à l'atteinte des objectifs de réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile en l'occurrence, l'UCPNANU, l'UCNPV, l'UCMIT, la DPMMT, PNST et autres (élaborer les TDR du Groupe).

- Organiser une (1) rencontre de travail interne semestrielle des directions centrales impliquées dans la coordination des services de santé en SRMNIA afin d'assurer le suivi opérationnel et stratégique des activités planifiées (Par exemple, suivi sur l'accessibilité des patients et la disponibilité de postes/dépôts de sang au niveau des SONUC et SONUB).
- Orienter les directeurs des DSD et coordonnatrices départementales SR/SM/SI, vaccination, nutrition, VIH sur la gestion et la coordination des services intégrés de SRMNIA.
- Développer le plan opérationnel du Plan stratégique SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge 2026-2030.
- Développer le plan intégré départemental pour l'offre de services SSR aux adolescents et jeunes.
- Développer le plan stratégique des adolescents et des jeunes

**Produit 7.1.4.** D'ici 2030, le cadre de partenariat et de collaboration intersectorielle avec les autres secteurs non-santé impliqués dans la SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge sont redynamisés et renforcés.

#### **Interventions prioritaires**

- ❖ Organisation et renforcement du partenariat autour de la SRMNIA, y compris le partenariat public/privé

#### **Actions prioritaires**

- Définir et diffuser les responsabilités des autres ministères sectoriels dans la coordination, la collaboration, l'intégration et l'offre de services SRMNIA pour l'atteinte des résultats attendus PSN SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge 2026-2030.
- Actualiser les TDR des tables sectorielles sur la thématique SSR dans le cadre d'un processus de redynamisation des acteurs et de fonctionnement du groupe de travail au niveau départemental.
- Organiser 10 tables sectorielles sur la thématique SSR par semestre par les directions départementales sanitaires du pays avec la participation des divers partenaires et secteurs intervenant dans les services SSR dans les aires d'interventions des départements géographiques à savoir, responsables institutionnels, PTF du MSPP, Partenaires d'Implémentations, ministères sectoriels (MENFP, MCFDF, MAST, MJSAC, MARNDR, MPCE, MEF) ainsi que les autorités politiques du département (représentants de l'exécutif, sénateurs/députés, maires, CASEC, ASEC...).
- Mettre en place et rendre fonctionnel le Comité Interministériel et s'assurer de la production d'un rapport annuel d'activité faisant état des réalisations en SSR élaboré et diffusé par le Comité Interministériel.

**Produit 7.1.5.** D'ici 2030, les documents normatifs et procédures de soins en matière de SRMNIA sont mis à jour, diffusées, disponibles et développés pour la santé du 3<sup>e</sup> âge pour garantir des services de qualité.

#### **Interventions prioritaires**

- ❖ Elaboration/actualisation des documents de normes et procédures en SRMNIA, y compris les activités en rapport avec la qualité des services.
- ❖ Elaboration des documents de normes et procédures pour le 3<sup>e</sup> âge en intégrant les activités qui préconisent la qualité des services

### **Actions prioritaires**

- Développer et diffuser les protocoles sur les complications obstétricales et néonatales.
- Développer et diffuser les normes sur les consultations pré et post-natales.
- Assurer la mise en œuvre des normes sur la prise en charge du cancer du col, les normes de PF, les protocoles de prise en charge des survivantes de VBG/VSBG, les normes de l'eTME du VIH.
- Mettre en place les comités d'amélioration de la qualité dans tous les SONU selon le modèle de HealthQual.
- Fournir aux responsables SSR, SI, vaccination, nutrition des outils pour évaluer périodiquement la qualité des services et la satisfaction des patients dans une perspective d'uniformisation des approches et standards de qualité, normes, procédures et outils de gestion de la qualité pour tous les domaines de l'offre de soins et services.
- Organiser des visites trimestrielles de contrôle de la qualité des services SRMNIA.
- Organiser 2 sessions de monitoring SONU par année régulièrement dans tous les départements sanitaires.

**Effet 7.2. Le budget alloué à la SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge dans le budget national de la santé a augmenté, dans une perspective de financement durable d'ici fin 2030.**

**Produit 7.2.1.** D'ici 2030, la SRMNIA dispose des ressources financières nécessaires pour la mise en œuvre du plan stratégique 2026-2030.

### **Interventions prioritaires**

- ❖ Mise en œuvre d'une stratégie de plaidoyer et de mobilisation des ressources financières.
- ❖ Promotion des initiatives innovantes du financement de la SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge.

### **Actions prioritaires**

- Développer et/ou assurer la mise en œuvre d'un plan de plaidoyer pour la mobilisation des ressources internes et externes pour la SRMNIA auprès du gouvernement, des parlementaires, des autorités sanitaires, des PTF, de la société civile, des entreprises privées.
- Organiser une table ronde annuelle de plaidoyer conduite par les Hautes instances du MSPP auprès des parties prenantes à tous les niveaux pour la mobilisation des ressources visant le financement de la prestation des interventions et l'achat de médicaments, intrants, matériels et équipements en SRMNIA et 3<sup>ième</sup> âge, bailleurs, organismes de coopération bi et multilatérale et PTF du secteur de la santé.
- Elaborer les comptes nationaux annuels de santé.
- Développer une stratégie nationale de la gratuité des soins de santé de la mère, du nouveau-né, des enfants de moins de 5 ans et aux personnes âgées.
- Développer une stratégie nationale de la gratuité de la césarienne et des autres interventions obstétricales majeures.
- Rendre disponibles les consommables (gants, lidocaïne etc.) en vue de favoriser l'expansion des MLD.
- Développer un cadre de standardisation des coûts abordables du paquet d'interventions en SRMNIA et en sante du 3<sup>e</sup> âge.

- Doter le budget alloué à la santé national des ressources financières nécessaires pour le recrutement des ressources humaines en santé (RSH), achats/approvisionnement d'intrants, de matériels et d'équipements en SRMNIA.
- Plaidoyer auprès du secteur privé des affaires, des PTF et des autorités sanitaires pour la mobilisation de ressources visant la création/rénovation et la disponibilité des intrants des banques de sang et des centres de transfusion sanguine.
- Développer la recherche et le développement des initiatives innovantes de financement durable des interventions SRMNIA et sante du 3<sup>e</sup> âge.

**Effet 7.3. Le système national de suivi évaluation est résilient et produit des données routinière et de surveillance de qualité ainsi que des données de recherche en SRMNIA permettant la prise de décisions en SRMNIA d'ici fin 2030.**

**Produit 7.3.1.** D'ici 2030, le système d'information sanitaire unique - SISNU est renforcé pour une meilleure collecte et gestion de l'information en SRMNIA.

**Interventions prioritaires**

- ❖ Renforcement des capacités techniques du personnel de soins pour l'utilisation des outils de collecte des données en SRMNIA.
- ❖ Organisation du contrôle qualité et de la validation des données en SRMNIA.
- ❖ Mise en place d'une base des données SRMNIA intégrant toutes les données sanitaires collectées au niveau du secteur privé, et des OSC et OCB.

**Actions prioritaires**

- Développer et Mettre à jour des outils de collecte capable de collecter les données SRMNIA issues des établissements de soins et organismes communautaires respectivement du secteur privé et des OSC/OCB.
- Intégrer les données SRMNIA issues des établissements de soins et organismes communautaires dans la base de données SISNU.
- Travailler avec l'UEP pour l'intégration des données par services et actualiser le formulaire de rapport mensuel.
- Organiser des visites de supervision et de validation trimestrielles des données SRMNIA au niveau départemental afin de s'assurer de l'exhaustivité et de la ponctualité des données de SRMNIA.
- Organiser la formation/la mise à jour des connaissances des gestionnaires de données, Officier de Suivi-Evaluation (OSE), épidémiologiste départemental sur le traitement et l'analyse des données SRMNIA à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.
- Intégrer des indicateurs spécifiques au 3<sup>e</sup> âge dans le suivi-évaluation du Plan visant à renforcer la production de données et la recherche sur les personnes âgées.
- Désagréger les données à la fois en fonction du sexe et de l'âge afin de faire ressortir les données liées au genre et à l'offre et à l'utilisation des services de santé par les différents groupes de populations dans les différents rapports statistiques sanitaires.
- Développer le cadre de référence de l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées qui aura pour mission d'énoncer les orientations ministérielles en santé et services sociaux à l'égard des acteurs du système de soins.

**Produit 7.3.2.** D'ici 2030, des données de routine pertinentes, de qualité sont disponibles et accessibles à tous les niveaux du système de soins pour la production de l'information stratégique conduisant à des prises de décisions coordonnées et éclairées en matière de SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge.

**Interventions prioritaires**

- ❖ Organisation des évaluations périodiques, annuelles et finales des différents plans SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge.

**Actions prioritaires**

- Développer le plan suivi-évaluation du plan stratégique SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge 2026-2030.
- Réaliser la revue à mi-parcours du plan stratégique SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge 2026-2030 en 2028.
- Réaliser l'évaluation finale du plan stratégique SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge 2026-2030 en 2030.
- Réaliser cinq (5) rapports annuels sur la mise en œuvre du plan stratégique SRMNIA et 3<sup>ième</sup> âge 2026-2030 à savoir, 2026, 2027, 2028, 2029.
- Produire un rapport annuel monitoring SONU national par le biais de la synthèse des rapports monitoring SONU semestriel départemental.

**Produit 7.3.3.** D'ici 2030, les données épidémiologiques et comportementales en matière de SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge, issues de l'analyse des données et de la recherche/les enquêtes, sont disponibles et de qualité pour la prise de décisions opportunes.

**Interventions prioritaires**

- ❖ Renforcement de la surveillance épidémiologique, y compris la séro- surveillance sentinelle du VIH chez les femmes enceintes, la surveillance des décès maternels, néonataux et infantiles.
- ❖ Organisation des recherches en SRMNIA.

**Actions prioritaires**

- Conduire conjointement avec l'UCMIT/PNLS les enquêtes nationales de surveillance sentinelle du VIH et des IST auprès de femmes enceintes, 2026 et 2028.
- Réaliser les audits de décès maternels, néonataux et infantiles dans tous les SONU.
- Élaborer un plan de recherche en SRMNIA.
- Organiser en collaboration avec l'UCNPV une enquête CAP sur la vaccination au niveau national en 2029
- Évaluer l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans conjointement avec l'UCPNANu.
- Étudier les déterminants de la faible utilisation des services de SSR par les adolescents.es et les jeunes.
- Conduire quatre (4) enquêtes annuelles sur la disponibilité des intrants SR et la satisfaction des clients PF (GPRHCS) 2026, 2027, 2028, 2029.
- Conduire une enquête mixte sur les raisons et les déterminants des césariennes chez les femme enceintes.
- Conduire une étude sur les obstacles à l'implication et à la participation des hommes aux services de SRMNIA.
- Réaliser une évaluation rapide sur les problèmes relatifs à la SSR des personnes âgées dans l'objectif de pouvoir disposer d'une meilleure connaissance et compréhension de pour la prise de décisions futures.

- Conduire une étude qualitative sur les comportements positifs et valorisés en matière de SSRAJ.
- Développer la recherche nationale sur l'état de santé des personnes âgées, la dépendance fonctionnelle, les maladies chroniques et la qualité de vie des personnes âgées.

## Domaine 8. Renforcement du Système de Santé

**Impact 8. Les volets du système de santé, qui concernent les produits de santé et intrants, les laboratoires, les ressources humaines en santé et la participation communautaire, sont renforcés durablement pour soutenir la mise en œuvre du plan SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge 2026-2030.**

**Effet 8.1. Les systèmes de gestion et d'approvisionnement en produits/intrants, médicaments essentiels, vaccins, produits sanguin et technologies de santé (équipements et matériel médico technique) en lien avec la SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge sont renforcés afin de les rendre plus accessibles pour l'offre de services en SRMNIA d'ici fin 2030.**

**Produit 8.1.1.** Les intrants, médicaments et produits essentiels et vitaux pour la santé de la femme, de la FE, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent sont disponibles et accessibles dans 100% des institutions sanitaires ciblées, en particulier les SONU.

### **Interventions prioritaires**

- ❖ Renforcement des capacités du personnel des établissements sanitaires dans la gestion des médicaments et intrants SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge.
- ❖ Sécurisation des médicaments et produits de santé en matière de SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge.

### **Actions prioritaires**

- Mettre à jour les connaissances des gestionnaires des pharmacies des CS, HR, HD sur la gestion logistique.
- Évaluer les besoins en médicaments de la SRMNIA y compris les contraceptifs, réactifs de laboratoire, MIILDA, kits de PEC des VBG, médicaments traceurs en SR et SENN.
- Elaborer un plan de sécurisation des produits, en particulier au profit des SONU.
- Doter les CCS, CS, HR, HD offrant le paquet d'interventions SRMNIA en médicaments spécifiques pour la SRMNIA y compris les kits de PEC des VBG, contraceptifs, réactifs de laboratoire, MIILDA, intrants pour la PTME (test de dépistage du VIH/syphilis/hépatite B, ARV), intrants de nutrition et assurer leur approvisionnement continue avec l'UCMIT/PNLS, la DPMMT, l'UCNPV, l'UCPNANu etc...

**Produit 8.1.2.** D'ici 2030, le plateau technique des institutions sanitaires plus particulièrement les SONU est renforcé pour l'offre complète des paquets d'interventions SRMNIA en fonction du niveau de prestation défini dans le PES.

### **Interventions prioritaires**

- ❖ Renforcement du plateau technique des CCS, CS, HCR, HD, HU pour l'offre des paquets d'interventions de SRMNIA.
- ❖ Instauration de la maintenance préventive et curative du matériel médico technique.

**Actions prioritaires**

- Évaluer les besoins en équipements, matériels, et intrants de laboratoire CCS, CS, HR, HD, HU pour l'offre des paquets d'interventions de SRMNIA, en particulier en matière de maternité sans risque et de SENN.
- Elaborer un plan d'achat de nouveaux équipements et de renouvellement du matériel médico technique en SRMNIA des SONU, pour 100% des SONUC et pour 50% des structures SONUB sur la base des besoins identifiés.
- Doter 50% des SONUC en moyens logistiques fonctionnels, en particulier ambulance médicalisée, génératrice, motos, carburant ...
- Assurer la dotation régulière des SONU en oxygène et carburant.
- Elaborer un plan de maintenance du matériel médico technique en SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge.
- Contractualiser les activités de maintenance avec les structures spécialisées et former le personnel sur place pour la prise en charge technique ultérieure.

**Effet 8.2. Les ressources humaines en santé (RHS) pour la SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge sont suffisantes et compétentes pour offrir des soins de qualité aux populations ciblées d'ici fin 2030.**

**Produit 8.2.1.** D'ici 2030, les besoins en RHS en quantité suffisante et en qualité, en particulier les sage-femmes et le personnel pour la prestation des SENN sont couverts dans les établissements sanitaires offrant les soins SRMNIA, spécifiquement les SONU.

**Interventions prioritaires**

- Recrutement, affectation ou redéploiement des RHS avec des compétences en SRMNIA et soins gériatriques.
- Augmentation de la disponibilité des sage-femmes dans les SONUB et SONUC en quantité suffisante.

**Actions prioritaires**

- Faire une cartographie des professionnels de santé de toutes catégories formés et qualifiés en SRMNIA, soins gériatriques et évaluer les besoins.
- Procéder au recrutement de 100 sage-femmes, en priorité aux régions mal desservies.
- Procéder au recrutement des personnels de soins tels que, médecins, infirmières, pharmaciens, spécialistes en médecine (obstétricien-gynécologue, pédiatre, anesthésiologiste...).
- Définir un plan de déploiement des personnels de soins sur le terrain et de rétention des cadres SRMNIA, en particulier des sage-femmes.
- Doter les SONUB et SONUC de travailleurs sociaux et de psychologues en nombre suffisant et d'un système de mise en réseau avec les autres établissements sanitaires
- Doter les SONU d'un système de mise en réseau avec les autres établissements sanitaires dépourvus de personnels psychosociaux de manière à favoriser l'accès des victimes aux soins post VBG /VSBG et à assurer une prise en charge continue des problèmes de santé mentale aux victimes et populations cibles.

**Produit 8.2.2.** D'ici 2030, les capacités des RHS disponibles sont renforcées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour améliorer la qualité des soins, respecter les droits sexuels et reproductifs, promouvoir l'égalité de genre et adopter une approche de soins humanisants centrés sur les besoins des bénéficiaires (soins respectueux).

**Interventions prioritaires**

- ❖ Renforcement des capacités des RHS en SRMNIA et soins gériatriques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

**Actions prioritaires**

- Procéder à une évaluation des besoins en matière de connaissances et compétences du personnel de soins des SONU.
- Développer un plan de renforcement de capacités sur la base du rapport de l'évaluation des besoins en matière de connaissances et compétences du personnel de soins des SONU.
- Mettre à jour le plan de formation continue du personnel de soins en SRMNIA selon une approche de soins centrés sur les besoins des patients, respectueux des droits sexuels et reproductifs des bénéficiaires.
- Soutenir l'élaboration d'un guide intégré de supervision formative en SRMNIA.
- Former les prestataires de soins en charge de la SRMNIA à la démarche qualité (projet, stratégies, outils).
- Assurer le fonctionnement et travailler à l'intégration et à la prise en charge gouvernementale des coûts de fonctionnement de l'Ecole Nationale de Sage-femmes-INSFSF (incluant les pôles du Nord et du Sud) et de l'Ecole Nationale d'Infirmières Anesthésistes.
- Développer un module de formation national sur les droits sexuels et reproductifs, l'égalité de genre et la prise en charge holistique des VBG/VSBG dans le cadre de la formation initiale des étudiants en sciences de la santé (médecine, infirmière/axillaires, sage-femmes) avec le support de la SHOG, SHP, de la Faculté de Médecine de l'UEH, Zanmi Lasante, GHESKIO et autres PTF du Ministère de la santé.

**Effet 8.3. La participation communautaire, la communication et la mobilisation sociale en SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge sont renforcées d'ici fin 2030.**

**Produit 8.3.1.** D'ici 2030, les populations ciblées, en particulier les FE, les femmes et hommes, les mères, les adolescents, adolescentes et jeunes, ont une meilleure connaissance des services de SRMNIA et la santé du 3<sup>e</sup> âge pour une utilisation accrue des services.

**Interventions prioritaires**

- ❖ Mise en place d'un dispositif et des outils de communication et mobilisation sociale en vue du renforcement de la communication et de la mobilisation sociale dans les établissements sanitaires et dans la communauté en matière de SRMNIA, y compris pour les personnes avec déficience visuelle et/ou auditive.
- ❖ Développement des activités de mobilisation sociale visant à vulgariser les meilleures pratiques dans les domaines de la SSR et du développement des adolescents et jeunes au niveau de la communauté.

**Actions prioritaires**

- Appuyer l'élaboration d'un plan intégré de communication (PIC) en appui à la SRMNIA et la santé du 3<sup>e</sup> âge avec une stratégie de contenu des messages adapté aux populations cibles.

- Elaborer des supports de communication dans tous les domaines de la SRMNIA (affiches, dépliants, boîtes à images, panneaux publicitaires, autocollants, films éducatifs, textes SMS dans les téléphones, les sketches, théâtres forum,).
- Assurer la reproduction des supports de communication (Boîtes à image, prospectus).
- Assurer la production des émissions TV/Radio sur la SRMNIA avec les journalistes.
- Appuyer l'organisation des journées relatives de la santé de la femme, de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes.
- Organiser des campagnes de sensibilisation de la communauté sur les signes de danger pendant la grossesse, l'importance de la vaccination, des CPN, des accouchements en milieu hospitalier et des CPoN dans tous les départements.
- Organiser 2 campagnes annuelles de mobilisation de la communauté sur le don de sang volontaire.
- Organiser une campagne annuelle nationale de vaccination HPV pour la prévention du cancer du col de l'utérus, la prévention des VBG avec tous les autres secteurs impliqués.
- Organiser une campagne annuelle nationale d'hygiène buccodentaire en milieu scolaire.
- Organiser une campagne annuelle sur le dépistage de la fistule obstétricale, incluant le cancer du col et le cancer du sein.
- Mettre à jour, publier, diffuser et assurer la mise en œuvre d'une stratégie de communication (médias, IEC, semaine de la vaccination) visant à sensibiliser la communauté, en particulier les femmes enceintes, les mères et les hommes, à l'utilisation des services de vaccination par les populations ciblées.
- Sensibiliser les communautés sur l'importance des visites prénatales précoces à travers les agents communautaires, les matrones, l'engagement des réseaux PVVIH, des conjoints, des mères accompagnatrices et autres relais communautaires.
- Sensibiliser les matrones, les mères tutrices, dans les clubs de mères pour l'accompagnement des mères n'ayant pas été suivies dans les cliniques prénatales ou n'ayant pas accouché dans les centres de santé.
- Elaborer des sketches télévisés et des scripts sur la SSRAJ en vue de les diffuser dans les espaces jeunes, médias et réseaux sociaux.
- Vulgariser au sein de la communauté le projet de mise en place d'un réseau de taxis ambulance avec les SONU accessible via téléphone (ou application mobile) visant aller récupérer les femmes enceintes en travail et les conduire au SONU le plus proche.

**Produit 8.3.2.** D'ici 2030, les capacités du personnel de soins, des ASCP, des OCB/OSC sont renforcées pour soutenir l'offre de services communautaires en matière de SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge auprès des populations ciblées.

**Interventions prioritaires**

- ❖ Renforcement des capacités en communication et en mobilisation sociale des parties prenantes.

**Actions prioritaires**

- Former les ASCP et leaders communautaires à la communication en matière de SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge.
- Doter les ASCP en outils de travail adaptés.

- Organiser des rencontres de sensibilisation avec les leaders communautaires, chef religieux, associations de jeunes, de femmes, de paysans sur l'importance des soins SONU
- Organiser des séances d'éducation et de sensibilisation des adultes et des jeunes sur la SRMNIA, incluant la lutte contre la toxicomanie, l'alcoolisme, le tabagisme.
- Mettre en place l'Observatoire communautaire SSR, structure qui permettra aux communautés de surveiller la qualité de la prestation de services SSR et d'évaluer l'accès des populations vulnérables aux services de santé, d'identifier les problèmes et de proposer des solutions dans une perspective de renforcement de la participation et de la redevabilité communautaire.<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> Par exemple, l'Observatoire Communautaire sur les Services VIH en Haïti (OCSEVIH), utilise une approche basée sur la surveillance dirigée par la communauté (SDC) pour améliorer la riposte au VIH en Haïti. Finance par PEPFAR, il produit des rapports réguliers aux paliers national et régional, pour un plaidoyer éclairé par des données qui suscite des améliorations de l'accès aux traitements et services VIH. Sans devoir créer un autre organisme supplémentaire, ses rayons d'actions pourraient toucher les services SSR dans un sens plus large que le VIH.

## CHAPITRE 7. PLAN DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN STRATEGIQUE

### 7.1. Structures et organes de mise en œuvre

La mise en œuvre de ce plan stratégique national repose sur la collaboration de l'ensemble des parties prenantes, incluant le secteur public, la société civile, le secteur privé ainsi que les partenaires de coopération bilatérale et multilatérale. Le déploiement et l'exécution du plan sont structurés autour de trois niveaux d'interventions.

#### **Niveau Central**

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), à travers la Direction de la Santé de la Famille (DSF), est chargée de déterminer les priorités, les orientations et les politiques en matière de SRMNIA et du 3<sup>e</sup> âge, et de veiller à leur application. A ce titre, elle est responsable de veiller à la diffusion et la promotion du Plan Stratégique National, d'organiser la coordination intra et extra sectorielle des activités prévues en assurant aussi un effort permanent d'harmonisation des interventions, et de planifier, de concert avec les entités concernées et PTF, les besoins nécessaires au bon déroulement des activités.

La DSF se chargera du suivi de la bonne mise en œuvre de ce plan, d'assurer son évaluation, d'examiner le niveau d'atteinte résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés pour l'ensemble du système de soins et, de diffuser les informations stratégiques aux différents PTF et à la société civile. De plus, la DSF, par l'intermédiaire des autres directions centrales, des directions sanitaires départementales (DSD) et des unités d'arrondissements sanitaires (UAS), a aussi la responsabilité d'assurer l'opérationnalisation des activités retenues dans ce Plan Stratégique sur le terrain.

La DSF est donc un acteur central du cadre institutionnel relatif à la mise en œuvre de ce Plan Stratégique National SRMNIA et du 3<sup>e</sup> âge, mais n'a pas à elle seule toute la responsabilité concernant la mise en œuvre du plan. Les différents ministères sectoriels identifiés ci-dessus dans le Cadre des résultats, dépendamment de leurs rôles et responsabilités, doivent jouer leur partition pour assurer le suivi de la mise en œuvre du plan, la synergie d'action, la convergence des efforts, l'efficacité et la durabilité des actions. Il s'agit des ministères suivants, MCFDF, MEF, MJSP/OPC, MENFP, MAST, MJSAC. D'où l'importance de l'établissement et/ou du renforcement d'un partenariat intersectoriel. Ainsi, la Direction Générale du MSPP devra assurer, maintenir et renforcer le plaidoyer pour la prise en compte des priorités d'actions du plan stratégique national SRMNIA et du 3<sup>e</sup> âge 2026-2030 dans les plans de travail annuel (PTA) des autres ministères sectoriels impliqués dans la SRMNIA et du 3<sup>e</sup> âge.

En dernier lieu, la DSF doit aussi pouvoir compter sur le support d'un réseau d'acteurs et de PTF, agissant aux niveaux central, départemental et local, et dont le nombre croissant entraîne des défis de coordination et d'alignement aux politiques et stratégies prioritaires du MSPP. Cela requiert donc la synergie de tous les acteurs du secteur public, de la société civile, du secteur privé et de la coopération bi et multilatérale pour la mise en œuvre de ce plan. S'agissant des PTF, ces derniers 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 requis pour la mise en œuvre du plan.

#### **Niveau départemental**

Les Directions Sanitaires Départementales (DSD), incluant les UAS, chargées de l'appui technique et managérial déconcentré du système de soins dans leur département respectif, auront un rôle important à jouer dans la coordination et la planification des activités du plan stratégique mais également dans

la collaboration et la recherche de la synergie d'action intersectorielle auprès des autres secteurs non-santé. Elles seront chargées de la diffusion de ce plan, de l'organisation de la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de soins en SRMNIA et du 3<sup>e</sup> âge. Elles auront à veiller à la prise en compte du Plan Stratégique dans le Plan Opérationnel Départemental Intégré de leur département respectif ainsi que dans les interventions des partenaires œuvrant sur leurs zones d'action. Les DSD superviseront également les établissements sanitaires de premier niveau de la pyramide sanitaire et évalueront la mise en œuvre du plan au niveau des communautés.

### **Niveau institutionnel**

Les établissements sanitaires, finalement et à leur niveau, jouent un rôle de mise en œuvre du plan stratégique en s'assurant de la prestation des services de santé de qualité, continus, sécuritaires et respectueux en SRMNIA et du 3<sup>e</sup> âge aux communautés et populations vulnérables. Les interventions seront exécutées par des institutions publiques, privées, mixtes ainsi que par des organisations de la société civile (OSC) et des associations locales et communautaires (OCB). De leur côté, les OSC et OCB contribueront ainsi au plaidoyer, à la sensibilisation et à la promotion de la SRMNIA et santé du 3<sup>e</sup> âge auprès des bénéficiaires, conformément à leurs attributions et compétences dans ce domaine. De plus, elles seront associées à toutes les étapes de l'exécution du plan auprès des établissements sanitaires.

## **7.2. Mécanismes de coordination**

La coordination de ce plan sera exécutée par le biais de diverses instances. Au niveau national, la DSF assurera le pilotage du plan stratégique accompagné par les membres du Groupe Thématique SSR. La fonctionnalité de ce Groupe Thématique/Comité de suivi stratégique devra être garantie par la tenue régulière des réunions semestrielles et par une meilleure implication des acteurs concernés par ce Plan, en particulier les autres directions centrales du MSPP et les représentants des autres ministères sectoriels concernés par les interventions de ce plan. Le Groupe Thématique SSR constitue un cadre d'échanges de tous les intervenants en matière de SRMNIA et santé du 3<sup>e</sup> âge en vue de l'atteinte des résultats du PS.

La coordination des stratégies d'interventions et des activités nécessitant un appui intersectoriel sera garantie par le Comité Interministériel SSR, dont les Hautes Instances du MSPP assureront le suivi. La présidence de ce comité sera assurée par le Ministre de la santé publique et de la population. 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 et le plaidoyer en matière de SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge auprès du gouvernement et des autres ministères non-santé pour leur meilleure implication, et d'autre part, de recevoir pour analyse, les propositions du Groupe Thématique SSR qui nécessitent son appui et implication pour un positionnement favorable du plan aux instances de décision. Des TDR de ce comité doivent être mis à jour en vue du développement futur de son plan de travail.

Au niveau départemental, les directions sanitaires départementales (DSD), à travers leur directeur départemental respectif, sont chargées de l'organisation de la mise en œuvre des activités promotionnelles, préventives et curatives en SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge. A ce titre, elles ont la responsabilité de diffuser, de promouvoir et de faire le suivi de la mise en œuvre et l'opérationnalisation de ce plan stratégique. Elles devront veiller à la prise en compte du plan stratégique dans les plans de travail annuel (PTA) de tous les intervenants de leurs zones de responsabilité, incluant ceux des directions déconcentrées des autres ministères sectoriels. Pour effectuer cette coordination, elles s'assureront de l'organisation des Tables sectorielles semestrielles avec la participation de tous les acteurs et partenaires intervenant dans la SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge dans leur département. De plus, pour s'assurer de la coordination de ce plan, les DSD poursuivront les interventions et activités définies au niveau du

plan départemental annuel intégré des interventions en matière de SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge défini à cet effet.

### **7.3. Planification opérationnelle**

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 nationales et besoins des bénéficiaires en un plan, mais, le succès du Plan implique la définition d'un plan opérationnel départemental intégré SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge. Ce plan opérationnel tiendra compte des besoins spécifiques des populations de chaque département respectif, les données épidémiologiques, la cartographie des services, les intervenants issus de différents secteurs et les projets de développement en cours en matière de SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge. Défini conjointement, un tel plan opérationnel permettra également d'avoir plus de clarté en ce qui concerne ce qui doit être fait, où, par qui, comment, quand et avec quelles ressources. Somme toute, 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 départementaux sur une base annuelle.

### **7.4. Cadre de Mise en œuvre du Plan (Cadre de résultats détaillé)**

Le Cadre de Mise en œuvre met en relief l'ensemble des interventions et activités prioritaires qui seront mises en œuvre par l'ensemble des parties prenantes pour l'atteinte des résultats escomptés du plan stratégique. Le tableau de la page suivante présente le chronogramme des différentes activités à réaliser selon les extrants du modèle logique.

## Cadre de mise en œuvre

<b>Résultats 1. La morbidité chez les femmes en âge de procréer et chez les personnes âgées liée à la santé sexuelle et reproductive sont réduites.</b>								
<b>Effet 1.1. Les besoins non satisfaits en PF chez les femmes de 15 à 49 ans en union et chez les femmes de 15 à 49 ans non en union et sexuellement actives sont réduits respectivement de 38% à 30 % et de 52% à 41% d'ici la fin 2030 en vue d'une meilleure autonomisation des femmes.</b>								
<b>Produit 1.1.1. D'ici 2030, le taux d'utilisation des méthodes de PF chez les femmes en âge de procréer augmente de 34 à 44% (quel que soit la méthode de PF).</b>								
Interventions	Activités	Chronogramme				Sources de Financement		
		26	27	28	29		30	
Optimisation de l'offre et de l'utilisation des services de PF dans les institutions et dans la communauté	Mettre à jour le paquet complet de services PF aux femmes et hommes en âge de procréer. Assurer le réseautage entre les points de prestations des services PF pour l'offre de services continue des méthodes de PF aux bénéficiaires						DSF	
Renforcement de la qualité des services de PF	Actualiser et vulgariser les normes protocoles et procédures de PF. Réaliser des visites d'encadrement visant l'offre et la qualité des services PF						DSF	DSF et ses coordinations techniques départementales
Amélioration de l'approvisionnement et de la distribution des produits de PF, outils et matériels.	Développer et mettre en place un plan de sécurisation des produits contraceptifs Développer un plan de travail entre la DPMMT et DSF pour le renforcement de la SNADI.						DSF	DPMMT, coordinations départementales
<b>Produit 1.1.2. D'ici 2030, l'offre de méthodes modernes de PF de longue durée augmente dans les institutions sanitaires du pays de 50 % pour les DIU, de 80% pour les implants et de 30 % pour la stérilisation masculine et féminine.</b>								
Renforcement des compétences des prestataires de soins et du personnel communautaire en matière de méthodes modernes de PF dans une perspective d'intégration des services.	Développer et reproduire un plan de formation sur la PF à l'égard des prestataires de soins et personnels communautaires. Rendre disponibles les outils et matériels de formation en faveur du personnel formé. Mettre à jour les connaissances des personnels de soins et communautaires des services de vaccination, nutrition, VIH, CPN, CPoN, TB sur les méthodes modernes de PF de longue durée Former les spécialistes en santé (résidents, chirurgiens, obstétriciens, anesthésistes, sage-femmes) sur la stérilisation féminine et masculine.						DSF	DSF et ses coordinations techniques départementales

<b>Produit 1.1.2. D'ici 2030, l'offre de méthodes modernes de PF de longue durée augmente dans les institutions sanitaires du pays de 50 % pour les DIU, de 80% pour les implants et de 30 % pour la stérilisation masculine et féminine.</b>									
Interventions	Activités	Chronogramme Année				Responsables	Programmes/services impliqués	Sources de Financement	
		26	27	28	29				30
Amélioration de l'offre des services modernes de PF particulièrement celles de longue durée et définitives au niveau national.	Définir un code de conduite et de responsabilités à l'usage du personnel de soins sur la gratuité des services de PF et des contraceptifs Développer un plan de sécurisation et d'approvisionnement des intrants PF					DSF	DOSS		
<b>Produit 1.1.3. D'ici 2030, l'utilisation d'une méthode moderne de PF de longue durée parmi les acceptantes de PF augmente de 10% à 30%.</b>									
Amélioration de la couverture contraceptive au niveau communautaire.	Mettre à jour les connaissances des personnels communautaires sur l'offre et l'importance des méthodes modernes de PF. Développer et mettre à jour un plan de communication sur la promotion des services modernes de PF Organiser une rencontre d'IEC trimestrielle par direction sanitaire départementale auprès des leaders communautaires, chefs religieux sur l'importance des méthodes modernes de PF					DSF	DPSPE		
						DSF	DPSPE		
						DSF	DPSPE		
<b>Effet 1.2. Au moins 80% des survivantes et survivants de violences sexuelles basées sur le genre (VSBG) notifiées/notifiés et, se présentant dans une institution sanitaire et organisation de la société civile ont bénéficié d'une prise en charge adéquate et holistique d'ici fin 2030.</b>									
<b>Produit 1.2.1. D'ici 2030, la proportion de points de prestation de services (institutionnels et communautaires) proposant des services post-VBG/VSBG complets et qui met en place des activités de prévention contre les VBG/VSBG augmente de 50%.</b>									
Renforcement du dispositif de prévention et de prise en charge holistique (médicale, juridique et psychosociale) des VBG/VSBG au niveau institutionnel et communautaire.	Actualiser et vulgariser le paquet d'interventions définis par le MSPP et le MCFDF sur la prise en charge holistique des VBG/VSBG. Mettre à jour et vulgariser la fiche technique pour la PEC holistique des cas de VBG/VSBG. Renforcer le système de référencement des cas de VBG/VSBG dans le système de soins. Développer le modèle de guichet unique de prise en charge des VBG/VSBG dans les SONU Rendre disponible et gratuit les certificats de santé pour les survivant/es de VBG/VSBG					DSF/MSPP et MCFDF	DSD et Coordinations départementales de DSF/MSPP et MCFDF, UCMIT/PNLS, Direction santé mentale		
						DSF/MSPP et MCFDF	DSD		
						DSF/MSPP et MCFDF	MEF, DOSS/MSPP, UEP/MSPP		

<b>Produit 1.2.1. D'ici 2030, la proportion de points de prestation de services (institutionnels et communautaires) proposant des services post-VBG/VSBG complets et qui met en place des activités de prévention contre les VBG/VSBG augmente de 50%.</b>									
Interventions	Activités	Chronogramme				Responsables	Programmes/services impliqués	Sources de Financement	
		26	27	28	29				30
Renforcement des capacités du personnel de soins et communautaire sur les droits sexuels et reproductifs, l'égalité de genre et la prise en charge holistique des VBG/VSBG.	Développer et mettre à jour un plan de formation sur les SDRR, l'égalité de genre et la prise en charge holistique des VBG/VSBG						MCDCF		
	Assurer la formation des personnels de soins et communautaires sur les SDRR, l'égalité de genre et la prise en charge holistique des VBG/VSBG.						DPSPE/MSPP MCDCF		
	Assurer une supervision formative des services post-VBG/VSBG par la DSF								
	Développer les outils de collecte de données sur la PEC et de référencement des cas de VSBG						MCDCF UPE/MSPP		
<b>Produit 1.2.2. D'ici 2030, la proportion de survivantes et survivants de VBG/VSBG ayant signalé les faits dans une structure de santé dans les 72 heures après l'événement augmente de 30%.</b>									
Promotion de la dénonciation des pratiques néfastes et des violences basées sur le genre.	Élaborer, imprimer et diffuser des lignes directrices à l'égard des parties prenantes sur l'intégration du genre dans les interventions de SRM/NIA.						MCDCF		
	Développer et mettre en place un cadre de collaboration avec les services juridiques de l'OPC pour répondre aux besoins juridiques des victimes de VBG/VSBG.						MJSP/OPC		
	Actualiser et Reproduire des supports de communication sur les droits humains, l'égalité de genre et la prévention des VBG/VSBG						MCDCF		
	Développer, et déployer les directives sur la participation des hommes à la SRM/NEA.						MCDCF		
Renforcement de la sensibilisation communautaire autour de la question du genre, des VBG/VSBG, de la violence faite aux enfants et aux femmes à l'endroit des leaders communautaires, agents pénitentiaires, forces de l'ordre et acteurs du système judiciaire (avocats, magistrats)	Organiser une session annuelle de formation au profit des personnels du droit, de la police et des journalistes sur les VBG/VSBG, l'égalité de genre.						MCDCF, MJSP		
	Mettre en place et/ou renforcer 20 comités communaux de lutte contre les VBG/VSBG dans 4 départements : Sud, Sud-Est, Nord, Artibonite						MCDCF		
	Appuyer la gestion des maisons d'hébergement transitoire pour les survivantes de VSBG								

<b>Effet 1.3. 80% des femmes et hommes sexuellement actifs fréquentant les services de PF connaissent leur statut sérologique VIH/syphilis/hépatite B et autres IST et sont pris en charge selon les normes.</b>									
<b>Produit 1.3.1. L'offre de services de dépistage différenciés du VIH, syphilis, hépatite B et autres IST est intégrée dans tous les services de PF, renforcée et utilisée par les bénéficiaires de ces services.</b>									
Interventions	Activités	Chronogramme Année				Responsables	Programmes/services impliqués	Sources de Financement	
		26	27	28	29				30
Renforcement de l'offre de dépistage du VIH/syphilis/hépatite B dans les services de PF.	Développer des outils de communication visant à sensibiliser les bénéficiaires autour de l'offre des services de dépistage du VIH/syphilis/hépatite B. Promouvoir et rendre accessible les produits pour la PrEP/PEP et les autotests dans les points de prestations des services SRMNIA.					DSF	UCMIT/PNLS		
Renforcement des capacités techniques du personnel des services de PF sur le dépistage du VIH/syphilis/hépatite B.	Mettre à jour les connaissances des personnels de soins des services PF pour l'offre de dépistage du VIH/syphilis/hépatite B dans une perspective d'intégration des services.					DSF	UCMIT/PNLS		
<b>Produit 1.3.2. 95% des personnes dépistées VIH/syphilis/hépatite B positives dans les services PF sont pris en charge (ARV, traitement syphilis et hépatite B) ou référés vers les services de soins/traitement appropriés.</b>									
Renforcement des capacités établissements sanitaires visant à assurer une PEC aux personnes dépistées VIH, syphilis+, hépatite B+	Mettre à jour les directives et protocoles de traitement des IST autres que le VIH à l'égard des prestataires de soins entre la DSF et l'UCMIT Mettre à jour les connaissances des prestataires de soins offrant les services PF sur la prise en charge de la syphilis, de l'hépatite B et des autres IST					UCMIT/PNLS	DSF		
<b>Effet 1.4. Les services de dépistage et de PEC des lésions pré-cancéreuses du col de l'utérus, de dépistage du cancer du sein et de PEC des autres complications gynécologiques aux femmes de 15-49 ans sont disponibles dans 30% des SONU d'ici fin 2030.</b>									
<b>Produit 1.4.1. D'ici 2030, la proportion de PPS proposant des services de dépistage et de prise en charge des lésions pré-cancéreuses du col de l'utérus augmente de 30% ainsi que du dépistage du cancer du sein augmente de 10%.</b>									
Augmentation de la couverture du dépistage des cancers de l'appareil reproducteur, lésions pré-cancéreuses du col de l'utérus et cancer du sein.	Disséminer les normes sur la PEC du cancer du col utérin au niveau national. Mettre à jour les lignes directrices nationales sur la prévention et le dépistage du cancer du sein. Développer 10 unités de PEC des cancers gynécologiques et mammaires dans 10 SONUC ou hôpitaux départementaux.					DSF	DSD		
						DSF	DSD		
						DSF	DOSS, DSD		

<b>Produit 1.4.2. D'ici 2030, au moins 90% des femmes dépistées pour le cancer du col de l'utérus par IVAA /IVL (ou autres méthodes) sont prises en charge par le système de soins selon une méthode définie par les lignes directrices.</b>									
Interventions	Activités	Chronogramme Année				Responsables	Programmes/services impliqués	Sources de Financement	
		26	27	28	29				30
Renforcement de la qualité des services de dépistage et de prise en charge des lésions pré-cancéreuses du col de l'utérus.	Assurer la formation des prestataires de soins sur le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses du col utérin. Organiser deux (2) visites de supervisions formatives dans tous les SONU sur une base semestrielle par les DSD Organisation une (1) session d'IEC semestrielle sur la prévention et la détection du cancer du col auprès des leaders communautaires par les DSD					DSF	DSD		
						DSF	DSD		
						DSF	DSD, DPSPE		
<b>Produit 1.4.3. D'ici 2030, au moins 70% des SONUB mettent en place des stratégies efficaces, claires pour prévenir les fistules obstétricales et au moins 50% des hôpitaux départementaux (HD) proposent des services appropriés pour traiter chirurgicalement les fistules obstétricales.</b>									
Augmentation de l'offre et de la qualité des services de prévention et de prise en charge chirurgicale de la fistule obstétricale auprès des personnes touchées dans les HD.	Développer et/ou mettre à jour les lignes directrices ou protocoles de prise en charge des fistules obstétricales dans les HD. Organiser 10 sessions de formation par la SHOG et autres acteurs pour la réparation des fistules obstétricales auprès des prestataires des HD. Développer et diffuser un cadre de référence - contre référence pour la PEC des cas de fistules obstétricales vers les HD Organiser une session annuelle de mise à jour des connaissances des médecins, sage-femmes sur l'utilisation du partogramme.					DSF, SHOG	DSD		
						DSF, SHOG	DSD		
						DSF	DSD		
						DSF	DSF, Directeur des SONU		
<b>Produit 1.4.4. D'ici 2030, au moins 10% des SONU disposent des services capables de prendre en charge et de sensibiliser aux problèmes courants de santé sexuelle, notamment les dysfonctionnements sexuels, l'infécondité ou l'infertilité, la ménopause et l'andropause (incluant les personnes âgées)</b>									
Renforcement de la prise en charge de l'infertilité et des troubles liés à la ménopause et autres problèmes de SR (incluant les hommes et personnes âgées)	Élaborer les lignes directrices sur le dépistage et la PEC de l'infertilité, des troubles liés à la ménopause et des dysfonctionnements sexuels Élaborer un plan de sensibilisation sur les cancers génésiques et les dysfonctionnements sexuels. Former les prestataires de soins sur la PEC des troubles de la ménopause et d'infertilité.					DSF	Direction chargée de la PEC des cancers et de la santé des personnes âgées du MSPP		
						DSF	DSD		

<b>Résultats 2. Le taux de décès maternel est réduit.</b>										
<b>Effet 2.1. L'offre du paquet complet des services prénataux (SPN) est assurée dans 100% des établissements sanitaires conformément au PES d'ici la fin 2030.</b>										
<b>Produit 2.1.1. D'ici 2030, au moins 90% des femmes enceintes bénéficient d'une 4e CPN au cours de la grossesse et reçoivent le paquet complet des services de CPN et au moins 70% de ces FE bénéficient d'une première CPN au 1er trimestre de grossesse au niveau institutionnel.</b>										
Interventions	Activités	Chronogramme				Responsables	Programmes/services impliqués	Sources de Financement		
		26	27	28	29				30	
Amélioration de l'offre du paquet complet de la CPN.	Mettre à jour et partager la fiche du paquet complet de services CPN aux 100% des IS					DSF	DSD			
	Rendre disponible l'auto-dépistage assisté du VIH au profit des FE dans les CSC.					UCMIT/PNLS	DSF			
	Offrir des MILDA annuelles à des femmes enceintes et allaitantes					UCMIT/PNCM	DSF			
Renforcement des capacités des prestataires en CPN	Mettre à jour les capacités techniques des personnels et communautaires sur le paquet complet de la CPN.					DSF	DPSPE			
	Assurer l'impression, la reproduction des fiches techniques, guides et supports d'IEC en CPN.					DSF	UPE			
<b>Produit 2.1.2. D'ici 2030, la prévalence de l'anémie ferriprive chez la FE diminue de 50%.</b>										
Lutte contre les carences en micronutriments chez les FE.	Rendre disponible le fer, acide folique, zinc, calcium, autres suppléments dans les CPN					L'UCPNANu	DSF			
	Organiser des séances d'IEC au niveau institutionnel, communautaire à l'égard des FE sur leurs besoins nutritionnels, du nouveau-né.					DSF	DSD			
	Institutionnaliser le test de dépistage de l'anémie falciforme lors des CPN.					DSF				
	Rendre disponible et gratuit les intrants pour le test de dépistage de l'anémie falciforme.					DSF				
<b>Effet 2.2. Les décès maternels survenus dans les structures hospitalières (ratio de mortalité maternelle hospitalière) sont réduits de 30% d'ici à 2030.</b>										
<b>Produit 2.2.1. D'ici 2030, les naissances assistées par un personnel de santé qualifié augmentent de 41,7% à 60% (accouchements institutionnels) pour une prise en charge adéquate de la mère et du nouveau-né dans les 24 heures suivant la naissance.</b>										
Amélioration de l'accès, de la disponibilité et de la continuité des soins SONU	Mettre à niveau des nouveaux SONUB dans le cadre de la mise à l'échelle des HCR et CS					DSF	DOSS			
	Réhabiliter ou rendre fonctionnel des SONUC.					DSF	DOSS			
	Recruter au moins 100 sage-femmes					DSF	DRH			
	Mettre à jour les directives SONU y compris les fiches techniques et aides mémoires.					DSF	DSD			

<b>Produit 2.2.1. D'ici 2030, les naissances assistées par un personnel de santé qualifié augmentent de 41,7% à 60% (accouchements institutionnels) pour une prise en charge adéquate de la mère et du nouveau-né dans les 24 heures suivant la naissance.</b>								
Interventions	Activités	Chronogramme				Sources de Financement		
		26	27	28	29		30	
Poursuite de l'extension et du renforcement de la stratégie SONU.	Mettre à jour la cartographie des SONU.						DSF	DSD
	Équiper 100% des services SONU en outils de collecte de données, matériels et intrants nécessaires pour la prestation des services.						DSF	DSD
	Conduire une visite trimestrielle de suivi, sur la disponibilité des intrants vitaux						DSF	DSD
	Former les cadres des départements sur les normes SONU et les outils adaptés.						DSF	DSD
	Développer un cadre de mise en réseau des services SONU avec les autres PPS.						DSF	DSD
	Assurer la disponibilité d'interprètes de langue des signes dans les SONU (formation)						DSF	DOSS, DRH
<b>Produit 2.2.2. D'ici 2030, les institutions de santé offrant des SONU avec les fonctions essentielles et services SSR de qualité, respectueux augmentent de 35% à 50% pour la PEC des urgences obstétricales, chirurgicales et pédiatriques</b>								
Renforcement des capacités des institutions SONUB et SONUC	Conduire 2 Monitoring SONU semestriels par département.						DSF	DSD
	Réaliser un rapport annuel national						DSF	DSD
	Monitoring SONU par la DSF						DSF	DSD
	Équiper les services SONU en intrants, matériels pour les neuf fonctions essentielles						DSF	DSD
	Former des prestataires de soins sur l'AMIU et les accouchements instrumentalisés						DSF	DSD
	Organiser des sessions de formation pour les médecins dans la réparation des fistules						DSF, SHOG	DFPSS, centres de formation des résidents
	Rénover, blocs opératoires et maternités de SONU selon les normes de la DOSS						DSF	DOSS
	Créer/rénover des dépôts de sang départementaux dans des SONUC						DSF, PNST	DOSS
	Former des prestataires de soins des SONU en sécurité transfusionnelle						DSF, PNST	DSD
	Mettre en place des maisons d'attentes autour des HCR en vue de réduire les délais des FE						DSF	DOSS

Produit 2.2.3. D'ici 2030, le cadre et l'utilisation de la SDMR sont mis en œuvre dans 100% des SONU.										
Interventions	Activités	Chronogramme Année				Responsables	Programmes/services impliqués	Sources de Financement		
		26	27	28	29				30	
Amélioration de la surveillance des décès maternels et réponses (SDMR) dans les SONU	Mettre à jour les lignes directrices pour la (SMDR) pour ajouter les décès néonataux/périnataux.						PTF			
	Diffuser les lignes directrices pour la surveillance et la réponse aux décès maternels et néonataux/périnataux.						DSD			
	Reproduire les outils de collecte et de rapportage de la SDMR (décès néonataux/périnataux)						DSF, UPE			
	Mettre à jour les connaissances des prestataires de soins des SONU sur les directrices techniques de la SDMR.						DSF			
	Organiser une (1) session d'orientation annuelle en faveur des ASCP sur le processus de mise en place de l'alerte des décès maternels et périnataux.						DSF	DSD, DPSPE		
	Organiser la revue des décès institutionnels.						DSF	DSD, Institutions		
	Redynamiser un (1) comité national, SMDR (définition des TDR).						DSF	Membres du comité national		
	Redynamiser 10 comités départementaux SMDR (définition des TDR).						DSF	DSD		
	Monter et/ou rendre fonctionnel les comités institutionnels SMDR des SONU (TDR définis).						DSF	DSD, directeurs des SONU		
	Organiser une (1) réunion annuelle nationale technique sur la SDMR avec le comité national SDMR.						DSF	Membres du comité national		
Mise en place d'un mécanisme de suivi et de contrôle de la mise en œuvre de la stratégie SDMR dans les SONU	Organiser 10 réunions semestrielles techniques départementale sur la SDMR, une réunion avec chacun des comités départementaux.						DSF	DSD		
	Organiser une (1) réunion trimestrielle au niveau des sites SONU par les comités institutionnels sur la SDMR.						DSF	DSD, directeurs des SONU		
	Organiser 1 visite d'encadrement semestrielle du niveau départemental de la DSF vers les SONU sur la SDMR.						DSF	DSD, directeurs des SONU		

**Résultat 3. Le taux de décès néonatal est réduit.**

**Effet 3.1. L'offre des soins essentiels du nouveau-né (SENN) de qualité est assurée dans 100% des SONU d'ici fin 2030.**

**Produit 3.1.1. D'ici 2030, au moins 80% des nouveau-nés sont pris en charge dans les 24 heures suivant la naissance, selon le protocole du MSPP.**

Interventions	Activités	Chronogramme Année				Responsables	Programmes/services impliqués	Sources de Financement
		26	27	28	29			
Renforcement de la capacité de prise en charge néonatale dans 50% des SONU	Former des prestataires de soins des sites SONU aux soins essentiels du nouveau-né (SENN) en vue de dispenser des SENN de qualité. Former des prestataires de soins des sites SONU en anesthésie et réanimation néonatale Équiper au moins la moitié des SONU en matériel de réanimation néonatale et d'équipements de prise en charge des prématurés Développer un plan de sécurisation et d'approvisionnement des SONU en médicaments vitaux (traceurs) SR et SENN Créer et/ou rénover des unités/salles de soins néonatales dans 10 SONU.					DSF	DSD, SHP	
Renforcement du dispositif de prise en charge des femmes et des nouveau-nés en situation d'urgence.	Former des prestataires de soins sur le Dispositif Minimum D'Urgence dans les zones en crise. Organiser des rencontres de travail autour des recommandations des réunions du GT DMU SSR.					DSF	UNGUS	

**Produit 3.1.2. D'ici 2030, au moins 50% des sites SONU mettent œuvre la méthode Kangourou.**

Amélioration de la prise en charge des petits poids de naissance et des prématurés.	Réaliser une (1) évaluation des besoins des SONU pour l'offre de soins maternels kangourous (SMK). Former des personnels de soins en SMK pour offrir des soins de qualité aux nouveau-nés prématurés. Équiper au moins 20 sites SONU retenus pour l'offre de SMK en matériels et équipements					DSF	DSD	
						DSF	DSD	
						DSF	DOSS DSD	

**Produit 3.1.3. D'ici 2030, 95% des femmes accouchées reçoivent les soins postnataux appropriés entre la période allant de 0 heure au 42e jour après l'accouchement.**

3.1.3. Augmentation de la couverture et de la qualité des soins postnataux.	Mettre à jour les normes en soins postnataux. Former des prestataires de soins et personnels communautaires en soins postnataux. Organiser 1 groupe de support mensuel avec les FE/FA sur les soins à domicile du nouveau-né.					DSF	DSD	
						DSF	DSD	
						DSF/DSD	Établissements sanitaires	

<b>Résultat 4. Les taux de décès infantiles et infant-juvéniles sont réduits.</b>									
<b>Effet 4.1. D'ici 2030, 90% des établissements sanitaires du pays garantiront une offre de services et d'activités prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) institutionnelle et communautaire de qualité conformément aux niveaux de prestations de services de santé défini par le PES.</b>									
<b>Produit 4.1.1. D'ici 2030, au moins 90% des hôpitaux, centres de santé et au moins 80% des centres communautaires auront la capacité nécessaire pour assurer une prise en charge adéquate de l'enfant malade.</b>									
Interventions	Activités	Chronogramme				Responsables	Programmes/services impliqués	Sources de Financement	
		26	27	28	30				
Amélioration de la prise en charge des maladies infantiles courantes comme la pneumonie, le paludisme et la diarrhée... conformément aux directives de la prise en charge intégrée des maladies infantiles (PCIME)	Mettre à jour les directives cliniques de la PCIME institutionnelle et communautaire. Former des prestataires de soins et des personnels communautaires à la (PCIME), au triage, à l'évaluation et au traitement d'urgence (TETU) pour la gestion des urgences pédiatriques. Équiper des CS, HR, HD assurant la PEC des maladies courantes de l'enfant en intrants, matériels et équipements d'urgence pédiatriques Organiser des visites de supervisions formatives et de mentorat cliniques trimestrielles au niveau des CS, HR, HD.					DSF/DSD	Établissements sanitaires		
						DSF/DSD	Établissements sanitaires		
						DSF/DSD	Établissements sanitaires		
						DSF/DSD	Établissements sanitaires		
						DSF/DSD	Établissements sanitaires		
<b>Effet 4.2. La couverture vaccinale de tous les antigènes du PEV est d'au moins 95% d'ici fin 2030.</b>									
<b>Produit 4.2.1. D'ici 2030, la surveillance des maladies évitables par la vaccination est renforcée.</b>									
Intensification de la surveillance des maladies évitables par la vaccination.	Mettre à jour, publier et diffuser les directives cliniques en matière de vaccination. Former des prestataires de soins et des personnels communautaires sur la vaccination. Organiser 10 réunions de coordination semestrielle départementale sur la vaccination Développer un document de micro-planification des activités de vaccination (DSD/UAS)					UCNPV	DSF		
						UCNPV	DSF		
						UCNPV	DSF		
						UCNPV	DSF		
<b>Produit 4.2.2. D'ici 2030, au moins 95% des institutions sanitaires du pays disposent de l'ensemble des antigènes du PEV (Pentavalent/DiTPer, polio oral et injectable, Pentavalent et Rotavirus, BCG, vaccin contre la rougeole) de manière continue et sans interruption.</b>									
4.2.2. Amélioration de l'approvisionnement en intrants et la qualité des vaccins	Élaborer et/ou mettre à jour un plan d'achat, de sécurisation et d'approvisionnement des vaccins. Distribuer l'ensemble des antigènes du PEV Évaluer annuellement la chaîne du froid, la gestion, la disponibilité et la qualité des vaccins du PEV.					UCNPV	DSF		
						UCNPV	DSF		
						UCNPV	DSF		

**Effet 4.3. La prévalence de la malnutrition aiguë a diminué de 25% chez les enfants d'ici fin 2030**

**Produit 4.3.1. D'ici 2030, au moins 95% des enfants bénéficient, dans le cadre du programme de surveillance nutritionnelle, les services de santé appropriés comme le suivi mensuel de la croissance des enfants, le déparasitage, la supplémentation en micronutriments (vitamine A, iode, zinc) visant à prévenir la malnutrition aiguë et les carences en micronutriments.**

Interventions	Activités	Chronogramme Année				Responsables	Programmes/services impliqués	Sources de Financement
		26	27	28	29			
Lutte contre les carences en micronutriments.	Conduire les activités d'IEC quotidiennes dans les établissements de soins de santé primaires Assurer de manière continue la supplémentation en poudre de multiples micronutriments pour les enfants âgés de 6-23 mois. Assurer de manière continue la supplémentation en vitamine A, en Zinc pour les enfants âgés de 6-59 mois et pour les enfants atteints de rougeole					UCPNANu	DSF	
Amélioration des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.	Assurer le counseling sur l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant auprès des mères et gardiens d'enfants, des grand – mères et des pères Assurer l'éducation nutritionnelle et le counseling auprès des mères, gardiens d'enfants, des grand – mères et des pères					UCPNANu	DSF	
Renforcement de la surveillance de la croissance des enfants de moins de cinq ans.	Acquérir et distribuer des toise-taille et des rubans PB à 100 établissements sanitaires. Mettre à jour, reproduire et disséminer les livrets de suivi de la croissance des moins de cinq ans (spécifiques au sexe) Former des prestataires de soins et des personnels communautaires aux nouvelles normes et outils de suivi de la croissance. Soutenir la production des supports de communication (boîtes à image etc.) sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) pour les établissements sanitaires et la communauté, et des outils de formation et de PEC de la dénutrition.					UCPNANu	DSF	

<b>Produit 4.3.2. D'ici 2030, au moins 95% des établissements sanitaires offrent des services de promotion et suivi de la croissance chez l'enfant (prévention de la malnutrition) et la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée (MAM) et sévère chez l'enfant et autres maladies nutritionnelles.</b>									
Interventions	Activités	Chronogramme Année				Responsables	Programmes/services impliqués	Sources de Financement	
		26	27	28	29				30
Renforcement de capacités institutionnelles sur la PEC de la malnutrition aiguë.	Dépister la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans fréquentant les établissements de santé.					UCPNANu	DSF		
	Assurer le traitement des enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère (MAS).					UCPNANu	DSF		
	Former des prestataires de soins et des personnels communautaires sur la surveillance nutritionnelle et la PEC intégrée de la malnutrition aiguë.					UCPNANu	DSF		
	Organiser des cliniques de dépistage actif et de PTA mobile dans les zones d'accès difficile.					UCPNANu	DSF		
	Mettre en place de 20 nouvelles Unités de Surveillance Nutritionnelle (USN) dans les communes à forte prévalence pour la prise en charge des cas sévères de malnutrition.					UCPNANu	DSF		
	Assurer la fourniture de la supplémentation nutritionnelle à tous les établissements sanitaires de référence pour le traitement des enfants souffrant de malnutrition aiguë modérée (MAM).					UCPNANu	DSF		
Soutien nutritionnel adapté à la malnutrition aiguë en milieux communautaire et institutionnel.	Assurer la supplémentation alimentaire (aliment équilibré en énergie et protéine) chez les enfants souffrant de la MAS					UCPNANu	DSF		
	Assurer la supplémentation alimentaire avec Supplément Lipidique et Nutritionnel en petite quantité pour les enfants pour le Rx de la MAS					UCPNANu	DSF		
	Organiser des sessions de sensibilisation trimestrielles auprès des ASCP sur l'importance de l'allaitement maternel précoce et aux techniques d'allaitement maternel.					UCPNANu	DSF, DSD		
Relancer l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé et assurer la promotion de la création des associations de soutien à l'allaitement maternel dans la communauté.						UCPNANu	DSF, DSD		
<b>Produit 4.3.3. Les taux et les pratiques d'allaitement maternel exclusifs chez les nourrissons de moins de 6 mois passent de 18,4% à 70% d'ici 2030.</b>									
Amélioration des taux et des pratiques d'allaitement maternel exclusifs chez les nourrissons de moins de 6 mois.	Organiser des sessions de sensibilisation trimestrielles auprès des ASCP sur l'importance de l'allaitement maternel précoce et aux techniques d'allaitement maternel.					UCPNANu	DSF, DSD		
	Relancer l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé et assurer la promotion de la création des associations de soutien à l'allaitement maternel dans la communauté.						UCPNANu	DSF, DSD	

<b>Effet 4.4. Les nouvelles infections à VIH chez les nouveau-nés sont réduites de 75% d'ici fin 2030.</b>									
<b>Produit 4.4.1. D'ici 2030, 95% des FE et allaitantes VIH+ reçoivent des ARV pour prévenir la transmission verticale du VIH dans le cadre de la stratégie Dépister et Traiter (Test and Start).</b>									
Interventions	Activités	Chronogramme Année				Responsables	Programmes/services impliqués	Sources de Financement	
		26	27	28	29				30
Renforcement de l'offre et de l'utilisation des services de PTME chez les femmes séropositives enceintes et allaitantes.	Assurer l'offre de service de dépistage et de traitement du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et des autres IST dans les CS, HR, HD. Assurer le dépistage du VIH chez les FE et leurs partenaires – Service de recherche des contacts Assurer le dépistage du VIH chez les femmes allaitantes Assurer la prise en charge des autres IST autres que le VIH					UCMIT/PNLS	DSF		
Amélioration de la prise en charge globale des enfants nés de mères VIH et enfants séropositifs VIH.	Réviser et diffuser les documents normatifs PTME pour y inclure la triple élimination du VIH, de la Syphilis et de l'Hépatite B. Rendre fonctionnel le réseautage des sites PTME autour des plateformes de diagnostic pour un meilleur transport des échantillons et rendu des résultats. Réaliser une évaluation annuelle de la qualité des services offerts en matière de PTME.					UCMIT/PNLS	DSF		
<b>Produit 4.4.2. D'ici 2030, 95% des nouveau-nés de mères séropositives reçoivent une prophylaxie aux ARV dans les 72 heures suivant leur naissance pour prévenir la transmission verticale du VIH.</b>									
Renforcement du dépistage en salle d'accouchement, ainsi la disponibilité des ARV dans les maternités pour la mère et les enfants exposés.	Assurer le dépistage du VIH/syphilis/hépatite B dans les maternités et en salle d'accouchement. Offrir la prophylaxie ARV aux nouveau-nés de mères séropositives. Assurer la disponibilité des ARV et intrants pour la prophylaxie ARV dans les SONU pour la mère et les enfants exposés (kits de dépistage, prélèvements sanguins (DBS)). Offrir le dépistage précoce et tardif, lors de l'allaitement, la vaccination, la surveillance nutritionnelle aux enfants nés de mères VIH+					UCMIT/PNLS	DSF		

Produit 4.4.3. D'ici 2030, 95% des enfants séropositifs nés de mères séropositives sont mis précocement sous traitement ARV et tout au long de leur cycle de vie									
Interventions	Activités	Chronogramme				Responsables	Programmes/services impliqués	Sources de Financement	
		26	27	28	29				30
4.4.3. Accroissement du pourcentage d'enfants séropositifs au VIH sous traitement antirétroviral.	Mettre à jour les directives pour la prise en charge globale des enfants nés de mères VIH et enfants séropositifs VIH. Assurer la mise sous ARV précoce et le suivi des enfants séropositifs VIH Assurer le dépistage de fratrie et la vulgarisation de l'autotest pour les conjoints selon une approche de soins centrées sur la famille Accorder des assistances psychosociales aux mères des enfants séropositifs VIH Former des prestataires de soins des sites de PEC sur la prise en charge globale des enfants nés de mères VIH et enfants séropositifs VIH.						UCMIT/PNLS DSF		
							UCMIT/PNLS DSF		
							UCMIT/PNLS DSF		
							Ministère des Affaires sociales DSF		
							UCMIT/PNLS DSF		
<b>Résultat 5. La prévalence des grossesses précoces et non désirées chez les adolescentes est réduite.</b>									
<b>Effet 5.1. Les comportements sexuels à risque chez les jeunes et adolescents ont diminué grâce à la mise en place d'activités SSR adaptés aux adolescents et jeunes</b>									
<b>Produit 5.1.1. D'ici 2030, un paquet de services de santé SSR standardisé et de qualité adaptée aux adolescents et jeunes (10 à 24 ans) est défini, adapté, renforcé et intégré dans tous les établissements sanitaires en fonction de leur niveau de prestation de soins conformément au PES.</b>									
Accroissement de l'offre des services de SSR de qualité, adaptée aux adolescents et aux jeunes dans les établissements sanitaires.	Élaborer et définir un paquet essentiel de services destinés aux adolescents et jeunes						DSF	DOSS	
	Développer et/ou mettre à jour et diffuser les normes nationales pour l'offre de services de SSR adaptés aux adolescents et aux jeunes						DSF	DSD	
	Évaluer les besoins de formation des prestataires de soins sur la prestation de services de SSR et de VIH adaptés aux adolescents et aux jeunes.						DSF	UCMIT/PNLS	
	Examiner, élaborer, adapter et imprimer des supports de formation pour les services de SSR adaptés aux adolescents et aux jeunes.						DSF	DPSPE	
	Former des prestataires de soins en santé en droits sexuels et reproductifs des adolescents et jeunes.						DSF	DSD	
	Développer, adapter des outils de supervision formative intégrée adaptés aux adolescents et aux jeunes dans les points de prestation de services.						DSF	DSD	

<b>Produit 5.1.2. D'ici 2030, les connaissances, les compétences et les comportements positifs en matière de sexualité et de santé reproductive chez les adolescents sont améliorés et renforcés.</b>									
<b>Interventions</b>	<b>Activités</b>	<b>Chronogramme</b>				<b>Responsables</b>	<b>Programmes/services impliqués</b>	<b>Sources de Financement</b>	
		<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>				<b>30</b>
Renforcement des connaissances, compétences et comportements positifs des adolescents en matière de sexualité et de santé reproductive	Développer et mettre en œuvre un plan de communication et de sensibilisation intégré au profit des adolescents et jeunes sur la SSR Organiser des ateliers de dissémination du plan de communication intégré SSRAJ. Élaborer des messages adaptés pour la promotion de comportements positifs, sains, valorisés SSRAJ Réviser et distribuer des supports nationaux d'IEC relatifs à la SSR des adolescents et des jeunes Développer un projet d'interventions en milieu scolaire, non scolaire sur l'éducation sexuelle, le respect des droits humains, l'égalité de genre. Appuyer les OSC et OCB à l'organisation des séances d'éducation et de sensibilisation au profit des adolescents et jeunes sur la SSR Mettre en place au moins 30 Clubs de "futurs maris modèles" au niveau des centres jeunes. Aménager 20 espaces ados/jeunes conviviaux dans les SONUC pour l'offre de services SSR						DPSPE DPSPE DPSPE DPSPE MENFP DSD DSD DSD		
Extension des espaces jeunes.							DSD		
<b>Produit 5.1.3. D'ici 2030, l'offre de services complet du VIH, hépatites, syphilis et autres IST est disponible et accessible aux ados/jeunes dans les IS</b>									
Augmentation de la couverture vaccinale contre le HPV au niveau national dans le cadre de la prévention du cancer du col.	Élaborer les recommandations nationales pour la vaccination contre le VPH Développer, reproduire et distribuer les supports de formation et d'information sur le VPH. Développer un plan national de vaccination contre le VPH pour la vaccination des filles Rendre accessible et gratuit les vaccins contre les HPV dans 100% des SONU.						UCMIT/PNLS DSF DSF UCMIT/PNLS DSF UCMIT/PNLS DSF		
Renforcement de l'offre de services du VIH, hépatites, syphilis et, autres IST aux adolescents et les jeunes	Rendre disponible la PrEP dans les points de prestataires de dépistage du VIH Assurer l'offre de dépistage, PEC de la syphilis, hépatite B et autres IST dans les centres jeunes.						DSF UCMIT/PNLS DSF		





Produit 7.1.2. D'ici 2030, les cadres et mécanismes de coordination impliquant tous les intervenants en matière de SRMNIA mis en place sont fonctionnels au niveau central, départemental, et institutionnel.									
Interventions	Activités	Chronogramme Année				Responsables	Programmes/services impliqués	Sources de Financement	
		26	27	28	29				30
Renforcement des organes de coordination du MSPP à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour le suivi de la mise en œuvre du Plan stratégique SRMNIA 2026-2030.	Actualiser les TDR du Groupe Thématique SSR par la DSF					DSF	PTF faisant partie du Groupe Thématique, Ministères sectoriels, OCB et OSC		
	Organiser deux (2) réunions semestrielles du Groupe Thématique SSR par la DSF en collaboration avec les acteurs impliqués en SSR					DSF			
	Produire un rapport annuel sur les réunions semestrielles du groupe thématique SSR					DSF			
	Organiser quatre (4) réunions trimestrielles du Groupe de Travail du Dispositif Minimum d'urgence pour la SSR (GT DMU-SSR) par la DSF					DSF, UNGUS		PTF faisant partie du GT DMU-SSR	
	Organiser un (1) atelier SSR national annuel réunissant l'ensemble des directeurs et responsables SR, SM, SI des DSD du pays					DSF		DSD	
Réaliser et mettre à jour une cartographie des partenaires techniques impliqués dans l'offre des services de santé en SRMNIA					DSF	DSD			
<b>Produit 7.1.3. D'ici 2030, la DSF et les autres directions centrales du MSPP dont, l'UCPNANu, l'UCNPV, l'UCMIT/PNLS, PNCM, la DPMMT, le PNST, la DPSPE, DOSS, UPE et autres entités impliquées dans la coordination des interventions de SRMNIA</b>									
Renforcement de la concertation et de la collaboration des différentes structures du MSPP impliquées dans la SRMNIA (DSF, l'UCPNANu, l'UCNPV, l'UCMIT/PNLS, la DPMMT, DPSPE, PNST...).	Mettre en place un (1) groupe de travail interne entre la DSF et les autres directions du MSPP impliquées dans la SRMNIA						UCPNANu, UCNPV, UPE l'UCMIT/PNLS, PNCM DPSPE, DPMMT, PNST, DOSS et les coordinations techniques départementales (DSD) de toutes ses directions centrales		
	Organiser une (1) rencontre de travail interne semestrielle des directions centrales impliquées dans la coordination des services de SRMNIA					DSF, Direction Générale			
	Organiser une session d'orientation annuelle en faveur des coordinations départementales SRMNIA sur l'élaboration de leur plan de travail, mécanismes de coordination et leadership								
	Développer le plan opérationnel du PS SRMNIA 2026-2030.								

	Développer le plan intégré départemental pour l'offre de services SSR aux adolescents et jeunes.								
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>Produit 7.1.4. D'ici 2030, le cadre de partenariat et de collaboration intersectorielle avec les autres secteurs non-santé impliqués dans la SRMNIA sont redynamisés et renforcés.</b>									
Interventions	Activités	Chronogramme Année				Responsables	Programmes/services impliqués	Sources de Financement	
		26	27	28	29				30
Organisation et renforcement du partenariat autour de la SRMNIA, y compris le partenariat public/privé	Définir et diffuser les responsabilités des autres ministères sectoriels dans la coordination, la collaboration, l'intégration et l'offre de services SRMNIA Actualiser les TDR des tables sectorielles sur la thématique SSR Organiser 10 tables sectorielles sur la thématique SSR par année par les DSD du pays Mettre en place et rendre fonctionnel le Comité Interministériel Organiser un atelier de réflexion autour de la promotion de l'utilisation des NTIC au profit des adolescents et jeunes.					DSF/MSPP	Ministères sectoriels impliqués dans la SRMNIA avec leurs coordinations techniques départementales		
						DSF/MSPP et DSD	Ministères sectoriels, PTF, OSC, OCB		
						Ministre et DG MSPP	DSF, Points focaux des ministères sectoriels		
						DSF/MSPP DG du MSPP	Points focaux des ministères sectoriels		
<b>Produit 7.1.5. D'ici 2030, les documents normatifs et procédures de soins en matière de SRMNIA sont mis à jour, diffusés et disponibles pour garantir des services de qualité.</b>									
Elaboration/actualisation des documents de normes et procédures en SRMNIA, y compris les activités en rapport avec la qualité des services.	Développer et diffuser les protocoles sur les complications obstétricales et néonatales.					DSF	DSD		
	Développer et diffuser les normes sur les consultations pré et post-natales					DSF	DSD		
	Actualiser les protocoles de PEC des VSBG					DSF/MSPP	MCFDF		
	Mettre en œuvre les normes sur la prise en charge du cancer du col, les normes de PF, les normes de l'eTME du VIH et les protocoles de VSBG					DSF/MSPP	MCFDF		
	Mettre en place les comités d'amélioration de la qualité des soins dans les SONU selon le modèle de HealthQual					DSF	DOSS DSD		
	Développer les outils concernant l'évaluation de la qualité des soins dans tous les SONU					DSF	UEP		

	Organiser une visite semestrielle de contrôle de la qualité des services SRMNIA menées par les DSD								DSF		DSD
	Organiser 2 sessions de monitoring SONU par année régulièrement dans tous les DSD								DSF		DSD

<b>Effet 7.2. Le budget alloué à la SRMNIA dans le budget national de la santé a augmenté, dans une perspective de financement durable d'ici fin 2030.</b>											
<b>Produit 7.2.1. D'ici 2030, la SRMNIA dispose des ressources financières nécessaires pour la mise en œuvre du plan stratégique 2026-2030.</b>											
Interventions	Activités	Chronogramme Année				Responsables	Programmes/services impliqués	Sources de Financement			
		26	27	28	29				30		
Mise en œuvre d'une stratégie de plaidoyer et de mobilisation des ressources financières	Développer et/ou assurer la mise en œuvre d'un plan de plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour la SRMNIA								DSF		
Promotion des initiatives innovantes du financement de la SRMNIA.	Organiser une table ronde annuelle de plaidoyer conduite par les Hautes instances du MSPP										
	Développer une stratégie nationale de la gratuité des soins de santé de la mère, du nouveau-né et des enfants de moins de 5 ans								DSF/MSPP, DG du MSPP, Bureau du Ministre de la Santé		UEP/MSPP, MEF
	Développer une stratégie nationale de la gratuité de la césarienne et des autres interventions obstétricales majeures										
	Développer un cadre de standardisation des coûts abordables du paquet d'interventions en SRMNIA.										
	Accorder au moins 10 % du budget alloué à la santé au recrutement RHS, achats/approvisionnement d'intrants, matériels, équipements en SRMNIA.										
	Plaidoyer auprès du secteur privé et PTF pour la mobilisation de ressources.								Bureau du Ministre de la Santé		DSF/MSPP, DG du MSPP,
<b>Effet 7.3. Le système national de suivi évaluation est résilient et produit des données routinières et de surveillance de qualité ainsi que des données de recherche en SRMNIA permettant la prise de décisions en SRMNIA d'ici fin 2030.</b>											
<b>Produit 7.3.1. D'ici 2030, le système d'information sanitaire unique - SISNU est renforcé pour une meilleure collecte et gestion de l'information en SRMNIA.</b>											
Renforcement des capacités techniques du personnel de soins sur les outils de collecte des données en SRMNIA.	Développer et Mettre à jour les outils de collecte capable de collecter les données de SRMNIA								DSF, UEP/MSPP		
	Organiser la formation pour des gestionnaires de données, épidémiologiste départemental, Officier de Suivi-Évaluation sur l'analyse des données								DSF, UPE/MSPP		DSD

Organisation du contrôle qualité et de la validation des données en SRMNIA.	Organiser des visites de supervision, de validation trimestrielle des données SRMNIA départemental								DSF, UEP/MSPP	DSD
	Mettre à jour les différents formulaires de collecte de données sur la SDMPR.								DSF, UEP/MSPP	
	Conduire une analyse de la performance de la SDMPR au cours de la mise en œuvre du plan									

<b>Produit 7.3.2. D'ici 2030, des données de routine pertinentes, de qualité sont disponibles et accessibles à tous les niveaux du système de soins pour la production de l'information stratégique conduisant à des prises de décisions coordonnées et éclairées en matière de SRMNIA.</b>											
Interventions	Activités	Chronogramme Année					Responsables	Programmes/services impliqués	Sources de Financement		
		26	27	28	29	30					
Organisation des évaluations périodiques, annuelles et finales des différents plans SRMNIA.	Développer le plan suivi-évaluation du plan stratégique SRMNIA 2026-2030.										
	Réaliser la revue à mi-parcours du plan stratégique SRMNIA 2026-2030 en 2028.						DSF, UEP/MSPP				
	Réaliser l'évaluation finale du plan stratégique SRMNIA 2026-2030 en 2030										
	Réaliser quatre (4) rapports annuels sur la mise en œuvre du plan stratégique SRMNIA 2026-2030										
<b>Produit 7.3.3. D'ici 2030, les données épidémiologiques et comportementales en matière de SRMNIA, issues de l'analyse des données et de la recherche/les enquêtes, sont disponibles et de qualité pour la prise de décisions opportunes.</b>											
Renforcement de la surveillance épidémiologique, séro-surveillance sentinelle du VIH chez les FE, la surveillance des décès maternels, néonataux et infantiles.	Produire un bulletin de surveillance épidémiologique électronique SRMNIA annuel						DSF, DELR	UEP/MSPP			
	Conduire les enquêtes nationales de surveillance sentinelle du VIH et des IST auprès des FE						DSF, DELR, UCMIT/PNLS	UEP/MSPP			
	Réviser les audits de décès maternels, néonataux et infantiles dans tous les SONU.						DSF, DELR	UEP/MSPP			
	Conduire 5 enquêtes annuelles sur la disponibilité des intrants SR et la satisfaction des clients PF.						DSF	UEP/MSPP			
	Organiser une enquête CAP sur la vaccination au niveau national en 2029						DSF, UCNPV	UEP/MSPP			
Organisation des recherches en SRMNIA.	Évaluer l'état nutritionnel des enfants de < de 5 ans						UCPNANu	DSE, UEP/MSPP			
	Étudier les déterminants de la faible utilisation des services SSR par les adolescents et les jeunes.						DSF	UEP/MSPP			
	Conduire une étude sur les obstacles à l'implication des hommes aux services de SRMNIA.						DSF	UEP/MSPP			

	Réaliser une évaluation rapide sur les problèmes relatifs à la SSR des personnes âgées								DSF	UEP/MSPP
	Conduire une enquête mixte sur les déterminants des césariennes chez les femmes enceintes.								DSF	UEP/MSPP
	Etude sur la dépendance fonctionnelle, maladies chroniques des personnes âgées (Conduire)								DSF	UEP/MSPP

<b>Résultat 8. Les volets du système de santé, qui concernent les produits de santé et intrants, les laboratoires, les ressources humaines en santé et la participation communautaire, sont renforcés durablement pour soutenir la mise en œuvre du plan SRMNIA 2026-2030.</b>											
<b>Effet 8.1. Les systèmes de gestion et d'approvisionnement en produits/intrants, médicaments essentiels, vaccins, produits sanguin et technologies de santé (équipements et matériels) en lien avec la SRMNIA sont renforcés afin de les rendre plus accessibles pour l'offre de services en SRMNIA d'ici fin 2030.</b>											
<b>Produit 8.1.1. Les intrants, médicaments et produits essentiels et vitaux pour la santé de la femme, de la FE, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent sont disponibles et accessibles dans 100% des institutions sanitaires ciblées, en particulier les SONU.</b>											
Interventions	Activités	Chronogramme				Responsables	Programmes/services impliqués	Sources de Financement			
		26	27	28	29				30		
Renforcement des capacités institutionnelles dans la gestion des médicaments et intrants SRMNIA	Former des gestionnaires des pharmacies des CS, HR, HD sur la gestion logistique. Évaluer les besoins en médicaments de la SRMNIA y compris les contraceptifs, réactifs de laboratoire, MIILDA, kits de PEC des VBG, médicaments traceurs en SR et SENN Élaborer un plan de sécurisation des produits, en particulier au profit des SONU. Doter les CCS, CS, HR, HD offrant le paquet d'interventions SRMNIA en médicaments spécifiques pour la SRMNIA.					DPMMT	DSF				
						DPMMT	DSF, PNCM				
						DPMMT, DSF					
						DSF, DPMMT					
<b>Produit 8.1.2. D'ici 2030, le plateau technique des institutions sanitaires plus particulièrement les SONU est renforcé pour l'offre complète des paquets d'interventions SRMNIA en fonction du niveau de prestation défini dans le PES.</b>											
Renforcement du plateau technique des CCS, CS, HR, HD pour l'offre des paquets d'interventions de SRMNIA.	Évaluer les besoins en équipements, matériels, et intrants de laboratoire des SONU Élaborer un plan d'achat de nouveaux équipements et de renouvellement du matériel médico technique en SRMNIA des SONU Doter 50% des SONUC en moyens logistiques fonctionnels, en particulier ambulance médicalisée, génératrice, motos, carburant ...					DSF	DOSS DSD				
						DSF	DOSS				
						DSF	DOSS				

	Assurer la dotation régulière des SONU en oxygène et carburant.								DSF	DOSS	
Installation de la maintenance préventive et curative du matériel médico technique.	Élaborer un plan de maintenance du matériel médico technique en SRMNIA.								DSF	DOSS	
	Contractualiser les activités de maintenance avec les structures spécialisées et former le personnel sur place pour la PEC technique ultérieure.								DSF	DOSS	

**Effet 8.2. Les ressources humaines en santé pour la SRMNIA sont suffisantes et compétentes pour offrir des soins de qualité aux populations ciblées d'ici fin 2030.**  
**Produit 8.2.1. D'ici 2030, les besoins en RHS en quantité suffisante et en qualité, en particulier les sage-femmes et le personnel pour la prestation des SENN sont couverts dans les établissements sanitaires offrant les soins SRMNIA, spécifiquement les SONU.**

Interventions	Activités	Chronogramme Année				Responsables	Programmes/services impliqués	Sources de Financement
		26	27	28	29			
Recrutement, affectation ou redéploiement des RHS avec des compétences en SRMNIA.	Faire une cartographie des professionnels de santé formés en SRMNIA et évaluer les besoins. Procéder au recrutement de médecins, infirmières, pharmaciens, spécialistes tels qu'obstétricien-gynécologue, pédiatre, anesthésiologiste. Doter les SONUB et SONUC de travailleurs sociaux et psychologues en nombre suffisant Procéder au recrutement de 100 sage-femmes Définir un plan de déploiement des personnels de soins et de rétention des cadres SRMNIA					DRH, DSF	DSD	
						DRH, DSF	DSD	
						DRH, DSF	DSD	
						DRH, DSF	DSD	
<b>Produit 8.2.2. D'ici 2030, les capacités des RHS disponibles sont renforcées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour améliorer la qualité des soins, respecter les droits sexuels et reproductifs, promouvoir l'égalité de genre et adopter une approche de soins humanisés centrés sur les besoins des clients (soins respectueux).</b>								
Renforcement des capacités des RHS en SRMNIA à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	Travailler avec la DFPSS et la DRH pour une évaluation des besoins en RH des SONU Procéder à une évaluation des besoins de connaissances du personnel de soins des SONU. Développer un plan de renforcement de capacités du personnel de soins des SONU. Mettre à jour le plan de formation du personnel de soins en SRMNIA selon une approche de soins centrés sur les besoins des patients, Soutenir l'élaboration d'un guide intégré de supervision formative en SRMNIA.					DSF	DFPSS, DRH	
						DSF	DFPSS	
						DSF	DFPSS	
						DSF	DFPSS	
						DSF	DFPSS	
						DSF	UEP/MSPP	

	Former des prestataires de soins en charge de la SRMNIA à la démarche qualité (stratégies, outils).							DSF	DOSS	
	Prendre en charge gouvernementale les coûts de fonctionnement des Écoles Nationale de Sage-femmes et d'Infirmières Anesthésistes.							DSF	UPE/MSPP, DG du MSPP, Bureau du Ministre	
	Développer un module de formation sur la SSR pour la formation initiale des étudiants en sciences de la santé avec le support des partenaires.							DSF, DFPSS	SHOG, SHP, Faculté de Médecine de l'UEH, ZL, GHESKIO,	

**Effet 8.3. La participation communautaire, la communication et la mobilisation sociale en SRMNIA sont renforcées d'ici fin 2030.**

**Produit 8.3.1. D'ici 2030, les populations ciblées, en particulier les FE, les femmes et hommes, les mères, les adolescents, adolescentes et jeunes, ont une meilleure connaissance des services de SRMNIA pour une utilisation accrue des services.**

Interventions	Activités	Chronogramme				Responsables	Programmes/services impliqués	Sources de Financement
		26	27	28	29			
Mise en place d'un dispositif et des outils de communication et mobilisation sociale en matière de SRMNIA.	Appuyer l'élaboration d'un plan intégré de communication (PIC) en appui à la SRMNIA.						DSF, DPSPE	
Développement des activités de mobilisation sociale visant à vulgariser les meilleures pratiques dans les domaines de la SSR et du développement des adolescents et jeunes au niveau de la communauté.	Élaborer des supports de communication dans tous les domaines de la SRMNIA et 3 <sup>e</sup> âge (affiches, dépliants, boîtes à images, films éducatifs, etc.).						DSF, DPSPE	
	Organiser 2 campagnes annuelles de mobilisation de la communauté sur le don de sang volontaire.						DSF, PNST	DPSPE
	Organiser des campagnes de sensibilisation de la communauté sur la SSR dans tous les départements						DSF, DPSPE	DSD
	Organiser une campagne annuelle de vaccination HPV pour la prévention du cancer du col utérin						UCNPV, DSF, UCMIT/PNLS	DPSPE
	Organiser une campagne annuelle sur le dépistage de la fistule obstétricale, le cancer du col et du sein.						DSF, SHOG	DPSPE, UCMIT/PNLS
	Organiser une campagne annuelle nationale d'hygiène buccodentaire en milieu scolaire.						DSF/MSPP, DSS/MENFP	DPSPE,
	Organiser des sessions de sensibilisation des matrones, mères tutrices pour l'accompagnement des mères non suivies dans les CPN et à l'hôpital.						DSF, DPSPE	DSD

**Produit 8.3.2. D'ici 2030, les capacités du personnel de soins, des ASCP, des OCB/OSC sont renforcées pour soutenir l'offre de services communautaires en matière de SRMNIA auprès des populations ciblées.**

Renforcement des capacités	Former des ASCP et leaders communautaires à la communication en matière de SRMNIA.						DSF, DPSPE	DSD
----------------------------	--	--	--	--	--	--	------------	-----



## CHAPITRE 8. CADRE DE SUIVI ET ÉVALUATION DU PLAN

La mise en œuvre du PSN SRMNIA et du 3<sup>e</sup> âge 2026-2030 fera l'objet d'un suivi régulier selon les mécanismes de suivi, d'évaluation et de coordination existants, en vue d'apprécier l'état d'avancement du plan et le niveau d'atteinte des résultats, d'identifier les défis rencontrés et, de procéder au réajustement nécessaire. Elle s'appuiera sur un cadre de suivi harmonisé détaillé, intégrant des indicateurs, d'impact, d'effets, de produits et de processus pour suivre, évaluer les réalisations et les résultats des interventions et activités.

Pour assurer ce suivi-évaluation efficace, un plan de suivi-évaluation sera élaboré. Il permettra d'améliorer le suivi et la coordination des interventions de ce plan stratégique. Il aura comme objectif principal d'identifier et de renseigner systématiquement les indicateurs de processus, de produits, d'effets et d'impact du plan. 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.

Ensuite, il sera essentiel de disposer d'un dispositif de gestion des données permettant la collecte, le stockage, l'analyse et la visualisation des données de manière automatique et fluide. La collecte des données de routines, de prestations de services de santé, institutionnelles et communautaires se basera sur le système d'information sanitaire actuel à savoir, Système d'Information Sanitaire National Unifié (SISNU), effectuée par le niveau institutionnel, départemental et validée par le niveau central. Les informations sanitaires traitées et analysées seront diffusées au niveau du Rapport Statistique sanitaire annuel rédigé par l'UEP et la DERL. Des indicateurs liés à la performance et la qualité des prestations des institutions qui fournissent des services SONU seront collectés par le niveau départemental et diffusés au niveau du Rapport monitoring SONU semestriel départemental.

Pour d'autres indicateurs de processus, en particulier ceux liés à la gouvernance et au renforcement du système de santé, l'information sera vulgarisée à travers les différents revues annuelles de mise en œuvre du PSN SRMNIA et du 3<sup>e</sup> âge 2026-2030 qui seront élaborées par la DSF. Concernant la disponibilité des intrants contraceptifs et les ruptures de stocks de médicaments SSR essentiels, ceux-ci utiliseront les résultats des enquêtes annuels GPRHCS.

S'agissant, des indicateurs d'effets et d'impact du plan, ces données seront fournies dans les Rapports d'Enquête de Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services qui sont réalisées chaque cinq ans et au niveau des Rapport d'Évaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé (EPSSS) conduits sur une base périodique.

En plus des réunions trimestrielles de suivi du Groupe Thématique SSR, l'organisation de missions de supervision et de mentorat 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 seront tenues pour apprécier l'état de suivi régulier de la mise en œuvre des activités du plan.

A part le plan de suivi-évaluation du PSN SRMNIA et du 3<sup>e</sup> âge 2026-2030, d'autres documents cadres permettront d'assurer le suivi/évaluation du plan stratégique. Premièrement, il s'agit du Cadre de performance, définissant les indicateurs de résultats à chaque niveau depuis le processus, les produits, les effets et les impacts des interventions du plan. C'est un outil de pilotage qui permet

de prendre des décisions stratégiques et d'améliorer les processus en continu et, également de suivre la performance du plan stratégique.

Des revues annuelles de mise en œuvre du PSN seront rédigées pour apprécier le niveau d'atteinte des objectifs du plan (au total cinq). Le groupe thématique SSR pourra contribuer de manière efficace à la préparation de ces revues annuelles.

Une évaluation à mi-parcours sera réalisée en 2028 avec pour objectif de veiller sur la cohérence et la complémentarité des interventions, de faire le point sur la mise en œuvre global du plan et d'adapter si possible certaines interventions et stratégies. L'évaluation finale du plan sera réalisée au premier trimestre de 2031. Elle sera centrée sur les performances accomplies, l'atteinte des résultats, des objectifs visés par le plan. Elle permettra de juger de la pertinence des objectifs, de l'efficacité des stratégies et de la performance des structures, préparera le processus de planification stratégique future. Les évaluations se feront conjointement avec l'appui et le support technique des partenaires du MSPP.

Enfin, pour disposer des données fiables capables de suivre les progrès, des enquêtes, études et recherches d'envergure nationales, à la fois quantitatives et qualitatives, sur les indicateurs socio-démographiques de santé et épidémiologiques seront menées. Les résultats de ces études permettront de générer les informations complémentaires indispensables pour la prise de décisions stratégiques et opportunes basées sur des données probantes. De plus, les résultats de ces études seront appelés à être traduits en directives claires visant l'amélioration de la planification et de l'implémentation des interventions.

## CHAPITRE 9. MESURES D'ACCOMPAGNEMENT /CONDITIONS DE SUCCES ET ANALYSE DES RISQUES

### 9.1. Mesures d'accompagnement /conditions de succès

En vue de garantir le succès du PSN SRMNIA et santé du 3<sup>e</sup> âge 2026-2030, une série de mesures accompagneront sa mise en œuvre. Ces mesures porteront sur : (i) la gouvernance du système de soins (ii) le renforcement du système de santé (iii) l'environnement sanitaire.

Mesures relatives à la gouvernance du PSN

- Établir et/ou renforcer un cadre de partenariat intersectoriel entre les différents ministères sectoriels en vue de promouvoir la SRMNIA et la santé du 3<sup>e</sup> âge dans les plans d'action, de communication, d'éducation et de mobilisation des ressources de tous les acteurs et parties prenantes impliqués dans les interventions visant la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile.
- Établir et/ou renforcer un cadre de concertation entre les directions centrales du MSPP impliquées dans la SRMNIA et la santé du 3<sup>e</sup> âge visant à instaurer un environnement de travail collaboratif efficace, sain, harmonieux et stable en vue d'une coordination réussie du PS.
- Renforcer le plaidoyer à la mobilisation des ressources financières nécessaires à la mise en œuvre du PS, en particulier auprès du Gouvernement, des PTF et du secteur privé des affaires, dans le cadre du financement du Dossier d'Investissement SRMNIA 2026-2030.
- Actualiser l'organisation des comités de suivi du plan au niveau central (Groupe Thématique SSR, Comité Interministériel SSR) et départemental (Tables sectorielles SSR).

Mesures relatives au renforcement du système

- Doter les structures de RHS compétentes, en particulier des sage-femmes, et des équipements (SONU, réanimation) et intrants nécessaires (PF de longue durée, médicaments traceurs SSR, SENN) permettant l'offre de soins et des services de qualité SRMNIA et santé du 3<sup>e</sup> âge ;
- Garantir un financement suffisant pour la SRMNIA et santé du 3<sup>e</sup> âge à travers un budget global santé amélioré et sa gestion rationnelle à tous les niveaux ;
- Promouvoir la culture de la gestion axée sur les résultats (GAR) ainsi que l'approche de soins centrée sur les besoins du patient respectivement auprès des gestionnaires et prestataires de services ;
- Motiver les RHS affectées dans les zones d'accès difficile par des mesures incitatives liées à la performance dans le cadre d'un projet relatif au financement basé sur les résultats (FBR), au développement professionnel et de rétention des cadres.
- Impliquer tous les acteurs, secteur publique, PTF, OCB/OSC, collectivité locale, secteur privé et la communauté à toutes les interventions visant la SRMNIA et la santé du 3<sup>e</sup> âge.

Mesures relatives à l'accès équitable aux soins

- Pérenniser les programmes et projets de développement spécifiques en cours mis en œuvre par les acteurs en matière de SRMNIA et santé du 3<sup>e</sup> âge
- Favoriser l'accès équitable des populations aux soins et services de santé par l'instauration ou le renforcement de mesures de gratuité des soins SONU, CPN, CPoN et d'assistance sociale aux populations les plus vulnérables ;
- Développer les services de santé à base communautaire.

## 9.2. Analyse des risques

La mise en œuvre de ce plan peut être sujette à des facteurs internes et/ou externes susceptibles d'entraver son bon déroulement. Ces facteurs sont des risques contre lesquels, souvent, les acteurs n'ont pas de pouvoir de décision. L'incertitude influence l'atteinte des objectifs stratégiques, ce qui demande d'évaluer la probabilité d'événements pouvant modifier les résultats ou d'en anticiper les effets.

Sur la base de l'analyse de situation et des résultats de l'évaluation finale du PSN SSR 2019-2023, des risques majeurs susceptibles de compromettre la mise en œuvre de ce plan et l'atteinte de ses résultats et d'avoir un impact sur la qualité des services ont été identifiés. Ils sont présentés dans ce plan à titre indicatif. Les autorités sanitaires et parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre de ce plan sont obligés de procéder à des analyses de risques continues afin de pouvoir définir des actions de mitigation des risques et adapter leurs interventions. Les lignes suivantes présentent des éventuels risques pouvant survenir durant la période d'exécution du présent PSN.

Les principaux risques identifiés sont les suivants :

- La perturbation de la paix sociale sans laquelle tout effort de développement est d'emblée compromis.
- La persistance de la crise socio-économique et sécuritaire conjoncturelle renforçant les inégalités sociales en santé et entraînant le maintien d'un cycle de paupérisation des populations les plus vulnérables.
- La faible allocation des ressources endogènes allouées au système de santé, impactant également l'allocation budgétaire qui sera consacrée à la mise en œuvre du plan.
- La déperdition des ressources humaines les plus qualifiées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, en particulier les sage-femmes.
- La non-disponibilité des ressources humaines en santé qualifiées et formées aussi bien professionnels de santé qu'agents de santé communautaire pour réaliser l'ensemble des interventions planifiées.
- La faible implication des ministères sectoriels non-santé dans les questions relatives à la santé, comme constaté dans l'évaluation finale du PSN SSR 2019-2023.

## CHAPITRE 10. PLANIFICATION BUDGETAIRE

### Modalités d'élaboration du budget

L'évaluation de ce processus budgétaire a été réalisée selon une démarche structurée comportant plusieurs étapes successives :

- Premièrement, la détermination de la taille ciblée des populations par le plan stratégique repose sur l'analyse des projections démographiques issues des sources nationales, complétée par les données relatives à l'utilisation des services de santé par les bénéficiaires (*Rapport statistique sanitaire 2023-2024*).
- Deuxièmement, les cibles des différents indicateurs correspondant au niveau d'effort à accomplir, ont été établis jusqu'en 2030 conformément à la chaîne des résultats du plan. Le cadre de performance et le cadre de résultats du plan ont été utilisés afin d'aligner le budget avec les cibles prévues sur les cinq années de mise en œuvre du plan.
- En dernier lieu, la définition des coûts unitaires sont ceux proposés en provenance de la base de coûts unitaires du récent Dossier d'Investissement (DI) SRMNEA-N 2025-2029 publié en juin 2025 par le MSPP. Par le biais des hypothèses détaillées issus de ce document de référence, il a été établi, les coûts unitaires historiques des interventions/activités (salaires, honoraires des consultants, médicaments et intrants de labo, prestations de services, ateliers et formation, matériels et équipements, assurance véhicules, constructions et rénovations des établissements sanitaires...). Selon les données macroéconomiques publiées par la Banque de la République d'Haïti, un taux d'inflation moyen de 30 % a été appliqué de façon constante aux données sur les cinq années précédant l'établissement des coûts unitaires et du taux de croissance calculé. Les coûts unitaires retenus pour l'évaluation budgétaire du PSNM 2024-2030 ont également été consultés.

Le budget a été élaboré en utilisant un format Excel adapté pour refléter les coûts par activité et par rubrique.

### Budget du PSN SRMNIA et santé du 3<sup>e</sup> âge 2026-2030

Le coût global total pour l'implémentation PS SRMNIA et santé du 3<sup>e</sup> âge 2026-2030 est estimé à un milliard quinze millions neuf cent cinquante-sept mille sept cent quatre-vingt-seize (1 015 957 796,00 milliards) de dollars américains sur une période de 5 ans.

**Tableau 1. Aperçu du budget par rubriques**

<b>Rubriques</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>	<b>2028</b>	<b>2029</b>	<b>2030</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
PF	135 100	60 630	50 630	60 630	40 970	<b>347 960</b>	0,000
VBG	215 988	204 085	185 780	156 680	144 900	<b>907 433</b>	0,000
Santé sexuelle	36 300	-	6 300	-	6 300	<b>48 900</b>	0,000
Cancer SSR et problèmes de santé	74 480	3 573 070	3 451 430	4 514 080	144 080	<b>11 757 140</b>	0,011
CPN	4 203 300	4 168 300	4 197 050	4 178 300	4 168 300	<b>20 915 250</b>	0,020
Prévention des décès maternels et périnataux	25 721 150	29 869 850	37 213 850	34 744 850	23 761 850	<b>151 311 550</b>	0,148
Soins Essentiels du Nouveau-né	322 500	277 300	252 300	202 300	88 000	<b>1 142 400</b>	0,001
PCIME	46 491 050	46 456 450	46 456 450	46 456 450	46 456 450	<b>232 316 850</b>	0,228
Vaccination	1 696 600	1 542 600	1 542 600	1 542 600	1 542 600	<b>7 867 000</b>	0,007
Nutrition	12 224 240	15 063 440	16 893 440	14 536 440	12 623 440	<b>71 341 000</b>	0,070
PTME	4 257 000	4 538 050	4 169 000	4 169 000	4 169 000	<b>21 302 050</b>	0,020
Prévention de la grossesse précoce	2521750	3366300	2535800	2576300	2451300	<b>13 451 450</b>	0,013
Éducation sexuelle	126300	962100	877 600	877 600	877600	<b>3 721 200</b>	0,003
Prévention et PEC des maladies des personnes du 3 <sup>e</sup> âge	0	820 075	48 120 400	47 362 300	47 313 550	<b>143 616 325</b>	0,141
Gouvernance	2 195 230	1 349 000	1 105 350	1105350	1 105 350	<b>6 860 280</b>	0,006
Financement	755 210	196050	75550	13800	13800	<b>1 054 410</b>	0,001
Suivi-Évaluation	422 410	685790	524640	318380	355720	<b>2 306 940</b>	0,002
Gestion et approvisionnement des intrants	62 090 700	61 838 050	61 648 000	61 673 000	61 673 000	<b>308 922 750</b>	0,304
Ressources Humaines en Santé	3 028 000	6 443 150	6 465 000	0	0	<b>15 936 150</b>	0,015
Mobilisation communautaire	164 650	238 000	122050	122050	122 050	<b>768 800</b>	0,000
<b>TOTAL</b>	<b>166681958</b>	<b>181652290</b>	<b>232141475</b>	<b>169104410</b>	<b>203306160</b>	<b>1015957796</b>	<b>100%</b>

Il ressort du tableau 1 que huit domaines stratégiques constituent la charpente budgétaire du plan. La plus grande part de ce budget est attribué à la réduction du taux de décès infantile et infanto-juvénile (32,7%), à savoir le domaine 4 dont la majeure partie (70%) revient à l'achat d'intrants pour l'offre de services de santé (PCIME, vaccination, nutrition, PTME), le renforcement de capacités du personnel et la réhabilitation des unités de surveillance nutritionnelle. Cependant, la rubrique qui rassemble la plus grande part de ce budget selon le tableau 1 revient à la gestion et approvisionnement en produits/intrants, médicaments essentiels, vaccins, produits sanguins et technologies liées à la santé, dans le cadre de la continuité des services de santé, qui s'élève à hauteur de 30% du budget total. On trouve ensuite, la PCIME (22,8%) et la prévention des décès maternels et périnataux (14,8%) dont la majeure partie de cette dernière concerne la réhabilitation/mise à l'échelle des SONU et la restructuration de la SDMPR (80%).

### Financement équitable PSN SRMNIA et santé du 3<sup>e</sup> âge 2026-2030

Les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre du PSN SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge sont soumis à un processus de mobilisation des ressources. Le MSPP et le Comité Interministériel SSR auront la charge d'assurer le plaidoyer auprès du gouvernement et des bailleurs de fonds en faveur de la mobilisation des ressources nécessaires en matière de SRMNIA et santé du 3<sup>e</sup> âge. En dépit des difficultés économiques, l'État continuera à accorder une priorité au développement des actions sociales et particulièrement à la lutte contre la pauvreté. En même temps, il cherchera à mobiliser toutes les ressources tant intérieures qu'extérieures afin de pouvoir atteindre les objectifs que ce plan s'est assignés.

Préalablement à l'élaboration de ce PSN, les autorités sanitaires, acteurs nationaux et internationaux, ont mis en place un processus de budgétisation nationale, en faveur des activités liées à la santé et la nutrition de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SRMNEA-N), ayant abouti au Dossier d'Investissement (DI) SRMNEA-N 2025-2029. La République d'Haïti faisant suite à son adhésion, depuis 2018, au Mécanisme de Financement Mondial (Global Financing Facility ou GFF) établi par la Banque Mondiale, a développé avec le support du GFF et de ses Partenaires Techniques et Financiers (PTF) un Dossier d'Investissement (DI) qui constitue un document consensuel de planification, de budgétisation, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation, facilitant une mobilisation et/ou une réorientation des ressources pour des actions efficaces en faveur de la santé et de la nutrition de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SRMNEA-N). L'élaboration du DI en juin 2025 a bénéficié d'une participation forte et inclusive des principaux PTF du MSPP qui interviennent aux différents niveaux de la gestion des programmes de santé en Haïti à savoir, OPS/OMS, USAID, UNICEF, AFD, AMC, UNFPA. Par conséquent, les ressources financières qui seront mobilisées pour assurer la mise en œuvre du DI SRMNEA-N 2025-2029 par le pays doivent servir à financer globalement le PS SRMNIA et santé du 3<sup>e</sup> âge 2026-2030.

En outre, le MSPP pourrait envisager d'adopter la stratégie de Financement Basé sur les Résultats (FBR) afin d'optimiser la qualité des services de santé, d'en accroître l'accessibilité ainsi que de promouvoir une culture de performance et de responsabilité au sein du personnel médical.

La coopération avec les principaux bailleurs de fonds des interventions des services de santé et sociaux sera déterminante pour une mobilisation de ressources équitable et durable ainsi qu'une gestion plus efficace des fonds. Les partenaires techniques et financiers du MSPP et autres acteurs apporteront leur contribution nécessaire en fonction des besoins requis par les autorités sanitaires,

bailleurs de fonds, secteur privé (participation directe), ONG et la communauté (apport des ménages). Par ailleurs, dans le cadre de processus de mobilisation de ressources qui sera mis en place par le MSPP, il est primordial pour les autorités sanitaires d'adopter des mécanismes transparents de gestion des fonds quelles que soit leurs provenances. Ces mécanismes comprennent la mise en place de structures de contrôle rigoureux, la réalisation d'audits technique et financier annuels, l'adoption de procédures de gestion financière strictes, les réunions de coordination, la supervision externe régulière permettant de garantir une répartition efficiente des fonds entre les partenaires de mise en œuvre tout en favorisant l'émulation, une gestion transparente de l'allocation des ressources et des modalités de son utilisation.

Tableau 2. Aperçu semi-détaillé du budget du PS SRMNIA et 3<sup>e</sup> âge 2026-2030 par impact et par effet

Intitulé	2026	2027	2028	2029	2030	Total	%
<b>Impact 1. D'ici fin 2030, la morbidité chez les femmes en âge de procréer liée à la SSR est réduite de 20%</b>	<b>461 868</b>	<b>3 837 785</b>	<b>3 694 140</b>	<b>4 731 390</b>	<b>336 250</b>	<b>13 123 391</b>	<b>0,012</b>
Effet							
1.1. D'ici fin 2030, les besoins non satisfaits en PF chez les femmes de 15 à 49 ans en union et non sont réduits de 38% à 30 % et de 52% à 41%	135 100	60 630	50 630	60 630	40 970	347 960	
Effet							
1.2. D'ici fin 2030, au moins 80% des survivants.es de VSBG ont bénéficié d'une prise en charge holistique	215 988	204 085	185 780	156 680	144 900	907 433	
Effet							
1.3. D'ici fin 2030, 80% des femmes et hommes sexuellement actifs fréquentant les services de PF connaissent leur statut sérologique VIH/syphilis/hépatite B et sont PEC	36 300	-	6 300	-	6 300	48 900	
Effet							
1.4. D'ici fin 2030, les services de PEC des lésions précancéreuses du col de l'utérus, de dépistage du cancer du sein et de PEC des autres complications gynécologiques sont disponibles et accessibles	74 480	3 573 070	3 451 430	4 514 080	144 080	11 757 140	
<b>Impact 2. Le taux de décès maternel est réduit de 328 à 264/100 000 naissances vivantes d'ici fin 2030.</b>	<b>29 924 450</b>	<b>34 038 150</b>	<b>41 410 900</b>	<b>38 923 150</b>	<b>27 930 150</b>	<b>172 226 800</b>	<b>0,169</b>
Effet							
2.1. L'offre du paquet complet des services prénataux est assurée dans 100% des établissements sanitaires conformément au PES d'ici la fin 2030.	4 203 300	4 168 300	4 197 050	4 178 300	4 168 300	20 915 250	
Effet							
2.2. Les décès maternels survenus dans les structures hospitalières sont réduits de 30% d'ici à 2030.	25 721 150	29 869 850	37 213 850	34 744 850	23 761 850	151 311 550	
<b>Impact 3. Le taux de décès néonatal est réduit de 32 à 20 pour 1000 naissances vivantes d'ici fin 2030.</b>	<b>322 500</b>	<b>277 300</b>	<b>252 300</b>	<b>202 300</b>	<b>88 000</b>	<b>1 142 400</b>	<b>0,001</b>
Effet							
3.1. L'offre des soins essentiels du nouveau-né de qualité est assurée dans 100% des SONU d'ici fin 2030.	322 500	277 300	252 300	202 300	88 000	1 142 400	
<b>Impact 4. Les taux de décès infantiles et infanto-juvéniles sont réduits de 59 à 39 pour 1000 naissances vivantes et de 81 à 54 pour 1000 naissances vivantes d'ici fin 2030.</b>	<b>64 668 890</b>	<b>67 600 540</b>	<b>65 309 390</b>	<b>66 704 490</b>	<b>61 039 390</b>	<b>332 826 900</b>	<b>0,327</b>
Effet							
4.1. D'ici 2030, 90% des établissements sanitaires garantiront une offre de services et d'activités de PCIME institutionnelle et communautaire de qualité	46 491 050	46 456 450	46 456 450	46 456 450	46 456 450	232 316 850	
Effet							
4.2. La couverture vaccinale de tous les antigènes du PEV est d'au moins 95% d'ici fin 2030	1 696 600	1 542 600	1 542 600	1 542 600	1 542 600	7 867 000	

Effet	La prévalence de la malnutrition a diminué de 25% chez les enfants d'ici fin 2030	12 224 240	15 063 440	16 893 440	14 536 440	12 623 440	71 341 000
4.3.							

	Intitulé	2026	2027	2028	2029	2030	Total	%
<b>Impact 4.</b>	<b>Les taux de décès infantiles et infanto-juvéniles sont réduits de 59 à 39 pour 1000 naissances vivantes et de 81 à 54 pour 1000 naissances vivantes d'ici fin 2030.</b>							
Effet	Les nouvelles infections à VIH chez les nouveau-nés sont réduits de 75% d'ici fin 2030	4 257 000	538 050	169 000	169 000	169 000	302 050	21
4.4.			4	4	4	4		
<b>Impact 5.</b>	<b>La prévalence des grossesses précoces et non désirées chez les adolescentes est réduite d'ici fin 2030.</b>	<b>2 648 050</b>	<b>4 328 400</b>	<b>3 413 400</b>	<b>3 453 900</b>	<b>3 328 900</b>	<b>17 172 650</b>	<b>0,016</b>
Effet	Les comportements sexuels à risque chez les jeunes et adolescents ont diminué d'ici fin 2030	2521750	3366300	2535800	2576300	2451300	451 450	13
5.1.								
Effet	La collaboration multisectorielle dans la PEC des problèmes de santé des adolescents, adolescentes et des jeunes est renforcée d'ici fin 2030.	126300	962100	877 600	877 600	877600	721 200	3
5.2.								
<b>Impact 6.</b>	<b>La morbidité chez les personnes du 3e âge liée à la SSR, aux maladies non transmissibles et autres problèmes courants de santé est réduite d'ici fin 2030.</b>	<b>0</b>	<b>820 075</b>	<b>48 120 400</b>	<b>47 362 300</b>	<b>47 313 550</b>	<b>143 616 325</b>	<b>0,141</b>
Effet	Les services de SSR et ceux liés aux maladies non transmissibles et autres problèmes de santé visant les personnes âgées sont accrus d'ici 2030.	0	820075	806 850	48750	0	675 675	1
6.1.								
Effet	Les actions de prévention, de promotion et de PEC de la santé chez les personnes âgées sont accrus	0	0	47 313 550	47 313 550	47 313 550	141 940 650	
6.2.								
<b>Impact 7.</b>	<b>Les capacités de gouvernance, de coordination et de M &amp; E de la SRMNIA sont renforcées d'ici 2030.</b>	<b>3 372 850</b>	<b>2 230 840</b>	<b>1 705 495</b>	<b>1437 530</b>	<b>1 474 870</b>	<b>10 221 630</b>	<b>0,010</b>
Effet	Les mécanismes de gouvernance, de coordination et d'intersectorialité sont renforcés.	2 195 230	1 349 000	1 105 350	1105350	1 105 350	860 280	6
7.1.								
Effet	Le budget alloué à la SRMNIA a augmenté d'ici fin 2030.	755 210	196050	75550	13800	13800	054 410	1
7.2.								
Effet	Le système national de suivi évaluation est résilient et produit des données SRMNIA de qualité	422 410	685790	524640	318380	355720	306 940	2
7.3.								
<b>Impact 8.</b>	<b>Le système de santé est renforcé pour soutenir la mise en œuvre du plan SRMNIA 2026-2030.</b>	<b>65 283 350</b>	<b>68 519 200</b>	<b>68 235 450</b>	<b>6 289 350</b>	<b>61 795 050</b>	<b>325 627 700</b>	<b>0,32</b>

Effet 8.1.	La gestion, approvisionnement en produits/intrants, médicaments essentiels, vaccins, produits sanguins en lien avec la SRMNIA est renforcé d'ici fin 2030.	62 090 700	61 838 050	61 648 000	61 673 000	61 673 000	922 750	308	
Effet 8.2.	Les ressources humaines en santé pour la SRMNIA sont suffisantes et compétentes pour offrir des soins de qualité aux populations ciblées d'ici fin 2030.	3 028 000	6 443 150	6 465 000			936 150	15	
Effet 8.3.	La participation communautaire et la mobilisation sociale en SRMNIA sont renforcées d'ici fin 2030.	164 650	238 000	122050	122050	122 050	768 800		
	<b>TOTAL</b>	<b>166681958</b>	<b>181652290</b>	<b>232141475</b>	<b>169104410</b>	<b>203306160</b>	<b>1015957796</b>	<b>100%</b>	

## ANNEXE

## Annexe 1. Modèle Logique

DOMAINES	INTERVENTION PRIORITAIRES	RÉSULTATS IMMÉDIATS	RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES	RÉSULTATS FINAUX
<b>Santé de la Femme</b>	Optimisation de l'offre et de l'utilisation des services de PF modernes Renforcement du dispositif de prévention et de prise en charge holistique des survivantes de VBG/VSBG Renforcement de l'offre de dépistage du VIH/syphilis/hépatite B dans les services de PF Augmentation de la couverture du dépistage des cancers du sein et du col (incluant la prise en charge)	Le taux d'utilisation des méthodes modernes de PF a augmenté chez les femmes en âge de procréer Les points de prestation de services proposant des services post-VBG/VSBG complets s'est accru Les services VIH sont intégrés dans tous les services de PF Le dépistage et la PEC des lésions pré-cancéreuses du col et du dépistage du cancer du sein ont augmenté 90% des femmes enceintes bénéficieraient d'une 4e CPN La prévalence de l'anémie ferriprive chez la FE a diminué Les naissances assistées par un personnel de santé qualifié ont augmenté Les SONU avec les fonctions essentielles et services SSR de qualité ont augmenté Le cadre et les principes directeurs de la SDMPR sont mis en œuvre	Les besoins non satisfaits en PF chez les femmes sont réduits Au moins 80% des survivantes de VSBG sont pris en charge Au moins 80% des femmes et hommes sexuellement actifs fréquentant les services de PF Les patients avec des lésions pré-cancéreuses du col, cancer du sein sont pris en charge	La morbidité chez les femmes en âge de procréer liée à la SSR, due aux VBG, aux IST, aux cancers génésiques est réduite  Le taux de décès maternel est réduit
<b>Santé de la Femme Encelinte et de la Mère</b>	Amélioration de l'offre du paquet complet de la CPN Lutte contre les carences en micronutriments chez les FE. Amélioration de l'accès, de la disponibilité et de la continuité des soins SONU Renforcement des capacités des SONU dans la PEC des urgences et complications obstétricales majeures Amélioration de la surveillance des décès maternels et réponses (SDMR)	80% des nouveau-nés sont pris en charge dans les 24 heures suivant la naissance 95% des femmes accouchées ont reçu les soins postnatals appropriés	L'offre du paquet complet des services périnataux (SPN) est assurée dans 100% des PPS  Les décès maternels survenus dans les structures hospitalières sont réduits de 30%	Le taux de décès maternel est réduit
<b>Santé du Nouveau-Né</b>	Renforcement de la capacité de prise en charge néonatale des SONU Augmentation de la couverture et de la qualité des soins postnatals.		L'offre des soins essentiels du nouveau-né est assurée dans 100% des SONU	Le taux de décès néonatal est réduit
<b>Santé Infantile</b>	Renforcement de la PCIME Intensification de la surveillance des maladies évitables par la vaccination Renforcement de capacités institutionnelles sur la prévention et la PEC de la malnutrition aiguë. Renforcement de l'offre et de l'utilisation des services de PTME	Le plateau technique des PPS a augmenté pour l'offre de PCIME La surveillance des maladies évitables par la vaccination est renforcée 95% des établissements sanitaires ont offert les services de prévention et de PEC de la malnutrition aiguë 95% des FE et allaitantes VIH+ ont reçu des ARV pour prévenir la PTME	La couverture vaccinale de tous les antigènes du PEV est d'au moins 95% La prévalence de la malnutrition a diminué de 25% chez les enfants Les nouvelles infections à VIH chez les nouveau-nés sont réduits	Les taux de décès infantiles et infanto-juvéniles sont réduits
<b>Santé des Adolescents/Jeunes</b>	Accroissement de l'offre des services de SSR aux adolescents et jeunes Augmentation des points de prestations communautaires proposant des services complets de SSR Augmentation de la couverture vaccinale contre le HPV	Le paquet de services SSR standardisé, adapté aux adolescents est renforcé Les connaissances en matière de SSR chez les adolescents sont renforcées L'offre de services complet pour le VIH, les hépatites et IST est disponible et accessible	Les comportements sexuels à risque chez les jeunes et adolescents ont sensiblement diminué La PEC des problèmes de santé des adolescents est renforcée Les services SSR et ceux liés aux maladies non transmissibles sont accrus	La prévalence des grossesses précoces est réduite
<b>Santé des personnes âgées</b>	Renforcement de l'accessibilité des services de santé aux personnes âgées Renforcement des actions de prévention et de promotion de la santé	Les personnes du 3e âge ont bénéficié de services de santé intégrés Les communautés sont informées et sensibilisées sur les problèmes de santé touchant les personnes âgées	Les actions de prévention et de promotion de la santé chez les personnes âgées sont accrues	La morbidité chez les personnes du 3e âge liée à la SSR aux autres maladies non transmissibles est réduite
<b>Gouvernance et Suivi Stratégique</b>	Renforcement des organes de coordination du MSPP Renforcement du partenariat autour de la SRMNIA Promotion des initiatives innovantes du financement de la SRMNIA et 3e âge Organisation du contrôle qualité et de la validation des données en SRMNIA	Les cadres et mécanismes de coordination sont fonctionnels Le cadre de partenariat et de collaboration intersectorielle sont redynamisés et renforcés Les ressources financières pour la mise en œuvre du PS sont disponibles Les données de routine pertinentes, de qualité sont disponibles	Les mécanismes de gouvernance, de coordination et d'intersectorialité sont renforcés Le budget alloué à la SRMNIA et 3e âge dans le budget national de la santé a augmenté Le système national de suivi évaluation produit des données routinières et de surveillance de qualité Les systèmes de gestion et d'approvisionnement en produits/intrants, médicaments essentiels, vaccins, produits sanguins sont renforcés Les ressources humaines en santé (RHS) pour la SRMNIA et 3e âge sont suffisantes et compétentes La participation communautaire, la communication et la mobilisation sociale en SRMNIA et 3e âge sont renforcées	Les capacités de gouvernance, de coordination et de suivi/évaluation de la SRMNIA et 3e âge sont renforcées et résilientes
<b>Renforcement du Système de Santé</b>	Sécurisation des médicaments et produits de santé en matière de SRMNIA et 3e âge. Augmentation de la disponibilité RHS, en particulier des sage-femmes dans les SONUB et SONUC Développement des activités de mobilisation sociale visant la SRMNIA et 3e âge	Les intrants, médicaments et produits essentiels et vitaux sont disponibles et accessibles dans 100% des PPS Les besoins en RHS en quantité suffisante et en qualité ont augmenté Les populations ciblées ont une meilleure connaissance des services de SRMNIA		Les produits de santé et intrants, les laboratoires, les ressources humaines en santé et la participation communautaire, sont renforcés
<b>Facteurs externes: Dégradation de la situation-socio politique, Aléas sanitaires (Cholera...), violences des gangs armés (zones contrôlées), déplacement forcé de la population d'un plus d'un million de la population de leurs zones de résidence, déperdition des RHS, manque de RHS en qualité et quantité suffisante, Réduction de l'aide au développement alloué à la santé, Faible allocation des ressources endogènes au système de santé, Vulnérabilité socio-économique des clients, vétusté des infrastructures sanitaires, fermeture et délocalisation de plus d'une dizaine d'institutions</b>				

## Annexe 2. Cadre de Performance

Indicateurs		Moyens de vérification	Données de base		Projections SRMNIA 2026-2030					
			Valeurs	Année	Source	2026	2027	2028	2029	2030
<b>Indicateurs d'Impact</b>										
Ratio de Mortalité Maternelle (RMM)		Rapport d'Enquête EMMUS	328/100 000 NV	2025	WHO, WB UNICEF, UNFPA, UNDESA					264/100 000
Part de la mortalité maternelle attribuable aux Adolescents			10%	2017		9%	8%	7%	6%	5%
Quotient de mortalité néonatale		Rapport Enquête EMMUS	32/1 000 NV	2017	EMMUS VI 2016-2017					16/1 000 NV
Taux de mortalité infantile		Rapport Enquête EMMUS	59/1 000 NV	2017	EMMUS VI 2016-2017					29/1 000 NV
Taux de mortalité infanto-juvénile			81/1 000 NV							40/1 000 NV
Taux de fécondité des adolescents et jeunes de moins de 19 ans		Rapport Enquête EMMUS	55/1 000 NV	2017	EMMUS VI 2016-2017	54/1 000 NV	53/1 000 NV	52/1 000 NV	51/1 000 NV	50/1 000 NV
<b>Indicateurs d'effet</b>										
Besoins non satisfaits PF – femmes 15-49 ans en union		Rapport Enquête EMMUS	38%		EMMUS VI 2016-2017					28%
Besoins non satisfaits PF – femmes 15-49 ans non en union sexuellement actives.			52%	2017						45%
Pourcentage de survivants.es de VSBG PEC de manière holistique dans les moins de 72 heures qui suivent le forfait		Rapport d'enquête	ND	ND	ND	40%	50%	60%	70%	80%
Besoins en PF non satisfaits chez les 15 à 24 ans		Rapport Enquête EMMUS	55/1 000 NV	2017	EMMUSVI 2016-2017	54/1 000 NV	53/1 000 NV	52/1 000 NV	51/1 000 NV	50/1 000 NV
Pourcentage de femmes et hommes fréquentant les services de PF connaissant leur statut VIH, syphilis, hépatite B et autres IST ayant été pris en charge selon les normes.		SISNU, MESI	ND	ND	ND					80%
Pourcentage de SONU assurant les services de dépistage et de PEC des lésions pré-cancéreuses du col, de dépistage du cancer du sein et autres complications gynécologiques.		Rapport Monitoring SONU	ND	ND	ND					30%

Indicateurs	Moyens de vérification	Données de base		Projections SRMNIA 2026-2030					
		Valeurs	Année	Source	2026	2027	2028	2029	2030
<b>Indicateurs d'effet</b>									
Pourcentage des établissements sanitaires offrant les services prénataux (SPN) conformément au Paquet Essentiel de Services (PES)	Rapport EPSSS	90%	2018	Rapport EPSSS 2017-2018	92%	94%	96%	98%	100%
Ratio de mortalité maternelle hospitalière	Rapport Statistique sanitaire	332/100 000 NV	2024	Rapport Statistique sanitaire 2024					166/100 000 NV
Pourcentage des SONU assurant les soins essentiels du nouveau-né (SENN) de qualité	Rapport Monitoring SONU	36%	2018	Rapport EPSSS 2017-2018					50%
Pourcentage des établissements sanitaires offrant les services de (PCIME) institutionnelle.	Rapport EPSSS	47%							90%
Taux de couverture vaccinale complète chez les enfants de moins d'un an (tous les antigènes)	Rapport EMMUS, SISNU	36%							95%
Taux de couverture vaccinale complète chez les enfants de 12-23 mois (tous les antigènes)	Rapport EMMUS	41%	2017	EMMUS VI 2016-2017					95%
Prévalence de la malnutrition aiguë (6-59 mois)	Rapport EMMUS	6%							4%
Pourcentage d'enfants présentant la malnutrition chronique	Rapport EMMUS	22%			21%	20,5 %	20%	19%	18%
Taux de transmission mère-enfant du VIH	Analyse SALVH	18%	2022	Spectrum 2023	6,78%	6,05%	5,40%	4,82%	4,50%
Taux de couverture en PTME	MESI	63%	2023	MESI 2023	67%	70%	73%	76%	80%
<b>Indicateurs de Produit</b>									
Taux d'utilisation des méthodes de PF chez les femmes en âge de procréer (en union ou non)	Rapport EMMUS	32%	2017	EMMUSVI 2016-2017					44%
Pourcentage d'institutions sanitaires offrant des méthodes modernes de contraception de longue durée	Rapport EMMUS, RHCS, Rapport Statistique sanitaire	DIU : 19% Implants : 69%	2024	Enquête RHCS 2023					50%
Pourcentage d'institutions sanitaires offrant stérilisation masculine et féminine.	Rapport Statistique sanitaire	Stérilisation féminine : 12% Stérilisation Masculine : 9%	2024	Enquête RHCS 2023					30%

Indicateurs	Moyens de vérification	Données de base			Projections SRMNIA 2026-2030				
		Valeurs	Année	Source	2026	2027	2028	2029	2030
Pourcentage parmi les acceptantes de PF, des méthodes de longue durée	Rapport EMMUS	4%	2017	EMMUSVI 2016-2017					10%
Pourcentage des établissements sanitaires (incluant les SONU fonctionnels) proposant des services post-VBG/VSBG complets	Rapport EPSSS, Monitoring SONU	ND	ND	ND	10%	20%	30%	40%	50%
Proportion de survivantes de VBG/VSBG pris en charge dans les 72 heures après l'événement dans un établissement sanitaire après avoir signalé les faits.	Rapport Statistique sanitaire,	ND	ND	ND					80%
Proportion d'établissements sanitaires dont les services de dépistage du VIH, syphilis, hépatite B et autres IST sont intégrés dans les services de PF	Rapport EPSSS, Rapport sanitaire Statistique	7%	2018	EPSSS 2017-2018					50%
Proportion de SONU offrant les services de dépistage et de PEC des lésions pré-cancéreuses du col	Monitoring SONU, Rapport EPSSS,	ND	ND	ND					40%
Proportion de SONU offrant les services de dépistage du cancer du sein	Rapport Statistique sanitaire	ND	ND	ND					20%
Pourcentage de femmes dépistées pour le cancer du col de l'utérus par IVAA ou autres méthodes prises en charge selon les lignes directrices du MSPP	Rapport Statistique sanitaire	63,5%	2024	Statistique sanitaire 2024					90%
Pourcentage des SONUC offrant des services pour traiter chirurgicalement les fistules obstétricales.	Monitoring SONU	ND	ND	ND					50%
Proportion des SONU offrant la PEC des problèmes de dysfonctionnements sexuels, l'infécondité ou l'infertilité, la ménopause et l'andropause.	Monitoring SONU	ND	ND	ND					20%
Proportion d'institutions de santé offrant des SONU		39%	2023	Monitoring SONU 2023					50%
Proportion de césariennes sur accouchements institutionnels	SISNU	Entre 22 à 30%		SISNU 2022					<15%
Pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié d'une 1ère consultation au 1er trimestre.	Rapport Statistique sanitaire	57%	2024	Statistique sanitaire 2024					80%

Indicateurs	Moyens de vérification	Données de base			Projections SRMNIA 2026-2030				
		Valeurs	Année	Source	2026	2027	2028	2029	2030
Pourcentage de femmes ayant bénéficié d'une 4ème consultation prénatale	Rapport EMMUS	67%	2017	EMMUS VI					90%
Pourcentage de naissances assistées par un personnel qualifié	Rapport Statistique sanitaire	63,4%	2024	Statistique sanitaire 2024					80%
Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu une supplémentation en fer- acide folique/MTV lors des consultations prénatales	Rapport EMMUS, Statistique sanitaire	30%	2017	EMMUS VI 2016-2017					90%
Pourcentage des SONU avec l'ensemble des fonctions essentielles pour la définition de SONU fonctionnelle	Rapport Monitoring SONU	39%	2023	Monitoring SONU 2023					50%
Pourcentage de SONU mettant en œuvre la SDMR de manière régulière	Rapport Monitoring SONU	30%	2025	Évaluation PSN SSR 2019-2023					90%
Proportion de mort nés par rapport aux accouchements institutionnels		35,6 pour 1 000 NV	2023	Monitoring SONU					20 pour 1000 NV
Pourcentage des SONU mettant œuvre la méthode Kangourou.		ND	ND	ND	10%	20%	30%	40%	50%
Pourcentage de femmes accouchées recevant les soins postnataux appropriés entre la période allant de 0 heure au 42e jour après l'accouchement.		78%	2024						95%
Pourcentage de nouveau-nés ayant reçu des soins dans les 2 premiers jours après la naissance		45,2%	2024						70%
Pourcentage d'enfants de 0-11 mois ayant reçu 3 doses de Pentavalent		84,7%		Statistique sanitaire 2024					95%
Pourcentage d'enfants de 0-11 mois ayant reçu 3 doses de Polio	Rapport Statistique sanitaire	60,3%	2024						95%
Pourcentage d'enfants de 0-11 mois ayant reçu 2 doses de Rotavirus		73,6%	2024						95%
Pourcentage d'enfants (6-59 mois) ayant reçu au moins 2 doses et + de vitamine A		28,8%	2024						60%
Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu une dose biannuelle d'albendazole		18,1%	2024						50%

Indicateurs	Moyens de vérification	Données de base			Projections SRMNI 2026-2030				
		Valeurs	Année	Source	2026	2027	2028	2029	2030
Pourcentage d'enfants de moins de 6 mois allaités exclusivement au sein	Sanitaire Statistique	18,4%	2024	Rapport Statistique Sanitaire 2024					50%
Retard de croissance chez les enfants de 0-59 mois	Rapport EMMUS	22%	2016	EMMUSVI 2016-2017					18%
Pourcentage des SONU offrant à la fois les services de dépistage et de prise en charge/traitement du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B selon les normes	Rapport EPSS, MESI	90%	2018	Rapport EPSS 2017-2018	92%	94%	96%	98%	100%
Pourcentage de femmes enceintes qui connaissent leur statut VIH/syphilis/hépatite B parmi celles vues en CPN et maternité	MESI	Moins de 50%	2024	MESI					80%
Pourcentage de femmes enceintes et allaitantes dépistées VIH+ placées sous TAR selon les normes pour prévenir les risques de transmission mère-enfant	MESI	98%	2024	MESI					100%
Pourcentage de femmes enceintes et allaitantes syphilis + et hépatite B + accédant aux traitements appropriés pour la syphilis et l'hépatite B.	MESI	92% syphilis	2023	MESI	93%	94%	95%	96%	97%
Pourcentage de nourrissons et d'enfants exposés au VIH placés sous TAR comme prophylaxie	MESI	90%	2023	MESI	91%	92%	93%	94%	95%
Pourcentage de points de prestations des services n'ayant pas de ruptures de stocks d'intrants de PF et de médicaments essentielles pour la SSR, les derniers 3 mois avant l'enquête.	Rapport Enquête RHCS	51%	2023	Enquête RHCS 2023					75%
Pourcentage de SONU ayant un personnel formé selon l'approche de soins centrés sur le patient	Rapport Monitoring SONU	ND	ND	ND	25%	30%	40%	50%	60%
Pourcentage de services SONUB ayant une sage-femme.	Rapport Monitoring SONU	37%	2016	Monitoring SONU 2016	44%	48%	52%	56%	60%
Pourcentage des adolescents de 15-19 ans utilisant un préservatif lors des derniers rapports sexuels occasionnels	Rapport EMMUS	67,7%	ND	EMMUSVI 2016-2017					95%

Indicateurs	Moyens de vérification	Données de base			Projections SRMNIA 2026-2030				
		Valeurs	Année	Source	2026	2027	2028	2029	2030
<b>Indicateurs d'activités ou de couverture</b>									
Plan de formation sur la PF à l'égard du personnel de soins et communautaire développé et mis à jour	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1				
Nombre de personnels de santé formé sur les méthodes modernes de PF de longue durée.	Rapport d'activités	ND	ND	ND	60	60	60	60	60
Normes protocoles et procédures de PF vulgarisées	Rapport activités	ND	ND	ND					
Nombre de visites d'encadrement institutionnelles et communautaires visant l'offre et la qualité des services PF par les DSD (2 visites annuelles)	Rapport d'activités	ND	ND	ND	20	20	20	20	20
Plan d'approvisionnement et de sécurisation des produits contraceptifs développé	Document de plan disponible	ND	ND	ND	1				
Plan de travail entre la DPMMT et DSF pour le renforcement de la SNADI développé	Document de plan disponible	ND	ND	ND	1				
Nombre de spécialistes en santé (chirurgiens, obstétriciens, anesthésistes, sage-femmes) formés sur la stérilisation féminine et masculine.	Rapport d'activités	ND	ND	ND	20	30	30	20	
Code de conduite et de responsabilités à l'usage du personnel de soins sur la gratuité des services de PF et des contraceptifs développée et diffusée	Document disponible	ND	ND	ND	1				
Plan de communication sur la promotion des services modernes de PF développé	Document disponible	ND	ND	ND	1				
Paquet d'interventions sur la prise en charge holistique des VBG/VSBG défini	Document disponible	ND	ND	ND	1				
Fiches techniques pour la prise en charge holistique des cas de VBG/VSBG développées, mises à jour	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1				
Nombre de Fiches techniques pour la prise en charge holistique des cas de VBG/VSBG imprimées	Rapport de distribution	ND	ND	ND	500	1000	500		
Nombre de SONU avec guichet unique de prise en charge des VBG/VSBG	Rapport d'activités	ND	ND	ND	7	8	10	20	
Plan de formation sur les droits sexuels et reproductifs, l'égalité de genre et la prise en charge holistique des VBG/VSBG mis à jour et diffusé	Plan de formation Disponible	ND	ND	ND	1				
Nombre de prestataires de soins formés sur les droits sexuels et reproductifs, l'égalité de genre et la prise en charge holistique des VBG/VSBG.	Rapport d'activités	ND	ND	ND	X	X	X	X	X

Indicateurs	Moyens de vérification	Données de base			Projections SRMNIA 2026-2030				
		Valeurs	Année	Source	2026	2027	2028	2029	2030
Lignes directrices sur l'intégration du genre dans les interventions de SRMNIA développées et diffusées	Lignes directrices Disponibles	ND	ND	ND	1				
Cadre de collaboration avec les services juridiques de l'OPC défini	Cadre disponible	ND	ND	ND		1			
Directives sur la participation des hommes aux interventions SRMNEA développées	Rapport d'activités	ND	ND	ND		1			
Nombre de sessions annuelle de formation de 3 jours au profit de 60 personnels du droit, de la police et des journalistes sur la problématique de la VBG/VSBG, de la lutte pour l'égalité de genre, la PEC et réponses	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1	1	1	1	1
Nombre de comités communaux de lutte contre les VBG/VSBG et égalité de genre mis en place dans les départements du Sud, Sud-Est, Nord, Artibonite	Rapport d'activités	ND	ND	ND	3	5	5	6	
Lignes directrices et protocoles de traitement des IST autres que le VIH (gonorrhée, chlamydia...) à l'égard des prestataires de soins développées et diffusées	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1				
Lignes directrices nationales sur la prévention et le dépistage du cancer du sein développées	Rapport d'activités	ND	ND	ND		1			
Nombre d'unités de PEC des cancers gynécologiques et mammaires dans les SONUC	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1	2	2	2	3
Nombre de prestataires formés sur le dépistage et traitement des lésions précancéreuses du col	Rapport d'activités	ND	ND	ND	X	X	X	X	X
Lignes directrices de PEC des fistules obstétricales dans les SONUC développées ou mises à jour	Lignes directrices Disponibles	ND	ND	ND	1				
Nombre de sessions de formation tenues par la SHOG pour la réparation des fistules obstétricales	Rapport d'activités	ND	ND	ND	2	2	3	2	
Cadre de référence - contre référence pour la PEC des fistules obstétricales vers les SONUC développé, diffusé	Cadre disponible	ND	ND	ND	1	1			
Nombre de visites de supervisions formatives dans les SONU par les DSD sur une base semestrielle	Rapport d'activités	ND	ND	ND	20	20	20	20	20
Nombre de sessions de mise à jour des connaissances des personnels de soins sur l'utilisation du programme	Rapport d'activités	ND	ND	ND	4	4	4	4	4

Indicateurs	Moyens de vérification	Données de base			Projections SRMNIA 2026-2030				
		Valeurs	Année	Source	2026	2027	2028	2029	2030
Plan de sensibilisation sur les cancers génésiques et les dysfonctionnements sexuels développé	Plan disponible	ND	ND	ND		1			
Nombre de prestataires de soins formés sur la PEC des troubles de la ménopause, d'infertilité et dysfonctionnements sexuels	Rapport de formation	ND	ND	ND		X	X		
Nombre de femmes enceintes et allaitantes bénéficiant de MILDA lors des CPN et CPoN	Rapport d'activités	ND	ND	ND	X	X	X	X	X
Nombre de prestataires de soins et personnels communautaires formés sur l'offre du paquet complet de la CPN et CPoN	Rapport de formation	ND	ND	ND	X	X	X	X	X
Nombre HCR et CS mis à l'échelle en SONUB	Rapport d'activités	ND	ND	ND	3	4	7	8	3
Nombre de SONUC réhabilités et rendus fonctionnels.	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1	2	4	3	
Directives pour les SONU y compris les fiches techniques et aides mémoires mises à jour	Directives disponibles	ND	ND	ND	1				
Cadre de mise en réseau des services SONU avec les autres établissements sanitaires et le milieu communautaire défini	Document cadre	ND	ND	ND	1				
Nombre de Monitoring SONU semestriels élaborés par département.	Rapport d'activités	ND	ND	ND	20	20	20	20	20
Rapport annuel national Monitoring SONU rédigé par la DSF	Monitoring SONU	ND	ND	ND	1	1	1	1	1
Nombre de prestataires de soins formés sur l'AMIU et les accouchements instrumentalisés	Rapport de formation	ND	ND	ND	X	X	X	X	X
Nombre de blocs opératoires et maternités de SONU rénovés	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1	2	4	3	
Nombre de dépôts de sang départementaux dans des SONUC avec le PNST créés et ou rénovés.	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1	2	4	3	
Lignes directrices pour la (SMDR) mis à jour pour ajouter les décès néonataux/périnataux.	Lignes directrices disponible	ND	ND	ND	1				
Nombre de prestataires de soins des SONU formés sur les directives techniques de la SDMR et en sécurité transfusionnelle.	Rapport de formation	ND	ND	ND	X	X	X	X	X

Indicateurs	Moyens de vérification	Données de base			Projections SRMNIA 2026-2030					
		Valeurs	Année	Source	2026	2027	2028	2029	2030	
Nombre de sessions d'orientation annuelle en faveur de ASCP et matrones sur le processus de mise en place de l'alerte des décès maternels et périnataux.	Rapport d'activités	ND	ND	ND	2	2	2	2	1	
Comité national, SMDR érigé et fonctionnel	TDR disponible	ND	ND	ND	1					
Nombre de comités départementaux SMDR érigés et fonctionnels	TDR disponible	ND	ND	ND	8					
Nombre de comités institutionnels SMDR des SONU érigés et fonctionnels	TDR disponible	ND	ND	ND	20	40	20	10		
Nombre de réunions annuelles nationale technique sur la SDMR avec le comité national SDMR.	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1	1	1	1	1	
Nombre de réunions semestrielles techniques départementale sur la SDMR, des comités départementaux.	Rapport d'activités	ND	ND	ND	20	20	20	20	20	
Nombre de réunions trimestrielle au niveau des sites SONU par les comités institutionnels sur la SDMR.	Rapport d'activités	ND	ND	ND	40	40	40	40	40	
Nombre de visites d'encadrement semestrielle du niveau départemental de la DSF vers les SONU sur la SDMR (par l'ensemble des DSD)	Rapport d'activités	ND	ND	ND	20	20	20	20	20	
Nombre de prestataires de soins des sites SONU formés aux soins essentiels du nouveau-né (SENN), en anesthésie et réanimation néonatale.	Rapport d'activités	ND	ND	ND	X	X	X	X		
Plan de sécurisation et d'approvisionnement des SONU en médicaments vitaux (traceurs) SR et SENN développé	Plan disponible	ND	ND	ND	1			1		
Nombre de SONU équipés en matériel de réanimation néonatale et d'équipements de prise en charge des prématurés	Rapport de distribution	ND	ND	ND	7	15	20			
Nombre d'unités/salles de soins néonataux nouvellement créées et/ou renouvelées dans les SONU	Rapport d'activités	ND	ND	ND	2	3	4	1		
Nombre de rencontres de travail et discussions conduites autour des recommandations des réunions du GT DMU SSR.	Rapport d'activités	ND	ND	ND	2	2	2	2	2	
Nombre de prestataires de soins formés sur le Dispositif Minimum D'Urgence dans les zones en crise.	Rapport d'activités	ND	ND	ND	X	X	X	X		

Indicateurs	Moyens de vérification	Données de base			Projections SRMNIA 2026-2030				
		Valeurs	Année	Source	2026	2027	2028	2029	2030
Évaluation des besoins des SONU pour l'offre de soins maternels kangourous (SMK).	Rapport d'évaluation	ND	ND	ND	1				
Nombre de prestataires de soins des SONU formés en SMK	Rapport de formation	ND	ND	ND	X	X	X		
Nombre de sites SONU équipés pour l'offre de soins maternels kangourous (SMK) en matériels et équipements	Rapport de distribution	ND	ND	ND	5	10	5		
Directives cliniques de la PCIME institutionnelle et communautaire mises à jour et diffusées	Directives diffusées	ND	ND	ND	1				
Nombre de prestataires de soins et personnels communautaires formés à la PCIME, au triage, à l'évaluation et au traitement d'urgence (TETU) pour la gestion des urgences pédiatriques	Rapport de formation	ND	ND	ND	X	X	X	X	X
Nombre de prestataires, personnels communautaires formés sur la vaccination et en soins postnatals.	Rapport de formation	ND	ND	ND	X	X	X	X	X
Nombre de réunions de coordination semestrielle départementale organisées sur la vaccination	Rapport d'activités	ND	ND	ND	20	20	20	20	20
Document de micro-planification des activités de vaccination développé par les DSD/UAS	Document de plan	ND	ND	ND	1				
Évaluation annuelle de la chaîne du froid, la gestion, la disponibilité et la qualité des vaccins du PEV.	Rapport d'évaluation	ND	ND	ND	1	1	1	1	1
Nombre de prestataires, personnels communautaires formés sur la surveillance nutritionnelle et la PEC intégrée de la malnutrition aiguë.	Rapport d'activités	ND	ND	ND	X	X	X	X	X
Nombre de nouvelles Unités de Surveillance Nutritionnelle (USN)	Rapport d'activités	ND	ND	ND	5	8	4	1	
Nombre de sessions de sensibilisation trimestrielles conduites auprès des ASCP sur l'importance et aux techniques d'allaitement maternel.	Rapport d'activités	ND	ND	ND	10	10	10	10	10
Initiative Hôpitaux Amis des Bébé relancée	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1				
Nombre de prestataires de soins des sites de PEC formés sur la prise en charge globale des enfants nés de mères VIH et enfants séropositifs VIH.	Rapport de formation	ND	ND	ND	X	X	X	X	X

Indicateurs	Moyens de vérification	Données de base			Projections SRMNIA 2026-2030				
		Valeurs	Année	Source	2026	2027	2028	2029	2030
Paquet essentiel de services de santé destinés aux adolescents et jeunes et aux personnes âgées défini	Document disponible	ND	ND	ND	1				
Évaluation des besoins de formation des prestataires de soins sur la prestation de services de SSR et de VIH adaptés aux adolescents et aux jeunes	Rapport d'évaluation	ND	ND	ND	1				
Module de formation pour les services de SSR adaptés aux adolescents et aux jeunes développé	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1				
Nombre de prestataires de soins formés en droits sexuels et reproductifs des adolescents et jeunes.	Rapport d'activités	ND	ND	ND	20	30	40	50	60
Plan de communication et de sensibilisation intégré au profit des adolescents sur la SSR développé	Document du plan	ND	ND	ND	1				
Supports nationaux d'IEC en lien à la SSR révisés, adaptés et reproduits en faveur des adolescents	Rapport de distribution	ND	ND	ND		1			
Projet d'interventions en milieu scolaire et non scolaire sur l'éducation sexuelle, la SSR, le respect des droits humains, l'égalité de genre développé	Document de projet	ND	ND	ND		1			
Nombre de clubs de futurs maris modèles" mis en place dans les départements et communes	Rapport d'activités	ND	ND	ND	5	10	10	5	
Nombre d'espaces conviviaux pour adolescents, adolescentes et jeunes dans les SONUC pour l'offre de services SSR	Rapport d'activités	ND	ND	ND	5	10	5		
Recommandations nationales pour la vaccination des filles contre le VPH élaborées	Recommandations Disponibles	ND	ND	ND		1			
Plan national de vaccination contre le VPH pour la vaccination des filles élaboré	Plan disponible	ND	ND	ND	1				
Pourcentage des SONU pourvus en vaccin HPV et assurant la vaccination	Rapport d'activités	ND	ND	ND	20%	30%	40%	50%	60%
Supports de formation et d'information sur le VPH reproduits et distribués	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1				
Nombre de points de dépistage du VIH dotés de PrEP	Rapport d'activités	90	2023	PSNM 2024-2030	90	95	100	110	120
Curriculum de formation sur l'éducation sexuelle complète des adolescents mis à jour	Curriculum disponible	ND	ND	ND	1				
Nombre de formateurs et enseignants formés sur le nouveau curriculum de formation sur l'éducation sexuelle complète des adolescents.	Rapport d'activités	ND	ND	ND		80	100	120	

Indicateurs	Moyens de vérification	Données de base			Projections SRMNIA 2026-2030				
		Valeurs	Année	Source	2026	2027	2028	2029	2030
Évaluation des politiques, lois et décrets nationaux existants sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des adolescents	Rapport d'évaluation	ND	ND	ND	1				
Proposition de cadre légal en SSR développée répondant aux besoins des adolescents et jeunes	Proposition disponible	ND	ND	ND		1			
Approche globale sur la santé et les droits sexuels intégré dans le cursus universitaire des écoles de formation des sciences de la santé	Rapport d'activités	ND	ND	ND		1			
Discussions autour des textes de loi sur l'avortement sécurisé sous assistance médicale issus du nouveau projet de code pénal de 2020	Rapport d'activités	ND	ND	ND			1		
Normes relatives à la gestion des espaces sûrs en faveur des survivants.es de VBG et VSBG validées	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1				
Cadre juridique pour la Procréation Médicale Assistée (PMA) développé	Cadre disponible	ND	ND	ND		1			
TDR du Groupe Thématique SSR actualisé	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1				
Nombre de réunions semestrielles du Groupe Thématique SSR par la DSF organisées	Rapport d'activités	ND	ND	ND	2	2	2	2	2
Rapport annuel sur les réunions semestrielles du groupe thématique SSR	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1	1	1	1	1
Nombre de réunions trimestrielles du Groupe de Travail du Dispositif Minimum d'urgence SSR (GT DMU-SSR) par la DSF conduites	Rapport d'activités	ND	ND	ND	4	4	4	4	4
Nombre d'ateliers SSR national réunissant l'ensemble des directeurs et responsables SR, SM, SI des directions départementales sanitaires du pays.	Rapport d'évaluation	ND	ND	ND	1	1	1	1	1
Cartographie des partenaires techniques impliqués dans l'offre des services de santé en SRMNIA	Rapport d'évaluation	ND	ND	ND	1				
Nombre de rencontres semestrielles de travail interne avec les directions centrales impliquées dans la coordination des services de SRMNIA tenues	Rapport d'activités	ND	ND	ND	2	2	2	2	2

Indicateurs	Moyens de vérification	Données de base			Projections SRMNIA 2026-2030				
		Valeurs	Année	Source	2026	2027	2028	2029	2030
Plan opérationnel du Plan stratégique SRMNIA 2026-2030 développé et diffusé	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1				
Plan intégré départemental pour l'offre de services SSR aux adolescents et jeunes développé et diffusé	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1				
TDR des tables sectorielles sur la thématique SSR actualisées	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1				
Nombre de tables sectorielles sur la thématique SSR tenues par les DSD avec les autres secteurs	Rapport d'activités	ND	ND	ND	10	10	10	10	10
Comité Interministériel fonctionnel	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1				
Protocoles sur les complications obstétricales et néonatales développés et diffusés	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1		1		
Normes sur les consultations pré et post-natales développées et diffusées	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1				
Nombre de comités d'amélioration de la qualité des soins dans les SONU selon le modèle de HealthQual mis en place	Rapport d'activités	ND	ND	ND	7	10	20	8	
Outils concernant l'évaluation de la qualité des soins dans tous les SONU	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1				
Nombre de visites semestrielles de contrôle de la qualité des services SRMNIA menées par les DSD	Rapport d'activités	ND	ND	ND	20	20	20	20	20
Nombre de sessions de monitoring SONU conduites par semestre par les DSD (2 par DSD par année)	Rapport d'activités	ND	ND	ND	20	20	20	20	20
Plan de plaidoyer pour la mobilisation des ressources pour la SRMNIA (Dossier d'Investissement SRMNIA)	Dossier d'Investissement SRMNIA	ND	ND	ND		1			
Table ronde annuelle de plaidoyer conduite par les Hautes instances du MSPP auprès pour la mobilisation des ressources pour la SRMNIA	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1		1		1
Stratégie nationale de la gratuité des soins de santé de la mère, du nouveau-né et des enfants de moins de 5 ans développée	Rapport d'évaluation	ND	ND	ND		1			
Stratégie nationale sur la gratuité de la césarienne et autres interventions obstétricales majeures développée.	Rapport d'évaluation	ND	ND	ND			1		

Indicateurs	Moyens de vérification	Données de base			Projections SRMNIA 2026-2030				
		Valeurs	Année	Source	2026	2027	2028	2029	2030
Cadre de standardisation des coûts abordables du paquet d'interventions en SRMNIA développé	Document de standardisation	ND	ND	ND			1		
Part du budget alloué à la santé au recrutement des RH, achats/approvisionnement d'intrants, de matériels et d'équipements en SRMNIA	Comptes nationaux de santé	ND	ND	ND		1	1	1	1
Rencontres de Plaidoyer auprès du secteur privé et PTF pour la mobilisation de ressources.	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1	1	1	1	1
Nombre de gestionnaires de données, Officier de Suivi-Évaluation, épidémiologiste départemental formés sur l'analyse des données SRMNIA	Rapport de formation	ND	ND	ND	X	X	X	X	X
Nombre de visites de supervision et de validation trimestrielles des données SRMNIA	Rapport d'activités	ND	ND	ND	4	6	8	8	8
Plan suivi-évaluation du plan stratégique SRMNIA 2026-2030.	Plan de suivi	ND	ND	ND	1				
Revue à mi-parcours du plan stratégique SRMNIA 2026-2030 en 2028.	Rapport d'évaluation	ND	ND	ND			1		
Évaluation finale du plan stratégique SRMNIA 2025-2030	Rapport d'évaluation	ND	ND	ND					1
Rapports annuels sur la mise en œuvre du plan stratégique SRMNIA 2026-2030	Rapport de mise en œuvre	ND	ND	ND	1	1	1	1	1
Rapport annuel monitoring SONU national élaboré	Rapport d'évaluation	ND	ND	ND	1	1	1	1	1
Bulletin de surveillance épidémiologique électronique SRMNIA annuel	Bulletin Rapport de dissémination	ND	ND	ND	1	1	1	1	1
Enquêtes nationales de surveillance sentinelle du VIH et des IST auprès de femmes enceintes	Rapport d'enquête	ND	ND	ND	1		1		1
Enquêtes annuelles sur la disponibilité des intrants SR et la satisfaction des clients PF	Rapport d'enquête	ND	ND	ND	1	1	1	1	1
Enquête CAP sur la vaccination au niveau national	Rapport d'enquête	ND	ND	ND				1	
Évaluation de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans.	Rapport d'évaluation	ND	ND	ND	1				1
Étude sur les déterminants de la faible utilisation des services SSR par les adolescents et les jeunes.	Rapport d'enquête	ND	ND	ND			1		
Étude sur les obstacles à l'implication des hommes aux services de SRMNIA.	Rapport d'enquête	ND	ND	ND		1			

Indicateurs	Moyens de vérification	Données de base			Projections SRMNIA 2026-2030				
		Valeurs	Année	Source	2026	2027	2028	2029	2030
Enquête mixte sur les déterminants des césariennes chez les femmes enceintes.	Rapport d'enquête	ND	ND	ND		1			
Évaluation rapide sur les problèmes relatifs à la SSR des personnes âgées	Rapport d'évaluation	ND	ND	ND	1				
Nombre de gestionnaires des pharmacies des SONU formés sur la gestion logistique.	Rapport de formation	ND	ND	ND	20	25	20	20	20
Plan de sécurisation des intrants au profit des SONU	Document de plan	ND	ND	ND		1			
Évaluation des besoins en équipements, matériels, et intrants de laboratoire des SONU	Rapport d'évaluation	ND	ND	ND		1			
Plan d'achat et de renouvellement d'équipements et matériel médico technique des SONU	Document de plan	ND	ND	ND		1			
Nombre de SONUC pourvus en moyens logistiques tels, ambulance médicalisée, génératrice, motos.	Rapport de distribution	ND	ND	ND	1	3	5	6	
Nombre de SONU pourvus en oxygène et carburant de manière régulière.	Rapport de distribution	ND	ND	ND	20	30	50	60	80
Plan de maintenance du matériel médico technique dans les SONU élaborés.	Document de plan de maintenance	ND	ND	ND		1			
Cartographie des professionnels de santé de toutes catégories formés et qualifiés en SRMNIA	Rapport de Cartographie	ND	ND	ND		1			
Nombre de spécialistes en médecine (obstétricien-gynécologue,) recrutés dans les SONU	Rapport d'activités	ND	ND	ND		X	X	X	
Nombre de spécialistes en médecine (pédiatres) recrutés dans les SONU	Rapport d'activités	ND	ND	ND		X	X	X	
Nombre de spécialistes en médecine (anesthésistes) recrutés dans les SONU	Rapport d'activités	ND	ND	ND		X	X	X	
Nombre de psychologues affectés aux SONU	Rapport d'activités	ND	ND	ND		X	X	X	
Nombre de travailleurs sociaux affectés aux SONU	Rapport d'activités	ND	ND	ND		X	X	X	
Nombre de sage-femmes recrutées	Procès-verbal	ND	ND	ND	20	20	30	30	
Évaluation des besoins en RH des SONU avec la DFPSS et la DOSS	Rapport d'évaluation	ND	ND	ND	1				
Évaluation des besoins de connaissances du personnel de soins des SONU	Rapport d'évaluation	ND	ND	ND	1				
Plan de déploiement des personnels de soins et de rétention des cadres SRMNIA	Document de plan disponible	ND	ND	ND		1			

Indicateurs	Moyens de vérification	Données de base			Projections SRM/NIA 2026-2030					
		Valeurs	Année	Source	2026	2027	2028	2029	2030	
Plan de renforcement de capacités du personnel de soins des SONU développé	Rapport Plan de renforcement				1					
Plan de formation du personnel de soins en SRM/NIA selon l'approche de soins axés sur les besoins des patients développé	Document de formation	ND	ND	ND		1				
Guidé intégré de supervision formative en SRM/NIA élaboré	Rapport de dissémination	ND	ND	ND	1					
Nombre de prestataires de soins en charge de la SRM/NIA formés à la démarche d'amélioration continue de qualité (stratégies, outils, projets).	Rapport de formation	ND	ND	ND		20	30	40	50	
Module de formation sur la SSR pour la formation initiale des étudiants en sciences de la santé élaboré	Module de formation	ND	ND	ND			1			
Plan intégré de communication (PIC) en appui à la SRM/NIA élaboré	Rapport de dissémination	ND	ND	ND	1					
Supports de communication dans tous les domaines de la SRM/NIA (affiches, dépliants...etc.) élaborés	Rapport de distribution	ND	ND	ND	1					
Nombre de campagne annuelle de mobilisation de la communauté sur le don de sang volontaire organisée	Rapport d'activités	ND	ND	ND	2	2	2	2	2	
Nombre de campagne annuelle nationale de vaccination HPV pour la prévention du cancer du col de l'utérus organisée	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1	1	1	1	1	
Nombre de campagne annuelle sur le dépistage de la fistule obstétricale, incluant le cancer du col et le cancer du sein organisée	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1	1	1	1	1	
Nombre de campagne annuelle nationale d'hygiène buccodentaire en milieu scolaire organisée	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1	1	1	1	1	
Nombre de sessions de sensibilisation tenues en faveur des matrones et mères tutrices en SRM/NIA	Rapport d'activités	ND	ND	ND	5	10	10	10	10	
Observatoire communautaire SSR mis en place et fonctionnel	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1					
Nombre de rencontres de sensibilisation trimestrielle tenues avec les leaders communautaires par les DSD	Compte rendu des rencontres	ND	ND	ND	10	10	10	10	10	
Nombre de ASCP et leaders communautaires formés à l'IEC et sensibilisation en matière de SRM/NIA	Rapport de formation	ND	ND	ND	20	30	40	50	40	

Indicateurs	Moyens de vérification	Données de base			Projections SRMNIA 2026-2030				
		Valeurs	Année	Source	2026	2027	2028	2029	2030
Code de responsabilités à l'usage du personnel de soins pour la protection des bénéficiaires contre le	Document partagé et disséminé	ND	ND	ND	1	1			
Évaluation rapide sur les questions relatives aux problèmes de santé touchant les personnes âgées	Rapport d'évaluation	ND	ND	ND	1				
Lignes directrices sur l'offre de services de santé pour les personnes âgées définies et disséminées.	Document partagé et dissémine	ND	ND	ND	1	1			
Nombre de sites ayant intégré les soins de santé aux personnes âgées dans leurs prestations de services	Rapport de couverture	ND	ND	ND		20	25	30	50
Outils d'amélioration de la qualité des services au profit des personnes âgées définis et disséminés	Document partagé et disséminé	ND	ND	ND	1	1			
Cadre de référence de l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées développée	Document partagé	ND	ND	ND	1				
Plan de formation au profit des prestataires de soins et communautaires en soins gériatriques	Module de formation	ND	ND	ND	1				
Nombre de personnels de soins et communautaires formés en soins gériatriques	Rapport de formation	ND	ND	ND		20	20	20	
Nombre d'activités de sensibilisation et d'IEC de masse sur l'importance des soins gériatriques	Rapport d'activités	ND	ND	ND	2	2	2	2	2
Nombre de campagnes nationales de prévention des maladies courantes les personnes âgées	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1	1	1	1	1
Nombre de rencontres de plaidoyer tenues pour l'intégration systématique de la santé du 3 <sup>e</sup> âge	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1	1	1	1	1
Étude sur la dépendance fonctionnelle, maladies chroniques et qualité de vie des personnes âgées.	Rapport d'étude	ND	ND	ND		1			
Atelier de réflexion autour de la promotion de l'utilisation des NTIC au profit des ado et jeunes.	Rapport d'activités	ND	ND	ND	1		1		
Plan intégré départemental pour l'offre de services SSR	Plan disponible	ND	ND	ND	1				
Nombre de pairs-éducateurs ados/jeunes formés sur la problématique des jeunes, réseaux sociaux et SSR	Rapport de formation	ND	ND	ND	50	50	50	50	50
Interprètes de langue des signes dans les SONU formés		ND	ND	ND	5	5	5	5	5
Nombre de maisons d'attentes pour les FE autour des HCR en vue de réduire les délais érigés et mis en place	Rapport d'activités	ND	ND	ND		5	7	8	9
Formulaires de collecte de données développés dans le cadre de la SDMR mis à jour.	Rapport d'activités	ND	ND	ND		X	X	X	X



RÉPUBLIQUE D'HAÏTI

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION (MSPP)

**DIRECTION DE LA SANTÉ DE LA FAMILLE (DSF)**

1, angle avenue Maïs Gâté et rue Jacques Roumain  
Delmas, Haïti, w.i.  
[www.mspp.gouv.ht](http://www.mspp.gouv.ht)

---

---

*Le Plan Stratégique National de Santé reproductive, maternelle, néonatale,  
infantile, adolescents, jeunes (SRMNIA) et du 3<sup>e</sup> âge 2026-2030  
vise à améliorer la santé des femmes  
(celles en âge de procréer, enceintes, de la mère),  
du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent, du jeune  
et de celle des personnes âgées  
tout en garantissant le respect des droits sexuels  
et reproductifs des groupes les plus vulnérables.*