



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



RAPPORT STATISTIQUE 2017

Octobre 2018



RÉPUBLIQUE D'HAÏTI

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

UNITÉ D'ÉTUDES ET DE PROGRAMMATION (UEP)

RAPPORT STATISTIQUE

2017

Octobre 2018

TABLE DES MATIERES

PREFACE	iii
REMERCIEMENTS	v
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES GRAPHIQUES	xi
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	xiii
INTRODUCTION	1

CHAPITRE 1

POPULATION ET ACCES AUX SOINS DE SANTE	3
1.1 Population générale et population des groupes cibles	3
1.2 Accès aux services de santé	4
1.2.1 Utilisation des services	4
1.2.2 Visites institutionnelles et non institutionnelles	5

CHAPITRE 2

ETAT DE SANTE	7
2.1 Couverture du réseau national de surveillance épidémiologique	7
2.2 Profil et fréquence des maladies sous surveillance	8
2.3 Maladies évitables par la vaccination	10

CHAPITRE 3

COUVERTURE DES SERVICES	11
3.1 Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ...	11
3.1.1 Taux d'utilisation de la PF	11
3.1.2 Couverture par les soins prénatals	13
3.1.3 Assistance à l'accouchement	15
3.1.4 Mortalité maternelle hospitalière	16
3.1.5 Couverture par les soins postnatals	18

3.2 Nutrition	20
3.2.1 Surveillance nutritionnelle	20
3.2.2 Couverture en Vitamine A	22
3.2.3 Couverture en Albendazole	23
3.3 Vaccination	24
3.4 VIH	26
3.4.1 Dépistage du VIH	27
3.4.2 Prise en Charge des PVVIH	28
3.5 Tuberculose	32
3.5.1 Dépistage et Traitement de la Tuberculose	32
3.5.2 Dépistage des cas tuberculeux coïnfectés au VIH en 2017 par département géographique	
3.5.3 Prise en charge des cas coïnfectés	33
3.5.4 Résultat de traitement des patients tuberculeux mis sous traitement en 2016	34
3.5.5 Résultat de traitement des patients tuberculeux coïnfectés au VIH mis sous traitement en 2016	35
3.6 Paludisme	36
CHAPITRE 4	38
RESSOURCES SANITAIRES	41
4.1 Etablissements de santé	41
4.2 Personnel de santé	43
4.3 Ressources financières	45
4.4 Information Sanitaire	46
CONCLUSION	48

PREFACE

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) a défini dans son Plan Directeur les grandes priorités sanitaires de l'Etat haïtien. Dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan, le Ministère a exécuté, en collaboration avec ses partenaires, une série d'interventions susceptibles d'améliorer progressivement la situation sanitaire qui prévaut en Haïti. Dans un souci de transparence et de reddition de compte, l'ambition est de publier sur une base annuelle des statistiques actualisées d'utilisation de services afin de renseigner sur les résultats obtenus et faire le point sur la performance du secteur. Fidèle à cette tradition, le Ministère éprouve une grande satisfaction à présenter au personnel, aux décideurs, à tous ses partenaires, aux chercheurs et étudiants en sciences de la santé et à la population en général, le Rapport Statistique de l'année 2017.

Ce rapport est réparti en **quatre grands chapitres** : le premier se rapporte à l'accès de la population aux soins de santé, le deuxième à l'état de santé de la population du pays, le troisième traite de la couverture et de la performance des principaux programmes consacrés à la santé et le dernier chapitre aborde la question des ressources sanitaires en termes d'infrastructures, de personnel et de budget.

Les résultats présentés dans ce document indiquent une sous-utilisation des services de santé par la clientèle desservie, une prédominance des maladies infectieuses transmissibles et une fréquence élevée des maladies chroniques et dégénératives. Ces résultats montrent que pour la couverture de certains services comme la Planification Familiale, les accouchements par un personnel qualifié et la vaccination, la tendance est à la hausse. Il faut aussi signaler que les problèmes récurrents d'organisation des services consécutifs, entre autres, au manque de ressources de toutes sortes, font actuellement l'objet de la plus grande attention de la part de la Haute Instance du MSPP. Des efforts sont consentis pour doter le système de personnel additionnel, particulièrement de médecins spécialistes, d'infirmières sages-femmes et d'Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP), et aussi d'intrants de base pour garantir une offre de soins de qualité en harmonie avec les attentes de la population.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population espère que les informations contenues dans ce rapport interpellent tous les acteurs du système et seront prises en compte dans la mise en œuvre des stratégies d'intervention, destinées à répondre aux besoins essentiels de services de la population en général et des groupes les plus vulnérables en particulier.


Dr. Marie Gréta ROY-CLEMENT
Ministre



REMERCIEMENTS

Le Rapport Statistique de l'année 2017 a été élaboré dans le cadre d'un processus participatif incluant le personnel de tous les niveaux de la pyramide sanitaire et les partenaires techniques et financiers du MSPP. La Direction Générale du Ministère de la Santé Publique et de la Population tient à les remercier tous.

Ce rapport n'aurait pas été possible sans le travail assidu des cadres de l'Unité d'Etudes et de Programmation (UEP) dans la formation et l'encadrement du personnel chargé de la gestion des données des niveaux institutionnel et départemental. Leur support dans la réalisation des activités de contrôle de la qualité, de traitement et d'analyse des données a été remarquable.

La Direction Générale remercie particulièrement la Direction d'Epidémiologie, de Laboratoire et de Recherche (DELR) qui a fourni les statistiques pour la rédaction du chapitre portant sur l'état de santé de la population.

Les remerciements s'étendent aux Programmes Prioritaires du MSPP tels le VIH/Sida, la Malaria et la Tuberculose pour leur contribution à l'analyse des données sur la couverture des services.

La Direction Générale apprécie le dynamisme manifeste des Directions Sanitaires Départementales dans l'amélioration du taux de rapportage des données et l'accompagnement fourni au personnel des établissements de santé pour l'application des normes et procédures de collecte et de rapportage des données.

A ses partenaires techniques et financiers, en particulier l'USAID, les CDC et la Banque Mondiale, elle renouvelle sa reconnaissance pour leur engagement soutenu dans le processus de renforcement du Système d'Information Sanitaire.

La Direction Générale réitère son intérêt pour un Système d'Information cohérent et performant. Elle compte sur la collaboration habituelle des différents acteurs concernés non seulement pour la consolidation des acquis mais surtout pour l'exhaustivité des données et la pérennité du SIS.



Dr Lauré ADRIEN
Directeur Général



LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Distribution de la population d'Haïti par sexe et par département	3
Tableau 2 :	Population de moins d'un an, des enfants de 1 à 4 ans, des femmes de 15-49 ans et des femmes enceintes attendues par département	4
Tableau 3 :	Pourcentage de la population ayant bénéficié des services sanitaires de base par département géographique	5
Tableau 4 :	Indice de concentration des services de santé par département	6
Tableau 5 :	Couverture des prestations des services à mobilité réduite par département géographique	6
Tableau 6 :	Pourcentage de Sites Sentinelles par département	7
Tableau 7 :	Evolution des maladies ou phénomènes sous surveillance	8
Tableau 8 :	Distribution des cas de diphtérie par département	10
Tableau 9 :	Répartition des utilisateurs de PF et taux d'utilisation de la PF selon la méthode et le département géographique	12
Tableau 10 :	Couverture des premières, troisièmes et quatrièmes visites prénatales par département.	14
Tableau 11 :	Répartition des femmes enceintes en % selon le trimestre dans lequel la première consultation prénatale a eu lieu, par département géographique	15
Tableau 12 :	Répartition des accouchements selon le département géographique et le lieu (institutionnel et non institutionnel)	16
Tableau 13 :	Répartition des décès maternels enregistrés dans les institutions sanitaires par département	17
Tableau 14 :	Répartition des visites postnatales selon la période et le département géographique	18
Tableau 15 :	Distribution en pourcentage des accouchements ayant reçu une visite domiciliaire dans l'intervalle de 0-3 jours après la naissance par département géographique	19
Tableau 16 :	Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans vus pour la première fois dans un programme de surveillance nutritionnelle par département géographique	21
Tableau 17 :	Répartition des enfants de 6-59 mois ayant reçu 2 doses de Vitamine A et plus par département géographique	22
Tableau 18 :	Répartition des enfants de 1-4ans à qui on a administré de l'Albendazole par département géographique	23
Tableau 19 :	Répartition des enfants de moins d'un an vaccinés contre la Rougeole/Rubéole et la tuberculose par département géographique	24

Tableau 20 :	Répartition des enfants de moins d'un an ayant reçu le vaccin pentavalent et le vaccin contre la Polio suivant la dose et le département géographique	25
Tableau 21 :	Répartition des enfants de moins d'un an ayant reçu le Rotavirus suivant la dose et le département géographique	26
Tableau 22 :	Répartition des personnes ayant réalisé un test VIH qui connaissent leur statut par département géographique	27
Tableau 23 :	Taux de séropositivité par département géographique	28
Tableau 24 :	Répartition des nouveaux cas uniques diagnostiqués VIH+ et nombre cumulé de cas dédoublés notifiés par département géographique	29
Tableau 25 :	Répartition du nombre de personnes actives sous ARV en 2016 et 2017 et celles pour lesquelles le test de charge virale a été effectué par département	30
Tableau 26 :	Dépistage des cas de Tuberculose par département	33
Tableau 27 :	Dépistage des cas coïnfectés	34
Tableau 28 :	Nombre de patients coïnfectés TB/VIH mis sous traitement ARV et sous prophylaxie au Cotrimoxazole par département	35
Tableau 29 :	Résultat de traitement 2016	36
Tableau 30 :	Résultats de traitement TB-VIH 2016	37
Tableau 31 :	Nombre de tests rapides et microscopiques réalisés et pourcentage de tests positifs par département sanitaire	38
Tableau 32 :	Proportion de cas de paludisme confirmés par département selon les groupes cibles considérés	39
Tableau 33 :	Répartition des établissements de santé par département	42
Tableau 34 :	Distribution du personnel essentiel par département	44
Tableau 35 :	Evolution de quelques agrégats généraux (financement de la santé)	46

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 :	Rang des phénomènes sous surveillance, 1ère à 52ème Haïti, 2017	9
Graphique 2 :	Evolution du nombre de cas confirmés de diphtérie et des décès liés à cette maladie	10
Graphique 3 :	Evolution du taux d'utilisation (en %) de la Planification Familiale de 2015 à 2017	13
Graphique 4 :	Evolution de la proportion (en %) d'accouchements ayant bénéficié de l'assistance d'un personnel de santé qualifié de 2015 à 2017	16
Graphique 5 :	Evolution de la proportion de femmes ayant bénéficié d'une consultation postnatale et le % des visites domiciliaires du suivi postnatal, période de 2015 à 2017	20
Graphique 6 :	Evolution de la couverture (en %) des enfants de moins de 5 ans par le programme de nutrition, période de 2015 à 2017	21
Graphique 7 :	Distribution (en %) de la cible des trois 90 selon le degré d'atteinte des résultats à la fin de 2017	31
Graphique 8 :	Taux de dépistage (%) de la malaria par département et le niveau national	40
Graphique 9 :	Taux de positivité (%) par département et le niveau national	40
Graphique 10 :	Répartition des établissements de santé par catégorie	41
Graphique 11 :	Répartition des établissements de santé par type	42
Graphique 12 :	Distribution du personnel de santé par secteur	43
Graphique 13 :	Distribution du personnel de santé selon le milieu de résidence	44
Graphique 14 :	Distribution des dépenses courantes de santé par source de financement	45
Graphique 15 :	Couverture des rapports mensuels de service par département	47

LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS

ARV	Anti Retro Viral
BCG	Bacille Calmet et Guérin
CARPHA	Caribbean Public Health Association
CDTA	Centre de Traitement des Diarrhées Aiguës
DELIR	Direction d'Épidémiologie, de Laboratoire et de Recherche
DHIS2	District Health Information System – 2ème Version
DIU	Dispositif Intra Utérin
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSF	Direction de Santé de la Famille
DPEV	Direction du Programme Elargi de Vaccination
EMMUS	Enquête sur la Mortalité, la Morbidité et l'Utilisation des Services
EPSSS	Évaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé
ESAVI	Événements Supposément Attribuables à la Vaccination ou l'Immunisation
IHSI	Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique
HARSAH	Hommes Ayant des Relations Sexuelles avec d'Autres Hommes
HTA	Hypertension Artérielle
IRA	Infection Respiratoire Aiguë
ISBLSM	Institution Sans But Lucratif au Service des Ménages
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MESI	Monitoring Evaluation et Surveillance Intégrée
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
NASTAD	National Alliance of State Territorial AIDS Directors
OHMaSS	Organisation Haïtienne de Marketing Social pour la Santé
OMS/OPS	Organisation Mondiale de la Santé / Organisation Panaméricaine de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

PCR	Polymerase Chain Reaction
Pds/T	Poids/Taille
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planification Familiale
PNLS	Programme National de Lutte contre les IST/ VIH/ Sida
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PSI	Programme Santé Information
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RNSE	Réseau National de Surveillance Épidémiologique
RR	Rougeole/ Rubéole
SALVH	Suivi Actif Longitudinal du VIH/Sida en Haïti
SDMR	Surveillance de la Mortalité Maternelle et Réponse
SE	Semaine Épidémiologique
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Humaine
SISNU	Système d'Information Sanitaire National Unique
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
TB	Tuberculose
TEP	Tuberculose Extra Pulmonaire
TIAC	Toxi-Infection Alimentaire Collective
TPM+	Tuberculose Pulmonaire Positive
TPM-	Tuberculose Pulmonaire Négative
UEP	Unité d'Études et de Programmation
USAID	United State Agency for International Development
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

L'Unité d'Études et de Programmation (UEP) du MSPP éprouve un immense plaisir à mettre à la disposition de tous les intéressés en général, des responsables et du personnel de santé en particulier le rapport statistique pour l'année 2017. Ce rapport, structuré suivant la liste mondiale des 100 indicateurs de base de l'OMS, renseigne sur :

- ❖ L'état de santé de la population ;
- ❖ Les facteurs de risque ;
- ❖ La couverture des services sanitaires de base ;
- ❖ Le fonctionnement du système de santé.

Les données publiées proviennent de l'Unité de Coordination des Programmes et des trois piliers du système d'information sanitaire national (Statistiques de services, Surveillance épidémiologique et Statistiques de ressources). Les données de services sont recueillies auprès de 80% des établissements de santé du pays. Les données de surveillance épidémiologique sont collectées au niveau d'un réseau de 631 sites sentinelles répartis sur tout le territoire national et celles relatives aux ressources de l'Evaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé (EPSSS, 2017-2018).

L'information générée donne une description de la situation sanitaire du pays aux niveaux national et départemental.

Depuis 2015, le MSPP a fait choix de DHIS2, un programme informatique d'application Web développé par l'Université d'Oslo pour le traitement, l'analyse et la présentation de ces statistiques. Ce programme, actuellement en utilisation dans plusieurs pays dans le monde, facilite la disponibilité des données en temps réel et par unité administrative. L'usage de DHIS2 a contribué à une amélioration de la couverture des statistiques de services publiées dans ce rapport soit 90 % en 2014 à 95% en 2017.

Dans le cadre de la mise en œuvre du SISNU, plusieurs interventions ont été réalisées afin de garantir la fiabilité des statistiques sanitaires nationales. Citons entre autres :

- ❖ L'approvisionnement des sites en outils de collecte et de rapportage des données ainsi qu'en guides d'utilisation correspondants;
- ❖ La formation du personnel impliqué dans la collecte et le rapportage des données ;
- ❖ L'appui aux Directions Départementales pour l'encadrement du processus de collecte et de rapportage des données ;
- ❖ L'organisation d'ateliers de contrôle et d'analyse des données rapportées ;
- ❖ L'organisation périodique des réunions d'analyse des données de surveillance épidémiologique (salle de situation).

Tous ces efforts ont permis de générer une information sanitaire de qualité sur une base périodique et disponible pour la prise de décisions à tous les niveaux du système de santé.

Il faut également souligner qu'au cours de la période annuelle 2017, le Ministère a exécuté, avec l'appui technique et financier de ses partenaires, des interventions prioritaires dans les dix départements géographiques du pays au profit de la population en général et des groupes les plus vulnérables en particulier. Faute de données détaillées sur les causes de mortalité générale et spécifique, il est très difficile d'apprécier l'impact de ces interventions sur la santé de la population du pays. Néanmoins, comme pour les années antérieures, la performance du système en termes de couverture des services sanitaires de base fournis à la population demeure encore relativement faible. Elle n'indique pas non plus d'avancées significatives vers la couverture sanitaire universelle du pays et la satisfaction des besoins essentiels en santé de la population.

L'UEP en profite pour remercier tous ceux et toutes celles qui ont contribué à la publication du rapport statistique du MSPP pour l'année 2017. Elle compte d'ores et déjà sur leur collaboration habituelle pour la parution opportune des prochaines éditions.

CHAPITRE 1

POPULATION ET ACCES AUX SOINS DE SANTE

1.1 Population générale et population des groupes cibles

D'après les estimations effectuées par l'Unité d'Etudes et de Programmation (UEP) du MSPP, à partir des projections faites par l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI), Haïti compte en 2017, un total de 11 244 774 habitants environ. Avec une structure constante, la répartition de cet effectif de population entre les départements géographiques, montre des différences importantes. L'Ouest et l'Artibonite contiennent à eux deux plus de la moitié de la population du pays, soit respectivement 37% et 16%. Les départements des Nippes et du Nord-Est sont les moins peuplés du pays avec respectivement environ 3.1% et 3.6% de la population.

En ce qui a trait à la répartition de la population par sexe, les femmes représentent 50.4%. L'indice de masculinité qui exprime le nombre de personnes du sexe masculin par rapport au nombre de sexe féminin est de 98.3 pour l'ensemble du pays, avec des niveaux supérieurs à 100 pour les départements du Centre, de la Grande-Anse, des Nippes, du Nord-Est et du Sud. (Tableau 1).

Tableau 1
Distribution de la population d'Haïti par sexe et par département
MSPP, Année 2017

Département	Population		Sexe		Rapport de masculinité pour 100
	Nombre	%	Masculin	Féminin	
Artibonite	1 780 236	15.8	881 312	898 924	98.0
Centre	769 006	6.8	392 963	376 043	104.5
Grande-Anse	482 590	4.3	252 039	230 552	109.3
Nippes	352 977	3.1	185 205	167 771	110.4
Nord	1 099 740	9.8	540 629	559 111	96.7
Nord-Est	405 988	3.6	203 734	202 254	100.7
Nord-Ouest	751 045	6.7	372 468	378 577	98.4
Ouest	4 152 664	36.9	2 008 875	2 143 789	93.7
Sud	798 623	7.1	413 046	385 577	107.1
Sud-Est	651 904	5.8	325 223	326 681	99.6
TOTAL	11 244 773	100.0	5 575 496	5 669 278	98.3

Source : Estimations de l'UEP du MSPP à partir des projections de l'IHSI

Dans le tableau 2, sont présentées les estimations pour les différents groupes de population ciblés pour les interventions prioritaires du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). Il s'agit en 2017, pour l'ensemble du pays, des enfants de moins d'un an dont l'effectif est de 268 750, des enfants de 1-4 ans au nombre de 1 042 391, des femmes en âge de procréer (15-49 ans) dont le total est évalué à 2 750 472 et des femmes enceintes qui se chiffrent à 314 854.

Tableau 2
Population de moins d'un an, des enfants de 1 à 4 ans, des femmes de 15-49 ans
et des femmes enceintes attendues par département
MSPP, Année 2017

Département	Population Totale	Groupes Cibles en 2017			
		Moins d'un an	Enfants 1-4 ans	Femmes 15-49 ans	Femmes Enceintes Attendues
Artibonite	1 780 236	42 548	165 028	435 446	49 847
Centre	769 006	18 379	71 287	188 099	21 532
Grande-Anse	482 590	11 534	44 736	118 042	13 513
Nippes	352 977	8 436	32 721	86 338	9 883
Nord	1 099 740	26 284	101 946	268 996	30 793
Nord-Est	405 988	9 703	37 635	99 305	11 368
Nord-Ouest	751 045	17 950	69 622	183 706	21 029
Ouest	4 152 664	99 249	384 952	1 015 742	116 275
Sud	798 623	19 087	74 032	195 343	22 361
Sud-Est	651 904	15 580	60 431	159 456	18 253
TOTAL	11 244 773	268 750	1 042 391	2 750 472	314 854

Source : Estimations de l'UEP du MSPP à partir des projections de l'IHSI

1.2 Accès aux services de santé

1.2.1 Utilisation des services

La fréquentation des services de santé, mesurée par le pourcentage de la population qui a utilisé ces services, au moins une fois pendant la période annuelle, reste pratiquement stable au cours des trois dernières années. Alors qu'en 2015, 31.0% de la population avait fréquenté les services de santé au niveau national, cette proportion était passée à 31.5% en 2016 et n'a pas changé en 2017(30.7%). Le département du Centre a connu, en 2017, le plus fort taux de fréquentation des services de santé par sa population avec 45.7%. Ce résultat doit être interprété avec prudence vu que ce département dispose de deux (2) structures hospitalières qui accueillent des patients provenant des autres régions du pays. Dans les autres départements, le niveau de fréquentation des services de santé varie de 17.6% dans le Sud-Est à 39% dans le Nord et le Nord-Est (Tableau 3).

Tableau 3
Pourcentage de la population ayant bénéficié des services sanitaires de base
par département géographique
MSPP, Année 2017

Département	Population Totale	Nombre de premières visites	% de la population ayant sollicité les services
Artibonite	1 780 236	619 069	34.8
Centre	769 006	351 591	45.7
Grande-Anse	482 590	149 599	31.0
Nippes	352 977	81 241	23.0
Nord	1 099 740	425 676	38.7
Nord-Est	405 988	157 954	38.9
Nord-Ouest	751 045	169 135	22.5
Ouest	4 152 664	1 123 097	27.0
Sud	798 623	258 917	32.4
Sud-Est	651 904	114 506	17.6
TOTAL	11 244 773	3 450 785	30.7

Source : Elaboré à partir des rapports statistiques des départements sanitaires

1.2.2 Visites institutionnelles et non institutionnelles

Au cours de l'année 2017, un effectif de 3 450 785 personnes a fréquenté les établissements de santé du pays (visites nouvelles) pour un total de 10 609 026 consultations, ce qui correspond à une moyenne d'environ trois visites par patient. Les départements de l'Ouest et du Centre ont enregistré le plus grand nombre de visites par patient soit respectivement (4.0 et 3.5). Les départements du Sud-Est, du Sud, du Nord-Ouest, de l'Artibonite et du Nord ont accusé les plus faibles niveaux de fréquentation, avec des moyennes variant de 1.9 à 2.7 visites.

Il importe de souligner que les consultations fournies aux personnes à mobilité réduite, principalement celles ayant un handicap moteur ou sensoriel représentent un taux de 38.4 sur 10000 (Tableau 5).

Tableau 4
Indice de concentration des services de santé par département
MSPP, Année 2017

Département	Visites Nouvelles	Total Visites	Indice de concentration
Artibonite	619 069	1 558 674	2.5
Centre	351 591	1 225 638	3.5
Grande-Anse	149 599	406 944	2.7
Nippes	81 241	241 145	3.0
Nord	425 676	1 143 224	2.7
Nord-Est	157 954	434 516	2.8
Nord-Ouest	169 135	377 221	2.2
Ouest	1 123 097	4 476 717	4.0
Sud	258 917	525 911	2.0
Sud-Est	114 506	219 036	1.9
TOTAL	3 450 785	10 609 026	3.1

Source : Elaboré à partir des rapports statistiques des départements sanitaires

Tableau 5
Couverture des prestations des services aux personnes à mobilité réduite
par département géographique
MSPP, Année 2017

Département	Total Consultations	Consultation des personnes à mobilité réduite			
		Moteur	Sensoriel	Nombre	Sur 10 000
Artibonite	1 558 674	3 176	354	3 530	22.6
Centre	1 225 638	2 895	865	3 760	30.7
Grande-Anse	406 944	148	166	314	7.7
Nippes	241 145	3 368	3	3 371	139.8
Nord	1 143 224	5 918	105	6 023	52.7
Nord-Est	434 516	3 189	43	3 232	74.4
Nord-Ouest	377 221	450	139	589	15.6
Ouest	4 476 717	10 286	329	10 615	23.7
Sud	525 911	8 239	449	8 688	165.2
Sud-Est	219 036	556	88	644	29.4
TOTAL	10 609 026	38 225	2 541	40 766	38.4

Source : Elaboré à partir des rapports statistiques des départements sanitaires

CHAPITRE 2

ETAT DE SANTE

2.1 Couverture du réseau national de surveillance épidémiologique

Le Réseau National de Surveillance Epidémiologique (RNSE) est constitué de 631 établissements de prestation de soins de santé, répartis dans les 10 départements, qui génèrent régulièrement des données sur les maladies et phénomènes sous surveillance. La répartition des sites de Surveillance Epidémiologique par département est présentée dans le Tableau 6. Au niveau national, ils représentent 63% de l'ensemble des établissements de santé. La proportion de sites de surveillance varie de 42% dans le Sud-Est à 94% dans la Grande-Anse. Il faut noter que tous les hôpitaux départementaux, les hôpitaux communautaires de référence et certains hôpitaux spécialisés rapportent des données au système d'information épidémiologique du MSPP.

Tableau 6
Pourcentage de Sites Sentinelles par département
MSPP, Année 2017

Département	Institutions	Sites SE	%
Artibonite	121	63	52.1
Centre	53	41	77.4
Grande-Anse	53	50	94.3
Nippes	34	28	82.4
Nord	107	63	58.9
Nord-Est	41	43 ¹	104.9
Nord-Ouest	84	72	85.7
Ouest	366	177	48.4
Sud	79	65	82.3
Sud-Est	69	29	42.0
TOTAL	1 007	631	62.7

Source : Données du Réseau National de Surveillance Épidémiologique¹

¹ Le nombre des sites de surveillance dépassent l'effectif total d'institutions de santé parce que certaines cliniques privées font partie du réseau de surveillance.

2.2 Profil et fréquence des maladies sous surveillance

Le tableau ci-dessous présente l'évolution du nombre de cas des maladies selon qu'ils soient à déclaration immédiate, à déclaration hebdomadaire ou à déclaration obligatoire. De 2015 à 2017, on a observé une tendance à la hausse du nombre de cas des maladies sous surveillance qui sont à déclaration hebdomadaire et obligatoire. Cette situation pourrait s'expliquer par l'élargissement du réseau national de surveillance. Par ailleurs, le nombre de cas des maladies à déclaration immédiate incluant le Choléra et le Paludisme confirmé a diminué de 23.9% de 2016 à 2017. Aussi faut-il souligner qu'en 2017, le suivi du choléra a été réalisé dans 169 centres de traitement de diarrhée aigüe (CTDA) répartis sur l'ensemble du pays.

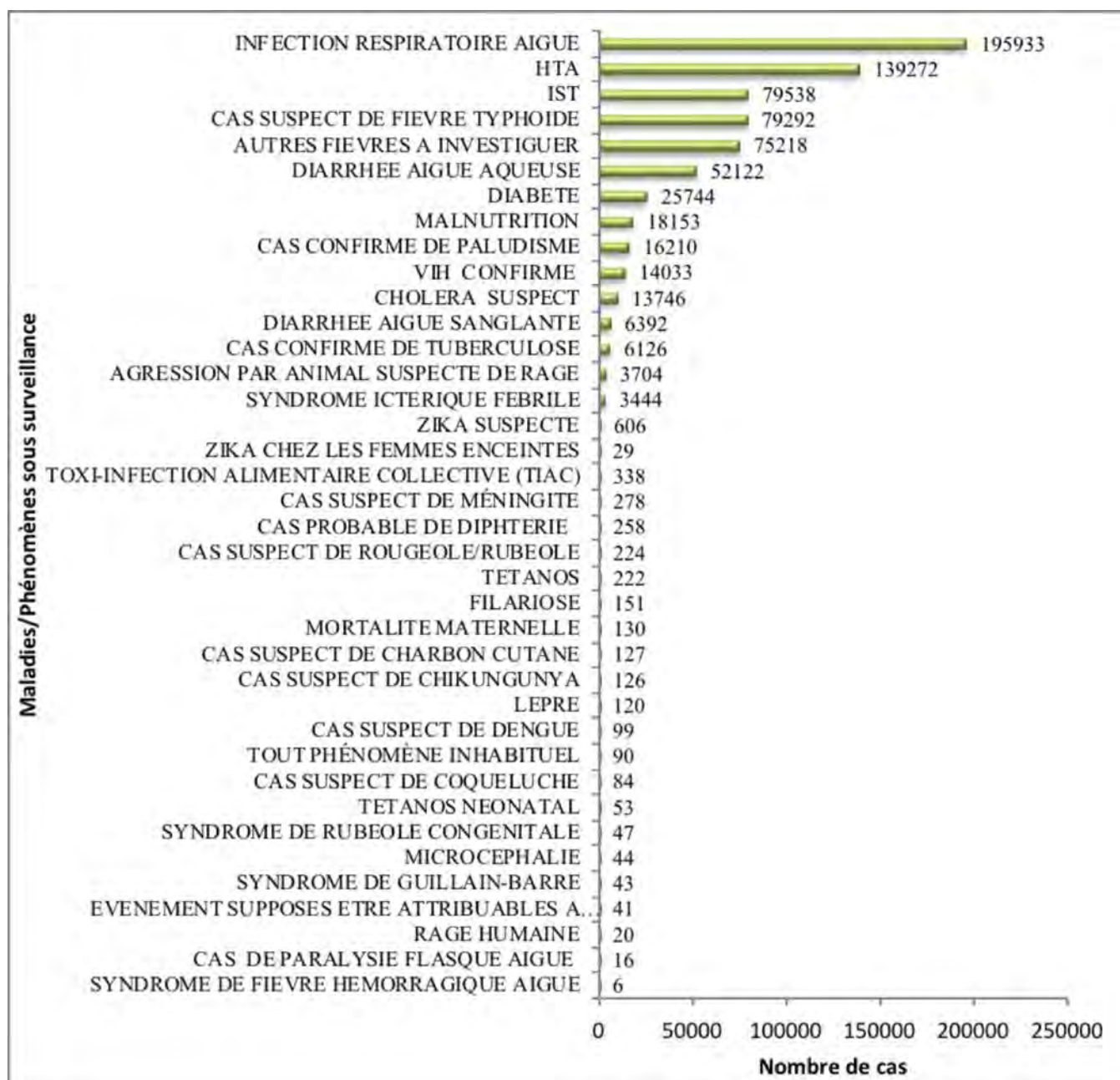
Tableau 7
Evolution des maladies ou phénomènes sous surveillance
MSPP, Année 2017

Maladies/phénomènes sous surveillance	2015	2016	2017	Tendance
Cas à déclaration immédiate (incluant le Choléra et Paludisme Confirmé)	40 079	46 235	35 175	
Cas à déclaration hebdomadaire	343 284	579 032	696 904	
Total cas à déclaration obligatoire	385 378	625 267	732 079	

Source : Données du Réseau National de Surveillance Épidémiologique

Le graphique ci-dessous présente le rang des maladies sous surveillance pour l'année 2017. Les infections respiratoires aiguës occupent la première place avec 195 933 cas, suivies de l'hypertension artérielle (HTA) et des infections sexuellement transmissibles. Il faut noter que la demande de soins pour les maladies chroniques reste encore très préoccupante dans le pays avec un nombre élevé de cas de HTA rapportés (139 272). Le diabète vient en 7^{ème} position dans le classement des maladies sous surveillance les plus fréquentes. Le syndrome de fièvre hémorragique aiguë occupe le dernier rang dans ce classement avec seulement 6 cas rapportés.

Graphique 1
Rang des phénomènes sous surveillance, 1ère à 52ème Haïti, 2017
MSPP, Année 2017



Source : Données du Réseau National de Surveillance Épidémiologique

2.3 Maladies évitables par la vaccination

La diphtérie est l'une des maladies évitables par la vaccination qui a été plus fréquente en 2017 par rapport aux deux années précédentes. Un total de 72 cas confirmés de diphtérie et 21 décès ont été rapportés ; ce qui représente un taux de létalité de 29%. Les départements de l'Artibonite et de l'Ouest ont notifié un peu plus de 80% des cas confirmés. Aucun cas de diphtérie n'a été confirmé au niveau des départements de la Grande-Anse, des Nippes, du Nord-Est et du Sud.

Graphique 2

Evolution du nombre de cas confirmés de diphtérie et des décès liés à cette maladie
MSPP, Année 2017



Source : Données du Réseau National de Surveillance Épidémiologique

Tableau 8

Distribution des cas de diphtérie par département
MSPP, Année 2017

Département	Cas confirmés	Décès	Létalité (%)
Artibonite	32	10	31
Centre	8	0	0
Grande-Anse	0	0	0
Nippes	0	0	0
Nord	2	2	100
Nord-Est	0	0	0
Nord-Ouest	1	0	0
Ouest	27	8	30
Sud	0	0	0
Sud-Est	2	1	50
TOTAL	72	21	29

Source : Données du Réseau National de Surveillance Épidémiologique

CHAPITRE 3

COUVERTURE DES SERVICES

3.1 Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

Le MSPP fournit, à travers un total de 1007 institutions réparties dans les 10 Directions Départementales, une gamme de services sanitaires de base à la population générale et à des groupes ciblés tels les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans et les adolescents. Ces services s'inscrivent dans le cadre de programmes prioritaires comme la Santé Reproductive, la Santé Infantile, la Santé Scolaire, de contrôle et de lutte de certaines maladies infectieuses transmissibles et non transmissibles comme le VIH/Sida, la Tuberculose et la Malaria. La prestation des services comprend entre autres les activités de promotion de comportements sains, de contrôle des naissances, de consultations pré et postnatales, d'accouchements assistés, de contrôle de la croissance des enfants de moins de 5 ans, de prévention de l'avitaminose A, de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, de dépistage et de prise en charge, de déparasitage et de la vaccination par certains antigènes. Les résultats se rapportant à la couverture de ces services sont présentés ci-après.

3.1.1 Taux d'utilisation de la PF

La Planification Familiale (PF) fait partie des programmes mis en place par le MSPP afin de diminuer le niveau de la mortalité maternelle et infantile. En effet, il a été prouvé que la PF permet d'éviter les décès maternels et d'enfants consécutifs aux grossesses accrues, aux grossesses non désirées susceptibles de conduire aux interruptions volontaires de grossesses (IVG) pratiquées dans des conditions précaires, ainsi qu'à la transmission des infections sexuellement transmissibles y compris le VIH/Sida par l'utilisation du condom (OMS, 2018).

L'offre des méthodes de PF aux potentiels utilisateurs se fait à travers 75% des établissements sanitaires du pays (EPSSS, 2017-2018). Ces institutions ont rapporté, en 2017, un total de 567 565 utilisateurs de PF, ce qui représente un niveau d'utilisation de 21% (Tableau 9). Les résultats ont montré d'importantes variations entre les départements sanitaires ; le pourcentage d'utilisation de la PF va de 5% au niveau du Sud-Est à 32% dans le Nord-Est.

Par ailleurs, les méthodes de courte durée, principalement les injectables (44.2%), le condom (36.4%) et la pilule (11.2%) demeurent les méthodes les plus utilisées. Une proportion relativement faible de clients (7.0%) fait usage des méthodes de longue durée et définitives (*implants, ligature et vasectomie*). Ces utilisateurs se retrouvent principalement au niveau des départements du Centre, du Nord et des Nippes,

TENDANCE : Une augmentation du taux d'utilisation de la PF a été notée comparativement aux deux années précédentes. En effet, il est passé de 12.3% en 2015 à 13.2% au cours de l'année 2016 et à 21.0% en 2017.

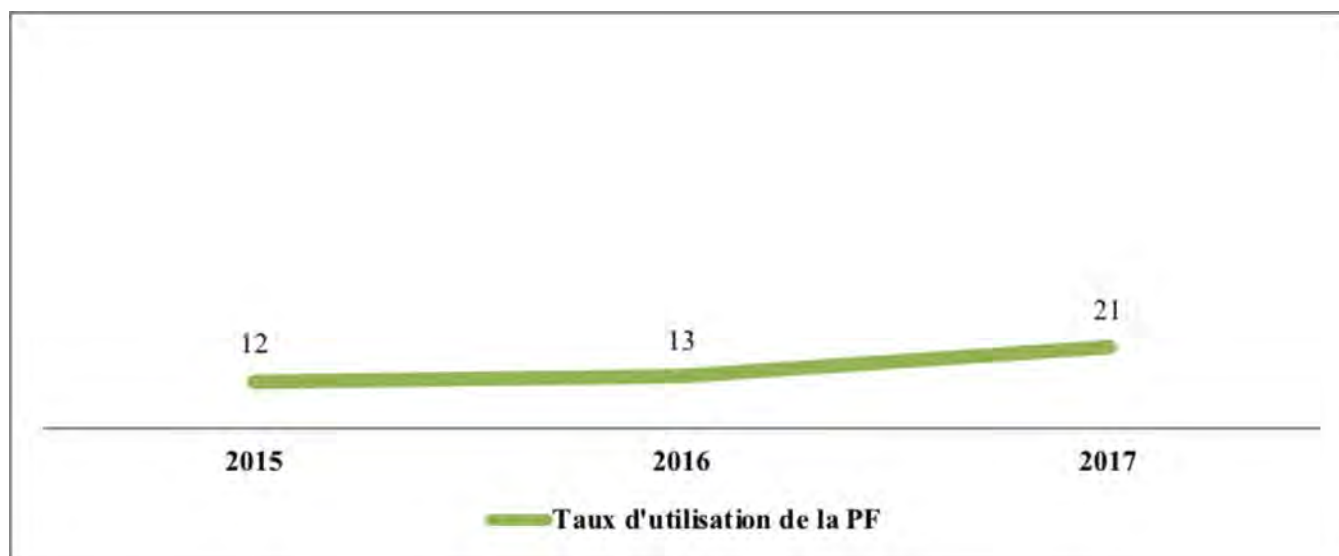
Tableau 9

Répartition des utilisateurs de PF et taux d'utilisation de la PF selon la méthode et le département géographique
MSPP, Année 2017

Département	Femmes de 15-49 ans attendues	Utilisateurs par méthode contraceptive								Total	Vasectomie	% d'utilisation de la PF
		Pilule	Injectable	DIU	Implant	Condom	MAMA	Collier	Ligature			
Artibonite	435 446	6 587	34 471	121	3 743	29 970	26	17	684	1	75 620	17
Centre	188 099	2 199	28 254	264	9 117	12 635	666	21	2 434	1	55 591	30
Grande-Anse	118 042	1 233	8 521	113	693	7 173	1 464	253	75	2	19 527	17
Nippes	86 338	775	5 353	0	1 179	3 786	45	2	2 240	105	13 485	16
Nord	268 996	3 959	23 447	141	5 726	22 037	811	128	667	760	57 676	21
Nord-Est	99 305	3 429	18 159	16	1 088	7 264	1 003	38	811	20	31 828	32
Nord-Ouest	183 706	1 136	12 106	1	1 395	10 110	184	63	669	6	25 670	14
Ouest	1 015 742	41 531	109 599	255	3 986	107 773	643	315	312	58	264 472	26
Sud	195 343	1 371	8 191	113	2 277	3 601	57	169	495	26	16 300	8
Sud-Est	159 456	1 441	2 983	6	494	2 378	66	19	9	0	7 396	5
TOTAL	2 750 473	63 661	251 084	1 030	29 698	206 727	4 965	1 025	8 396	979	567 565	21

Source : Elaboration propre à partir des rapports statistiques des départements sanitaires

Graphique 3
Evolution du taux d'utilisation (en %) de la Planification Familiale de 2015 à 2017



Source: Elaboré à partir des rapports statistiques des départements sanitaires

3.1.2 Couverture par les soins prénatals

Haïti s'est engagé à rapporter les données pour mesurer l'indicateur relatif à la couverture par les soins prénatals (au moins quatre consultations), de par sa qualité de membre de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Il s'agit d'une information faisant partie des 100 indicateurs sanitaires de base de 2015, recommandés par l'OMS.

Selon les résultats de l'EPSSS, 2017-2018, le MSPP offre les services de consultations prénatales à travers la quasi-totalité des établissements sanitaires du pays, soit 92%.

L'analyse des données rapportées par les départements sanitaires en 2017, révèle que plus de huit femmes enceintes sur dix (84.4%) ont effectué une première consultation prénatale. Les plus forts pourcentages de gestantes vues en premières consultations se retrouvent dans les départements du Nord-Est (142.2%) et du Centre (124.8%); le plus faible niveau a été noté dans le Sud (56.6%). Les pourcentages anormalement élevés observés au niveau du Centre et du Nord-Est, pourraient s'expliquer par la fourniture de services à des femmes provenant en dehors des zones d'intervention des institutions situées au niveau de ces départements (Tableau 10).

Comme mentionné précédemment, l'OMS recommande que les femmes aient quatre consultations au moins au cours de leur grossesse. Les résultats ont montré que seulement 25% des gestantes en ont bénéficié; une déperdition de 70% a été notée par rapport aux premières consultations. Haïti est loin de pouvoir passer aux huit consultations prénatales préconisées par l'OMS en Novembre 2016 si des stratégies innovantes permettant d'améliorer la couverture des soins prénatals ne sont pas mises en place. Il faut souligner que le pourcentage de femmes enceintes ayant effectué quatre consultations prénatales est resté plus ou moins stable entre 2016 (24.7%) et 2017 (25.0%).

Tableau 10
Couverture des premières, troisièmes et quatrièmes visites prénatales par département
MSPP, Année 2017

Département	Femmes enceintes attendues(2.8%)	Couverture en % selon le rang des visites		
		1ères Visites	3èmes Visites	4èmes Visites
Artibonite	49 847	94.0	32.9	20.0
Centre	21 532	124.8	45.9	27.7
Grande-Anse	13 513	76.9	34.2	21.8
Nippes	9 883	60.4	16.9	10.7
Nord	30 793	87.8	36.3	28.8
Nord-Est	11 368	142.4	59.9	43.2
Nord-Ouest	21 029	77.8	27.7	17.0
Ouest	116 275	79.3	38.9	32.0
Sud	22 361	56.6	17.9	11.1
Sud-Est	18 253	62.5	20.9	17.0
TOTAL	314 854	84.4	35.3	25.6

Source : Elaboration propre à partir des rapports statistiques des départements sanitaires

Les normes de prise en charge de la mère prônent des visites prénatales au cours des 12 premières semaines de grossesse. Ceci permet la détection opportune de problèmes susceptibles d'affecter la santé de la mère et de l'enfant ainsi que leur prise en charge.

L'analyse des données du Tableau 11, indique qu'un peu plus d'un tiers des femmes enceintes (35.6%) s'est rendu en consultation au cours du premier trimestre de la grossesse. Des écarts importants ont été observés entre les départements; le pourcentage varie de 26% dans la Grande-Anse et le Sud à 40% au niveau de l'Ouest.

Près de quatre gestantes sur dix (42.9%) ont effectué leur première visite prénatale entre 4 et 6 mois. Pour un pourcentage relativement élevé de femmes enceintes (21.5%), cette visite a lieu entre 7 et 9 mois. Il faut souligner que le pourcentage de femmes enceintes vues en premières consultations à un stade précoce de la grossesse n'a pas subi de variations importantes durant les trois années consécutives: 35.3% en 2015 puis 36.7% en 2016 et enfin 2017 (35.6%).

Tableau 11
Répartition des femmes enceintes en % selon le trimestre
dans lequel la première consultation prénatale a eu lieu, par département géographique
MSPP, Année 2017

Département	1ère visite (prénatale)	% suivant la période de la visite		
		0-3 mois	4-6 mois	7-9 mois
Artibonite	46 869	37.8	43.7	18.5
Centre	26 869	31.5	47.5	21.0
Grande-Anse	10 401	25.9	53.7	20.4
Nippes	5 967	30.9	54.4	14.7
Nord	27 051	36.1	45.2	18.7
Nord-Est	16 194	35.7	47.0	17.3
Nord-Ouest	16 367	27.2	45.6	27.2
Ouest	92 262	40.1	37.0	22.9
Sud	13 064	26.2	44.5	29.3
Sud-Est	10 668	32.7	44.1	23.2
TOTAL	265 712	35.6	42.9	21.5

Source : Elaboration propre à partir des rapports statistiques des départements sanitaires

3.1.3 Assistance à l'accouchement

Le MSPP mène, depuis de nombreuses années, la lutte pour une maternité sans risque. En vue d'assurer une meilleure prise en charge de la mère et du nouveau-né, les activités de promotion de l'accouchement en milieu institutionnel ont été renforcées, des investissements dans les ressources humaines consentis (formation de sages-femmes, infirmières accoucheuses, médecins), un système de transport pour l'évacuation rapide des urgences obstétricales mis en place, les normes et protocoles de prise en charge actualisés, la couverture et la qualité des services améliorées par l'application de la stratégie des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU).

Le Tableau 12 renseigne sur la couverture des accouchements en milieu institutionnel. Ainsi, les institutions sanitaires du pays ont rapporté un total de 152 179 accouchements au cours de l'année 2017; les plus forts pourcentages d'accouchements (63.0%) ont eu lieu au niveau institutionnel. Des écarts importants ont été observés entre les départements; les pourcentages d'accouchements institutionnels les plus élevés sont survenus dans le Centre (74.0%) et le Sud (80.9%) tandis que le plus faible a été enregistré dans la Grande-Anse (42.1%). En outre, près de quatre accouchements sur dix (37%) ont été réalisés par les matrones.

TENDANCE : Entre 2015 et 2016, le pourcentage d'accouchements ayant bénéficié de l'assistance d'un personnel de santé qualifié a subi une légère hausse, passant de 59.7% à 63.8% pour se maintenir en 2017 presque au même niveau (63.0%) que celui de 2016 (Graphique 4).

Tableau 12
Répartition des accouchements selon le département géographique et le lieu
(institutionnel et non institutionnel)
MSPP, Année 2017

Département	Accouchements	% Accouchements non institutionnels	% Accouchements institutionnels
Artibonite	25 423	33.6	66.4
Centre	16 480	26.0	74.0
Grande-Anse	5 136	57.9	42.1
Nippes	2 523	31.4	68.6
Nord	17 538	39.3	60.7
Nord-Est	9 135	44.7	55.3
Nord-Ouest	7 654	38.6	61.4
Ouest	52 848	41.2	58.8
Sud	9 886	19.1	80.9
Sud-Est	5 556	38.4	61.6
TOTAL	152 179	37.0	63.0

Source : Elaboration propre à partir des rapports statistiques des départements sanitaires

Graphique 4
Evolution de la proportion (en %) d'accouchements ayant bénéficié de l'assistance
d'un personnel de santé qualifié de 2015 à 2017



Source : Elaboration propre à partir des rapports statistiques des départements sanitaires

3.1.4 Mortalité maternelle hospitalière

La mortalité maternelle constitue un problème de santé publique surtout dans les pays en voie de développement. Le taux de mortalité maternelle demeure encore élevé en Haïti; les résultats de l'EMMUS-VI 2016-2017, font état de 529 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Conscient de l'envergure du problème, le MSPP dans son objectif de réduire la morbidité

maternelle, a dans son Plan Directeur 2012-2022 déterminé trois grandes interventions dans le domaine de la santé de la mère: la prise en charge de la grossesse et du post-partum, les services et soins obstétricaux d'urgence et la promotion de la santé maternelle. Parallèlement, l'OMS a défini, le ratio de mortalité maternelle hospitalière, un indicateur permettant de suivre la qualité et la sécurité des soins.

Au cours de l'année 2017, le ratio de mortalité maternelle hospitalière a été évalué à 327.5 pour 100 000 accouchements institutionnels. La répartition en fonction des départements a fait apparaître des écarts. Les ratios les plus élevés se retrouvaient dans la Grande-Anse et le Nord (462.7 et 469.3 pour 100 000 accouchements respectivement) et le plus faible dans le Centre (270.7 pour 100 000 accouchements).

Une augmentation du ratio de mortalité maternelle hospitalière a été notée entre 2016 et 2017. En effet, ce ratio est passé de 284.0 en 2016 à 412.6 pour 100 000 accouchements institutionnels en 2017. Ces résultats peuvent ne pas traduire une réelle augmentation de la mortalité maternelle hospitalière en raison d'une part de l'amélioration de la qualité du rapportage des données et d'autre part, de la réalisation des activités de Surveillance de la Mortalité Maternelle et Réponse (SDMR) au niveau de certains établissements sanitaires, principalement des départements de l'Artibonite, de la Grande-Anse, du Nord et du Sud.

Tableau 13
Répartition des décès maternels enregistrés dans les institutions sanitaires par département
MSPP, Année 2017

Département	Mortalité maternelle institutionnelle		
	Décès maternels institutionnels	Accouchements institutionnels	Ratio de mortalité maternelle hospitalière pour 100 000 accouchements
Artibonite	49	16 888	290.1
Centre	33	12 190	270.7
Grande-Anse	10	2 161	462.7
Nippes	5	1 731	288.9
Nord	50	10 654	469.3
Nord-Est	16	5 056	316.5
Nord-Ouest	14	4 699	297.9
Ouest	91	31 083	292.8
Sud	33	7 999	412.6
Sud-Est	13	3 421	380.0
TOTAL	314	95 882	327.5

Source : Elaboration propre à partir des rapports statistiques des départements

3.1.5 Couverture par les soins postnatals

Dans l'objectif de réduire la morbidimortalité néonatale et maternelle, le MSPP préconise la fourniture de services aux nouvelles accouchées et à leur(s) nourrisson(s) eu égard aux nombreux risques liés à la période postnatale. Selon les Normes de travail en soins maternels, ces services doivent être dispensés tant aux niveaux institutionnel que communautaire et ce, dans un délai ne dépassant pas 42 jours après l'accouchement. Ils permettent d'identifier précocement les complications éventuelles et d'en assurer une prise en charge rapide si nécessaire.

Les prestations doivent couvrir principalement l'examen physique/observation de la mère et du nourrisson, la transmission de messages sur les pratiques saines d'hygiène et d'alimentation ainsi que sur la PF, l'administration de vitamine A à l'accouchée et d'antirétroviraux au nourrisson si requis et la référence à l'échelon supérieur le cas échéant.

Comme l'indique le Tableau 14, 69.9% des 152 179 femmes ayant accouché en 2017, ont eu une consultation postnatale. Les résultats ont montré des écarts entre les zones géographiques. Quatre départements, le Nord-Ouest (98.1%), le Nord-Est (87.1%), les Nippes (85.3%) et le Sud (81.3%) présentent les couvertures de service postnatal les plus élevées. Le plus faible pourcentage (48.2%) a été retrouvé au niveau du département sanitaire du Sud-Est.

La période recommandée pour la fourniture des services aux nouvelles accouchées est subdivisée en trois stades: précoce qui correspond aux 6 premières heures, un second qui va de 7 heures à 6 jours et le troisième qui s'étend de 7 à 42 jours. Les résultats du Tableau 14 révèlent que les services ont été fournis principalement dans les 0-6 heures et dans les 7-42 jours (36.9% et 34.4% respectivement). Ils signalent également que les accouchées des départements des Nippes, du Sud-Est et du Sud demeurent les principales bénéficiaires des services dispensés dans les 0-6 heures.

Tableau 14
Répartition des visites postnatales selon la période et le département géographique
MSPP, Année 2017

Département	Total Accouchements	Périodes des consultations postnatales			Total consultations postnatales	% des accouchements ayant bénéficié de consultation postnatale
		0-6 hres	7hres-6jrs	7-42 jrs		
Artibonite	25 423	6 018	2 798	5 267	14 083	55.4
Centre	16 480	3 262	4 604	3 255	11 121	67.2
Grande-Anse	5 136	617	936	2 289	3 842	74.8
Nippes	2 523	1 324	366	462	2 152	85.3
Nord	17 538	4 233	3 407	3 438	11 078	63.2
Nord-Est	9 135	4 840	2 079	1 035	7 954	87.1
Nord-Ouest	7 654	3 239	2 588	1 679	7 506	98.1
Ouest	52 848	9 807	11 743	16 414	37 964	71.8
Sud	9 886	4 781	1 572	1 679	8 032	81.3
Sud-Est	5 556	1 103	488	1 086	2 677	48.2
TOTAL	152 179	39 224	30 581	36 604	106 409	69.9

Source : Elaboration propre à partir des rapports statistiques des départements

Comme mentionné précédemment, les services aux nouvelles accouchées et à leur(s) bébé(s) doivent être fournis au niveau communautaire par l'agent de santé dans les 3 jours ayant suivi l'accouchement lors des visites domiciliaires.

Selon les résultats figurés au Tableau 15, un peu plus de 4 femmes sur 10 (41.1%) ont reçu une visite domiciliaire de suivi postnatal. Des différences importantes ont été observées entre les départements: le Nord-Est (76.2%) présente le pourcentage le plus élevé de bénéficiaires de ces services et le Sud accuse le plus faible pourcentage (13.0%).

TENDANCE : De 2015 à 2016, le pourcentage de femmes ayant bénéficié d'une consultation postnatale a doublé, passant de 35.0% à 71.16%; cependant, aucune variation importante n'a été constatée entre 2016 et 2017 (71.16% contre 69.9%) (Graphique 5).

Pour ce qui concerne les visites domiciliaires du suivi postnatal, on note une tendance à la baisse; le pourcentage varie de 69% en 2015 à 56.4 en 2016 et à 41.1% en 2017(Graphique 5).

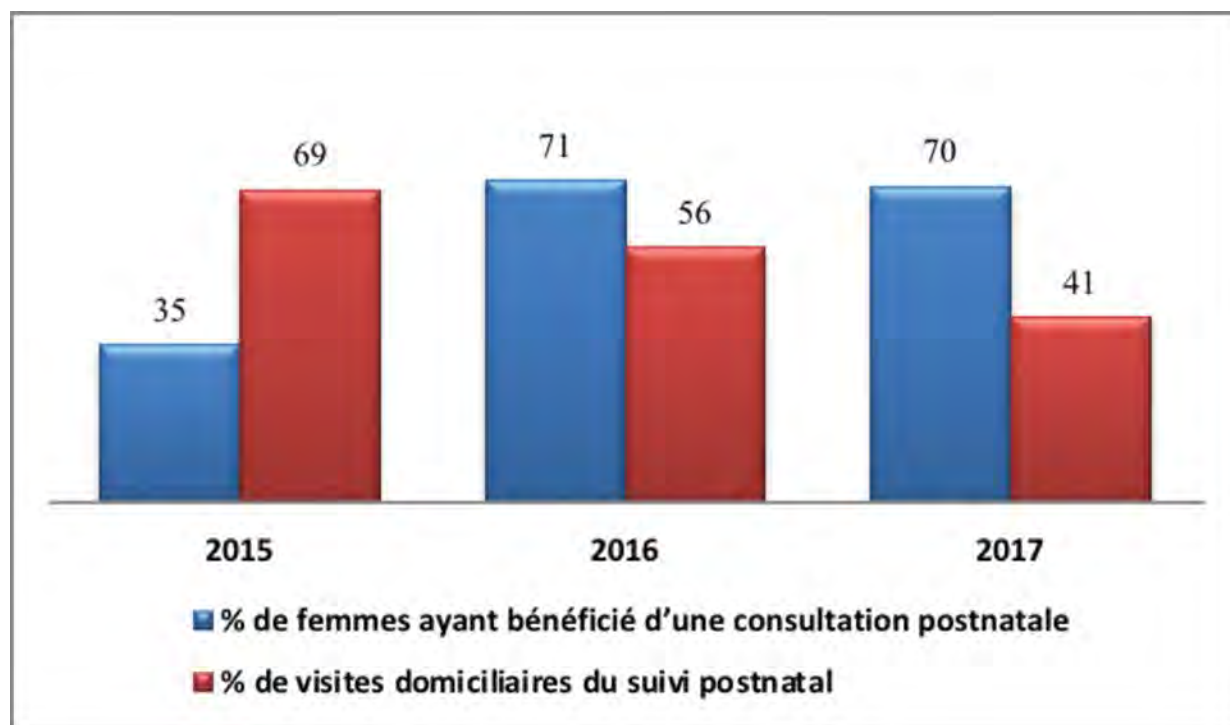
Tableau 15
Distribution en pourcentage des accouchements ayant reçu une visite domiciliaire
dans l'intervalle de 0-3 jours après la naissance par département géographique
MSPP, Année 2017

Département	Total Accouchements	Visites dans l'intervalle 0-3 jours	% de visites
Artibonite	25 423	10 279	40.4
Centre	16 480	4 413	26.8
Grande-Anse	5 136	2 777	54.1
Nippes	2 523	729	28.9
Nord	17 538	7 295	41.6
Nord-Est	9 135	6 961	76.2
Nord-Ouest	7 654	2 486	32.5
Ouest	52 848	25 138	47.6
Sud	9 886	1 290	13.0
Sud-Est	5 556	1 124	20.2
TOTAL	152 179	62 492	41.1

Source : Elaboration propre à partir des rapports statistiques des départements

Graphique 5

Evolution de la proportion de femmes ayant bénéficié d'une consultation postnatale et le % des visites domiciliaires du suivi postnatal, période de 2015 à 2017



Source : Elaboration propre à partir des rapports statistiques des départements

3.2 Nutrition

Selon le protocole de prise en charge de la malnutrition aiguë, les activités de surveillance doivent, entre autres, comprendre le suivi-promotion de la croissance de l'enfant, la supplémentation en micro-nutriments et le déparasitage. Les résultats obtenus dans le cadre de ces services sont présentés ci-après.

3.2.1 Surveillance nutritionnelle

Sur l'ensemble des 1 311 141 enfants âgés de moins de 5 ans estimés pour l'année 2017, environ 601 776 ont bénéficié des services de contrôle de croissance, soit 45.9%. De grandes variations ont été observées entre les départements. En effet, le pourcentage d'enfants bénéficiaires varie de 21.9% dans le Sud-Est à 79.8% dans la Grande-Anse. Le Nord-Est accuse une couverture de 109.8%. Cette situation subsiste au niveau de ce département depuis l'année 2016 durant laquelle la couverture du programme se situait à 103.0%. La fourniture de services aux enfants provenant des zones limitrophes pourrait expliquer ces résultats (*Tableau 16*).

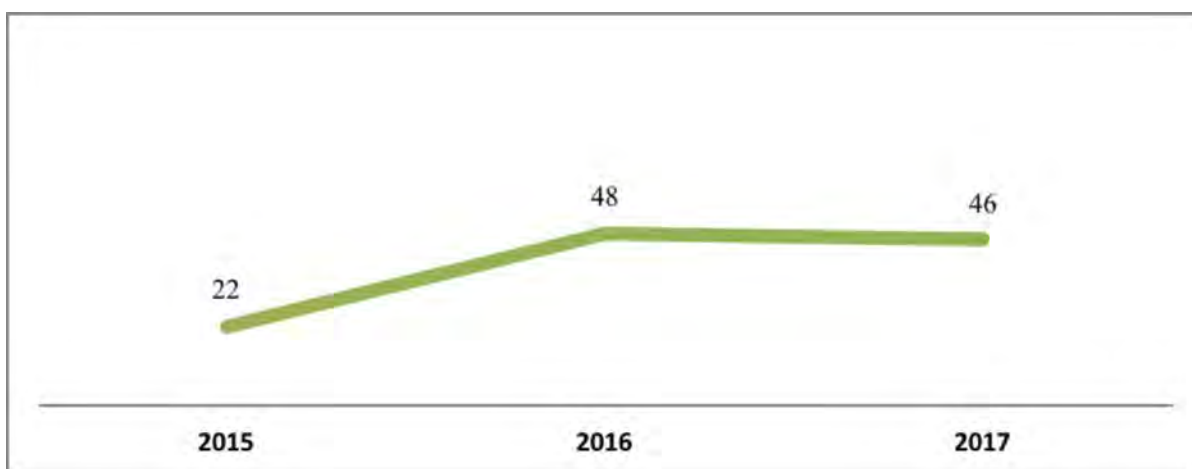
TENDANCE : La couverture des enfants de moins de 5 ans par le programme de nutrition s'est améliorée entre 2015 et 2016, allant de 21.8% à 47.6%. Puis, elle a connu une légère baisse entre 2016 et 2017 (47.6% contre 45.9%). Ces résultats seraient dus à une réduction de la disponibilité des services de suivi de la croissance: le pourcentage d'institutions offrant ces services étant passé de 66% en 2013 à 55% en 2017-2018 (*EPSSS 2013 et 2017-2018*) (*Graphique 6*).

Tableau 16
Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans vus pour la première fois
dans un programme de surveillance nutritionnelle par département géographique
MSPP, 2017

Département	Enfants moins de 5 ans	Enfants vus pour la première fois dans un programme de surveillance nutritionnelle	
		Nombre	%
Artibonite	207 576	74 538	35.9
Centre	89 666	46 951	52.4
Grande-Anse	56 270	44 891	79.8
Nippes	41 157	16 563	40.2
Nord	128 230	63 585	49.6
Nord-Est	47 338	51 955	109.8
Nord-Ouest	87 572	31 748	36.3
Ouest	484 201	221 728	45.8
Sud	93 119	33 169	35.6
Sud-Est	76 012	16 648	21.9
TOTAL	1 311 141	601 776	45.9

Source : Elaboration propre à partir des rapports statistiques des départements

Graphique 6
Evolution de la couverture (en %) des enfants de moins de 5 ans
par le programme de nutrition, période de 2015 à 2017



Source : Elaboration propre à partir des rapports statistiques des départements

3.2.2 Couverture en Vitamine A

La communauté sanitaire mondiale reconnaît que la vitamine A est un micronutriment nécessaire à la croissance des nourrissons et des jeunes enfants, à la lutte contre les infections et à la prévention de la xérophtalmie. Dans sa stratégie de réduction de la morbidité infantile, le MSPP recommande l'administration annuelle de suppléments d'au moins 2 doses de Vitamine A aux enfants de 6 mois à 7 ans en général et de 6 à 59 mois en particulier.

Les résultats portant sur la couverture en vitamine A des enfants de 6-59 mois sont présentés au Tableau 17. Ils indiquent que seulement 19.2% des enfants de ce groupe d'âges ont reçu 2 doses ou plus de vitamine A au cours de l'année 2017. A l'exception du département de la Grande-Anse au niveau duquel 5 enfants sur 10 environ (50.7%) en avaient bénéficié, tous les départements accusent une faible couverture des services.

TENDANCE : Une amélioration de la couverture en cette vitamine a été notée entre 2015 et 2016: ce micronutriment a été administré à 15.0% des enfants de 6-59 mois en 2015 et à 21.4% en 2016. Par contre, en 2017, le programme a couvert un pourcentage plus faible d'enfants qu'en 2016, soit 19.2% (*Graphique 7*).

Tableau 17
Répartition des enfants de 6-59 mois ayant reçu 2 doses de Vitamine A et plus
par département géographique
MSPP, Année 2017

Département	Enfants de 6-59 mois	Vitamine A	
		2 doses et +	Couverture 2 dose et + (%)
Artibonite	186 302	43 697	23.5
Centre	80 476	16 382	20.4
Grande-Anse	50 503	25 609	50.7
Nippes	36 939	8 172	22.1
Nord	115 088	14 635	12.7
Nord-Est	42 487	9 887	23.3
Nord-Ouest	78 597	9 381	11.9
Ouest	434 576	71 642	16.5
Sud	83 576	18 250	21.8
Sud-Est	68 222	7 874	11.5
TOTAL	1 176 766	225 529	19.2

Source : Elaboration propre à partir des rapports statistiques des départements

3.2.3 Couverture en Albendazole

Le déparasitage des enfants d'âge préscolaire constitue également une priorité du MSPP. Les normes préconisent l'administration de l'Albendazole 2 fois l'an.

Le Tableau 18 révèle que près d'un quart (24.3%) des enfants de 1-4 ans avaient été déparasités à l'Albendazole. Des écarts importants ont été observés entre les départements. En effet, le pourcentage d'enfants ayant reçu cet antiparasitaire varie de 3.4% dans le Sud-Est à 48.7% dans le Nord-Est. Le département de la Grande-Anse se distingue des autres avec une couverture supérieure à 100.0%, due probablement à la prise en compte d'enfants provenant en dehors de l'aire de desserte de ses institutions.

Les problèmes récurrents de rupture de stock rapportés par les établissements sanitaires, de sous enregistrement des données générées lors des activités intensives de distribution, la régression dans la disponibilité des services pourraient expliquer ces faibles taux de couverture. Si en 2013, 80% des infrastructures sanitaires offraient la supplémentation de routine en vitamine A, en 2017-2018, ce pourcentage est passé à 74% (*EPSSS de 2013 et EPSSS 2017-2018*). Il faut souligner qu'une légère augmentation de la couverture en Albendazole des enfants âgés de 1 à 4 ans a été remarquée entre 2016 et 2017, le pourcentage d'enfants déparasités étant passé de 20.0% à 24.3%.

Tableau 18
Répartition des enfants de 1-4ans à qui l'on a administré de l'Albendazole
par département géographique
MSPP, Année 2017

Département	Enfants de 1-4 ans	Nombre d'enfants atteints	Pourcentage
Artibonite	165 028	31 491	19.1
Centre	71 287	20 153	28.3
Grande-Anse	44 736	46 125	103.1
Nippes	32 721	10 998	33.6
Nord	101 946	18 757	18.4
Nord-Est	37 635	18 339	48.7
Nord-Ouest	69 622	25 209	36.2
Ouest	384 952	56 767	14.7
Sud	74 032	23 600	31.9
Sud-Est	60 431	2 053	3.4
TOTAL	1 042 391	253 492	24.3

Source : Elaboration propre à partir des rapports statistiques des départements

3.3 Vaccination

La vaccination des enfants de moins d'un an constitue l'une des stratégies adoptées par le MSPP dans le cadre de sa lutte contre la mortalité infantile; les maladies infectieuses dont les immuno-contrôlables étant considérées comme l'une des causes de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.

Cette section du rapport présente les couvertures vaccinales par antigène calculées à partir des données tirées directement de DHIS2. Les Tableaux 19 à 21 renseignent sur la vaccination des enfants de moins d'un an pour les antigènes: BCG, Rougeole/Rubéole, Pentavalent et Polio.

L'objectif poursuivi par la DPEV est d'atteindre 90% de couverture des enfants de moins d'un an pour tous les vaccins, sauf le BCG. Toutefois, les couvertures observées dans les Tableaux 19 à 21 sont relativement faibles par rapport à cet objectif.

Dans l'ensemble, les résultats du Tableau 19 montrent que près de 8 enfants sur 10 ont reçu les doses de BCG et environ 7 enfants sur 10 les doses de RR. Des couvertures supérieures à 100.0% sont constatées dans les départements du Centre, de la Grande-Anse et du Nord-Est pour le BCG, ce qui peut être lié à une sous-estimation des populations de ces zones ou de l'inclusion d'enfants d'autres départements limitrophes parmi les vaccinés.

En ce qui concerne le RR, l'objectif poursuivi par la DPEV a été atteint seulement dans les départements du Nord-Est (96%) et de la Grande-Anse (90%). Que ce soit pour le BCG et le RR, les plus faibles couvertures sont notées dans les départements du Sud (RR: 35%/ BCG : 50%) et des Nippes (RR : 56%/ BCG : 60%).

Tableau 19
Répartition des enfants de moins d'un an vaccinés contre la Rougeole/Rubéole et la tuberculose
par département géographique
MSPP, Année 2017

Département	Moins d'un an (2.39%)	% de couverture	
		BCG	RR
Artibonite	42 548	90.4	76.4
Centre	18 379	113.9	83.2
Grande-Anse	11 534	100.9	89.9
Nippes	8 436	59.9	56.2
Nord	26 284	82.0	69.3
Nord-Est	9 703	102.4	95.6
Nord-Ouest	17 950	66.4	61.4
Ouest	99 249	69.3	70.7
Sud	19 087	50.4	35.3
Sud-Est	15 580	82.9	79.0
TOTAL	268 750	78.4	70.9

Source : Elaboration propre à partir des données du programme Elargi de Vaccination disponible sur DHIS2

Les résultats du Tableau 20 montrent que les couvertures pour les premières et troisièmes doses des vaccins Pentavalent et Polio n'atteignent pas les 90%, pour l'ensemble du pays. Toutefois, des résultats importants sont constatés pour les doses Penta 1 (87%) et Penta 2 (81%).

Pour le Pentavalent 1, trois départements (Grande-Anse, Nord-Est et Sud-Est) accusent des taux de couvertures supérieurs à 100%, en référence aux mêmes raisons citées plus haut, tandis que les plus faibles couvertures sont observées dans les départements du Sud (51%) et des Nippes (63%). Pour le pentavalent 3, le Centre et le Nord-Est sont les départements qui ont des couvertures dépassant 100%, alors que les couvertures les plus faibles sont observées encore dans le Sud (47%) et les Nippes (61%).

Les plus fortes fréquences pour la Polio 1 ont été enregistrées dans le département du Centre (104.6%) et de la Grande-Anse (88%). Par contre, les fréquences les plus faibles ont été enregistrées dans le Sud (41%) et les Nippes (48%). La même tendance est constatée pour la Polio 3 où les plus fortes fréquences sont observées dans le Centre (75%) et la Grand- Anse (73%), tandis que les fréquences les plus faibles aux départements du Sud (30%) et des Nippes (43%). Il faut souligner que des déperditions négligeables sont observées entre les premières et les troisièmes doses pour le Pentavalent et la Polio.

Tableau 20
Répartition des enfants de moins d'un an ayant reçu le vaccin pentavalent
et le vaccin contre la Polio suivant la dose et le département géographique
MSPP, année 2017

Département	Moins d'un an (2.39%)	% de couverture			
		Pentavalent 1	Pentavalent 3	Polio 1	Polio 3
Artibonite	42 548	91.7	83.3	78.6	64.7
Centre	18 379	123.4	114.7	104.6	74.8
Grande-Anse	11 534	103.3	95.6	87.9	72.9
Nippes	8 436	62.6	61.3	48.4	43.1
Nord	26 284	86.9	82.6	67.2	55.0
Nord-Est	9 703	103.1	101.7	84.2	70.4
Nord-Ouest	17 950	82.3	75.2	64.0	61.9
Ouest	99 249	82.6	76.8	68.1	61.9
Sud	19 087	50.9	47.2	41.0	29.7
Sud-Est	15 580	101.5	90.3	67.2	69.5
TOTAL	268 750	87.1	80.8	70.7	60.9

Source : Elaboration propre à partir des données du programme Elargi de Vaccination disponible sur DHIS2

Le Tableau 21 présente la répartition des couvertures des doses de Rotavirus par département. Pour la première dose, les plus fortes couvertures sont observées dans les départements du Centre (109%), de la Grand- Anse (105%) et du Nord- Est (105%). Le Sud (50%) et les Nippes (61%) sont les départements avec les plus faibles fréquences.

Une tendance presque similaire a été observée pour la deuxième dose du Rotavirus où les plus fortes couvertures sont liées aux départements du Nord-Est (104%), de la Grand- Anse (102%) et du Sud-Est (95%), alors que les plus faibles couvertures sont observées aux départements du Sud (45%) et des Nippes (61%).

Tableau 21
Répartition des enfants de moins d'un an ayant reçu le Rotavirus suivant la dose
et le département géographique
MSPP, année 2017

Département	Moins d'un an (2.39%)	Rotavirus (% de couverture)	
		Dose 1	Dose 2
Artibonite	42 548	89.9	83.9
Centre	18 379	108.6	92.8
Grande-Anse	11 534	104.8	102.1
Nippes	8 436	61.4	61.1
Nord	26 284	80.9	72.5
Nord-Est	9 703	104.8	103.8
Nord-Ouest	17 950	78.9	69.6
Ouest	99 249	76.7	69.6
Sud	19 087	49.9	45.3
Sud-Est	15 580	99.3	95.3
TOTAL	268 750	82.7	75.9

Source : Elaboration propre à partir des données du programme Elargi de Vaccination disponible sur DHIS2

Pour toutes les doses de vaccins considérées, les départements du Sud et des Nippes restent les départements avec les plus faibles couvertures vaccinales au niveau du pays.

3.4 VIH

En juin 2016, les pays du monde entier ont adopté la Déclaration Politique des Nations Unies sur l'élimination du Sida. Il s'agit d'un agenda historique et prioritaire visant à accélérer les efforts pour enrayer l'épidémie du Sida d'ici à 2030 en tant que menace de santé publique.

Dans la région de l'Amérique Latine et des Caraïbes, ONUSIDA estime à 2,1 millions le nombre de PVVIH. Les trois 90 ont atteint dans les Caraïbes, à la fin de 2016, les niveaux de 64-52-34, objectifs selon lesquels :

- ❖ 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique ;

- ❖ 90% des personnes dépistées reçoivent un traitement antirétroviral durable ;
- ❖ 90% des personnes sous traitement ont une charge virale durablement supprimée.

Avec ses 11 millions d’habitants, Haïti est la plus peuplée des nations des Caraïbes, mais également avec la plus forte prévalence du VIH. Selon les résultats de l’EMMUS VI (2017- 2018), elle s’établit à 2,0 %. Les données utilisées pour l’analyse des résultats du Programme National de Lutte contre le VIH/Sida proviennent de la base de données nationale MESI et également d’autres sources comme la NASTAD et le LNSP. Elles se réfèrent à la période janvier-décembre 2017. La couverture des rapports relatifs au dépistage du VIH, à la PTME et aux soins ARV s’élève à 99%.

3.4.1 Dépistage du VIH

Selon les données recueillies au niveau des 172 sites de dépistage, plus d’un million de personnes dont 11% de femmes enceintes ont été testées pour le VIH sur tout le territoire national dans le cadre de la riposte au VIH financée particulièrement par les fonds de PEPFAR et du Fond Mondial. A noter que la détection du VIH chez les femmes enceintes est passée de 17% en 2016 à 11% en 2017.

Un peu plus de deux tiers des personnes testées se retrouvent au niveau de trois départements : l’Ouest (43%), l’Artibonite (14%) et le Nord (12%).

Tableau 22
Répartition des personnes ayant réalisé un test VIH qui connaissent leur statut
par département géographique
MSPP, Année 2017

Département	Hommes et femmes	Femmes enceintes	Total
Artibonite	157 054	22 102	179 156
Centre	66 094	12 429	78 523
Grande-Anse	35 054	4 053	39 107
Nippes	30 952	3 349	34 301
Nord	138 347	17 902	156 249
Nord-Est	48 841	7 382	56 223
Nord-Ouest	85 100	8 530	93 630
Ouest	480 151	52 648	532 799
Sud	82 636	9 036	91 672
Sud-Est	26 826	2 728	29 554
TOTAL	1 151 055	140 159	1 291 214

Source : MSPP-PNLS

Le tableau suivant fait ressortir le taux de séropositivité du VIH dans les départements sanitaires. Dans l'ensemble, 1.9% des personnes testées ont été retrouvées positives. Le niveau de séropositivité du VIH varie de 1.2% dans le Nord-Ouest à 2.6% dans l'Artibonite.

Tableau 23
Taux de séropositivité par département géographique
MSPP, Année 2017

Département	Cas VIH diagnostiqués en 2017	Personnes ayant réalisé un test VIH qui connaissent leur statut	Taux de séropositivité %
Artibonite	4 686	179 156	2.6
Centre	1 042	78 523	1.3
Grande-Anse	552	39 107	1.4
Nippes	617	34 301	1.8
Nord	2 733	156 249	1.7
Nord-Est	999	56 223	1.8
Nord- Ouest	1 161	93 630	1.2
Ouest	9 800	532 799	1.8
Sud	1 651	91 672	1.8
Sud-Est	514	29 554	1.7
Non localisé	855	--	--
TOTAL	24 610	1 291 214	1.9

Source: MSPP-PNLS/NASTAD-Haïti- SALVH

3.4.2 Prise en Charge des PVVIH

Le nombre de cas uniques cumulés mis sous traitement s'élève à 289 332 parmi lesquels 21 430 représentent de nouveaux patients. Selon les données présentées dans le tableau ci-dessous, la plus forte proportion de ces cas (46.1%) se retrouve dans l'Ouest. Les départements du Nord et de l'Artibonite totalisent à eux deux 26% des cas (respectivement 12.9% et 12.8%).

Tableau 24
Répartition des nouveaux cas uniques diagnostiqués VIH+ et nombre cumulé de cas dédoublés
notifiés par département géographique
MSPP, Année 2017

Département	Cas VIH diagnostiqués en 2017	Cumul de cas notifiés jusqu'à la fin de 2017	Distribution proportionnelle des cas
Artibonite	4 686	37 152	12.8
Centre	1 042	10 217	3.5
Grande Anse	552	6 493	2.2
Nippes	617	7 861	2.7
Nord	2 733	37 199	12.9
Nord-Est	999	10 804	3.7
Nord-Ouest	1 161	14 146	4.9
Ouest	9 800	133 466	46.1
Sud	1 651	19 966	6.9
Sud-Est	514	6 010	2.1
Non localisé	855	6 018	2.1
TOTAL	24 610	289 332	100.0

Source: SALVH, NASTAD-Haïti

Les dispositifs de collecte, de transportation et de testing de spécimens mis en place respectivement par les établissements de santé, la Fondation Caris et le LNSP ont permis au système de réaliser un total de 39 996 tests de charge virale. Ce résultat, rapporté au nombre de personnes actives sous ARV (94 376) à la fin de 2017, donne une couverture de charge virale de 42%.

Tableau 25
Répartition du nombre de personnes actives sous ARV en 2016 et 2017
et celles pour lesquelles le test de charge virale a été effectué par département
MSPP, Année 2017

Département	Actifs au 31 Déc 2016	Actifs au 31 Déc 2017	Tests de Charge virale (2017)
Artibonite	12 599	15 109	5 668
Centre	4 667	5 438	1 713
Grande-Anse	1 890	2 059	782
Nippes	3 526	2 420	1 018
Nord	9 932	11 495	4 476
Nord-Est	2 963	3 411	2 001
Nord-Ouest	3 842	4 620	1 713
Ouest	38 664	42 704	18 755
Sud	5 005	5 413	2 676
Sud-Est	1 438	1 707	1 193
TOTAL	84 526	94 376	39 996

Source: www.mesi.ht

Mise au point sur les trois 90

D'après les dernières estimations du MSPP, les statistiques de services ARV et les résultats préliminaires de l'EMMUS-VI, le pourcentage de PVVIH qui connaissent leur statut à la fin de 2017 s'établit à environ 67.3%. Avec ce résultat, Haïti se rapproche de la moyenne de la région d'Amérique Latine et des Caraïbes (LAC). Pour combler l'écart à ce niveau, la CT du PNLS, avec l'appui inébranlable des partenaires, a adopté un ensemble de stratégies et de dispositions visant à redynamiser le dépistage du VIH :

- ❖ Actualisation régulière de l'algorithme de dépistage et orientation des prestataires sur son application ;
- ❖ Intensification du dépistage communautaire, en particulier par les paires chez les populations clés ;
- ❖ Introduction prochaine de tests salivaires de dépistage du VIH ;
- ❖ Meilleur ciblage des populations clés ;
- ❖ Amélioration de la qualité des services via la disponibilité, la formation et la mise à jour des connaissances des prestataires ;
- ❖ Initiation des groupes de discussions au niveau départemental (dialogue communautaire) ;

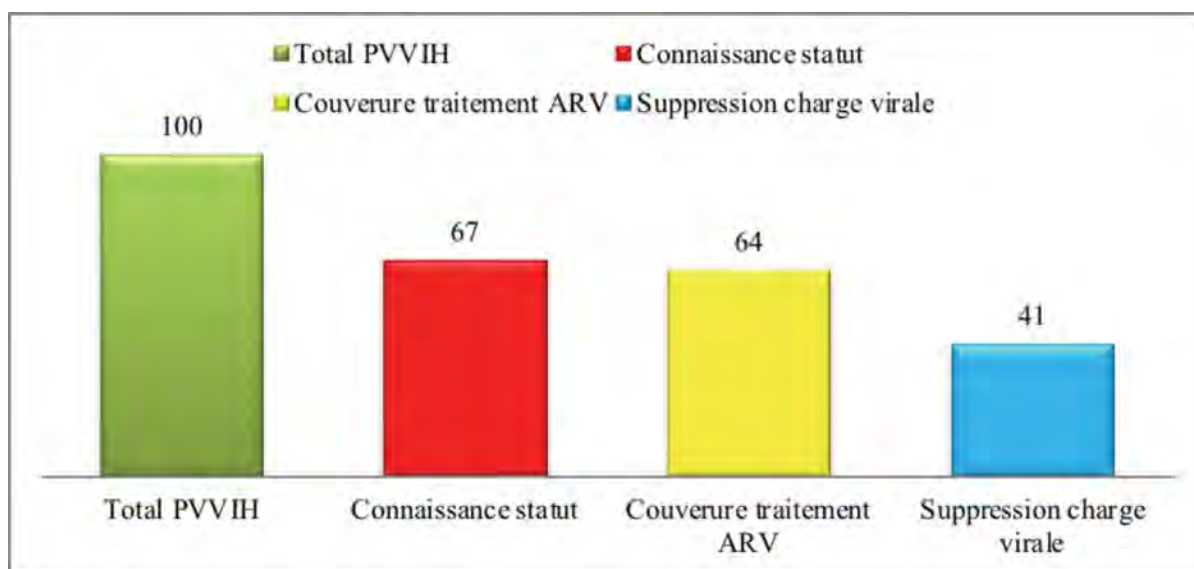
En ce qui concerne le 2ème 90, les données programmatiques combinées avec les récentes estimations de la CT du PNLS et de l'ONUSIDA indiquent que 64% des PVVIH qui connaissent leur statut reçoivent les ARV à la fin de 2017. Cette performance ne serait pas possible sans les nouvelles dispositions contenues dans les normes de prise en charge aux ARV et les stratégies d'initiation et d'amélioration de l'adhérence au traitement : Dépister et traiter, dispensation prolongée de médicaments, distribution communautaire des ARV et la recherche active de patients perdus de vue, le «Pa-

tient Linkage and Retention». Pour combler ce déficit de performance par rapport à la 2ème cible, il convient également d'améliorer la rétention des patients sous TAR (établie en 2017 à 68% après les 12 premiers mois) pour la consolidation des acquis liés à l'initiation. A cet effet, la géolocalisation, le suivi des patients et la visite domiciliaire constituent les principales stratégies adoptées par les réseaux de soins pour garder plus longtemps les patients actifs et relancer ceux qui ont abandonné le traitement à un moment donné.

Le dernier objectif des trois 90, à savoir 90% des PVVIH qui connaissent leur statut retenu sous ARV ont une charge virale supprimée, est atteint à 41%. Ce résultat a été rendu possible grâce notamment à la réalisation de formation des prestataires, le développement des réseaux de transport de spécimens et l'introduction d'une nouvelle molécule d'ARV dans le système de soins et traitement.

Graphique 7

Distribution (en %) de la cible des trois 90 selon le degré d'atteinte des résultats à la fin de 2017
MSPP, Année 2017



MSPP-PNLS

Le Sida en chiffres : Haïti 2017

Indicateurs	Valeur Moyenne	Valeur basse	Valeur élevée
Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH	150 000	130 000	180 000
Nombre estimé d'enfants vivant avec le VIH	7 600	5 900	9 800
Nombre estimé de nouvelles infections	7 600	5 800	10 000
Incidence estimée du VIH (pour 100,000 pers.)	73	54	95
Nombre estimé de décès dû au sida	4 700	3 000	6 900
Couverture du traitement ARV de toutes les PVVIH (%)	64	54	78
Couverture du traitement ARV des femmes adultes (%)	74	63	90
Couverture du traitement ARV des enfants (%)	50	39	64
Couverture estimée du traitement ARV des femmes enceintes (%)	70	55	86
Prévalence estimée du VIH chez les adultes 15-49 ans (%)	1.9	1.6	2.3
Prévalence du VIH chez les HARSAS (%)	12.9	9.6	15.6
Prévalence du VIH chez les Travailleuses de sexe (%)	8.7	6.4	10
	Valeur		
Cumul de cas d'infection à VIH notifiés au 31 décembre 2017	280 000		
Nombre d'institutions sanitaires offrant les services de dépistage du VIH	172		
Nombre d'institutions sanitaires offrant le paquet complet de PTME	116		
Nombre d'institutions sanitaires offrant les ARV	160		

Sources: MSPP-PNLS, Révision des Estimations-Projections de 2017 / www.mesi.ht / PSI-OHMaSS / NASTAD

3.5 Tuberculose

L'un des Objectifs de Développement Durable (ODD) est de «Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». A cet effet, Haïti à l'instar des pays souscripteurs, a convenu de mettre fin à la Tuberculose d'ici à 2030, représentant l'une des principales causes de mortalité dans le monde. Au cours de l'année 2017, plusieurs interventions ont été réalisées par le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT) afin de contribuer à l'atteinte de cet objectif.

3.5.1 Dépistage et Traitement de la Tuberculose

Au cours de l'année 2017, un total de 14 966 nouveaux cas de tuberculose ont été dépistés et placés sous traitement par les institutions impliquées dans le programme de lutte antituberculeuse. La majorité de ces cas (44%) proviennent du département de l'Ouest. Dans les autres départements, la proportion des nouveaux cas varie de 3% pour les Nippes à 13% dans l'Artibonite. Il importe de souligner que le nombre de cas de retraitement pour échec, reprise et autres s'élèvent à 463; ce qui porte à 15 429 l'ensemble des patients tuberculeux actifs enregistrés pour l'année 2017.

Tableau 26
Dépistage des cas de Tuberculose par département
MSPP, Année 2017

Département	Nouveaux Cas				Total		Retraitement				Ensemble (Total)
	TEP	TP-	TP+	Rechute	Nombre	%	Echec	Reprise	Autres	Total	
Artibonite	154	188	1 440	104	1 886	12.6	8	13	0	21	1907
Centre	119	75	755	15	964	6.4	5	59	4	68	1032
Grande-Anse	10	55	547	25	637	4.3	3	11	3	17	654
Nippes	42	16	314	32	404	2.7	2	6	0	8	412
Nord	97	174	963	68	1 302	8.7	16	18	0	34	1 336
Nord-Est	31	51	461	19	562	3.8	2	9	5	16	578
Nord-Ouest	125	98	571	47	841	5.6	3	22	0	25	866
Ouest	797	1 578	3 594	555	6 524	43.6	44	193	18	255	6 779
Sud	176	164	649	63	1 052	7.0	6	3	0	9	1 061
Sud-Est	33	33	687	41	794	5.3	4	6	0	10	804
TOTAL	1 584	2 432	9 981	969	14 966	100.0	93	340	30	463	15 429

Source : Base de données du PNLT

3.5.2 Dépistage des cas tuberculeux coïnfectés au VIH en 2017 par département géographique

Pour l'année 2017 (Tableau 27), on a enregistré 2 124 nouveaux cas de coïnfection TB/VIH sur un ensemble de 2 253 cas actifs, soit environ 15% du nombre total de cas de tuberculose rapportés par les sites TB/VIH. On remarque que le département de l'Ouest accuse le niveau de coïnfection le plus élevé, soit 45%. Dans les autres départements, les nouveaux cas de coïnfection TB/VIH vont de 2% dans la Grande-Anse à 17% dans l'Artibonite.

Tableau 27
Dépistage des cas coïnfectés
MSPP, Année 2017

Département	Nouveaux Cas				Total		Retraitement				Ensemble (Total)
	TEP	TP-	TP+	Rechute	Nombre	%	Echec	Reprise	Autres	Total	
Artibonite	40	58	229	34	361	17.0	0	4	0	4	365
Centre	22	20	111	4	157	7.4	2	23	2	27	184
Grande-Anse	1	6	31	7	45	2.1	0	4	1	5	50
Nippes	9	5	31	8	53	2.5	0	0	0	0	53
Nord	17	37	113	18	185	8.7	3	3	0	6	191
Nord-Est	8	10	56	5	79	3.7	1	2	1	4	83
Nord-Ouest	16	25	46	10	97	4.6	0	4	0	4	101
Ouest	109	292	396	155	952	44.8	7	65	2	74	1 026
Sud	21	31	70	16	138	6.5	3	1	0	4	142
Sud-Est	3	8	41	5	57	2.7	0	1	0	1	58
TOTAL	246	492	1124	262	2 124	100.0	16	107	6	129	2 253

Source : Base de données du PNLT

3.5.3 Prise en charge des cas coïnfectés

Parmi les 2 253 cas de coïnfection TB/VIH enregistrés au cours de l'année 2017, un total de 1 939 cas soit 86.1% ont été placés sous antirétroviraux (ARV). La proportion de patients coïnfectés mis sous traitement ARV varie respectivement de 2% dans la Grande-Anse et les Nippes à 44% dans l'Ouest.

Par ailleurs, parmi les cas de coïnfection dépistés au cours de l'année 2017, 1 988 (88.2%) d'entre eux ont bénéficié d'une prophylaxie au Cotrimoxazole. Des écarts ont été également observés entre les départements ; la plus faible proportion de patients coïnfectés ayant reçu du Cotrimoxazole (2.3%) se retrouve dans la Grande-Anse et les Nippes et la plus forte (44%) dans l'Ouest.

Tableau 28
Nombre de patients coïnfectés TB/VIH mis sous traitement ARV
et sous prophylaxie au Cotrimoxazole par département
MSPP, Année 2017

Département	Nombre de cas	Cas sous ARV		Cas sous Cotrimoxazole	
		Nombre	%	Nombre	%
Artibonite	365	320	16.5	337	17.0
Centre	184	175	9.0	176	8.9
Grande-Anse	50	40	2.1	45	2.3
Nippes	53	45	2.3	46	2.3
Nord	191	181	9.3	185	9.3
Nord-Est	83	56	2.9	61	3.1
Nord-Ouest	101	92	4.7	100	5.0
Ouest	1 026	858	44.2	869	43.7
Sud	142	120	6.2	121	6.1
Sud-Est	58	52	2.7	48	2.4
TOTAL	2 253	1 939	100.0	1988	100.0

Source : Base de données du PNL

3.5.4 Résultat de traitement des patients tuberculeux mis sous traitement en 2016

En 2016, un total de 15 567 patients avait été dépisté et mis sous traitement sur tout le territoire national. Cependant, les résultats de traitement sont présentés (Tableau 29) pour un total de 15,627 patients. Cette différence est due au fait que les 60 nouveaux cas de TB mis sous traitement dans les institutions pénitentiaires du pays n'étaient pas inclus dans le total rapporté à la fin de l'année 2016. Le taux de succès pour cette cohorte de patients est de 81.3%. Il varie de 77.2% dans le département du Nord-Ouest à 90.3% dans celui du Nord-Est. Il importe de souligner qu'environ 11% des patients mis sous traitement ont été perdus de vue. Les cas d'abandon sont moins fréquents (4%) au niveau des institutions du Nord et du Nord-Est et plus élevés (16%) dans celles de l'Ouest.

En outre, l'ensemble des sites TB ont notifié un total de 774 décès, soit un niveau de mortalité de 5%. Les départements de la Grande-Anse et du Nord-Ouest ont atteint des niveaux très élevés (8%). Les cas d'échec au traitement sont relativement faibles ; ils sont évalués globalement à 1%.

Tableau 29
Résultat de traitement 2016

Département	Décédé		Echec		Guéri		Non évalué		Perdu de vue		Traitement Terminé		Transféré		Succès (Guéri et Traitement Terminé)		Total
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
Artibonite	109	5.6	24	1.2	1 315	67.2	16	0.8	133	6.8	335	17.1	26	1.3	1 650	84.3	1 958
Centre	28	2.9	13	1.3	469	48.5	15	1.6	62	6.4	363	37.5	17	1.8	832	86.0	967
Grande-Anse	58	7.9	6	0.8	454	62.0	1	0.1	81	11.1	127	17.4	5	0.7	581	79.4	732
Nippes	20	4.4	3	0.7	325	71.4	6	1.3	25	5.5	67	14.7	9	2.0	392	86.2	455
Nord	101	7.4	23	1.7	875	64.4	0	0.0	51	3.8	298	21.9	11	0.8	1 173	86.3	1 359
Nord-Est	31	5.5	0	0.0	428	75.4	0	0.0	23	4.1	85	15.0	1	0.2	513	90.3	568
Nord-Ouest	71	8.0	4	0.5	426	47.9	2	0.2	97	10.9	261	29.3	29	3.3	687	77.2	890
Ouest	251	3.6	78	1.1	3 262	47.4	24	0.4	1 078	15.7	2 115	30.7	79	1.2	5 377	78.1	6 887
Sud	69	6.2	7	0.6	635	57.3	9	0.8	91	8.2	286	25.8	11	1.0	921	83.1	1 108
Sud-Est	36	5.1	4	0.6	494	70.3	2	0.3	61	8.7	84	12.0	22	3.1	578	82.2	703
TOTAL	774	5.0	162	1.0	8 683	55.6	75	0.5	1 702	10.9	4 021	25.7	210	1.3	12 704	81.3	15 627

Source : Base de données du PNLT

3.5.5 Résultat de traitement des patients tuberculeux coïnfectés au VIH mis sous traitement en 2016

Environ 2 176 cas de coïnfection TB/VIH ont été mis sous traitement en 2016. Le tableau ci-dessous montre que deux tiers des patients (66.0%) ont terminé avec succès leur traitement. Les résultats varient d'un département sanitaire à un autre. Le taux de succès est de 59.1% dans le département sanitaire du Nord-Ouest et de 78.0% dans celui du Nord-Est. Dans l'ensemble, 16.8% des patients tuberculeux coïnfectés au VIH sont perdus de vue. Globalement, 13.6% des patients tuberculeux coïnfectés au VIH sont décédés avant la fin de leur traitement et les cas d'échec parmi ces patients s'élèvent à 1.4%.

Tableau 30
Résultats de traitement TB-VIH 2016

Département	Décédé		Echec		Guéri		Non évalué		Perdu de vue		Traitement Terminé		Transféré		Succès (Guéri et Traitement Terminé)		Total
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
Artibonite	52	16.7	2	0.6	162	52	3	1.0	28	9.0	57	18.3	7	2.3	219	70.4	311
Centre	14	9.5	5	3.4	34	23	2	1.4	16	10.8	73	49.3	4	2.7	107	72.3	148
Grande-Anse	15	20.3	0	0.0	32	43	0	0.0	5	6.8	22	29.7	0	0.0	54	73.0	74
Nippes	4	11.1	0	0.0	18	50	1	2.8	5	13.9	8	22.2	0	0.0	26	72.2	36
Nord	38	20.1	5	2.7	78	41	0	0.0	7	3.7	57	30.2	4	2.1	135	71.4	189
Nord-Est	17	18.7	0	0.0	52	57	0	0.0	3	3.3	19	20.9	0	0.0	71	78.0	91
Nord-Ouest	23	26.1	2	2.3	21	24	1	1.1	8	9.1	31	35.2	2	2.3	52	59.1	88
Ouest	96	9.1	15	1.4	288	27	1	0.1	273	26.0	362	34.5	15	1.4	650	61.9	1 050
Sud	26	20.2	2	1.6	48	37	2	1.6	17	13.2	32	24.8	2	1.6	80	62.0	129
Sud-Est	10	16.7	0	0.0	29	48	0	0.0	3	5.0	14	23.3	4	6.7	43	71.7	60
TOTAL	295	13.6	31	1.4	762	35	10	0.5	365	16.8	675	31.0	38	1.8	1 437	66.0	2 176

Source : Base de données du PNLT

3.6 Paludisme

La malaria constitue l'une des dix premières causes de mortalité en Haïti. Dans le Plan Directeur de santé 2012-2022, le MSPP se propose d'éliminer/réduire le paludisme. Les activités de prévention et de prise en charge ont été renforcées. Pour corroborer ses actions, le Ministère a commémoré La Journée Mondiale de la malaria sous le thème « En finir pour de bon avec la malaria en Haïti ».

Cette section présente quelques résultats du Programme National de Contrôle de la Malaria (PNCM) pour l'année 2017. Ils portent sur la réalisation des tests de dépistage et les cas confirmés enregistrés au cours de cette période. Comme l'indique le Tableau 31, les établissements de santé ont réalisé respectivement un total de 62 539 tests microscopiques et 272 606 tests rapides. La présence de plasmodium dans le sang a été confirmée dans 3.4% et 6.5% des cas respectivement. De grandes variations ont été notées entre les différents départements. La Grande-Anse (40.3%) et les Nippes (58.4%) accusent les plus forts pourcentages de tests positifs tandis que les plus faibles ont été retrouvés dans le Grand Nord (Nord, Nord-Est, Nord-Ouest) et le Sud-Est.

Tableau 31
Nombre de tests rapides et microscopiques réalisés et pourcentage de tests positifs
par département sanitaire
MSPP, Année 2017

Département	Test Microscopique	Test rapide	% de Test Microscopique +	% de Test Rapide +
Artibonite	16 601	31 270	1.4	2.5
Centre	2 344	18 512	1.4	1.5
Grande-Anse	984	40 620	40.3	21.3
Nippes	221	17 602	58.4	5.6
Nord	10 158	15 382	0.3	0.2
Nord-Est	3 826	50 927	0.1	0.3
Nord-Ouest	3 533	14 173	0.5	0.5
Ouest	17 845	40 179	3.9	3
Sud	5 970	36 765	9.6	15
Sud-Est	1 057	7 176	0.4	1.2
TOTAL	62 539	272 606	3.4	6.5

Source : Élaboration propre à partir des données du Programme National de lutte Contre la Malaria

Dans le cadre du programme, trois groupes cibles ont été définis ; il s'agit des enfants de moins de 5 ans, des personnes âgées de plus de 5 ans et des femmes enceintes. Les résultats portent sur les cas confirmés de paludisme répertoriés en fonction des groupes considérés.

Il ressort de l'analyse des données du Tableau 32 que la confirmation parasitologique a été établie chez une proportion relativement élevée d'enfants de moins de 5 ans (12.4%). Le Sud-Est a enregistré le moins de cas confirmés (2.9%) alors qu'au niveau de l'Ouest, le parasite a été détecté chez une proportion plus importante de personnes (25.1%).

Par rapport aux femmes enceintes, on remarque qu'elles ont été moins touchées par la pathologie (1.5%). Les départements du Centre et du Nord-Ouest n'ont pas enregistré de cas chez les gestantes.

Tableau 32

**Proportion de cas de paludisme confirmés par département selon les groupes cibles considérés
MSPP, Année 2017**

Département	Total Cas confirmé	% de Cas confirmé < 5 ans	% de Cas confirmé > 5 ans	% de Cas confirmé Femmes Enceintes
Artibonite	1 010	12.6	85.2	2.2
Centre	313	11.2	88.8	0.0
Grande-Anse	8 537	11.8	86.7	1.5
Nippes	995	7.1	91.3	1.6
Nord	69	15.9	81.2	2.9
Nord-Est	138	7.2	92	0.7
Nord-Ouest	90	14.4	85.6	0.0
Ouest	1 730	25.1	74.4	0.5
Sud	5 822	10.4	87.9	1.6
Sud-Est	68	2.9	94.1	2.9
TOTAL	18 772	12.4	86.2	1.5

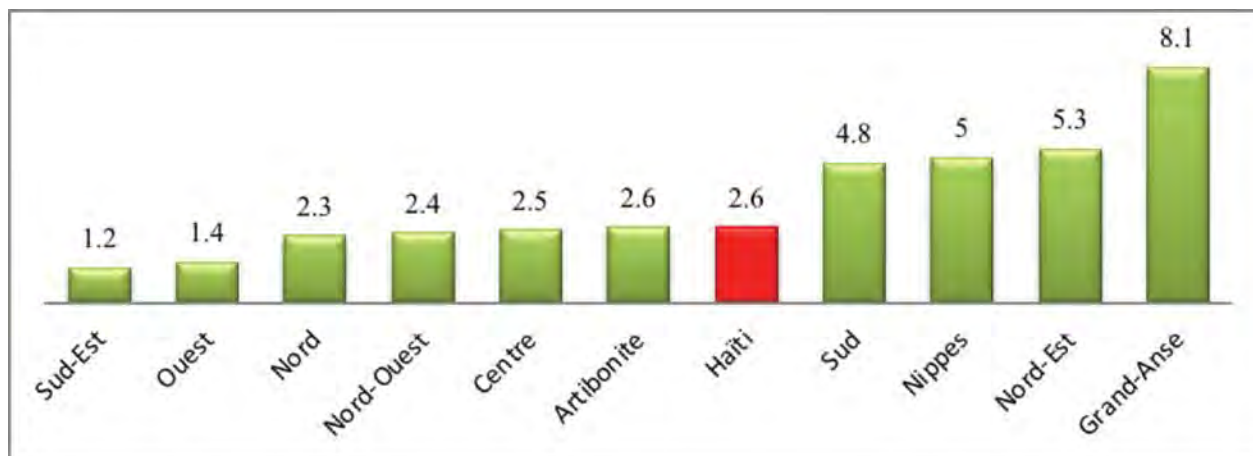
Source : Élaboration propre à partir des données du Programme National de lutte Contre la Malaria

Les taux de dépistage et de positivité de la malaria sont présentés par département géographique et le niveau national aux Graphiques 8 et 9.

Le Graphique 8 révèle que le taux de dépistage de la malaria se situe à 2.6 % au niveau national. Des écarts ont été observés entre les zones géographiques. Quatre départements, la Grande-Anse (8.1%), le Nord-Est (5.3%), les Nippes (5.0%) et le Sud (4.8%) se distinguent par des niveaux supérieurs par rapport à la moyenne nationale.

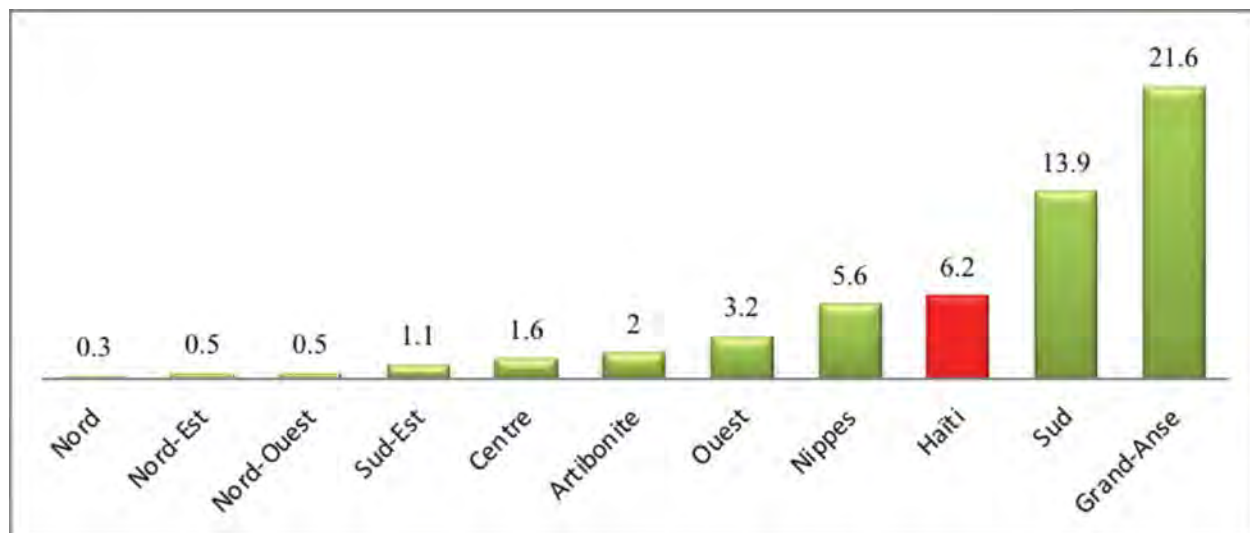
Concernant le taux de positivité (Graphique 9), le niveau national s'élève à 6.2%. Comme pour l'année 2016, le département de la Grande-Anse accuse le taux le plus élevé (25.4% et 21.0%) ; il est suivi par le Sud (13.9%). Il faut mentionner que la positivité dans le Grand Nord (Nord, Nord-Est et le Nord-Ouest) s'établit à moins de 1.0%.

Graphique 8
Taux de dépistage (%) de la malaria par département et le niveau national
MSPP, Année 2017



Source : Élaboration propre à partir des données du Programme National de lutte Contre la Malaria

Graphique 9
Taux de positivité (%) par département et le niveau national
MSPP, Année 2017



Source : Élaboration propre à partir des données du Programme National de lutte Contre la Malaria

CHAPITRE 4

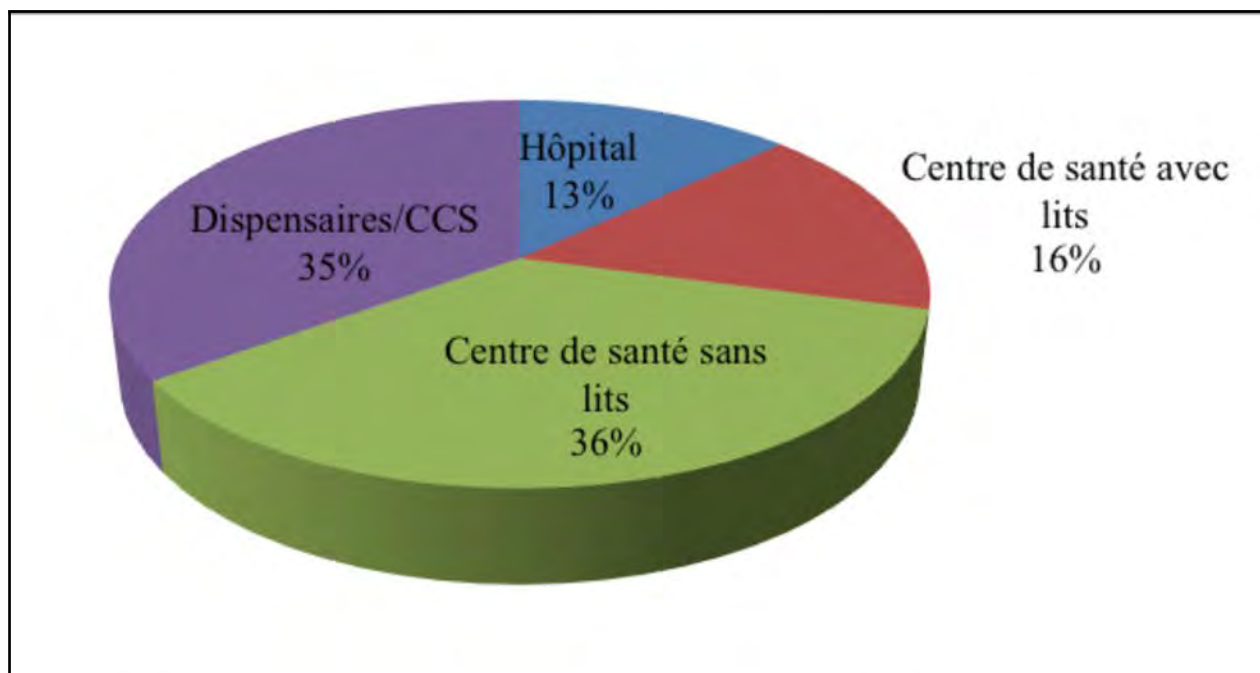
RESSOURCES SANITAIRES

Ce chapitre renseigne sur les établissements sanitaires, le personnel et le budget alloué au secteur santé :

4.1 Etablissements de santé

Selon les résultats de l'EPSSS (2017), un total de 1007 établissements de santé fonctionnels a été recensé sur l'ensemble du territoire national. Les centres de santé sans lit demeurent la catégorie d'établissement la plus fréquemment rencontrée (36%) ; viennent ensuite les dispensaires et les centres communautaires de santé (35%). Les centres de santé avec lits représentent 16% et les hôpitaux 13%.

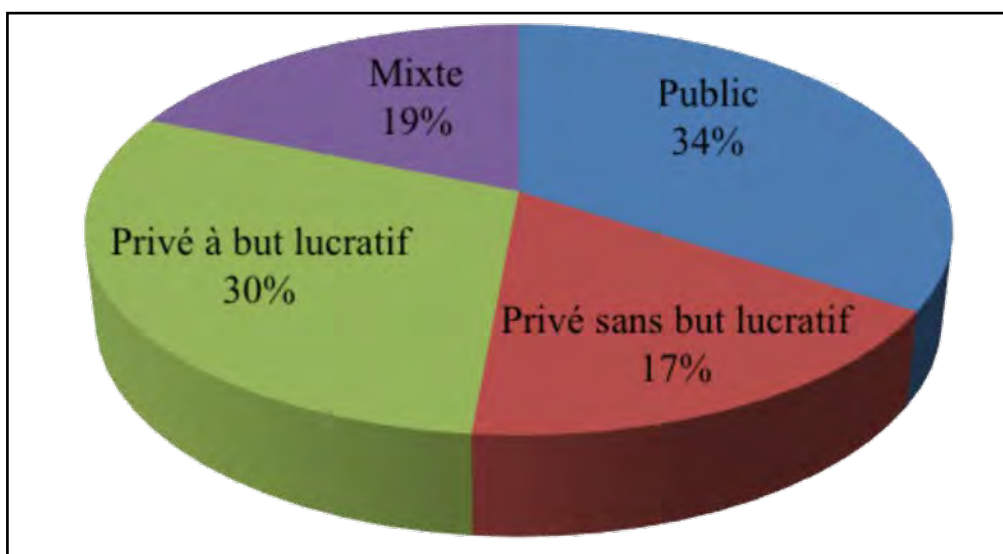
Graphique 10
Répartition des établissements de santé par catégorie
MSPP, Année 2017



Source : Résultats de l'EPSSS 2017

En ce qui a trait au secteur d'appartenance des institutions de santé, les établissements publics se retrouvent en plus grand nombre. En effet, 34% de l'ensemble des sites sanitaires identifiés dans les départements appartiennent à ce secteur. Environ 30% de ces sites sont administrés par le secteur privé à but lucratif et 17% par le privé à but non lucratif. Enfin, 19% de ces établissements de santé sont gérés par le secteur mixte.

Graphique 11
Répartition des établissements de santé par type
MSPP, Année 2017



Source : Résultats de l'EPSSS 2017

La majorité des établissements de santé (36%) se situe dans le département de l'Ouest qui regroupe environ 37 % de la population totale du pays et le pourcentage le plus faible (3%) dans le département des Nippes qui englobe 3% de la population nationale.

Tableau 33
Répartition des établissements de santé par département
MSPP, Année 2017

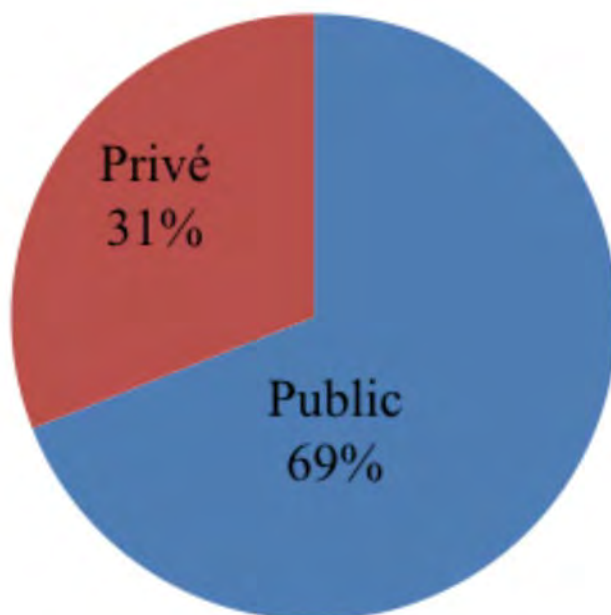
Département	Nombre d'établissements	%
Artibonite	121	12.0
Centre	53	5.0
Grande-Anse	53	5.0
Nippes	34	3.0
Nord	107	11.0
Nord-Est	41	4.0
Nord-Ouest	84	8.0
Ouest	366	36.0
Sud	79	8.0
Sud-Est	69	7.0
Total	1 007	100.0

Source : Résultats de l'EPSSS 2017

4.2 Personnel de santé

Les données sur les ressources humaines consacrées à la santé de la population haïtienne se réfèrent à l'année 2016. Elles proviennent du rapport de la DRH paru en Juin 2017. Au 30 juin 2016, le secteur santé comptait un total de 23 171 employés ; 69 % de cet effectif travaillent dans les établissements publics de santé, le reste (31%) se retrouve dans les institutions privées (**Graphique 12**).

Graphique 12
Distribution du personnel de santé par secteur
MSPP, Année 2017

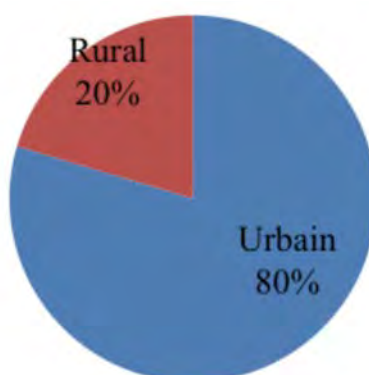


Source : Elaboration propre à partir des données de l'Analyse situationnelle du domaine des Ressources Humaines de Santé en Haïti, juin 2016

Il faut mentionner que le personnel essentiel (médecins, infirmières et sages-femmes) pour la fourniture des soins maternels et infantiles les plus indispensables est évalué à 7 021 employés, soit 30% de l'effectif total recensé. Ces professionnels rapportés à la population donnent une densité de 6.3 pour 10 000 habitants. Un pourcentage qui met en évidence une situation de pénurie en main d'œuvre sanitaire essentielle vu que le seuil minimum recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé est de 25 pour 10 000 habitants. Ce ratio calculé pour Haïti place le pays très en dessous du seuil de référence acceptable.

En plus de la carence en personnel de santé, se pose également le problème de sa distribution à travers le territoire national. Les données ont montré une grande disparité dans la répartition des ressources humaines. En effet, la grande majorité (80%) des employés de santé se concentre en zone urbaine (**Graphique 13**).

Graphique 13
Distribution du personnel de santé selon le milieu de résidence
MSPP, Année 2017



Source : Elaboration propre à partir des données de l'Analyse situationnelle du domaine des Ressources Humaines de Santé en Haïti, juin 2016

En outre, l'analyse de la distribution de ces professionnels par département a fait ressortir des niveaux d'inégalité importants dans leur affectation géographique. Comme on peut le voir au Tableau 34, ces ressources sanitaires se retrouvent en grande partie dans le département de l'Ouest. Dans cette région, le ratio personnel de santé essentiel pour 10 000 habitants (9.2), quoique encore faible par rapport au niveau recommandé, dépasse largement la densité nationale (6.3). Dans le reste du pays, le Nord-Ouest et le Centre, avec des ratios respectifs de 2.6 et 3.0 pour 10 000 habitants sont les départements les moins pourvus. Par contre, le Nord, le Nord-Est et le Sud demeurent, après l'Ouest, les départements les plus favorisés.

Tableau 34
Distribution du personnel essentiel par département
MSPP, Année 2017

Département	Population	Personnel médical	Ratio pour 10 000 habitants
Artibonite	1 753 838	586	3.34
Centre	757 603	225	2.97
Grande-Anse	475 434	225	4.73
Nippes	347 743	118	3.39
Nord	1 083 433	928	8.57
Nord-Est	399 968	269	6.73
Nord-Ouest	739 909	192	2.59
Ouest	4 091 087	3 753	9.17
Sud	786 781	521	6.62
Sud-Est	642 237	204	3.18
TOTAL	11 078 033	7 021	6.34

Source : Elaboration propre à partir des données de l'Analyse situationnelle du domaine des Ressources Humaines de Santé en Haïti, Juin 2016

D'un autre côté, le MSPP a planifié le renforcement de son programme de santé communautaire et le déploiement de 10 920 agents de santé communautaires polyvalents (ASCP) pour la promotion et la fourniture de certains services sanitaires de base à la population. Or, selon le rapport précité, le système haïtien de santé utilise au 30 juin 2016 un total de 3 036 ASCP, soit un peu moins de 30% de l'effectif requis pour assurer la couverture complète des services de santé essentiels.

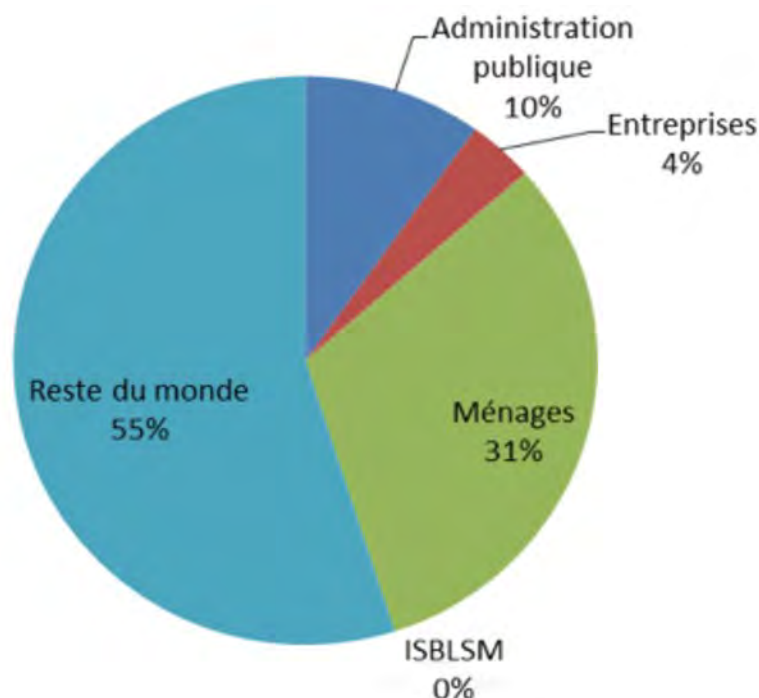
4.3 Ressources financières

Les données les plus récentes sur les Comptes Nationaux de Santé sont disponibles pour les années 2011 à 2014. Ces données ont été présentées dans le rapport statistique du MSPP de l'année 2016. Ce rapport donne une description sommaire du profil de financement de la santé de la population haïtienne durant cette période.

De 2011 à 2013, le budget du MSPP a augmenté de 4 milliards à environ 12 milliards de gourdes pour ensuite baisser à environ 7 milliards de gourdes en 2014. Cependant, la part du budget de l'Etat consacrée à la santé demeure malgré tout très faible et varie de 4% à 9.1 % de 2011 à 2013 pour tomber à 5.5 % en 2014. Ce niveau de financement est très en deçà de l'objectif de 15% recommandé par l'OMS.

Selon les comptes nationaux de santé de 2014, les dépenses de santé sont supportées en majorité (55%) par l'aide externe et les ménages (31%). Les dépenses publiques de santé représentent seulement 10% et celles des entreprises privées 4%.

Graphique 14
Distribution des dépenses courantes de santé par source de financement
MSPP, Année 2014



Source : Rapport des Comptes Nationaux de Santé 2012-2013

Tableau 35
Evolution de quelques agrégats généraux (financement de la santé)
MSPP, Années 2011-2014

Agrégats	2011	2012	2013	2014
Population	10 085 214	10 170 000	10 579 230	10 745 665
Budget de l'Etat (gourdes)	106 284 926 099	121 000 978 208	131 543 490 813	126 411 506 044
Budget du MSPP (gourdes)	4 251 400 000	8 647 748 581	11 912 809 303	6 949 737 531
Dépenses en santé per capita (gourdes)	2 520	3 188	2 792	2 974
Dépenses en santé per capita (dollar américain)	62.9	75.91	63.89	66.08
% du budget national consacré à la santé	4.0%	7.1%	9.1%	5.5%

Source : Rapport des Comptes Nationaux de Santé 2012-2013

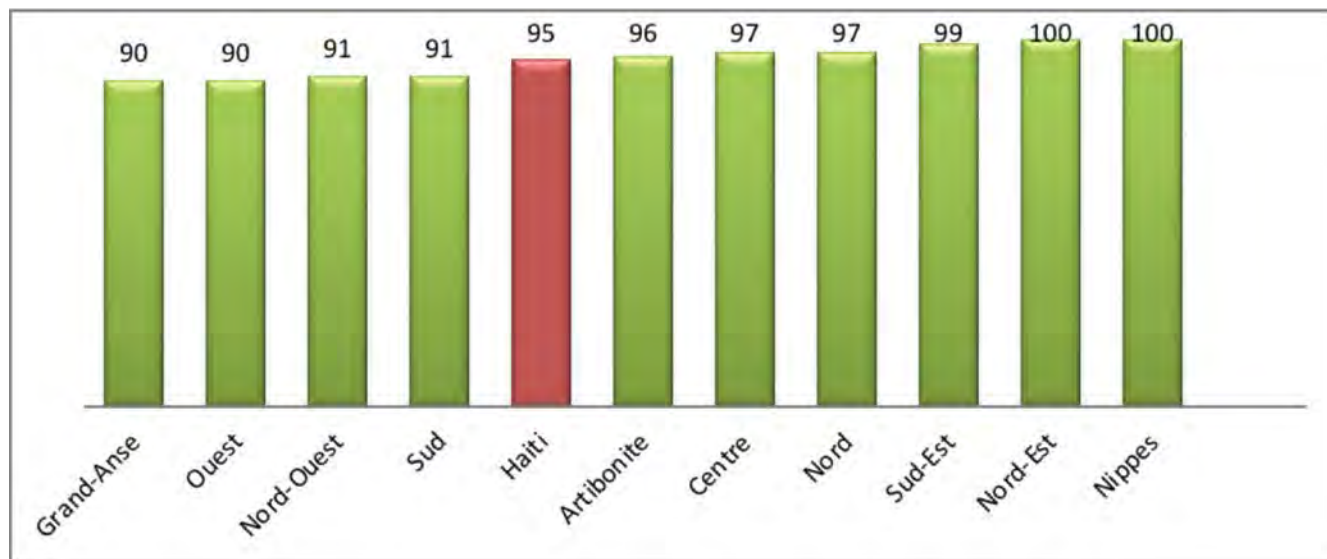
4.4 Information Sanitaire

Le Ministère s'est engagé depuis plusieurs années dans le renforcement de son système d'information sanitaire national en mettant l'emphasis sur la mise en œuvre d'un Système d'Information Sanitaire National Unique (SISNU), capable de produire une information sanitaire stratégique dans le cadre d'un processus intégré et coordonné, utilisable à tous les niveaux pour la prise de décisions. Depuis 2014, plusieurs interventions ont été menées pour améliorer la performance du Système d'Information Sanitaire de routine en termes de complétude, de promptitude et de vraisemblance des données collectées dans les sites de prestation de services et rapportées aux niveaux départemental et central. Au cours de la période annuelle janvier-décembre 2017, le Ministère a réalisé un ensemble d'activités afin d'améliorer le processus de production de l'information et les résultats suivants ont été obtenus à la fin de la période :

- ❖ La plateforme DHIS2 est fonctionnelle dans les dix Directions Sanitaires départementales et dans certains sites sélectionnés.
- ❖ Les données statistiques de services sont disponibles sur DHIS2 pour 804 institutions de santé fonctionnelles sur tout le territoire national, soit 80%.
- ❖ L'intégration d'autres bases de données au DHIS2 :
 - MESI ;
 - Les données du PEV ;
 - Un module Tracker pour le suivi du traitement des patients TB
- ❖ 95% des rapports attendus sont transmis.

Toutes ces activités ont contribué au renforcement du système d'information sanitaire national. Néanmoins, des efforts importants restent à faire pour non seulement conserver les acquis, mais aussi pour améliorer la qualité des statistiques sanitaires nationales et promouvoir l'utilisation de l'information générée.

Graphique 15
Couverture des rapports mensuels de service par département
MSPP, Année 2017



Source : Élaboration propre à partir des données des départements sanitaires

CONCLUSION

Le rapport statistique annuel du MSPP vise à présenter des informations relatives à l'accès de la population aux soins de santé, à l'état de santé de la population, à la performance des principaux programmes de santé et à la disponibilité des ressources sanitaires du pays en termes d'infrastructures, de personnel et de budget.

Ce rapport a été élaboré à partir des données collectées au niveau des institutions sanitaires. Pour l'année 2017, les données démographiques utilisées pour le calcul de certains indicateurs ont été estimées par l'Unité d'Etudes et de Programmation (UEP) du MSPP, à partir des projections de l'IHSI de 2007 et de 2015.

Les principaux résultats du rapport statistique 2017 n'ont pas révélé des changements importants dans les conditions et l'état de santé de la population comparativement à l'année 2016. Concernant les services sanitaires de base, moins de la moitié de la population les a utilisés, au moins une fois, pendant l'année. En outre, les infections respiratoires aiguës suivies de l'hypertension artérielle (HTA) et des infections sexuellement transmissibles demeurent les maladies sous surveillance les plus fréquentes. De plus, le Diabète, maladie chronique-dégénérative, continue de dominer également le tableau des maladies sous surveillance. Quant aux maladies évitables par la vaccination, un nombre élevé de cas confirmés de diphtérie a été enregistré dans le pays en particulier dans les départements de l'Artibonite et de l'Ouest.

Comme pour l'état de santé de la population, les résultats relatifs à la couverture des services n'ont pas connu non plus de variations importantes. Cependant, le taux d'utilisation de la PF a connu une augmentation considérable comparativement aux deux années précédentes.

En termes de ressources sanitaires, les résultats ont indiqué un grand écart entre le ratio de personnel de santé disponible dans le pays et le seuil de référence acceptable par l'OMS. Sur le plan financier, une faible part du budget national est consacrée à la santé.

A la lumière des résultats du rapport statistique 2017, il importe non seulement de renforcer la qualité et l'offre des services de santé mais aussi de faire une utilisation plus rationnelle des ressources sanitaires disponibles en vue d'augmenter l'accès et de répondre au besoin des services sanitaires de base de la population.



Ce document a été élaboré avec l'appui technique et financier de :

