



MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

DIRECTION D'EPIDEMIOLOGIE DE LABORATOIRES ET DE LA RECHERCHE
(D. E. L. R.)

Plan Stratégique pour le Renforcement de la Surveillance Epidémiologique en Haïti

2013- 2018



SOMMAIRE

	Pages
Sommaire.....	2
Préface.....	4
Acronymes et Abréviations.....	5
Remerciements	6
Résumé Exécutif	7
INTRODUCTION.....	8
I. Méthode utilisée pour élaborer le Plan Stratégique	10
II. Profil social, économique et sanitaire de la République d’Haïti..	11
1. Indicateurs.....	11
2. Organisation du système de santé	11
III. Historique de la surveillance épidémiologique en Haïti	12
IV. Justification du processus de renforcement.....	12
V. Etat des lieux : SE et DELR.....	16
1. SE au niveau communautaire.....	16
2. SE au niveau des institutions.....	17
3. SE au niveau des UCS/BCS.....	17
4. SE au niveau des départements.....	17
5. SE au niveau central	17
6. Etat de la DELR	19
a. Situation administrative / légale actuelle.....	19
b. Situation financière.....	19
c. Les ressources humaines.....	19
d. Organisation.....	20
VI. Résumé de la situation actuelle	21
1. Forces	21
2. Faiblesses	21
3. Contraintes	22
4. Opportunités	22
VII. Le renforcement de la surveillance épidémiologique	22
1. Définition de la surveillance épidémiologique	22
2. Vision de la DELR pour la SE en Haïti	22
3. Proposition de la mission	23
4. Réseau de surveillance	23

5.	Organisation de la DELR	24
6.	Organisation des départements.....	26
7.	Organisation des autres échelons du réseau de SE.....	26
8.	Ressources humaines.....	27
9.	Ressources financières	27
10.	Ressources Matériels	27
11.	Outils épidémiologiques.....	27
VIII.	Les axes stratégiques du renforcement	28
IX.	Stratégie de mise en œuvre	32
X.	Structure de Gestion du Plan Stratégique.....	36
XI.	Suivi et Evaluation.....	36
XII.	Le budget du plan	40
XIII.	Perspectives	43
	ANNEXES.....	44

Préface

Aujourd'hui plus que jamais, le Gouvernement de la République d'Haïti s'engage dans l'amélioration de la santé de la population en développant des programmes et actions à tous les niveaux par l'entremise de son Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). Pour guider son action, le MSPP a besoin d'informations de qualité, opportunes et structurées qui doivent être fournies par un système performant.

C'est donc pour assurer la disponibilité de l'information en vue d'une gestion efficace des interventions en santé, une allocation judicieuse des ressources et aussi une évaluation des progrès accomplis que le Ministère de la santé a élaboré le présent Plan Stratégique pour le Renforcement de la Surveillance Epidémiologique, véritable épine dorsale du Système National d'Information Sanitaire (SNIS).

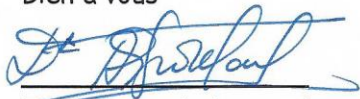
En utilisant une démarche participative pour l'élaboration du présent plan stratégique, le Ministère de la Santé Publique et de la Population a voulu prendre en compte les besoins de tous les acteurs de la Surveillance Epidémiologique que j'exhorte ici à s'approprier et à soutenir la mise en œuvre.

A travers l'exécution de ce plan stratégique, le MSPP et le gouvernement en entier s'engagent à mettre à la disposition de tous les utilisateurs une information de qualité.

Je voudrais saisir cette opportunité pour remercier tous les partenaires techniques et financiers qui ont soutenu le développement de notre Système de Surveillance Epidémiologique et qui vont certainement nous accompagner dans la mise en œuvre. Je remercie en particulier la Banque Mondiale, l'Organisation Pan Américaine de la Santé (OPS/OMS), le Fond d'Assistance Economique et Social (FAES) qui ont permis l'élaboration du présent plan. Mes remerciements s'adressent aussi à toutes les personnes de tous niveaux qui y ont contribuées.

J'invite tous les acteurs du système de santé à en faire un document ressource du quotidien dans le cadre du renforcement du système de surveillance épidémiologique.

Bien à vous



Le Ministre de la santé

Dr Florence D. GUILLAUME

ACRONYMES

BMC :	Brigade Médicale Cubaine
CDC :	Centers for Disease Control and Prevention (des Etats-Unis)
CASIS :	Comité d'Appui au Système d'Information Sanitaire
DD :	Direction Départementale
DELR :	Direction d'Epidémiologie, Laboratoire et Recherche
DPEV :	Direction du Programme Elargie de Vaccination
HSIS :	Système d'Information Sanitaire Haïtien
IHE :	Institut Haïtien de l'Enfance.
IRA :	Infection respiratoire aiguë
IST :	Infection Sexuellement Transmissible
LNSP :	Laboratoire National de Santé Publique
MESI:	Monitoring, Evaluation and Surveillance Interface
MSPP :	Ministère de Santé Publique et de la Population
OPS/OMS :	Organisation Pan Américaine de la Santé / Organisation Mondiale de la Santé
PSRSEH :	Plan Stratégique pour le Renforcement de la Surveillance Epidémiologique en Haïti
RSI :	Règlement Sanitaire International (2005)
SIS :	Système d'Information Sanitaire
SSE :	Système de Surveillance Epidémiologique.
VIH :	Virus d'Immunodéficience Humain
UPE :	Unité de Planification et Evaluation
USI-CHUM :	Unité de Santé Internationale – Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

REMERCIEMENTS

Nous remercions tous ceux qui ont contribué d'une manière quelconque à l'élaboration du présent document. Nous remercions en particulier les personnes suivantes :

DELR

Dr Paul ADRIEN
Dr Magloire ROC
Dr Donald LAFONTANT
Dr Robert BARRAIS
Dr Patrick DELY
Dr Gérard JOSEPH

OPS/OMS

Dr Jean Marie RWANGABOWBA

MSPP

Dr Jules GRAND PIERRE

BANQUE MONDIALE

Mme Eleonora CAVAGNERO

FAES

Dr Darlène ROCHELIN
Mme Hericie Saget GABRIEL

CDC

Dr Stanley JUIN
Dr Mark KATZ

La révision du présent plan stratégique a été possible grâce au financement de la Banque Mondiale dans le cadre du Programme de Réponse Urgente au Choléra (PRUC) avec une gestion confiée au Fond d'Assistance Economique et Social (FAES). La coordination des activités pour cette révision a été assurée par Dr Senou AMOUZOU a titre de consultant auprès de la DELR

RESUME EXECUTIF.

Ce plan stratégique constitue l'un des documents stratégiques du pays en matière de santé et s'inscrit en appui au processus de gestion axée sur les résultats prônés par le MSPP en regard de sa vision de garantir et d'améliorer la santé de toute la population. Le présent plan stratégique précise, pour la période de 2013-2018, les principaux objectifs visés par le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), les principaux types d'actions et les moyens qu'il mettra en œuvre pour atteindre ses objectifs en matière de renforcement du système de surveillance épidémiologique. Ainsi la mise en œuvre de ce plan aura contribué à renforcer son système d'information sanitaire pour mieux supporter la prise de décision à différents niveaux de la pyramide sanitaire et rendre le système plus efficace.

Le Plan Stratégique pour le renforcement de la Surveillance Epidémiologique a été conçu sur un mode concerté avec les acteurs de la Surveillance Epidémiologique à tous les niveaux et aussi les partenaires. D'ici à 2018, ce plan a pour objectif de servir de boussole à la réalisation de la vision de l'état haïtien pour la santé de sa population en matière de SE. Pour ce faire, le MSPP a dû examiner ses contextes interne et externe, et faire des projections sur un horizon de cinq ans et à déterminer les stratégies qui lui permettront de concrétiser sa mission et sa vision dans les domaines de l'épidémiologie, de laboratoire national de santé publique et de recherche.

De manière plus précise, le présent plan se développe autour de trois axes principaux à savoir :

- ♣ Le Renforcement institutionnel du SSE et du cadre stratégique*
- ♣ Le Renforcement des activités de surveillance : fonctions essentielles*
- ♣ Le Renforcement des activités de soutien au système de surveillance*

La mise en œuvre du plan sera matérialisée à travers le réseau existant de surveillance à l'échelle du pays. Des activités de renforcement institutionnel seront conduites pour rendre le réseau plus cohérent et plus efficace. L'implication soutenue des hautes instances de l'état est recherchée pour soutenir la DELR qui assurera le leadership de l'implantation et du suivi de la performance d'exécution de ce plan en regard de la vision du MSPP et des ressources disponibles.

INTRODUCTION

L'amélioration de la performance (planification, coordination, exécution, suivi-évaluation, etc.) du système national de santé nécessite une connaissance pointue et en temps réel de l'information sur la survenue ou l'évolution des phénomènes susceptibles d'agir sur la santé publique. Pour ce faire un réseau d'information efficace est nécessaire et constitue le baromètre du système qui permet une réaction adéquate en termes de prise de décision pour organiser la réponse. Ce réseau existe en Haïti et ne cesse de s'améliorer depuis les années 1980 mais la performance espérée n'est pas encore atteinte.

Les diverses évolutions du contexte sanitaire tant nationales, régionales qu'internationales contraignent le réseau d'information à s'adapter et à se diversifier. Sur le plan national, Haïti fait face depuis des années à des catastrophes naturelles dont le point culminant fut le séisme de janvier 2010 suivi de l'épidémie de choléra en octobre 2010 dégradant encore plus le système de santé. Cette situation a vu un débordement des structures étatiques chargées de la coordination des interventions sanitaires, fonction qui a dû être assumée par l'OPS/OMS et autres partenaires à travers le cluster santé pour organiser l'alerte et la réponse créant ainsi des systèmes d'information parallèles à celle existant.

Sur le plan international, l'entrée en vigueur du RSI (2005) dont Haïti est signataire contraint le pays à la mise en place d'un système de surveillance dont les normes sont internationalement définies et ceci a un rythme convenu non dépendant des contraintes internes. La création d'un point focal national comme préconisé par le RSI (2005) et placé au sein de la Direction de la Promotion de la santé est une illustration de la non uniformité du système d'information sanitaire dont la surveillance épidémiologique est une composante.

Ainsi malgré l'action du MSPP et de tous ses partenaires, l'ampleur des problèmes de santé publique causée par la majorité des maladies et événements créant des urgences de santé publique de portée nationale et internationale¹(USPII) est mal connue, ce qui entrave la planification des mesures de contrôle et prévention en matière de soins pour la population.

Aussi, il n'existe pas un système intégré de communication et d'information sanitaire capable de bien orienter les acteurs de santé pour une meilleure intervention sanitaire à tous les niveaux.

De plus, Haïti ne parvient pas encore à prouver l'élimination de son territoire des maladies telles la poliomyélite, la rougeole, la rubéole en raison de la faiblesse du système de surveillance épidémiologique qui consiste à « prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce international »².

Les problèmes sont évidents tant dans l'organisation du système de surveillance épidémiologique lui-même que dans son fonctionnement : les données sont principalement collectées à travers des sites sentinelles qui manquent de représentativité, de couverture géographique et de complétude ; l'analyse de données ne se fait pas systématiquement ; l'investigation, la confirmation des cas et

¹ Règlement Sanitaire Internationale (2005) —2 IIème Edition.

² Article 2 : Objet et Portée du Règlement Sanitaire International

la validation de données sont insuffisantes. La retro information aussi manque cruellement surtout au niveau périphérique pendant qu'elle est assez régulière au niveau central.

Depuis 2000, le MSPP et, depuis sa création, la DELR s'efforce de renforcer la surveillance épidémiologique et de mettre en place un système national permettant de mieux déceler les problèmes de santé en collaboration avec plusieurs de ses partenaires. Malgré ces efforts, le système de surveillance épidémiologique reste incomplet, fragmenté et peu performant. Or, des informations valides, pertinentes et fiables sont les conditions préalables pour la planification de l'ensemble des activités d'un système de santé.

Pour remédier à la situation et pour s'adapter aux changements connus depuis 2005, la DELR, avec le soutien du FAES et l'OPS-OMS, a décidé d'entamer un Processus de Renforcement du Système de Surveillance Epidémiologique, comprenant une actualisation du Plan Stratégique et l'élaboration d'un nouveau Plan de Mise en Œuvre pour le renforcement de la surveillance épidémiologique en Haïti. Ce Processus rentre donc dans la suite des activités entreprises depuis 2000 et prend en compte les idées maitresses des processus de renforcement antérieurs contenues dans les documents suivants :

- MSPP, 2000 : Plan stratégique pour le développement de l'épidémiologie en Haïti 2001-2004
- USI-CHUM, 2006 : Bilan d'Implantation des Programmes et du Système de Surveillance Epidémiologique
- USI-CHUM, 2008 : Mission d'Appui à la Mise en Œuvre du Plan de Renforcement pour le Système de Surveillance Epidémiologique en Haïti
- Le plan de Renforcement et de Mise en Œuvre pour le Système de Surveillance en Haïti, Janvier 2007.
- DELR / MSPP, 2009 : Surveillance Epidémiologique en Haïti – Normes et Procédures
- DELR / MSPP, 2011 : Plan de Développement de la Surveillance Épidémiologique. Plan National d'Action pour la mise en œuvre du RSI – (2005). Haïti, Octobre 2011
- Le Guide Technique pour la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte dans la Région Africaine, 2^{ème} Edition de l'OMS a également servi d'inspiration au présent document (ainsi qu'au Plan de Développement de 2011).
- Le Règlement Sanitaire International (2005) 2eme Edition, OMS.
- Des analyses du système de surveillance épidémiologique faites par la DELR et l'OPS-OMS dans le cadre de l'élimination du choléra de l'île d'Hispaniola et par les épidémiologistes départementaux lors d'un « Atelier de travail pour la mise à jour du plan stratégique pour la surveillance épidémiologique en Haïti » tenu à Port-au-Prince en mai 2012 ont formé les objectifs et stratégies décrits dans le présent document.
- Le premier draft du présent Document qui est en cours de révision par un comité restreint d'OPS/OMS, FAES/BM et DELR (Juillet 2012)

I – Méthode utilisée pour élaborer le Plan Stratégique

L'élaboration de ce plan stratégique pour le renforcement de la surveillance épidémiologique est une initiative de la Haute autorité du MSPP et le processus s'est déroulé sous forme de consultations en plusieurs étapes qui incluront les membres du personnel œuvrant à tous les niveaux du système sanitaire et culmineront en une réunion avec les partenaires nationaux et internationaux pour présenter la vision stratégique du MSPP en matière de surveillance épidémiologique et riposte et proposer un plan national consolidé de mise en œuvre de cette vision.

- (i) La première consultation se fera au niveau central pour réviser la vision, raffiner la stratégie, revoir et mettre à jour le Plan Stratégique de Développement de l'Epidémiologie de 2001, avec une définition claire des indicateurs de performance du système de surveillance épidémiologique et riposte à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, une liste actualisée des maladies, affections et événements sanitaires sous surveillance, outils actualisés de suivi et supervision et un inventaire complet des besoins pour assumer les fonctions essentielles de la surveillance au niveau central.
- (ii) La consultation au niveau central sera suivie par une réunion de consultation avec les partenaires locaux et internationaux pour leur présenter la vision et la stratégie de renforcement du système de surveillance épidémiologique et riposte, et recueillir leurs avis et conseils.
- (iii) L'étape suivante consistera à organiser des consultations au niveau départemental pour recueillir des informations sur les problèmes auxquels les départements, les unités communales de santé (UCS), institutions sanitaires de santé et relais de santé communautaires font face en matière de surveillance épidémiologique et riposte et proposer des solutions adéquates pour y remédier. En marge de ces consultations, chaque département devrait produire un inventaire complet des besoins pour assumer les fonctions essentielles de la surveillance aux niveaux départemental, UCS, institutionnel et communautaire.
- (iv) Une fois les besoins identifiés au niveau des départements, des UCS, au niveau institutionnel et communautaire, la DELR procédera à l'élaboration d'un Plan National de Mise en Œuvre de Renforcement du Système de Surveillance Epidémiologique et Riposte avec budget et calendrier de mise en œuvre aux différents niveaux du système sanitaire. Ce Plan prendra en compte les résultats des évaluations du Plan de Mise en Œuvre de 2006 ainsi que des contributions des consultations faites au niveau départemental (étape précédente) et servira comme cadre stratégique et opérationnel aux Plans Départementaux qui devront être élaborés par chaque département. Chaque Plan Départemental devra être élaboré en tenant compte des caractéristiques particulières à chaque département.
- (v) Finalement, les partenaires locaux et internationaux seront conviés à une seconde réunion pour leur présenter le Plan de Mise en Œuvre de Renforcement du Système de Surveillance Epidémiologique et Riposte en Haïti avant sa finalisation et soumission aux autorités supérieures du MSPP pour approbation.

II. Profil socio démographique et sanitaire du pays

1 – Les indicateurs

Occupant la partie tierce ouest de l'île d'Hispaniola qu'il partage avec la République Dominicaine, Haïti s'étend sur une superficie de 27 750 km² et compte 10 départements administratifs et la région métropolitaine. La population est estimée à 10 413 211 en 2012³ habitants dont 52% vivant en zone urbaines, avec une densité de 375,25 habitants par km² inégalement répartie sur les 140 communes du pays. Le taux moyen d'accroissement est de 15.8 pour mille avec une extrême jeunesse de la population: 46% à moins de 20 ans.

Sur le plan socio-économique, l'analphabétisme de la majorité de la population, le faible niveau de revenu, l'exclusion sociale, la faible accessibilité aux structures de soins et aussi des conceptions culturelles empêchant le recours à la médecine moderne sont autant d'obstacles pour l'amélioration de la santé de la population.

Sur le plan situation sanitaire, quelques indicateurs ci-dessous donnent un aperçu ⁴:

Espérance de vie à la naissance : 62 années
Mortalité chez les moins de 5 ans : 165 pour mille naissances vivantes
Mortalité maternelle : 350 pour 100 000 naissances vivantes
Prévalence du VIH : 19 pour 1000 adultes de 15 à 49 ans
Prévalence de la tuberculose : 314 pour 100 000 habitants.

La morbi-mortalité est imputable majoritairement aux maladies infectieuses transmissibles (72%) alors que les causes chronico-dégénératives non transmissibles en sont responsables à 22%. Les 6% restant étant les causes accidentelles.

Cette situation sanitaire difficile traduit malgré tout une évolution positive au regard des indicateurs des années précédentes comme l'espérance de vie qui était de 57 au début des années 2000.

2 – Organisation du système de Santé

Le système de santé en Haïti est actuellement régi par la loi organique contenu dans le décret du 05 janvier 2006 qui organise le Ministère de la Santé Publique et de la Population. Ce ministère comprend trois niveaux à savoir :

- Le niveau central qui s'arcoute sur des directions centrales programmatiques et des unités regroupées autour du cabinet du Ministre et de la direction général.
- Le niveau intermédiaire qui comprend : les directions départementales de la santé au nombre de 10.
- Le niveau périphérique est représenté par les coordinations des unités communales de santé.

³ Source : Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI) : estimations et projection de la population totale, urbaine, rurale et économiquement active. Version de mai 2008

⁴ Source: OMS/OPS: Haiti, Country Health Profile. may 2012

(<http://www.who.int/gho/countries/hti.pdf>)

Le SSE doit s'imbriquer dans le système de santé en tenant compte de cette structuration pour une collecte optimale d'informations.

III. HISTORIQUE DE LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE EN HAÏTI

Avant la mise en œuvre du concept de SE dans les années 1975, il y avait des services diverses qui s'occupaient de la détection et de la lutte contre les maladies notamment le Service National d'Eradication de la Malaria (SNEM). Mais les ébauches de la SE en Haïti datent des années 1975 en commençant par gestion de l'information sanitaire réduite à une compilation de données sur les maladies à déclaration obligatoire. Ensuite des Services d'Epidémiologie régionaux puis départementaux ont été créés. En 1991, la Direction d'Epidémiologie et de Statistiques fut créée avec comme objectifs de mettre en route une surveillance sentinelle des maladies prioritaires et développer un Système d'Information Sanitaire. Mais les troubles politiques que le pays a connu ont empêché la surveillance de prendre le rythme espéré et obligeant à des stratégies temporaires comme la création de centres de surveillance sentinelles gérés par l'Institut Haïtien de l'Enfance. Avec le retour de l'ordre constitutionnel en 1995, le MSPP a créé le CASIS qui avait mis en route un SIS (non hospitalier) et un SSE sentinelle qui couvrait 10 pathologies avec notification positive immédiate et notification négative hebdomadaire. Ce système avait fonctionné jusqu'en 2000 avec un taux de mise en œuvre de 80% mais lors du transfert des compétences du CASIS aux départements, la performance a chuté. Ceci coïncidait avec une reprise de troubles politiques, une dégradation de la santé générale de la population. Les besoins d'amélioration de la SE furent à la base du développement d'une nouvelle stratégie de surveillance actuellement en vigueur et dont voici quelques dates clefs :

- 2000 : Réunion nationale et élaboration du Plan Stratégique 2001-2004
- 2005: Création de la DELR
- 2006-2008 : Consultation pour le bilan et plan de mise en œuvre pour le SSE
- 2007: Entrée en vigueur du RSI(2005)
- 2009 : Normes et Procédures de Surveillance
- 2011 : Projet de développement du SSE et SEBAC
- 2011: Plan national pour la mise en œuvre du RSI (2005)
- 2012 : Processus actuel pour mettre à jour le plan stratégique et le plan de mise en œuvre.

IV. JUSTIFICATION DU PROCESSUS DE RENFORCEMENT

Bien imbu des contraintes de la situation sanitaire, les hautes instances ont entrepris des initiatives ambitieuses d'amélioration qui se traduisent par les progrès enregistrés avant 2010, année des perturbations majeures (séisme et cholera). Les indicateurs de santé en Haïti demeurent néanmoins parmi les plus faibles de la région des Amériques malgré ces progrès. Le système de santé haïtien offre des soins formels à environ 47 % de la population avec un secteur privé extrêmement important, particulièrement celui à but non lucratif bien que son articulation

avec le secteur public mérite d’être améliorée. En pratique, le système présente d’importants problèmes de fonctionnalité, d’organisation et de gestion - autant au niveau micro que macro -, résultant en une offre de soins fragmentée, peu accessible et avec un faible contrôle de qualité.

Avant le tremblement de terre du 12 janvier 2010, le système de santé en Haïti était caractérisé par des déficits majeurs, dont les plus importants étaient : la faible couverture et d’importantes inégalités, le faible niveau de financement et les inefficiences, la faible décentralisation et le dysfonctionnement organisationnel, le déficit de ressources humaines et sa faible productivité.

L’impact du tremblement de terre du 12 janvier 2010 sur les structures du secteur santé a été dramatique. Dans les trois (3) départements géographiques les plus touchés du pays (Ouest, Sud-Est et les Nippes), 60 % des hôpitaux ont été sévèrement endommagés ou complètement détruits. Les bureaux et moyens de gestion du Ministère de la Santé ont aussi été très affectés. Le déplacement des populations a accru fortement la pression sur le système de soins dans les départements non concernés directement par le séisme. De nouveaux groupes vulnérables sont apparus. La désorganisation des services de santé provoquée par la démobilisation du personnel de santé affecté par le séisme contribue aussi aux impacts négatifs en termes de diminution du volume de services.

Par ailleurs, les effets de cette catastrophe ont été augmentés par l’épidémie de choléra qui s’est déclarée en octobre 2010. Le système de santé national était capable de détecter l’épidémie et confirmer l’étiologie, mais la réponse a nécessité un appui externe, celui-ci étant facilité par la présence de nombreuses organisations internationales depuis le séisme. L’impact de ces crises va donc se faire sentir encore pendant les années à venir à tous les niveaux du secteur santé dont les capacités du système pour la surveillance et la riposte. L’efficacité du Ministère de la Santé Publique et de la Population en a été très réduite (coordination, personnel, infrastructure, équipement). Tout en augmentant l’accessibilité des soins, l’arrivée de nombreux nouveaux acteurs a posé des défis supplémentaires à la coordination déjà très faible du secteur de santé notamment au niveau de la surveillance épidémiologique dont la mise en place avait commencée.

Il faut noter qu’en 2000, un Plan Stratégique pour le Développement de l’Épidémiologie en Haïti 2001-2004 a été élaboré par le MSPP avec ses partenaires. Ce plan décrivait l’état de l’épidémiologie en Haïti à cette époque avec une analyse des forces, faiblesses, menaces et opportunités et formulait la vision et la mission de l’épidémiologie en Haïti et des axes stratégiques pour son renforcement qui permettrait d’atteindre les objectifs.

Parmi les constats de ce plan, il y avait des lacunes dans la disponibilité de données fiables pour orienter l’intervention sanitaire. Malgré les intentions du plan et malgré plusieurs projets de renforcement du système de surveillance épidémiologique depuis 2000, ce constat se fait encore aujourd’hui, avec en plus un manque d’analyse et d’exploitation dans la riposte et la planification. De plus, la fragmentation du système de surveillance ne facilite pas non plus l’analyse, ni la prise de décision; les données de chaque système sont incomplètes, souvent non-validées, contradictoires et non analysés.

Actuellement, trois sources de données épidémiologiques « générales » opèrent sur le terrain : les sites sentinelles de la BMC, les sites sentinelles MESI / DELR / PEPHAR et le HSIS qui, sous les auspices de l’UPE, collectent certaines données de morbidité et de mortalité. A ces systèmes

se rajoutent des nombreux systèmes verticaux, incluant ceux d'autres directions du MSPP dans le cadre des différents programmes de contrôle de maladies spécifiques, et sans doute des systèmes des organisations internationales et leurs bailleurs de fonds pour le suivi et la planification de leurs activités.

Programme National d'Élimination de la Malaria
Programme National de Lutte contre le SIDA
Programme National d'Élimination de la Lèpre
Programme National de Lutte contre de la Tuberculose
Programme National de Nutrition.
Direction de la Promotion de la Santé (qui héberge le Point Focal National du RSI 2005),
Etc.

Des nombreuses évolutions – tant au plan national qu'au plan régional et international – font qu'aujourd'hui le contexte dans lequel la surveillance épidémiologique doit œuvrer a considérablement changé. Parmi les changements récents, les suivants méritent d'être mentionnés :

- L'accroissement des voyages et échanges commerciaux régionaux et internationaux pouvant être à l'origine de la propagation de maladies qui n'étaient pas connues auparavant dans le pays, exemple : fièvre jaune, peste pulmonaire, poliomyélite due au poliovirus de type sauvage, etc.
- L'émergence ou la réémergence d'agents infectieux virulents avec potentiel de propagation rapide et/ou létalité élevée tels que le virus de la grippe aviaire, la souche de tuberculose multi résistante, etc.
- L'importance progressivement croissante des maladies et événements sanitaires non-transmissibles comptant pour une large portion des admissions aux hôpitaux et une mortalité accrue. Par exemple, maladies cardiovasculaires, accidents routiers, violence de tout genre.
- Vulnérabilité des populations affectées par les désastres naturels comme les tremblements de terre, inondations et glissements de terrain.
- L'apparition du choléra qui a démontré l'urgente nécessité de renforcer la composante alerte et riposte au sein du système de surveillance épidémiologique.

Il s'avère donc crucial pour le pays de renforcer ses capacités de détecter et répondre aux menaces à la santé publique. Le renforcement du système de surveillance épidémiologique est devenu aussi une obligation légale du fait de l'entrée en vigueur du RSI (2005).

Le RSI (2005) oblige tous les Etats Parties, dont Haïti, à mettre en place les capacités requises pour détecter et notifier tout événement sur leur territoire qui peuvent potentiellement constituer une urgence de santé publique de portée internationale : « Chaque Etat Partie acquiert , renforce et maintient, dès que possible mais au plus tard dans les cinq ans suivant l'entrée en vigueur du présent Règlement à l'égard de cet Etat Partie, la capacité de détecter, d'évaluer, de notifier et de déclarer des événements en application du présent Règlement, comme indiquée à l'annexe 1 du RSI(2005) 2eme Edition »⁵. Cela comprend tous les événements (risque biologique, chimique, radiologique etc.) pouvant affecter d'autres pays (par exemple, des maladies qui peuvent se propager à l'échelle internationale), pouvant restreindre les voyages et commerces internationaux et/ou nécessitant un soutien de la communauté internationale pour l'investigation et la réponse. L'objectif du RSI est de contrôler des tels événements à la source, avant qu'ils ne deviennent des menaces à la santé publique régionale ou internationale. Pour l'accomplir, chaque Etat Partie s'est engagé à évaluer et renforcer ses capacités dans un nombre de domaines, notamment la surveillance des maladies et phénomènes et la riposte. Or, le processus d'évaluation des capacités requise pour la surveillance l'action (annexe 1 du RSI 2005) en Haïti qui s'est déroulé en octobre 2011, a démontré qu'elles ne sont pas encore suffisamment développées : voir résultats de cette évaluation en Annexe IV.

Suite à cette évaluation, des domaines prioritaires pour le renforcement de la mise en œuvre du RSI ont été identifiés, de même que des domaines faibles ou non fonctionnels.

1- Domaines prioritaires pour le renforcement de l'action:

- Législation, politiques et financement au niveau national
- Surveillance :
 - Surveillance fondée sur les indicateurs
 - Système de surveillance des événements (alerte précoce) Surveillance aux Points d'Entrée

2-Autres domaines dans lesquels il convient de renforcer l'action :

- Coordination et communication au niveau du Point Focal National
- Action (Réponse aux urgences de Santé Publique)
- Préparation
- Ressources humaines

3-Domaines non fonctionnels :

- Urgences liées aux rayonnements ⁶

Pour faire face aux contraintes liées à la surveillance épidémiologique notées ci-dessus, pour répondre aux obligations du RSI (2005) et pour pouvoir, enfin, fournir les données épidémiologiques indispensables pour l'amélioration de la santé publique en Haïti, la DELR a

⁵Article 5 : Surveillance du Règlement Sanitaire International (2005). Voir annexe 4

⁶ Source : Résultats du Questionnaire sur les capacités requises par le RSI 2005 complété en Haïti en Octobre 2011.

décidé d'entamer un processus de renforcement du système de surveillance épidémiologique avec l'appui de l'OPS/OMS et FAES/BM.

Ce processus tiendra compte de :

- La nécessité de renforcer et harmoniser les sous-systèmes de surveillance épidémiologique
- Les exigences du RSI (2005)
- La nécessité de renforcer le rôle de coordination et leadership de la DELR
- L'inefficience des programmes de surveillance verticaux dans un contexte des ressources de plus en plus réduites.
- La nécessité d'ajuster la liste des maladies et événements sanitaires sous surveillance épidémiologique pour tenir compte du contexte épidémiologique local, régional et international
- S'assurer d'une surveillance à tous les niveaux ; de la communauté jusqu'au niveau central, y compris la composante alertes et réponse
- Besoin d'adaptation des indicateurs de performance du système de surveillance épidémiologique et riposte aux changements ci-haut mentionnés
- Le potentiel insuffisamment exploité, du laboratoire et des outils informatiques dans la surveillance épidémiologique
- Les apports éventuels des partenaires nationaux et internationaux

V. ETAT DES LIEUX : SE ET DELR

1. La SE au niveau communautaire

L'organisation formelle de la SE au niveau communautaire est à un stade embryonnaire avec la formation par l'état d'Agents de Sante Communautaires Polyvalents (ASCP) et leur déploiement sur le terrain. Bien qu'il existe une variété d'autres acteurs communautaires, (agents de santé polyvalents ou non, matrones, collaborateurs volontaires (Colvol), ASEC, CASEC, etc.) avec ou sans formation dans le domaine de la santé, aucune catégorie de ces acteurs n'est formée dans le domaine de la surveillance épidémiologique. Ils ne disposent pas non plus d'outils de SE. Néanmoins ces acteurs participent à une forme passive de surveillance en déclarant de manière informelle la survenue de maladie ou phénomènes anormaux dans leurs aires de dessertes. Ils représentent un potentiel mobilisable pour la mise en place de la Surveillance Epidémiologique à base communautaire (SEBAC) qui est déjà lancée dans le département du Sud-Est.

2. SE au niveau des institutions

Premier échelon effectif de la SE, seules 54 institutions sentinelles choisis sur des critères de performance, d'accessibilités et de qualification du personnel participaient à la SE. Ce nombre a plus que doublé pour atteindre en décembre 2012, cent et six (106) institutions qui ne remplissent pas toutes les critères initiaux de sentinelle mais disposent d'un Officier de Surveillance Épidémiologique mise à disposition par le projet PEPFAR. Ces officiers sont chargés de la révision des registres de consultation et de la notification des cas. Malgré le dédoublement des sites de surveillance, la couverture reste en deçà de 10% et la répartition de ces sites n'est pas uniforme sur le territoire national. Les données collectées ne sont pas toujours complètes et ne sont pas systématiquement analysées. Le personnel des centres participant à la SE est formé mais manque trop souvent de motivations pour les raisons suivantes : pas de support logistique, pas d'outils, pas de moyens de communications, politiques de gestion des RH inadéquates, etc. Pour les institutions non participantes qui sont majoritaires, la méconnaissance du système est constatée auprès des prestataires de toutes catégories.

3. SE au niveau des UCS/BCS

Les UCS ne sont pas fonctionnelles sur tout le territoire national. Dans les départements où ces structures fonctionnent, il manque souvent du personnel qualifié et des ressources matérielles pour une bonne implication dans le SSE. Aussi, il n'y a pas de bureau ou de service d'épidémiologie qui y soit organisés. Les UCS se retrouvent ainsi court-circuités entre le département et les institutions. Quand il y a une certaine participation communale, les données de SE ne font que transiter et y sont à la rigueur compilées mais pas analysées.

4. SE au niveau des départements

L'implication des départements dans la surveillance est très variée allant des départements sans service d'épidémiologie organisé à des départements débordants de personnels et disposant au moins d'un minimum de moyens pour effectuer la SE.

De ce fait, les fonctions de surveillance déportées à ce niveau (saisie, analyse, validation des données et réponse locale) sont aussi inconstantes et non systématisées. Les investigations de cas se font mais souvent sans respect des normes en termes de délai par rapport à la notification, les rapports d'activité ne sont pas réguliers. Ainsi il parvient souvent au niveau central des données parfois erronées non validées en provenance des institutions. Le niveau départemental apparaît comme de maillon le plus faible du réseau alors que disposant d'un personnel généralement qualifié, formé et expérimenté.

5. SE au niveau central

Au niveau central, la surveillance incombe à la Direction de l'Epidémiologie, de laboratoires et de la Recherche créée en 2005. Cette direction est chargée de rendre disponible l'information épidémiologique pour une prise de décision opportune à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ses missions étaient définies comme suit: planification de l'action sanitaire, régulation des normes et procédures nationales, coordination de la gestion de l'information sur les maladies Prioritaires (transmissibles et non transmissibles) en vue de maintenir un système d'alerte

précoce et de favoriser l'intégration des actions de promotion de la santé, de prévention et de contrôle des maladies.⁷

La DELR s'efforce de remplir sa mission mais manque cruellement de ressources pour se positionner exactement comme conçu à l'origine. La DELR s'oblige à intervenir sur tous les échelons de la SE depuis la collecte par une attitude proactive jusqu'à l'analyse et la retro information pour pallier aux manquements constatés à tous les niveaux de la chaîne d'information.

Article 36.-

La Direction d'Epidémiologie, des Laboratoires et de la Recherche (DELR) a pour Mission la planification, la régulation et la coordination de l'ensemble des informations reçues sur les principales maladies prioritaires, transmissibles et non transmissibles en vue de maintenir un système d'alerte précoce et de favoriser l'intégration des activités de prévention, de protection relative à ces différentes maladies, dans les actions programmées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

A ce titre, la Direction d'Epidémiologie, des Laboratoires et de la Recherche est chargée :

- d'assurer la planification et l'organisation de la surveillance épidémiologique des maladies prioritaires, transmissibles et non transmissibles dans les structures au niveau national et dans les départements ;
- d'assurer l'élaboration, la diffusion des instruments de collecte de statistiques sanitaires ;
- de veiller, en coordination avec l'Unité de Programmation et d'Evaluation, au traitement, à l'analyse et à la diffusion des statistiques sanitaires institutionnelles ;
- de veiller à la mise en place de normes et standards en vue du renforcement de la capacité des structures départementales dans ces domaines ;
- de coordonner le développement du laboratoire national de Santé Publique
- d'assurer le contrôle de la qualité et la performance des laboratoires médicaux notamment dans les structures décentralisées ;
- de planifier, promouvoir et développer la recherche, l'analyse et la diffusion des résultats ;
- de renforcer la collaboration sous régionale en épidémiologie ;
- d'élaborer et de diffuser un rapport périodique, régulier de situation couvrant ses domaines de compétence ;
- de développer et faire appliquer les normes et procédures en matière de transfusion de sang sur ;
- de promouvoir le don volontaire du sang à travers le pays.

⁷Le moniteur, Décret portant sur l'organisation du MSPP. 5 janvier 2006 (Article 36). 161eme année. N°1

6. Etat de la DELR

a. Situation administrative / légale actuelle

La DELR est UNE DIRECTION Centrale comme tant d'autres mais ne semble pas être l'objet d'attention particulière malgré sa mission plus que capitale pour la santé de la population haïtienne mais aussi la santé des populations de la sous-région voire du monde entier. Depuis sa création, la DELR n'a jamais bénéficié d'une situation confortable. La DELR n'avait jamais eu de locaux propres jusqu'en mai 2012, n'a jamais émargé au budget national, et les ressources matérielles et financières mises à sa disposition sont plus qu'insuffisantes. Cette direction ne fonctionne que grâce à des supports externes la mettant en dépendance inconfortable par rapport aux financeurs.

L'exemple le plus frappant est celui du laboratoire qui ayant plus de ressources de fonctionnement a dû consentir des efforts pour héberger et faire fonctionner la DELR.

b. Situation financière

La DELR ne bénéficiant pas de budget de l'état, est financée par les partenaires externes soit directement (OPS/OMS) soit par le biais du Laboratoire (COAG Labo/PEPHAR). La difficulté de cet état de fait est la non constance dans le budget entraînant une vision limitée dans le temps pour toute planification. En exemple, un programme financé par un partenaire va engager du personnel pour une année seulement donc on ne peut garantir le service au-delà de l'année de contrat puisque l'état ne garantit pas l'intégration ce personnel pour la pérennité de sa fonction ; avec comme conséquence une fuite des talents vers des contextes plus favorables...

Il n'y a donc évidemment pas de moyen de renforcer les Ressources Humaines pour un développement durable de la Surveillance.

c. Les ressources humaines et matérielles

La DELR ne dispose que d'une vingtaine de personnes dont seulement une dizaine de professionnels de la surveillance épidémiologique et l'autre moitié étant fait de personnel de soutien et se décline comme suit:

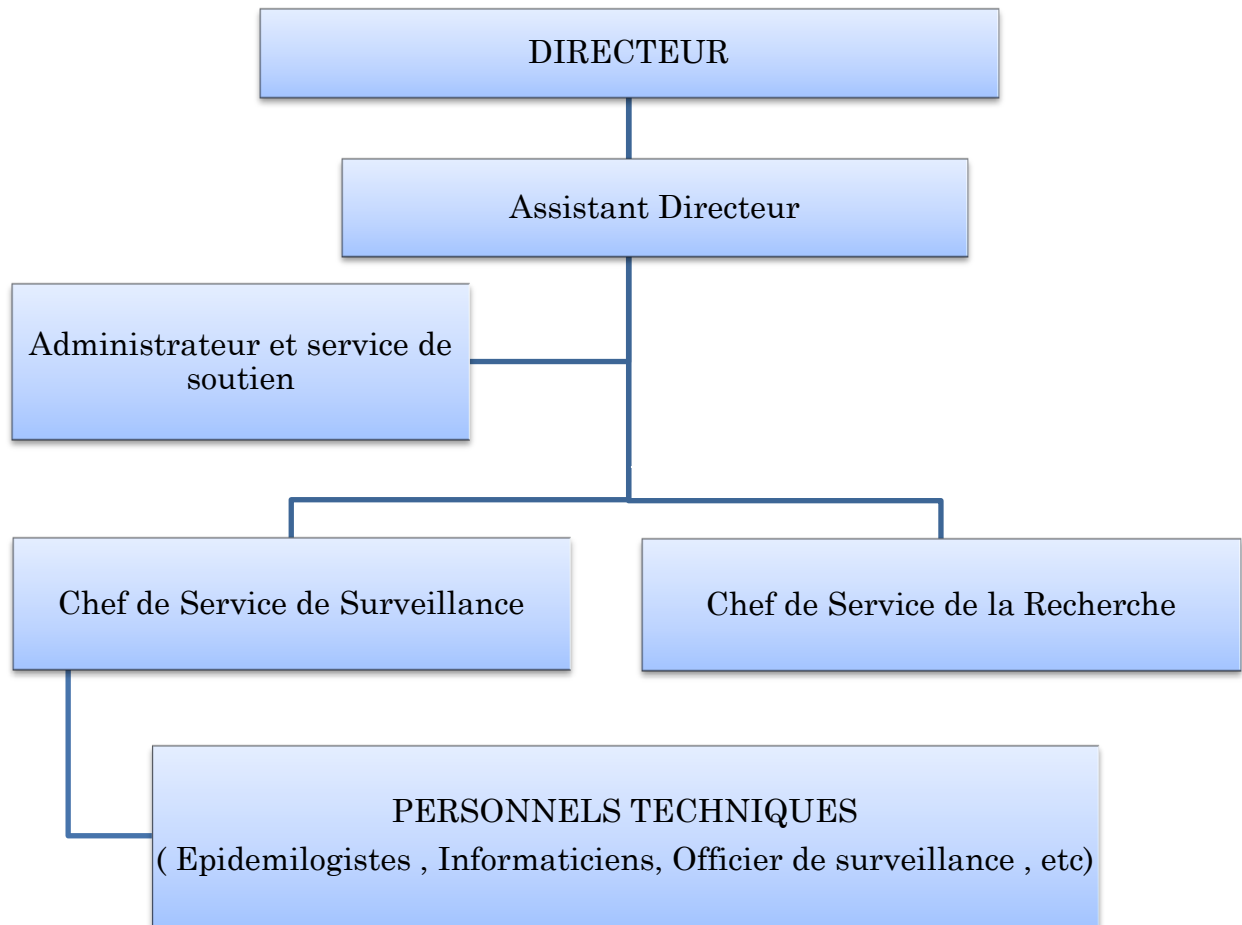
Fonction	Nombre	Remarque
Directeur	01	
Assistant Directeur	01	
Chef de service Epidémiologie	01	
Chef de service Recherche	01	Seule personne de ce service qui appui plutôt la surveillance
Epidémiologistes	02	Groupe de travail multifonctionnel de la surveillance ⁸
Informaticien	03	
Operateur de saisie	02	
Officier de Surveillance	01	
Administrateur	01	
Assistant administrateur	01	
Secrétaire	01	Dactylographe non fonctionnel
Ménagères	02	
Chauffeurs	03	Dont un non fonctionnel
Total	20	

Les **ressources matérielles** de la DELR viennent de s'améliorer grandement avec l'installation dans de nouveaux locaux construits par la CDC et un équipement satisfaisant.

Il subsiste toujours les problèmes de fonctionnement parfois élémentaires (cartes de téléphone par exemple), et de déplacement (véhicules).

⁸ Collecte des données, validation, analyse et diffusion limitée.

d. Organisation structurelle actuelle de la DELR



VI. Résumé de la situation actuelle

1. Forces

- i. Existence d'outils de SE et d'une SE fonctionnelle malgré les difficultés
- ii. Existence d'un Manuel de Normes et Procédures (à actualiser)
- iii. Présence d'Épidémiologistes et techniciens dans tous départements
- iv. Présence d'Officiers de surveillance formés dans certaines institutions
- v. Existence d'un Laboratoire national de référence et création d'un réseau laboratoires régionaux de santé publique en cours.
- vi. Présence de Nombreux partenaires qui apportent du soutien technique, matériel et financier.

2. Faiblesses

- i. Fragmentation du système d'Information Sanitaire
- ii. Manque de ressources humaines et matérielles pour le bon fonctionnement
- iii. Manque de complétude et promptitude dans la notification
- iv. Manque d'investigation et confirmation des cas notifiées
- v. Manque d'analyse des données
- vi. Système alerte et réponse très peu développé

3. Contraintes

- i. Manque d'implication de la haute instance du Ministère
- ii. Non disponibilité d'un Budget de fonctionnement

4. Opportunités

- i. Pression du RSI (2005) incite l'implication de la haute Instance du Ministère.
- ii. La conception du présent nouveau Plan Stratégique de renforcement de la SE et sa mise en œuvre prochaine.
- iii. Mobilisation / Utilisation optimale de Ressources mises à disposition par les partenaires : (Projet Tri Partite / CDC/PEPFAR / OPS/OMS)

VII. LE RENFORCEMENT DE LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

1. Définition de la surveillance

La surveillance comprend le recueil systématique et continu des données sanitaires, leur analyse et leur interprétation, ainsi que la diffusion des informations recueillies auprès de ceux qui en ont besoin pour prendre les mesures appropriées.

La surveillance est également essentielle pour planifier, mettre en œuvre et évaluer les pratiques sanitaires.⁹

2. Vision Globale de la DELR pour la SE en Haïti.

Garantir la santé de la population en réduisant au minimum les risques et réagir aux maladies émergentes et réémergence grâce à la prévention, la préparation, la détection rapide et la réponse. Cette vision globale signifie que SSE devrait :

- Assurer la disponibilité permanente de l'information pour la prise de décisions
- Intégrer la surveillance et l'alerte / riposte
- Couvrir tous les échelons de la pyramide de services niveaux de surveillance

⁹Guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la Riposte dans la région africaine. Février. 2011

- Intégrer l'ensemble du territoire et des acteurs en coordonnant les différentes interventions.
- Assurer la complétude, la promptitude et la fiabilité des données

Ainsi, Haïti aurait un système unifié pour la collecte des indicateurs épidémiologiques essentiels sur les maladies prioritaires, la détection et notification des alertes, l'analyse et la dissémination de l'information et la riposte

3. La proposition de mission

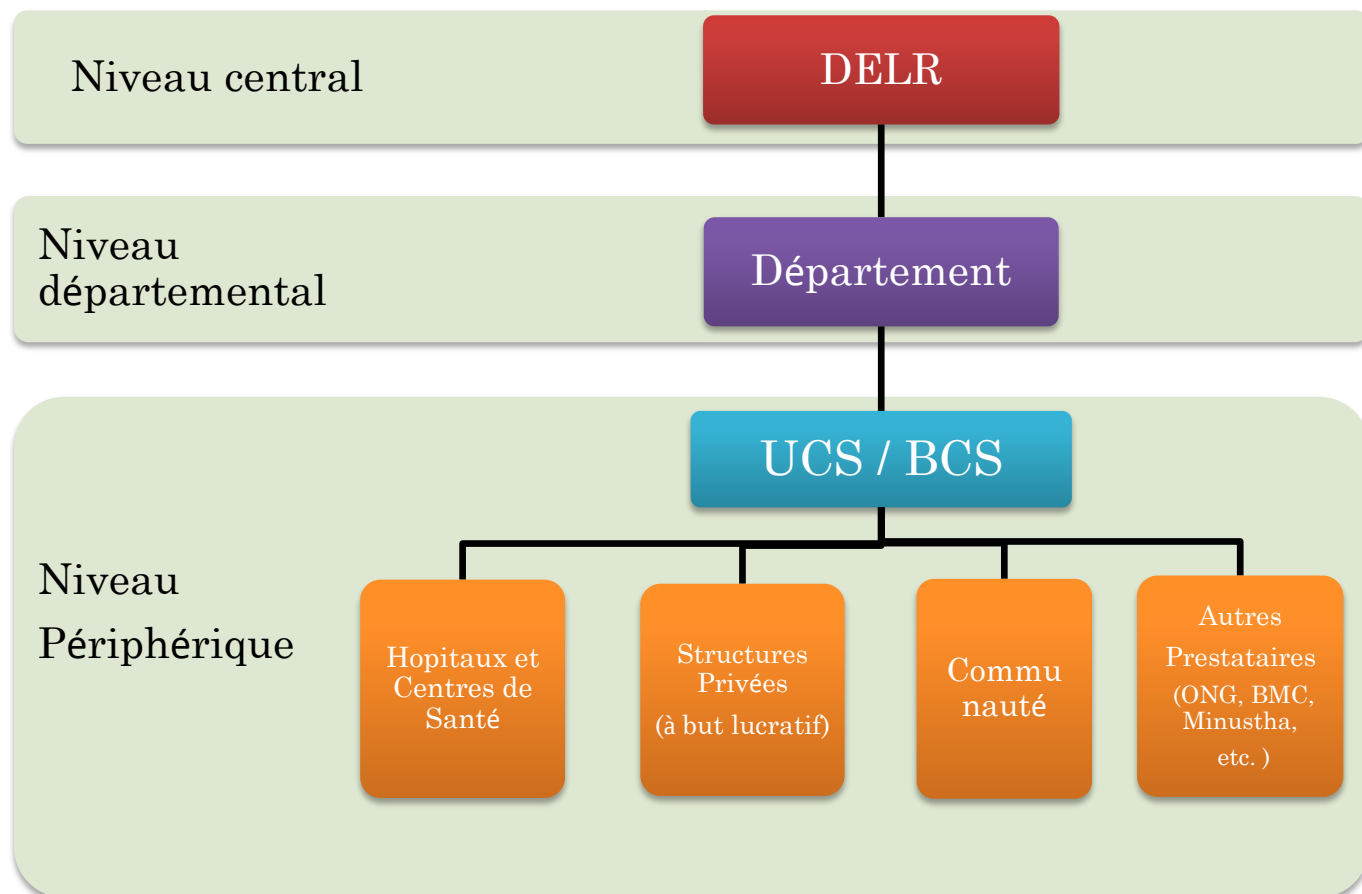
La mission de la DELR est de renforcer la surveillance épidémiologique intégrée en Haïti en accord avec les directives du RSI (2005), visant à améliorer la disponibilité et l'utilisation des données de surveillance pour entreprendre des mesures de santé publique à tous les niveaux du système de soin national. Ceci vise à améliorer la capacité de tous les niveaux du système sanitaire à détecter et confirmer les cas de maladie et les événements de santé publique inhabituels et à y faire face de façon à réduire les taux de mortalité, de morbidité et de handicap dans les communautés en Haïti.

Les résultats de la surveillance doivent être rendus fiables par des analyses et validation du terrain mais aussi dans les cas nécessaires par des résultats de laboratoire dont la qualité est internationalement reconnue.

Ainsi théoriquement la DELR englobe le service d'Epidémiologie, de Laboratoire et de Recherche

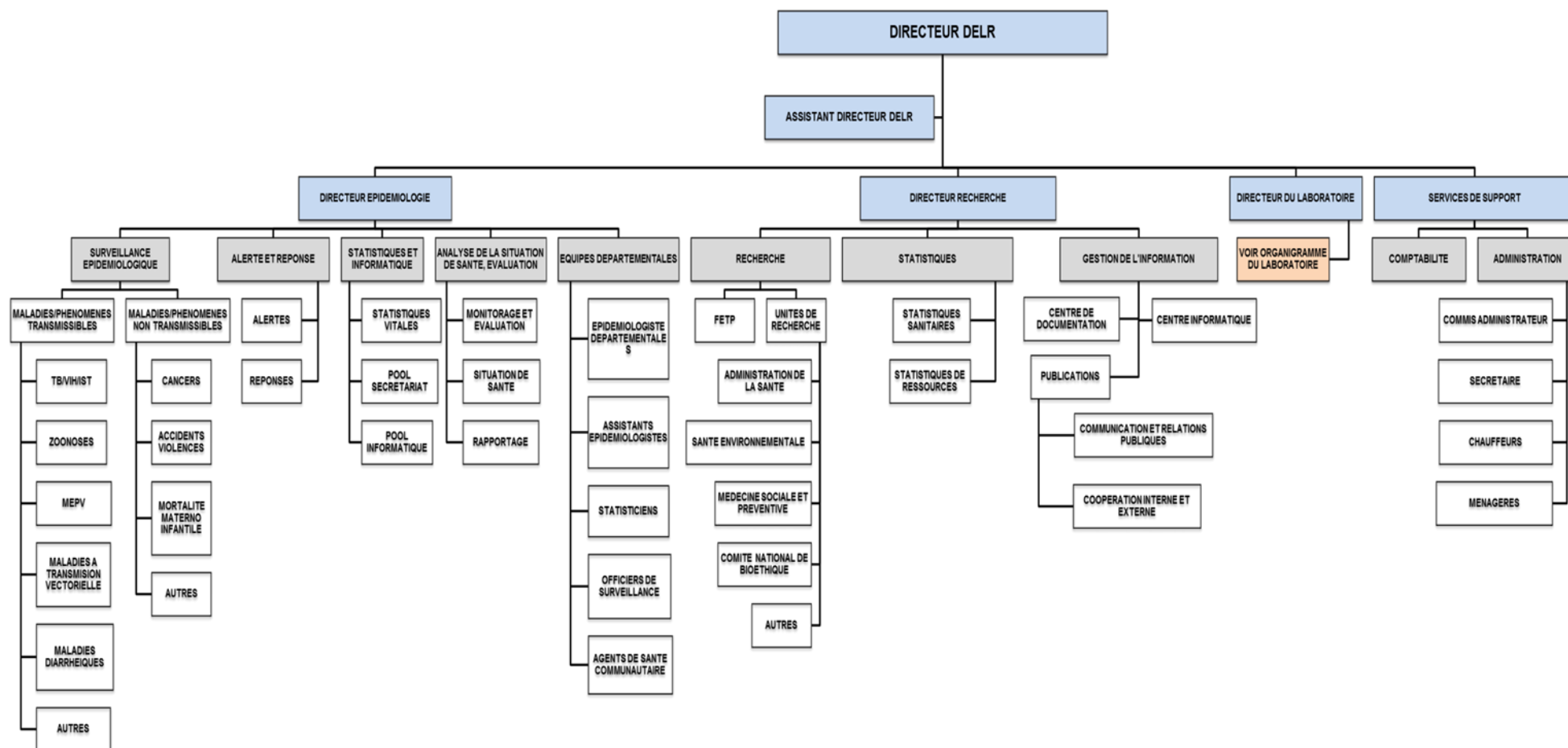
4. Le réseau de la Surveillance Epidémiologique

Le réseau doit suivre l'organisation du MSPP à travers le pays en entier et intégrer le niveau communautaire et les secteurs qui n'avaient jusqu'alors jamais participé à la surveillance épidémiologique.



5. L'organisation structurelle de la DELR

La DELR doit elle aussi se réorganiser pour être en adéquation avec sa nouvelle mission et vision. Un nouvel organigramme est proposé.



Organigramme du Laboratoire en Annexe

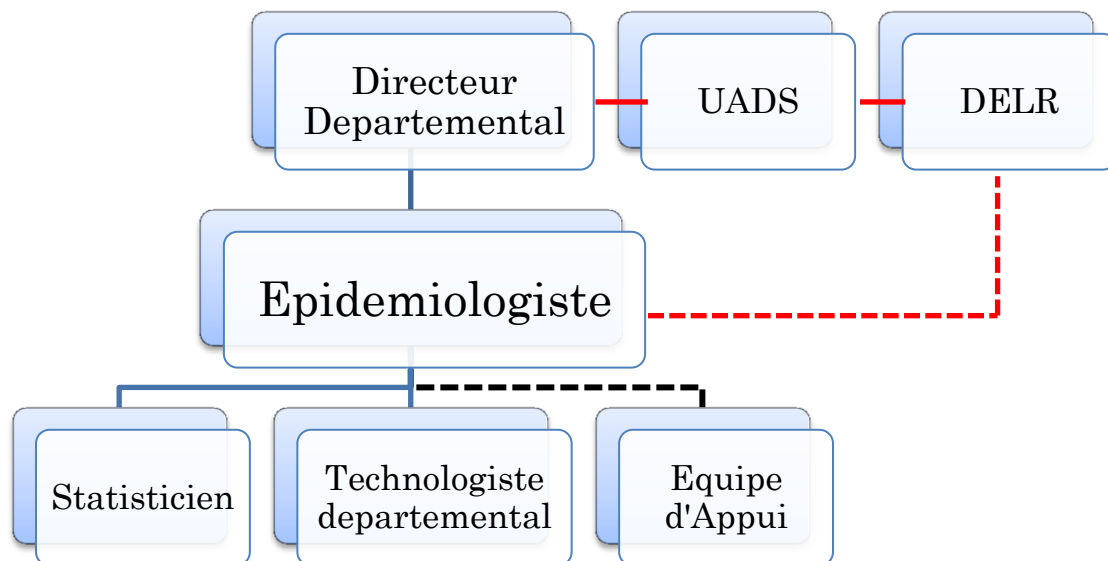
Cet organigramme répond à la vision de la DELR pour jouer effectivement sa partition dans la surveillance épidémiologique dans les normes fixées par le RSI (2005) dont Haïti est partie prenante.

La DELR en développant des capacités d'analyse et d'alerte réponse va pouvoir réagir immédiatement en cas de menace à la santé publique avec des groupes de travail spécialisés en fonction du type de menace.

Comme on le remarque il y aurait de nombreux postes à pourvoir et ceci irait avec un renforcement des ressources matérielles et une révision de la stratégie de travail en visant l'objectif de LEADERSHIP dans le domaine de la surveillance. Il faut nécessairement un renforcement stratégique.

6. Organisation des départements :

Au niveau de chaque département, sous la supervision du Directeur Départemental de la santé, travaille un Epidémiologiste Senior assisté d'un Epidémiologiste Junior, d'un statisticien et un technologiste de laboratoire. Le soutien logistique, administratif sera celui déjà en place dans département.



7. Organisation des autres échelons du réseau de surveillance épidémiologique

Cette structuration dépendrait des ressources disponibles au niveau départemental et périphériques. Dans tous les cas l'organisation structurelle mise en place devrait être soumise à

la DELR qui donne son approbation ou fait des propositions d'amélioration et mobilise les ressources pour ce faire.

8. Ressources Humaines

Le personnel manquant pourra être recruté progressivement soit en externe (étudiants de FETP) soit en regroupant du personnel d'autres directions du MSPP qui travaillent déjà dans la surveillance des programmes verticaux, des cellules de veilles ou de statistique etc. (Lutte contre Malaria, Vaccination, anthroponoses) ou encore du personnel d'autres autres organisations

9. Ressources financières

Il faudrait un sérieux plaidoyer pour permettre à la DELR d'émarger au budget national afin de garantir l'indépendance et aussi la continuité de l'action de la DELR. Tout partenaire devrait s'engager pour des périodes conséquentes et s'aligner sur la politique et la vision de la DELR.

10. Ressources matérielles

Une amélioration et surtout une stabilisation de la situation financière devrait permettre de définir une politique efficace d'acquisition et d'entretien de matériels.

11. Outils épidémiologiques : Bases de données

La base de données utilisée par la DELR qui est informatisée est en cours d'amélioration pour relever le niveau de qualité des données et permettre une analyse approfondie des situations de santé en conformité avec le RSI (2005).

En outre, il existe un ensemble de sous-systèmes d'information qui devraient tous être harmonisés et centralisés pour une meilleure gestion des données.

VIII. Les AXES STRATEGIQUES du renforcement

Lors des analyses précédant la rédaction du présent document un certain nombre de recommandations pour des aspects spécifiques de la surveillance ont été évoqués qui doivent être reflétés dans les axes stratégiques. De plus, certains thèmes transversaux concernaient toutes les fonctions et activités – ressources humaines, financières et matérielles – et méritent donc de constituer un axe stratégique en soi.

Les axes stratégiques ainsi identifiés sont :

1. Renforcement institutionnel du SSE et du cadre stratégique
2. Renforcement des activités de surveillance
3. Renforcement des activités de soutien au système de surveillance

Les détails de mise en œuvre, de mise en place et de traduction des objectifs en activités concrètes seront présentés dans le Plan de Mise en Œuvre pour le Renforcement de la Surveillance Epidémiologique en Haïti, document que la DELR élaborera ultérieurement, suite à ses consultations avec les parties prenantes.

Axe stratégique 1: *Renforcement institutionnel du SSE et du cadre stratégique*

- 1- Obtenir un consensus autour de la surveillance épidémiologique auprès des différents acteurs nationaux
- 2- Réaliser un inventaire des ressources et des besoins du système de surveillance épidémiologique
- 3- Définir le cadre institutionnel du système de surveillance épidémiologique
- 4- Créer un comité technique d'épidémiologie
- 5- REVISER la liste des maladies à cibler et des événements à mettre sous surveillance
- 6- Elaborer/Réviser les normes d'identification des cas, d'investigation épidémiologique et de réponse
- 7- Réviser les normes de fréquences d'analyse et transmission des données collectées en fonction du type de notification
- 8- Réviser les normes d'investigation d'un épisode épidémique
- 9- Développer un réseau de laboratoires de sante publique
- 10- Elaborer/Réviser les normes de supervision par niveau
- 11- Développer un programme de santé publique en épidémiologie

Axe stratégique 2 : *Renforcement des activités de surveillance*

- 1- Collecter et transmettre les informations au niveau de la communauté (mettre en place la SEBAC)
- 2- Optimiser la gestion des données dans les institutions de soins
- 3- Organiser la collecte des données au niveau des directions départementales
- 4- Organiser la collecte des données au niveau de la DELR
- 5- Assurer une meilleure gestion des cas probables et suspects au niveau local
- 6- Assurer une meilleure gestion des cas probables et suspects au niveau départemental
- 7- Assurer une meilleure gestion des cas probables et suspects au niveau national
- 8- Analyser et traiter les données au niveau des départements
- 9- Analyser et traiter les données au niveau central
- 10- Assurer la rétro information de façon régulière vers les institutions de soins et la communauté

Axe stratégique 3 : Renforcement des activités de soutien au système de surveillance

- 1- Doter la DELR de moyens humains, logistiques et financiers lui permettant de remplir sa mission et ses différentes fonctions
- 2- Doter les départements de moyens humains, logistiques et financiers lui permettant de réaliser la coordination départementale des activités de surveillance épidémiologique
- 3- Doter les institutions de la périphérie de moyens humains, logistiques et financiers leur permettant de réaliser la gestion des données
- 4- Mettre en place la Surveillance Epidémiologique à base communautaire
- 5- Former le personnel des institutions impliquées dans la surveillance
- 6- Assurer une supervision régulière au niveau des institutions
- 7- Assurer une supervision régulière des activités de surveillance au niveau des départements
- 8- Mettre en place l'unité de recherche opérationnelle au niveau de la DELR

IX. Stratégie de mise en œuvre

1. Plan de mise en œuvre

La mise en œuvre du plan stratégique 2013-2018 se fera en deux phases.

La première couvre la première année 2013-2014. Au cours de cette phase, les actions prioritaires seront consacrées au renforcement de la DELR en ressources humaines, en équipement, à l'élaboration/révision des manuels de procédures, la mise en place d'un logiciel de gestion intégrée de l'information sanitaires (harmonisation et intégrations de tous les sous-systèmes existants et redynamisation/ motivation du réseau de SE depuis les communautés de base jusqu'au niveau central. Il faut également procéder à la mise en place du comité technique de surveillance épidémiologique qui se chargera du suivi évaluation.

La seconde phase de mise en œuvre s'étalera sur la période 2014-2018 et serait consacrée au renforcement des activités essentielles de la surveillance.

Une première évaluation intermédiaire sera faite au terme de la première année pour juger de la mise en place effective des structures et ressources avant le passage à la seconde phase. Puis suivront des évaluations annuelles de routine et enfin une évaluation finale en 2018 qui guidera le prochain plan stratégique.

2. Administration de la mise en œuvre du plan stratégique

Le comité technique de la SE sera chargé du suivi de la mise en œuvre du plan stratégique. L'exécution des activités sera assurée par les services concernés à chaque échelon du réseau de surveillance. Le rôle de chaque niveau est défini dans les documents techniques internes (normes et procédures, etc...).

Une programmation nationale et un bilan d'activités du SSE seront réalisés chaque année par la DELR et adoptés par le comité technique de la SE.

3. Financement du plan stratégique

Les sources de financement du plan sont le budget de l'Etat et l'apport des partenaires financiers. Les modalités de financement seront celles en vigueur au niveau du pays. Ainsi, des plaidoyers seront faits auprès de ces différentes sources pour la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre du plan stratégique.

4. Conditions de réussite de la mise en œuvre

Le renforcement de la SE en Haïti pourrait être facilitée par l'existence d'un certain nombre d'opportunités ou au contraire connaître des difficultés liées à des conditions défavorables de mise en œuvre. Pour garantir une réussite de cette mise en œuvre, il faudrait :

- une appropriation du plan par l'ensemble des parties prenantes sous le leadership de la DELR ;
- une stabilité des institutions chargées de la mise en œuvre des actions identifiées ;
- un financement suffisant et constant du plan stratégique ;
- une coordination et implication plus importante de la haute autorité du ministère de la santé publique et de la population;
- un suivi régulier de la mise en œuvre du plan stratégique ;
- Un renforcement en ressource humaine et matériel.

5. Chronogramme de mise en œuvre du plan

Interventions	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Axe 1 : Renforcement institutionnel du SSE et du cadre stratégique					
1- Obtenir un consensus autour de la surveillance épidémiologique auprès des différents acteurs nationaux					
2- Réaliser un inventaire des ressources et des besoins du système de surveillance épidémiologique					
3- Définir le cadre institutionnel du système de surveillance épidémiologique					
4- Créer un comité technique d'épidémiologie					
5- REVISER la liste des maladies à cibler et des événements à mettre sous surveillance					
6- Elaborer/Réviser les normes d'identification des cas, d'investigation épidémiologique et de réponse					
7- Réviser les normes de fréquences d'analyse et transmission des données collectées en fonction du type de notification					
8- Réviser les normes d'investigation d'un épisode épidémique					
9- Développer un réseau de laboratoires de sante publique					
10- Elaborer/Réviser les normes de supervision par niveau					
11- Développer un programme de santé publique en épidémiologie					

Interventions	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Axe stratégique 2 : Renforcement des activités de surveillance					
1- Collecter et transmettre les informations au niveau de la communauté (mettre en place la SEBAC)					
2- Optimiser la gestion des données dans les institutions de soins					
3- Organiser la collecte des données au niveau des directions départementales					
4- Organiser la collecte des données au niveau de la DELR					
5- Assurer une meilleure gestion des cas probables et suspects au niveau local					
6- Assurer une meilleure gestion des cas probables et suspects au niveau départemental					
7- Assurer une meilleure gestion des cas probables et suspects au niveau national					
8- Analyser et traiter les données au niveau des départements					
9- Analyser et traiter les données au niveau central					
10- Assurer la rétro information de façon régulière vers les institutions de soins et la communauté					

Interventions	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Axe stratégique 3 : Renforcement des activités de soutien au système de surveillance					
1- Doter la DELR de moyens humains, logistiques et financiers lui permettant de remplir sa mission et ses différentes fonctions					
2- Doter les départements de moyens humains, logistiques et financiers lui permettant de réaliser la coordination départementale des activités de surveillance épidémiologique					
3- Doter les institutions de la périphérie de moyens humains, logistiques et financiers leur permettant de réaliser la gestion des données					
4- Mettre en place la Surveillance Epidémiologique à base communautaire					
5- Former le personnel des institutions impliquées dans la surveillance					
6- Assurer une supervision régulière au niveau des institutions					
7- Assurer une supervision régulière des activités de surveillance au niveau des départements					
8- Mettre en place l'unité de recherche opérationnelle au niveau de la DELR					

X. Suivi et Evaluation

Dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du plan, deux types d'indicateurs doivent être utilisés pour mesurer l'efficacité de la mise en œuvre : les indicateurs de processus et les indicateurs de résultats. Les indicateurs de processus mesureront l'exécution effective des activités tandis que ceux de résultats mesureront le degré d'atteinte des objectifs.

Mécanisme de suivi et évaluation

Le suivi-évaluation du plan sera réalisé à travers divers rapports périodiques comme les semestriels de suivi évaluation, les rapports annuels d'exécution, le rapport de progrès des diverses échelons du réseau de SE, des évaluations intermédiaires et l'évaluation finale au terme de la période couverte par le plan stratégique.

- ✓ Le rapport semestriel de suivi-évaluation : ce rapport permettra de faire un bilan d'exécution des activités, d'apprécier le niveau des différents indicateurs afin d'effectuer une programmation du semestre suivant.
- ✓ Le rapport d'exécution annuel: ce rapport fera le bilan d'exécution des activités au cours de l'année écoulée et permettra la programmation de l'année suivante.
- ✓ Le rapport de progrès des échelons du réseau qui fait le bilan physique et financier de l'exécution des plans d'action ainsi que le point sur les différents indicateurs. Un certain nombre d'indicateurs essentiels de suivi évaluation du plan stratégique du SNIS doivent être intégrés dans le rapport de progrès.
- ✓ L'évaluation intermédiaire: une évaluation intermédiaire du plan aura lieu en 2015.
- ✓ L'objectif sera d'apprécier le déroulement global des activités et de proposer des mesures correctives.
- ✓ L'évaluation finale du plan: elle permettra de mesurer les indicateurs à la fin de l'exécution.

Objectifs (activités)	Indicateurs	Situation de départ	Cible	Année de réalisation
Axe 1 : Renforcement institutionnel du SSE et du cadre stratégique				
1- Obtenir un consensus autour de la surveillance épidémiologique auprès des différents acteurs nationaux	L'importance de la Surveillance est reconnue de tous les acteurs	La SE paraît négligée		
2- Réaliser un inventaire des ressources et des besoins du système de surveillance épidémiologique	Inventaire réalisé et disponible	Il n'y a pas d'inventaire exhaustif		
3- Définir le cadre institutionnel du système de surveillance épidémiologique	Le présent plan est validé Le cadre légal est revu et le document disponible	Le cadre existant est désuet		
4- Créer un comité technique d'épidémiologie	Le comité se réunit à un intervalle régulier et des rapports de sessions existent	Le comité n'existe pas.		
5- REVISER la liste des maladies à cibler et des événements à mettre sous surveillance	Existence d'une nouvelle liste validée par le MSPP et ses partenaires	Liste de maladies et événements sous surveillance version 2009 existe		
6- Elaborer/Réviser les normes d'identification des cas, d'investigation épidémiologique et de réponse	Nouveau document de normes et procédures disponible	Document de Normes et procédure version décembre 2009 existe		
7- Réviser les normes de fréquences d'analyse et transmission des données collectées en fonction du type de notification	Les nouvelles normes sont en vigueur	Les normes existent mais doivent être mises à jour.		
8- Réviser les normes d'investigation d'un épisode épidémique				
9- Développer un réseau de laboratoires de sante publique	Le réseau de Laboratoires est fonctionnel	Seul le Laboratoire central est fonctionnel		
10- Elaborer/Réviser les normes de supervision par niveau	Normes disponibles et en application	Il existe une grille mais non spécifique pour la SE		
11- Développer un programme de santé publique en épidémiologie	Continuation des formations de base et intermédiaires. Introduction du niveau avancée	Formation avancée non disponible en Haïti.		

Objectifs (activités)	Indicateurs	Situation de départ	Cible	Année de réalisation
Axe stratégique 2 : Renforcement des activités de surveillance				
1- Collecter et transmettre les informations au niveau de la communauté (mettre en place la SEBAC)	La SEBAC est mise en place et fonctionne	Collecte non formellement organisée		
2- Optimiser la gestion des données dans les institutions de soins	Tous les prestataires sont formés et disposent de ressources pour la surveillance	Manque de formation et recyclage Manque de ressources		
3- Organiser la collecte des données au niveau des directions départementales	La collecte de données est exhaustive et systématique	Collecte de données non exhaustive		
4- Organiser la collecte des données au niveau de la DELR	Collecte systématique par des mécanismes fluides	La collecte est faite mais non systématique et difficile		
5- Assurer une meilleure gestion des cas probables et suspects au niveau local	Toutes les alertes sont systématiquement investiguées	Il n y a pas d'investigation systématique de tous les cas suspects et il existe des difficultés d'acheminement des prélèvements au laboratoire		
6- Assurer une meilleure gestion des cas probables et suspects au niveau départemental				
7- Assurer une meilleure gestion des cas probables et suspects au niveau national	Le service Alerte réponse est opérationnel	Le service alerte réponse n'est pas fonctionnel		
8- Analyser et traiter les données au niveau des départements	Toutes les données sont systématiquement analysées, traitées et les informations circulent suivant le fluxogramme établi	Le traitement et l'analyse des données n'est pas systématiques a tous les niveaux et l'information circule mal.		
9- Analyser et traiter les données au niveau central				
10- Assurer la rétro information régulière vers les institutions de soins et la communauté	Le retro information est organisée de façon systématique	La retro information n'est pas systématiques et est mal organisée		

Objectifs (activités)	Indicateurs	Situation de départ	Cible	Année de réalisation
Axe stratégique 3 : Renforcement des activités de soutien au système de surveillance				
1- Doter la DELR de moyens humains, logistiques et financiers lui permettant de remplir sa mission et ses différentes fonctions	La DELR dispose de toutes les ressources nécessaires	La DELR manque de ressources humaines, matérielles et financières		
2- Doter les départements de moyens humains, logistiques et financiers lui permettant de réaliser la coordination départementale des activités de surveillance épidémiologique	Les départements et les institutions disposent de toutes les ressources nécessaires	Les départements et les institutions manquent de ressources humaines, matérielles et financières		
3- Doter les institutions de la périphérie de moyens humains, logistiques et financiers leur permettant de réaliser la gestion des données				
4- Mettre en place la Surveillance Epidémiologique à base communautaire	La SEBAC est mise en place et est fonctionnelle	La SEBAC est ébauchée		
5- Former le personnel des institutions impliquées dans la surveillance	Tout le personnel impliqué dans la SE est formé ou recyclé	Le personnel communautaire n'est pas impliqué dans la SE et les autres manquent de formations ou de recyclage		
6- Assurer une supervision régulière au niveau des institutions	Les supervisions sont réalisées et les rapports disponibles.	Les supervisions manquent d'organisation, et les rapports ne sont pas produits		
7- Assurer une supervision régulière des activités de surveillance au niveau des départements				
8- Mettre en place l'unité de recherche opérationnelle au niveau de la DELR	L'unité de recherche opérationnelle de la DELR est mise en place et fonctionne	L'unité de recherche opérationnelle de la DELR n'existe pas		

XI. Le budget du plan

L'estimation du budget de la mise en œuvre a été faite sur les 5 ans couverts par le plan. Elle comporte les coûts par axe stratégique, objectif et activité, année. De plus, l'évaluation financière a été faite par catégorie de dépenses. Le coût total du plan d'action 2013 - 2018 est de 122,809,260.00 dollars us¹⁰. Le détail de la budgétisation se trouve en annexe. Les coûts estimés par objectif figurent dans les tableaux ci-dessous :

¹⁰ Bien que cette somme puisse paraître très élevée, elle donne une idée globale des besoins en termes de surveillance. Il faut noter ici une inclusion du budget du Laboratoire National de Santé Publique et aussi la prise en compte de dépenses connexes comme les incitatifs des agents de santé polyvalent qui pourrait être financé par d'autres secteurs.

Objectifs (activités)	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Axe 1 : Renforcement institutionnel du SSE et du cadre stratégique							
1- Obtenir un consensus autour de la surveillance épidémiologique auprès des différents acteurs nationaux							
2- Réaliser un inventaire des ressources et des besoins du système de surveillance épidémiologique							
3- Définir le cadre institutionnel du système de surveillance épidémiologique							
4- Créer un comité technique d'épidémiologie							
5- REVISER la liste des maladies à cibler et des événements à mettre sous surveillance							
6- Elaborer/Réviser les normes d'identification des cas, d'investigation épidémiologique et de réponse							
7- Réviser les normes de fréquences d'analyse et transmission des données collectées en fonction du type de notification							
8- Réviser les normes d'investigation d'un épisode épidémique							
9- Développer un réseau de laboratoires de sante publique							
10- Elaborer/Réviser les normes de supervision par niveau							
11- Développer un programme de santé publique en épidémiologie							

Objectifs (activités)	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Axe stratégique 2 : Renforcement des activités de surveillance							
1- Collecter et transmettre les informations au niveau de la communauté (mettre en place la SEBAC)							
2- Optimiser la gestion des données dans les institutions de soins							
3- Organiser la collecte des données au niveau des directions départementales							
4- Organiser la collecte des données au niveau de la DELR							
5- Assurer une meilleure gestion des cas probables et suspects au niveau local							
6- Assurer une meilleure gestion des cas probables et suspects au niveau départemental							
7- Assurer une meilleure gestion des cas probables et suspects au niveau national							
8- Analyser et traiter les données au niveau des départements							
9- Analyser et traiter les données au niveau central							
10- Assurer la rétro information de façon régulière vers les institutions de soins et la communauté							

Objectifs (activités)	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Axe stratégique 3 : Renforcement des activités de soutien au système de surveillance							
1- Doter la DELR de moyens humains, logistiques et financiers lui permettant de remplir sa mission et ses différentes fonctions							
2- Doter les départements de moyens humains, logistiques et financiers lui permettant de réaliser la coordination départementale des activités de surveillance épidémiologique							
3- Doter les institutions de la périphérie de moyens humains, logistiques et financiers leur permettant de réaliser la gestion des données							
4- Mettre en place la Surveillance Epidémiologique à base communautaire							
5- Former le personnel des institutions impliquées dans la surveillance							
6- Assurer une supervision régulière au niveau des institutions							
7- Assurer une supervision régulière des activités de surveillance au niveau des départements							
8- Mettre en place l'unité de recherche opérationnelle au niveau de la DELR							

XII. Perspectives

La seule perspective envisageable est le renforcement de la surveillance épidémiologique en Haïti à tout prix. L'engagement du MSPP/DERL et de leurs partenaires est une grande opportunité à saisir non seulement pour la santé des populations en Haïti mais aussi pour la santé mondiale dans le cadre de conformité avec le Règlement Sanitaire Internationale. Ce Plan qui est élaboré sur une base participative en consultant divers acteurs et partenaires de la surveillance devrait avoir une adhésion large au vue du consensus qui a prévalu à son élaboration.

ANNEXE I

CRITERES DE MISE A JOUR DE LA LISTE DES MALADIES ET PHENOMENES SOUS SURVEILLANCE

L'objectif de la surveillance épidémiologique est de produire de l'information pour l'action sanitaire, y compris la riposte immédiate aux flambées épidémiques et la réponse planifiée. La liste de maladies et phénomènes sous surveillance doit refléter cet objectif, en se basant sur des critères de sélection dont un exemple est fourni dans le guide de surveillance intégrée de l'OMS-AFRO, version 2010, qui propose les critères suivants pour sélectionner les maladies à surveiller (pp. 19-20):

- ***Elles font partie des exigences internationales du RSI*** ; c'est le cas par exemple de la variole, de la poliomyélite due au virus sauvage, de la grippe humaine causée par un nouveau sous-type, du SRAS ;
- ***Elles ont un potentiel épidémique élevé*** et peuvent avoir un impact grave sur la santé publique, du fait de leur capacité à se propager rapidement au niveau international ; c'est le cas notamment du choléra, de la peste, de la fièvre jaune et des fièvres hémorragiques d'origine virale ;
- ***Elles font partie des principales causes de morbidité et de mortalité*** dans la Région africaine ; c'est le cas, par exemple, du paludisme, des pneumonies, des maladies diarrhéiques, de la tuberculose, du VIH/Sida ;
- ***Ce sont des maladies non transmissibles prioritaires dans la région*** (hypertension, diabète, santé mentale et malnutrition) ;
- ***Il est possible de contrôler et de prévenir efficacement ces maladies*** pour résoudre les problèmes de santé publique dont elles sont responsables ; c'est le cas par exemple de l'onchocercose et de la trypanosomiose ;
- ***Il existe des programmes d'intervention soutenus par l'OMS*** pour la prévention, la lutte, l'éradication ou l'élimination de ces maladies [Programme élargi de vaccination (PEV) ou Programme de prise en charge des maladies de l'enfant (PCIME)].

En partant de ces critères et tenant compte du contexte Haïtien, on pourra proposer la liste suivante pour la surveillance de routine (de plus, le système d'alertes doit se rendre fonctionnel pour détecter tout phénomène anormal). Pour chaque maladie, il faudra encore établir les définitions de cas, quelle catégorie de cas à notifier (suspect, probable et/ou confirmé) et la fréquence de notification (immédiate, hebdomadaire, mensuelle). Finalement, il faudra définir quelles sont les maladies à notifier pour chaque cas (par exemple en soumettant une copie de la fiche d'investigation) et pour lesquelles le système actuel de notification du nombre de cas agrégés pourra continuer.

Il faut se limiter aux maladies/phénomènes essentiels ou prioritaires afin de ne pas créer une surcharge de travail – ni des prestataires de santé, ni de ceux chargés de l'analyse – une telle surcharge pourrait rendre le système entier non-fonctionnel.

1. La maladie est une cause de grande morbidité et/ou mortalité en Haïti OU la surveillance est désirable pour déceler sa vraie incidence et planifier les soins. Les maladies non-transmissibles prioritaires y font partie
 - Maladies diarrhéiques*

- Paludisme*
 - Dengue*
 - Diphtérie*
 - VIH / SIDA
 - Méningite bactérienne¹
 - Tuberculose*
 - Pneumonie²
 - Syphilis
 - Décès maternels
 - Hypertension artérielle / autres maladies cardiovasculaires
 - Diabète
2. La maladie a un potentiel épidémique élevé
- Choléra*
 - Certaines autres maladies diarrhéiques*
 - Dengue*
 - Hépatite A / E³
 - Fièvre hémorragique*
 - Fièvre jaune⁴
 - Diphtérie*
 - Rougeole*
 - Poliomyélite (surveillance de PFA*)
 - Fièvre typhoïde*
 - Méningite méningococcique*
3. La surveillance est exigée par le RSI
- Poliomyélite due à un poliovirus de type sauvage
 - Syndrome respiratoire aiguë sévère (SRAS)²
 - Grippe humaine due à un nouveau sous-type
 - Variole
 - Tout événement pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale (surveillance des phénomènes anormaux*)
4. Il y a des contrôles effectifs et des interventions préventives possibles pour répondre au problème de santé publique qu'elles posent
- Charbon*
 - Rage humaine* / Morsure par animal suspect de rage*
 - Maladies immuno-contrôlables*
 - Maladies transmissibles par l'eau (water borne diseases)
 - Maladies transmises par vecteurs et zoonoses (dengue*, paludisme*, filariose, leptospirose³, rage humaine*)
5. Il y a des programmes d'intervention qui visent l'élimination ou l'éradication de la maladie (par exemple PEV)
- Rougeole* et rubéole* (surveillance de fièvre éruptive) et syndrome de rubéole congénital*

- Coqueluche*
- Diphtérie*
- Poliomyélite (à travers la surveillance de la PFA)
- Tétanos, y compris tétanos néonatal*
- Rage humaine* / morsures par animal suspect de rage*
- Filariose

A cette liste doit se rajouter aussi **les phénomènes anormaux***.

Certaines maladies répondent à plus qu'un critère. Après avoir défini les maladies sous surveillance, il convient de s'accorder pour chacune la définition de cas (suspect et confirmé, si pertinent), les délais et modalités de notification. Pour les maladies à fort potentiel épidémique et/ou nécessitant une investigation ou riposte immédiat, la notification immédiate par contact direct et personnel est à préférer.

Note :

* Maladies déjà sous surveillance en Haïti selon le calendrier épidémiologique de 2011

¹ Seulement la méningite méningococcique est sous surveillance actuellement

² « IRA grave » est actuellement sous surveillance

³ Le « syndrome ictérique fébrile » est sous surveillance mais pas les diagnostics précis

⁴ Syndrome ictérique fébrile et syndrome de fièvre hémorragique aiguë sont sur la liste, mais la pas fièvre jaune

.

ANNEXE II

PROPOSITION DE MALADIES ET EVENEMENTS A METTRE SOUS SURVEILLANCE¹¹

Déclaration immédiate :

Maladies Transmissibles (infectieuses)	Maladies non transmissibles
Paralysie flasque aigue (PFA) Rougeole/Rubéole Morsure par chien, chat ou tout autre animal suspect de rage Diphtérie Méningite/Méningococcémie SRAS Grippe aviaire Fièvre hémorragique Cholera Fièvre jaune Peste	Décès Maternels

Déclaration hebdomadaire :

Maladies Transmissibles (infectieuses)	Maladies non transmissibles
Entérite bactérienne Tétanos et Tétanos néonatal IRA grave Diarrhée chez les moins de 5 ans IST Charbon	

Déclaration mensuelle :

Maladies Transmissibles (infectieuses)	Maladies non transmissibles
Dengue Paludisme Lèpre Filariose lymphatique VIH/SIDA Tuberculose	Malnutrition HTA Diabète Cancer du col, du sein et de la prostate Accidents et Violence

¹¹ Proposition de la DELR (Juillet 2007) suite aux discussions avec la consultante Edith Akom

ANNEXE III

LISTE DE MALADIES ET PHENOMENES A METTRE SOUS SURVEILLANCE	
Adoption par la Réunion de Travail DELR et Partenaires, Mai 2013	
TRANSMISSIBLES	NON TRANSMISSIBLES
DECLARATION IMMEDIATE	DECLARATION IMMEDIATE
CHOLERA DIPHTÉRIE MENINGITE PARALYSIE FLASQUE AIGUE ROUGEOLE/RUBEOLE SYNDRÔME DE FIÈVRE HÉMORRAGIQUE AIGUE SYNDROME DE RUBEOLE CONGENITALE	AGRESSION PAR ANIMAL SUSPECTE DE RAGE ESAVI (Événements Supposés être Attribuables à la Vaccination et à l'Immunisation) MORTALITE MATERNELLE TIAC (Toxi Infection Alimentaire Collective) TOUT PHÉNOMÈNE INHABITUEL
DECLARATION HEBDOMADAIRE	DECLARATION HEBDOMADAIRE
CHARBON CUTANÉ COQUELUCHE DIARRHÉE AIGUE AQUEUSE DIARRHÉE AIGUE SANGLANTE FIÈVRE TYPHOÏDE INFECTION RESPIRATOIRE AIGUE TETANOS TETANOS NEONATAL	AUTRES FIEVRES A INVESTIGUER
DECLARATION MENSUELLE ¹²	DECLARATION MENSUELLE
DENGUE FILARIOSE IST LEPRE PALUDISME (MALARIA) RAGE HUMAINE SYNDRÔME ICTÉRIQUE FÉBRILE TUBERCULOSE VIH	ACCIDENTS CANCER DE LA PROSTATE CANCER DU COL CANCER DU SEIN DIABETE EPILEPSIE HTA MALADIES MENTALES MALNUTRITION VIOLENCES

¹² DECLARATION MENSUELLE veut dire que les compilations sont faites au mois mais les rapports sont transmis chaque semaine.

ANNEXE IV

INDICATEURS DE PERFORMANCE POUR LE SYSTEME DE SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET RIPOSTE

I. Alerte et riposte

Alerte

- Nombre de personnel départemental et central formé et doté de moyens logistiques pour la réception, la vérification et la validation des alertes émanant de plusieurs sources.
- % d'alertes reçues par le niveau départemental et relayées au niveau central endéans 24 heures pendant les 12 derniers mois.
- % d'alertes vérifiées et validées par le service d'épidémiologie départemental et/ou central sur base d'investigations appropriées pendant les 12 derniers mois.
- Nombre de rapports d'analyse trimestrielle des alertes produits par le niveau central pendant les 12 derniers mois.

Riposte

- Nombre de personnel départemental et central formé dans les méthodes d'investigation épidémiologique et d'évaluation de risques en accord avec le RSI.
- % de départements avec des kits et autres moyens logistiques, y compris la maintenance des véhicules, pour l'investigation des maladies et événements sanitaires sous surveillance épidémiologique pendant les 12 derniers mois.
- % des alertes validées pendant les 12 derniers mois qui étaient investiguées selon les normes et procédures de la surveillance épidémiologique du MSPP.
- Nombre de réunions de coordination des secteurs gouvernementaux et des partenaires pour évaluer entre autres la qualité et l'adéquation de la surveillance épidémiologique et riposte au niveau périphérique pendant les 12 derniers mois.
- Adéquation des ressources internes mises à la disposition de la DELR et des Directions Sanitaires Départementales pour appuyer la surveillance épidémiologique et riposte au niveau périphérique pendant les 12 derniers mois.
- Nombre de rapports d'analyse des données épidémiologiques produits pendant les 12 derniers mois pour déterminer l'efficacité de la riposte en termes de réduction du nombre des cas et du taux de létalité attribuable aux maladies et événements sanitaires sous surveillance.

II. Interface Système d'Information Sanitaire et Surveillance Epidémiologique

- Nombre de personnel départemental formé dans la validation des données collectées pour la surveillance
- % d'institutions sanitaires qui envoient un rapport dur ou informatisé mensuel complet et à temps pour validation au niveau départemental.

- % rapports mensuels validés par le niveau départemental avant leur envoi au niveau central.
- % d'institutions de santé dotées d'un officier de surveillance ou d'un cadre PEV, MAL, TB ou VIH forme en surveillance épidémiologique.
- Nombre d'épidémies de maladies sous surveillance épidémiologique suspectées sur base des données émanant du HSIS (recherche active ou rapports mensuels).

III. Appui du laboratoire à la surveillance épidémiologique et riposte

- % laboratoires accrédités par les instances sanitaires habilitées pour la confirmation d'au moins 75% des maladies sous surveillance épidémiologique.
- Disponibilité d'une liste actualisée des points focaux pour la confirmation des maladies sous surveillance et leurs numéros de contact (phone, email, fax).
- Nombre de laboratoires avec une capacité adéquate pour appuyer la surveillance épidémiologique des maladies et événements sanitaires sous surveillance épidémiologique.
- % d'épidémies ou événements sanitaires inhabituels ou inattendus confirmés par le laboratoire durant les 12 derniers mois.
- Nombre de ruptures de stock pour réactifs et autres accessoires de laboratoire nécessaires pour la confirmation des maladies ou événements sanitaires sous surveillance pendant les 12 derniers mois.
- Nombre de cas suspects de résistance au traitement standard des maladies ou événements sanitaires sous surveillance confirmés par le laboratoire pendant les 12 derniers mois.
- Nombre d'infections nosocomiales confirmées par le laboratoire pendant les 12 derniers mois.
- Nombre d'accords signés avec les laboratoires régionaux et/ou internationaux pour collaborer en matière de diagnostic des maladies et événements sanitaires sous surveillance épidémiologique.
- Nombre de personnel de laboratoire formé et certifié en méthodes d'emballage et transport des matériels contenant des agents infectieux.
- Nombre de colis rejetés par les transporteurs aériens internationaux pour manque d'adhésion aux normes et standards requis pour l'emballage et le transport de matériels contenant des agents infectieux.
- Adéquation du système de contrôle de qualité interne et externe.
- Nombre de personnel de laboratoire forme en mesures de biosécurité.

IV. Retro-information

- Nombre de réunions trimestrielles tenues entre le niveau central et le niveau départemental pendant les 12 derniers mois pour analyser les tendances des maladies et événements sanitaires sous surveillance.
- Nombre de bulletins trimestriels publiés par le niveau central sur les tendances des maladies et événements sanitaires sous surveillance épidémiologique pendant les 12 derniers mois.

ANNEXE V:

ANNEXE 1A DU RSI. PRINCIPALES CAPACITES REQUISES POUR LA SURVEILLANCE ET L'ACTION

1. Les Etats Parties utilisent les structures et ressources nationales existantes en vue de se doter des principales capacités requises en vertu du présent Règlement pour s'acquitter notamment :
 - a) de leurs activités de surveillance, de déclaration, de notification, de vérification, d'action et de collaboration ; et
 - b) de leurs activités concernant les aéroports, ports et postes-frontières désignés.
2. Chaque Etat Partie évalue, dans les deux ans qui suivent l'entrée en vigueur du présent Règlement à l'égard de cet Etat Partie, la capacité des structures et ressources nationales existantes à satisfaire aux prescriptions minimales de la présente annexe. A la suite de cette évaluation, les Etats Parties élaborent et appliquent des plans d'action pour que ces principales capacités soient présentes et fonctionnent sur tout leur territoire comme il est stipulé au paragraphe 1 de l'article 5 et au paragraphe 1 de l'article 13.
3. Les Etats Parties et l'OMS soutiennent sur demande les processus d'évaluation, de planification et de mise en œuvre prévus dans la présente annexe.
4. Au niveau communautaire local et/ou au niveau primaire d'action de santé publique la capacité :
 - a) de détecter, dans toutes les zones du territoire de l'Etat Partie, les événements impliquant une morbidité ou une mortalité supérieure aux niveaux escomptés pour la période et le lieu considérés; et
 - b) de communiquer immédiatement toutes les données essentielles disponibles au niveau approprié d'action de santé. Au niveau communautaire, les communications sont adressées aux établissements de soins de santé de la communauté locale ou au personnel de santé approprié. Au niveau primaire d'action de santé publique, les communications sont adressées au niveau d'action intermédiaire ou national, selon les structures organiques. Aux fins de la présente annexe, les données essentielles incluent les informations suivantes : descriptions cliniques, résultats de laboratoire, sources et types de risques, nombre de cas humains et de décès, conditions influant sur la propagation de la maladie et les mesures sanitaires appliquées ; et
 - c) d'appliquer immédiatement des mesures de lutte préliminaires.
5. Au niveau intermédiaire d'action de santé publique
La capacité :
 - a) de confirmer la nature des événements signalés et d'appuyer ou d'appliquer immédiatement des mesures de lutte supplémentaires ; et
 - b) d'évaluer immédiatement les événements signalés et, s'ils sont jugés urgents, de communiquer toutes les données essentielles au niveau national. Aux fins de la présente annexe, les critères qui déterminent l'existence d'un événement urgent sont ses effets graves sur la santé publique et/ou son caractère inhabituel ou inattendu, assortis d'un fort potentiel de propagation.
6. Au niveau national
Evaluation et notification.
La capacité :

- a) d'évaluer dans les 48 heures tous les événements urgents qui sont signalés ; et
- b) d'aviser immédiatement l'OMS, par l'intermédiaire du Point Focal National RSI, lorsque l'évaluation indique que l'événement doit être déclaré en application de l'article 6, paragraphe 1 et de l'annexe 2, et de fournir à l'OMS les informations demandées à l'article 7 et à l'article 9, paragraphe 2.

Action de santé publique.

La capacité :

- a) de déterminer rapidement les mesures de lutte nécessaires pour éviter la propagation aux niveaux national et international ;
- b) d'apporter un soutien par la mise à disposition de personnel spécialisé, l'analyse au laboratoire des prélèvements (au niveau national ou par l'intermédiaire des centres collaborateurs) et une aide logistique (matériel, fournitures et transport) ;
- c) d'apporter, le cas échéant, une aide sur place pour compléter les enquêtes locales ;
- d) d'assurer un lien opérationnel direct avec les hauts responsables sanitaires et autres pour accélérer l'approbation et la mise en œuvre des mesures d'endiguement et de lutte ;
- e) d'assurer une liaison directe avec d'autres ministères compétents ;
- f) d'assurer, par les moyens de communication les plus efficaces existants, le lien avec les hôpitaux, les dispensaires, les aéroports, les ports, les postes-frontières, les laboratoires et d'autres zones opérationnelles clefs, pour diffuser, sur le territoire de l'Etat Partie et sur celui d'autres Etats Parties, les informations et les recommandations émanant de l'OMS au sujet des événements survenus ;
- g) d'établir, d'appliquer et de maintenir un plan national d'action de santé publique d'urgence, qui prévoit notamment la création d'équipes multidisciplinaires/multisectorielles pour réagir aux événements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale ; et
- h) d'assurer les mesures qui précèdent 24 heures sur 24.

ANNEXE VI

RESULTATS DE L'EVALUATION DE LA CAPACITE POUR LA SURVEILLANCE ET L'ACTION EN HAÏTI, OCTOBRE 2011

	%Oui aux indicateurs
1 Législation politiques et financement au niveau national	0%
*La législation, les lois, les réglementations, les prescriptions administratives, les politiques ou les autres instruments publics en vigueur sont suffisants pour la mise en œuvre du RSI.	
2 Coordination et communications au niveau du point focal national	29%
*Un mécanisme a été établi pour coordonner les secteurs pertinents dans le cadre de la mise en œuvre du RSI.	20%
*Les fonctions et opérations du point focal national RSI sont assurées, comme le définit le RSI.	33%
3 Surveillance	9%
*La surveillance fondée sur les indicateurs comprend un dispositif d'alerte précoce destiné à la détection rapide des événements de santé publique	13%
*Un système de surveillance des événements a été mis en place.	7%
4 Action	27%
*Les mécanismes d'action en cas d'urgence de santé publique sont en place	50%
*Des mesures de prévention et de lutte contre les infections ont été instituées au niveau national et dans les hôpitaux	8%
5 Préparation	27%
* Un plan national multirisque de préparation et d'action a été élaboré pour faire face aux urgences de santé publique.	50%
*Les risques prioritaires et les ressources en matière de santé publique ont été cartographiés.	0%
6 Communication du risque	78%

* Des mécanismes permettant une communication efficace en matière de risques lors d'une urgence de santé publique ont été mis en place.		
7	Capacité en matière de ressources humaines	33%
* Le pays dispose des ressources humaines aptes à mettre en œuvre les prescriptions du RSI relatives aux principales capacités.		
8	Services de laboratoire	69%
* Des services de laboratoire à même de réaliser des analyses en cas de menace sanitaire prioritaire sont disponibles.		43%
*Des pratiques visant à assurer la sécurité et la sûreté biologiques en laboratoire (gestion du risque biologique) ont été instituées.		100%
9	Points d'entrée	21%
*Il est satisfait aux obligations générales aux points d'entrée.		43%
*Une surveillance effective et d'autres capacités de surveillance systématique ont été mises en place aux points d'entrée.		0%
*Une surveillance effective a été mise en place aux points d'entrée		0%
10	Événements liés à des zoonoses	38%
*Des mécanismes permettant de détecter les zoonoses ou zoonoses potentielles et d'y faire face ont été mis en place.		
11	Sécurité sanitaire des aliments	39%
*Des mécanismes permettant de détecter les maladies d'origine alimentaire ou une contamination des produits alimentaires et d'y faire face ont été mis en place.		
12	Événements chimiques	14%
* Des mécanismes permettant de détecter les urgences chimiques, de donner l'alerte à leur sujet et d'y faire face ont été mis en place.		
13	Urgences liées aux rayonnements	0%
*Des mécanismes permettant de détecter les urgences radiologiques ou nucléaires et d'y faire face ont été mis en place.		

ANNEXE VII

FONCTIONS DU SYSTEME DE SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE

Fonctions	Problèmes	Solutions	Ressources
Détection	• Manque de mécanismes structures pour la détection des maladies et événements sanitaires au niveau communautaire • Nombre inadéquat des officiers de surveillance au niveau des institutions de santé primaires • Manque d'informatisation de la collecte des données au niveau des institutions de santé primaires • Manque de personnel et de moyens logistiques pour vérifier les alertes provenant des localités éloignées	• Identifier dans chaque communauté (taille?) des personnes ressources chargées d'informer les institutions de santé les plus proches des phénomènes morbides inhabituels • Recruter un officier de surveillance pour chaque institution de santé primaire qui n'en a pas • Collaboration avec l'UPE pour actualiser et informatiser les outils de collecte des données afin de refléter les maladies et événements sanitaires sous surveillance • Recrutement de personnel, maintenance régulière des véhicules et approvisionnement régulier en carburant	• Liste actualisée des maladies et événements sanitaires sous surveillance et définitions simples des cas. • Liste des personnes contacts au niveau des institutions et leurs numéros de téléphone. • Budget pour couvrir les salaires et les besoins en formation continue des officiers de surveillance • Assistance technique pour informatiser le Système d'Information Sanitaire • Achats d'ordinateurs avec logiciels de base et accès à l'internet • Allocation de budget adéquat pour recruter le personnel et lui doter de moyens nécessaires pour s'acquitter de ses responsabilités.

Fonctions	Problèmes	Solutions	Ressources
Notification	• Incomplétude des données collectées à travers HSIS au niveau des institutions de santé • Transmission tardive des données HSIS du niveau institutionnel au niveau départemental • Vérification irrégulière des registres de consultations au niveau des institutions de santé pour détecter des maladies sujettes à notification • Manque de moyens de communication (phone, fax, email) pour la transmission rapide des informations concernant la détection de maladies et/ou événements sanitaires sous surveillance	• Simplifier les outils de collecte des données au niveau des institutions de santé sur base des indicateurs de santé prioritaires faisant l'objet de suivi à travers le HSIS • Supervision régulière du personnel en charge de la collecte des données HSIS au niveau des institutions de santé et retro-information par le niveau départemental. • Supervision régulière du personnel en charge de la collecte des données au niveau des institutions de la santé et retro-information par le niveau départemental • Informatisation du Système d'information Sanitaire avec accès à l'internet • Renforcement du système de détection des alertes et transmission de l'information à travers le téléphone mobile.	• Assistance technique pour finaliser la liste des indicateurs prioritaires devant être suivis à travers le HSIS, actualiser et simplifier les outils de collecte des données au niveau des institutions de santé. • Budget pour couvrir les frais de carburant et les perdiems • Budget pour couvrir les frais de carburant et les perdiems • Assistance technique pour l'informatisation du Système d'Information Sanitaire • Achats de cartes téléphoniques pour le personnel départemental chargé de détecter et vérifier les alertes.

Fonctions	Problèmes	Solutions	Ressources
Investigation	- Participation irrégulière des épidémiologistes départementaux dans les visites de terrain pour répondre aux épidémies - Les seuils d’alerte et d’action pour les maladies sous surveillance ne sont pas définis dans les normes et procédures de la surveillance épidémiologique - Manque de formation continue du personnel départemental dans l’investigation des maladies et événements sous surveillance - Manque de moyens logistiques, y compris déplacement et kits d’investigation, à la disposition du personnel central et départemental	- Constituer des équipes de réponse rapide aux épidémies, une par département, pour investiguer et répondre aux épidémies avec l’appui des partenaires - Actualiser les normes et procédures de la surveillance épidémiologique - Former le personnel départemental dans les méthodes d’investigation des maladies sous surveillance avec emphase sur le type de formulaires à utiliser (ex. fiche d’investigation par cas, liste de tous les cas, etc.) et la fréquence de rapportage au niveau central. - Recrutement de personnel, maintenance de véhicules, approvisionnement en carburant et achat de kits	- Groupe de travail chargé de proposer la composition, les rôles et responsabilités des équipes de réponse rapide aux épidémies - Assistance technique pour actualiser les normes et procédures de la surveillance épidémiologique - Budget pour couvrir la formation du personnel - Allocation de budget adéquat à la surveillance épidémiologique

Fonctions	Problèmes	Solutions	Ressources
Confirmation	• Manque d'accréditation des laboratoires en service • Approvisionnement irrégulier en réactifs et accessoires de laboratoire pour la confirmation des maladies sous surveillance • Peu de personnel forme et certifié en méthodes d'emballage et de transport de matériels contenant des agents infectieux selon les standards exigés par IATA • Peu de personnel forme en mesures de biosécurité • Le système de control de qualité encore en voie de développement • Manque de suivi des tendances des maladies nosocomiales et de la résistance aux antibiotiques d'usage courant	• Instituer un programme d'accréditation des laboratoires publics et privés • Améliorer la gestion des intrants de laboratoire à travers la formation continue et allouer un budget adéquat pour le laboratoire • Actualiser le curriculum de formation des technologistes de laboratoire et former le personnel déjà en service • Actualiser le curriculum de formation des technologistes de laboratoire et former le personnel déjà en service • Finaliser la mise en place d'un système de control de qualité au niveau national • Renforcer les capacités de surveillance à base de laboratoire	• Assistance technique pour appuyer le processus d'accréditation des laboratoires • Budget pour assurer une formation continue des directeurs de laboratoires en méthodes de gestion des intrants • Assistance technique pour la révision du curriculum et la formation du personnel déjà en service • Assistance technique pour la révision du curriculum et la formation du personnel déjà en service • Assistance technique pour la mise en place d'un système adéquat de control de qualité au niveau national. • Budget pour acheter les matériels nécessaires pour la détection des infections nosocomiales et la résistance aux antibiotiques.

Fonctions	Problèmes	Solutions	Ressources
Analyse	• Validation irrégulière des données HSIS • Retard dans la publication des rapports sur les maladies sous surveillance • Manque d'analyse des alertes	• Supervision régulière du personnel départemental en charge de la validation des données HSIS • Informatisation du Système d'Information Sanitaire • Formation du personnel départemental et national dans l'analyse des alertes	• Budget pour couvrir les frais de déplacement et perdiems • Assistance technique pour l'informatisation du Système d'Information Sanitaire • Budget pour la formation du personnel dans l'analyse des alertes

Fonctions	Problèmes	Solutions	Ressources
Retro-information	• Manque d'indicateurs pour le suivi de la performance du système de surveillance • Manque d'outil standardisé et de moyens pour la supervision • Pas de publication de bulletins épidémiologiques • Pas de rencontres régulières entre le personnel central et le personnel départemental	• Etablir les indicateurs de la performance du système de surveillance • Développer un outil de supervision du personnel • Organiser des réunions trimestrielles avec les épidémiologistes départementaux et produire un bulletin tous les 3 mois	• Groupe de travail pour définir les indicateurs de performance du système de surveillance bases sur les fonctions de la surveillance et développer un outil de supervision standardisé. • Budget pour organiser les réunions trimestrielles • Personnel pour développer le bulletin trimestriel