

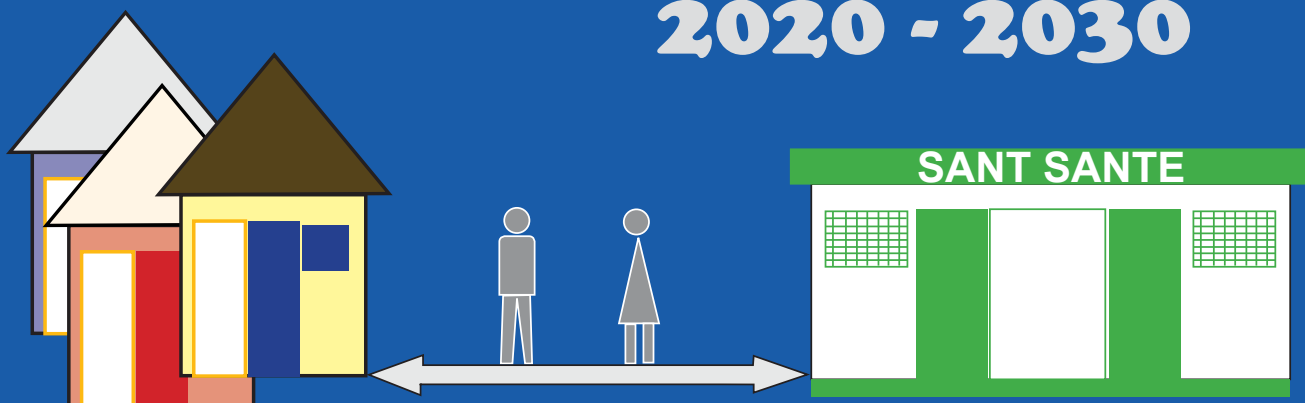


RÉPUBLIQUE D'HAÏTI
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION

=====

Plan Stratégique de Santé Communautaire

2020 - 2030



Mars 2021



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

**PLAN STRATÉGIQUE
DE SANTÉ
COMMUNAUTAIRE
2020-2030**

Mars 2021

Table des matières

Remerciements	v
Préface	vii
Sigles et Acronymes	ix
Définition de concepts clés	xi
Introduction	1
Haïti - Caractéristiques démographiques et socioéconomiques	2
Situation sanitaire	3
A- Profil épidémiologique	3
B- Utilisation des services	5
C- Organisation des services de santé	6
Situation de la Santé Communautaire	9
Principaux Défis	15
Cadre Stratégique du Plan de Santé Communautaire	19
Valeurs et Principes	19
Vision, But et Objectifs	21
Axes du plan stratégique de santé communautaire	23
Cadre des interventions	28
Cadre de mise en œuvre du plan stratégique de santé communautaire	35
Cadre institutionnel	35
Démarche de planification	37
Cadre de suivi et d'évaluation	38
Mécanismes de mobilisation et de gestion des ressources	39
1. Mécanisme de mobilisation des ressources	39
2. Modalités de gestion des ressources financières mobilisées	40
3. Dispositif de contrôle de la gestion des ressources financières	40
Besoins en ressources pour le PSSC 2020-2030	41
Hypothèses, risques et conditions de succès	43
Conclusion	45

Annexes	47
Annexe 1 : Tâches des ASCP et AIP	49
Annexe 2a : Equipements des ASCP	51
Annexe 2b : Equipements des AIP	52
Annexe 3 : Spécificités relatives aux tâches de l'ASCP	53
Annexe 4 : Cadre des résultats ou de performance	61

Remerciements

Le document « Plan Stratégique de Santé Communautaire » diffusé cette année répond à une grande attente du Secteur santé. Son élaboration a nécessité le concours des cadres du ministère et l'appui de nos partenaires techniques et financiers. Ce plan, lancé à la fin de l'année 2018, a connu différentes étapes. D'abord, le recrutement d'un consultant international, d'un consultant national et la mise en place d'un comité technique composé de l'UEP, la DPSPE, pour conduire le processus.

La méthodologie adoptée a compris : une revue de littérature, des visites de terrain, la réalisation d'un atelier, la rédaction du PSSC suivie d'un atelier de validation. L'approche a été participative, elle a pris en compte les multiples expériences des différents acteurs œuvrant dans la Santé communautaire. Ainsi, ont été consultés les membres de la communauté, les professionnels du niveau primaire de la pyramide sanitaire, les gestionnaires du système à différents niveaux : Unité d'Arrondissement de Santé, Directions Départementales Sanitaires, Directions Centrales. Les partenaires techniques et financiers ont aussi grandement contribué à enrichir le document.

A présent, le Ministère met à la disposition de tous les acteurs œuvrant dans le Secteur Santé, plus particulièrement dans le domaine de la Santé Communautaire, le produit de cet important travail, fruit d'un effort collectif.

Que soient remerciés le personnel du Ministère et les Partenaires, les Consultants tant internationaux que nationaux qui ont consacré de longues heures de travail à l'élaboration de cet outil devant servir de guide pour les interventions en santé communautaire.

Nos remerciements s'étendent aux membres des communautés, au personnel de terrain : ASCP, AIP, Infirmières, aux cadres des Unités d'Arrondissement de Santé, des Directions Départementales et Centrales pour leur contribution appréciable.

Le Groupe des Principaux Partenaires Techniques et Financiers du MSPP (GPPF) constitué du Canada, de l'USAID, du Fonds Mondial, de l'OPS/OMS, de l'ONUSIDA, de la Banque Mondiale, de l'UNICEF, de la Fondation Bill Gates, de l'Union Européenne, de CDC ont fourni un appui considérable rendant possible l'aboutissement de ce processus, le Ministère leur témoigne sa profonde gratitude.

Le MSPP ne laissera nullement de côté ses fidèles partenaires de la coopération HAS, HHF, CDS, MSH, ZL, MDM, GHESKIO, PRISMA/CCISD, OHMASS, Projet Santé dont les expériences en santé communautaire et apports ont été significatifs.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population exprime sa reconnaissance à tous ceux-là qui ont rendu possible ce Plan Stratégique de Santé Communautaire 2020-2030.



Dr Laure ADRIEN
Directeur Général

PRÉFACE

La quête du meilleur état de santé possible a toujours été une des plus grandes préoccupations de l'Homme depuis la nuit des temps. A travers les âges, il s'est constamment efforcé de préserver, de maintenir et de recouvrer sa santé, faisant appel aux divinités ou encore recourant à la médecine soit traditionnelle, soit moderne ou aux deux à la fois.

De nos jours, les gouvernements deviennent de plus en plus soucieux de garantir à leurs citoyens l'exercice du droit à la santé. A cette fin, ils s'acharnent à mettre en place, avec la participation des communautés, des systèmes de santé résilients, solides et performants qui réduisent les dépenses ruineuses et évitables pour les services et soins de santé en privilégiant des interventions de promotion de la santé.

À l'occasion de la commémoration des quarante ans d'Alma Ata célébrés à Astana , les Soins de Santé Primaires ont encore été retenus comme étant « l'approche la plus complète, efficace et économiquement rationnelle pour améliorer la santé physique et mentale des populations, ainsi que leur bien-être social, et que les soins de santé primaires sont la pierre angulaire d'un système de santé durable dans l'optique de la couverture sanitaire universelle (CSU) et des objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé ». Pour y parvenir, les dirigeants soulignent plus loin « la nécessité d'avoir des environnements stimulants et propices à la santé dans lesquels les individus et les communautés sont dotés des moyens de conserver et d'améliorer leur santé et leur bien-être et y participent activement ».

C'est bien dans cette mouvance que s'inscrit l'élaboration du Plan Stratégique de Santé Communautaire 2020-2030 (PSSC) qui mise sur l'engagement et la participation des communautés à l'élaboration de plans et à la mise en œuvre de programmes capables de produire un impact effectif sur leur état de santé. En effet, au cours de cette dernière décennie, Haïti a confirmé son option de la Stratégie des Soins de Santé Primaires à travers la Politique Nationale de Santé (Juillet 2012). Ainsi, suivant les orientations définies dans le Plan Directeur de Santé, de nombreux efforts ont été consentis, ces trois dernières années, pour relancer et renforcer la Santé Communautaire.

Ce Plan Stratégique de Santé Communautaire 2020-2030 est aligné sur les valeurs de solidarité, de participation citoyenne, d'efficacité et au principe d'universalité mentionnés dans la Politique Nationale de Santé. Il répond également aux principales préoccupations identifiées dans le Plan Directeur Santé 2012-2022 du MSPP et est bien articulé avec le modèle de prestation de soins et services à trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire. La mise en œuvre de ce PSSC reposera fondamentalement sur les deux premiers échelons du niveau primaire. Les communautés seront habilitées à jouer pleinement leur rôle d'acteur essentiel, appelé à participer à toutes les étapes du cycle de gestion des services et soins de santé destinés à satisfaire leurs besoins et à résoudre leurs problèmes.


Le MSPP, à travers ce document, trace les grandes lignes d'action dans le domaine de la Santé Communautaire qui seront désormais utilisées pour la planification, l'atteinte des objectifs retenus

et enfin parvenir à la couverture sanitaire universelle que nous recherchons tous. Il invite donc les différents acteurs en santé à respecter les orientations définies ainsi que les normes et standards établis.

Ceci contribuera à une meilleure harmonisation des actions, une plus grande efficacité des efforts et une plus grande possibilité de pérennisation des interventions.

Le Ministère remercie tous les cadres et partenaires qui ont apporté leur contribution dans l'élaboration du PSSC et ont rendu aujourd'hui possible sa diffusion. Il exprime sa gratitude au Groupe des Principaux Partenaires Financiers (GPPF) qui a patiemment supporté le MSPP techniquement et financièrement du début jusqu'à la fin de ce processus.

Ensemble, construisons mieux notre système en consolidant sa base, le niveau communautaire.



M. Gréta Roy
Dr Marie Gréta Roy CLEMENT
Ministre

Sigles et Acronymes

AIP	Auxiliaire Infirmière Polyvalente
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASCP	Agent de Santé Communautaire Polyvalent
BCS	Bureau Communal de Santé
CCS	Centre Communautaire de Santé
CCS	Comité Communal de Santé
CDC	Centre pour le contrôle et la prévention des maladies
CoIVol	Collaborateur Volontaire
CPN	Consultation Pré Natale
CS	Centre de Santé
DG	Direction Générale
DHIS2	District Health Information System 2
DOSS	Direction d'Organisation des Services de Santé
DPSPE	Direction de Promotion de la Santé et de Protection de l'Environnement
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSF	Direction de Santé de la Famille
DSI	Direction des Soins Infirmiers
EMMUS	Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
ESF	Equipe Santé Famille
GFF	Global Financing Facility
GPPF	Groupe des Principaux Partenaires Financiers
HCR	Hôpital Communautaire de Référence
HU	Hôpital Universitaire
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OPS/OMS	Organisation Panaméricaine de Santé/Organisation Mondiale de Santé
PDSC	Plans Départementaux de Santé Communautaire
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PES	Paquet Essentiel de Services

PMA	Paquet Minimum d'Activités
PON	Plan Opérationnel National
PSCSC	Plan de Section Communale de Santé Communautaire
PSSC	Plan Stratégique de Santé Communautaire
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RHSC	Ressources Humaines Santé Communautaire
SISNU	Système d'Information Sanitaire National Unique
SONUB	Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence de Base
SOSS	Service d'Organisation des Services de Santé
SPA	Service Provider Assessment
SRO	Solution de Réhydratation Orale
SSP	Stratégie des Soins de Santé Primaire
UADS	Unité d'Appui à la Décentralisation Sanitaire
UAS	Unité d'Arrondissement de Santé
UC	Unité de Contractualisation
UCS	Unité Communale de Santé
UEP	Unité d'Etudes et de Programmation
UNFPA	Fonds des Nations Unies Pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement International
VAD	Visite à Domicile

Définition de concepts clés

Santé Publique :

La santé publique¹ est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus par le moyen d'une action collective concertée. Son objectif final est de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité. Le champ d'action de la santé publique inclut tous les domaines liés à la promotion de la santé; il inclut : i) l'assainissement du milieu, ii) la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, iii) l'éducation pour la santé, iv) l'organisation des soins de santé pour le dépistage et la prise en charge des maladies. La Santé Publique s'occupe aussi de la mise en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé.

Communauté :

C'est un groupe de personnes qui vivent souvent dans une zone géographique bien définie, partagent une culture, des valeurs et des normes communes et ayant des intérêts communs, et qui ont une place dans une structure sociale conforme à des relations que la communauté a créées au cours d'une certaine période².

Approche communautaire :

L'approche communautaire en santé peut être définie comme une approche de santé publique au niveau local, impliquant la participation des populations pour identifier les problèmes auxquels ils sont confrontés et y trouver des solutions, avec l'aide d'animateurs ou de professionnels.

Participation communautaire :

La participation communautaire est un processus social dans lequel des personnes ou des groupes de personnes ayant des besoins communs et vivant dans une zone de proximité s'emploient activement à définir leurs besoins, décident d'y chercher une réponse et se dotent de mécanismes destinés à les satisfaire.

Agents de santé communautaire (ASC) :

L'Agent de Santé Communautaire est un membre de la communauté, choisi par la communauté ayant reçu une certaine formation pour promouvoir la santé et offrir certains services de santé de base. Il peut être ou non un professionnel de santé.

¹ OMS, Série de rapports techniques, Comité d'Experts de l'Administration de la Santé Publique, Rapport de la Première session, Genève, 3-7 décembre 1951, N°55, p 6.

² OMS 1999. Glossaire de la promotion de la santé, Genève, 25 p.

Le lien entre le système sanitaire « formel » et la communauté se fait grâce à un « agent de santé communautaire » dont les rôles et les responsabilités sont variables d'un pays à un autre. Ces agents de santé ont un rôle central pour coordonner la mise en œuvre d'un ensemble d'activités préventives, promotionnelles et curatives au niveau communautaire, dont l'efficacité a été démontrée en termes de résultats obtenus. La Politique Nationale de Santé a confirmé l'option d'utiliser les services d'Agents de Santé Communautaires **Polyvalents** (ASCP) qui assistent les individus et les familles dans la satisfaction de leurs besoins en santé de façon intégrée au lieu de travailler dans le cadre de programmes verticaux.

Intégration des interventions :

C'est la mise en commun des ressources humaines, techniques, matérielles et financières pour la mise en œuvre de deux ou plusieurs interventions ou programmes.

C'est le fait pour un ASC de mettre en œuvre un paquet d'activités qui répond aux différents besoins des groupes de population desservis et en tenant compte de tous les programmes de santé. Le but de l'intégration est d'accroître l'efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles, l'efficacité dans l'atteinte des objectifs et de coordonner la participation des partenaires afin de réduire la morbidité et la mortalité au sein des communautés.

Promotion de la santé :

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Ce processus englobe non seulement les mesures visant à renforcer les capacités des personnes, mais aussi les mesures prises pour modifier les conditions sociales, environnementales, politiques et économiques, de manière à réduire leur incidence sur la santé publique et la santé individuelle. La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986) décrit cinq stratégies clés de la promotion de la santé : élaborer des politiques favorisant la santé, créer des environnements favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles et réorienter les services de santé.

Rattachement hiérarchique :

Le mode de sélection et certains autres facteurs exercent une grande influence sur l'allégeance et le rattachement hiérarchique des agents communautaires. C'est ainsi que le(s) cadre(s) devant sélectionner, former, superviser et rétribuer les agents de santé communautaire et la manière de le faire, aura(ont) une forte influence sur l'orientation et la qualité de leur rattachement hiérarchique. A l'évidence, il faut que la collectivité et le système de soins médico-sanitaires participent pour une part égale à ces diverses tâches, autrement la perception du rôle de l'agent santé communautaire risque d'être faussée.

Introduction

La République d'Haïti a adhéré à l'objectif mondial d'arriver à la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) comme moyen d'atteindre les composantes sanitaires des Objectifs de Développement Durable (ODD). Cette démarche est cohérente avec la Constitution du pays qui reconnaît le droit à la santé de tous ses citoyens. La Politique Nationale de Santé publiée en 2012 a confirmé le choix de la Stratégie des Soins de Santé Primaires pour assurer un accès équitable et universel à des services et soins de santé de qualité à l'ensemble de la population. Dans le Plan Directeur de Santé 2012 – 2022, le Ministère de la Santé Publique (MSPP) a défini clairement le rôle privilégié des communautés comme partenaire dans la mise en œuvre des interventions visant la promotion de la santé. Il a aussi retenu l'organisation du réseau communautaire de services comme un des principaux axes d'intervention pour le renforcement de la gestion des services et soins de santé accordant ainsi une place prépondérante à la Santé Communautaire.

C'est dans cette perspective que le MSPP a initié depuis 2018, un processus de renforcement de la Santé Communautaire. De multiples discussions, débats et ateliers ont eu lieu tant à l'interne qu'avec les partenaires locaux et internationaux; ils ont abouti à des choix et à des décisions devant orienter ce renforcement.

Les observations et l'analyse de l'existant ont montré que de nombreuses interventions de santé au niveau communautaire étaient menées avec l'appui de différents partenaires techniques et financiers. Cependant, il a aussi été constaté une certaine duplication des efforts et des investissements en raison du manque de coordination dans l'utilisation des ressources humaines et financières sur le terrain. De plus, certaines interventions menées sur le terrain ne respectent pas les orientations stratégiques nationales; ou encore, elles visent l'obtention de résultats à très court terme sans souci de rationalisation ou de continuité. L'adoption officielle du Modèle d'Organisation des Services de Santé au niveau communautaire en Novembre 2015 par le MSPP n'a pas suffi pour corriger la situation. Il en est ressorti, entre autres, la nécessité de définir clairement les orientations stratégiques en Santé Communautaire en vue de guider et de standardiser, la conception, la planification et la gestion des interventions de santé au niveau communautaire.

Une revue approfondie des documents existants associée à des entretiens structurés avec des acteurs, à tous les niveaux du système de santé a permis une claire compréhension de la situation de la Santé Communautaire dans le pays. Les opportunités, les défis et les contraintes ont été ainsi identifiés. Puis, l'atelier d'élaboration du Plan Stratégique de Santé Communautaire a été tenu, en février 2020, avec la participation pleine et entière de représentants des différentes entités du MSPP, de ses principaux partenaires techniques et financiers ainsi que de certaines ONG.

Ce document de Plan Stratégique de Santé Communautaire 2020 – 2030 s'inscrit donc dans le cadre des démarches entreprises par le MSPP pour rationaliser les interventions en vue d'augmenter l'accès de tous les haïtiens à des services de santé de qualité pour une amélioration de leur état de santé. Il fournit un cadre de référence pour la planification opérationnelle dans une perspective d'augmentation de l'efficacité, de renforcement du système de santé et de durabilité des interventions. La disponibilité de ce plan favorisera des discussions effectives entre tous les intervenants

pour une meilleure coordination de leurs efforts et une gestion plus efficiente des ressources tant internes qu'externes. Il doit aussi guider le développement des plans de suivi et d'évaluation, des plans opérationnels qui constituent les instruments clés pour piloter la mise en œuvre des interventions et s'assurer de l'atteinte des objectifs poursuivis.

Haïti - Caractéristiques démographiques et socioéconomiques

Située en Amérique, dans l'archipel des Antilles, la République d'Haïti a une superficie de 27 750 km² avec une population estimée à 11 411 527 habitants (IHSI, 2018)³ correspondant à une densité moyenne de 411 habitants/km², l'une des plus élevées de la région⁴. Environ 49% de la population du pays vit en milieu rural et 51% en milieu urbain (IHSI, 2015)⁵.

Le pays est subdivisé en dix départements à savoir : (1) l'Artibonite, (2) le Centre, (3) la Grande Anse, (4) les Nippes, (5) le Nord, (6) le Nord-Est, (7) le Nord-Ouest, (8) l'Ouest, (9) le Sud, (10) le Sud-Est. Chaque département est divisé en arrondissements, communes et celles-ci en sections communales. Ainsi, Haïti compte : 42 arrondissements, 146 communes, selon l'Arrêté Présidentiel de Juillet 2020 et 572 sections communales⁶. Les zones urbaines de six communes du département de l'Ouest (Port au Prince, Tabarre, Cité Soleil, Carrefour, Delmas et Pétion-Ville) ont été regroupées pour former l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince, la capitale du pays.

Haïti est l'un des pays à plus faible revenu de l'hémisphère occidental avec un produit intérieur brut (PIB) par habitant de 756 \$ en 2019 après une contraction de 0,9% (870 \$ en 2018). Le pays est classé 169 sur 189 pays en 2019 selon l'indice de développement humain (163 sur 188 pays en 2016)⁷. En 2012, plus d'un Haïtien sur deux se trouvait en situation de pauvreté avec moins de 2,41 \$ par jour, et une personne sur quatre vivait en dessous du seuil de pauvreté extrême fixé à 1,23 \$ par jour^{8 9 10}.

Les principaux secteurs de l'économie haïtienne sont les suivants : le secteur des services : « Commerce, restaurants et Hôtels » (28,78%) et d'autres services marchands et non marchands (23,5%), le secteur agricole : « agriculture, sylviculture, élevage et pêche » (20,76%). Le secteur industriel ne représente que 8,36%¹¹.

La monnaie nationale (la Gourde Haïtienne) fait montre d'une grande instabilité par rapport au dollar américain ; cet état de fait contribue à alimenter une inflation à deux chiffres (environ 20%) et pénalise davantage les ménages les plus pauvres. Ces défis macro-économiques combinés aux faibles recettes fiscales ont empêché le gouvernement d'augmenter les allocations budgétaires à portée sociale¹².

³ Projection de la population de 2018. IHSI/Direction des Statistiques Démographiques et Sociales (DSDS)

⁴ <https://www.populationdata.net/pays/haiti/> Consulté le 11/06/2019

⁵ Population totale par sexe, population de 18 ans et plus estimés en 2015. IHSI/Direction des Statistiques Démographiques et Sociales (DSDS)

⁶ selon l'Arrêté Présidentiel de Juillet 2020

⁷ <https://www.banquemondiale.org/fr/country/haiti/overview> consulté le 05/11/2020

⁸ <http://www.banquemondiale.org/fr/topic/poverty/publication/beyond-poverty-haiti> consulté le 12/06/19

⁹ <https://www.banquemondiale.org/fr/country/haiti/overview> consulté le 05/11/2020

¹⁰ <https://www.banquemondiale.org/fr/country/haiti/overview> consulté le 05/11/2020

¹¹ Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) et ICF. 2018. Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI 2016-2017) Pétion-Ville, Haïti, et Rockville, Maryland, USA : IHE et ICF.

¹² <https://www.banquemondiale.org/fr/country/haiti/overview> consulté le 28/05/19

Le rapport « **Mieux dépenser pour mieux soigner : un regard sur le financement de la santé en Haïti** », souligne que les dépenses publiques de santé par habitant n'atteignent que 13 dollars par an ce qui est inférieur à la moyenne de 15 dollars des pays à faible revenu, et bien en dessous de la moyenne des pays voisins comme la République Dominicaine (180 dollars) ou Cuba (781 dollars). Pour l'année fiscale 2015 –2016, les dépenses totales en santé représentaient 9.1% du PIB et seulement 5.4% du budget national étaient alloués au MSPP¹³. Dans le contexte de succession de situations d'urgence auxquelles a fait face le pays, plus de la moitié des dépenses totales de santé correspondent à des soins curatifs plutôt que préventifs¹⁴. La plus grande part du budget est consacrée au paiement des ressources humaines ne laissant que de maigres ressources pour la prestation de services et les investissements.

Situation sanitaire

A- Profil épidémiologique

L'amélioration de l'état de santé de la population haïtienne n'a pas évolué au rythme des investissements consentis par l'État avec l'appui de la Coopération Externe. Les taux de morbidité et de mortalité des groupes vulnérables en particulier et de la population en général sont encore trop élevés en regard des chiffres rapportés par d'autres pays de la Caraïbe. Dans l'ensemble, les indicateurs de santé d'Haïti restent préoccupants.

La morbidité et la mortalité dans la population générale demeurent très élevées en Haïti. La probabilité de décéder entre 15 et 50 ans est estimée à 144 pour mille pour les femmes et 177 pour mille pour les hommes¹⁵. Les tableaux de morbidité et de mortalité dans la population générale sont dominés par les maladies infectieuses transmissibles et les maladies non transmissibles.

La malaria et l'infection au VIH sont les maladies infectieuses transmissibles les plus prévalentes. Mais, les haïtiens souffrent également de la tuberculose, d'autres maladies respiratoires aiguës et chroniques (asthme ...), des autres maladies sexuellement transmissibles particulièrement la syphilis, et des autres maladies transmises par vecteur tels, la dengue et la filariose.

Les pathologies non transmissibles en Haïti sont largement dominées par l'hypertension artérielle, le diabète, les anémies. Il convient de noter que les cancers et les traumatismes représentent de plus en plus des sujets de préoccupation.

Globalement, parmi les 44 maladies et phénomènes de santé sous surveillance, les dix (10) premières causes enregistrées en 2018¹⁶ ont été :

1. Infections respiratoires aiguës
2. Hypertension artérielle
3. Fièvre typhoïde suspecte
4. Infections sexuellement transmissibles
5. Autres fièvres

¹³ Rapport des Comptes Nationaux de de Santé 2014-2015/2015-2016 page 12 et tableau 2 page 13

¹⁴ www.banquemondiale.org/.../news/.../haiti-new-world-bank-report-calls-for-increased. Consulté le 28/05/19

¹⁵ EMMUS VI

¹⁶ UEP/MSPP - Rapport statistique 2018 page 13 Graphique 2.2.2

6. Accidents
7. Diarrhée aigüe aqueuse
8. Diabète
9. Malnutrition
10. Violences

Les patrons de mortalité et de morbidité spécifiques sont tout aussi inquiétants.

La mortalité maternelle en Haïti est l'une des plus élevées dans le monde ; en 2017, le ratio mesuré sur les 7 dernières années s'élevait à 529 décès pour 100 000 naissances vivantes¹⁷.

Haïti, avec 1 décès pour 41 nouveau-nés, a le taux de mortalité néonatale le plus élevé de la région des Amériques. Il est suivi par la Dominique (1 sur 42), la Guyane (1 sur 50) et la Bolivie (1 sur 53). Son voisin, Cuba, affiche le plus faible taux de mortalité néonatale avec 1 décès pour 417 nouveau-nés¹⁸.

Dans la région, les principales causes de décès du nouveau-né, de malformations congénitales et de prématurité sont les complications de l'accouchement et les infections (septicémie, méningite et pneumonie)¹⁹. Elles auraient toutes pu être évitées par des mesures de prévention entreprises au niveau communautaire.

La mortalité infantile est restée quasi constante dans le pays récemment, avec un taux de 57 ‰ en 2006 et 59 ‰ en 2012 et 2017. La mortalité infantile est très légèrement plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (59 contre 56 ‰). La morbidité chez les enfants dans le pays est dominée par les Infections Respiratoires Aigües (IRA) 10%, les fièvres d'origines diverses 31,5% et la diarrhée 21%²⁰.

Au cours de la dernière décennie, 2 nouvelles maladies, à potentiel épidémique, se sont inscrites au tableau de morbidité en Haïti, le choléra et la COVID 19.

Le choléra est apparu en Haïti en octobre 2010 et la propagation de l'épidémie a été fulgurante compte tenu des conditions sanitaires très précaires. Plus de la moitié des habitants des zones rurales n'ont pas accès à l'eau potable et seuls 25% des Haïtiens ont accès à des toilettes²¹. Depuis l'apparition du choléra, environ 10 000 Haïtiens sont morts de la maladie et plus de 800 000 personnes ont été contaminées²². Le pays a enregistré régulièrement des flambées de choléra ; 16 % des ménages ont eu au moins, un de leurs membres atteints de choléra entre octobre 2010 et 2017²³. Cependant, l'épidémie a été contrôlée, le pays n'a enregistré aucun cas de choléra depuis janvier 2019.

¹⁷ EMMUS VI

¹⁸ www.loophaiti.com/.../haiti-affiche-le-plus-haut-taux-de-mortalite-infantile-de-la-regi.. consulté le 31/05/19

¹⁹ EMMUS VI

²⁰ EMMUS VI

²¹ <https://www.tdg.ch/monde/haiti-fin-possible-cholera-2018/story/14198189> consulté le 12/06/19

²² <https://www.tdg.ch/monde/haiti-fin-possible-cholera-2018/story/14198189> consulté le 12/06/19

²³ EMMUS VI

Les premiers cas de COVID-19 ont été confirmés dans le pays en mars 2020. Tous les départements ont été touchés par la pandémie mais le département de l'Ouest, particulièrement l'Aire Métropolitaine de Port-au-Prince, reste de loin le plus affecté avec 66.67% des cas confirmés et 42.24% des décès au 30 Octobre 2020²⁴.

Il ressort de l'analyse du profil épidémiologique du pays que les principales causes de morbidité et de mortalité sont évitables par la promotion des habitudes de vie saine et par des mesures adéquates pour la prévention et la prise en charge à temps des maladies les plus courantes. En effet, la plupart de ces maladies se développent à la faveur d'un environnement insalubre, de conditions de vie très précaires et de modes de vie qui augmentent considérablement les risques pour la santé. Cette situation supporte le choix de la Santé Communautaire comme une approche prioritaire pour l'augmentation de la couverture sanitaire et l'amélioration de la situation sanitaire. La proximité des ASCP jointe à une plus grande implication des organisations communautaires devrait aisément resserrer les liens entre la population et le système de santé, renforcer leur partenariat pour des actions pertinentes visant la promotion de la santé. De plus, l'investissement au niveau communautaire favoriserait la prévention des maladies les plus courantes, leur prise en charge de manière précoce ; ce qui réduirait la pression sur les niveaux supérieurs de la pyramide de soins et les dépenses nécessaires pour la prise en charge institutionnelle et le traitement des complications.

B- Utilisation des services

Le taux de fréquentation des services de santé reste faible malgré le profil épidémiologique du pays et les forts taux de morbidité. En 2018, le taux de fréquentation des services était estimé à 29.2%²⁵ et l'on a noté une quasi-stagnation de cet important paramètre. Le taux de fréquentation des services de santé est, en effet, passé de 31% en 2015 à 31.5% en 2016 et 30.7% en 2017.

Tous les chiffres disponibles confirment une très faible utilisation des services de santé. Il est fort probable que la couverture sanitaire insuffisante qui limite considérablement l'accès géographique, contribue à cet état de fait; cependant, certains autres facteurs semblent aussi y être associés. On pourrait considérer, par exemple : l'accès économique, l'habitude de recourir d'abord à la médecine traditionnelle, la qualité de l'accueil et des services ...

La faible utilisation des services est observée dans quasiment tous les domaines prioritaires, les chiffres ci-dessous, tirés principalement du dernier EMMUS, sont rapportés à titre indicatif :

- ♦ L'utilisation des consultations pré natales reste moyenne avec 67%²⁶ des femmes enceintes qui ont effectué au moins les 4 visites recommandées par les normes nationales bien que 91% des femmes enceintes aient reçu, au moins une fois, des soins d'un prestataire formé.
- ♦ Parallèlement, on note une très faible proportion, 42% de femmes enceintes ayant accouché en présence d'un prestataire formé et seulement 39% dont l'accouchement a été fait dans une institution sanitaire²⁷.

²⁴ DELR/MSPP - Bulletin de Surveillance de la COVID19 – Numéro 248 du 30 Octobre 2020

²⁵ UEP/MSPP - Rapport statistique annuel 2018

²⁶ EMMUS VI

²⁷ EMMUS VI

- ♦ La situation vaccinale des enfants reste préoccupante dans le pays avec seulement 41,4% des enfants qui ont été vaccinés complètement selon le calendrier établi. La proportion d'enfants complètement vaccinés a peu varié depuis 2005 avec des taux respectifs de 41%, 45%, 41% en 2005, 2012 et 2017.
- ♦ Le recours aux soins pédiatriques n'est pas systématique. Parmi les enfants de moins de 5 ans qui ont présenté des symptômes d'IRA, les parents ont recherché des conseils et traitement dans 40% des cas (53% en milieu urbain contre seulement 33% en milieu rural). Même situation pour les enfants avec une fièvre, les services ont été sollicités pour 42% seulement. Pour les enfants présentant de la diarrhée, les parents ont consulté un prestataire dans 34,3% des cas. Il faut aussi noter que seulement 39,3% des enfants avec une diarrhée ont bénéficié de la réhydratation orale.
- ♦ Seulement 34 % des femmes en union utilisent une méthode quelconque de contraception, avec 32 % une méthode moderne et 3 % une méthode traditionnelle. L'utilisation de la planification familiale n'a pas vraiment évolué au cours de ces dernières années ; elle est passée de 32% en 2006 à 35% en 2012 puis à 34% en 2017.
- ♦ La couverture du pays en Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) reste faible avec 31% des ménages qui dispose d'au moins une MII et seulement 12 % des ménages ont atteint la couverture universelle, c'est-à-dire qu'il possède au moins une MII pour deux personnes²⁸.
- ♦ Près de 90% des femmes connaissent un site où on peut faire le test de dépistage du VIH ; cependant plus d'un tiers des femmes (38%) n'ont jamais fait de test du VIH. Chez les hommes le niveau de connaissance d'un point de dépistage du VIH est légèrement plus faible (85%) ; mais, le niveau de non utilisation des services de dépistage est de loin supérieur à celui observé chez les femmes : 58% des hommes n'ont jamais fait de test du VIH.

Au cours de la période 2015-2019, une baisse de la détection des cas de tuberculose a été observée ; celle plus forte accusée en 2018 a été attribuée aux troubles socio-politiques connus cette année (78% en 2015, 75% en 2016, 75% en 2017, 69% en 2018 et 68% en 2019).

C- Organisation des services de santé

Le Plan Directeur de Santé se propose d'opérationnaliser les orientations de la Politique Nationale de Santé à travers un modèle d'organisation des services structuré en 3 niveaux : primaire, secondaire, tertiaire.

- ♦ **Le premier niveau ou niveau primaire** comprend 3 échelons :
 - ✓ Le premier échelon constitué des Centres Communautaires de Santé (CCS) situés au niveau de la section communale et animés par une Auxiliaire Infirmière polyvalente (AIP) ou une Infirmière et des Agents de Santé Polyvalent (ASCP).
 - ✓ Le deuxième échelon constitué des Centres de Santé (CS) qui se trouvent au niveau de commune ; ils sont animés par une équipe composée d'un médecin généraliste, d'une infirmière et d'une sage-femme.

²⁸ EMMUS VI

- ✓ Le troisième échelon est l'Hôpital Communautaire de Référence (HCR) qui est doté des 4 services de base ou spécialités : la médecine interne, la pédiatrie, la gynécologie et la chirurgie ; il est dirigé par le médecin de famille. L'aire de desserte de l'HCR est l'arrondissement.

- ◆ **Le niveau secondaire**

Le niveau secondaire de la pyramide de soins est constitué par les Hôpitaux Départementaux situés au niveau des chefs-lieux de département. Le pays compte huit (8) hôpitaux départementaux; dans les départements de l'Ouest et du Nord, ils sont remplacés par les Hôpitaux Universitaires (HU).

- ◆ **Le niveau tertiaire**

Le niveau tertiaire est composé de l'Hôpital Universitaire; il existe, dans le pays, 7 HU dont 3 sont des institutions spécialisées.

Un paquet essentiel de services (PES) a été défini pour guider l'organisation et la prestation des services pour chaque catégorie d'institution en tenant compte du niveau de complexité des soins qu'elle est appelée à fournir. Pour assurer la satisfaction des besoins et une prise en charge adéquate des problèmes de santé de la population, le modèle d'organisation des services de santé requiert la mise en place effective d'un système dynamique de référence et de contre-référence basé sur la mise en réseau des institutions œuvrant au niveau d'un territoire donné.

Cependant, les services de santé ne sont pas encore disponibles dans tout le pays. Le modèle d'organisation des services défini n'est toujours pas appliqué sur tout le territoire national. Même si les structures de gestion et de prestation existent, elles ne sont souvent pas pleinement fonctionnelles; elles doivent faire face à des défis majeurs et des déficits importants de ressources comme l'indiquent les chiffres rapportés ci-dessous.

- ✓ En ce qui a trait à la couverture sanitaire, 122 sections communales (soit 21%) des 572 ne disposent d'aucune institution sanitaire. Cette situation est observée principalement dans le Nord (34%), la Grand-Anse (30%) et le Sud (29%)²⁹.
- ✓ L'Évaluation de la Prestation des Services de Soins de Santé en Haïti (EPSSS) 2017-2018 a recensé un total de 1.007 institutions sanitaires fonctionnelles sur l'ensemble du territoire national. La proportion la plus importante des institutions (36%) est concentrée dans le département de l'Ouest³⁰.
- ✓ La couverture en Ressources Humaines en Santé du Pays (RHS) reste faible et inégalement répartie sur le territoire national avec 10.47 professionnel de santé /10.000 habitants³¹ soit 1.047 prestataires pour 1000 habitants contre 2.5/1000 habitants, le ratio recommandé par l'OMS. Environ 88% des prestataires sont concentrés en milieu urbain contre 12% en milieu rural, alors que 49% de la population vit en zone rurale³².
- ✓ Les institutions de santé font souvent face à des ruptures de stock d'intrants, de matériels et au manque d'équipements nécessaires à l'offre continue de services de qualité selon les standards établis dans le Paquet Essentiel de Services et dans le respect des normes définies par les différents programmes de santé.

²⁹ UEP/MSPP

³⁰ UEP/MSPP – Rapport Statistique 2018

³¹ Résumé du bilan secteur santé « mars 2017-mars 2019 »

³² Plan stratégique de développement des RHS 2030

- ✓ Le système de référence et de contre-référence entre les institutions de différents niveaux n'est, en général pas établi formellement comme prévu dans le Plan Directeur de Santé.
- ✓ L'implication de la communauté dans la gestion et l'organisation des services de santé constitue un important objectif. Les orientations stratégiques ont été définies depuis quelques années, mais les investissements consentis à date n'ont pas suffi pour les faire atterrir.

Situation de la Santé Communautaire

La République d'Haïti a une longue expérience en Santé Communautaire. Depuis Alma-Ata, le pays s'est engagé dans la voie de la Stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) mise en œuvre à travers des interventions de Santé Communautaire. Depuis la première moitié des années 80, le MSPP a intégré les Agents de Santé comme acteurs clés de la Santé Communautaire sous la supervision des auxiliaires-infirmières. Tout au long de ces 4 décennies, les tâches des agents de santé ont évolué en fonction des besoins des intervenants des secteurs public et privé surtout ceux qui étaient chargés de la mise en œuvre de programmes financés par la coopération externe; les mécanismes de suivi et de supervision ont été renforcés dans les programmes exécutés par les partenaires privés. Les interventions réalisées et les leçons apprises ont permis de mieux comprendre tout le bénéfice potentiel de l'utilisation des agents de santé pour étendre l'offre des services et en accroître l'utilisation particulièrement au niveau communautaire et dans les zones d'accès difficile.

La Santé Communautaire est alors devenue l'approche incontournable pour garantir une performance satisfaisante de tous les programmes et interventions prioritaires de santé. Cependant, l'utilisation de « travailleurs communautaires », sous plusieurs dénominations, s'est faite au gré des besoins et intérêts de chaque intervenant, de chaque partenaire technique et financier en l'absence d'un cadre normatif formel et adapté au contexte dynamique. De plus, les mécanismes de gestion et d'encadrement des agents de santé s'étaient considérablement affaiblis dans le secteur public du système de santé. Dans bien des cas, il n'y avait aucune articulation entre les services, les soins offerts au niveau de l'institution de santé avec les activités de promotion de la santé menées dans la communauté. Il convient aussi de souligner que l'essentiel de l'action du niveau central du MSPP se limitait à la standardisation de la formation des agents de santé sans aucune orientation stratégique définie; la Santé Communautaire était surtout perçue comme un volet, une composante de chaque programme qui décidait de l'approche à utiliser pour atteindre ses objectifs propres.

La Politique Nationale de Santé a confirmé la volonté politique du MSPP de continuer à utiliser la Stratégie des Soins de Santé Primaires. Une des priorités retenues était donc l'utilisation des Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP) pour la promotion de la santé au niveau communautaire à travers la sensibilisation et l'éducation pour la santé, l'offre de services de santé préventifs et curatifs avec des stratégies avancées et la mobilisation de la communauté.

Dans le cadre de l'opérationnalisation des axes d'intervention définis dans le Plan Directeur de Santé, plusieurs actions ont été entreprises en vue du **renforcement des interventions de Santé Communautaire**, entre autres :

- ✓ **Le développement du cadre de référence pour la formation des ASCP** avec l'assistance du Projet Tripartite et le support de l'OPS/OMS - Les documents élaborés sont de très grande qualité et d'un bon niveau technique. Ils n'ont, cependant, pas pris en compte certains aspects de la réalité sur le terrain. De plus, quelques incohérences y ont été relevées en regard du PES et de certaines normes techniques des programmes.

- ✓ **La mise en place d'une structure chargée du pilotage de la Santé Communautaire au niveau national** - Le Service de Santé Communautaire a été créé au sein de la DPSPE qui a pour mission de définir avec les autres acteurs les orientations stratégiques en Santé Communautaire, de coordonner la mise en œuvre des interventions et le suivi des activités.
- ✓ **La mobilisation des partenaires techniques et financiers** – Cette démarche vise à obtenir une plus grande synergie des efforts et des investissements dans le domaine. Un consensus très large a été construit sur les actions prioritaires à mener pour le renforcement de la Santé Communautaire avec les différentes entités du MSPP ainsi qu'avec ses principaux partenaires techniques et financiers.
- ✓ **Le développement du modèle d'organisation des services de santé au niveau communautaire** - Ce modèle repose sur trois (3) piliers : i) l'Equipe de Santé de la Famille (ESF), ii) la mise en réseau des institutions de santé et iii) la mise en place des Comités de Santé pour une plus grande implication de la communauté. Le modèle a été mis en œuvre dans la commune de Carrefour en 2011, puis adopté officiellement par le MSPP en Novembre 2015.
- ✓ **L'établissement d'un cadre de référence pour la mise en place des UAS** - La Politique de santé publiée en Juillet 2012 consacra l'Arrondissement géographique comme unité territoriale de déconcentration du Secteur Santé et l'Unité d'Arrondissement de Santé (UAS) comme structure administrative déconcentrée pour la coordination et la mise en œuvre de l'action sanitaire. L'UAS doit aussi remplir les fonctions de supervision et de contrôle de l'organisation et de la prestation des services au premier niveau de la pyramide sanitaire.

Comme on peut le comprendre aisément les actions susmentionnées qui, pour la plupart, remontent à moins de cinq (5) ans n'ont pas encore produit les résultats escomptés. Il convient de rappeler aussi que ce quinquennat a été fortement marqué par un environnement macro particulièrement difficile caractérisé par : une forte instabilité socio-politique, la survenue de catastrophes naturelles majeures, l'arrêt quasi-total des activités dans le pays (peyi lòk, pandémie de COVID 19).

La situation actuelle sur le terrain est encore loin de la situation désirée pour que la Santé Communautaire contribue à l'augmentation de l'accès des haïtiens aux soins de santé en vue de la satisfaction de leurs besoins et la solution de leurs problèmes de santé. De nombreux facteurs, directement liés à la Santé Communautaire ou relevant de l'environnement macro (système de santé, niveau de développement du pays) agissent en interdépendance pour freiner le renforcement de ce domaine. Une bonne compréhension des déterminants des différents constats faits est essentielle pour guider les choix stratégiques, la définition des priorités et des grandes lignes d'interventions.

En préparation à l'élaboration de ce plan stratégique, une analyse de situation a été conduite. Après la revue documentaire, des entretiens et des discussions structurées ont été réalisés avec les parties prenantes à tous les niveaux en février 2019. Le rapport a été discuté et enrichi au cours de l'atelier d'élaboration de ce plan stratégique qui réunissait des représentants du MSPP niveau central et départemental, des ONG ainsi que des partenaires techniques et financiers. Les informations recueillies permettent de noter ce qui suit :

- ◆ Les interventions de santé au niveau communautaire se poursuivent bien que toutes les conditions ne soient pas réunies pour l'opérationnalisation du modèle d'organisation des services.

- ✓ Les programmes prioritaires du MSPP reçoivent des supports financiers des partenaires pour renforcer les capacités des institutions : formation et rémunération des ASCP et des autres membres des ESF, dotation d'équipements et approvisionnement en matériels, outils de gestion et intrants.
- ✓ Plusieurs organisations non gouvernementales (ONG) bénéficient aussi du financement de la coopération externe pour la mise en œuvre d'interventions de santé au niveau communautaire ; ces interventions doivent, en principe être alignées sur les directives du MSPP.
- ✓ La cartographie des agents communautaires réalisée en 2019 a dénombré 5 500 agents communautaires dont 4 411 ASCP (80%) et 1 089 ASC (20%). Il a été noté, dans le Rapport Statistique 2018 du MSPP, l'existence de 3 160 Auxiliaires-Infirmières Polyvalentes et 5 042 Infirmières sur toute l'étendue du territoire³³.
- ✓ Les activités des ASCP et les services à fournir sont définis dans le PES. Cependant, certaines activités et certains services sont priorités et d'autres négligés.
- ◆ La couverture des interventions de santé au niveau communautaire reste inadéquate et insuffisante.
 - ✓ Certaines sections communales dépourvues d'institution sanitaire ne disposent pas d'ASCP pour la réalisation d'interventions de santé de manière régulière.
 - ✓ Toutes les institutions fonctionnelles ne conduisent pas des interventions au niveau de la communauté. De plus, les interventions en cours ne couvrent pas obligatoirement toute l'aire de desserte de l'institution de santé.
 - ✓ Dans bien des cas, les interventions de santé menées ne permettent pas d'offrir tout le paquet de services défini dans le PES pour le niveau communautaire. Certaines activités sanitaires sont spécifiques à un programme de santé donné. Certaines fois, le matériel et les intrants nécessaires ne sont pas disponibles.
- ◆ Les ressources humaines qualifiées ne sont pas toujours disponibles en quantité suffisante.
 - ✓ Le profil et les critères de sélection des ASCP ne sont pas toujours respectés au cours du processus de recrutement en raison de facteurs de divers ordres, à tous les niveaux.
 - ✓ 20% des Agents de Santé Communautaire (ASC) « verticaux³⁴ », utilisés par les programmes de santé ou autres partenaires techniques n'ont pas les compétences requises pour l'offre du paquet intégré de services.
 - ✓ Selon les conclusions de l'exercice de modélisation pour le placement optimal des ASCP et le scénario C retenu, le nombre total d'ASCP nécessaire pour une bonne couverture de l'ensemble du pays s'élève à 4602³⁵.

³³ MSPP - Rapport statistique 2018 page 57 Tableau 4.2.1a

³⁴ MSPP - Rapport de la cartographie des Agents de Santé Communautaire Polyvalents – Novembre 2019

³⁵ Swiss TPH - Amélioration de l'accès aux soins et expansion des soins communautaires en Haïti grâce à un positionnement optimisé des ASCP – Mai 2020

- ✓ Il existe une situation de sureffectif dans certaines sections communales et communes en raison du non-respect des standards définis pour le placement rationnel des ASCP surtout par les partenaires privés.
- ✓ La grande majorité des ASCP œuvrant dans le secteur public ne bénéficient pas d'une supervision systématique.
- ✓ La plupart des auxiliaires-infirmières existant dans le système ne sont pas formées en Santé Communautaire; elles n'ont donc pas toutes les compétences requises pour bien superviser les ASCP.
- ✓ Le personnel infirmier compétent n'est pas disponible pour constituer toutes les ESF nécessaires en vue d'assurer l'encadrement et la supervision des ASCP.
- ◆ Les institutions de santé font l'expérience de fréquentes ruptures de stocks de matériels et d'intrants. De ce fait, les ASCP ne sont pas réapprovisionnés régulièrement.
 - ✓ Assez souvent, les besoins en intrants et matériels du niveau communautaire ne sont pas pris en compte dans l'estimation des besoins de l'institution et dans la préparation des réquisitions.
 - ✓ Certaines fois les intrants et matériels nécessaires ne sont pas disponibles au niveau supérieur, parfois même au niveau central.
 - ✓ Cette situation peut également être causée par un manque de capacité en gestion de stock ou une capacité limitée de stockage au niveau de l'institution. Il peut aussi être le résultat de problèmes de divers ordres au niveau du système d'approvisionnement.
- ◆ La coordination des interventions communautaires connaît des insuffisances et faiblesses à tous les niveaux.
 - ✓ Au niveau opérationnel, il n'existe pas de structure de gestion. Les Unités Communales de Santé (UCS) ont été mises de côté et les UAS retenues, dans le Plan Directeur de Santé 2012 - 2022 pour les remplacer, ne sont pas encore toutes en place ou ne sont pas opérationnelles.
 - ✓ De nombreux facteurs, certains liés aux caractéristiques ou aux antécédents même des arrondissements doivent être pris en compte dans le processus de mise en place des UAS, qui fait face à des défis assez complexes, tels : la disponibilité limitée de ressources de toutes sortes, les insuffisances de l'infrastructure routière et d'autres services essentiels comme l'électricité, les moyens de communication.
 - ✓ Au niveau départemental, la coordination des interventions communautaires est assurée par le point focal de santé communautaire qui fait partie de l'équipe technique de la Direction Départementale de la Santé. Tout ce qui gêne le bon fonctionnement de cette équipe affecte le travail du point focal départemental, par exemple : le manque de collaboration entre les différents membres de l'équipe départementale, l'insuffisance ou la non-disponibilité de moyens logistiques et financiers.
 - ✓ Les tables sectorielles planifiées ne sont pas réalisées dans certains départements par

manque de ressources financières; les parties concernées n'y participent pas toujours et le suivi des recommandations est souvent négligé.

- ◆ Le pilotage ou la gouvernance de la Santé Communautaire au niveau central fait aussi face à des faiblesses et des insuffisances.
 - ✓ Le cadre de coordination des interventions en santé communautaire n'est pas clairement défini. Les documents d'orientation et de cadrage des interventions ne sont pas connus.
 - ✓ La loi organique du MSPP définit la mission et les attributions des différentes entités, directions et unités ; mais, leurs responsabilités spécifiques dans la mise en œuvre de la stratégie de Santé Communautaire restent à préciser ou à clarifier.
 - ✓ Les mécanismes de collaboration et de coordination ne sont pas toujours efficaces et devraient être adaptés au contexte actuel et redynamisés.

- ◆ La participation des leaders et organisations communautaires à la gestion des interventions de santé est très faible ; elle est même inexistante dans certains cas.
 - ✓ Les concepts de mobilisation, participation, engagement communautaire sont souvent utilisés par les intervenants en santé communautaire en Haïti. Ils sont pourtant mal compris, confondus avec l'utilisation des services fournis au niveau communautaire ou participation aux activités de sensibilisation et d'éducation réalisées dans la communauté.
 - ✓ Les orientations dans ce domaine ont été définies par la DPSPE/MSPP dans un document de référence publié depuis près de dix (10) ans. Cependant, leur opérationnalisation était inscrite dans le cadre de la mise en place des UCS et n'a donc pas été entreprise à date.
 - ✓ Plusieurs expériences de mobilisation communautaire utilisant l'approche du Cycle d'Action Communautaire ont été faites dans le pays particulièrement par des ONG partenaires. Ces expériences n'ont pas été maintenues au-delà du cycle de vie d'un projet et les leçons apprises ne sont pas documentées formellement.
 - ✓ Plusieurs défis ont été confrontés dans la plupart de ces initiatives : la méfiance entre les acteurs au niveau communautaire, les faiblesses structurelles au niveau des organisations à base communautaire, la précarité de la situation socio-économique, certains antécédents de conflits ou de déception...
 - ✓ Les prestataires de soins de santé n'ont pas toutes les habiletés nécessaires ni les attitudes appropriées pour travailler en partenariat avec les communautés. De plus, ils ne sont pas perçus comme des partenaires par les membres de la communauté.
 - ✓ Les interventions de mobilisation communautaire sont centrées uniquement sur la promotion des comportements et des services de santé sans tenir compte des autres besoins et priorités des communautés.
 - ✓ Les capacités d'appui aux communautés sont généralement limitées par des résultats attendus à très court terme et des modalités de financement trop rigides. Les mécanismes devant favoriser la pérennisation des interventions ne sont pas pré définis.

- ♦ Le suivi des activités de santé, tant au niveau institutionnel que communautaire, se fait à travers le Système d'Information Sanitaire National Unique (SISNU) qui rapporte mensuellement les statistiques de service. Parallèlement, de manière ponctuelle, des enquêtes spécifiques telles le SPA, l'EMMUS sont menées pour rechercher les informations non produites par le système de façon régulière.
 - ✓ Les outils d'enregistrement et de collecte pour le niveau communautaire existent ; il en est de même des formulaires de rapport. Cependant, ils ne sont pas toujours disponibles sur le terrain en raison de certaines difficultés financières pour assurer leur réimpression.
 - ✓ Le circuit de transmission des données du niveau communautaire est clairement défini.
 - ✓ Cependant, la qualité des données reste faible. Certains ASCP montrent un manque de compétences dans l'utilisation des outils; l'encadrement nécessaire aux ASCP n'est souvent pas disponible. Par manque de moyens et de ressources, les superviseurs à tous les niveaux ne peuvent pas réaliser les visites de supervision et de suivi des activités planifiées.
 - ✓ Les problèmes de complétude et de promptitude des rapports sont récurrents. On note également une absence de rétro-information ou feed-back et des faiblesses dans l'analyse des données au niveau institutionnel et départemental.
 - ✓ Les ruptures de stocks des outils de collecte des données et de rapportage sont fréquentes à tous les niveaux. Les copies des outils de gestion pour la collecte et le rapportage sont parfois payées par les ASCP à partir de leurs fonds propres.

- ♦ La quasi-totalité des ressources pour le financement de la santé communautaire en Haïti provient de l'aide externe, ce qui pose le problème de la pérennisation des interventions.
 - ✓ Environ 75% du financement pour la prise en charge des ASCP est assuré par les bailleurs³⁶.
 - ✓ Cependant depuis 2 ans, l'état Haïtien a consenti d'énormes efforts pour prendre en charge 1164 ASCP qui ont été formés, recrutés, intégrés à la fonction publique et rémunérés à partir du Trésor Public.
 - ✓ Le coût de formation d'un ASCP est estimé à 850 USD et la rémunération mensuelle selon le barème national est de 17 500.00 gourdes, depuis Octobre 2020. Cependant, cette rémunération mensuelle des ASCP n'est pas harmonisée au niveau national.
 - ✓ Les besoins pour la mise en place de la stratégie communautaire restent énormes par rapport aux ressources disponibles. Il s'agit de la formation des ASCP, de la rémunération du personnel communautaire, de la dotation d'équipements et de matériels, de l'approvisionnement en intrants et en outils de gestion, de la supervision et du suivi des interventions. Il convient de rappeler ici la nécessité du renforcement des systèmes de gestion des ressources humaines et d'approvisionnement pour assurer une mise en œuvre harmonieuse et effective de la stratégie de Santé Communautaire.
 - ✓ Il faut aussi noter l'intérêt manifeste des partenaires techniques et financiers à appuyer le MSPP dans son initiative de renforcement de la Santé Communautaire. Il existe aussi des mécanismes en place qui devraient faciliter la mobilisation des ressources.

³⁶ PSDRHS 2017

Principaux Défis

La santé communautaire en Haïti fait face à plusieurs défis que le nouveau plan stratégique 2020-2030 doit relever afin de contribuer efficacement à réduire le fardeau des maladies évitables et à améliorer la situation sanitaire du pays :

1. Déficit de coordination des interventions en Santé Communautaire à tous les niveaux

Plusieurs acteurs nationaux et internationaux mènent des interventions de santé au niveau communautaire. La coordination des interventions reste faible et cette situation est liée à une gouvernance marquée par une insuffisance de communication avec les différents acteurs et partenaires. Cet état de fait pourrait découler de la nouveauté de ce domaine dans le portefeuille confié à la DPSPE. Il faut aussi noter l'absence d'un système de planification opérationnelle intégrée au niveau départemental qui aurait permis de prendre en compte l'existant, les besoins, et les risques de duplication avant l'autorisation de la mise en œuvre de nouvelles interventions aux partenaires.

Une meilleure coordination des interventions à tous les niveaux avec les différents acteurs et partenaires permettrait de renforcer leur qualité et leur efficacité.

2. Non-respect du profil et des responsabilités du personnel de santé au niveau communautaire (ASCP et autres membres des ESF)

Une mise en œuvre réussie de la stratégie communautaire requiert un personnel qualifié, compétent, motivé avec des tâches clairement définies. Le profil établi pour le recrutement des ASCP, des AIP et des infirmières n'est souvent pas respecté. La forte centralisation de la gestion des ressources humaines ralentit considérablement les processus de recrutement, de nomination, de promotion et de mise à la retraite.

Par ailleurs, les données de la cartographie 2019 montrent que le pays compte 1089 ASC, des ASC verticaux qui sont pour la plupart utilisés par les PTF pour la mise en œuvre d'interventions dans le cadre de programme spécifique. Les tâches et activités des ASCP ne sont pas uniformisées; elles varient selon les mandats des partenaires qui les emploient.

La définition d'un profil standard des ASCP pour les 10 années à venir devrait permettre au pays de recruter le personnel adéquat afin d'obtenir les résultats escomptés. Les critères de sélection et le processus de recrutement définis doivent être scrupuleusement respectés à tous les niveaux.

3. Disparité dans l'accès aux services de santé au niveau communautaire

Le concept d'équité veut d'une part, l'accès équitable à tous quels que soient le lieu de résidence, le genre ou l'âge et d'autre part, la prise en compte des besoins spécifiques des personnes dotées de caractéristiques particulières dans l'organisation et la prestation des services de santé au niveau communautaire.

La couverture sanitaire du pays reste encore insuffisante; ce manque d'équité concerne essentiellement la disponibilité des soins, l'accessibilité géographique avec le manque d'infrastructure sanitaire au niveau des sections communales et la mauvaise distribution/répartition des ressources et services. En effet, les interventions de santé communautaire ne couvrent pas l'ensemble des sections communales et tous les départements n'ont pas les mêmes taux de couverture.

4. Qualité inadéquate des services offerts

La qualité des services de santé offerts au niveau communautaire n'atteint pas encore les standards établis dans le pays. Le paquet de services défini n'est pas toujours respecté et n'est pas totalement maîtrisé par le personnel communautaire notamment les ASCP. Le personnel communautaire ne dispose pas de toutes les compétences requises, des équipements, ni du matériel nécessaires pour offrir des services de qualité. Les visites de supervision planifiées, à tous les niveaux, ne sont pas réalisées par manque de ressources.

5. Manque d'adéquation du système d'approvisionnement du niveau communautaire

Les produits et intrants sont essentiels pour la fourniture des services de santé au niveau communautaire. La disponibilité continue de tous les services contribue à l'amélioration des indicateurs. Les ruptures de stocks de matériels, de produits et d'intrants sont récurrentes sur toute l'étendue du territoire national; cette situation a des conséquences fâcheuses sur la qualité et l'utilisation des services. Ces ruptures sont souvent la conséquence de la faible connaissance du personnel en gestion de la chaîne d'approvisionnement et en gestion des stocks (intrants, outils, formulaires...).

Le renforcement de la chaîne d'approvisionnement et l'adoption d'un cadre réglementaire s'avèrent nécessaire pour formaliser la dispensation des produits essentiels par les ASCP en vue d'améliorer la qualité et la continuité des services. Ce renforcement de la chaîne d'approvisionnement requiert également un personnel compétent en gestion de stock pour assurer la pérennisation des efforts.

6. Non disponibilité de données de qualité

Des données fiables sont indispensables pour la prise de bonnes décisions en vue d'une gestion adéquate des interventions en santé communautaire. La qualité des données nécessite la disponibilité des outils de gestion, la vérification des données, la validation des données à tous les niveaux, le suivi régulier et systématique des interventions.

Les ruptures de stocks en outils de gestion notamment les fiches d'enregistrement et les fiches de rapportage sont récurrentes. La vérification et la validation des données ne sont pas systématiques à tous les niveaux et le suivi des interventions reste faible.

Le renforcement du système de gestion au niveau communautaire et la mise à disposition des ressources permettraient d'améliorer la qualité des données.

7. Faible implication communautaire

La mobilisation communautaire est un processus d'encadrement des groupes locaux et des organisations communautaires de base pour les habiliter à définir et à exprimer leurs besoins et objectifs. De plus, ces groupes doivent planifier des actions collectives visant à satisfaire les besoins identifiés. La mobilisation communautaire met l'accent sur l'engagement des communautés elles-mêmes dans la définition de leurs besoins et dans des actions collectives pour leur satisfaction. Elle est intimement liée au concept de la participation et de l'engagement communautaire. On note le manque d'implication et d'intégration des communautés dans les prises de décision, dans la planification et le suivi des interventions.

Pour répondre au défi de mobilisation, participation et engagement communautaire, il faudra sensibiliser toutes les couches de la communauté au respect des valeurs communes; il faudra aussi amener tous ses membres à définir des objectifs communs de développement et les habiliter à mobiliser les ressources nécessaires tant au niveau interne qu'externe pour la satisfaction des besoins exprimés.

8. Manque de diversification des sources de financement

Les ressources financières pour supporter la santé communautaire proviennent en grande partie de l'aide externe posant ainsi le problème de la pérennisation des interventions. La principale ressource humaine dans ce domaine, les ASCP sont financés à hauteur de 75% par les partenaires. Pour répondre à ce défi, il est important de mettre en place un système dynamique de cartographie des ressources et un système de financement avec l'identification de nouvelles sources pour favoriser la pérennité de la stratégie.

La compensation financière et la motivation des travailleurs communautaires de santé demeurent limitées et non harmonisées, ce qui affecte la stabilité des ressources humaines et hypothèque leur performance. Il a été noté une grande irrégularité dans la compensation des travailleurs communautaires de santé notamment les ASCP et les AIP. La motivation n'est pas systématisée (statut non standardisé, formation continue irrégulière, déficit de supervision par des personnels qualifiés, faiblesse dans la gestion du personnel communautaire) ; cette situation est vécue par les travailleurs communautaires comme un manque de reconnaissance de leur contribution.

Cadre Stratégique du Plan de Santé Communautaire

Valeurs et Principes

Valeurs

La mise en œuvre de la stratégie communautaire devrait obéir à certaines valeurs qui sont :

Équité :

L'équité en santé correspond au principe selon lequel tous les êtres humains, toute la population devraient pouvoir aspirer à un état de santé optimal sans aucune limitation en raison de leur race, de leur religion, de leur sexe, de leur âge, de leur classe sociale, de leur situation socioéconomique ou de tout autre attribut social³⁷.

Le respect de cette équité dans la mise en œuvre de la stratégie communautaire implique la prise en compte des besoins des différentes composantes de la population, la répartition équitable des ressources nécessaires au niveau national pour garantir le droit à la santé, l'accès équitable aux ressources, services offerts pour la prise en charge de la maladie. La répartition équitable des ressources doit toujours viser l'amélioration de l'état de santé de toute la population.

Justice sociale :

La justice sociale est un principe politique et moral qui a pour objectif une égalité des droits et une solidarité collective qui permettent une distribution juste et équitable des biens et richesses, qu'elles soient matérielles ou symboliques, entre les différents membres de la société. Les parties prenantes de la santé communautaire s'assureront que les droits de tous les membres de la communauté soient respectés tout en tenant compte des spécificités de chaque individu.

Redevabilité :

La redevabilité nécessite d'impliquer les différentes parties prenantes et de leur rendre compte, en particulier aux personnes concernées par l'exercice de pouvoir décisionnel. Les gestionnaires des interventions impliqueront l'ensemble des parties prenantes à toutes les étapes du processus; ils rendront disponibles et accessibles toutes les informations sur les priorités, les activités menées et les résultats obtenus afin de renforcer l'appropriation et faciliter la prise de décision. Les communautés s'engageront dans ce processus et contribueront humainement et financièrement aux activités de santé communautaire.

³⁷ L'équité en santé parlons-en

Principes

La mise en œuvre de la stratégie communautaire sera guidée par les mêmes principes retenus dans la Politique de Santé et le Plan Directeur de Santé³⁸ :

- ♦ Le Principe d'Universalité qui garantit à tous les individus vivant sur le territoire haïtien un accès facile à tous les éléments et à toutes les interventions sans distinction de sexe, d'appartenance sociale ou religieuse, de lieu de résidence, etc.
- ♦ Le Principe de Globalité garantit à chaque individu des soins compréhensifs visant l'ensemble de ses besoins en matière de santé.
- ♦ Le Principe d'Equité garantit à tous les bénéficiaires du système, quel que soit leur lieu de résidence et leur statut socio-économique, des soins de qualité égale.
- ♦ Le Principe de Qualité fait obligation à l'ensemble des prestataires de soins et services de développer leurs interventions et de prodiguer les soins de santé avec l'assurance de qualité maximale que permet le développement technologique et les ressources financières du pays.

³⁸ MSPP – Plan Directeur de Santé ; Octobre 2013

Vision, But et Objectifs

Vision

La vision du pays en matière de santé communautaire se traduit ainsi :

En 2030, les individus, les familles et les communautés, quels que soient leur genre, leur situation sociale, économique et géographique ont accès à des services de santé intégrés de base de qualité, répondant à leurs besoins, avec leur pleine participation, pour l'amélioration de leur état de bien-être et de leur contribution au développement de leur communauté et du pays. Cette situation résulte de l'existence, dans toutes les collectivités territoriales :

- ♦ d'un solide réseau de travailleurs de santé communautaire motivés, compétents, bien utilisés et rattachés aux institutions du premier niveau de la pyramide sanitaire.
- ♦ d'organisations communautaires structurées et engagées dans la prise de décision et la gestion des interventions de promotion de la santé.

But

Le Plan Stratégique Santé Communautaire 2020-2030 d'Haïti a pour but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population notamment les populations vulnérables par le renforcement de l'offre des services de santé de base et l'extension de la couverture sanitaire.

Objectifs

- ♦ **Objectif général**

Etablir un cadre de référence pour la coordination, la planification et l'organisation des interventions de santé au niveau communautaire, à l'intention des différentes parties prenantes incluant les secteurs public et privé, la société civile et les communautés, pour augmenter l'accès aux soins et services des populations les plus vulnérables.

- ♦ **Objectifs spécifiques**

1. Accroître l'accès de la population à des services de santé de qualité au niveau de sa communauté.
2. Promouvoir et améliorer l'implication effective des structures et organisations communautaires dans la gestion des interventions de santé.
3. Augmenter la synergie et l'efficacité des interventions de santé communautaire par une meilleure coordination des efforts et des investissements à tous les niveaux.
4. Mobiliser les ressources pour le financement des interventions communautaires pour la période 2020-2030.

Axes du plan stratégique de santé communautaire

Axes stratégiques

L'analyse de la situation des interventions communautaires et des défis identifiés ont permis de dégager 6 axes qui constituent le squelette du plan stratégique de santé communautaire 2020-2030 d'Haïti. Ces axes stratégiques sont les principaux piliers qui supporteront les différentes interventions pour l'atteinte des résultats en termes de : (i) renforcement et amélioration de la couverture des services, (ii) amélioration de la qualité des soins et sécurité, (iii) efficience des interventions en vue de l'amélioration de l'état de santé des populations.

Ces 6 axes stratégiques concernent majoritairement le volet Gouvernance; ce sont :

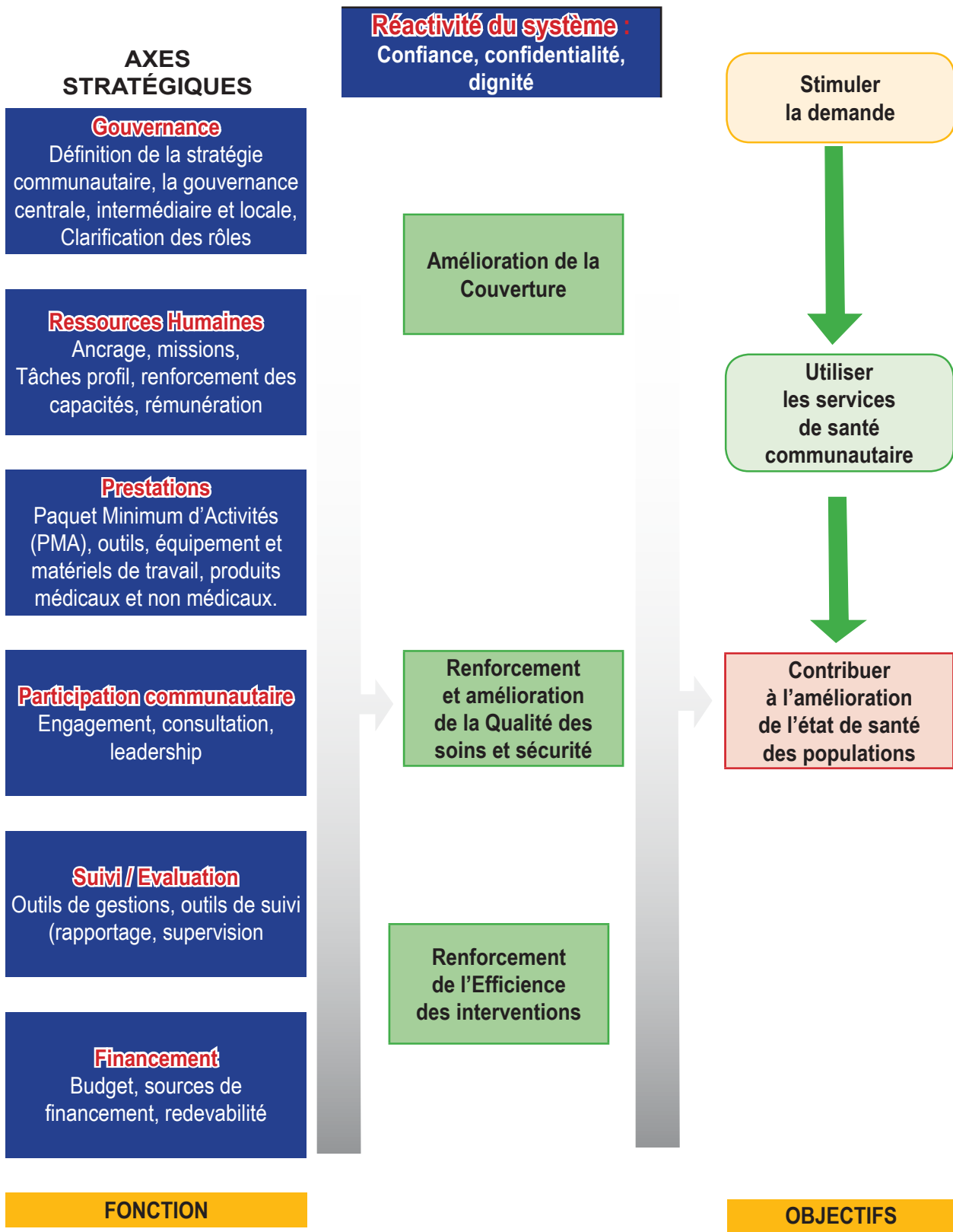
Volet I : La gouvernance

- Axe 1 : le renforcement du cadre institutionnel;
- Axe 2 : la gestion et développement des ressources humaines;
- Axe 3 : la participation communautaire et le renforcement du leadership des bénéficiaires;
- Axe 4 : le renforcement du système de suivi et d'évaluation des interventions communautaires;
- Axe 5 : le financement des interventions de santé communautaire.

Volet II : Les prestations et l'amélioration de la qualité des services constituent l'axe 6 qui comprend :

1. Extension des services pour une plus grande disponibilité, couverture plus large ;
2. Organisation et prestation des services de santé ;
3. Renforcement de la qualité ;
4. Utilisation des services.

Figure 1 : Axes stratégiques du plan de santé communautaire



NB : Réactivité du système : capacité du système à satisfaire les populations

Volet Gouvernance

1. Axe Renforcement du cadre institutionnel

L'analyse de la situation a permis de mettre en exergue des insuffisances au niveau de la gouvernance des interventions communautaires à tous les niveaux avec pour conséquence la faible maîtrise des activités par le niveau central. Pour renforcer la gouvernance de la santé communautaire au niveau central, intermédiaire et local, il s'agira dans cet axe de :

- ♦ Mettre en place un cadre réglementaire et un environnement propice à la réalisation des interventions de la stratégie communautaire ;
- ♦ Renforcer la coordination, la collaboration et les synergies entre les différentes entités du Ministère de la Santé Publique et de la Population pour la mise en œuvre des interventions de santé communautaire, à tous les niveaux ;
- ♦ Clarifier les rôles et responsabilités des différentes entités, acteurs et parties prenantes à tous les niveaux dans la mise en œuvre de la stratégie communautaire afin d'éviter les doublons et renforcer l'efficacité des interventions ;
- ♦ Renforcer la coordination, la collaboration et les synergies entre les différentes entités du Ministère de la santé et les autres parties prenantes (PTF, collectivités locales, ONG, secteur privé, société civile) pour la mise en œuvre des interventions de santé communautaire.

A court terme, le MSPP devra, sur une base consensuelle et avec les ressources disponibles, établir un mécanisme pour assumer un certain leadership du secteur santé au niveau local en attendant que les UAS soient fonctionnelles.

2. Axe Gestion et développement des Ressources humaines

Les ressources humaines de santé communautaire particulièrement les ASCP, les AIP et les ressources communautaires notamment les matrones, les Col Vol constituent un maillon essentiel dans la mise en œuvre de la stratégie communautaire. Cet axe stratégique permettra de :

- ♦ Renforcer les capacités quantitatives et qualitatives du personnel communautaire pour l'amélioration de la qualité des soins. L'exercice de modélisation des ASCP réalisé en 2019 en Haïti avec l'appui du Fonds mondial, du GFF et de la Banque Mondiale a permis de déterminer les besoins en ASCP pour l'ensemble du pays afin de planifier le recrutement et le déploiement. La modélisation prévoit 4 602 ASCP dont 38% en zone rurale, 44% en zone urbaine et 17% en zone métropolitaine pour une couverture optimale du territoire.
- ♦ Définir un mécanisme standardisé et harmonisé de compensation des ASCP. La motivation des agents de santé communautaire relève en principe de la responsabilité de la communauté. Compte tenu de la paupérisation et de la vulnérabilité des populations, le MSPP, les PTF et les collectivités locales mettront en place un cadre harmonisé pour la compensation des ASCP sur toute l'étendue du territoire afin d'éviter les injustices qui pourraient entraîner des frustrations et affecter la prestation de services.
- ♦ Définir le profil, les tâches et les responsabilités des agents communautaires et des ressources communautaires (matrones, Col Vol) et veiller au strict respect des critères de sélection dans leur recrutement.

- ♦ Elaborer un plan de formation des ASC pour leur mutation en ASCP et un plan de recyclage des ASCP déjà en fonction afin d'améliorer la qualité des soins. Cette formation prendra en compte les nouvelles recommandations du pays en matière de stratégie communautaire. Il s'agira aussi de mettre en place un cadre de suivi du plan et de la qualité de la formation.
- ♦ Planifier la transition vers la compensation des ressources humaines en santé communautaire à partir d'un financement national.

3. Axe Participation communautaire et le renforcement du leadership des bénéficiaires

La promotion de la santé se définit comme l'ensemble des processus qui permettent aux gens, individuellement et collectivement, d'augmenter leur contrôle sur leur santé et sur ses déterminants³⁹. Cette promotion nécessite donc de renforcer les capacités d'action de la communauté en développant les compétences individuelles à travers un processus participatif. Le MSPP veillera à :

- ♦ Aider les leaders communautaires à développer les compétences requises pour un engagement effectif dans les prises de décision. Ce renforcement favorisera la responsabilisation et l'appropriation des problèmes par les populations avec une meilleure identification des besoins et des interventions pour leur satisfaction. La communauté participera au diagnostic communautaire, à la planification des interventions, à la mise en œuvre et à l'évaluation.
- ♦ Mettre en place un cadre de concertation et de coordination des interventions communautaires à tous les niveaux pour un meilleur suivi de la mise en œuvre de la stratégie.
- ♦ Renforcer l'implication et la participation des collectivités territoriales à la mise en œuvre des interventions communautaires. La santé communautaire faisant partie des prérogatives des collectivités locales (prise en compte des problèmes de la localité), celles-ci seront appuyées afin de mieux intégrer la santé communautaire lors de l'élaboration de leur plan d'action. Elles seront invitées à collaborer avec les directions départementales sanitaires, les unités d'arrondissement sanitaires, les autres services sociaux de base, les ONG, les PTF et les communautés.

4. Axe Renforcement du système de suivi et d'évaluation des interventions communautaires

Le suivi des interventions permet de collecter les données et informations, les traiter et les analyser pour la prise de décision adéquate à tous les niveaux pour la résolution de problèmes. Le renforcement du suivi des interventions communautaires se fera à travers :

- ♦ L'intégration des données et informations venant du niveau communautaire dans le Système d'Information Sanitaire National Unique (SISNU) - Cette intervention se fera par : i) l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de suivi et d'évaluation des interventions communautaires; ii) la mise à disposition d'outils de gestion, standardisés et harmonisés, (collecte, rapportage) des données communautaires, de façon continue et à tous les niveaux.

³⁹ La participation communautaire en matière de santé

- ♦ Le renforcement des capacités du personnel concerné pour la gestion des données - Ce renforcement portera sur tous les aspects : l'utilisation et le remplissage des outils de collecte des données, la compilation, le traitement et l'analyse à tous les niveaux.
- ♦ Le renforcement de la diffusion des données à tous les niveaux ainsi que de la rétro information pour une prise de décision plus adéquate - Il s'agira aussi de mettre en place un cadre de redevabilité par la présentation des résultats des interventions à la communauté qui en constitue le bénéficiaire principal.

5. Axe Financement

Le financement du plan stratégique de santé communautaire en Haïti reste problématique car une très forte proportion (76%) des ressources provient des bailleurs, des partenaires techniques et financiers à travers des projets; ce qui pose le problème de la pérennisation des interventions. Il s'agira pour le financement de la stratégie communautaire pour les 10 années, de :

- ♦ Elaborer et mettre en place un cadre pour la mise en œuvre de la stratégie nationale de financement en vue de la Couverture Sanitaire Universelle. Ce cadre sera élaboré à partir d'une cartographie du financement et d'un plan d'investissement.
- ♦ Faire un plaidoyer pour augmenter de façon graduelle la contribution de l'Etat à 60% dans le financement du Plan Stratégique de Santé Communautaire.
- ♦ Faire un plaidoyer auprès du secteur privé et des collectivités locales pour obtenir leur contribution au financement du Plan Stratégique de Santé Communautaire.
- ♦ Mettre en place les modalités d'affectation des ressources mobilisées pour en rationaliser l'utilisation et optimiser les retours sur investissement. Elles devraient être utilisées en priorité pour financer la mise en œuvre des interventions, la compensation du personnel communautaire particulièrement des ASCP, la coordination, le suivi et l'évaluation des interventions.
- ♦ Maintenir à jour la cartographie des ressources humaines et financières au niveau communautaire
- ♦ Expérimenter et étendre, après analyse, le Financement basé sur les Résultats (FBR) au niveau communautaire dans les 10 départements.
- ♦ Mettre en place un mécanisme pour la traçabilité de l'information financière (reportage, comptabilité générale, comptabilité matière et comptabilité analytique) à tous les niveaux pour renforcer et améliorer la redevabilité.

Volet : Les prestations et le renforcement de la qualité des soins

La qualité des services demeure douteuse ou en-deçà des standards dans la grande majorité des communautés. Le renforcement de ces interventions se fera à travers : (i) l'extension des services pour une plus grande disponibilité, une couverture plus large, (ii) l'organisation et la prestation des services de santé, (iii) le renforcement de la qualité des services, et (iv) la promotion de l'utilisation des services.

Il s'agira pour atteindre ces résultats de :

- ◆ Définir et harmoniser les activités du personnel communautaire (ASCP, AIP, Infirmières) et des ressources communautaires (matrones, col-vol). Ce cadre d'activités standardisé et harmonisé vise à garantir une offre de services de qualité sur toute l'étendue du territoire national et prendra en compte le volet promotionnel, prévention et curatif pour certaines pathologies prioritaires. Les tâches et responsabilités de l'ASCP sont en annexe.
- ◆ Rendre disponibles les équipements et matériels (Kits) standardisés et harmonisés nécessaires à la réalisation des tâches et activités du personnel communautaire. Le MSPP élaborera un plan de gestion, d'approvisionnement et de suivi des équipements et matériels pour l'équipe ESF afin d'éviter les ruptures de stock. Le Kit d'équipements et de matériels de l'ASCP doit être mis à jour après l'actualisation du PES.
- ◆ Définir le paquet d'intrants de l'ESF pour la mise en œuvre des interventions communautaires. La fourniture d'intrants aux ASCP et autres personnels communautaires doit être guidée par la réglementation en vigueur afin de limiter les erreurs et abus. Un plan et un guide d'approvisionnement, de gestion et de suivi des intrants seront élaborés par le MSPP et diffusés à tous les niveaux pour prévenir les ruptures de stocks. La disponibilité des intrants constitue un élément indispensable dans la continuité et la qualité de soins. A cet effet, le MSPP s'assurera de l'approvisionnement régulier des travailleurs communautaires par la mise en place d'un circuit de distribution active efficace et la formation du personnel à l'estimation des besoins et la gestion de stock. Le Kit d'intrants de l'ASCP doit être mis à jour après l'actualisation du PES.
- ◆ Mettre en place un cadre de supervision formative des ASCP et AIP afin d'améliorer la qualité des services offerts.
- ◆ Renforcer le système de contrôle de qualité des services au niveau communautaire par la formation du personnel d'encadrement et de suivi des interventions.

Cadre des interventions

Les interventions du Plan Stratégique Santé Communautaire 2020-2030 (PSSC 2020-2030) s'articulent autour des six axes stratégiques retenus. Elles tendent vers l'obtention de 6 résultats d'effets et de 22 produits ou extrants. Les produits sont déclinés en stratégies d'interventions qui sont déterminées dans la matrice des résultats.

**Tableau 1 : Matrice des résultats et des stratégies
du plan stratégique santé communautaire 2020-2030**

Impact : L'accès accru de la population aux services de santé de proximité et de meilleure qualité contribue à la réduction de la morbidité et de la mortalité donc à l'amélioration de la situation sanitaire.	
VOLET 1 : GOUVERNANCE	
Effet 1 : Les interventions de Santé Communautaire sont menées de façon standardisée et coordonnée dans tout le pays suite au renforcement de la gouvernance et du leadership du programme à tous les niveaux.	
Produits	Stratégies d'interventions
P1.1: Le cadre organisationnel et réglementaire adéquat pour la mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire est disponible et opérationnel.	Elaboration de documents de politiques, normatifs et textes réglementaires pour la mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire
	Développement de référentiels en matière d'organisation, d'encadrement et de production des soins de santé au niveau communautaire. Il s'agit de documents opérationnels
	Développement d'un cadre formel de planification en santé communautaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire
	Standardisation et utilisation globale des outils de gestion en santé communautaire.
	Renforcement des capacités du MSPP en Leadership et gouvernance à tous les niveaux
P1.2 : Les mécanismes et structures de collaboration et de coordination entre les différentes entités du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) à tous les niveaux sont pleinement fonctionnels et contribuent à la mise en œuvre des interventions de santé communautaire.	Mise en place des mécanismes de coordination, collaboration entre les entités du niveau central
	Mise en place des mécanismes de coordination, collaboration entre le niveau central et les différents départements
	Mise en place des mécanismes de coordination, collaboration entre les entités au sein du département
P1.3 : Les mécanismes et structures de collaboration et de coordination entre les différentes entités du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) et les autres parties prenantes, à tous les niveaux sont opérationnels ; ils facilitent la mise en œuvre des interventions de santé au niveau communautaire.	Mise en place d'un mécanisme formalisé de coordination et de suivi des appuis extérieurs
	Mise en place d'un cadre de collaboration avec les collectivités territoriales et entités décentralisées
	Renforcement du leadership des collectivités territoriales et entités décentralisées en matière de santé communautaire
	Renforcement des mécanismes de coordination des partenaires techniques et financiers sur les priorités établies par le MSPP à travers le PSSC 2020-2030

Impact : L'accès accru de la population aux services de santé de proximité et de meilleure qualité contribue à la réduction de la morbidité et de la mortalité donc à l'amélioration de la situation sanitaire.	
VOLET 1 : GOUVERNANCE	
Effet 2 : Les ressources humaines en santé communautaire sont compétentes, motivées et œuvrent efficacement à la mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire.	
Produits	Stratégies d'interventions
P 2.1 : 90% des sections communales disposent du personnel de santé communautaire compétent en regard des normes et standards établis et équitablement réparti	Renforcement des capacités quantitatives de l'Equipe Santé famille (ASCP, AIP, IP, Médecin) par l'accroissement du recrutement de 2020 à 2030
	Renforcement des capacités de l'Equipe Santé famille (ASCP, AIP, IP, Médecin) sur la mise en œuvre du paquet de service
	Renforcement des capacités des ressources communautaires (matrones, Col-vol...) pour une contribution plus adéquate à la mise en œuvre des interventions en santé.
	Développement des outils de formation et de prestation des Ressources Humaines en Santé Communautaire (RHSC)
	Renforcement de la réglementation pour le recrutement et la gestion des RHSC
P 2.2 : Un mécanisme d'évaluation de performance et de formation continue des ressources humaines de santé communautaire est mis en place et effectif.	Renforcement du système d'information et de gestion de l'équipe santé famille
	Renforcement de la planification des besoins en personnel communautaire au niveau décentralisé
	Définition et harmonisation des normes de fonctionnalité en Ressources Humaines Communautaires par catégorie dans les sites
	Mise à jour régulière de la cartographie des ressources humaines de santé communautaire
P 2.3 Les ressources humaines en santé communautaire sont gérées de façon rationnelle et avec efficacité selon la Politique de développement des ressources humaines du MSPP... ou les procédures définies par l'OMRH.	Mise en place d'un système standardisé et harmonisé de motivation des Ressources Humaines Santé Communautaire (RHSC)
	Mise en place d'un mécanisme pour la mobilisation des ressources financières pour la motivation des RHSC
	Mise en place d'un dispositif pour le versement continu des motivations des RHSC

Impact : L'accès accru de la population aux services de santé de proximité et de meilleure qualité contribue à la réduction de la morbidité et de la mortalité donc à l'amélioration de la situation sanitaire.	
VOLET 1 : GOUVERNANCE	
Effet 3 : Les leaders des structures et organisations communautaires sont pleinement impliqués dans les interventions de promotion de la santé particulièrement au niveau des sections communales.	
Produits	Stratégies d'interventions
P 3.1 : Les leaders des structures et organisations communautaires disposent des compétences nécessaires et sont engagés effectivement dans les comités de santé pour participer à la prise de décisions relatives à la promotion de la santé au niveau des sections communales.	Réalisation de la cartographie des organisations et leaders communautaire dans les différentes sections communales
	Mise en place d'un comité de santé dans les sections communales
	Renforcement des capacités des leaders et comités de santé sur le leadership et la gestion des problèmes de santé communautaires
P 3.2 : Les élus locaux et les représentants des autres secteurs participent pleinement dans la gestion et la mise en œuvre des interventions de promotion de la santé au niveau des collectivités territoriales.	Renforcement des mécanismes de coordination entre les communautés et les institutions sanitaires
	Renforcement des capacités des collectivités locales sur la stratégie communautaire
	Mise en place d'un cadre de collaboration entre le MSPP et les collectivités territoriales
	Plaidoyer auprès des collectivités locales pour la mobilisation des ressources

Impact : L'accès accru de la population aux services de santé de proximité et de meilleure qualité contribue à la réduction de la morbidité et de la mortalité donc à l'amélioration de la situation sanitaire.	
VOLET 1 : GOUVERNANCE	
Effet 4 : Les informations fiables sont disponibles de façon opportune à tous les niveaux et sont utilisées pour la prise de décision tant au niveau stratégique que programmatique.	
Produits	Stratégies d'interventions
P 4.1 : Les outils de gestion de l'information sanitaire du niveau communautaire sont disponibles de façon continue et utilisés correctement à tous les niveaux.	Développement et standardisation des outils de gestion des interventions communautaires.
	Approvisionnement régulier des sites en outils de gestion des interventions communautaires.
	Renforcement des acteurs sur l'utilisation des outils de gestion des interventions communautaires.
	Intégration d'un système automatisé universel (tablettes, Smartphone) pour la collecte, le traitement des données.
	Mise en place des mécanismes de suivi pour l'utilisation des outils de gestion.
P 4.2 : Les données et informations du niveau communautaire sont intégrées dans le SISNU.	Définition des indicateurs clés de la santé communautaire à intégrer dans le SISNU.
	Mise à jour de la base de données du SISNU par rapport à la santé communautaire.
	Mise à jour de la population de desserte des institutions pour renforcer la fiabilité des données.
P 4.3 : Le système d'information sanitaire du niveau communautaire dispose du personnel compétent pour la collecte et la gestion des données et est périodiquement analysé.	Identification des besoins en formation pour la gestion des données communautaires.
	Renforcement des capacités des acteurs sur la gestion des données communautaires.
P 4.4 : La rétro-information est assurée régulièrement à tous les niveaux selon les protocoles établis et l'information est utilisée pour la prise de décision par tous les concernés.	Mise en place d'un système standardisé et harmonisé de rétro-information communautaire du niveau central aux sites.
	Organisation de rencontres périodiques pour la dissémination des résultats à tous les niveaux.

Impact : L'accès accru de la population aux services de santé de proximité et de meilleure qualité contribue à la réduction de la morbidité et de la mortalité donc à l'amélioration de la situation sanitaire.

VOLET 1 : GOUVERNANCE

Effet 5 : Au moins 80% des ressources financières adéquates pour la mise en œuvre de la stratégie de Santé Communautaire sont disponibles de façon continue à partir d'une mobilisation basée sur une planification et une gestion rationnelle.

Produits	Stratégies d'interventions
P 5.1 : Une stratégie nationale de mobilisation du financement de la Couverture Sanitaire Universelle est développée et mise en œuvre.	Elaboration d'un plan d'investissement et de mobilisation des ressources
	Développement et Promotion des mécanismes de financement innovants dans le secteur de la santé et particulièrement en santé communautaire
	Renforcement des capacités des acteurs du secteur santé en plaidoyer et en mobilisation des ressources
P 5.2 : La contribution du Trésor Public au financement de la mise en œuvre du plan stratégique de santé communautaire couvre 60% des besoins.	Renforcement du plaidoyer auprès des décideurs politiques soutenu par des études spécifiques pour l'augmentation des ressources allouées à la santé communautaire
	Application des orientations du document sur les financements innovants
P 5.3 : La contribution nationale (secteur privé, collectivités territoriales/locales) au financement de la mise en œuvre du plan stratégique de santé communautaire augmente de 5%.	Elaboration de la cartographie des besoins en financement du secteur
	Renforcement des capacités des acteurs du secteur santé sur la mobilisation des ressources et le plaidoyer
	Renforcement de la mobilisation des ressources auprès du secteur privé par le développement du Partenariat Public Privé (PPP)
	Mise en place d'un cadre harmonisé de concertation avec les partenaires locaux.
P 5.4 : La contribution de la coopération externe à travers les partenaires techniques et financiers est mobilisée effectivement pour la mise en œuvre du plan stratégique de santé communautaire.	Renforcement des capacités du MSPP à la mobilisation des ressources
	Organisation de la table ronde de mobilisation des ressources
	Mise en place et renforcement du cadre de collaboration et de concertation MSPP et PTF
P 5.5 : L'allocation des ressources financières disponibles est faite en fonction des priorités retenues et de la planification opérationnelle.	Renforcement du cadre de mise en œuvre budget programme
	Renforcement de la collaboration MSPP-Ministère de l'Economie sur le financement de la santé communautaire et les besoins prioritaires
	Développement des plans opérationnels triennaux basés sur les priorités programmatiques
P 5.6 : L'information financière peut être retracée formellement à tous les niveaux.	Mise en place d'un plan de suivi budgétaire effectif et actif (justification des fonds)
	Harmonisation et mise en réseau des cadres/outils de traçabilité de l'information financière
	Elaboration de manuels de procédures de gestion financière adaptés
	Renforcement des capacités des acteurs du MSPP à l'utilisation des manuels de procédures de gestion financière

Impact : L'accès accru de la population aux services de santé de proximité et de meilleure qualité contribue à la réduction de la morbidité et de la mortalité donc à l'amélioration de la situation sanitaire.	
VOLET 2 : PRESTATION ET RENFORCEMENT DE LA QUALITÉ DES SOINS	
Effet 6 : En 2030, les services de santé offerts au niveau communautaire sont utilisés par au moins 80% de la population de desserte des institutions de santé.	
Produits	Stratégies d'interventions
P 6.1 : Les services de santé offerts au niveau communautaire sont conformes aux normes et standards établis et contribuent à la satisfaction des besoins et attentes des clients.	Définition, standardisation et harmonisation du Paquet Minimum d'Activités (PMA) des RHSC
	Renforcement de la supervision formative des RHSC
	Mise en place d'un système de contrôle de qualité des prestations de services communautaires
	Définition, standardisation et harmonisation des équipements des RHSC
P 6.2 : Toutes les ESF disposent des équipements et matériels nécessaires pour la prestation de services de santé de qualité au niveau communautaire.	Approvisionnement des RHSC en équipement pour la mise en œuvre des interventions
	Mise aux normes du plateau technique des Centres Communautaires de Santé (CCS)
	Renforcement de la gestion des équipements à tous les niveaux
P 6.3 : La population de desserte des institutions de santé est informée et éduquée sur l'importance de l'utilisation opportune des services de santé.	Approvisionnement des RHSC en intrants pour la mise en œuvre des interventions
	Renforcement de la gestion des intrants à tous les niveaux
	Renforcement de l'offre de soins dans les sections communales dépourvues
P 6.4 : L'extension de l'offre de services est réalisée par une rationalisation de la carte sanitaire et une augmentation progressive du nombre de CCS	Intensification des activités de Communication pour le Changement de Comportement Durable (CCCD) sur l'utilisation des services de santé en direction des communautés
	Mise à jour périodique de la carte sanitaire
	Elaboration d'un plan de renforcement des structures sanitaires et communautaires
	Mise en place d'une structure de coordination et de suivi de l'offre des services sanitaires et communautaires

Cadre de mise en œuvre du plan stratégique de Santé Communautaire

Cadre institutionnel

La mise en œuvre du Plan Stratégique Santé Communautaire sera supportée par les structures en place dans le système national de santé tant au niveau stratégique qu'au niveau opérationnel. Il s'agira pour l'atteinte des résultats de : (i) renforcer davantage le leadership du MSPP dans la conduite du programme de santé communautaire unique auquel adhère l'ensemble des partenaires, (ii) renforcer la coordination technique au sein du Ministère. (iii) renforcer le partenariat et la mobilisation coordonnée des ressources en faveur du PSSC 2020-2030.

Ce plan servira d'unique boussole et de mécanisme fédérateur pour toutes les interventions en santé communautaire sur la période, quel que soit le lieu de l'intervention et la source de financement. Il sera présenté en Conseil des Ministres pour information dans le cadre de la coordination multisectorielle et sa mise en œuvre sera coordonnée par le Ministère de la Santé Publique et de la Population.

Le cadre institutionnel de mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire s'appuiera sur des structures compétentes, prendra en compte l'aspect multisectoriel et renforcera les organes nécessaires au développement de la santé communautaire.

1. Niveau central

♦ Le comité de pilotage du PSSC 2020-2030

Le comité de pilotage placé au niveau de la Direction Générale du MSPP est présidé par l'UEP, sous le leadership de la Haute Direction du MSPP et son secrétariat exécutif est assuré par la DPSPE. Il est chargé d'orienter et de suivre la mise en œuvre de la stratégie. A ce titre, le comité de pilotage doit : (i) veiller à la prise en compte de la santé communautaire dans toutes les politiques publiques et tous les programmes de santé, (ii) valider les objectifs triennaux du PSSC 2020-2030, (iii) servir de cadre permanent de concertation sur la mise en œuvre du PSSC 2020-2030, (iv) veiller à l'implication effective de tous les acteurs concernés dans la planification et la mise en œuvre du PSSC 2020-2030, (v) mobiliser les ressources pour le développement de la santé communautaire (vi) apprécier le degré d'atteinte des résultats du PSSC 2020-2030.

♦ La Direction de Promotion de la Santé et de Protection de l'Environnement (DPSPE)

Selon la loi organique du MSPP, la Direction de Promotion de la Santé et de Protection de l'Environnement (DPSPE) a pour mission de promouvoir des politiques publiques, des stratégies et des actions sociales axées sur la santé de manière à créer un environnement physique, socio-économique et politique propice au développement d'une vie saine.

De ce fait, la DPSPE est responsable de la conception de l'approche communautaire et est en charge de la planification, la coordination de la mise en œuvre et du suivi des interventions du PSSC 2020-2030. En collaboration avec l'UADS, elle appuie les départements pour planification opérationnelle et le suivi de la mise en œuvre des interventions.

Sous le leadership de la Direction Générale du MSPP, la DPSPE travaille en étroite collaboration avec les autres entités du Ministère ainsi que les programmes prioritaires et projets de santé ; plus particulièrement, elle interagira avec la Direction d'Organisation des Services de Santé (DOSS), la Direction de Santé de la Famille (DSF), l'Unité d'Etudes et de Programmation (UEP), la Direction des Soins Infirmiers (DSI), la Direction des Ressources Humaines (DRH), la Direction d'Administration et du Budget (DAB), l'Unité d'Appui à la Décentralisation Sanitaire (UADS), l'Unité de Contractualisation (UC). La loi organique du MSPP définit les rôles et missions de chacune de ces entités au niveau du système de santé. En tenant compte du mandat de chacune de ces entités, leurs responsabilités dans l'opérationnalisation de la stratégie communautaire seront clairement définies pour assurer une plus grande implication ainsi qu'une bonne appropriation des interventions à tous les niveaux.

2. Niveau départemental

Comités départementaux de coordination et de suivi de la mise en œuvre du PSSC 2020-2030

La mise en œuvre du PSSC 2020-2030 fera l'objet d'un suivi par un comité départemental placé sous la présidence du Directeur Départemental. Ce comité départemental constitué des coordonnateurs des UAS, des représentants des collectivités territoriales, des partenaires intervenant en santé communautaire et des représentants d'autres secteurs engagés au niveau des communautés. Le secrétariat du comité sera assuré par le point focal santé communautaire du département. Ce comité se réunira deux fois l'an.

La Direction Départementale Sanitaire est chargée de la planification opérationnelle annuelle, de la coordination et du suivi de l'exécution du plan opérationnel, la formation des intervenants et de l'encadrement des institutions de santé de son territoire dans le domaine de la santé communautaire. La Direction Départementale Sanitaire assure aussi la coordination des interventions de santé communautaire menées par l'ensemble des acteurs au niveau du département.

La Direction Départementale Sanitaire partage la coordination et l'encadrement de proximité des institutions de santé et de leurs interventions communautaires avec la Coordination de l'UAS.

3. Niveau communautaire

La pleine participation et l'engagement des communautés sont fondamentaux pour la mise en œuvre des activités communautaires et pour la pérennité des résultats. La participation des clients contribue fortement à l'amélioration de la qualité des services. La participation et l'engagement communautaire se feront à travers les autorités locales et les organisations représentées au sein des comités de santé.

Un encadrement sera apporté à la communauté pour une participation active à toutes les phases de mise en œuvre des interventions. La communauté participera au diagnostic communautaire, à la planification, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des interventions.

Démarche de planification

La planification opérationnelle en Santé Communautaire doit s'aligner sur la démarche établie au niveau du MSPP. Cependant, au niveau communautaire, des mécanismes doivent être développés pour garantir la pleine implication de la communauté dans le processus de planification.

1. Niveau central

Dans le cadre de la mise en œuvre du PSSC 2020-2030, il paraît nécessaire de développer un dispositif de planification en vue d'amener tous les acteurs publics, privés, partenaires techniques et financiers, société civile et communautaire à aligner leurs interventions sur ledit plan. L'objectif du dispositif est de mettre en place une structure opérationnelle permanente et unique de planification. A cet effet, un guide de planification sera élaboré et diffusé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

♦ Les plans opérationnels nationaux

La mise en œuvre du PSSC 2020-2030 se fera à travers des plans opérationnels triennaux (3 ans). Dès l'adoption du PSSC 2020-2030, un premier Plan Opérationnel National (PON) intégré sur 3 ans sera élaboré pour couvrir la période 2020-2023. Le PON est la déclinaison du PSSC, il est développé dans un contexte d'inclusion et de transparence avec l'implication effective des partenaires et des principales parties prenantes. Il indique toutes les activités à mener pour chaque ligne stratégique d'intervention pendant la période. Les activités identifiées sont programmées et budgétisées. Les responsabilités de chaque acteur dans la mise en œuvre seront définies, fixées ou précisées.

Chaque année, ce plan sera évalué, puis actualisé pour combler les gaps de l'année qui s'achève et prendre en compte les besoins de l'année suivante. Ainsi, le Plan Opérationnel restera triennal et glissant. On aura alors, trois plans opérationnels pour le PSSC 2020-2030 : PON 2020-2023 ; PON 2023-2026 ; PON 2026-2030.

Un plan d'action détaillé sera développé chaque année. Il inclura un plan d'appui technique qui sera développé et coordonné sous le leadership de la DPSPE.

2. Niveau départemental

La déclinaison du plan Opérationnel National au niveau de chaque département conduira à des Plans Départementaux de Santé Communautaire (PDSC) annuels. Ces plans devront être élaborés en collaboration avec toutes les parties prenantes et tous les acteurs impliqués dans la santé communautaire. Ces PDSC s'appuieront sur le PON en cours ; leur élaboration et le suivi de leur mise en œuvre seront pilotés par les Directions Départementales Sanitaires.

Le comité de suivi au niveau départemental veillera à ce que toutes les parties prenantes (organisations et associations de la société civile, acteurs du secteur privé de la santé, partenaires techniques et financiers, etc.) soient impliqués dans le processus de planification en vue d'une prise de décision concertée sur l'ensemble des questions relatives à la santé dans une optique de promotion de la santé.

3. Niveau communautaire

Au niveau local, à partir des Plans Départementaux de Santé Communautaire (PDSC), les communes élaboreront leur Plan de Section Communale de Santé Communautaire (PSCSC). Ces plans seront semestriels et seront élaborés avec la pleine participation et implication des communautés afin de prendre en compte tous leurs besoins. Le processus d'élaboration du PSCSC sera coordonné par l'infirmière chef d'équipe; toutes les ESF concernées seront impliquées et le processus sera encadré et suivi par l'équipe de l'UAS.

Des plans d'activités trimestriels seront développés au niveau de chaque section communale.

Cadre de suivi et d'évaluation

Le suivi des interventions de Santé Communautaire se fera selon le système de suivi en place, décrit ci-dessous; ce système est piloté par l'UEP.

Le suivi des activités de santé, tant au niveau institutionnel que communautaire, se fait à travers le Système d'Information Sanitaire National Unique (SISNU) qui rapporte mensuellement les indicateurs en lien avec l'offre de soins et de services au niveau des institutions de santé. Parallèlement, de manière ponctuelle, des enquêtes spécifiques telles le SPA, l'EMMUS sont menées pour rechercher les informations non produites par le système de façon régulière.

Au niveau communautaire, les Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP) doivent disposer de 4 outils d'enregistrement et de collecte :

1. L'aide-mémoire de l'agent de santé utilisé au cours des postes de rassemblement ;
2. Le cahier de visites domiciliaires pour documenter les informations lors des visites dans les ménages ;
3. Le registre de suivi des enfants de moins de 5 ans pour enregistrer les services fournis – vaccins, vitamine A, et autres ;
4. Le registre de planification familiale pour l'enregistrement des services fournis pour supporter l'utilisation des méthodes modernes de contraception.

A partir des données collectées avec ces outils, les ASCP doivent préparer et soumettre leur rapport d'activités à l'institution à laquelle ils sont rattachés à travers leurs superviseurs (AIP).

Ces informations sont, alors, additionnées avec les autres données découlant des services fournis au niveau institutionnel. Les rapports d'activités, incluant les données provenant tant du niveau communautaire que du niveau institutionnel, sont transmis au niveau supérieur {Bureau Communal de Santé (BCS) ou Unité d'Arrondissement de Santé (UAS) ou Bureau Départemental (BD)}.

Au niveau départemental, les données sont saisies sur DHIS2 (SISNU).

La stratégie nationale de santé communautaire est axée sur des résultats de qualité. A cet effet, la performance du mécanisme de suivi et d'évaluation restera un pilier fondamental; elle repose essentiellement sur 3 volets :

- ♦ Le système de gestion des données ;
- ♦ Le mécanisme de suivi et d'évaluation ;
- ♦ Le cadre de performance (voir Annexe pages 61 à 67).

1. La supervision

La supervision est une activité d'accompagnement de la mise en œuvre; elle vise à s'assurer que les interventions sont menées conformément aux normes et procédures établies. Elle consiste principalement à effectuer des visites périodiques sur le terrain pour encadrer les acteurs dans la réalisation des activités planifiées. L'objectif de la supervision est de renforcer les compétences du personnel en vue d'améliorer la qualité des services, des activités de prévention et de prise en charge. La supervision des interventions de santé communautaire sera planifiée et réalisée selon la politique de supervision du MSPP. La planification des activités de supervision fera partie intégrante du plan opérationnel national et des plans départementaux

2. Les Rencontres de coordination et de suivi

Les réunions de coordination et de suivi se feront périodiquement à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour s'assurer que les interventions sont menées selon les plans établis et que les délais sont respectés. Elles permettront aussi d'harmoniser les efforts des différentes parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre du plan stratégique. Dans la mesure du possible, les mécanismes de suivi déjà fonctionnels pourront être utilisés ou mis à profit pour une meilleure articulation des interventions et pour plus d'efficacité.

Les données tirées du SISNU seront analysées, en regard des indicateurs de réalisation des activités, de processus et de résultat lors des réunions de coordination à tous les niveaux.

Le niveau central analysera les résultats obtenus en fonction des ressources investies, des activités réalisées, du processus défini. Ces rencontres permettront d'identifier les blocages et les opportunités, de déterminer les mesures de redressement. Cela facilitera l'adaptation des plans de travail sur la base de la réalité du terrain.

Le niveau départemental fera le point de la situation de la mise en œuvre des interventions. Il veillera à la mise en œuvre effective des plans opérationnels, fera le suivi des indicateurs qui lui seront assignés dans le cadre de performance, assurera le suivi des interventions de santé communautaire et analysera les niveaux de performances obtenus.

Le niveau local assurera la coordination des activités au niveau communautaire ; les équipes locales feront le suivi des interventions et des indicateurs de performance selon le plan de suivi et d'évaluation élaboré par l'UEP en collaboration avec les principales parties prenantes.

Mécanismes de mobilisation et de gestion des ressources

1. Mécanisme de mobilisation des ressources

Afin de pérenniser les interventions communautaires, l'État haïtien, à travers le trésor public, devra progressivement assurer une plus grande part du financement du PSSC 2020-2030.

A ce jour, la stratégie communautaire est financée à plus de 75% par les PTF et les bailleurs de Fonds. Le Ministère de la Santé Publique et de la Population afin de faciliter l'alignement et l'efficacité de l'aide internationale et une meilleure coordination des interventions a institué le Groupe de Principaux Partenaires Financiers (GPPF) qui s'est déjà engagé à supporter l'élaboration et la mise en œuvre du PSSC. Le lancement du PSSC représentera une opportunité pour le GPPF de se positionner par rapport au financement de ses différents axes stratégiques.

Durant la période de mise en œuvre du plan, l'État veillera à accroître graduellement sa participation pour tendre vers 60% du financement budget total de la stratégie communautaire. Ce financement du Trésor Public couvrira prioritairement l'axe gestion et développement des ressources humaines indispensable pour une action efficace en santé.

L'État développera des mécanismes innovants pour mobiliser des ressources additionnelles à l'échelle nationale. Des efforts seront faits afin de continuer à mobiliser d'autres ressources auprès des partenaires œuvrant dans les autres secteurs du développement et du secteur privé pour l'amélioration de l'état de santé des populations notamment les plus vulnérables et atteindre les objectifs fixés dans le plan stratégique.

De manière générale, l'intégration des soins et programmes de santé, la polyvalence du personnel au niveau primaire, la quête de l'équité et de l'efficacité sous tendront cette démarche de mobilisation de ressources afin de parvenir à la couverture sanitaire universelle.

2. Modalités de gestion des ressources financières mobilisées

La gestion des ressources financières du Plan Stratégique santé Communautaire 2020-2030 se fera sur les principes prônés par le Partenariat International pour la Santé et initiatives connexes (IHP+) et la déclaration de Paris à savoir : (i) l'alignement des principaux bailleurs sur les priorités fixées dans le PSSC 2020-2030, (ii) l'harmonisation des principes d'intervention dans le système de santé, (iii) la gestion axée sur les résultats, (iv) la responsabilité et la redevabilité mutuelle des PTF et du Gouvernement à travers le renforcement du mécanisme de suivi . Le mécanisme du financement mondial (GFF) pour les femmes, les enfants et les adolescents sera également exploité dans le cadre de cette stratégie.

Les outils de gestion financière et de suivi de l'exécution budgétaire au besoin seront revus et adaptés le cas échéant.

3. Dispositif de contrôle de la gestion des ressources financières

Des audits financiers annuels de l'ensemble des financements seront effectués et des rapports financiers périodiques seront élaborés et partagés afin de satisfaire à l'obligation de reddition de compte. De même, des contrôles par les institutions de l'État haïtien seront maintenus et renforcés. A cet effet, la Direction de l'Administration et du Budget du MSPP et le contrôleur financier du Ministère de l'Économie et des Finances, entités étatiques devant assurer entre autres la gestion rationnelle des ressources financières seront appelées à jouer pleinement son rôle.

Les procédures de gestion administrative, financière et comptable d'une part, les mécanismes de contrôle et d'audit d'autre part, devront être améliorés, disséminés et appliqués à tous les niveaux du système de santé pour renforcer la redevabilité, la confiance et l'appropriation des communautés.

Besoins en ressources pour le PSSC 2020-2030

Besoins en personnel communautaire, en équipements et matériels

La réalisation de l'ensemble des interventions et activités nécessaires pour la mise en œuvre du PSSC 2020 – 2030 requiert la disponibilité continue et en quantité suffisante de ressources humaines, de matériels et d'équipements.

Les hypothèses retenues pour la détermination des besoins en personnel communautaire et en équipements sont :

- ♦ **Personnel communautaire**
 - En 2020, les données de base issues de la modélisation avec le choix du scénario C qui détermine 4 602 ASCP dont 38% en zone rurale, 44% en zone urbaine et 17% dans l'aire métropolitaine.
 - Evolution de 2% par an du nombre d'ASCP compte tenu de l'évolution démographique et des nouveaux besoins
 - 1 AIP supervise 10 ASCP
 - 1 IP supervise 2 AIP
- ♦ **Equipements et matériels**
 - Kit ASCP : 1 kit par ASCP
 - Kit AIP : 1 kit par AIP
 - Renouvellement des kits tous les 2 ans

Tableau 2 : Besoins en personnel communautaire et kits

Ressources Humaines Communautaires											
RH / Année	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
ASCP	4 602	4 694	4 788	4 884	4 981	5 081	5 183	5 286	5 392	5 500	5 610
AIP	460	469	479	488	498	508	518	529	539	550	561
IP	230	235	239	244	249	254	259	264	270	275	280
Kits : Équipements et matériels											
ASCP	4 602	92	4 788	96	4 981	100	5 183	104	5 392	108	5 610
AIP	460	9	479	10	498	10	518	10	539	11	561

- ♦ **Formation et recyclage**

La formation et le recyclage de l'ESF se feront de façon continue sur la période de mise en œuvre du plan stratégique. Pour ce faire un plan de formation des acteurs sera élaboré et mis en œuvre. Ce plan identifiera les besoins en formation et en recyclage des différents acteurs de l'ESF notamment les médecins, les AIP, les ASCP, les infirmières; il indiquera les périodes, le coût. La priorité de la formation sera accordée aux ASC verticaux pour les transformer en ASCP.

♦ **Documents et outils**

Pour la mise en œuvre du Plan Stratégique Santé Communautaire 2020-2030, des documents et outils seront développés et mis à disposition des acteurs à tous les niveaux.

Ces documents serviront de guide et d'orientation et aideront à réaliser les activités pour l'atteinte des résultats. Il s'agira de :

- Les plans opérationnels triennaux
- Le guide du formateur
- Le manuel de l'ASCP
- Le cahier du participant

Les outils serviront à collecter les données sur le terrain. Il s'agira de :

- Le registre de suivi des enfants de moins de 5 ans pour enregistrer les services fournis : vaccins, vitamine A, et autres ;
- Le registre de planification familiale pour l'enregistrement des services fournis pour supporter l'utilisation des méthodes modernes de contraception.
- Les rapports mensuels

Hypothèses, risques et conditions de succès

Hypothèses

Pour la réussite de la mise en œuvre du Plan Stratégique Santé Communautaire 2020-2030, les quatre hypothèses suivantes sont retenues :

- i. Le MSPP, le Ministère de la Planification et de la Coopération Externe ainsi que le Ministère de l'Economie et des Finances se seront accordés en vue d'assurer la mise en œuvre de la Stratégie de Santé Communautaire ;
- ii. Les acteurs politiques auront trouvé une entente sur les divergences qui les opposent et se seront appropriés du PSSC ;
- iii. Le Groupe des Principaux Partenaires Financiers aura décidé de poursuivre leur engagement à supporter la Stratégie de Santé Communautaire ;
- iv. Les acteurs des différents secteurs : publics, privés, société civile, PTF, les communautés et les collectivités territoriales adhèrent fortement au PSSC.

Risques

La mise en œuvre du Plan Stratégique National de Santé Communautaire implique l'obligation de considérer cinq types de risques, outre l'insuffisance de financement :

- i. Persistance du mode de fonctionnement en silo
- ii. Indifférence ou faible adhésion des communautés
- iii. Services mal gérés par du personnel incompetent et non motivé
- iv. Accessibilité financière, organisationnelle et géographique très faible
- v. Manque d'imputabilité et de continuité des efforts...

Conditions de succès

L'atteinte des résultats du Plan Stratégique Santé Communautaire 2020-2030 nécessite la prise en compte d'un ensemble de conditions qui permettra aux parties prenantes et acteurs d'obtenir la mise en œuvre efficace et efficiente des interventions à tous les niveaux. Ces conditions sont énumérées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : Conditions de succès de la mise en œuvre du PSSC

Conditions	Actions
La disponibilité suffisante des ressources financières	<ul style="list-style-type: none"> - Faire des plaidoyers au plus haut niveau pour le financement de la santé communautaire - Organiser une table de mobilisation des ressources pour le financement de la santé communautaire. - Mettre en place un système efficace de contrôle et de redevabilité pour rassurer les différents partenaires techniques et financiers. - Investiguer la possibilité de développement d'activités génératrices de revenus au profit de la stratégie communautaire
Le renforcement de la coordination des interventions à tous les niveaux	<ul style="list-style-type: none"> - Définir un cadre de coordination des interventions communautaires à tous les niveaux avec une définition des rôles et responsabilités - Impliquer les différentes entités et parties prenantes : directions, programmes, agences d'exécution, partenaires techniques et financiers, collectivités locales, ONG, groupements associatifs...
L'adhésion et l'implication des populations	<ul style="list-style-type: none"> - Prévoir l'implication importante du niveau local : collectivités locales et communauté. - Organiser des séances d'information des leaders communautaires et des élus locaux, des organisations communautaires sur la mise en œuvre de la stratégie communautaire. - Transmettre les messages d'information par les radios de proximité et à l'occasion de réunion communautaire.
La disponibilité des ressources humaines compétentes motivées	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un plan de recrutement rationnel du personnel de l'ESF. - Assurer l'orientation, la formation/ recyclage ou la mise à niveau des prestataires institutionnels - Assurer la motivation financière et/ou non financière du personnel telle que prévue dans le plan de recrutement - Entretenir une communication efficace (anticipant les frustrations) avec les prestataires - Mettre en place une équipe de supervision et un système d'évaluation de la performance
La disponibilité d'outils de gestion, des équipements et kits de produits médicaux et non médicaux	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier les besoins du personnel de l'ESF en outils de gestion, équipements et kits médicaux et non médicaux - Elaborer un plan d'équipement du personnel de l'ESF - Elaborer un plan d'approvisionnement en outils de gestion, kits médicaux et non médicaux du personnel de l'ESF
L'accessibilité financière, organisationnelle et géographique aux soins et services est assurée	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser l'accueil dans les points de prestation - Déterminer l'horaire des services en restant flexible par rapport aux préoccupations et disponibilités des usagers - Déterminer le tarif des actes et prévoir des mécanismes d'exonération d'un commun accord avec la communauté - Etablir des réseaux des institutions par arrondissement – par département.

Conclusion

Le présent Plan Stratégique Santé Communautaire 2020-2030 (PSSC 2020-2030) traduit la volonté de l'État de garantir à tous les citoyens haïtiens, particulièrement aux personnes les plus vulnérables, un état de santé leur permettant de contribuer de manière plus efficace à l'œuvre collective de relance du processus de développement de la Nation.

A travers ce Plan Stratégique de Santé Communautaire, une vision est exprimée : rendre accessibles des services de santé intégrés de base de qualité, répondant aux besoins des populations avec leur pleine participation pour l'amélioration de leur état de bien-être et de leur contribution au développement de leur communauté et du pays. L'analyse de la situation a permis d'identifier de multiples défis en dépit des avancées de ces deux dernières années. Pour les relever, des objectifs et axes d'intervention ont été formulés. L'organisation des services au niveau communautaire ainsi que la participation active des communautés seront déterminantes pour une bonne mise en œuvre du plan et l'atteinte du but fixé. Cette démarche répond à l'esprit de la déclaration d'Alma Ata sur les Soins de Santé Primaires, stratégie vieille de quarante ans, encore reconnue en 2018 à Astana comme étant toujours très pertinente par les dirigeants du monde entier.

Annexes

Annexe 1 : Tâches des ASCP

I. Responsabilités et tâches générales des ASCP

- 1- Documentation des délimitations de son aire de travail, avec le support des autres membres de l'Équipe de Santé Familiale (ESF) - à partir d'un croquis, incluant un relevé des organisations et ressources existantes.
- 2- Enregistrement des ménages vivant dans son aire de travail et classement de leurs membres par groupes cibles en utilisant le formulaire standard.
- 3- Organisation et animation de rencontres périodiques avec les leaders et représentants des groupes organisés de la communauté desservie pour assurer leur pleine implication dans les activités de promotion de la santé, en partenariat avec les prestataires de santé.
- 4- Réalisation de façon régulière de visites domiciliaires de routine ou sélectives, en tenant compte des besoins des groupes cibles prioritaires et pour le suivi des soins et traitement.
- 5- Réalisation de séances de sensibilisation, après planification de concert avec les AIP, dans tous les lieux où les membres de la communauté se rassemblent ordinairement pour le culte, le travail, les loisirs et les déplacements - sur les problèmes prioritaires de santé, les moyens de les prévenir et de les prendre en charge.
- 6- Organisation, selon le calendrier établi avec l'Auxiliaire-Infirmière Polyvalente (AIP) des postes de rassemblement dans les différentes localités de son aire de travail.
- 7- Maintien à jour des registres de ménage et des registres de suivi des groupes cibles prioritaires.
- 8- Orientation, référence ou accompagnement des clients au Centre Communautaire de Santé (CCS) ou à l'institution de santé la plus proche, après dépistage d'un problème de santé ou autre situation selon les normes et procédures établies.
- 9- Réalisation du suivi de la prise en charge initiée au niveau de l'institution, ou conduite de la prise en charge domiciliaire de certaines conditions selon les normes et standards en vigueur, particulièrement :
 - a. Dépistage et prise en charge communautaire des cas simples de malaria
 - b. Dépistage du VIH : triage avec le test oral suivi de référence à l'institution de santé
 - c. Dépistage de la malnutrition – périmètre brachial, recherche d'œdèmes
 - d. Recherche active des perdus de vues, des retardataires – PVVIH et patients TB placés sous traitement, enfants non vaccinés complètement, cas de malnutrition sous traitement
 - e. PCIME communautaire

- 10- Soumission périodique, à son superviseur, de rapport portant sur :
- a. les activités réalisées, les services fournis et les données y relatives dans les outils standards du SISNU
 - b. les cas de maladies sous surveillance - Surveillance Épidémiologique à Base Communautaire (SEBAC)
 - c. tout phénomène morbide inhabituel.

Annexe 2a

LISTE MATERIELS ET EQUIPEMENTS POUR ASCP

No	RUBRIQUES
1	Par-dessus pour Adulte
2	Paires de Bottes en caoutchouc
3	Sac au dos
4	Jacket
5	Badges
6	Tablettes (facultatif)
7	Casquettes
8	Cahiers Conquerant 96 pages
9	Plumes bleues
10	Crayons
11	Aiguiseurs métalliques
12	Marqueurs Permanents
13	Balance pédiatrique à culotte
14	Balance adulte portatif
15	Périmètre Brachial (MUAC)
16	Mégaphones
17	Batteries Mégaphone
18	Lampes de poches incluant des batteries

Annexe 2b

LISTE MATERIELS ET EQUIPEMENTS POUR AIP

No	RUBRIQUES
1	Par-dessus pour Adulte
2	Paires de Bottes en caoutchouc
3	Badge
4	Tablettes (facultatif)
5	Cahiers Conquérant 96 pages
6	Plumes bleues
7	Crayons
8	Aiguiseurs métalliques
9	Marqueurs Permanents
10	Trousse d'urgence
11	Périmètre Brachial (MUAC)
12	Sthétoscope et tensiomètre
13	Thermomètre
14	Lampes de poches incluant des batteries

SPÉCIFICITÉS RELATIVES AUX TÂCHES DE L'ASCP PAR COMPOSANTE DU PAQUET ESSENTIEL DE SERVICES (PES)		
Composante : Santé de la femme et de la mère		
Public-cible	Contenu des messages	Services - Référence/Accompagnement
<p>Femmes enceintes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Importance de la vaccination pendant la grossesse • Calendrier de vaccination au dT • Les risques liés à la grossesse • Les signes de danger pendant la grossesse • Importance des consultations prénatales et du suivi de la grossesse • Bonnes pratiques d'hygiène personnelle et de l'environnement. • Importance d'une alimentation variée et équilibrée pendant la grossesse • Bonnes pratiques d'alimentation de la femme enceinte • Importance de la vaccination au dT pendant la grossesse • La période de la grossesse recommandée pour la vaccination au dT. • Prévention du Zika et de la malaria chez la femme enceinte • Importance de l'accouchement institutionnel ou assisté par un personnel formé • Importance de l'initiation précoce de l'allaitement maternel • Importance de la consultation postnatale pour le nouveau-né et la nouvelle accouchée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Référence des femmes enceintes au CCS ou à l'institution de santé la plus proche pour une consultation prénatale
<p>Nouvelles accouchées</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Importance de l'initiation précoce de l'allaitement maternel • Importance de la consultation postnatale pour le nouveau-né et la nouvelle accouchée. • Bonnes pratiques d'allaitement maternel • Bonnes pratiques d'alimentation de la femme allaitante • Bonnes pratiques d'hygiène personnelle et de l'environnement. • Signes de danger chez le nouveau-né et de la nouvelle accouchée. • Importance de l'espacement des naissances • Importance de la méthode Kangourou pour les prématurés 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation de l'état de la nouvelle accouchée dans les 24/48 heures qui suivent un accouchement à domicile. • Administration de gélule de Vitamine A aux nouvelles accouchées pendant le 1er mois du post-partum.

SPÉCIFICITÉS RELATIVES AUX TÂCHES DE L'ASCP PAR COMPOSANTE DU PAQUET ESSENTIEL DE SERVICES (PES)		
Composante : Santé de la femme et de la mère		
Public-cible	Contenu des messages	Services - Référence/Accompagnement
Femmes en âge de procréer	<ul style="list-style-type: none"> • Avantages de la Planification Familiale pour la santé de la femme, de l'enfant et pour le bien-être de la famille. • Les différentes méthodes de PF disponibles – caractéristiques, indications, mode d'utilisation ... • Explications sur l'utilisation de la méthode de PF choisie, ses effets secondaires potentiels et leur prise en charge. 	<ul style="list-style-type: none"> • Initiation des méthodes naturelles : MAMA • Initiation de la contraception orale... (sous conditions) • Référence au CCS des potentiels clients de PF • Approvisionnement en condoms • Réapprovisionnement en pilules contraceptives, sous supervision de l'AI
	<ul style="list-style-type: none"> • Signes et symptômes à surveiller pour le dépistage précoce: <ul style="list-style-type: none"> o des infections vaginales o des cancers du sein o des cancers du col utérin • Importance d'une consultation médicale en présence de ces signes. 	
Femmes en âge de procréer Population en général	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention de toutes les formes de violence basée sur le genre • Conduite à tenir face à la violence basée sur le genre. • Importance du dépistage du VIH/SIDA et des IST 	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement de la victime de violence basée sur le genre aux services de prise en charge et d'assistance

SPÉCIFICITÉS RELATIVES AUX TÂCHES DE L'ASCP PAR COMPOSANTE DU PAQUET ESSENTIEL DE SERVICES (PES)		
Composante : Santé de l'enfant et Nutrition		
Public-cible	Contenu des messages	Services - Référence/Accompagnement
<p>Femmes enceintes</p> <p>Femmes en âge de procréer</p> <p>Population en général</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Importance de la visite au CCS ou à l'institution la plus proche, dans les 3 jours qui suivent l'accouchement à domicile. • Importance de l'initiation de l'allaitement maternel dans l'heure qui suit la naissance • Importance de l'allaitement maternel exclusif de la naissance à 6 mois • Bonnes pratiques pour un allaitement maternel exclusif réussi. • Bonnes pratiques d'hygiène personnelle – lavage des mains • Mesures préventives sur la COVID-19 • Importance de la prise en charge : <ul style="list-style-type: none"> o des urgences néonatales o des cas de prématurité et des bébés de petit poids o des enfants nés de mères séropositives o du dépistage précoce et de l'orientation des malformations congénitales. 	<p>Orientation ou référence vers le CCS ou à l'institution la plus proche</p>

SPÉCIFICITÉS RELATIVES AUX TÂCHES DE L'ASCP PAR COMPOSANTE DU PAQUET ESSENTIEL DE SERVICES (PES)		
Composante : Santé de l'enfant et Nutrition		
Public-cible	Contenu des messages	Services - Référence/Accompagnement
<p>Mères d'enfants de moins de cinq (5) ans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importance du suivi de la croissance des nourrissons et jeunes enfants. • Importance d'une alimentation équilibrée des enfants • Bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (des enfants de 6 mois à 5 ans) – sevrage progressif. • Bonnes pratiques d'hygiène : lavage des mains, traitement de l'eau de boisson, hygiène de l'environnement • Signes et symptômes des maladies infantiles les plus courantes : diarrhée, fièvre, IRA, infections de la gorge et des oreilles, parasitose intestinale • Conduite à tenir face aux signes et symptômes de ces maladies • Préparation et administration du Sérum Oral. • Importance de la vitamine A pour les enfants de 6 à 59 mois • Importance de la déclaration de naissance à l'Officier d'Etat Civil 	<ul style="list-style-type: none"> • Identification et enregistrement des nouveau-nés • Détection et orientation des nouvelles naissances vers le CCS. • Administration de gélule de Vitamine A aux nouvelles accouchées pendant le 1er mois du post partum. • Évaluation de l'état nutritionnel des enfants : mesure du périmètre brachial, contrôle du poids, recherche d'œdèmes • Administration de gélules de Vitamine A aux enfants de 6 mois à 59 mois. • Identification/dépistage des enfants malades. • Application des directives de la PCIME communautaire <p>a. Initiation du plan A de traitement de la déshydratation</p> <p>b. Administration de comprimés de zinc aux enfants atteints de diarrhée</p> <p>c. Administration de comprimés contre les parasites intestinaux dans les postes de rassemblement.</p> <p>d. Référence des nouveau-nés et des enfants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nés à domicile - Présentant des signes généraux de danger ou de pathologies: conjonctivite, jaunisse, fièvre... - Avec les signes de diarrhée, fièvre, IRA <ul style="list-style-type: none"> • Référence au CCS des cas de malnutrition dénutriés chez les enfants • Suivi domiciliaire des enfants sous traitement nutritionnel 	
<p>Parents et Gardiens d'enfants ou substituts</p>		

SPÉCIFICITÉS RELATIVES AUX TÂCHES DE L'ASCP PAR COMPOSANTE DU PAQUET ESSENTIEL DE SERVICES (PES)		
Composante : Santé de l'enfant et Nutrition		
Public-cible	Contenu des messages	Services - Référence/Accompagnement
<p>Mères d'enfants de moins de cinq (5) ans</p> <p>Parents et Gardiens d'enfants ou substituts</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Importance de la vaccination des enfants contre les maladies cibles du PEV • Importance de la vaccination complète des enfants avant leur premier anniversaire de naissance • Informations complètes et actualisées sur le calendrier vaccinal et sur les points de services de vaccination • Informations complètes sur les effets secondaires mineurs potentiels des vaccins et la conduite à tenir pour les prendre en charge. • Importance des rappels des vaccins de Rougeole/Rubéole pour les enfants de 13 à 23 mois et des rappels au DTP pour les enfants de 12 à 23 mois • Félicitation des mères, parents et gardiens d'enfants dont les enfants sont vaccinés régulièrement pour les encourager à continuer jusqu'à la vaccination complète. 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation du statut vaccinal des enfants (non vaccinés ou incomplètement vaccinés). • Administration des vaccins aux enfants, dans la communauté selon le calendrier du PEV et les stratégies planifiées avec l'AI • Recherche des enfants incomplètement vaccinés ou absents au rendez-vous de vaccination. • Orientation des parents vers le CCS en cas de réaction grave à la vaccination.

SPÉCIFICITÉS RELATIVES AUX TÂCHES DE L'ASCP PAR COMPOSANTE DU PAQUET ESSENTIEL DE SERVICES (PES)	
Composante : Lutte contre les maladies transmissibles _ Infection au VIH	
Public-cible	Contenu des messages
	<p>Services - Référence/Accompagnement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distribution des préservatifs et des lubrifiants • Dépistage du VIH – triage avec un test oral; puis, référence au CCS selon les résultats. • Réapprovisionnement en médicaments des PVVIH sur demande et sous la supervision de l'AI • Suivi domiciliaire des PVVIH • Support psychologique aux PVVIH et groupes clés faisant face à la stigmatisation, la discrimination et pour renforcer leur estime de soi • Recherche active des abandons
<p>Population en général</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avantages du dépistage volontaire du VIH • Bénéfices de l'utilisation correcte et régulière du préservatif • Méfaits de la stigmatisation et de la discrimination dans une communauté • Signes, symptômes et prise en charge des IST, de la co infection TB/VIH 	
<p>Jeunes filles et garçons</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importance des visites prénatales, du dépistage du VIH et de la syphilis pendant la grossesse. • Services disponibles pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) 	
Composante : Lutte contre les maladies transmissibles _ Tuberculose	
<p>Tuberculeux, Proche du patient, Accom-pagnateur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Possibilité de guérison de la tuberculose par une prise quotidienne des médicaments jusqu'à la fin du traitement. • Importance de la régularité de la présence des patients tuberculeux aux rendez-vous. • Importance de l'adhérence au traitement 	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle du périmètre brachial pour évaluer l'état nutritionnel des cas suspects de tuberculose et des patients tuberculeux sous traitement • Réapprovisionnement en médicaments des patients tuberculeux sur demande et sous la supervision de l'AIP
<p>La communauté</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information sur les facteurs qui favorisent la transmission de la TB • Causes favorisantes de la Tuberculose pulmonaire • Importance du dépistage de la Tuberculose après une toux de 2 semaines. • Information sur les méthodes de contrôle de la transmission de la tuberculose • Importance de la recherche active des cas contacts pour leur prise en charge. • Importance du vaccin BCG dès la naissance pour la prévention de la tuberculose 	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement des patients tuberculeux sous traitement (DOTS) • Recherche des contacts, des retardataires, des perdus de vues et des abandons

SPÉCIFICITÉS RELATIVES AUX TÂCHES DE L'ASCP PAR COMPOSANTE DU PAQUET ESSENTIEL DE SERVICES (PES)		
Composante : Lutte contre les maladies transmissibles _ par vecteur : malaria, dengue		
Public-cible	Contenu des messages	Services - Référence/Accompagnement
	<ul style="list-style-type: none"> • Mode de transmission de la malaria • Signes et symptômes de la malaria • Les dangers et les conséquences des maladies transmises par vecteurs - la malaria, la dengue • Moyens de prévention individuelle et collective • Importance de l'utilisation de moustiquaires ou de produits anti moustiques • Mode de prévention du ZIKA et de la malaria chez la femme enceinte • La lutte anti-vectorielle : traitement et élimination des gîtes larvaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépistage communautaire de la Malaria • Recherche active de cas de malaria autour du cas index • Prise en charge communautaire des cas simples de Malaria. • Référence immédiate au CCS des cas graves de malaria
La communauté		
Composante - Lutte contre les maladies transmissibles _ Choléra		
	<ul style="list-style-type: none"> • Mode de transmission des maladies diarrhéiques • Les mesures d'hygiène à appliquer pour la prévention de la diarrhée • Conduite à tenir dans le cas de diarrhée – prévention de la déshydratation. • Démonstration de la préparation du sérum oral (maison ou en sachet) 	<ul style="list-style-type: none"> • Initiation de la réhydratation orale par SRO pendant le transport vers le CCS • Référence des cas de diarrhée grave et des cas suspects de Choléra au CCS.
Population en général		
Composante : Lutte contre les maladies chroniques non transmissibles		
	<ul style="list-style-type: none"> • Les dangers et conséquences des maladies chroniques non transmissibles (diabète, hypertension artérielle et maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires chroniques/asthme, cancers). • Promotion de mode de vie sain • Importance du dépistage précoce du diabète et de l'hypertension artérielle. • Les dangers et conséquences néfastes de l'auto médication et de l'utilisation des médicaments en vente illicite (dans la rue). • Importance du respect des recommandations et prescriptions médicales dans les cas de diabète et d'hypertension artérielle. • Promotion du dépistage précoce et du traitement des cancers du sein, du col utérin, de la prostate 	<ul style="list-style-type: none"> • Référence au CCS sur base de certains signes : <ul style="list-style-type: none"> o soif intense, urine attirant les fournis o céphalée, vertige, ... o difficulté à respirer, toux chronique ... o difficulté à uriner, ... • Accompagnement des personnes sous traitement
Population en général		

II. SPÉCIFICITÉS RELATIVES AUX TÂCHES DE L'ASCP PAR COMPOSANTE DU PAQUET ESSENTIEL DE SERVICES (PES)		
Composante : Lutte contre la cécité évitable		
Public-cible	Contenu des messages	Services - Référence/Accompagnement
Population en général	<ul style="list-style-type: none"> • Les dangers et conséquences de la perte de la vue • Importance d'une bonne alimentation et du respect des règles d'hygiène pour la protection de la vue. • Signes et symptômes de troubles visuels • Importance de la consultation médicale dès les premiers signes de troubles visuels. • Importance du respect des recommandations et prescriptions médicales pour la prise en charge des troubles visuels. 	<ul style="list-style-type: none"> • Référence au CCS en présence de certains signes : baisse de la vision nocturne chez les enfants, rougeurs, irritation des yeux, traumatismes oculaires ...
Composante : Santé mentale		
La communauté	<ul style="list-style-type: none"> • Importance d'une bonne Santé mentale • Facteurs qui affectent la Santé mentale • Les signes indicatifs des cas de maltraitance, d'agression 	<ul style="list-style-type: none"> • Référence au CCS après le dépistage de signes de certains problèmes de santé mentale • Accompagnement des personnes en soins et de leurs familles
Composante : Santé bucco-dentaire		
La communauté	<ul style="list-style-type: none"> • Importance d'une bonne santé bucco-dentaire • Pratiques recommandées pour une bonne santé bucco-dentaire : <ul style="list-style-type: none"> o brossage régulier des dents, o utilisation de dentifrice fluoré, o visite à une clinique dentaire au moins 2 fois par an • Importance du dépistage, de la prophylaxie et des réparations des caries et autres maladies bucco-dentaires. 	

CADRE DES RÉSULTATS OU DE PERFORMANCE														
1. Indicateurs d'impact														
Objectif d'impact : L'accès accru de la population aux services de santé de proximité et de meilleure qualité contribue à la réduction de la morbidité et de la mortalité donc à l'amélioration de la situation sanitaire.														
N°	Indicateurs	Définitions	Données de bases			Cibles					Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsables	
			Valeurs	Sources	Années	2020	2022	2024	2026	2028				2030
1	Ratio de mortalité maternelle	Numérateur : Nombre de femmes décédées à la suite de conséquences obstétricales directes ou indirectes pendant leur grossesse ou lors des 42 jours après l'accouchement x 100 000 Dénominateur : nombre de naissances vivantes	646/100 000	EMMUS VI	2016-2017									
2	Taux de mortalité infantile juvénile	Numérateur : Nombre d'enfants décédés avant 5 ans x 1000 Dénominateur : Nombre d'enfants nés de la même tranche d'âge	81/1000	EMMUS VI	2016-2017									
3	Taux de mortalité néonatale	Numérateur : Nombre des nouveaux nés décédés x 1000 Dénominateur : Nombre total de naissances vivantes	32/1000	EMMUS VI	2016-2017									
4	Indice synthétique de fécondité	Numérateur : nombre d'enfants nés vivants dans un groupe, une génération x 1000 Dénominateur : population moyenne de l'année des femmes de ce groupe à un temps donné	3	EMMUS VI	2016-2017									

CADRE DES RÉSULTATS OU DE PERFORMANCE													
2. Indicateurs d'effets													
Effet 1: Les interventions de Santé Communautaire sont menées de façon standardisée et coordonnée dans tout le pays suite au renforcement de la gouvernance du programme à tous les niveaux.													
N°	Indicateurs	Définitions	Données de bases			Cibles					Fréquence de collecte	Responsables	
			Valeurs	Sources	Années	2020	2022	2024	2026	2028			2030
1	Proportion d'interventions en Santé Communautaire qui sont alignées sur les standards définis dans les documents de référence du MSPP.	Numérateur : Nombre d'interventions prioritaires pour la période, alignées sur les standards définis Dénominateur : Nombre d'interventions retenues comme prioritaires pour la période.											
2	Proportion de résolutions ou recommandations, issues des réunions de tables sectorielles tenues sur la santé communautaire, qui sont mises en application.	Numérateur : Nombre de résolutions mises en application. Dénominateur : Nombre de résolutions, sur la santé communautaire, prises au cours des tables sectorielles											
3	Nombre de départements ayant complété annuellement les interventions de leur plan opérationnel en santé communautaire	Numérateur : Nombre de départements ayant complété les interventions de leur plan opérationnel en santé communautaire pour l'année Dénominateur : 10 départements											

CADRE DES RÉSULTATS OU DE PERFORMANCE

2. Indicateurs d'effets

Effet 2 : Les ressources humaines en santé communautaire sont compétentes, motivées et œuvrent efficacement à la mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire.

N°	Indicateurs	Définitions	Données de bases			Cibles					Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsables	
			Valeurs	Sources	Années	2020	2022	2024	2026	2028				2030
1	Proportion de communes pourvues de travailleurs en Santé Communautaire (ASCP, AIP, Infirmières) en quantité suffisante, qui disposent des compétences requises et des outils nécessaires pour bien exécuter leurs tâches.	<p>Numérateur : Nombre de communes disposant des ressources humaines en santé communautaire, selon les standards établis</p> <p>Dénominateur : Nombre de communes (146)</p>												
2	Proportion de personnel communautaire qualifié	<p>Numérateur : Nombre de personnel communautaire de chaque catégorie (ASCP, AIP, Infirmière) ayant le profil requis pour le poste occupé</p> <p>Dénominateur : Nombre de personnel communautaire de chaque catégorie (ASCP, AIP, Infirmière) actif</p>												
3	Proportion d'agents communautaires exécutant les tâches standard définies pour un ASCP	<p>Numérateur : Nombre d'agents de santé communautaire qui exécutent les activités décrites dans la description de tâches standard</p> <p>Dénominateur : Nombre d'agents de santé communautaire actifs</p>												

CADRE DES RÉSULTATS OU DE PERFORMANCE															
2. Indicateurs d'effets															
Effet 3: Les leaders des structures et organisations communautaires sont pleinement impliqués dans les interventions de promotion de la santé particulièrement au niveau des sections communales.															
N°	Indicateurs	Définitions	Données de bases			Cibles						Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsables	
			Valeurs	Sources	Années	2020	2022	2024	2026	2028	2030				
1	Proportion de sections communales disposant d'organisations communautaires de base (OCB) et / ou de leaders communautaires engagés dans les interventions communautaires	<p>Numérateur : Nombre de sections communales disposant d'OCB et de leaders communautaires engagés dans les interventions communautaires x 100</p> <p>Dénominateur : Nombre de sections communales (571)</p>													
2	Proportion de sections communales disposant de comités de santé fonctionnels et engagés dans les interventions de promotion de la santé.	<p>Numérateur : Nombre de sections communales disposant d'au moins un comité de santé fonctionnel et impliqué dans les interventions communautaires x 100</p> <p>Dénominateur : Nombre de sections communales (571)</p>													

CADRE DES RÉSULTATS OU DE PERFORMANCE														
2. Indicateurs d'effets														
Effet 4: Les informations provenant du niveau communautaire sont fiables, disponibles de façon opportune et sont utilisées pour la prise de décision tant au niveau stratégique que programmatique.														
N°	Indicateurs	Définitions	Données de bases			Cibles					Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsables	
			Valeurs	Sources	Années	2020	2022	2024	2026	2028				2030
1	Proportion d'institutions de santé, du niveau primaire, qui rapportent les données provenant du niveau communautaire via le SISNU.	<p>Numérateur : Nombre d'institutions de santé, du niveau primaire, qui rapportent les données du niveau communautaire dans le SISNU x 100</p> <p>Dénominateur : Nombre d'institutions de santé, du niveau primaire, qui mènent des interventions au niveau communautaire</p>												
2	Proportion d'institutions ou d'entités œuvrant en santé communautaire qui organisent régulièrement des réunions de suivi documentées.	<p>Numérateur : Nombre d'institutions de santé ou d'entités œuvrant en santé communautaire qui organisent au moins 75% des réunions de suivi planifiées</p> <p>Dénominateur : Nombre d'institutions de santé ou d'entités œuvrant en santé communautaire pendant la période</p>												

CADRE DES RÉSULTATS OU DE PERFORMANCE														
2. Indicateurs d'effets														
Effet 5: Les ressources financières adéquates pour la mise en œuvre de la stratégie de Santé Communautaire sont disponibles de façon continue à partir d'une mobilisation basée sur une planification et une gestion rationnelle.														
N°	Indicateurs	Définitions	Données de bases			Cibles					Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsables	
			Valeurs	Sources	Années	2020	2022	2024	2026	2028				2030
1	Taux de financement de la stratégie nationale de santé communautaire (ressources mobilisées par rapport au budget du plan)	<p>Numérateur : Ressources financières disponibles pour la mise en œuvre de la stratégie communautaire sur la période x 100</p> <p>Dénominateur : Budget du plan stratégique pour la période</p>												

CADRE DES RÉSULTATS OU DE PERFORMANCE

2. Indicateurs d'effets

Effet 6: Les services de santé offerts au niveau communautaire sont utilisés par au moins 80% de la population de desserte des institutions de santé.

N°	Indicateurs	Définitions	Données de bases		Cibles					Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsables
			Valeurs	Sources	Années	2020	2022	2024	2026			
1	Proportion des ménages enregistrés dont les membres qui font partie d'un groupe cible prioritaire, ont utilisé les services offerts au niveau communautaire au cours de la période.	<p>Numérateur : Nombre des ménages enregistrés dont les membres qui font partie d'un groupe cible prioritaire, ont bénéficié de services de santé offerts au niveau communautaire x 100</p> <p>Dénominateur : Nombre total des ménages enregistrés qui comptent des membres faisant partie d'un groupe cible prioritaire</p>										
2	Proportion d'institutions de santé œuvrant en santé communautaire qui utilisent des mécanismes formels de référence et de contre référence selon les standards établis	<p>Numérateur : Nombre d'institutions utilisant des mécanismes formels de référence et de contre référence selon les standards.</p> <p>Dénominateur : Nombre d'institutions de santé, du niveau primaire, qui mènent des interventions au niveau communautaire</p>										



RÉPUBLIQUE D'HAÏTI
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION (MSPP)
1, angle avenue Maïs Gâté et rue Jacques Roumain
Delmas, Haïti, w.i.
www.mspp.gouv.ht



L'atteinte des objectifs du Ministère de la Santé Publique et de la Population nécessite l'apport d'un personnel compétent, dévoué et responsable à qui nous souhaitons exprimer toute notre gratitude.

Mars 2021