



MSPP



**DIRECTION DE LA SANTE DE LA FAMILLE
DSF/MSPP**

RAPPORT DE L'ENQUETE ANNUELLE GPRHCS - EDITION 2015

**ENQUETE SUR LES PRODUITS ET LES SERVICES DE SANTÉ REPRODUCTIVE
DANS 132 INSTITUTIONS SANITAIRES DES 10 DEPARTEMENTS D'HAÏTI**



Société d'Etude et de Formation en Information Stratégique

JBE Plaza, Blvd 15 Octobre Belvil 7, Route de Tabarre
Tabarre Haiti

Novembre 2015



**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION
MSPP**

**DIRECTION DE SANTE FAMILIALE
DSF**

Cette étude a été rendue possible grâce au support financier et technique de l'UNFPA en Haïti.

Elle a été réalisée par la firme SEFIS (Société d'Etude et de Formation en Information Stratégique) sous la direction de :

Robert Philippe démographe, MSc., Directeur Exécutif de SEFIS

JBE Plaza, Belvil 7, Boulevard 15 Octobre, Route de Tabarre, Haïti

Courriel : rphilippe@sefis.net

Pageweb : www.sefis.net

et

Wesner Antoine, PhD, Statisticien, SEFIS

Courriel : wantoine@sefis.net

Dr. Natacha Antoine, Spécialiste en SR-PF, consultant de SEFIS

Courriel : natachaantoine92@yahoo.fr



AVANT PROPOS

L'UNFPA et ses partenaires ont mis en place un programme global pour la sécurisation des produits de santé de la reproduction (GPRHCS) en vue de contribuer à l'atteinte des objectifs du millénaire (ODM) pour le développement et de la conférence internationale sur la population et le développement. La satisfaction régulière et de manière fiable des besoins en produits de santé de la reproduction de tous ceux qui en ont besoin est l'un des résultats escomptés de ce programme.

Hait est l'un des douze (12) pays du groupe 1 qui bénéficient de l'appui technique et financier de ce programme. Depuis plus d'une décennie, le MSPP a mis l'emphase sur la santé maternelle pour réduire la mortalité materno-infantile en Haïti. Les données de l'EMMUS V sur la santé de la reproduction ont porté le MSPP à lancer une campagne nationale de planification familiale (PF) dans le but d'améliorer la couverture nationale en PF à travers une amélioration de l'offre de services.

Afin d'apprécier l'impact de ce programme sur la sécurisation des contraceptifs et des produits vitaux de santé maternelle et reproductive dans les pays bénéficiaires, une méthodologie standardisée a été élaborée par l'UNFPA et mise à la disposition des pays en vue d'obtenir annuellement les indicateurs de disponibilité des dits produits. Dans le cas d'Haïti, la base de données de l'EPSSS Haïti-2013 a été utilisée comme base de sondage pour le choix des PPS à enquêter:

- Le pourcentage d'institutions sanitaires offrant au moins trois méthodes de contraception modernes ;
- Le pourcentage d'institutions sanitaires assurant des services d'accouchement qui disposent de 7 médicaments essentiels de santé maternelle/de reproduction figurant sur la liste des produits de l'OMS ;
- Le pourcentage d'institutions sanitaires n'ayant pas connu de rupture de stocks de contraceptifs modernes au cours des trois (3) derniers mois et au moment de l'enquête ;
- La Perception des clients-tes des services PF reçus à la sortie des PPS de l'échantillon.

Ces indicateurs permettent de mesurer les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan stratégique de sécurisation des produits de SR-PF et la perception des clients-tes sur les services PF reçus et donnent des orientations sur les actions futures à mener pour le renforcement de la sécurisation des produits de santé de la reproduction et de planification familiale en Haïti.

REMERCIEMENTS

Cette étude a été rendue possible grâce au soutien technique et financier de l'UNFPA en appui au Plan stratégique national de Santé de la Reproduction et planification Familiale 2013-016 d'Haïti à travers la Direction de la Santé de la Famille (DSF) du MSPP.

Le Ministère de la santé publique et de la population (MSPP) et l'UNFPA remercient toutes les institutions, les personnes physiques ou morales qui ont contribué à la réalisation de la sixième enquête annuelle GPRHCS, édition 2015 sur les produits et les services de santé reproductive dans 132 institutions sanitaires repartis au niveau des 10 départements d'Haïti.

Ils tiennent particulièrement à adresser ses plus vifs et sincères remerciements :

- aux Chercheurs de la Société d'Etude et de Formation en Information Stratégique (SEFIS) notamment, Robert Philippe, Antoine Wesner et Dr Natacha Antoine, qui ont conduit cette étude.
- à tous les membres du comité technique de pilotage de l'étude, particulièrement Reynold Grand 'Pierre, Marc Henry François Pierre, Gislaine D'Alexis et Dieuseul Esprit Saint de la DSF ; Emmanuel Charles de l'UEP ; Lourdrige Valcourt de la DPM ; Myrtha Jean-Baptiste, Youseline Télémaque et Guerline L. Jeune de l'UNFPA.
- à tous les responsables et prestataires des 132 Points de Prestations de Services (PPS) qui ont bien voulu collaborer dans la collecte des données.
- aux enquêteurs et enquêtrices qui ont eu la lourde tâche de collecter les données auprès des 132 PPS et des 1623 clients à la sortie des PPS.
- aux responsable PF des dix (10) directions départementales sanitaires d'Haïti.
- à toutes ces personnes et institutions, le MSPP et l'UNFPA adresse une fois de plus ses plus vifs et sincères remerciements.

LISTE SIGLES ET DES ABREVIATIONS

CAL	Centre Avec Lit
CCV	Contraception Chirurgicale Volontaire
CSL	Centre de Sante sans Lit
DD	Direction Départementale
DISP.	Dispensaire
DIU	Dispositif Intra Utérin
DPM/MT	Direction de la Pharmacie, des Médicaments et de la Médecine Traditionnelle
DDS	Direction Départementale Sanitaire
DSF	Direction de la Santé de la Famille
EMMUS	Enquête sur la Mortalité, la Morbidité et sur l'Utilisation des Services de santé
HC	Hôpital Communautaire
HCR	Hôpital Communautaire de Référence
HU	Hôpital Universitaire
GPRHCS	Programme mondial de sécurisation des produits de santé reproductive (Traduction française)
LME	Liste de Médicaments Essentiels
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OPS/OMS	Organisation Pan Américaine de la Santé/Organisation Mondiale de la santé
PF	Planification familiale
PPS	Points de Prestation de services
SEFIS	Société d'Etude et de Formation en Information Stratégique
SSPE	Service de Santé de Premier Échelon
SOG	Soins Obstétricaux Gratuits
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SR	Santé de la Reproduction
UEP	Unité d'Evaluation et de Programmation
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population

SOMMAIRE

AVANT PROPOS	3
REMERCIEMENTS.....	4
LISTE SIGLES ET DES ABREVIATIONS	5
SOMMAIRE.....	6
LISTE DES TABLEAUX.....	9
LISTE DES FIGURES	11
RESUME	12
I. PARTIE I : INTRODUCTION.....	15
1.1. Contexte.....	16
1.2. Raison d’être et objectifs de l’étude.....	19
1.3. Organisation et gestion de l’enquête.....	19
1.4. Méthodologie et limites	20
1.4.1. Conception de l’enquête et échantillonnage des établissements	20
1.4.2. Collecte des données	23
1.4.3. Analyse et présentation des données	25
1.4.4. Limites de l’enquête	26
1.4.5. Plan du rapport	27
II. PARTIE II : DIRECTIVES, LOIS ET PROTOCOLES NATIONAUX	29
2.1. Résumé des directives, lois et protocoles relatifs à la fourniture de moyens de contraception modernes.....	29
2.2. Résumé des directives, lois et protocoles relatifs à la fourniture de médicaments pour la santé maternelle/reproductive	30
III. PARTIE III : RÉSULTATS DE L’ENQUÊTE RELATIFS À LA DISPONIBILITÉ DES PRODUITS ET DES SERVICES.....	32
3.1. Informations d’ordre général concernant les établissements	32
3.1.1. Répartition géographique des établissements.....	32
3.1.2. Gestionnaires des établissements	33
3.1.3. Distance séparant les points de prestation de services des sources d’approvisionnement	34
3.2. Moyens de contraception modernes proposés par les établissements.....	35
3.2.1. Moyens de contraception proposés par type d’établissement	37
3.2.2. Établissements proposant au moins trois types de contraceptifs.....	40
3.2.3. Établissements proposant au moins cinq (5) types de contraceptifs	41
3.2.4. Raisons de l’absence de certains contraceptifs.....	42
3.3. Disponibilité des médicaments pour la santé maternelle et reproductive	43

3.3.1.	Médicaments pour la santé maternelle et reproductive disponibles par type d'établissement	43
3.3.2.	Disponibilité de sept médicaments traceurs pour la santé maternelle et reproductive	46
3.3.3.	Raisons de l'absence de certains médicaments vitaux pour la santé maternelle et reproductive	48
3.4.	Incidence de l'absence de rupture de stock des moyens de contraception modernes	49
3.4.1.	Absence de rupture de stock au moment de l'enquête	49
3.4.2.	Absence de rupture de stock au cours des trois (3) derniers mois	51
3.4.3.	Raisons de l'absence de rupture de stock	52
3.5.	Chaîne d'approvisionnement, dont chaîne du froid	53
3.5.1.	Réapprovisionnement en fournitures médicales	53
3.5.2.	Utilisation de formulaires logistiques	54
3.5.3.	Fréquence et transport des fournitures destinées aux points de prestation de services	54
3.5.4.	Entreposage des fournitures nécessitant réfrigération	56
3.5.5.	Types de chaîne du froid à disposition dans les points de prestation de services et source d'énergie	56
3.6.	Formation et supervision du personnel	57
3.6.1.	Disponibilité de personnel formé à la prestation de services de planification familiale, notamment la pose et le retrait d'implants	57
3.6.2.	Formation des membres du personnel à la prestation de services de planification familiale, notamment la pose et le retrait d'implants	58
3.6.3.	Durée et fréquence des visites de supervision du personnel	58
3.6.4.	Points inclus dans la supervision du personnel	60
3.7.	Existence de directives, listes de contrôle et outils de travail	61
3.7.1.	Directives, listes de contrôle et outils de travail en rapport avec la planification familiale	61
3.7.2.	Directives, listes de contrôle et outils de travail en rapport avec la santé maternelle	62
3.7.3.	Directives, listes de contrôle et outils de travail en rapport avec la gestion des déchets	63
3.8.	Utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) et gestion des déchets	63
3.8.1.	Disponibilité dans les points de prestation de services et modalités d'acquisition	63
3.8.2.	Utilisation des TIC par les points de prestation de services	64
3.9.	Facturation des utilisateurs	64
3.9.1.	Services payants – Consultations	64
3.9.2.	Services payants – Médicaments	65
3.9.3.	Services gratuits	65
IV.	PARTIE IV : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE – ENTRETIEN À LA SORTIE AVEC LES CLIENTS	67

4.1.	Renseignements sur les clients.....	68
4.1.1.	Répartition en termes d'âge et de sexe.....	68
4.1.2.	Situation conjugale.....	69
4.1.3.	Éducation.....	69
4.1.4.	Fréquence des visites au point de prestation de services afin de bénéficier de services de planification familiale.....	70
4.2.	Perception de la prestation des services de planification familiale par les clients.....	71
4.2.1.	Aspects techniques.....	71
4.2.2.	Aspects organisationnels.....	72
4.2.3.	Aspects relationnels.....	73
4.1.1.	Résultats.....	73
4.2.	Évaluation du coût des services de planification familiale par les clients.....	74
4.2.1.	Paiement des services de planification familiale.....	74
4.2.2.	Coût du déplacement.....	75
4.2.3.	Temps passé.....	75
4.2.4.	Source de financement des services de planification familiale.....	76
V.	PARTIE V : CONCLUSION.....	77
5.1.	Synthèse des résultats.....	77
5.2.	Recommandations.....	78
	BIBLIOGRAPHIE.....	80
	ANNEXES.....	81
	Annexe 1 : Liste des tableaux.....	81
	Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées dans les PPS.....	81

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1:Types de points de prestation de services dispensant à la fois des moyens de contraception modernes et des services d'accouchements en Haïti, par département.....	21
Tableau 2:Tailles d'échantillon minimales des PPS	22
Tableau 3:Répartition de l'échantillon par PPS et par département	22
Tableau 4: Méthodes contraceptives selon le niveau de soins	29
Tableau 5: Profil des prestataires par méthode	30
Tableau 6: Activités de soins obstétricaux selon le niveau de soins.....	30
Tableau 7: Médicaments en Santé maternelle par niveau de soin	31
Tableau 8:Distance séparant les PPS des sources d'approvisionnement	35
Tableau 9:Offre de service PF propose par les PPS selon les normes	36
Tableau 10: Moyens contraception proposes par type de PPS	38
Tableau 11: Résumé des moyens contraceptifs offerts selon les caractéristiques des PPS	39
Tableau 12:Distribution des PPS offrant au moins 3 méthodes de contraceptifs par type	40
Tableau 13:Distribution des PPS offrant au moins 3 méthodes de contraceptifs par département.....	40
Tableau 14: Distribution des PPS offrant au moins 3 méthodes de contraceptifs par milieu de résidence	41
Tableau 15:Distribution des PPS offrant au moins 3 méthodes de contraceptifs selon le mode de gestion	41
Tableau 16:Raisons de l'absence de certains contraceptifs dans les PPS	42
Tableau 17: Médicaments en Santé maternelle par niveau de soin	43
Tableau 18: Résumé des médicaments de santé maternelle et reproductive disponibles selon les caractéristiques des PPS.....	45
Tableau 19: Répartition des PPS offrant 7 médicaments traceurs de santé maternelle selon le type de PPS	46
Tableau 20: Répartition des PPS offrant 7 médicaments traceurs de santé maternelle selon le département	47
Tableau 21: Répartition des PPS offrant 7 médicaments traceurs de santé maternelle par zone de résidence	48
Tableau 22:Répartition des PPS offrant 7 médicaments traceurs de santé maternelle par mode de gestion	48
Tableau 23:Raisons de l'absence de certains médicaments vitaux pour la santé maternelle.....	49

Tableau 24: Absence de rupture de stock au moment de l'enquête	49
Tableau 25: Absence de rupture de stock des moyens de contraception modernes au moment de l'enquête	50
Tableau 26: Absence de rupture de stocks contraceptifs au cours des 3 derniers mois	51
Tableau 27: Raisons de rupture de stocks 3 mois avant l'enquête.....	53
Tableau 28: Pourcentage de PPS utilisant de formulaires logistiques selon le type de PPS.....	54
Tableau 29: Responsable du transport des fournitures destinées aux PPS	55
Tableau 30: Pourcentage de PPS ayant de personnel formé pour le service PF par type de PPS.....	57
Tableau 31: Nombre moyen de personnel formé pour le PF par type de PPS.....	58
Tableau 32: Dernière visite de supervision au cours des 12 derniers mois.....	59
Tableau 33: Points inclus dans la supervision pour SR-PF.....	60
Tableau 34: Existence de directive en rapport avec la gestion des déchets par type de PPS	63
Tableau 35: Modalité d'acquisition des TIC.....	63
Tableau 36: Utilisations premières des TIC par les PPS.....	64
Tableau 37: Gratuité des services dans les PPS où la consultation est payante.....	65
Tableau 38: Gratuité des médicaments dans les PPS pour certains services	65
Tableau 39: Gratuité des services dispensés par des professionnels qualifiés dans les PPS.....	66
Tableau 40: Information général sur les clients PF enquêtés.....	67
Tableau 41: Répartition des clients PF par groupe d'âge et par sexe	68
Tableau 42: Situation conjugale des clients PF	69
Tableau 43: Niveau d'éducation des clients	70
Tableau 44: Fréquence de rendez-vous des clients PF.....	71
Tableau 45: Aspect technique du prestataire de soin.....	71
Tableau 46: Aspects organisationnels de la prestation de service PF.....	72
Tableau 47: Aspects relationnels	73
Tableau 48: Coût moyen de déplacement	75
Tableau 49: Temps d'attente.....	75

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Organisation administrative de la République d'Haïti	16
Figure 2: Répartition géographique des PPS enquêtés selon le niveau de soins.....	33
Figure 3: Répartition des PPS par mode de gestion en % - Haïti 2015.....	34
Figure 4: Contraceptifs modernes offerts dans les PPS (en %), Haïti 2015.....	37
Figure 5: Contraceptifs modernes offerts dans les PPS (en %), Haïti 2015.....	44
Figure 6 : Contraceptifs modernes en stocks dans les PPS (en %), Haïti 2015	52
Figure 7: Principal responsable de la commande de fournitures médicales de l'établissement.....	54
Figure 8: Fréquence moyenne de réapprovisionnement des PPS, Haïti 2015	55
Figure 9: Principal type de chaînes de froid des PPS, Haïti 2015.....	56
Figure 10 : Source d'alimentation électrique pour le frigo des PPS, Haïti 2015	57
Figure 11: Dernière formation à la prestation de services de PF dans les PPS, Haïti 2015	59
Figure 12: Fréquence des visites de supervision dans les PPS, Haïti 2015	60
Figure 13: Existence de directives, de listes de contrôle et d'outils de travail dans les PPS, Haïti 2015.....	61
Figure 14: Existence de directive et de liste de contrôle en matière PF, Haïti 2015.....	62
Figure 15 : Existence de directive en matière de santé maternelle, Haïti 2015	62
Figure 16 : Répartition des clients PF par groupe d'âge et par sexe, Haïti 2015.....	69
Figure 17: Pourcentage clients payant pour les services selon le secteur du PPS	74

RESUME

Depuis plus d'une décennie, le MSPP a mis l'emphase sur la santé maternelle pour réduire la mortalité materno-infantile en Haïti. L'objectif principal du plan stratégique national SR et PF de 2013-2016, élaboré par le MSPP avec l'appui technique et financier de ses partenaires, est de rendre fonctionnels, les services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) dans 108 institutions de santé d'ici 2016. Dans cette perspective, les besoins en informations pour la prise des décisions opportunes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire dans le cadre de la planification, de l'exécution, du suivi et de l'évaluation des activités en services de santé reproductive et sexuelle se précisent de plus en plus afin de mieux apprécier les progrès enregistrés. C'est dans cette perspective et dans le but de combler aux besoins en informations des différents acteurs intervenant dans le système de santé haïtien (décideurs, professionnels de la santé, étudiants, partenaires techniques et financiers) que s'inscrit cette enquête qui se réalise sur une base annuelle. L'objectif principal de cette étude est de mesurer globalement l'offre de services au niveau institutionnel, notamment la disponibilité des intrants et des services de SR (SM et PF) ainsi que la satisfaction des clients-tes de la PF.

La réalisation de l'enquête a été assurée par la Société d'Etude et de Formation en Information Stratégique (SEFIS) en collaboration avec le comité technique de pilotage (UNFPA, DSF, DPM/MT, UEP). Elle a été réalisée sur un échantillon aléatoire de 132 points de prestation de services (PPS) publiques, privés et mixtes, repartis dans les 10 départements géographiques d'Haïti. Avant la collecte sur le terrain, un pré-test a été fait dans cinq (5) PPS de l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince qui ne font pas partie de l'échantillon. Les données ont été collectées du 1^{er} au 28 octobre 2015 par 15 enquêteurs dont 73% (11) sont des femmes, majoritairement des infirmières (60%). Ils ont été formés pendant trois jours sur l'organisation méthodologique de l'enquête, l'utilisation des tablettes et sur l'administration du questionnaire sur le terrain. Les données recueillies sur tablettes ont été extraites en format Excel puis exportées vers SPSS version 21.0 pour analyse suivant le plan d'analyse proposé par l'UNFPA. Les résultats sont présentés sous forme de graphiques et de tableaux de fréquence. Des analyses bi-variées avec des variables pertinentes de l'enquête (type de PSS, département, mode de gestion et milieu de résidence) sont également produites en vue de dégager des tendances.

Ce rapport renseigne sur les quatre principaux indicateurs du suivi suivant :

1. Nombre de PPS offrant au moins 3 méthodes de contraception modernes ;
2. Nombre de PPS assurant des services d'accouchement qui disposent 7 médicaments essentiels de santé maternelle et reproductive figurant sur la liste de MSPP/UNFPA ;
3. Nombre de PPS n'ayant pas connu de rupture de stocks de contraception au cours des trois derniers mois ;
4. Le degré de satisfaction des clients de services de planification familiale.

Dès 132 institutions sanitaires visitées, 37% (49) sont de niveau primaire, 49% (65) secondaire et 14% (18) de niveau tertiaire. Elles se trouvent en majeure partie en milieu rural, soit 52% (69). La totalité des points de prestations de services (PPS) visités (100%) offrent les services de planification familiale tandis que seulement 81% (107) assurent des soins de santé maternelle, notamment les services d'accouchement. Un total de 1623 clients a été interviewé à la sortie des 132 PPS durant la période de collecte de données, soit une moyenne de 12 clients par PPS.

L'offre des méthodes de contraceptifs modernes est disponible dans la quasi-totalité des points de prestations de services, car 97.0% offrent au moins trois méthodes contraceptives modernes.

Les stérilisations masculine et féminine et les implants sont les moyens contraceptifs les moins offerts dans les PPS. Les principales raisons évoquées par les prestataires des PPS sont : contraceptifs peu ou pas du tout demandé par les clients et absence de personnel formé aux PPS pouvant administrer des stérilisations masculine et féminine ainsi que pour l'insertion du stérilet (DIU); et absence de personnel formé pour les implants.

De l'analyse des données, il ressort que plus de 50% des PPS offrant les services disposent tous les médicaments traceurs de santé maternelle et de la reproduction. Les trois médicaments les plus disponibles sont par ordre décroissant Métronidazole 86.9%, Ringer Lactase 81.3% et Ocytocine 80.4% tandis que les trois moins disponibles sont Benzathine 61.7%, Hydralazine 51.4% et Gluconate de Calcium 50.5%.

Il résulte également de cette enquête que près de deux tiers (61%) des points de prestation sanitaire offre au moins sept (7) médicaments traceurs pour la santé maternelle et reproductive dont les deux médicaments obligatoires, le sulfate de magnésium (66.7%) et l'Ocytocine (80.4%) ; ces proportions étaient respectivement 57.9% et 84.1% en 2014. Globalement, on observe une augmentation considérable de la disponibilité de 7 médicaments traceurs cette année (61%) comparativement à une disponibilité de 50.8% en 2014.

La principale raison de la non-disponibilité de certains médicaments traceurs de santé maternelle et reproductive est le retard de livraison de la part de la source de réapprovisionnement principale 31% et le retard dans la soumission des demandes de réapprovisionnement de la part du PPS (19%).

Les résultats de cette enquête indiquent bien que la grande majorité des PPS (97%) offre au moins trois méthodes modernes de contraception, ils sont peu à n'avoir pas connu de rupture de stocks d'au moins une des méthodes au cours des trois derniers mois (49%) et au moment de l'enquête (47%). Ce qui limite les possibilités de choix par les clients.

Les résultats de cette enquête montrent une amélioration substantielle de l'incidence de l'absence de rupture de stock le jour de l'enquête (53%) comparativement à l'enquête de 2014 (18.2%).

En ce qui a trait aux raisons pour lesquelles certaines méthodes contraceptives ne sont pas offertes dans les PPS enquêtées, il résulte que les trois principales sont : retard de livraison de la part de la source de réapprovisionnement principale, absence de personnel formé pour offrir ce contraceptif dans le PPS et contraceptifs peu ou pas demandé. Il ressort de cette étude que les raisons sont liées au fait qu'il n'y ait pas de personnel qualifié pour le stérilet, les implants, la ligature des trompes et la vasectomie. Ils sont en rupture de stocks dans plus de 80% de PPS au moment de l'enquête.

En ce qui concerne la satisfaction des clients, il en résulte de l'enquête que plus de 90% des clients sont satisfaits de la qualité des services reçus. Les clients du service de planification familiale sont globalement satisfaits des aspects technique (87%), organisationnel (85%) et relationnel (97%). Il faut noter que 15% des clients trouvent que le temps d'attente est trop long bien qu'on observe une amélioration par rapport à l'édition de 2014 où 20% des clients ont trouvé le temps d'attente trop long.

I. PARTIE I : INTRODUCTION

L'UNFPA et ses partenaires ont mis en place un programme global pour la sécurisation des produits de santé de la reproduction (GPRHCS) en vue de contribuer à l'atteinte des objectifs du millénaire (ODM) pour le développement et de la conférence internationale sur la population et le développement d'ici 2015. La satisfaction régulière et de manière fiable des besoins en produits de santé de la reproduction de tous ceux qui en ont besoin est l'un des résultats escomptés de ce programme. Haïti est l'un des douze (12) pays du groupe 1 qui bénéficient de l'appui technique et financier de ce programme (UNFPA, 2012).

Depuis plus d'une décennie, le MSPP a mis l'emphase sur la santé maternelle pour réduire la mortalité materno-infantile en Haïti. Les données de l'EMMUS V sur la santé de la reproduction ont porté le MSPP à lancer une campagne nationale de planification familiale (PF) dans le but d'améliorer la couverture nationale en PF à travers une amélioration de l'offre de services. Par ailleurs, au niveau du plan stratégique SR et PF de 2013-2016, l'objectif fixé est de rendre fonctionnels, les services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) dans 108 institutions de santé d'ici 2016. Dans cette perspective, les besoins en informations pour la prise des décisions opportunes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire dans le cadre de la planification, de l'exécution, du suivi et de l'évaluation des activités en services de santé reproductive et sexuelle se précisent de plus en plus afin de mieux apprécier les progrès enregistrés.

C'est dans cette perspective et dans le but de combler aux besoins en informations des différents acteurs intervenant dans le système de santé haïtien (décideurs, professionnels de la santé, étudiants, partenaires techniques et financiers) que s'inscrit cette enquête qui se réalise sur une base annuelle.

Cette année, la sixième édition est portée sur 132 institutions de plusieurs niveaux de soins offrant à la fois des services de planification familiale et d'accouchement. Les résultats de cette enquête permettront entre autre d'apprécier notamment la disponibilité des intrants et services de SR (SM et PF) et également la satisfaction des clients-tes de la PF des institutions sanitaires visités.

1.1. Contexte

Données géographique

La République d'Haïti couvre un territoire de 27.750 km² et occupe le tiers de la superficie de l'île d'Hispaniola, l'une des plus grandes de la Caraïbe. La capitale du pays, Port-au-Prince, regroupe sept municipalités et accueille plus de 25% de la population d'Haïti. Ainsi, à elle seule, la capitale contient 63% de toutes les populations urbaines (IHSI, 2003).

Le pays jouit d'un climat tropical (19° de latitude Nord) avec une température moyenne annuelle de 25°C. Toutefois, son relief accidenté favorise une diversité de microclimats permettant même des baisses de températures en altitude jusqu'à 15 °C.

Le pays est divisé en dix départements géographiques. Les dix départements du pays sont divisés en 42 arrondissements, lesquels sont subdivisés en 140 communes et celles-ci en 570 sections communales.

Figure 1: Organisation administrative de la République d'Haïti



Source: Carte du bureau Géodésie

En Haïti, le secteur santé représente une situation préoccupante. Selon le Ministère de la Santé (MSPP, 2003), « la situation sanitaire du peuple haïtien se caractérise essentiellement par sa précarité ». Des maladies infectieuses telles la rougeole, le tétanos, le choléra, la diphtérie et le SIDA sont parmi les principales causes de morbidité en Haïti. Il est important de souligner aussi que la malnutrition se classe parmi les 10 premières causes de décès dans le pays.

Données démographiques

Selon IHSI (2015), la population d'Haïti est estimée à 10 911 819 d'habitants. Elle est composée de 49.6% d'hommes et 50.4% de femmes, soit un rapport de 98 hommes pour 100 femmes. Le taux d'accroissement annuel moyen est de 1.2 %. La population haïtienne est jeune car 48% des habitants ont moins de 18 ans. La majorité de la population réside en milieu urbaine (52 %).

Les principaux indicateurs démographiques du pays sont:

- Taux d'accroissement démographique : 1.2 (IHSI, 2015)
- Taux de natalité : 26 pour 1000 habitants
- Indice synthétique de fécondité : 3,5 enfants par femme
- Prévalence contraceptive : 35 pour 100 selon (EMMUS V)
- Besoins - satisfait en PF : 35 pour 100 parmi les femmes en union
- Taux de mortalité générale : 8.7 pour 100 000
- Taux de mortalité maternelle : 430 pour 100 000 naissances vivantes (630 EMMUS IV)
- Taux de mortalité néonatale : 25 pour 100 000 naissances vivantes
- Taux de mortalité infantile : 57 pour 1000 naissances vivantes ;
- Taux de mortalité infanto - juvénile : 76 pour 100 000 naissances vivantes
- Espérance de vie à la naissance : 62,7 ans.

Organisation et gestion du système de santé d'Haïti

Le système de santé d'Haïti est décrit sous forme d'une structure administrative qui gère la structure de prestation de services de santé. La structure administrative comprend trois niveaux, (Niveau 1) : Coordination de l'Unité d'Arrondissement de Santé, (Niveau 2) : Direction Départementale Sanitaire, (Niveau 3) : Niveau Central du MSPP.

La structure du système de soins comprend également trois niveaux, (1) primaire, (2) secondaire et (3) tertiaire. Le niveau primaire de soins comprend à son tour trois échelons : le premier échelon

comporte le Centre Communautaire de Santé qui siège au niveau de la Section Communale ; le deuxième échelon au Centre de Santé qui siège au niveau de la Commune, tandis que le troisième échelon indique l'Hôpital Communautaire de référence siégeant au niveau du chef-lieu de l'Arrondissement. Le niveau secondaire réfère à l'Hôpital Départemental qui est l'institution de référence pour le département. Le niveau tertiaire se rapporte aux Institutions universitaires et spécialisées de référence nationale.

Le système de santé haïtien offre des soins formels à environ 47% de la population. Cet accès réduit est compensé en partie par l'utilisation de la médecine traditionnelle comme premier recours. Le secteur privé est très important, particulièrement celui à but lucratif.

La carte sanitaire d'Haïti indique que le premier niveau du système de soins est composé d'un premier échelon avec 795 structures de santé de premier échelon (SSPE) avec et sans lits et 45 hôpitaux communautaires de référence (HCR) au deuxième échelon. Le deuxième niveau comprend

10 hôpitaux départementaux, tandis qu'au troisième niveau il y a l'Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti (HUEH) et quelques centres spécialisés. Le système compte également 51 structures de soins qui offrent des services de soins spécialisés.

Dans son ensemble, le système compte 908 structures de services et de soins réparties comme suit : 278 institutions publiques (30.62%), 419 institutions privées (46,14%) et 211 institutions mixtes (23.24%).

Le secteur pharmaceutique

Garantir la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation optimale des médicaments essentiels de qualité, au profit de toute la population haïtienne est le but de la politique pharmaceutique nationale.

Le secteur pharmaceutique suit l'organisation territoriale du système de santé, notamment le secteur public et le secteur privé à but - lucratif. Le secteur privé à but lucratif, quant à lui, se développe dans une logique de marché, sans aucune perspective territoriale.

Au niveau du système de soins, le secteur pharmaceutique est représenté : d'une part, par les pharmacies institutionnelles, dont le niveau est conforme au type d'établissement de soins considéré (public ou privé) et, d'autre part, les officines pharmaceutiques, qui relèvent du secteur

privé à but lucratif. Le système de distribution de médicaments au niveau du secteur public comprend:

- Au niveau Central, le Centre national pour la fourniture des médicaments essentiels: PROMESS géré par OPS/OMS ;
- La DSF (Direction de la Santé de la Famille) pour les contraceptifs et produits SSR subventionnés ;
- Les directions départementales ;
- Les CDAI: Centre Départemental d'Approvisionnement en Intrants ;
- Les Pharmacies Institutionnelles publiques.

Le Centre national pour la fourniture des médicaments essentiels, PROMESS, a été créé en 1992 et fonctionne sous le leadership technique et financier de l'OPS/OMS (PAHO). PROMESS joue ainsi un rôle essentiel dans le stockage et la distribution des médicaments et des fournitures médicales au niveau national. L'OPS/OMS coordonne ses actions avec le Ministère de la Santé publique et de la Population (MSPP), et a aidé le MSPP à établir un système national d'approvisionnement des médicaments et une Commission pharmaceutique nationale à des fins réglementaires à travers la Direction de la Pharmacie, des Médicaments et de la Médecine Traditionnelle (DPM/MT) en charge du secteur pharmaceutique.

1.2. Raison d'être et objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de mesurer globalement l'offre de services au niveau institutionnel, notamment la disponibilité des intrants et services de SR (SM et PF) ainsi que la satisfaction des clients-tes de la PF.

De manière spécifique, il s'agissait de :

- Déterminer le pourcentage de PPS offrant au moins trois méthodes contraceptives modernes ;
- Déterminer le pourcentage de PPS dans lesquels au moins 5 médicaments vitaux de santé maternelle figurant sur la liste des médicaments prioritaires de l'UNFPA sont disponibles ;
- Déterminer le pourcentage de formations sanitaires n'ayant pas connu une rupture de stock des produits contraceptifs modernes et de santé maternelle offerts aux usagers au cours des 6 derniers mois.

- Identifier les raisons de non ruptures de stocks de produits contraceptifs modernes dans les formations sanitaires enquêtées ;
- Déterminer les raisons pour lesquelles certaines méthodes de contraception moderne et de produits de santé maternelle ne sont pas offertes dans les formations sanitaires ;
- Déterminer le niveau de satisfaction des clients PF.

1.3. Organisation et gestion de l'enquête

La réalisation de l'enquête a été assurée par la Société d'Etude et de Formation en Information Stratégique (SEFIS) en collaboration avec le comité technique de pilotage (UNFPA, DSF, DPM/MT, UEP). Sa mise en œuvre fait l'objet d'une démarche cohérente et qui se résume comme suit :

- Signature du contrat et réception des documents et outils de collecte ;
- Rencontre de cadrage avec le comité technique de pilotage;
- Finalisation de la méthodologie suite à la rencontre de cadrage ;
- Programmation du questionnaire sur tablettes ;
- Recrutement et formation des enquêteurs ;
- Pré-test du questionnaire par l'équipe de SEFIS ;
- Révision de la programmation des tablettes après le pré-test;
- Collecte des données sur le terrain durant la période allant du 1 au 28 octobre 2015;
- Extraction des données dans le serveur ODK et conversion en Excel et SPSS ;
- Traitement et épuration des données
- Analyse des données collectées ;
- Production du rapport de l'enquête suivant le canevas proposé par l'UNFPA.

1.4. Méthodologie et limites

1.4.1. Conception de l'enquête et échantillonnage des établissements

a. Plan d'enquête

Il s'agit d'une enquête transversale évaluative de la disponibilité des intrants et services de SR (SM et PF) ainsi que de la satisfaction des clients de la PF. Elle a été réalisée sur un échantillon aléatoire de 132 points de prestation de services (PPS) publiques, privés et mixtes.

b. Plan d'échantillonnage

La base de données de l'EPSSS Haïti-2013 a été utilisée comme base de sondage pour le choix des PPS à enquêter. Ainsi, le tableau 1 affiche les différents PPS susceptibles de fournir des services de planification familiale et de santé maternelle en trois niveaux par département.

Tableau 1: Types de points de prestation de services dispensant à la fois des moyens de contraception modernes et des services d'accouchements en Haïti, par département

Départements	Types de points de prestation de services			
	Hôpitaux universitaires, départementaux ou équivalents	Hôpitaux communautaires de Référence/autres hôpitaux/CAL	CSL / Dispensaires	Total
Artibonite	1	22	27	50
Centre	2	11	7	20
Grand 'Anse	2	6	9	17
Nippes	1	8	9	18
Nord	2	14	13	29
Nord-est	1	9	17	27
Nord-Ouest	1	11	33	45
Ouest	5	49	28	82
Sud	2	11	10	23
Sud-Est	1	4	27	32
Total	18	145	180	343
Proportion	0.05	0.42	0.53	1

En faisant l'hypothèse que la répartition des PPS suit la loi normale, pour une comparaison des données entre population, l'UEP avait utilisé la formule ci-dessous pour déterminer le nombre minimal de PPS de chaque type considéré comme attribut principal.

$$n = \frac{Z^2 p(1-p)}{d^2}$$

Où

- n= Taille de l'échantillon minimale pour chaque type
- Z= l'écart réduit qui correspond à un intervalle de confiance
- p= la proportion de l'attribut (type de PPS) exprimée en décimale
- d = le pourcentage du niveau de confiance en décimale

Le tableau 1 montre qu'il y a 5% de PPS (p=0.05) de niveau tertiaire, 42% de niveau secondaire et 53% de niveau primaire. Ces proportions, en décimale, ont été utilisées pour déterminer la taille de l'échantillon minimale pour chaque type de PPS. En utilisant la formule ci-dessus, on a obtenu

la taille de l'échantillon minimale avec un intervalle de confiance de 95% (écart réduit =1.96) et d'une marge d'erreur de 5%. Le tableau 2 affiche les résultats de la taille d'échantillon minimale des PPS.

Tableau 2:Tailles d'échantillon minimales des PPS

Intervalle de confiance et marge d'erreur	Taille d'échantillon minimale des points de prestation de services			
	Niveau tertiaire (III)	Niveau Secondaire (II)	Niveau Primaire I)	Total
[Intervalle de confiance de 95 % (Z = 1,96)] et marge d'erreur 5 % (d = 0,05)	73	374	383	830

Les résultats du tableau indiquent que la taille d'échantillon minimale est supérieure à la population. La taille d'échantillon minimale des PPS étant supérieure à la taille de la population de cette catégorie (Tableau 2), elle a été corrigée en incluant la population globale pour le niveau III (n=18) de cette catégorie dans l'échantillon.

L'application de cette correction requiert également de recalculer la taille totale de l'échantillon pour toutes les catégories. Pour ne pas agrandir trop la taille de l'échantillon, l'UEP a choisi une proportion de 18% et 12% respectivement pour les niveaux II (HCR et CAL) et I (CSL et dispensaires) des tailles calculées à l'étape précédente. Ce qui a donné une taille d'échantillon minimale corrigée de 132 PPS pour refléter la réalité d'Haïti dont 47 PPS de niveau I, 67 de niveau II et 18 de niveau III.

Tableau 3:Répartition de l'échantillon par PPS et par département

Départements	Niveau de soins de santé			Total
	Tertiaire	Secondaire	Primaire	
	HU/HD	HCR/CAL	CSL/Disp.	
Artibonite	1	10	7	18
Centre	2	5	2	9
Grand' Anse	2	3	2	7
Nippes	1	4	2	7
Nord	2	6	4	12
Nord-Est	1	5	4	10
Nord-Ouest	1	5	9	15
Ouest	5	22	7	34
Sud	2	5	3	10
Sud-Est	1	2	7	10
Total	18	67	47	132

La taille d'échantillon minimale corrigée d'Haïti pour chaque niveau a été répartie dans les six (10) départements en fonction de leur poids respectif dans chaque niveau. Le tableau 3 ci-dessous affiche la répartition des PPS par niveau et par département.

1.4.2. Collecte des données

Les données ont été collectées du 1^{er} au 28 octobre 2015 par 15 enquêteurs dont 73% (11) sont des femmes, majoritairement des infirmières (60%). Ils ont été formés pendant trois jours sur l'organisation méthodologique de l'enquête, l'utilisation des tablettes et sur l'administration du questionnaire sur le terrain.

La formation avait pour objectifs :

- de former les participants sur les notions de base en santé de la reproduction et en PF ;
- d'orienter les participants sur le questionnaire et son administration sur le terrain ;
- de former les participants à l'utilisation du questionnaire directement sur tablettes (androïde) ;
- de tester les compétences des participants à l'utilisation des outils de collecte sur le terrain ;
- de réviser la programmation des tablettes suite au pré-test ;
- de sélectionner quinze (15) des vingt-cinq (20) participants après le pilote pour la collecte sur le terrain.

La formation sur les notions de base en SR et PF a été assurée par le médecin de l'équipe et la partie sur le questionnaire et son administration sur tablettes par le chef de projet. Pour permettre une meilleure compréhension du questionnaire et son esprit, des échantillons d'intrants SR et PF ont été présentés aux participants durant la formation pour faciliter leur identification (durant l'inventaire) lors de la collecte des données.

Le pré-test a été fait dans cinq (5) PPS de l'Aire Métropolitaine qui ne font pas partie de l'échantillon. Il a permis de réviser la programmation des tablettes et d'évaluer la capacité des enquêteurs à collecter les données sur le terrain suivant les exigences du protocole. Les six (5) PPS pilotes étaient :

1. Dispensaire de Pernier (Public), CSL
2. Centre de Santé St Martin II (Public), CSL
3. Centre Hospitalier Eliazar Germain (Public), CAL

4. Dispensaire St Antoine, (Privé)
5. Centre de santé de la Croix-des-Mission (publique), CSL.



Photo 1 : L'équipe de collecte de données en formation au Bureau de SEFIS



Photo 2 : Les enquêteurs en formation

Le questionnaire était configuré sur des tablettes Samsung Galaxy Tab 4 SM-T23NU par un spécialiste en technologie de l'information. Il a utilisé des contraintes pour éviter les erreurs de saisie et réduire les données manquantes et aberrantes.

Les enquêteurs munis de badges de SEFIS ont été déployés simultanément dans les dix départements, soit 4 dans l'ouest, 2 dans l'Artibonite, 2 dans le Nord-ouest et 1 dans chacun des autres départements. Le processus de collecte a été supervisé par l'équipe de consultants de SEFIS avec l'aide des responsables PF départementales.

Il a été demandé à la DSF/MSPP d'informer, par écrit, les responsables des Directions Départementales Sanitaires (DDS) de la période de collecte des données et du nom de la firme contractante responsable de la sixième édition de l'enquête afin d'aviser les responsables des points de prestation de services (PPS) de la tenue de l'enquête. Les enquêteurs avaient la responsabilité d'informer les responsables des PPS de la date précise de collecte - tout en priorisant le jour où il y a beaucoup de clients PF- afin d'obtenir son autorisation avant d'entamer les entretiens selon le canevas défini pour administrer la section qui leur était destinée. Les enquêteurs ont informé les clients de l'objectif de l'entretien et son caractère confidentiel afin d'obtenir préalablement leurs consentements.

Les données collectées en mode électronique ont été nettoyées et validées par l'équipe de SEFIS. Les données aberrantes ou manquantes ont été corrigées au besoin avec l'enquêteur concerné et /ou le PPS.

1.4.3. Analyse et présentation des données

Les données recueillies ont été extraites en format Excel puis exportées vers SPSS version 21.0. Ainsi l'analyse des données a été faite avec SPSS et Excel suivant le plan d'analyse proposé par l'UNFPA.

L'analyse des coordonnées GPS pour la cartographie des institutions sanitaires enquêtées a été réalisée avec le Google map.

Les résultats sont présentés sous forme de graphiques et de tableaux de fréquence. Des analyses bi-variées avec des variables pertinentes de l'enquête (type de PSS, département, mode de gestion et milieu de résidence) sont également produites en vue de dégager des tendances.

1.4.4. Limites de l'enquête

1. La méthode d'échantillonnage proposée par l'UNFPA est la principale limite dans la mise en œuvre de l'enquête dans le cas spécifique d'Haïti. En appliquant cette méthodologie dans le contexte haïtien, on a constaté que la taille d'échantillon minimale obtenue était supérieure au nombre de PPS à tous les niveaux. Pour pallier à ce problème, l'UEP a utilisé le principe qui veut qu'on prend le nombre globale de PPS au niveau III et recalculé la taille pour les niveaux II et I en appliquant une certaine proportion pour ne pas grossir trop l'échantillon.
2. On n'a pas pu comparer l'incidence de rupture de stocks au cours des trois derniers précédant cette enquête avec celle de 2014 parce qu'en 2014 on a estimé la rupture de stocks au cours des 6 derniers mois précédant l'enquête.
3. Les distances estimées entre les PPS et leur entrepôt, magasin ou établissement d'approvisionnement le plus proche ne sont pas précises. Ce qui est dû, d'une part, au fait que les prestataires ne maîtrisent pas les notions de distance selon le mode de transport et, d'autre part, au fait qu'Haïti est un pays à reliefs montagneux et accident. Les distances à vol d'oiseau, dans ce contexte, ne permettront pas non plus de prendre des décisions.
4. Contraceptifs peu ou pas demandés est l'une des principales causes de rupture de stocks citées par les prestataires. Celle-ci est due au fait ces méthodes ne sont pas offertes par les PPS donc non disponibles.

Contraintes et difficultés

La mise en œuvre de cette enquête n'a pas été sans difficulté. Les contraintes et difficultés confrontées par l'équipe sont résumées comme suit :

1. Certains PPS privés ont refusés l'accès aux enquêteurs. Les responsables réclamaient une lettre personnalisée du MSPP ;
2. Certains PPS initialement retenus dans l'échantillon n'existent plus ; comme c'est le cas pour : Dispensaire de Lavanneau, Hôpital Eye Care de Mirebalais, Centre de santé of Live et Centre de l'université académique;
3. D'autres PPS n'offrent plus les services de PF, soit par manque d'intrants et/ou de personnel qualifié : Sant sante espwa AFSC/Irois; Dispensaire de Chardonnette de Beaumont, Citymed de Delmas 19, Hôpital Sapiens/Port-au-Prince, Shalom Clinique

Médicale/Croix-des-Bouquets ; Clinic Bethel/Nippes, SSPE de Grand Boucan/Nippes, CAL de Plaisance /Nippes ;

4. L'échantillon contenait plusieurs PPS à confession religieuse qui n'offre pas la PF ; citons entre autres : Clinique de la Visitation/Nippes, St François de Sales/Nord, Hôpital Bon Samaritain/Nord, Palmiste/La Tortue, Clinique Confiance en Dieu/Fonds-Verrettes.
5. Difficultés de remplacer ou de trouver dans la même zone des PPS de même niveau de soins offrant le PF.

Toutes ces contraintes et difficultés ont été surmontées grâce à l'expérience de terrain de SEFIS ; mais ne sont pas sans conséquence sur le coût et la durée de la collecte de données. Des recommandations sont spécifiquement formulées en conséquence.

i. Plan du rapport

Le rapport suit le plan détaillé fourni par MSPP/UNFPA et comporte trois volets :

a) Les pages préliminaires qui aborderont les points suivants :

- l'avant-propos et les remerciements;
- les sigles et abréviations, qui fourniront la signification des abréviations utilisées dans le document, rassemblés et présentés par ordre alphabétique ;
- la liste des tableaux, graphiques, encadrés et annexes, qui suivra le sommaire ;
- un résumé des principales conclusions du rapport.

b) Corps du rapport

Le plan du corps du rapport est le suivant :

- **Partie I** : Introduction. Cette partie fournira des informations sur le contexte national et précisera la raison d'être et les objectifs de l'enquête, la méthodologie de recherche employée (procédé d'échantillonnage, questionnaire, méthodes de travail sur le terrain, collecte et analyse des données) ainsi que les limites de l'étude.
- **Partie II** : Présentation synthétique des directives, lois et protocoles nationaux qui régissent la fourniture des moyens de contraception et des produits pour la santé maternelle/reproductive dans les différentes catégories de points de prestation de services de chaque pays
- **Partie III** : Présentation des résultats relatifs aux sections clés du questionnaire, à savoir :
 - Informations d'ordre général ;

- Informations sur les points de prestation ;
 - Disponibilité de médicaments pour la santé maternelle aux niveaux national et sous-national.
 - Informations sur l'incidence de « l'absence de rupture de stock » des moyens de contraception modernes.
 - Aspects en rapport avec la chaîne d'approvisionnement ;
 - Informations relatives à la formation du personnel à la planification familiale et à sa supervision ;
 - Existence de directives, listes de contrôles et outils de travail dans les points de prestation de services
 - Informations sur l'existence et l'utilisation des technologies de l'information et de la communication
 - Activités payantes de l'établissement (notamment consultations, produits et services) et cas de gratuité
 - **Partie IV** : Résultats de l'entretien à la sortie avec les clients.
 - **Partie V** : Conclusions et recommandations principales tirées des résultats de l'étude.
- c) **Partie finale du rapport**

La partie finale regroupe la liste des documents consultés et cités dans la bibliographie, les notes d'explication méthodologiques, le questionnaire ainsi que les tableaux et schémas, etc. supplémentaires issus de l'étude et annexés au rapport.

II. PARTIE II : DIRECTIVES, LOIS ET PROTOCOLES NATIONAUX

Le programme national de santé de la reproduction et de la planification familiale a pour objectif de contribuer à la diminution, à l'échelle nationale, des taux de morbidité et de mortalité maternelle et infantile en offrant des services de Santé de la Reproduction de qualité et à aider la population en âge de procréer à faire un choix éclairé des moyens de contrôle de sa fécondité (MSPP, 2010).

La Planification Familiale est un volet de la Santé de la Reproduction, élément du Paquet de Services à offrir à la communauté dans le cadre des Unités Communales de Santé (UCS). La satisfaction des besoins globaux de santé du couple et la qualité des soins dans les services offerts sont les deux notions qui s'imposent en matière de planification familiale.

Cette section résume les directives, lois et protocoles nationaux en matière de santé maternelle et de planification familiale en Haïti.

2.1. Résumé des directives, lois et protocoles relatifs à la fourniture de moyens de contraception modernes

Selon le manuel de Normes en planification familiale, la distribution des méthodes de contraception modernes dans les institutions de santé se fait -non seulement par niveau de soin mais également selon le profil des prestataires de soin. Les tableaux 4 et 5 résument les capacités techniques des différents niveaux de soins relatifs aux méthodes de planification familiale et aux profils des prestataires appelés à les appliquer.

Tableau 4: Méthodes contraceptives selon le niveau de soins

Niveau de soin Méthodes	Hôpitaux Universitaires /départementaux cliniques spécialisées	Institutions de deuxième échelon (primaire)	Institution de premier échelon (primaire)	Communautaire
CCV	X	X	-	-
Implants	X	X	X	-
Injectables	X	X	X	X
DIU	X	X	-	-
PILULE	X	X	X	X
CONDOM	X	X	X	X
Méthodes Naturels	X	X	X	X

Tableau 5: Profil des prestataires par méthode

Catégorie	CCV	Implants	DIU	Pilules	Condom	Injectables	PFN
Promoteurs	-	-	-	X	X	-	X ¹
Agents de sante	-	-	-	X	X	X1 ¹	X ¹
Auxiliaires	-	X ¹	-	X	X	X	X ¹
Infirmières	X ²	X	X	X	X	X	X
Infirmières-sage-femme	X ²	X	X	X	X	X	X
Médecins	X ²	X	X	X	X	X	X

2.2. Résumé des directives, lois et protocoles relatifs à la fourniture de médicaments pour la santé maternelle/reproductive

Tableau 6: Activités de soins obstétricaux selon le niveau de soins

No	Activités	Communautaire	CAL/CSL	HD/HCR	HU
1	Accueil	+	+	+	+
2	Enregistrement	-	+	+	+
3	Préparation Lieux	+	+	+	+
4	Préparation matériel	+	+	+	+
5	Surveillance (partogramme)	-	+	+	+
6	Accouchement. Eutocique	-	+	+	+
7	Accouchement Dystocique ³	-	+	+	+
8	Délivrance normale	+	+	+	+

¹ Bien entraînés et supervisés mensuellement

² Formés, accrédités par le MSPP

³ Réaliser un accouchement dystocique dans un PPS de niveau communautaire est illusoire. Il faut réviser les normes.

No	Activités	Communautaire	CAL/CSL	HD/HCR	HU
9	Délivrance artificielle	- (référer)	- (référer)	+	+
10	Episiotomie	+	+	+	+
11	Sutures lésions		+	+	+
12	Césarienne ⁴	+	+	+	+

Cependant la distribution des médicaments se fait selon le niveau de soins et selon le programme de médicaments essentiels du MSPP.

Tableau 7: Médicaments en Santé maternelle par niveau de soin

			Niveau Primaire			Niveau		
			Echelon I			Echelon II	Secondaire	Tertiaire
CDI	Forme	Dosage	DISP	CSL	CAL	HCR	HD	HU/HS
Ampicilline	Injectable	500 mg; 1 g	+	+	+	+	+	+
Benzathine PNC	PPPI	1,2 M UI; 2.4 M UI	-	+	+	+	+	+
Benzyl PNC	PPPI	0.6 g (1 M UI); 3 g (5 M UI)	-	+	+	+	+	+
Gentamicine	Injectable	40 mg/ ml	-	+	+	+	+	+
Métronidazole	Comprimé	250 mg	+	+	+	+	+	+
Métronidazole	Injectable	500 mg/ 100 ml	-	+	+	+	+	+
Nifedipine	Gélule à libération immédiate	10 mg	-	-	+	+	+	+
Ringer Lactate (lactate de Na)	Sol. Injectable	N/A	+	+	+	+	+	+
Sulfate de Magnésium	Injectable	500 mg/ 10 ml	-	-	+	+	+	+
Gluconate de Calcium	Injectable	100 mg/ ml	-	-	+	+	+	+
Hydralazine	Injectable	25 mg	-	-	+	+	+	+
Ocytocine	Injectable	10 UI	-	-	+	+	+	+
Chlorure de Sodium	Solution pour perfusion	0.90 %	-	-	-	+	+	+
Dexaméthasone	Injectable	4 mg/ml	-	-	+	+	+	+

⁴ Il en est de même pour une césarienne dans un dispensaire ou un CLS.

III. PARTIE III : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE RELATIFS À LA DISPONIBILITÉ DES PRODUITS ET DES SERVICES

Les données ont été collectées du 1^{er} au 28 octobre 2015 par quinze (15) enquêteurs dans 132 institutions sanitaires. De ces 132 institutions sanitaires visitées, 37% (49) sont de niveau primaire, 49% (65) secondaire et 14% (18) de niveau tertiaire. Elles se trouvent en majeure partie en milieu rural, soit 52% (69).

La totalité des points de prestations de services (PPS) visités (100%) offrent les services de planification familiale tandis que seulement 81% (107) assurent des soins de santé maternelle, notamment les services d'accouchement. Les données de l'enquête portent sur les PPS qui offrent la planification familiale et qui disposent des médicaments vitaux de santé maternelle ainsi que sur la satisfaction des clients à la sortie de ces PPS le jour de l'enquête. 1623 clients ont été interviewés à la sortie des 132 PPS durant la période de collecte de données, soit une moyenne de 12 clients par PPS.

Dès 132 points de prestation de services visités, 100% et 81% assurent respectivement des services de planification familiale et des services de santé de maternelle, notamment des services d'accouchement. L'analyse des données dans ce rapport portent, pour les méthodes de contraception moderne, sur les PPS offrant les services de PF (n=132) et, pour les médicaments essentiels vitaux de santé maternelle, sur ceux assurant des services d'accouchement (n=107). En effet, 18 PPS de niveau primaire et 7 de niveau secondaire de l'échantillon n'offrent pas des services d'accouchement.

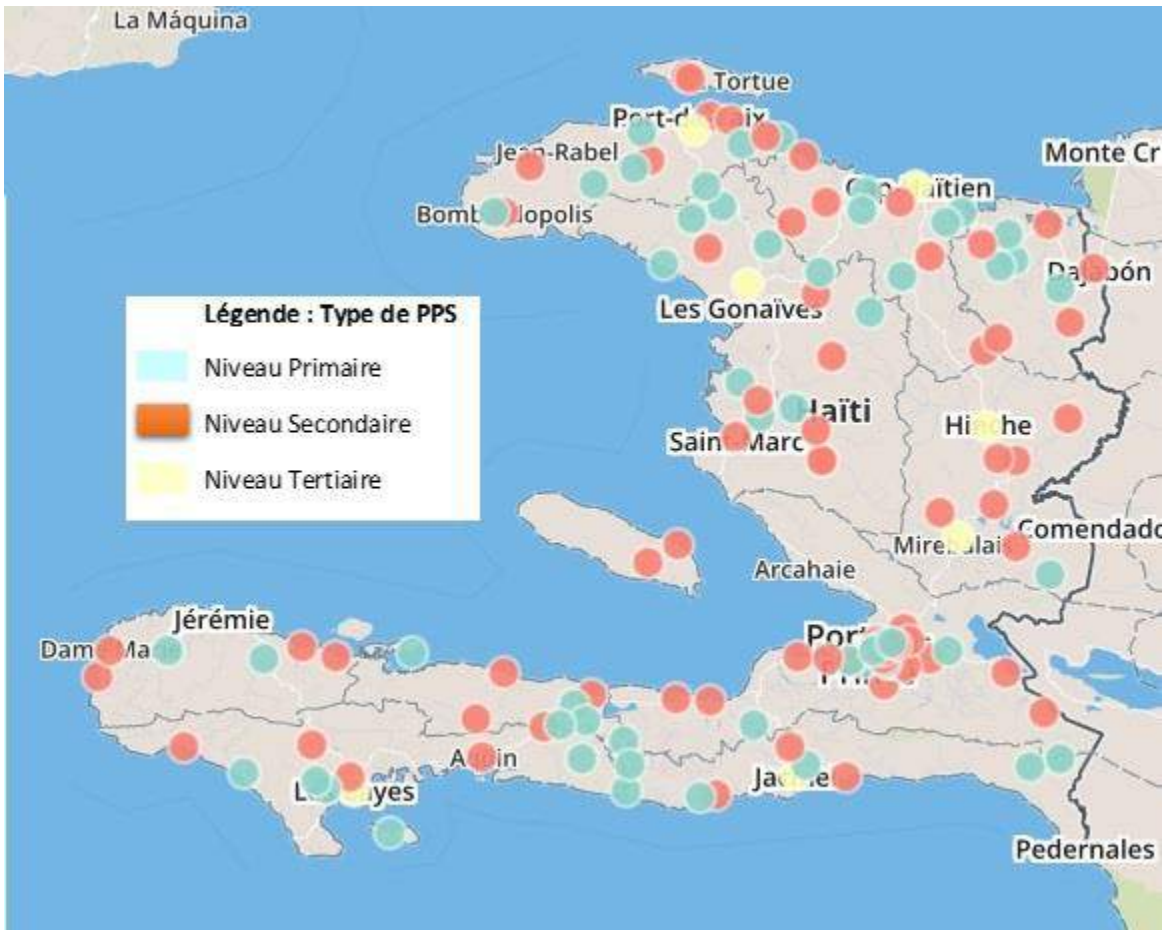
3.1. Informations d'ordre général concernant les établissements

3.1.1. Répartition géographique des établissements

La figure 2 donne la distribution spatiale des 132 PPS enquêtés dans les dix départements géographiques d'Haïti selon le niveau de soins.

Elle indique que la majorité des PPS sont de niveau secondaire (49%), suivis du niveau primaire 37% et de tertiaire 14%. Elle montre également une grande concentration des PPS (26%) dans le département de l'Ouest, particulièrement dans la zone métropolitaine de Port-au-Prince. Le département de l'Artibonite et du Nord-Ouest viennent ensuite avec respectivement 14% et 11% des points de prestation de services (PPS).

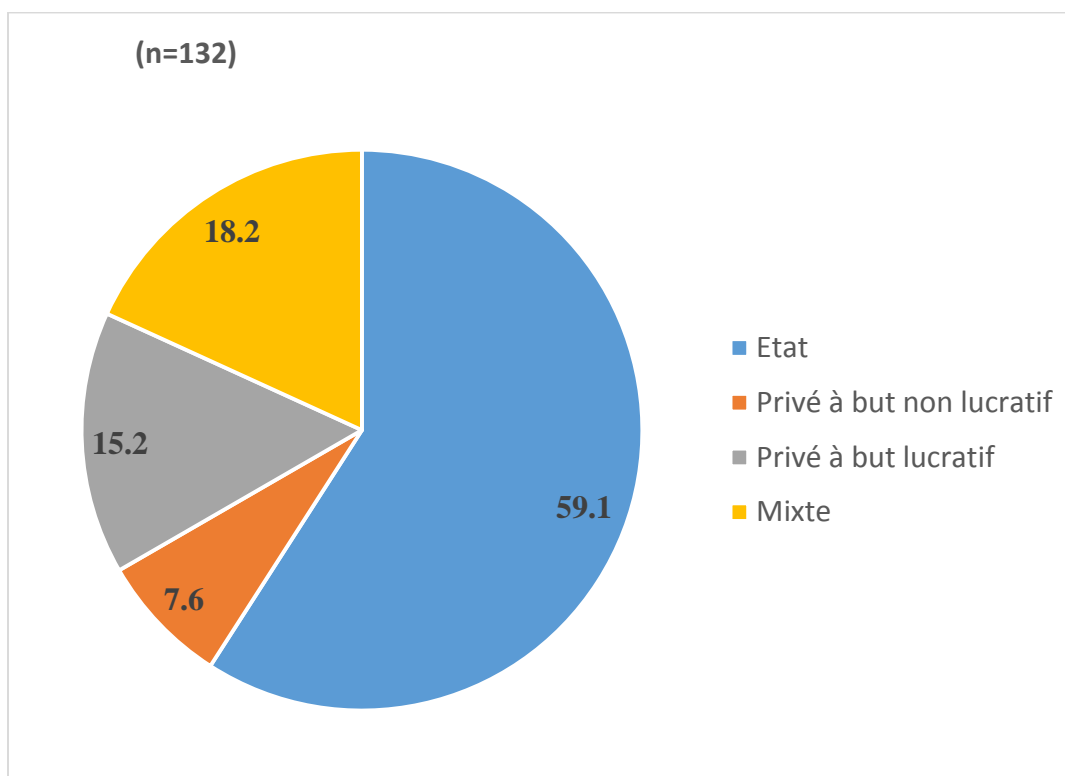
Figure 2: Répartition géographique des PPS enquêtés selon le niveau de soins



3.1.2. Gestionnaires des établissements

La figure 3 ci-dessous affiche la distribution des PPS selon le mode de gestion. Elle indique que la majorité de PPS enquêtés (59%) sont des institutions publiques, gérées totalement par l'Etat et 18% sont mixtes. Ce résultat cadre avec la mission du MSPP définie dans sa politique nationale de 2012 qui est de garantir à tous les citoyens sans distinction le droit à la vie, à la santé et à leur assurer, dans toutes les collectivités territoriales, les moyens appropriés pour la protection, le maintien et le rétablissement de leur santé.

Figure 3: Répartition des PPS par mode de gestion en % - Haïti 2015



3.1.3. Distance séparant les points de prestation de services des sources d’approvisionnement

La distance séparant les PPS des sources d’approvisionnement en médicaments et produits contraceptifs varie avec les caractéristiques des points de prestation de services. Il est important de noter que les distances recueillies des prestataires de soins sont approximatives étant donné que plusieurs d’entre eux ne maîtrisent pas bien la notion de distance selon le moyen de transport utilisé. De plus, Haïti est un pays montagneux à relief accidenté. Ainsi avons-nous choisi de présenter la distance médiane qui n’est pas influencée par les valeurs extrêmes.

Il en résulte de l’enquête que la distance médiane entre les PPS enquêtés et leur source principale d’approvisionnement en produits contraceptifs et médicaments est de 12 (8 ; 30)⁵ km avec une moyenne de 29.4 ± 45 km. Il ressort que 25% des PPS s’approvisionnent à une distance inférieure ou égale à 2 km tandis que 75% s’approvisionnent à une distance inférieure ou égale à 30 km.

⁵ Intervalle interquartile (IQR)

L'analyse du tableau 8 montre que les PPS des zones rurales sont plus défavorisés i.e. les plus éloignés de leurs sources d'approvisionnement principale (distance médiane 15 km). Il en est de même de ceux des départements du Sud et des Nippes qui sont très éloignés de leurs principales sources d'approvisionnement, avec une distance médiane de 103 km et 92 km respectivement.

Tableau 8: Distance séparant les PPS des sources d'approvisionnement

Caractéristiques des PPS	Distance médiane en Km (IQR)
Selon le type de PPS	
Primaire	4 (15 ; 30)
Secondaire	3 (15 ; 30)
Tertiaire	1 (06 ; 30)
Selon le département	
Artibonite	20 (10 ; 30)
Centre	5 (0.7 ; 55)
Grand d'Anse	1.3 (1 ; 5)
Nippes	92 (40 ; 103)
Nord	14 (6 ; 34)
Nord-Est	20 (15 ; 24)
Nord-Ouest	2 (0.2 ; 14)
Ouest	4 (1 ; 15)
Sud	103 (18 ; 145)
Sud-Est	13 (8 ; 83)
Selon le milieu de résidence	
Urbain	5 (1 ; 22)
Rural	15 (5 ; 50)
Selon le mode de gestion	
Public	15 (2 ; 30)
Privé à but lucratif	2 (0.6 ; 5)
Privé à but non lucratif	8 (3 ; 20)
Mixte	12 (4 ; 64)
Total	12 (2 ; 30)

3.2. Moyens de contraception modernes proposés par les établissements

Dans le cadre de cette enquête, l'évaluation de l'offre et de la disponibilité des produits contraceptifs modernes s'est faite à la lumière de la liste des méthodes proposées par le MSPP. Le tableau 9 affiche les différentes méthodes selon le niveau de soins.

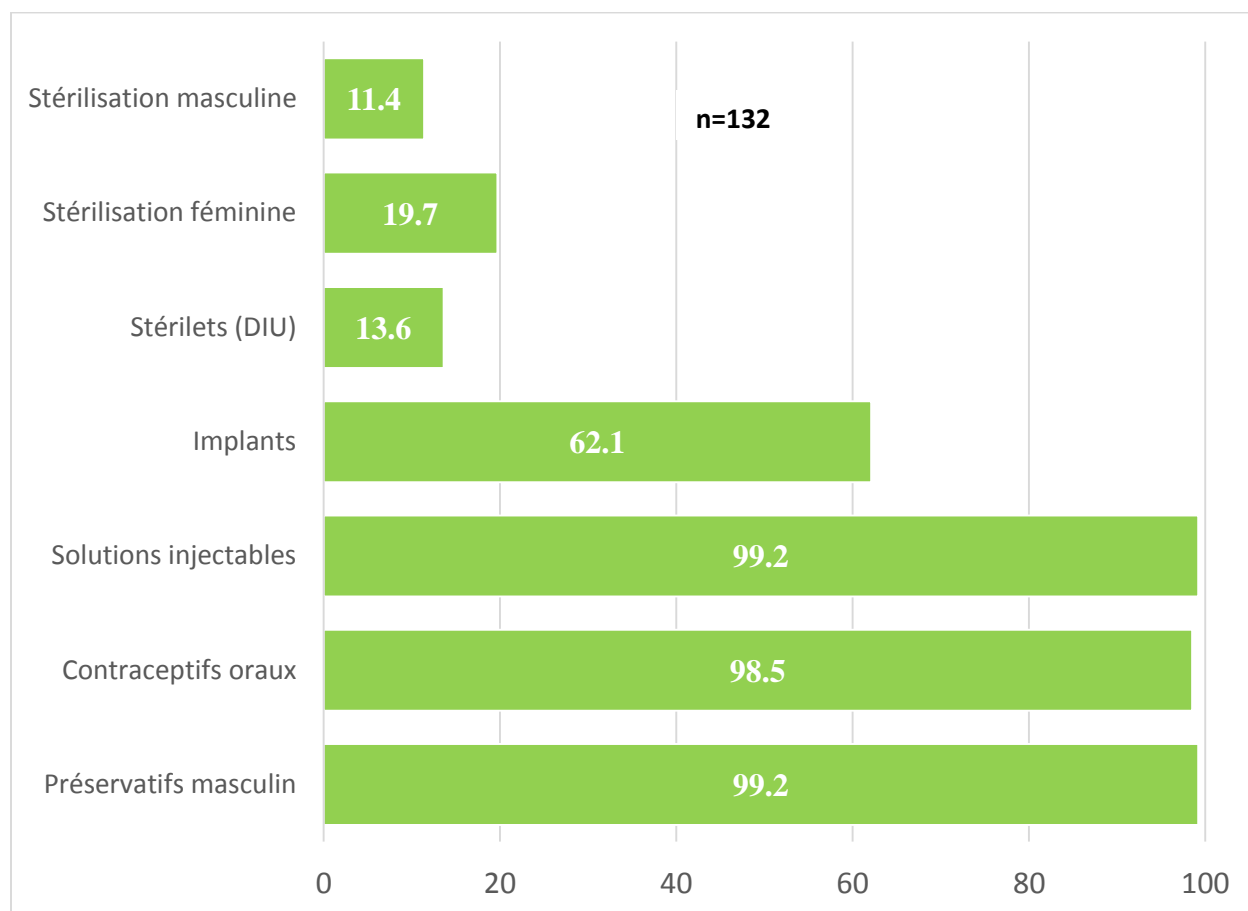
Selon les directives, les lois et les protocoles nationaux en vigueur en Haïti (du MSPP), tous les points de prestation de services sont obligés d'offrir au moins un moyen de contraceptif afin de rendre disponible pour toute la population des moyens contraceptifs lui permettant de contrôler son pouvoir de procréation. Toutefois, la méthode de planification familiale qu'un PPS est censé offrir dépend de son niveau de soins. Il est à noter que certains PPS n'offrent pas de services de planification familiale à cause de leur confession religieuse.

Tableau 9: Offre de service PF propose par les PPS selon les normes

METHODES	Niveau de Soins		
	Tertiaire	Secondaire	Primaire
	Hôpitaux Universitaires / Départementaux / Clinique spécialisées	Institution 2ème échelon	Institution 1er échelon
		(Hôpital + CAL)	(dispensaire + CSL)
CCV (contraception chirurgicale volontaire)	X	X	-
CONDOMS masculin	X	X	X
IMPLANT: Jadelle	X	X	X
INJECTABLE: Depo Provera	X	X	X
DIU: Stérilet	X	X	-
PILULE: Mycrogynon et/ou Microlut	X	X	X
Total méthode par niveau	6	6	4

La figure 3 montre que les préservatifs masculins (99.2%), les injectables (99.2%) et les contraceptifs oraux ou les pilules (98.5%) sont les contraceptifs modernes les plus offerts dans les 132 PPS. La stérilisation masculine (11.4%) et le stérilet (13.6%) sont par contre les moins offerts. Selon le tableau 9, ces deux derniers ne sont offerts que dans les PPS du niveau secondaire et tertiaires.

Figure 4: Contraceptifs modernes offerts dans les PPS (en %), Haïti 2015



3.2.1. Moyens de contraception proposés par type d'établissement

Le tableau 10 affiche la disponibilité des moyens contraceptifs par type de PPS. Il montre que les préservatifs masculins, les contraceptifs oraux et les solutions injectables sont les contraceptifs les plus populaires quel que soit le types de PPS.

La stérilisation masculine (12.3%) et le stérilet (13.8%) sont les moins offerts au niveau secondaire ainsi qu'au niveau tertiaire mais en plus forte proportion, 38.9% et 50% respectivement.

Comparé à l'édition 2014, on constate cette année à une nette augmentation de l'offre de contraceptifs modernes dans les PPS. Les trois contraceptifs les plus offerts en 2014 sont les mêmes qu'en 2015. Cependant, les préservatifs masculins sont de 90.6% en 2014 à 99.2% en 2015, les pilules sont passées de 91.8 à 98.5% et les injectables de 91.8 à 99.2%.

Tableau 10: Moyens contraception proposes par type de PPS

Caractéristiques des PPS	Type de point de prestation de services						Total	
	Primaire		Secondaire		Tertiaire			
	%	n	%	n	%	n	%	n
Préservatifs masculin	95.8	46	100	65	100	18	99.2	129
Contraceptifs oraux	98.0	48	100	65	94.4	17	98.5	130
Solutions injectables	100	49	100	65	94.4	17	99.2	131
Implants	46.9	23	69.2	45	77.8	14	62.1	82
Stérilets (DIU)	0.0	0.0	13.8	9	50.0	9	13.6	18
Stérilisation féminine	0.0	0.0	21.5	14	66.7	12	19.7	26
Stérilisation masculine	0.0	0.0	12.3	8	38.9	7	11.4	15

Par rapport au stérilet et la stérilisation masculine (méthodes les moins offertes en 2014 ainsi que cette année), on observe une légère baisse en proportion, de 14.7 % et 17.6 % en 2014 comparé à 13.6 % et 11.4 % en 2015 respectivement pour le stérilet et la stérilisation masculine.

Le tableau 11 fait un résumé des moyens contraceptifs offerts selon les caractéristiques des points de prestation de services. Il montre que dans huit (8) des dix (10) départements géographique d’Haïti 100% des PPS disposent les trois contraceptifs les plus offerts. Les départements des Nippes et de la Grand ’Anse sont les exceptions mais à un degré moindre.

Il montre également que les PPS des zones rurales sont défavorisés en matière d’offre de contraceptifs modernes, notamment pour ceux offerts au niveau primaire et secondaire comparativement aux PPS des zones urbaines. On observe aussi que les PPS gérés par l’Etat sont moins nantis en offre de contraceptifs modernes comparée aux trois autres modes de gestion.

Tableau 11: Résumé des moyens contraceptifs offerts selon les caractéristiques des PPS

Caractéristiques des PPS	Préservatifs masculin	Contraceptifs oraux	Solutions injectables	Implants	Stérilets (DIU)	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine
Type de PPS							
Primaire	95.8	98	100	46.9	0	0	0
Secondaire	100	100	100	69.2	13.8	21.5	12.3
Tertiaire	100	94.4	94.4	77.8	50	66.7	38.9
Département							
Artibonite	100	100	100	55.6	5.6	11.1	5.6
Centre	100	100	100	100	22.2	22.2	0.0
Grand d'Anse	100	85.7	85.7	85.7	42.9	42.9	28.6
Nippes	100	100	100	85.7	0.0	42.9	42.9
Nord	100	100	100	41.7	0.0	0.0	0.0
Nord-Est	100	100	100	40.0	0.0	10.0	0.0
Nord-Ouest	86.7	93.8	100	50.0	12.5	12.5	6.3
Ouest	100	100	100	51.5	27.3	24.2	15.2
Sud	100	100	100	90	10.0	20.0	20.0
Sud-Est	100	100	100	80	0.0	30.0	11.4
Milieu de résidence							
Urbain	100	98.4	98.4	76.2	27.0	31.7	17.5
Rural	97.1	98.6	100	49.3	1.4	8.7	5.8
Mode de gestion							
Public	97.4	97.4	98.7	65.4	16.7	23.1	12.8
Privé à but lucratif	100	100	100	50.0	20.0	30.0	0.0
Privé à but non lucratif	100	100	100	50.0	10.0	10.0	10.0
Mixte	100	100	100	66.7	4.2	12.5	12.5
Total	98.5	98.5	99.2	62.1	13.6	19.7	11.4

3.2.2. Établissements proposant au moins trois types de contraceptifs

a) Selon le type de point de prestation de services

L'offre des méthodes de contraceptifs modernes est disponible dans la quasi-totalité des points de prestations de services car selon le tableau 12 ci-dessous, 97.0% des PPS offrent au moins trois méthodes contraceptives modernes.

Tableau 12: Distribution des PPS offrant au moins 3 méthodes de contraceptifs par type

Type de PPS	Effectif	PPS proposant au moins trois types de contraceptifs (%)	PPS ne proposant pas au moins trois types de contraceptifs (%)
Niveau Primaire (I)	46	93.8	6.2
Niveau Secondaire (II)	65	100	0.0
Niveau Tertiaire (III)	17	94.4	5.6
Total	128	97.0	3.0

L'analyse des données indique qu'au moins 3 méthodes modernes de contraception sont offertes dans 93.8% de PPS de niveau primaire, 100% de niveau secondaire et 97% de niveau tertiaire.

b) Selon le département

La disponibilité de l'offre d'au moins trois (3) méthodes de contraceptifs varie de 85.7% à 100% selon la division administrative.

Cent pourcent (100%) des points de prestation de services des départements de l'Artibonite, du Centre, des Nippes, du Nord, du Nord-Est, du Sud et du Sud-Est offre au moins trois méthodes de contraception modernes (Tableau 13).

Tableau 13: Distribution des PPS offrant au moins 3 méthodes de contraceptifs par département

Département	Effectif	PPS proposant au moins trois types de contraceptifs (%)	PPS ne proposant pas au moins trois types de contraceptifs (%)
Artibonite	18	100	0.0
Centre	9	100	0.0
Grand d'Anse	6	85.7	4.3
Nippes	7	100	0.0
Nord	12	100	0.0
Nord-Est	10	100	0.0
Nord-Ouest	13	86.7	13.3
Ouest	33	97.1	2.9
Sud	10	100	0.0
Sud-Est	10	100	0.0
Total	128	97.0	3.0

c) Selon le milieu de résidence

Selon le milieu de résidence (tableau 14), 98.4% des PPS en milieu urbain offrent au moins trois (3) méthodes modernes de contraception comparativement à ceux du milieu rural qui offrent 95.6%. Les résultats de l'enquête montrent qu'il n'y a pas de grande différence en matière d'offre de méthodes modernes de contraception entre milieu urbain et milieu rural.

Tableau 14: Distribution des PPS offrant au moins 3 méthodes de contraceptifs par milieu de résidence

Milieu de résidence	Effectif	PPS proposant au moins trois types de contraceptifs (%)	PPS ne proposant pas au moins trois types de contraceptifs (%)
Urbain	62	98.4	1.6
Rural	66	95.6	4.4
Total	128	97.0	3.0

d) Selon le mode de gestion des PPS

Les PPS gérés par l'Etat offrent moins de méthodes modernes de contraception (94.9%) comparativement aux PPS privés à but lucratif ou non et Mixte (Tableau 15). 100% de ces derniers offrent au moins trois méthodes contraceptives.

Tableau 15: Distribution des PPS offrant au moins 3 méthodes de contraceptifs selon le mode de gestion

Mode de gestion	Effectif	PPS proposant au moins trois types de contraceptifs (%)	PPS ne proposant pas au moins trois types de contraceptifs (%)
Public	74	94.9	5.1
Privé à but non lucratif	10	100	0.0
Privé à but lucratif	20	100	0.0
Mixte	24	100	0.0
Total	128	97.0	3.0

3.2.3. Établissements proposant au moins cinq (5) types de contraceptifs

Globalement, 27.3% des points de prestation de service de niveau primaire et tertiaire offrent au moins 5 méthodes modernes de contraceptions. Ce résultat varie selon les caractéristiques des PPS. En effet, les PPS de niveau tertiaire offrent une plus grande gamme de méthodes contraceptives modernes (66.7%) que ceux du niveau secondaire (35.4%).

Par rapport à leur localisation, ce sont les PPS du département de la Grand 'Anse qui offrent plus de méthodes (57.1%), vient ensuite le département du Sud (50.0%) et des départements du Nord-

Est et du Sud-Est (40.0%). Les PPS du département du Nord-Ouest sont moins nombreux (6.3%) à offrir au moins cinq méthodes contraceptives modernes.

Les PPS des zones rurales sont plus défavorisés en matière d'offre de méthodes contraceptives modernes (13.0%) comparativement à ceux des zones urbaines (42.9%).

Les PPS publics offrent davantage de méthodes contraceptives modernes (37.2%) que ceux du secteur privé à but non lucratif (15.0%) ; privé à but lucratif (10.0%) et Mixte (12.5%).

3.2.4. Raisons de l'absence de certains contraceptifs

Les stérilisations masculine et féminine et les implants sont les moyens contraceptifs les moins offerts dans les PPS. Les principales raisons évoquées par les prestataires de ces PPS sont méthodes peu ou pas du tout demandé par les clients et absence de personnel formé au niveau de ces PPS. Il en est de même pour le stérilet (DIU) et les implants (tableau 16).

Tableau 16: Raisons de l'absence de certains contraceptifs dans les PPS

Méthode contraceptive	Raisons de l'absence de certains contraceptifs	Effectif	%
Préservatifs masculin	Retard de livraison de la part de la source de réapprovisionnement principale	1	0.8
Contraceptifs oraux	Retard de livraison de la part de la source de réapprovisionnement principale	1	0.8
Solutions injectables	Retard de livraison de la part de la source de réapprovisionnement principale	1	0.8
Implants	Retard de livraison de la part de la source de réapprovisionnement principale	3	2.4
	Contraceptif peu ou pas du tout demandé par les clients	6	4.6
	Absence de personnel formé à ce contraceptif dans le PPS	14	10.6
	Manque d'équipement pour dispenser ce contraceptif	4	3.2
	Confession religieuse	2	1.5
Stérilets (DIU)	Manque de moyens économiques des clients	1	0.8
	Retard de livraison de la part de la source de réapprovisionnement principale	3	2.4
	Indisponibilité du contraceptif sur le marché empêchant le PPS de se le procurer	2	1.5
	Contraceptif peu ou pas du tout demandé par les clients	15	11.4
	Absence de personnel formé à ce contraceptif dans le PPS	18	13.6
Stérilisation féminine	Manque d'équipement pour dispenser ce contraceptif	4	3.2
	Retard de livraison de la part de la source de réapprovisionnement principale	2	1.5
	Contraceptif peu ou pas du tout demandé par les clients	14	10.6
	Absence de personnel formé à ce contraceptif dans le PPS	13	9.8
	Manque d'équipement pour dispenser ce contraceptif	6	4.6
Stérilisation masculine	Confession religieuse	2	1.5
	Retard de livraison de la part de la source de réapprovisionnement principale	3	2.4
	Contraceptif peu ou pas du tout demandé par les clients	19	14.5
	Absence de personnel formé à ce contraceptif dans le PPS	13	9.8
	Manque d'équipement pour dispenser ce contraceptif	6	4.6
	Confession religieuse	1	0.8

3.3. Disponibilité des médicaments pour la santé maternelle et reproductive

L'évaluation de la disponibilité des médicaments vitaux de santé maternelle a été faite à partir de la liste des médicaments en vigueur au MSPP au regard de la liste de PAHO. La liste définitive a été adoptée par les membres du comité technique de pilotage au cours de la réunion de cadrage avec SEFIS. Le tableau 16 affiche la liste de médicaments traceurs de santé maternelle distribués par niveau de soins.

Tableau 17: Médicaments en Santé maternelle par niveau de soin

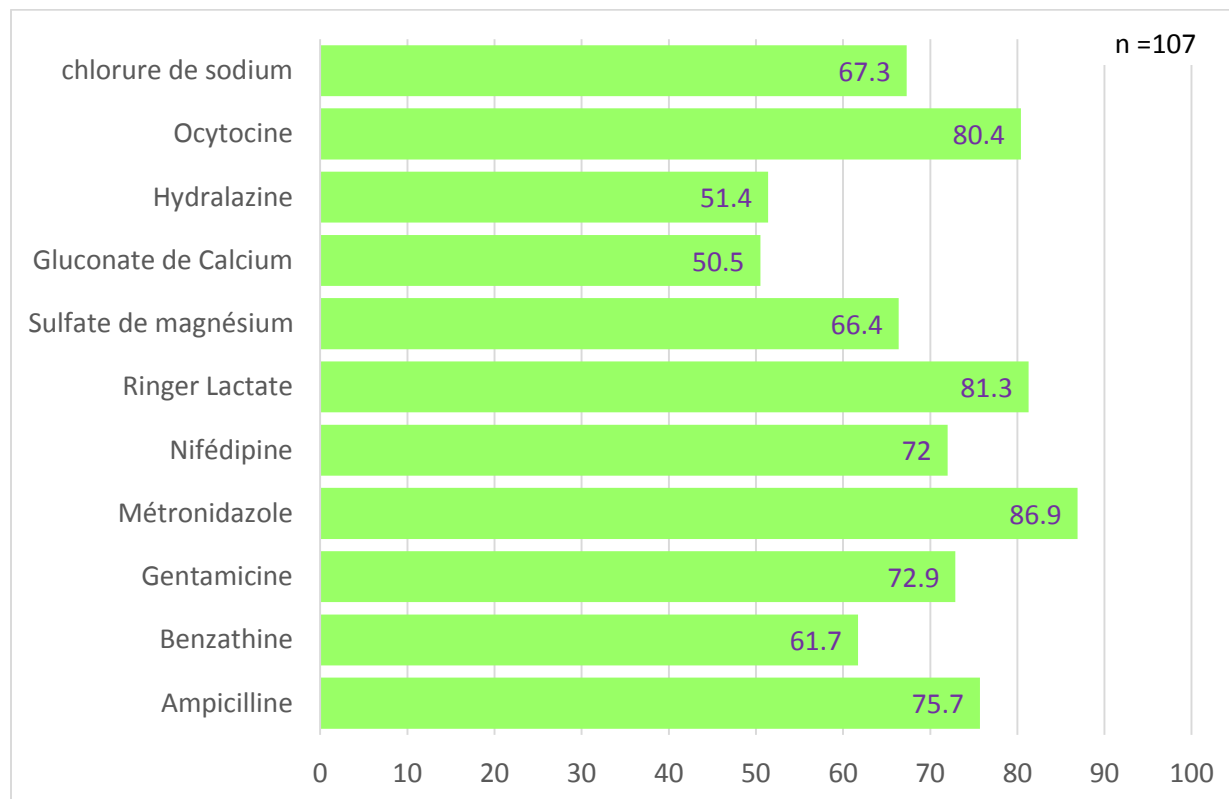
Médicaments vitaux	Niveau Primaire				Niveau	
	Echelon I			Echelon II	Secondaire	Tertiaire
	DISP	CSL	CAL	HCR	HD	HU/HS
Ampicilline	+	+	+	+	+	+
Benzathine PNC	-	+	+	+	+	+
Gentamicine	-	+	+	+	+	+
Métronidazole	-	+	+	+	+	+
Nifédipine	-	-	+	+	+	+
Ringer Lactate (lactate de Na)	+	+	+	+	+	+
Sulfate de Magnésium	-	-	+	+	+	+
Gluconate de Calcium	-	-	+	+	+	+
Hydralazine	-	-	+	+	+	+
Ocytocine	-	-	+	+	+	+
Chlorure de Sodium	-	-	-	+	+	+

3.3.1. Médicaments pour la santé maternelle et reproductive disponibles par type d'établissement

L'analyse des données indique que 107 PPS (81%) de l'échantillon offre le service d'accouchement dont 31 de niveau primaire (29%), 58 de niveau secondaire (54%) et 18 de niveau tertiaire (17%).

La figure 5 montre que plus de 50% des PPS offrent tous les médicaments vitaux de santé maternelle et de la reproduction. Les trois plus disponibles sont par ordre décroissant Métronidazole 86.9%, Ringer Lactase 81.3% et Ocytocine 80.4% tandis que les trois moins disponibles sont Benzathine 61.7%, Hydralazine 51.4% et Gluconate de Calcium 50.5%.

Figure 5 : Médicaments disponibles dans les PPS (en %), Haïti 2015



La disponibilité des médicaments vitaux de santé maternelle et reproductive varie avec les caractéristiques des PPS (tableau 18).

Les médicaments sont plus disponibles au niveau des PPS de niveau secondaire suivi du niveau tertiaire. Les PPS du département des Nippes offrent une gamme plus riche de médicaments vitaux de santé maternelle et reproductive car 100% de PPS offre 7 médicaments vitaux. L'offre des médicaments vitaux de sante maternelle et reproductive est plus restreinte au niveau des PPS du département du Sud.

Selon le milieu de résidence, les PPS des zones urbaines offre une plus forte gamme de médicaments vitaux. La disponibilité des médicaments selon le mode de gestion montre que les

zones urbaines sont plus favorisées. L'écart de disponibilité est plus grand pour le Nifédipine 88.0% en milieu urbain contre 25.0% en milieu rural et Ringer Lactate 80.0% contre 25.0%.

Tableau 18: Résumé des médicaments de santé maternelle et reproductive disponibles selon les caractéristiques des PPS

Caractéristiques des PPS	Ampicilline	Benzathine	Gentamicine	Métronidazole	Nifédipine	Ringer Lactate	Sulfate de magnésium	Gluconate de Calcium	Hydralazine	Ocytocine	Solution de lactate de sodium ou chlorure
Type de PPS											
Primaire	58.1	51.6	51.6	74.2	61.3	64.5	38.7	19.4	32.3	64.5	38.7
Secondaire	86.2	65.5	82.8	94.8	81	94.8	77.6	60.3	58.6	93.1	84.5
Tertiaire	72.2	66.7	77.8	83.3	61.1	66.7	77.8	72.2	61.1	66.7	61.1
Département											
Artibonite	83.3	66.7	83.3	100	75.0	100	66.7	66.7	58.3	91.7	83.3
Centre	88.9	100	88.9	88.9	44.4	77.8	77.8	88.9	33.3	100	88.9
Grand d'Anse	85.7	57.1	85.7	85.7	57.1	85.7	57.1	57.1	42.9	57.1	71.4
Nippes	100	80.0	100	100	100	100	100	60.0	80.0	100	80.0
Nord	90	60.0	50.0	90.0	80.0	90.0	80.0	50.0	60.0	80.0	60.0
Nord-Est	77.8	66.7	77.8	88.9	100	100	55.6	22.2	33.3	77.8	66.7
Nord-Ouest	46.7	60.0	60.0	86.7	66.7	66.7	53.3	40.0	46.7	80.0	53.3
Ouest	80.0	48.0	76.0	92.0	88.0	84.0	76.0	52.0	64.0	80.0	72.0
Sud	37.5	50.0	50.0	37.5	25.0	25.0	50.0	37.5	37.3	50.0	37.5
Sud-Est	85.7	57.1	71.4	85.7	57.1	85.7	42.9	28.6	42.9	85.7	57.1
Milieu de résidence											
Urbain	86.2	67.2	86.2	94.8	81.0	84.5	81.0	70.7	67.2	82.8	72.4
Rural	63.3	55.1	57.1	77.6	61.2	77.6	49.0	26.5	32.7	77.6	61.2
Mode de gestion											
Public	75.8	57.6	74.2	84.8	68.2	80.3	60.6	50.0	53.0	75.8	63.6
Privé à but lucratif	87.5	75.0	75.0	100	100	100	100	75.0	87.5	100	87.5
Privé à but non lucratif	71.4	57.1	64.3	85.7	71.4	71.4	71.4	57.1	57.1	85.7	71.4
Mixte	73.7	73.7	73.7	89.5	73.7	84.2	68.4	36.8	26.3	84.2	68.4
Total	75.7	61.7	72.9	86.9	72.0	81.3	66.4	50.5	51.4	80.4	67.3

Globalement, les institutions sanitaires privées à but lucratif disposent de cinq (5) des médicaments traceurs de santé maternelle et reproductive suivants ; ce sont Métronidazole, Nifédipine, Ringer Lactate, Sulfate de magnésium et Ocytocine.

3.3.2. Disponibilité de sept médicaments traceurs pour la santé maternelle et reproductive

La disponibilité d'un paquet d'au moins sept médicaments traceurs de santé maternelle et reproductive incluant les deux médicaments obligatoires (Sulfate de Magnésium et Ocytocine) est observée dans tous les PPS de l'échantillon offrant le service d'accouchement.

Près de deux tiers (61%) des points de prestation sanitaire disposent au moins sept (7) médicaments traceurs pour la santé maternelle et reproductive dont les deux médicaments obligatoires, le sulfate de magnésium (66.7%) et l'Ocytocine (80.4%) ; ces proportions étaient respectivement 57.9% et 84.1% en 2014. On observe une augmentation considérable de la disponibilité de 7 médicaments traceurs cette année (61%) comparativement à une disponibilité de 50.8% en 2014.

e) Selon le type de point de prestation de services

Les résultats de l'enquête montrent que 77.6% des PPS du niveau secondaire disposent 7 médicaments traceurs. Cette disponibilité est de 66.7% et 25.8% respectivement au niveau tertiaire et primaire (tableau 19). Il y a une différence significative dans la disponibilité des médicaments traceurs selon le type de PPS.

Tableau 19: Répartition des PPS offrant 7 médicaments traceurs de santé maternelle selon le type de PPS

Type de PPS	Effectif	Dispose de sept médicaments traceurs pour la santé maternelle et reproductive	Ne dispose pas de sept médicaments traceurs pour la santé maternelle et reproductive
Niveau Primaire (I)	31	25.8	74.2
Niveau Secondaire (II)	58	77.6	22.4
Niveau Tertiaire (III)	18	66.7	33.3
Total	107	60.7	39.3

f) Selon le département

Les PPS du département des Nippes offrent une gamme plus variée de médicaments traceurs. 100% des PPS de ce dernier disposent d'au moins 7 médicaments traceurs de santé maternelle et reproductive (tableau 20). Il est suivi par le département du Centre avec une offre de 88.9%. Cette disponibilité est plus faible pour les PPS des départements du Sud (37.5%) et du Sud-Est (14.3%).

Tableau 20: Répartition des PPS offrant 7 médicaments traceurs de santé maternelle selon le département

Département	Effectif	Dispose de sept médicaments traceurs pour la santé maternelle et reproductive	Ne dispose pas de sept médicaments traceurs pour la santé maternelle et reproductive
Artibonite	12	50.0	50.0
Centre	9	88.9	11.1
Grand d'Anse	7	57.1	42.9
Nippes	5	100	0.0
Nord	10	80.0	20.0
Nord-Est	9	66.7	33.3
Nord-Ouest	15	53.3	46.7
Ouest	25	64.0	36.0
Sud	8	37.5	62.57
Sud-Est	7	14.3	85.7
Total	107	60.7	39.3

g) Selon le milieu de résidence

La différence dans la disponibilité d'au moins 7 médicaments traceurs de santé maternelle et reproductive est statistiquement significative ($P < 0001$). Le tableau 21 montre une disponibilité de 70.7% d'au moins 7 médicaments traceurs de santé maternelle et reproductive incluant les deux obligatoires dans les PPS en milieu urbain comparativement à une disponibilité de 49.0% en milieu rural.

Tableau 21: Répartition des PPS offrant 7 médicaments traceurs de santé maternelle par zone de résidence

Milieu de résidence	Effectif	Dispose de sept médicaments traceurs pour la santé maternelle et reproductive	Ne dispose pas de sept médicaments traceurs pour la santé maternelle et reproductive
Urbain	58	70.7	29.3
Rural	49	49.0	51.0
Total	107	60.7	39.3

h) Selon le mode de gestion des PPS

Le tableau 22, montre que l'offre d'au moins 7 médicaments traceurs de santé maternelle et reproductive est plus forte au niveau des PPS du secteur privé à but non lucratif (87.5%) et Mixte (73.7%). Cette offre est plus faible dans les PPS du secteur public (53.0%).

Tableau 22: Répartition des PPS offrant 7 médicaments traceurs de santé maternelle par mode de gestion

Mode de gestion	Effectif	Dispose de sept médicaments traceurs pour la santé maternelle et reproductive	Ne dispose pas de sept médicaments traceurs pour la santé maternelle et reproductive
Public	66	53.0	47.0
Privé à but non lucratif	8	87.5	12.5
Privé à but lucratif	14	64.3	35.7
Mixte	19	73.7	26.3
Total	107	60.7	39.3

3.3.3. Raisons de l'absence de certains médicaments vitaux pour la santé maternelle et reproductive

La principale raison de la non-disponibilité de certains médicaments traceurs de santé maternelle et reproductive est le retard de livraison de la part de la source de réapprovisionnement principale 31% (tableau 22). Il est suivi du retard de demande de réapprovisionnement de la part du PPS (19%).

Tableau 23: Raisons de l'absence de certains médicaments vitaux pour la santé maternelle

Raisons de l'absence de certains médicaments	Nombre de raisons	Pourcentage
1. Retard de livraison de la part de la source de réapprovisionnement principale (institution/entrepôt)	81	31
2. Retard de demande de réapprovisionnement de la part du PPS	50	19
3. Indisponibilité du médicament sur le marché empêchant le PPS de se le procurer	12	5
4. Demande/besoin faible ou nul(le) pour le médicament dans le PPS	28	11
5. Absence de personnel formé à ce médicament dans le PPS	1	0
7. Autre	93	35
Total	265	100

On constate une nette régression du nombre de raison de la non-disponibilité de médicaments vitaux (265) comparé à l'édition de 2014 (788). On observe également que le Retard de livraison de la part de la source de réapprovisionnement principale (31%) qui est la principale raison cette année était en deuxième position dans l'édition de 2014 avec un score de 20.9%.

3.4. Incidence de l'absence de rupture de stock des moyens de contraception modernes

3.4.1. Absence de rupture de stock au moment de l'enquête

L'absence de rupture de stock des moyens contraceptifs modernes au moment de l'enquête est un bon indicateur de la disponibilité de ces contraceptifs le jour de l'enquête. L'incidence de l'absence de rupture de stock des produits contraceptifs au moment de l'enquête est de 53.0% globalement (Tableau 24). Elle est plus forte (59.2) parmi les PPS de niveau primaire que ceux des niveaux tertiaire (55.6%) et secondaire (47.7%)

Les résultats de cette enquête montrent une forte augmentation de l'absence de rupture de stock au moment de l'enquête cette année (53%) comparativement à l'enquête de 2014 (18.2%).

Tableau 24: Absence de rupture de stock au moment de l'enquête

Type de PPS	Effectif	Aucune rupture de stock au moment de l'enquête	Rupture de stock au moment de l'enquête
Niveau Primaire (I)	49	59.2	40.8
Niveau Secondaire (II)	65	47.7	52.3
Niveau Tertiaire (III)	18	55.6	44.4
Total	132	53.0	47.0

Le tableau 25 affiche la variabilité de l'absence de rupture de stocks de contraceptifs modernes selon les produits et selon les caractéristiques des PPS.

Tableau 25: Absence de rupture de stock des moyens de contraception modernes au moment de l'enquête

Caractéristiques des PPS	Contraceptifs modernes en stocks au moment de l'enquête						
	Préservatifs masculin	Contraceptifs oraux	Solutions injectables	Implants	Stérilets (DIU)	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine
Type de PPS							
Primaire	85.7	89.8	77.6	40.8	N/A	N/A	N/A
Secondaire	95.4	90.8	92.3	67.7	16.9	16.9	10.8
Tertiaire	100	90.9	94.4	88.9	55.6	61.1	44.4
Département							
Artibonite	94.4	88.9	83.3	44.4	5.6	11.1	5.6
Centre	100	88.9	100	100	22.2	22.2	0.0
Grand d'Anse	100	85.7	85.7	85.7	42.9	28.6	28.6
Nippes	100	100	100	71.4	0.0	42.9	42.9
Nord	83.3	83.3	91.7	58.3	16.7	0.0	0.0
Nord-Est	90.0	100	90.0	60.0	0.0	10.0	0.0
Nord-Ouest	81.3	87.5	81.3	43.8	12.5	18.8	6.3
Ouest	93.9	87.9	81.8	48.5	30.3	21.2	18.2
Sud	100	100	100	90.0	10.0	20.0	20.0
Sud-Est	90	100	80.0	70.0	0.0	0.0	0.0
Milieu de résidence							
Urbain	98.4	93.7	92.1	74.6	28.6	25.4	15.9
Rural	87.0	88.4	82.6	47.8	4.3	8.7	7.2
Mode de gestion							
Public	91.0	88.5	84.6	66.7	17.9	17.9	11.5
Privé à but lucratif	100	100	90.0	50.0	20.0	30.0	0.0
Privé à but non lucratif	95.0	95.0	80.0	50.0	15.0	10.0	15.0
Mixte	91.7	91.7	100	54.2	8.0	12.5	12.5
Total	92.4	90.9	87.1	60.6	15.9	16.7	11.4

Comme indiqué précédemment, les préservatifs masculins (92.4%), les pilules (90.9) et les injectables sont les plus disponibles dans les PPS. Les DIU (15.9%) et les produits pour la stérilisation masculine (11.4%) sont les moins présents dans les PPS.

Le tableau 25 ci-dessous montre que les préservatifs masculins et les pilules accusent un score de plus de 80% quel que soit le type de PPS, le département, la zone de résidence ou le mode de gestion. La situation est quasiment similaire pour les implants, sauf pour les PPS du niveau primaire qui affichent un score de 77.6%.

3.4.2. Absence de rupture de stock au cours des trois (3) derniers mois

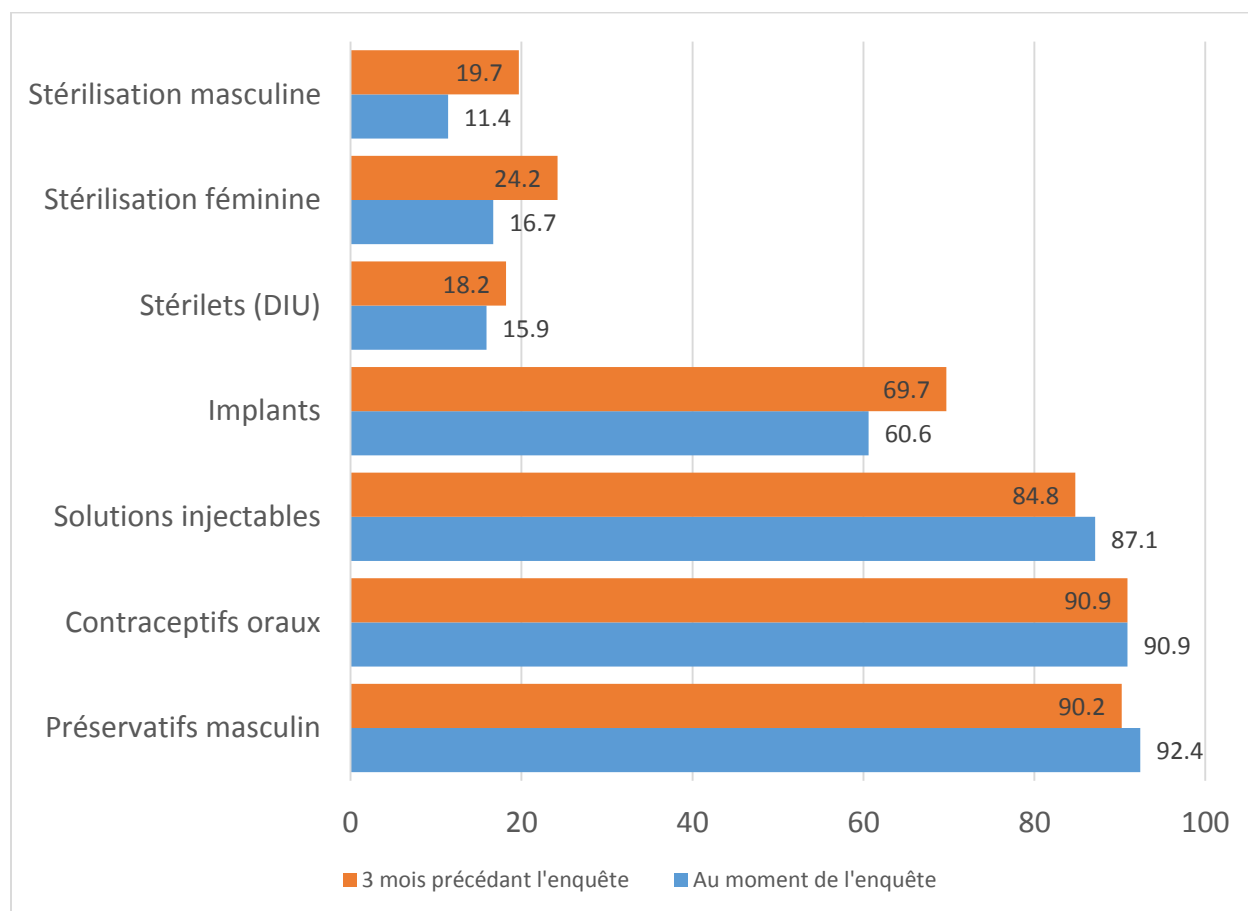
Globalement, 50.8% des PPS n'ont connu aucune rupture de stocks au cours des trois (3) derniers mois précédant l'enquête. Comme indiqué dans le tableau 26, cette absence de rupture de moyens contraceptifs modernes varie selon le type de PPS. La fréquence de l'absence de rupture est plus forte dans les PPS de niveau primaire (55.1%).

Tableau 26: Absence de rupture de stocks contraceptifs au cours des 3 derniers mois

Type de PPS	Effectif	Aucune rupture de stock au cours des 3 derniers mois	Rupture de stock au cours des 3 derniers mois
Niveau Primaire (I)	49	55.1	44.9
Niveau Secondaire (II)	65	47.7	52.3
Niveau Tertiaire (III)	18	50.0	50.0
Total	132	50.8	49.2

La figure 6 compare la disponibilité des produits contraceptifs modernes au moment de l'enquête et trois (3) mois avant l'enquête. Elle montre qu'il n'y a pas une grande différence dans la disponibilité des produits contraceptifs entre les deux périodes. Par exemple, il n'y a aucun écart dans la disponibilité des pilules (contraceptifs oraux) pour les deux périodes ; il y a un écart de 2.2% de différence dans la disponibilité des préservatifs masculins entre la disponibilité au moment (92.4%) et 3 mois précédant l'enquête (90.2%).

Figure 6 : Contraceptifs modernes en stocks dans les PPS (en %), Haïti 2015



3.4.3. Raisons de l'absence de rupture de stock

L'analyse des principales causes de rupture de stock recueillies a permis de déceler les raisons éventuelles de non-rupture de stocks de produits contraceptifs et de santé maternelle. L'analyse des données de l'enquête montre que les causes les plus fréquemment évoquées sont :

- Retard de livraison de la part de la source de réapprovisionnement principale (institution/entrepôt) ;
- Indisponibilité du contraceptif sur le marché empêchant le PPS de se le procurer ;
- Contraceptif peu ou pas du tout demandé par les clients ;
- Absence de personnel formé à l'offre de cette méthode ;
- Manque d'équipement pour dispenser cette méthode.

Le tableau 27 affiche la fréquence des raisons de rupture de stocks des produits contraceptifs pour les deux périodes et on constate que les raisons ne sont pas totalement différentes.

Tableau 27: Raisons de rupture de stocks 3 mois avant et au moment de l'enquête

Raisons de rupture de stocks de contraceptifs	3 dernier mois		Jour de l'enquête	
	n	%	n	%
1. Retard de livraison de la part de la source de réapprovisionnement principale (institution/entrepôt)	48	30	32	20
3. Indisponibilité du contraceptif sur le marché empêchant le PPS de se le procurer	5	3	3	2
4. Contraceptif peu ou pas du tout demandé par les clients	23	14	26	16
5. Absence de personnel formé à ce contraceptif dans le PPS	54	33	63	39
6. Manque d'équipement pour dispenser ce contraceptif	16	10	17	10
7. autres	16	10	19	12
Total	162	100	160	100

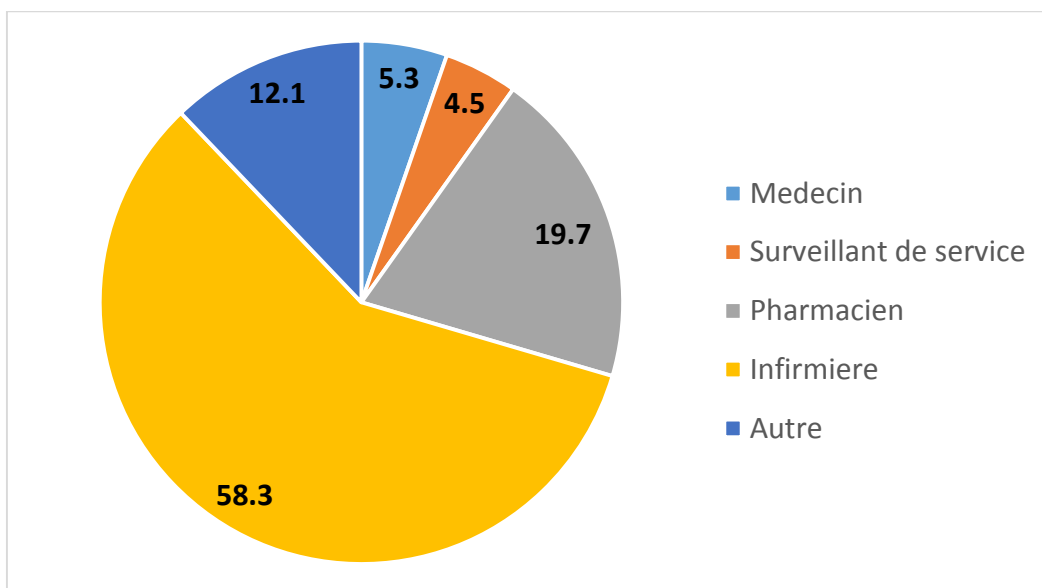
L'analyse des différentes causes de rupture de stocks indique qu'une bonne gestion des stocks à la source de réapprovisionnement principale et la formation du personnel à l'administration des contraceptifs de longue durée contribueraient grandement à l'incidence des non ruptures de stocks dans les PPS offrant les services de santé maternelle et reproductive.

3.5. Chaîne d'approvisionnement, dont chaîne du froid

3.5.1. Réapprovisionnement en fournitures médicales

La figure 7 montre que le principal responsable du reapprovisionnement en fourniture médicales au niveau des points de prestation de services est l'infirmière (58.3% des PPS). Elle est suivie par le pharmacien dans 19.7% des PPS.

Figure 7: Principal responsable de la commande de fournitures médicales de l'établissement



3.5.2. Utilisation de formulaires logistiques

La quasi-totalité des PPS utilise des formulaires (électroniques ou supports papiers) pour enregistrer et commander les fournitures selon les résultats de l'enquête. En effet, 93.2% (123) des PPS ont déclaré l'existence de ces formulaires qui n'a pu être confirmé que dans 75% des cas.

Tableau 28: Pourcentage de PPS utilisant de formulaires logistiques selon le type de PPS

Type de PPS	Effectif	Existence de formulaire		Pas de formulaire logistique
		Confirmé	Non confirmé	
Niveau Primaire	49	67.3	24.5	8.2
Niveau Secondaire	65	76.9	15.4	7.7
Niveau Tertiaire	18	88.9	11.1	0.0
Total	132	75.0	18.2	6.8

Le tableau 28 montre que 100% de PPS de niveau tertiaire utilisent des formulaires pour enregistrer et commander les fournitures médicales ; bien que 88.9% de cas ont été confirmés par les enquêteurs.

3.5.3. Fréquence et transport des fournitures destinées aux points de prestation de services

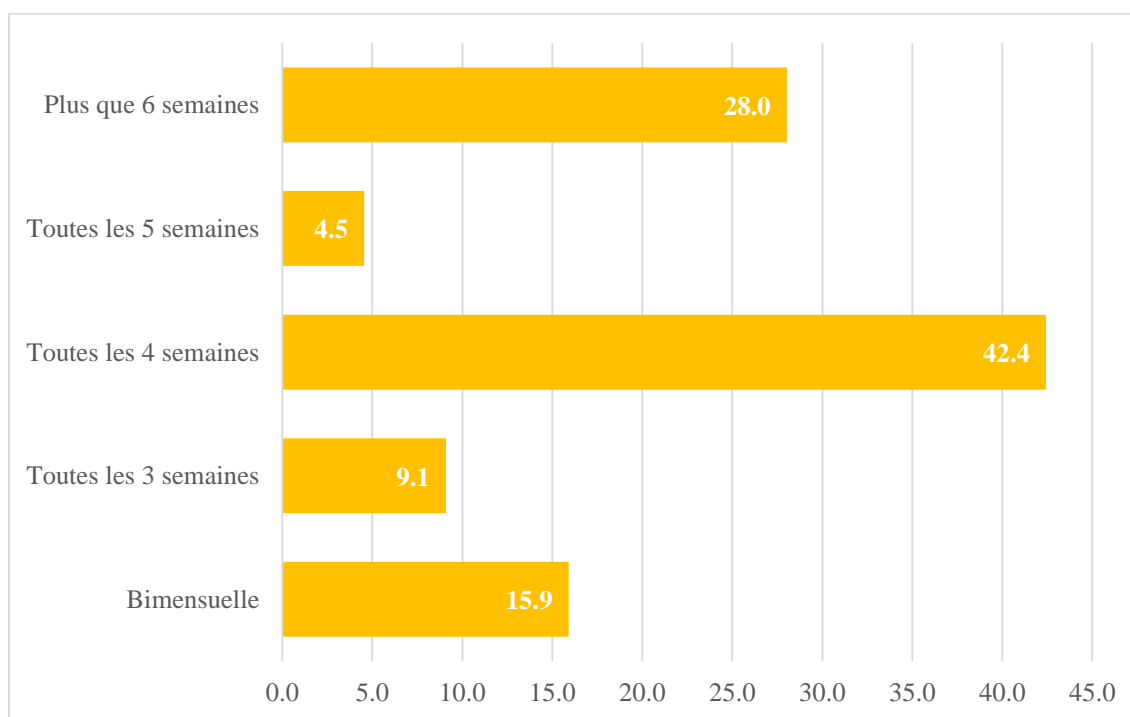
L'analyse des données de l'enquête indique que dans la majorité des cas le transport des fournitures est assuré par le PPS (59.1%). La situation n'est pas différente quand on fait la distribution selon le type de PPS (Tableau 29).

Tableau 29: Responsable du transport des fournitures destinées aux PPS

Type de PPS	Responsable du transports des fournitures destinées aux PPS				
	Effectif	Etat central	Autorité locale	Le PPS	Autre
Niveau Primaire	49	0.0	10.2	69.4	20.4
Niveau Secondaire	65	3.1	10.8	56.9	29.2
Niveau Tertiaire	18	5.6	22.2	38.9	33.3
Total	132	2.3	12.1	59.1	26.5

Le délai moyen entre la commande et la réception des produits médicaux est de moins de cinq (5) semaines pour 79.6% (105) de PPS. On observe que 56.1% (74) de PPS reçoivent leur livraison dans moins de deux semaines.

Figure 8:Fréquence moyenne de réapprovisionnement des PPS, Haïti 2015



En ce qui a trait à la fréquence moyenne de réapprovisionnement, les PPS réapprovisionnement dans la majorité des cas (42.4%) toutes les 4 semaines ; 28.0% toutes les 3 mois (12 semaines) et 15.9% bimensuelle (Figure 8).

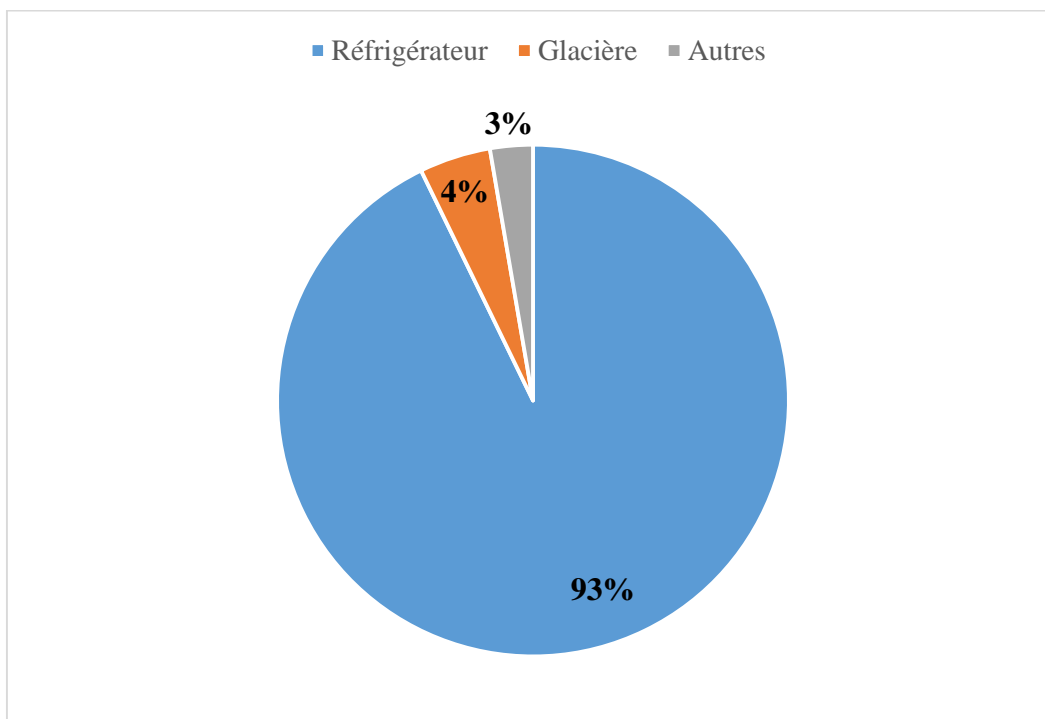
3.5.4. Entreposage des fournitures nécessitant réfrigération

La majorité des PPS dispose d'une chaîne de froid (84.1%), soit 111 PPS. Comparativement à l'enquête de 2014 (93%), on constate une diminution dans la disponibilité de chaîne de froid.

3.5.5. Types de chaîne du froid à disposition dans les points de prestation de services et source d'énergie

Le réfrigérateur est le principale type de chaîne de froid au niveau des PPS. Il est mentionné dans 93% des cas par les responsables des points de prestation de services (Figure 9).

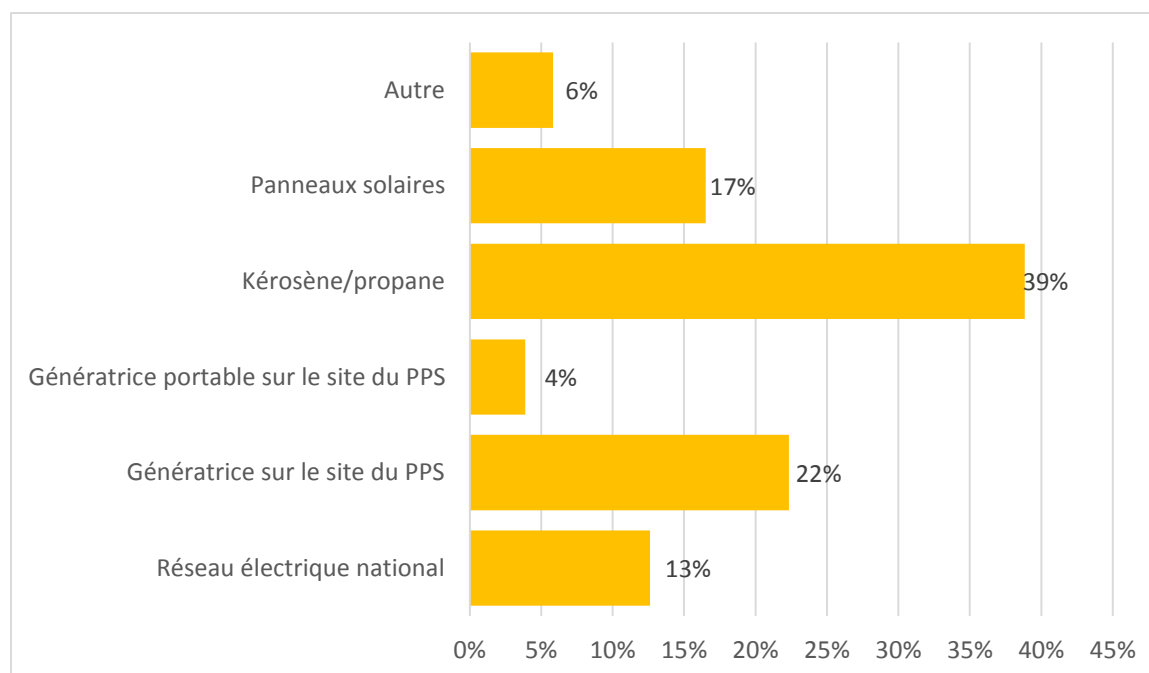
Figure 9: Principal type de chaînes de froid des PPS, Haïti 2015



Parmi les PPS qui disposent d'un réfrigérateur, comme principale chaîne de froid, 34% sont des PPS du niveau primaire (35), 50.5% du niveau secondaire (52) et 15.5% de niveau tertiaire (16).

La principale source d'énergie pour les réfrigérateurs installés dans les PPS est le kérosène/propane pour 39% des PPS (Figure 10). Les groupes électrogène portables sur le site du PPS et les panneaux solaires viennent ensuite avec respectivement 22% et 17% des PPS.

Figure 10 : Source d'alimentation électrique pour le frigo des PPS, Haïti 2015



3.6. Formation et supervision du personnel

3.6.1. Disponibilité de personnel formé à la prestation de services de planification familiale, notamment la pose et le retrait d'implants

Le staff des PPS sont formés pour fournir les services de planification familiale selon 94.7 % des PPS enquêtés. En analysant cette distribution selon le type d'institution sanitaire (Tableau 30), on remarque que tous les PPS de niveau tertiaires (100%) ont du personnel formés pour la prestation de services de planification familiale, comparativement aux PPS du niveau primaire 96.2% et ceux du niveau secondaire (92.6%).

Tableau 30: Pourcentage de PPS ayant de personnel formé pour le service PF par type de PPS

Type de PPS	Pour fournir des services PF	Pour la pose et le retrait d'implants
Primaire	96.2	46.0
Secondaire	92.6	60.3
Tertiaire	100.0	81.1
Total	94.7	56.4

La disponibilité de personnel formé à la prestation de services de planification familiale, notamment la pose et le retrait d’implants varie selon le type de PPS. Les PPS du niveau tertiaire sont plus nombreux à avoir du personnel formé à la pose et au retrait d’implants (81%) contre 46% des PPS du niveau primaire (Tableau 29).

3.6.2. Formation des membres du personnel à la prestation de services de planification familiale, notamment la pose et le retrait d’implants

Selon le tableau 31, le nombre moyen de staffs formés à la prestation de services de planification familiale, notamment la pose et le retrait d’implants est de 3.2. Ce nombre varie peu selon le type PPS. En matière de staffs formés dans la pose et le retrait d’implants, le nombre moyen de cadres formés est de 1.7, avec 2.2 en moyenne dans les PPS de niveau primaire et secondaire. Le nombre moyen de personnel formé est beaucoup plus faible lorsqu’on considère la pose et le retrait du stérilet (DIU).

Tableau 31: Nombre moyen de personnel formé pour le PF par type de PPS

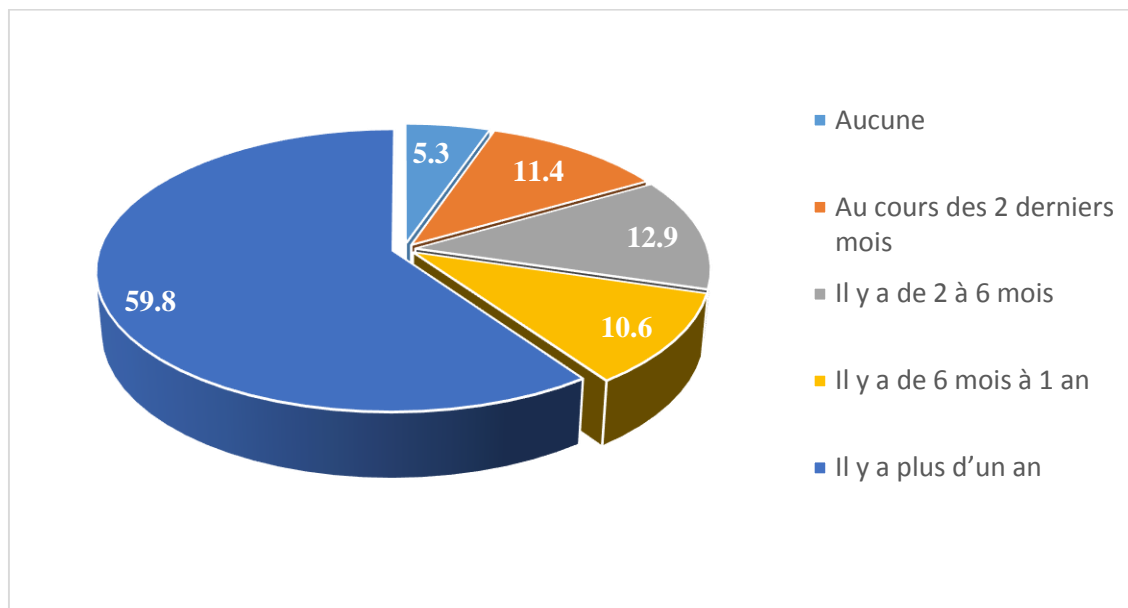
Type de PPS	Nombre moyen de personnel formés		
	Pour le PF	Pour la pose et le retrait d’implants	Pour la pose et le retrait du DIU
Primaire	2.9	0.9	0.1
Secondaire	3.5	2.2	0.9
Tertiaire	2.8	2.2	1.7
Total	3.2	1.7	0.7

3.6.3. Durée et fréquence des visites de supervision du personnel

Les formations et les visites de supervision jouent un rôle important dans le renforcement des capacités de l’institution et de son personnel. Dans le cadre de cette enquête, 59.8% de PPS ont déclaré avoir reçu leur dernière formation il y a plus d’un an. Seulement 11.4 % de PPS ont reçu leur dernière formation au cours des deux derniers mois précédant l’enquête alors que 5.3% d’entre eux n’ont reçu aucune formation (Figure 11).

Parmi les PPS qui ont reçu leur dernière formation au cours des 12 dernier mois ou plus, dans 56.6% des cas (70) la formation portait sur la pose et le retrait d’implants.

Figure 11: Dernière formation à la prestation de services de PF dans les PPS, Haïti 2015



Parmi les PPS enquêtées, environ 15% n'ont pas été supervisée pendant les 12 derniers mois précédant l'enquête. On retrouve plus d'institutions primaires (21%) et moins d'institutions tertiaires (9%) qui n'ont pas reçu de visite de supervision durant les 12 derniers mois.

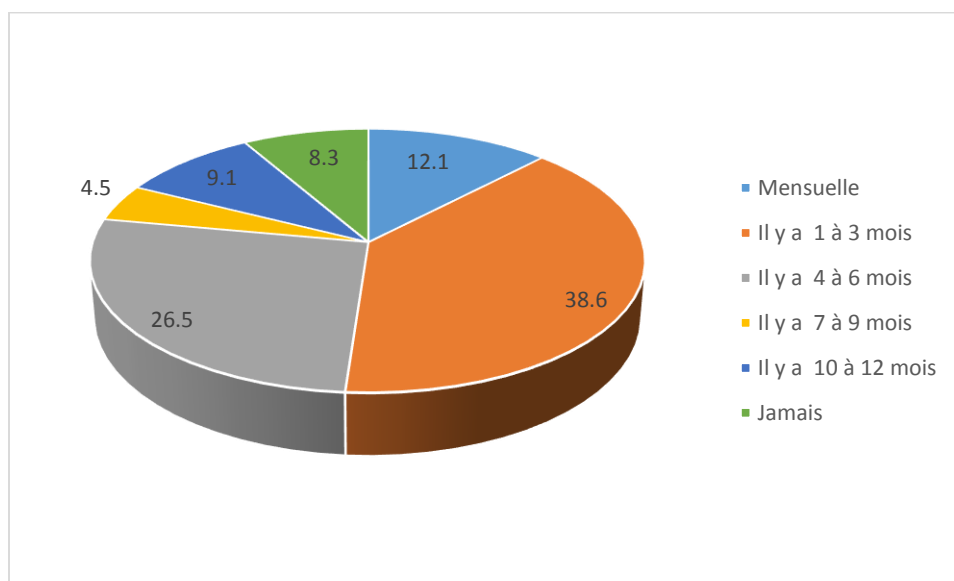
Environ 29% des PPS ont reçu leurs dernières de supervision il y a moins d'un mois, 26.5% il y a 1 à 3 mois et 9.8% il y a 7 à 12 mois (Tableau 32).

Tableau 32: Dernière visite de supervision au cours des 12 derniers mois

Dernière visite de supervision	# de PPS	% PPS
Il y a moins d'un mois	38	28.8
Il y a 1 et 3 mois	35	26.5
Il y a 4 et 6 mois	26	19.7
Il y a 7 mois et 12 mois	13	9.8
Aucune supervision au cours des 12 derniers mois	20	15.2
Total	132	100

La valeur modale de la fréquence des visites de supervision dans les PPS enquêtés est 1 à 3 mois. En effet, 38% des PPS reçoivent des visites de supervision chaque trimestre (1 à 3 mois) et 26.5% en reçoivent entre 4 à 6 mois (Figure 12).

Figure 12: Fréquence des visites de supervision dans les PPS, Haïti 2015



3.6.4. Points inclus dans la supervision du personnel

Environ 30% des PPS enquêtés ont reporté que les pratiques cliniques du personnel étaient inclus dans la dernière supervision du staff pour la santé de la reproduction y compris la PF (Tableau 33). Près de 12% des PPS ont également reporté que lors des supervisions, la rupture de stocks et les médicaments expirés sont des points inclus dans l’agenda des superviseurs. Ce pourcentage varie de 9% à 13% selon qu’on considère les PPS de niveau tertiaires ou de niveau primaires, respectivement.

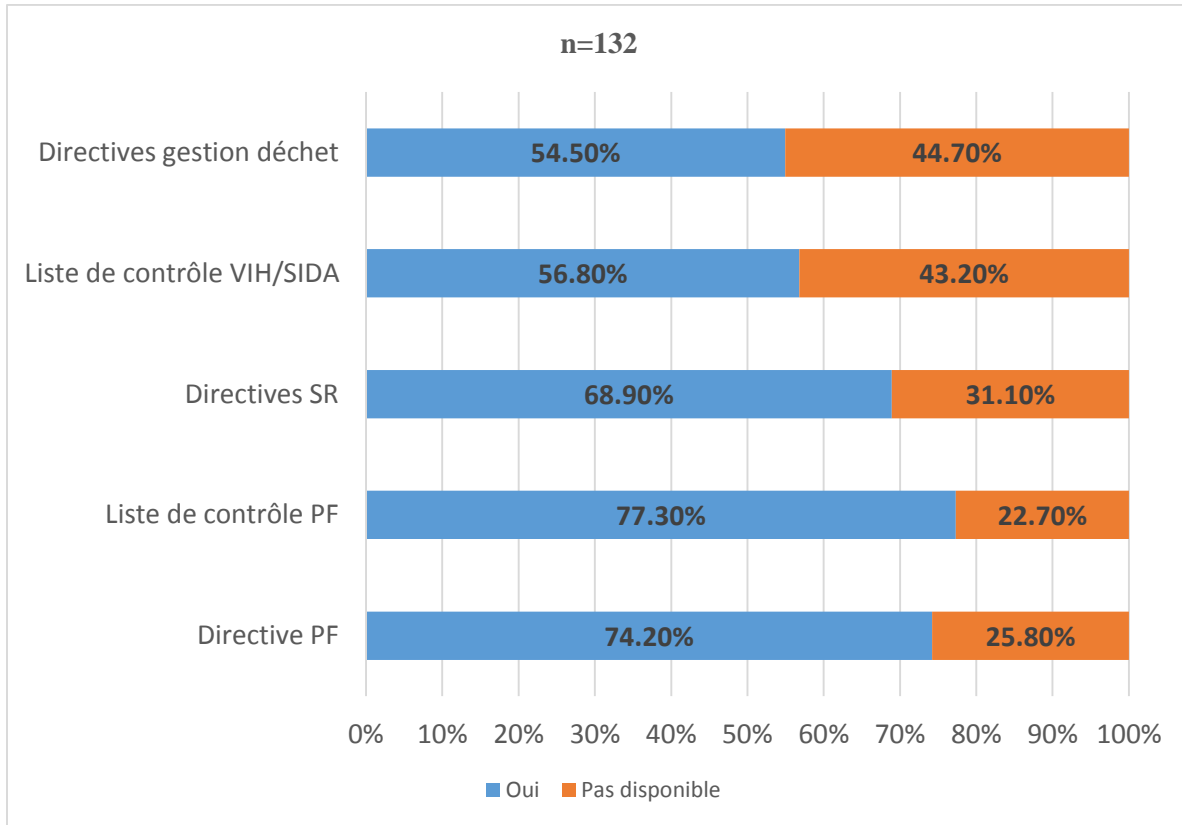
Tableau 33:Points inclus dans la supervision pour SR-PF

Points inclus dans la supervision pour SR-PF	# de PPS	% PP
Pratiques cliniques du personnel	40	30.3
Rupture de stock et arrivée à expiration des médicaments	16	12.1
Disponibilité et formation du personnel	5	3.8
Exhaustivité et qualité des données, production de rapports en temps utile	11	8.3
Évaluation de l’utilisation d’une directive ou d’un outil de travail spécifique à la santé	26	27.3
Autre	24	18.2
Total	122	100

3.7. Existence de directives, listes de contrôle et outils de travail

La figure 13 montre que plus de 54% des PPS ont toutes les directives, listes de contrôle et outils de travail relatif à la PF, SP, VIH/SIDA et la gestion des déchets médicaux.

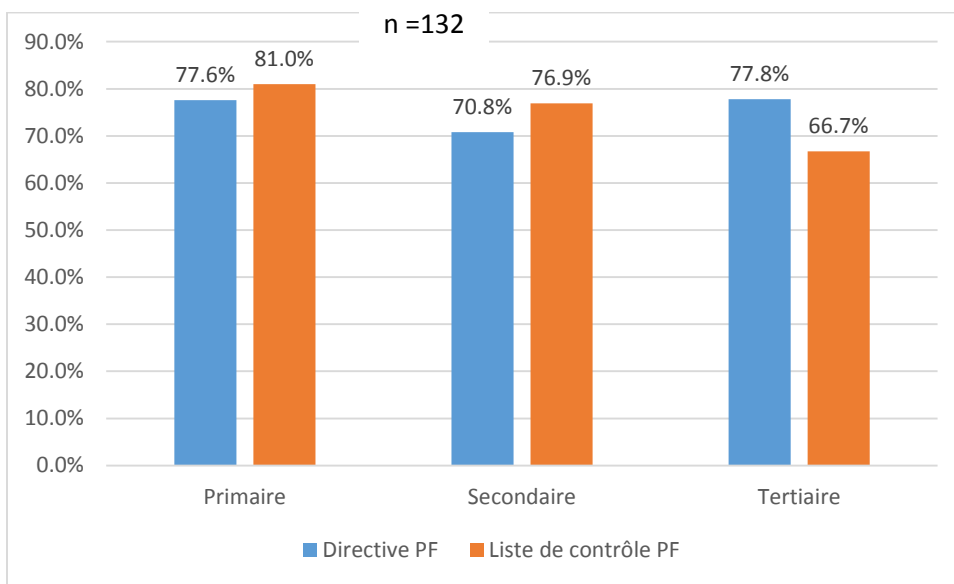
Figure 13: Existence de directives, de listes de contrôle et d'outils de travail dans les PPS, Haïti 2015



3.7.1. Directives, listes de contrôle et outils de travail en rapport avec la planification familiale

Globalement 74.2% et 77.3% de PPS enquêtés disposent de directives et de listes de contrôle en rapport avec la planification familiale. La figure 14 atteste l'existence de directives et de liste de contrôle dans les PPS en rapport avec la planification familiale selon le niveau de soins. En effet, quel que soit le niveau de soins considéré, plus de 66% de PPS disposent de directives et de liste de contrôle en rapport avec le PF.

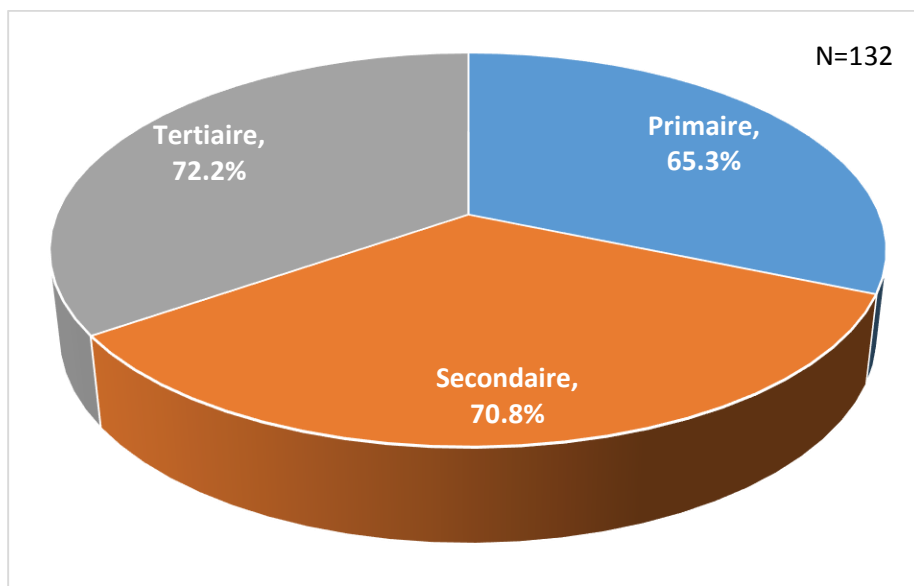
Figure 14: Existence de directive et de liste de contrôle en matière PF, Haïti 2015



3.7.2. Directives, listes de contrôle et outils de travail en rapport avec la santé maternelle

Environ 69% des PPS disposent de directives en rapport avec la santé maternelle. Il y a une différence dans la distribution des PPS selon le niveau de soins. Ainsi la figure 15 montre que 72.2% de PPS de niveau tertiaire disposent de directives en rapport avec la santé maternelle contre 70.8% et 65.3% des PPS de niveau secondaire et primaire respectivement.

Figure 15 : Existence de directive en matière de santé maternelle, Haïti 2015



3.7.3. Directives, listes de contrôle et outils de travail en rapport avec la gestion des déchets

Parmi les PPS enquêtés, 54.5% disposent de directives en rapport avec la gestion de déchets. Il y a une différence dans la distribution des PPS selon le niveau de soins. Le tableau 34 montre que 61.1% des PPS de niveau tertiaire disposent de directives en rapport avec la gestion de déchets contre 53.8% et 53.1% des PPS de niveau secondaire et primaire respectivement.

Tableau 34: Existence de directive en rapport avec la gestion des déchets par type de PPS

Type de PPS	Nombre de PPS	% de PPS
Niveau Primaire	26	53.1%
Niveau Secondaire	35	53.8%
Niveau Tertiaire	11	61.1%
Total	72	54.5%

3.8. Utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) et gestion des déchets

3.8.1. Disponibilité dans les points de prestation de services et modalités d'acquisition

L'utilisation de la technologie de l'information et de la communication est présente dans 110 (83.3%) des PPS. Elle est utilisée dans 86.2% (56) des PPS du niveau secondaire, 83.3% (15) du niveau tertiaire et 79.6% (39) du niveau primaire. Les TIC utilisés dans les PPS proviennent majoritairement du personnel (43.2%). Seulement 9.1% des PPS reçoivent des TIC provenant du gouvernement et 29.5 par les PPS eux-mêmes (Tableau 35).

Tableau 35: Modalité d'acquisition des TIC

Provenance des TIC	Nombre de PPS	% de PPS
Objet personnel du personnel	57	43.2
Fournir par le gouvernement	12	9.1
Fournir par le PPS	39	29.5
Don	36	27.3
Autre	13	9.8

Les ordinateurs sont utilisés dans 64% des PPS, les téléphones portables-combines de base dans 43%, les téléphones portables-smartphones dans 54%, les tablettes dans 14%, l'accès à l'internet LAN dans 28% des PPS, l'accès à l'internet Wifi dans 25% et d'autres TIC dans 14% des PPS.

3.8.2. Utilisation des TIC par les points de prestation de services

L'utilisation première des TIC par les points de prestation de services se fait pour une diversité de raisons (Tableau 36) incluant non exclusivement l'enregistrement des patients (42.4%), la tenue des dossiers (36.4%), les dossiers médicaux électroniques (26.5%), la gestion de recouvrement et paiements de l'assurance santé (6.1%), Transfert d'argent par téléphonie mobile (6.8%), la communication de routine (43.9%), la sensibilisation (20.5%), circuit d'approvisionnement (32.6%), formation (25%) et autre(4.5%).

Tableau 36: Utilisations premières des TIC par les PPS

Utilisation première des TIC	# PPS	% PPS
Enregistrement des patients	56	42.4
Tenue de dossiers	48	36.4
Dossier médical individuel /Dossiers médicaux électroniques	35	26.5
Gestion du recouvrement et paiements de l'assurance sante	8	6.1
Transfer d'argent par téléphonie mobile	9	6.8
Communication de routine clinique	58	43.9
Sensibilisation, plaidoyer, activités de création de la demande	27	20.5
Approvisionnement /Gestion logistique /Gestion du stock	43	32.6
Formation du personnel de santé	33	25
Autre	6	4.5

3.9. Facturation des utilisateurs

3.9.1. Services payants – Consultations

La majorité des points de prestation de services (75.3%) facture pour les frais de consultation. Parmi ceux qui font payer les frais de consultations, certains services sont toutefois gratuits en témoigne le tableau 37 ci-dessous.

Ainsi, dans 92.8% des PPS où la consultation est payante, les services de planification familiale sont gratuits. Ces services sont gratuits dans tous les PPS du niveau tertiaire et dans 90% de PPS du niveau primaire. Ils varient avec les départements, de 82% dans l'Artibonite à 100% dans près de 6 départements du pays. Ces frais sont gratuits dans 89% de PPS en milieu rural et dans 98% en milieu urbain. Très peu de différence existe entre les différentes PPS groupés selon les modes de gestion.

Tableau 37: Gratuité des services dans les PPS où la consultation est payante

Services gratuits	# PPS	% PPS
Service de planification familiale	90	92.8
Service de soins prénatals	33	34.0
Service d'accouchement	19	19.6
Service de soins postnatals	25	25.8
Service de soins néonataux	21	21.6
Service de soins aux enfants de moins de 5 ans	15	15.5
Soins liés au VIH (ex. HTC et ARV)	51	52.6
Césarienne	5	5.2
Autre	34	34.7

3.9.2. Services payants – Médicaments

L'analyse des données de l'enquête indique que dans 3 PPS sur 4, les clients paient pour les médicaments (75.0%). Cependant, certains services sont gratuits dans la plupart des PPS. C'est le cas par exemple pour les services de planification familiale où les produits sont gratuits dans 95.9% des PPS (Tableau 38). Les médicaments pour la santé de maternelle et pour la santé infantile sont gratuits respectivement dans 13.3% et 7.1% de PPS.

Tableau 38: Gratuité des médicaments dans les PPS pour certains services

Médicaments gratuits	# PPS	% PPS
Produits de planification familiale	94	95.9
Médicaments pour la santé maternelle	13	13.3
Médicaments pour la santé infantile	7	7.1
Autre	35	35.4

3.9.3. Services gratuits

Cinquante-cinq pourcent (72) des PPS enquêtés ne facturent pas les patients pour les services dispensés par un prestataire de soins qualifiés.

Le tableau 39 montre que parmi les PPS qui font payer pour les services dispensés par des prestataires qualifiés (59 PPS), les services de planification familiale sont quasiment gratuits dans 56 PPS (94.9%). Ils sont suivis par les services VIH dans 35 PPS (59.3%), les soins prénatals (22%), etc.

Tableau 39: Gratuité des services dispensés par des professionnels qualifiés dans les PPS

Services gratuits dispensés par des prestataires qualifiés	# PPS	% PPS
Service de planification familiale	56	94.9
Service de soins prénatals	13	22.0
Service d'accouchement	11	18.6
Service de soins postnatals	10	16.9
Service de soins néonataux	12	20.3
Service de soins aux enfants de moins de 5 ans	9	15.3
Soins liés au VIH (ex. HTC et ARV)	35	59.3
Césarienne	3	5.1
Autre	14	23.7

IV. PARTIE IV : RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE – ENTRETIEN À LA SORTIE AVEC LES CLIENTS

Les données ont été collectées du 1^{er} au 28 octobre 2015 par 17 enquêteurs dans 132 points de prestation de services (PPS). Un total de 1 623 clients PF a été interviewé à la sortie des 132 PPS durant cette période de collecte, soit une moyenne de 12 clients par PPS. Le tableau 40 affiche les caractéristiques générales des clients enquêtés à la sortie des PPS.

Tableau 40: Information général sur les clients PF enquêtés

Code	Caractéristiques générales	Effectif	pourcentage
Milieu de résidence des clients PF, Haïti 2015			
1	Rural	781	48.0%
2	Urbain	842	52.0%
Type de Points de prestation de services			
1	Primaire	618	38.0%
2	secondaire	695	43.0%
3	Tertiaire	310	19.0%
Mode de gestion des PPS			
1	Public	983	60.6%
2	Prive	185	11.4%
3	ONG	137	8.4%
4	Mixte	318	19.6%
Niveau de soins des PPS			
1	Hôpital Universitaire (HU)	158	9.7%
2	Hôpital Département (HD)	154	9.5%
3	Hôpital Communautaire de Référence (HCR)	196	12.1%
4	Hôpital (autre)	107	6.6%
5	Centre de Santé Avec Lits (CAL)	399	26.6%
6	Centre de Santé Sans Lits (CSL)	309	19.0%
7	Dispensaire	300	18.5%
Département			
1	Artibonite	240	14.8%
2	Centre	135	8.3%
3	Grand d'Anse	101	6.2%
4	Nippes	84	5.2%
5	Nord	153	9.4%
6	Nord-Est	100	6.2%
7	Nord-Ouest	201	12.4%
8	Ouest	384	21.4%
9	Sud	147	9.1%
10	Sud-Est	114	7.0%

4.1. Renseignements sur les clients

Les résultats confirment que la planification familiale en Haïti est féminine car 88.7 % (1439) des clients enquêtés sont des femmes. Ils habitent majoritairement en milieu urbain 52% (842).

4.1.1. Répartition en termes d'âge et de sexe

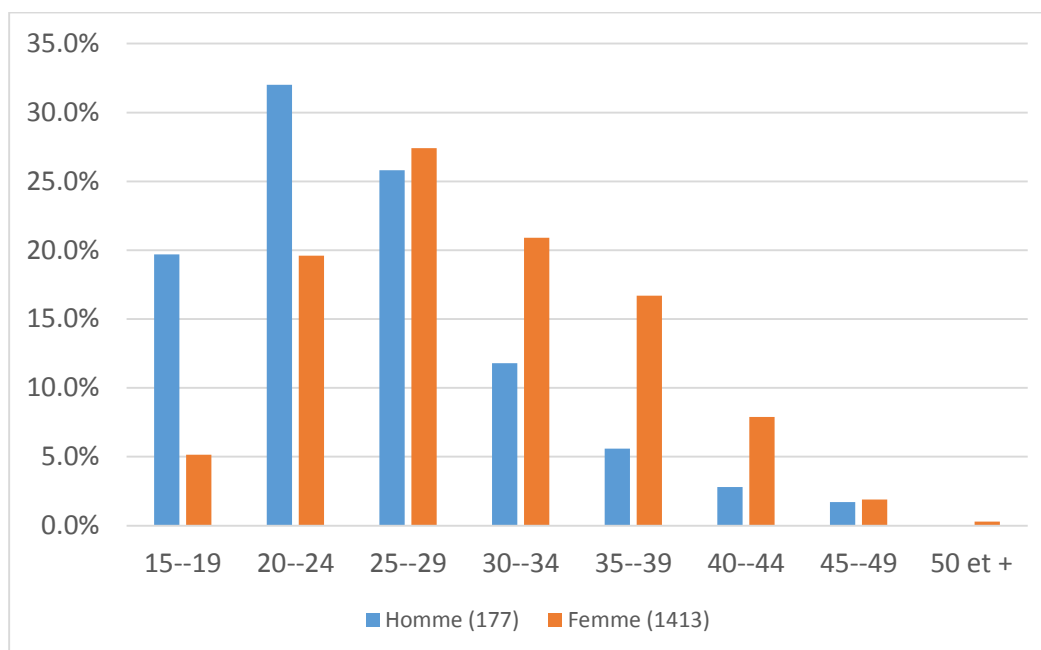
Le tableau 41 ci-dessous donne la répartition des clients PF par groupe d'âge et par sexe. Il montre que la majorité des clients 73.5% sont âgées de 15 à 34 ans. Il indique également que la planification familiale est plus courante chez les jeunes de 20-34 ans (68%). Cette proportion était de 71% en 2014. Comparativement à l'édition de 2014, on observe un rajeunissement dans ce groupe avec un écart de 3 point de pourcentage.

Tableau 41: Répartition des clients PF par groupe d'âge et par sexe

Groupe d'âge	Homme		Femme		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
15--19	35	19.8%	73	5.3%	108	6.9%
20--24	57	32.4%	277	19.6%	334	20.9%
25--29	46	25.8%	387	27.4%	433	27.2%
30--34	21	11.8%	296	20.9%	317	19.9%
35--39	10	5.6%	237	16.7%	247	15.5%
40--44	5	2.8%	112	7.9%	117	7.4%
45--49	3	1.7%	27	1.9%	30	1.9%
50 et +	0	0.0%	4	0.3%	4	0.3%
Total	177	100	1413	100	1590	100

La figure 36 illustre la répartition de la population enquêtée par groupe d'âge et par sexe. Elle affiche une distribution étirée vers la gauche traduisant que la planification familiale est pratiquée par les jeunes avec un pic entre 25 et 29 ans chez les femmes tandis que ce pic est atteint entre 20 et 24 ans chez les hommes.

Figure 16 : Répartition des clients PF par groupe d'âge et par sexe, Haïti 2015



4.1.2. Situation conjugale

Le tableau 42 montre que la pratique de la planification familiale est plus courante chez les célibataires (jamais mariés ou jamais en couple) 62.5% ; en désagrégeant par sexe, on obtient 80.9 % et 60.3% respectivement chez les hommes et chez les femmes célibataires. Les femmes mariées ou en couple sont plus enclin à pratiquer la PF (36.5%) que les hommes mariés (18%). Contrairement à l'édition de 2014, ces proportions étaient respectivement de 74.9% et 45.9%.

Tableau 42: Situation conjugale des clients PF

Situation conjugale des clients PF	Homme		Femme		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Jamais marié(e) ou jamais en couple	148	80.9	867	60.3	1015	62.5%
Marié(e) ou en couple	33	18.0	525	36.5	558	34.4%
Divorcé(e)/séparé(e)/veuf/veuve)	2	1.1	47	3.3	49	3.1%
Total	183	100	1439	100	1623	100

4.1.3. Éducation

L'analyse du tableau 43 montre globalement que la pratique de la planification familiale est plus courante chez les clients qui ont un certain niveau d'éducation (85%). Cependant, chez les femmes

16.5% des femmes qui n'ont aucun niveau d'éducation pratique la planification familiale comparativement à 2.7% des hommes. Les résultats indiquent que 7 hommes de niveau secondaire ou supérieurs sur 10 adoptent une méthode quelconque de moyens contraceptifs, comparé à environ 4 femmes sur 10 pour le même niveau d'éducation.

Tableau 43: Niveau d'éducation des clients

Niveau d'éducation des clients PF	Homme		Femme		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Pas d'éducation	5	2.7	238	16.5	243	15.0
Primaire	42	22.9	641	44.5	683	42.1
Secondaire et supérieure	136	74.3	560	39.0	696	42.9
Total	183	100	1439	100	1623	100

Parmi les clients PF, 15% n'ont pas d'éducation ; en 2014, ils étaient 16.9%. Par contre, une grande différence est observée pour les deux années pour les niveaux primaire et secondaire ou plus. En 2014, 56.3% de clients étaient de niveau primaire alors cette année, le score est de 42.1%.

4.1.4. Fréquence des visites au point de prestation de services afin de bénéficier de services de planification familiale

Selon le tableau 44, les clients du service de planification familiale ont des rendez-vous généralement tous les trois (3) mois (80.6%). Ce résultat concorde bien avec celui de l'enquête de 2014 (79%). L'analyse des résultats par sexe montre que les hommes dans la grande majorité des cas ont des rendez-vous mensuels (66.7%) alors que chez les femmes la fréquence des rendez-vous pour bénéficier les services de planification familiale est trimestrielle (89.9%). Ces derniers étaient de 80.1% et 87.9% en 2014 respectivement pour les hommes et les femmes. Globalement la tendance est quasiment similaire avec l'édition de 2014.

La différence dans la fréquence des visites pour les services de planification familiale entre les hommes (mensuelle) et les femmes (trimestrielle) pourrait être expliquée par le type de contraception. En général, les hommes utilisent les préservatifs masculins

Tableau 44: Fréquence de rendez-vous des clients PF

Fréquence rendez-vous	Homme		Femme		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
1 fois par mois	122	66.7	76	5.3	198	12.2
Tous les 2 mois	5	2.7	7	0.5	13	0.8
Tous les 3 mois	15	8.2	1293	89.9	1308	80.6
Autre	41	22.4	63	4.4	104	6.4
Total	183	100	1439	100	1623	100

4.2. Perception de la prestation des services de planification familiale par les clients

4.2.1. Aspects techniques

Les enquêtés ont eu l'opportunité de se prononcer sur l'aspect technique de l'expérience vécu lors des visites aux points de prestation de services. Les résultats sont consignés dans le tableau 45.

Tableau 45: Aspect technique du prestataire de soin

Aspects techniques	Réponses	Total	
		Effectif	%
Avez-vous pu bénéficier de la méthode de planification familiale de votre choix ?	Oui	1608	99.1
	Non	14	0.9
Le prestataire de services de planification familiale a-t-il tenu compte de vos préférences et de vos souhaits avant de choisir la méthode qui vous a été administrée ?	Oui	1499	92.4
	Non	123	7.6
L'agent sanitaire vous a-t-il appris à utiliser la méthode de planification familiale ?	Oui	1457	89.8
	Non	165	10.2
Avez-vous été informé(e) des effets secondaires courants de la méthode de planification familiale ?	Oui	1314	81.0
	Non	308	19.0
L'agent sanitaire vous a-t-il informé(e) de la marche à suivre en cas d'effets secondaire de la méthode de planification familiale ?	Oui	1264	77.9
	Non	358	22.1
L'agent sanitaire vous a-t-il informé(e) des complications graves éventuelles de la méthode de planification familiale nécessitant de revenir au PPS ?	Oui	1246	76.8
	Non	376	23.2
Vous a-t-on fixé un rendez-vous pour une visite de contrôle et/ou la remise de fournitures supplémentaires ?	Oui	1229	75.7
	Non	393	24.2

Les réponses aux questions du tableau 41 sont agencées selon un enchaînement logique de telle sorte que les pourcentages de clients donnant de bonnes notes aux prestataires de soin vont en

décroissant (de 99.1% à 75.1%). Il en résulte que les clients sont globalement satisfaits de la qualité des services.

La quasi-totalité des clients (99%) affirment avoir bénéficié de la méthode de planification familiale de leur choix. Le prestataire de soins a tenu compte des préférences et des souhaits du client dans le choix de la méthode à administrer selon 92% des enquêtés. Environ 90% des clients affirment qu'on leur a enseigné comment utiliser la méthode choisie. Une forte proportion de clients (81%) a déclaré qu'ils ont été informés des éventuels effets secondaires liés à la méthode choisie. Par conséquent, 80% des clients ont déclaré avoir été éduqué sur la conduite à tenir en cas d'effets secondaires. 77% des clients ont souligné qu'ils ont été informés par les agents sur les complications graves éventuelles en rapport à la méthode adoptée nécessitant de revenir au PPS. Environ 76% des clients ont confirmé qu'un rendez-vous leur a été fixé pour une visite de contrôle et/ou la remise de fournitures supplémentaires.

4.2.2. Aspects organisationnels

L'aspect organisationnel de la prestation de service a été cerné à travers 4 questions posées aux clients relatives notamment (1) au temps d'attente, (2) à la propreté de l'établissement, (3) à la confidentialité des clients et (4) au temps de prestation du service. Les résultats sont confinés dans le tableau 46.

Tableau 46: Aspects organisationnels de la prestation de service PF

Aspects techniques	Réponses	Total	
		n	%
Avez-vous trouvé l'attente trop longue avant la prestation du service ?	Oui	242	14.9
	Non	1380	85
Êtes-vous satisfait(e) de la propreté de l'établissement ?	Oui	1548	95.4
	Non	74	4.6
Êtes-vous satisfait(e) de la confidentialité dont vous avez bénéficié dans la salle d'examen ?	Oui	1560	96.1
	Non	62	3.8
Êtes-vous satisfait(e) du temps que le prestataire de soins vous a consacré ?	Oui	1608	99.1
	Non	14	0.9

Environ 15% des clients trouvent le temps d'attente trop long au niveau des PPS. Ce résultat n'est cependant pas décevant, considérant qu'en 2014, environ 20% des clients en avaient déclarés

pareil. La propreté de l'établissement est satisfaisante dans 95% des cas et la confidentialité des clients dans la salle d'examen est respectée selon 96% des clients. Le temps pris par le prestataire de soin pour prodiguer les services est adéquat, à la satisfaction de 99% des clients.

4.2.3. Aspects relationnels

Les aspects relationnels de l'équipe de soin tels que perçus par les clients sont indiqués au tableau 47 ci-dessous.

Tableau 47: Aspects relationnels

Aspects techniques	Réponses	Total	
		n	%
Le personnel du PPS vous a-t-il traité(e) avec courtoisie et respect ?	Oui	1615	99.5
	Non	7	0.5
L'un des prestataires de soins vous a-t-il forcé(e) à accepter la méthode de planification familiale dont vous avez bénéficié aujourd'hui ou a-t-il insisté pour que vous l'acceptiez ?	Oui	118	7.3
	Non	1504	92.7
Êtes-vous satisfait(e) de l'attitude globale du prestataire de santé à votre égard ?	Oui	1603	98.8
	Non	19	1.2

La quasi-totalité des clients (99.5%) accepte que le personnel du PPS ait été courtois et respectueux. Près de 93% des clients ont déclaré n'avoir pas été forcé à accepter la méthode de planification familiale. Les clients sont en général satisfaits de l'attitude globale du prestataire de soins à leurs égards (99%).

4.1.1. Résultats

Le résultat global de l'expérience vécu et perçu par le client est mesuré par le degré de satisfaction générale du client, la tendance du client à retourner au PPS et à le recommander à ses pairs, amis et familles. Cette perception globale est décrite dans le tableau 44 ci-après.

Plus de 99% des clients sont satisfaits des services reçus au niveau des PPS. Quel que soit le critère de désagrégation, très peu de différence est observée. Environ 98% des clients confirment la

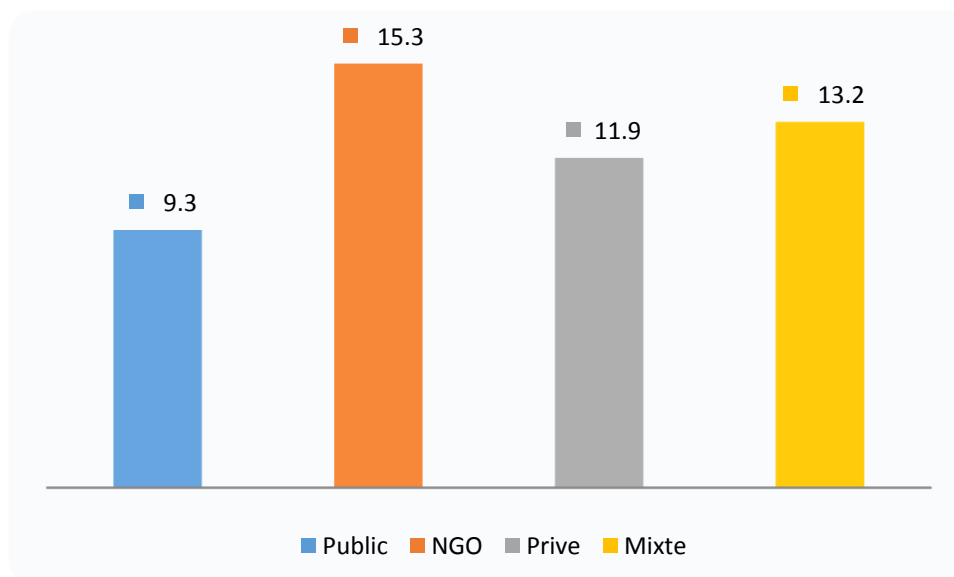
volonté de continuer à visiter les PPS. Plus de 99% des clients affirment prêts à le recommander à des amis et/ou parents.

4.2. Évaluation du coût des services de planification familiale par les clients

4.2.1. Paiement des services de planification familiale

Environ 11% des clients reportent avoir payé pour les services de planification familiale. Les coûts moyens sont notamment 31 gourdes pour les carnets de soins, 150 gourdes pour les examens de laboratoire/radiographie, 38 gourdes pour les contraceptifs remis par le prestataire de services, 38 gourdes pour les contraceptifs achetés en pharmacie, et 39 gourdes pour les frais de consultation.

Figure 17: Pourcentage clients payant pour les services selon le secteur du PPS



Le pourcentage de clients déclarant avoir payé pour les services est plus élevé au niveau des PPS gérées par des ONGs (15.3 %, Figure 15) comparé aux autres PPS à mode de gestion différent, notamment les PPS mixtes (13.2%), privés (11.9%) et publics (9.3%).

Une différence appréciable est notée également entre le pourcentage de clients payant pour le service dans le milieu rural (12.5%) et ceux du milieu urbain (9.3%). Notons que pour l'année 2014, on relevait moins de différence entre les pourcentages de clients payant pour les soins selon le milieu de résidence, étant respectivement de 11.5 % en milieu rural et de 12.1% en milieu urbain.

4.2.2. Coût du déplacement

Les frais de déplacement consentis pour s'enquérir des services de planification familiale sont consignés dans le tableau 48.

Tableau 48: Coût moyen de déplacement

Trajet	Minimum	Moyenne	Maximum	Taille
Aller	0	32.3	925	605
Retour	0	40.0	500	605
Total	0	71.2	965	605

Parmi 1623 clients enquêtés, 37% (605) d'entre eux confirment avoir payé pour accéder au PPS. Dans pareil cas, on dépense en moyenne 32 gourdes pour aller vers les PPS et 40 gourdes en moyenne pour retourner à la maison. Le coût aller-retour moyen s'élevé à 71 gourdes. Les frais pour aller au PPS varient de 0 à 925 gourdes et les frais pour retourner à la maison varient de 0 à 500 gourdes.

4.2.3. Temps passé

Le temps moyen requis pour avoir accès au service de planification familiale est indiqué dans le tableau suivant. On ne compte pas ici le temps utile passé avec le prestataire de soin pour avoir le service.

Tableau 49: Temps d'attente

Trajet	Minimum	Moyenne	Maximum	Taille
Aller	0	45.8	375	1618
Attente	0	32.6	345	1078
Retour	0	44.2	360	1052
Total	3	120.6	885	1045

En moyenne l'expérience dure 2 heures de temps environ. Il faut environ trois quart d'heure pour voyager, aller et retour du PPS à la maison, et environ une demi-heure d'attente. Ce temps peut atteindre un maximum de 885 minutes ou près de 14 heures de temps.

4.2.4. Source de financement des services de planification familiale

La principale source de financement des services de planification familiale est la famille. Parmi les 176 enquêtés qui ont répondu avoir payé pour les services de planification familiale, 32% confirment avoir assuré eux-mêmes le paiement, 65% par le conjoint et 4% par un autre membre de la famille.

V. PARTIE V : CONCLUSION

5.1. Synthèse des résultats

Les principaux résultats de cette enquête indiquent que :

1. La majorité de PPS enquêtés (97%) offre au moins trois méthodes contraceptives modernes avec une prédominance des préservatifs masculins (99%), des pilules (98%) et des implants (99%).
2. L'incidence des non-ruptures de stocks de produits contraceptifs modernes dans les PPS est de 51% au cours des trois derniers mois précédant l'enquête.
3. Près de deux tiers des PPS enquêtés (61%) disposent d'au moins sept (7) médicaments traceurs de santé maternelle et de la reproduction.
4. L'incidence des non rupture de stocks des médicaments traceurs de santé maternelle et de la reproduction dont les deux obligatoires (sulfate de magnésium et Ocytocine) est de 53% au moment de l'enquête.
5. Les trois principales causes de rupture de stocks des contraceptifs modernes sont :
 - a. Retard de livraison de la part de la source de réapprovisionnement principale ;
 - b. Absence de personnel formé à l'offre de cette méthode ;
 - c. Contraceptif peu ou pas du tout demandé par les clients.
6. Le stérilet (DIU), la vasectomie et la ligature de trompes sont les trois produits contraceptifs les moins offerts par les PPS. L'offre tourne autour de 20%.
7. Absence de personnel qualifié et le manque de demande sont les causes explicatives de la non-disponibilité de ces trois contraceptifs dans les PPS.
8. Les clients des services de planification familiale (plus de 90%) sont globalement satisfaits de la qualité des services reçus.
9. Ils sont globalement satisfaits des aspects technique (87%), organisationnel (85%) et relationnel (97%).
10. 15% des clients des services de planification familiale trouvent que le temps d'attente est trop long.

5.2. Recommandations

L'analyse des résultats obtenus nous permet de formuler les recommandations suivantes :

1. Renforcer les capacités des Points de Prestation de Service (PPS) en ressources humaines qualifiées pour l'offre de certaines méthodes contraceptives modernes comme le DIU, la vasectomie et la ligature des trompes.
2. Renforcer la demande de contraceptifs modernes de longue durée auprès de la population par la sensibilisation et la promotion de leur utilisation.
3. Dans le cas des PPS difficile d'accès, il faut encourager/faire la promotion de la formation des agents communautaires de la zone pour l'administration des trois méthodes les plus demandées (condom, injectable, contraceptifs oraux).
4. Mettre en place un mécanisme pour sécuriser l'approvisionnement des médicaments traceurs de santé maternelle et de la reproduction au niveau de principales sources d'approvisionnement des PPS.
 - a. Encourager la pratique efficace de Calculer de la Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) pour chaque médicament afin d'établir avec exactitude le stock de roulement (stock pour satisfaire la demande entre les livraisons) et le stock de sécurité (Réserve qui permet de toujours avoir les produits en cas de rupture de stock). On peut également augmenter le stock de sécurité qui normalement est de 1 mois, en fonction des retards dans la livraison.
 - b. Décentraliser et augmenter les sources de réapprovisionnement.
 - c. Réduire le circuit de réapprovisionnement afin de minimiser le délai de livraison.
 - d. Avoir des supervisions régulières (pour le contrôle des stocks) dans les PPS par le gérant lui-même, par des audits interne et par des audits externes.
5. Renforcer la capacité des gestionnaires de stocks des dépôts de médicaments des PPS en gestion rationnel des stocks, notamment les stocks des produits contraceptifs et des médicaments de santé maternelle et de la reproduction.
6. Mettre en place un dispositif de prévention des ruptures en responsabilisant tous les acteurs de la chaîne d'approvisionnement. C'est à dire que les fournisseurs, les pharmaciens seraient tenus d'informer le MSPP en cas d'anticipation d'une situation de rupture

potentielle. Ils devraient préciser les délais de survenue, les stocks disponibles, les modalités de disponibilité, les délais prévisionnels de remise à disposition et, le cas échéant, l'identification de spécialités pouvant se substituer à la spécialité pharmaceutique manquante.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de normes en planification familiale et en soins maternels

Publié en Septembre 2009 par la Direction de la santé de la famille (DSF) du MSPP, pages 34, 171

Cartographie des systèmes d’approvisionnement et de distribution des produits pharmaceutiques en Haïti

Publié en Mars 2012 par la Direction de la pharmacie, du médicament et de la médecine traditionnelle (DPM/MT) du MSPP, pages 14, 21

Politique Pharmaceutique Nationale

Publié en Septembre 2014 par la Direction de la pharmacie, du médicament et de la médecine traditionnelle (DPM/MT) du MSPP, pages 15 à 17, 19 à 21

Liste Nationale des médicaments essentiels

Coordonnée par **Flaurine Jean-Jeune JOSEPH** Directrice DPM/MT - MSPP, 1^{ère} édition Mai 2012

Conception et Réalisation : Direction de la Pharmacie, du Médicament et de la Médecine Traditionnelle (DPM/MT) du MSPP, pages 1 à 26

http://www.ihsi.ht/pdf/projection/Estimat_PopTotal_18ans_Menag2015.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des tableaux

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées dans les PPS