

# Programme pour l'Intégration de la Santé Communautaire APERÇU DE PAYS: HAÏTI



# Remerciements

**AUTEUR :** Lauren Mawe

**SUPPORT:** Alain Casseus (Zanmi Lasante), Daniel Palazuelos (Partners in Health), Kenia Vissieres, (Zanmi Lasante), Pooja Sripad (Population Council), Ralph Ternier (Zanmi Lasante), Sarah Kennedy (Population Council)

**ÉDITION ET GRAPHISME :** Jennie Greene et Michelle Samplin-Salgado (Springfly)

**TRADUIT PAR:** Mounia Malki

**CRÉDIT PHOTO DE COUVERTURE :** Kendra Helmer / USAID

**DATE DE PUBLICATION :** Août 2021

# Table des matières

<b>Acronymes</b> .....	1
<b>Préface</b> .....	2
Accélérer l'intégration des programmes d'agents de santé communautaire (ASC) par des réformes institutionnelles .....	2
L'institutionnalisation de la santé communautaire comme un « Cycle de réforme » .....	3
<i>Aperçus de pays</i> relatifs à la réforme institutionnelle.....	6
<b>Paysages des politiques et du plaidoyer de santé communautaire en Haïti</b> .....	7
Accessibilité sanitaire et résultats .....	7
Aperçu du système de santé communautaire en Haïti .....	9
<b>Les bases de la réforme de la santé communautaire</b> .....	11
Les bases de la santé communautaire en Haïti .....	12
Avancées en matière de santé communautaire au cours des années 2000.....	13
Le tremblement de terre de 2010 .....	14
Avancées politiques de 2011 jusqu'en 2016.....	15
<b>Les défis de l'institutionnalisation en Haïti</b> .....	16
Priorisation des problèmes et création de coalitions .....	16
Fragmentation .....	17
Influence historique.....	17
Appel à l'action .....	18
<b>L'investissement pour l'ICH en Haïti : un catalyseur pour la réforme</b> .....	23
Lancement de l'investissement pour l'ICH.....	23
L'investissement pour l'ICH comme une dynamique de la santé communautaire en Haïti.....	26
<b>Opportunités et prochaines étapes</b> .....	30
Intensifier le cadre des ASCP .....	31
<b>Pour conclure</b> .....	32
<b>Références</b> .....	33
<b>Annexe 1</b> .....	36

# Acronymes

AIP	Auxiliaires-infirmières polyvalentes	<i>Multi-skilled Auxiliary Nurse Supervisor</i>
ASC	Agent de santé communautaire	<i>Community Health Worker</i>
ASCP	Agents de santé communautaire polyvalents	<i>Multi-skilled Community Health Workers</i>
CCS	Centre communautaire de santé	<i>Community Health Center</i>
CDC	Centres de contrôle et prévention des maladies	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
COVID-19	Maladie à coronavirus	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
CSC	Conseil de santé communautaire	<i>Community Health Committee</i>
CSU	Couverture sanitaire universelle	<i>Universal Health Coverage</i>
DHIS-2	Système de gestion de l'information sanitaire	<i>Digital Health Information System - 2</i>
DPS	Dépenses totales de santé	<i>Total Health Expenditure</i>
ESF	Équipe de santé familiale	<i>Family Health Team</i>
GFF	Mécanisme de financement mondial de la Banque mondiale	<i>World Bank's Global Financing Facility</i>
<b>ICH</b>	Intégration de la santé communautaire	<i>Integrating Community Health</i>
ICHC	Conférence pour l'intégration de la santé communautaire	<i>Integrating Community Health Conference</i>
IST	Infections sexuellement transmissibles	<i>Sexually transmitted infection</i>
MSPP	Ministère de la santé et de la population	<i>Ministry of Public Health and Population</i>
ODD	Objectifs de développement durable	<i>Sustainable Development Goals</i>
OMS	Organisation mondiale de la Santé	<i>World Health Organization</i>
ONG	Organisation non gouvernementale	<i>Non-governmental Organization</i>
ONU	Organisation des Nations Unies	<i>United Nations</i>
OPS	Organisation panaméricaine de la santé	<i>Pan American Health Organization</i>
PES	Paquet essentiel de services de santé	<i>Essential Services Package</i>
PIB	Produit intérieur brut	<i>Gross Domestic Product</i>
PMS	Paquet minimum de services de santé	<i>Minimum Services Package</i>
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise	<i>Acquired immunodeficiency syndrome</i>
TAHA	Traitement antirétroviral hautement actif	<i>Highly Active Retroviral Therapy</i>
TB	Tuberculose	<i>Tuberculosis</i>
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance	<i>United Nations International Children's Emergency Fund</i>
US	États-Unis d'Amérique	<i>United States (of America)</i>
USAID	Agence américaine pour le développement international	<i>United States Agency for International Development</i>
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>

# Préface

## Accélérer l'intégration des programmes d'agents de santé communautaire (ASC) par des réformes institutionnelles

Dans le monde, près de la moitié de la population n'a pas accès aux services de santé essentiels. L'accent est mis de plus en plus sur le rôle des communautés et de leur engagement, particulièrement celui des agents de santé communautaires (ASC) comme moyen de parachever le système de soins de santé primaires (SSP)<sup>1</sup>. Les programmes d'ASC performants et mis à l'échelle constituent un volet essentiel des SSP adaptés, accessibles, équitables et de haute qualité.

Reconnaissant le potentiel de la santé communautaire pour combler les lacunes en matière de couverture sanitaire, d'amélioration de la protection financière, et de soutien à l'accès à des soins de qualité, la Déclaration d'Astana de 2018 participe à renforcer le rôle de la santé communautaire dans les SSP comme vecteur d'accélération des progrès pour atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU). Avant cette Déclaration, le passage des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) à ceux en développement durable (ODD) a également contribué à repositionner les communautés à la fois en tant que ressources pour le renforcement des systèmes de santé, mais aussi comme sources de résilience pour les personnes et les familles.

En 2016, l'Agence américaine pour le développement international (USAID) a lancé une collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et la Fondation Bill & Melinda Gates pour faire progresser les engagements des pays, de sorte que les communautés deviennent des ressources dans les systèmes des SSP afin d'accélérer les progrès vers la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD). La collaboration pour l'intégration de la santé

communautaire (*Integrating Community Health* ou ICH) a généré un mouvement mondial, comptant plus de vingt pays, pour élever les priorités nationales et les progrès réalisés destinés à institutionnaliser la santé communautaire dans les systèmes de soins de santé primaires. L'USAID, en collaboration avec l'UNICEF, a investi dans des partenariats catalyseurs avec les gouvernements, leurs ONG partenaires compétentes, et des communautés dans sept pays (Bangladesh, Haïti, Kenya, Liberia, Mali, Ouganda, et République démocratique du Congo) pour institutionnaliser les réformes et les enseignements tirés, en mettant l'accent sur les ASC.

Dans le cadre de ces efforts, par le biais du projet Frontline Health, mené avec deux partenaires principaux (Population Council et Last Mile Health), la Fondation Bill & Melinda Gates a soutenu l'élaboration de nouvelles données probantes et de connaissances concernant la mesure de la performance, le plaidoyer et les voies de mise à l'échelle dans les sept pays concernés. S'appuyant sur le cadre du cycle de réforme de la santé communautaire de Last Mile Health, les *Aperçus de pays* soulignent les partenariats catalyseurs pour l'ICH afin de renforcer les programmes nationaux d'ASC en tant que composante essentielle des SSP et les intégrer dans le contexte des réformes institutionnelles et de l'engagement politique nécessaire pour améliorer les résultats nationaux en matière de santé.

Réinventer les systèmes de santé pour atteindre la CSU nécessite un leadership et un engagement politique au sein même des pays. En effet, ceux-ci doivent mobiliser la société dans son ensemble, aussi bien le secteur public et privé que les communautés, car ils constituent des ressources

essentielles à cet effort. L'élément communautaire des SSP doit être conçu pour permettre au système de santé d'atteindre les populations les plus mal desservies, de traiter les pandémies, de combler les lacunes en matière de survie infantile et d'accélérer la transformation des systèmes de santé. Sans un appui élargi aux programmes nationaux d'ASC, l'accélération mesurable dont nous avons urgemment besoin pour atteindre les cibles des ODD en matière de santé d'ici à 2030 risque de ne pas voir le jour. Avec une décennie pour atteindre

les ODD, et face aux défis posés par les réponses à la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19), il est primordial de créer une dynamique politique mondiale avec les pays et les bailleurs de fonds pour soutenir les priorités nationales urgentes, évaluer les progrès réalisés, mais aussi développer et partager de nouvelles connaissances afin d'orienter des choix politiques audacieux favorables à une approche pansociale aboutissant au renforcement des systèmes de santé.

### Ressources utiles

- [Vision de l'USAID pour le renforcement des systèmes de santé d'ici à 2030](#)
- [La Déclaration d'Astana](#)
- [Résolution sur les ASC](#)
- [Directives sur les programmes relatifs aux agents de santé communautaires](#)
- [Exemplars : Les agents de santé communautaires](#)
- [La feuille de route pour la santé communautaire](#)
- [Conférence sur l'institutionnalisation de la santé communautaire 2017](#)
- [Conférence sur l'institutionnalisation de la santé communautaire 2021](#)
- [La Communauté des Pratiques Santé Communautaire \(CH-CoP\)](#)
- [Global Health : Science and Practice, Supplément 1 \(Mars 2021\)](#)
- [Journal of Global Health : Promouvoir les évaluations, les politiques et les pratiques de la santé communautaire](#)

## L'institutionnalisation de la santé communautaire comme un « Cycle de réforme »

Les *Aperçus de pays* présentés dans cette série soulignent les efforts de réformes pour l'ICH entrepris par les sept pays au sein d'un cadre de réforme institutionnelle : le cycle de réforme des systèmes de santé communautaire (désigné ici sous l'expression « cycle de réforme »)<sup>2</sup>. Les pays expérimentent la réforme des systèmes de santé communautaire comme un processus et un cheminement vers l'institutionnalisation de la santé communautaire. La probabilité qu'une réforme particulière soit institutionnalisée avec succès dans un environnement politique donné dépend non seulement de la volonté politique et de l'adhésion des principaux partenaires, de la conception

technique des politiques, mais aussi de la capacité et des ressources disponibles pour lancer et gérer l'intervention, ainsi que de la capacité à tirer des enseignements, et de la volonté d'adapter et d'améliorer le programme au fil du temps.

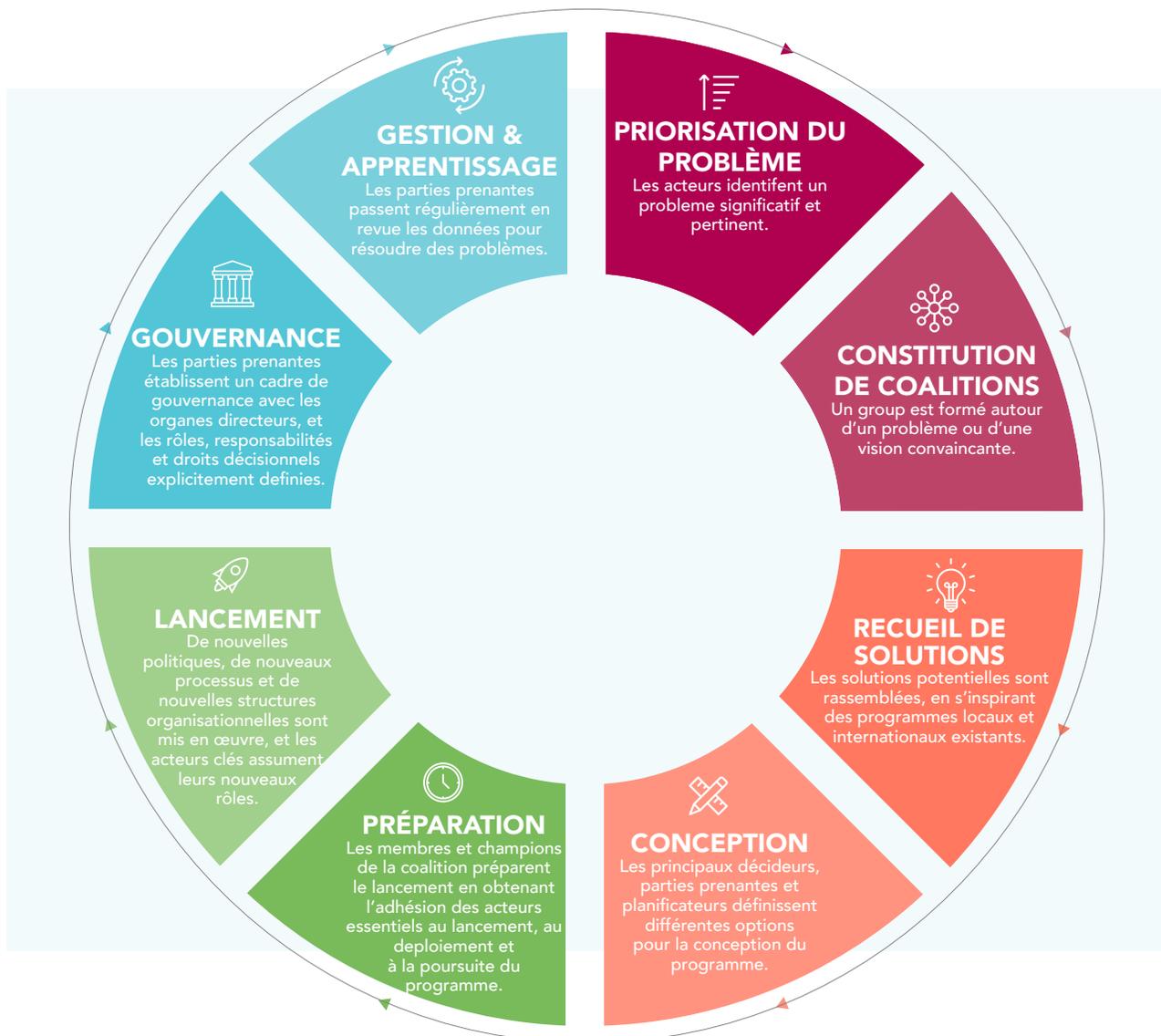
Le cadre du cycle de réforme a été à la fois guidé et affiné grâce à une analyse descriptive des parcours de réforme pour l'ICH de chaque pays. Les *Aperçus de pays*, tirés des investissements pour l'ICH dans la réforme des systèmes de santé communautaire, démontrent les liens pratiques entre la littérature existante et les expériences spécifiques à chaque pays. Ce cadre fournit aux dirigeants des systèmes

de santé une approche pour planifier, évaluer et renforcer les réformes institutionnelles nécessaires afin de prioriser les programmes d'agents de santé communautaire dans le cadre de stratégies nationales de soins de santé primaires destinées à parvenir à une couverture sanitaire universelle (CSU).

Le cycle de réforme illustre les différentes étapes de la réforme institutionnelle, qui sont

synthétisées ci-dessous. Les réformes peuvent englober l'ensemble d'un programme d'agents de santé communautaire ou cibler des éléments spécifiques de systèmes tels que les systèmes d'information sanitaire (SIS). Bien que les réformes ne suivent pas toujours chaque étape dans l'ordre et que le calendrier puisse varier en fonction de la complexité du programme ou de l'activité, une planification réfléchie et exhaustive peut renforcer l'adhésion et l'efficacité globale.

## SYSTÈMES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE CYCLE DE RÉFORME



## PRIORISATION DU PROBLÈME

**Les acteurs identifient un problème significatif et pertinent.** Ils diagnostiquent les points sensibles et les besoins non satisfaits, avant de les relier, dans la mesure du possible, aux domaines prioritaires de la réforme. Les acteurs reconnaissent la nécessité d'une réforme au sein du système de santé communautaire et s'engagent à adopter une vision commune pour combler les lacunes.

## CONSTITUTION DE COALITIONS

**Un groupe est formé autour d'un problème ou d'une vision convaincante.** Les membres définissent les objectifs, les rôles, la taille et la composition de la coalition. Des membres aux parcours professionnels riches et variés occupent des rôles essentiels dans l'effort de réforme (par exemple, des leaders, connecteurs, contrôleurs, bailleurs de fonds, facilitateurs, champions du changement, et chargés de liaison avec les acteurs clés extérieurs à la coalition).

## RECUEIL DE SOLUTIONS

**Les solutions potentielles sont rassemblées, en s'inspirant des programmes locaux et internationaux existants.** Les acteurs définissent des critères et des indicateurs pour évaluer les solutions, et testent, dans la mesure du possible, des idées spécifiques de réforme. Les solutions prometteuses sont classées par ordre de priorité en vue de leur intégration dans le système de santé.

## CONCEPTION

**Les principaux décideurs, parties prenantes et planificateurs définissent différentes options pour la conception du programme.** Dans la mesure du possible, des éléments probants sur les options, le coût attendu, l'impact et la faisabilité sont identifiés. Par le biais de consultations, d'ateliers et d'autres moyens, les parties prenantes donnent leur avis sur les options, et les décideurs choisissent une conception. Il peut s'agir de plans opérationnels, de matériel de formation, de descriptions de postes, d'outils de gestion, de systèmes de collecte de données et de processus relatifs à la chaîne d'approvisionnement.

## PRÉPARATION

**Les membres et champions de la coalition préparent le lancement en obtenant l'adhésion des acteurs essentiels au lancement, au déploiement et à la poursuite du programme.** Les parties prenantes traduisent également la conception du programme en plans opérationnels chiffrés comprenant des stratégies et des outils clairs pour le lancement et le déploiement. Des plans d'investissement pour un financement durable et des mécanismes de financement sont mis en place. Les parties prenantes sont préparés à leurs nouveaux rôles et responsabilités, et les domaines susceptibles de poser des conflits de politiques/protocoles sont traités.

## LANCEMENT

**De nouvelles politiques, de nouveaux processus et de nouvelles structures organisationnelles sont mis en œuvre, et les acteurs clés assument leurs nouveaux rôles.** Au fur et à mesure que ces changements évoluent, les enseignements sont recueillis pour faire preuve de dynamisme et identifier les défis à relever pour leur application. Une attention particulière est accordée aux questions relatives au déploiement, et des modifications opportunes sont apportées, au besoin, au niveau de la conception et de la mise en œuvre.

## GOUVERNANCE

**Les parties prenantes établissent un cadre de gouvernance avec les organes directeurs, et les rôles, responsabilités et droits décisionnels définies.** Des processus sont établis pour la gestion des risques et des problèmes, l'engagement des parties prenantes et la communication transversale. Les acteurs suivent les progrès accomplis dans la mise en œuvre du programme afin d'améliorer une prise décisionnelle claire et de traiter les questions ou les défis majeurs.

## GESTION & APPRENTISSAGE

**Les parties prenantes clés passent régulièrement en revue les données du programme pour façonner la résolution des problèmes au niveau national ou infranational.** Les parties prenantes s'engagent dans un processus continu d'apprentissage et d'amélioration, en identifiant les défis et les changements dans la conception du programme ainsi que les autres obstacles des systèmes.

# Aperçus de pays relatifs à la réforme institutionnelle

## BUT ET OBJECTIFS DES APERÇUS DE PAYS

- Présenter un panorama de la santé communautaire dans chaque pays ;
- Exposer la vision du pays en matière de réforme de la santé communautaire et positionner les progrès réalisés à ce jour dans le cadre du cycle de réforme ;
- Articuler les défis primaires liés à l'institutionnalisation de la santé communautaire auxquels le pays est ou a été confronté au début de l'investissement pour l'ICH ;
- Retracer le processus d'élaboration des politiques et de plaidoyer entrepris par les parties prenantes des pays pour faire progresser les réformes, en utilisant l'investissement pour l'ICH comme catalyseur ;
- Identifier les enseignements tirés et les occasions de renforcer les réformes existantes découlant de l'investissement pour l'ICH.

Les *Aperçus de pays* servent de compléments à d'autres ressources créées dans le cadre et par-delà les investissements pour l'ICH, telles que les Feuilles de route pour l'accélération de la santé communautaire des pays, les études de cas nationales pour l'ICH, ainsi que les recherches menées dans le cadre du projet Frontline Health. Les *Aperçus de pays* mettent l'accent sur le suivi des processus de sélection, de plaidoyer et de mise en œuvre des politiques. Ensemble, ces initiatives complémentaires accélèrent la réforme des systèmes de santé communautaire et font progresser les efforts pour atteindre un système de soins de santé primaires solide et une couverture sanitaire universelle (CSU).

## APPROCHES & MÉTHODES

Les *Aperçus de pays* mettent en évidence des exemples du parcours de réforme d'un pays à travers les étapes spécifiques de l'institutionnalisation décrites dans le cadre. Les

*Aperçus de pays* montrent les caractéristiques de chaque étape dans le contexte du pays et mettent en évidence des exemples saillants de l'apprentissage et de la réussite des pays. Les *Aperçus de pays* ont été créés grâce à un processus fait d'études documentaires et de consultations avec les parties prenantes des pays. Les parties prenantes comprenaient notamment des représentants actuels et anciens des Ministères de la santé, des dirigeants d'organisations non gouvernementales (ONG) et techniques, ainsi que des représentants d'institutions multilatérales et bilatérales. Les *Aperçus de pays* ont permis de mettre en évidence les perspectives existantes dans les documents politiques et stratégiques, bien souvent difficiles d'accès pour celles et ceux qui ne travaillent pas dans le pays, ainsi que les nouvelles perspectives acquises par des méthodes telles que des ateliers ou des entretiens approfondis avec les principales parties prenantes. Lorsque l'*Aperçu de pays* s'appuie sur des documents existants, les références ont été indiquées. Les informations et recommandations des parties prenantes des pays sur l'application du cycle de réforme ont servi non seulement à valider le cadre, mais aussi à mettre en évidence les façons dont celui-ci peut permettre de retracer de récits efficaces de réformes, et d'accélérer les efforts d'élaboration de politiques et de plaidoyer en faveur des systèmes de santé communautaire.

Ces récits révèlent des possibilités d'accélérer la priorisation des programmes d'agents de santé communautaire ainsi que des stratégies de soins de santé primaires pour faire avancer les objectifs visant à atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU). Au cours des consultations, de nombreuses parties prenantes des pays ont fourni des commentaires judicieux sur les applications du cycle de réforme, soulignant notamment que le cadre a permis d'identifier une approche susceptible d'accélérer l'établissement des politiques et le plaidoyer en faveur des systèmes de santé communautaire.

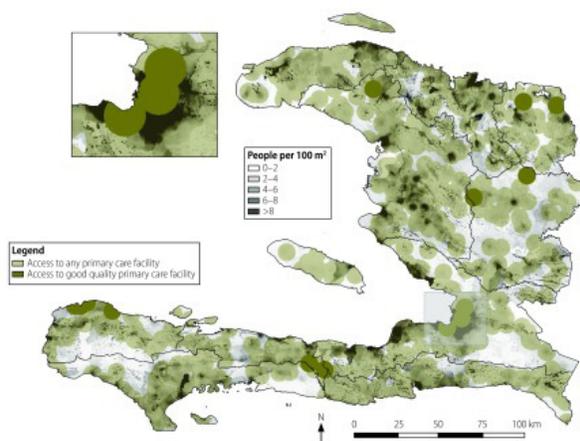
# Paysages des politiques et du plaidoyer de santé communautaire en Haïti

Le droit à la santé est inscrit dans la Constitution haïtienne. En 2012, le Ministère de la santé publique et de la population (MSPP) a présenté une Politique nationale de santé qui s'engage à atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU). Pourtant, de nombreux obstacles se dressent sur la voie vers la réalisation de ces objectifs.

En effet, les résultats sanitaires en Haïti restent faibles à bien des égards, bien qu'il y ait eu des améliorations au cours des quatre dernières décennies. Dans les projets et programmes mis en œuvre depuis les années 1980, Haïti a servi de modèle de santé communautaire avec des bases de programmation précoces. Le Gouvernement, les responsables de la mise en œuvre et les bailleurs de fonds se sont réunis pendant les moments clés de réforme, concevant et intégrant des améliorations et des adaptations aux services de santé communautaire en Haïti.

## Accessibilité sanitaire et résultats

Aujourd'hui, Haïti compte 11,4 millions d'habitantes<sup>3</sup>, soit une population similaire à celle de pays comme Cuba ou la Belgique, et une densité de population comparable à celle de l'Inde<sup>4</sup>. Plus de 6 millions d'haïtiennes et d'haïtiens (soit près de la moitié de la population) vivent sous le seuil de pauvreté national<sup>5</sup>. La couverture des services de santé primaires reste faible en Haïti, contrairement à d'autres pays à faible revenu, et malgré les progrès significatifs réalisés sur les principaux résultats sanitaires au cours des décennies qui ont suivi les années 1990. Bien qu'environ 91 % de la population vive à moins de cinq kilomètres d'un



Cartographie de l'accessibilité géographique à des structures de soins dispensant des soins de santé primaires de qualité, Haïti, 2013.

Source : Gage AD, Leslie HH, Bitton A, et al. using Data from the GADM spatial database, Service Provision Assessment Survey and WorldPop population density.

établissement de soins de santé primaires, on estime que seulement 23 % de l'ensemble de la population, dont seulement 5 % de la population rurale, a accès à des soins primaires de qualité<sup>6</sup>. Les inégalités économiques coïncident également avec les inégalités en matière de santé. Par exemple, les accouchements dans des établissements de santé étaient huit fois plus fréquents (76 %) pour le quintile de richesse le plus élevé que pour le quintile le plus bas (9 %)<sup>6</sup>. La moyenne des pays à revenu faible ou intermédiaire pour les accouchements en établissement est de 70,5 %, mais en Haïti, pour l'année 2012, la couverture des accouchements en établissement n'était que de 37 %<sup>7</sup>. En 2018, le rapport sur l'indice du capital humain de la Banque mondiale a estimé que les enfants nés aujourd'hui en Haïti ne seront productifs qu'à hauteur de 45 % au cours de leur vie qu'ils pourraient l'être s'ils bénéficiaient d'une éducation complète et d'une santé optimale<sup>8</sup>. En outre, l'espérance de vie moyenne à la naissance est de

<sup>i</sup> La bonne qualité a été évaluée en fonction de : (i) accessibilité des soins (financière, géographique, rapidité) ; (ii) prestation efficace des services (sécurité, confiance et respect, compétence, motivation) ; (iii) gestion et organisation (utilisation du système d'information, suivi et amélioration de la qualité) ; et (iv) fonctions des soins primaires (exhaustivité, continuité, accessibilité au premier contact).

TABLEAU 1 : Indicateurs de santé en Haïti

INDICATEURS	2005-2006 (DHS) <sup>11</sup>	2012-2013 (DHS) <sup>12</sup>	2016-2017 (DHS) <sup>13</sup>
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	57	59	32
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	86	88	81
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	630	-	532
Taux de couverture des enfants complètement vaccinés	41.3%	45.2%	41.5%
Taux de couverture des enfants souffrant de diarrhées traitées avec des SRO	40.3%	52.95%	39.3%
Besoins non satisfaits en matière de planification familiale chez les femmes mariées (%)	38%	35%	38%
Taux de couverture des accouchements en présence d'un personnel qualifié	26%	37%	42%
Femmes enceintes qui assistent à au moins 4 CPN (%)	54%	67%	67%

63,5 ans<sup>9</sup>. Les principales causes de décès en Haïti sont les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les infections des voies respiratoires inférieures, les troubles néonataux, les accidents de la route, le diabète, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)/syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et les maladies diarrhéiques<sup>10</sup>. Un système de santé primaire solide pourrait contribuer de manière significative à la prévention et au traitement de presque toutes ces maladies. Le tableau 1 montre la faible couverture des services de santé primaires.

Le tremblement de terre dévastateur de 2010, au cours duquel 300 000 personnes ont perdu la vie<sup>14</sup> et 30 hôpitaux ont été gravement endommagés ou détruits<sup>15</sup>, a mis le pays à rude épreuve. On estime que ce tremblement de terre a causé entre 7,8 et 8,5 milliards de dollars de dommages<sup>16</sup>. 9 000 autres personnes sont décédées lors de l'épidémie de choléra qui a suivi le tremblement de terre, après que les intervenants internationaux aient introduit la maladie en Haïti<sup>17</sup>. Étant donné l'ampleur des dommages causés aux infrastructures et au système de santé du pays, il n'est pas surprenant que les indicateurs de santé aient été affectés, notamment par une augmentation

de la mortalité infantile et de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Cependant, l'afflux de ressources d'aides d'urgence a également donné un coup de fouet à certains indicateurs, comme le nombre d'enfants complètement vaccinés. L'épidémie de choléra s'est également accompagnée d'une augmentation du nombre d'enfants souffrants de diarrhées traitées avec des sels de réhydratation orale (SRO). Dans l'ensemble, si des améliorations ont été constatées au fil des ans, les progrès ont souvent été lents et il reste encore beaucoup à faire pour améliorer les indicateurs nationaux de santé.

## FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Le financement des soins de santé par le Gouvernement haïtien, qui est essentiel à la viabilité et à la responsabilisation du système de santé, ne représente encore qu'une faible part des dépenses totales de santé du pays. De nombreux services essentiels sont fournis par des financements extérieurs. Cependant, le financement international des soins de santé a diminué d'environ 45 % entre 2011 et 2017 (passant de 48,75 à 26,85 dollars par habitante)<sup>18</sup>. Le système de santé haïtien est nettement sous-financé par rapport à ses voisins de la région

d'Amérique latine et des Caraïbes, qui disposent d'une dépense totale de santé moyenne par habitante de 1 113 dollars, contre seulement 131 dollars en Haïti<sup>7</sup>.

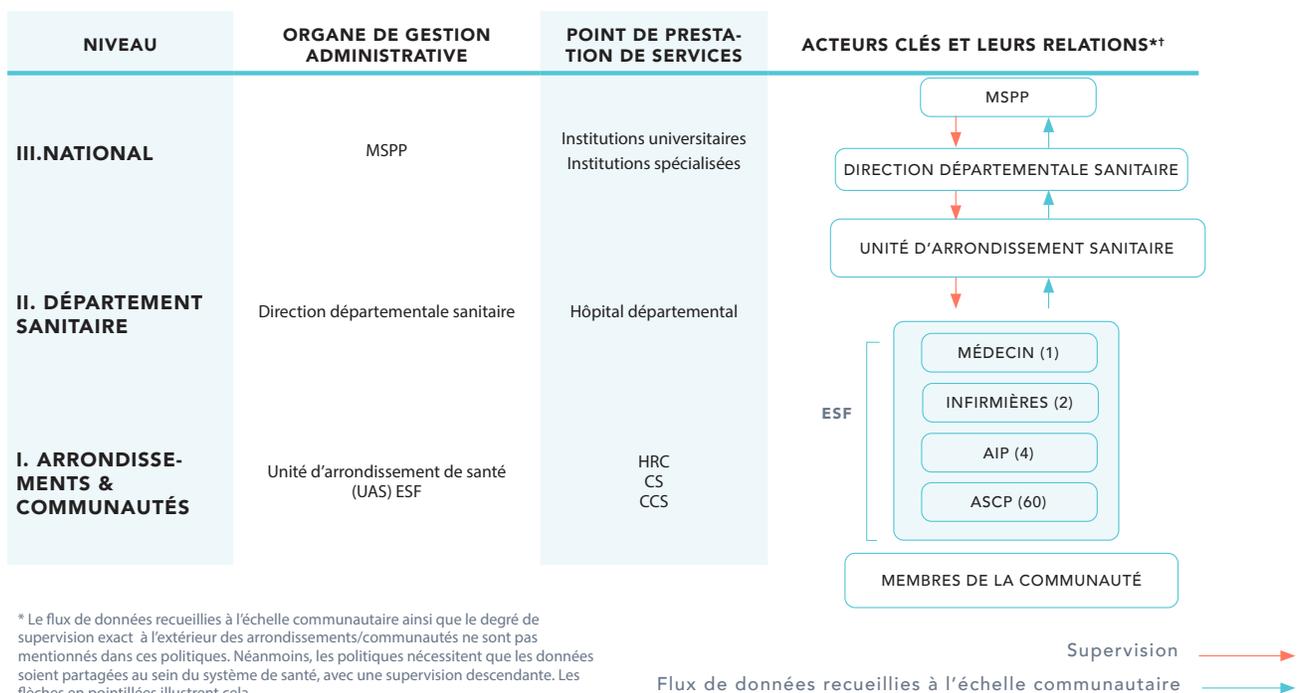
Non seulement le système de santé haïtien est sous-financé, mais les ressources ne sont pas non plus allouées de manière à obtenir un résultat maximal. En conséquence, le système de santé offre un faible rapport qualité-prix. Haïti dépense plus pour la santé que les autres pays à faible revenu (131 dollars de dépenses totales de santé par habitante contre 93 dollars), mais obtient des résultats identiques voire inférieurs. Des pays comme le Rwanda et l'Érythrée dépensent moins en soins de santé par habitante (respectivement 125 dollars et 51 dollars) mais obtiennent des taux de mortalité maternelle et infantile identiques voire inférieurs. Cette sous-performance du système de santé est en partie liée au fait que les soins curatifs sont privilégiés au dépend des soins préventifs<sup>19</sup>. L'impact du faible investissement dans les soins primaires sur la population haïtienne est frappant, comme le montrent le taux de mortalité maternelle relativement élevé, l'espérance de vie des 65 ans ainsi que d'autres indicateurs.

Il est démontré que les programmes d'agents de santé communautaires permettent de combler efficacement le fossé entre les populations et le système de santé, même dans des contextes où les ressources sont limitées. Une étude réalisée en 2019 en Haïti a observé que « les ménages étaient moins susceptibles de supporter de lourdes dépenses de santé lorsqu'ils avaient accès aux soins des agents de santé communautaires que lorsqu'ils recevaient des soins d'autres types de prestataires, y compris des établissements de santé publics et privés »<sup>20</sup>. Mais, dans un contexte de fragmentation des organisations non gouvernementales (ONG) et des bailleurs de fonds, et de mobilisation insuffisante des ressources, le chemin vers une santé communautaire mise en place à l'échelle nationale a été difficile.

## Aperçu du système de santé communautaire en Haïti

Au total, il existe au moins 1 033 établissements de santé en Haïti, comprenant des hôpitaux

FIGURE 1 : Structure du système de santé en Haïti



universitaires, des centres spécialisés, des hôpitaux de district, des centres communautaires de santé (CCS) et des dispensaires, dont 34 % sont publics, 47 % privés et 18 % mixtes<sup>21</sup>. Aujourd'hui, la Politique nationale de santé en Haïti et le Plan stratégique national de santé communautaire offrent une vision unifiée et uniformisée de la coordination du système de santé et du rôle des agents de santé communautaire dans ce système. La santé communautaire joue un rôle essentiel dans la mise à disposition des services de santé aux personnes les plus difficiles à atteindre, afin que toutes et tous puissent accéder aux soins dont elles/ils ont besoin. Ainsi, la santé communautaire est essentielle pour atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU) auquel aspirent Haïti et le monde entier.

Comme le montre la figure 1, le système de santé haïtien est divisé en trois niveaux : national, département sanitaire, arrondissements et communautés.

**Au niveau national (niveau le plus élevé)**, l'organe administratif national de gestion est le Ministère de la santé publique et de la population (MSPP). Les services tertiaires sont fournis par cinq institutions hospitalières universitaires et trois institutions spécialisés<sup>22</sup>.

**Au niveau du département sanitaire (niveau intermédiaire)**, la Direction départementale sanitaire est l'organe administratif de gestion. Chacune des 10 divisions géographiques, appelées départements, dispose d'un hôpital dédié (hôpital de référence). Près de la moitié des établissements de santé en Haïti sont concentrés autour de l'agglomération de Port-Au-Prince, alors que 65 % de la population vit à l'extérieur de cette région<sup>22</sup>. Il est essentiel de veiller à ce que chaque département dispose d'au moins un hôpital, car l'insuffisance des infrastructures routières peut gravement entraver les déplacements et l'accès aux soins. Les hôpitaux sont répartis stratégiquement par le MSPP entre les départements afin de contrecarrer la consolidation des services de santé dans la capitale<sup>23</sup>.

En plus des hôpitaux de chacun des 10 départements sanitaires, le MSPP a créé en

2012 des Unités d'arrondissement de santé (UAS), une pour chacun des 42 districts du pays. Bien que cette nouvelle subdivision contribue à promouvoir une diffusion plus équitable des soins de santé dans tout le pays, les UAS n'ont pas toutes la même capacité à remplir leur mandat, principalement en raison du manque de ressources humaines<sup>22</sup>.

**Au niveau du district et de la communauté (ou niveau primaire)** du système de santé, selon le Plan stratégique national de santé communautaire, les unités d'arrondissement de santé (UAS) coordonnent les équipes de santé familiale (ESF). Chacune est composée d'un médecin, de deux infirmiers gestionnaires, de quatre auxiliaires-infirmiers polyvalents (AIP) et de 30 agents de santé communautaire polyvalents (ASCP). Ensemble, chaque équipe de santé familiale couvre une population de 60 000 personnes. L'ESF illustre la coordination des services afin de fournir des services de santé essentiels au plus grand nombre de personnes, et de diagnostiquer et référer efficacement les patient·e·s vers le haut et le bas du système de santé en fonction de leurs besoins. Plusieurs programmes en Haïti ont déployé des agents de santé communautaires pour fournir des services de santé, et ils ont été efficaces pour améliorer les résultats de santé<sup>7,24,25,26</sup>. Maintenant, alors que le Gouvernement s'efforce d'étendre systématiquement les services de soins de santé primaires à l'ensemble de la population afin d'atteindre la CSU, le MSPP a incorporé les ASCP dans le système des ESF. La conception de l'ESF permet non seulement de tirer parti de la capacité des ASCP à fournir des soins communautaires, mais aussi de mettre en relation les ASCP aux superviseurs et de les intégrer dans le système de santé plus large, renforçant ainsi la continuité des soins.

Les points de prestation de services pour le niveau primaire de soins en Haïti sont les centres communautaires de santé (CCS) et les dispensaires. Ces points de prestation servent de centre à l'ESF. À ce niveau, nous disposons également d'un conseil de santé communautaire (CSC), composé de membres bénévoles influents de la communauté qui contribuent à garantir que le système de santé

tienne compte des déterminants sanitaires locaux.

A l'heure actuelle, la réalité ne correspond pas complètement au Plan stratégique national de santé communautaire défini par le MSPP. En effet, selon un recensement récent, il y en a environ 5 210 ASC au niveau national ; parmi eux, 1 000 sont financés par le MSPP<sup>27</sup>. Cinquante agences différentes dans le pays (pour la plupart des programmes différents de bailleurs de fonds/ONG) financent les programmes d'agents de santé communautaire en Haïti. Cette division suit la combinaison de services de santé publics, privés et mixtes dans le reste du système de santé.

Sur l'ensemble des ASC du pays, trois quarts sont des ASCP, tels que définis par le MSPP. Les 1 343 ASC restants sont financés par des organisations internationales et se spécialisent dans des pathologies particulières comme le paludisme, la tuberculose ou le VIH. Tous les programmes de santé communautaire en Haïti sont censés suivre le Plan stratégique national de santé communautaire du MSPP. Cependant, dans la pratique, certaines agences chargées de la mise en œuvre ne sont pas d'accord avec le MSPP sur certaines tâches ou protocoles, ce qui entraîne une fragmentation des modalités opérationnelles des différents programmes de santé communautaire. Souvent, les programmes de santé communautaire qui ne suivent pas le Plan stratégique national de santé communautaire sont financièrement liés à des interventions verticalisées pour des maladies ou pathologies spécifiques. Certains grands bailleurs de fonds sont intéressés par une approche mixte où un pourcentage du temps d'un ASC serait dédié aux activités décrites dans le Plan stratégique national de santé communautaire. Cependant, le pourcentage de temps n'a pas encore été précisé, ce qui soulève des questions quant à l'efficacité de cette approche<sup>27</sup>. Actuellement, la fragmentation et les différences dans la mise en œuvre persistent. En renforçant la collaboration entre les différents niveaux du système de santé, Haïti peut réduire cette fragmentation et améliorer le rapport coût-efficacité de ses investissements dans son système de santé, soutenant ainsi les efforts pour atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU).

Dans l'ensemble, les soins curatifs représentent

54 % des dépenses totales de santé en Haïti, contre seulement 19 % pour les soins préventifs. Le nombre d'hôpitaux dépasse les normes du MSPP, tandis que le nombre de dispensaires au niveau des districts et des communautés reste inférieur aux normes fixées par le MSPP<sup>27</sup>. Cependant, les services tertiaires doivent encore être renforcés. Dans l'ensemble des hôpitaux et des centres de santé du pays, il est nécessaire en effet d'augmenter le nombre de lits en soins intensifs, la capacité de ventiler manuellement une patiente et la formation des médecins et des infirmières aux soins intensifs et d'urgence<sup>28</sup>. Il est important de retirer les leçons des pourcentages d'allocation financières, tout en se rappelant que la proportion globale reste modeste et est mise en œuvre de manière inefficace pour répondre aux besoins du peuple haïtien.

La force de la vision d'une couverture sanitaire universelle (CSU) repose sur son approche globale du renforcement du système de santé, du niveau national au niveau du district et de la communauté. La santé communautaire est un mécanisme puissant et sous-exploité pour améliorer les résultats sanitaires, en particulier chez les plus exclus, mais doit être envisagée de manière holistique : les soins tertiaires, secondaires et primaires doivent être intégré et se compléter mutuellement pour un résultat maximal.

## Les bases de la réforme de la santé communautaire

Pour comprendre les fondements de la réforme de la santé communautaire en Haïti, il est important de passer en revue les fondements souvent négligés de la Nation elle-même. En 1804, les esclaves africains et les personnes d'origine africaine ont renversé le régime colonial français, donnant ainsi aux haïtiennes et haïtiens la liberté de s'autogouverner et le droit à la santé, devenant ainsi la deuxième République d'Occident. C'est la seule révolution d'esclaves à avoir donné naissance à une Nation souveraine. Cependant, la lutte pour la reconnaissance par les puissances mondiales était loin d'être terminée. De nombreux pères fondateurs

des États-Unis, dont les Présidents Thomas Jefferson, James Madison et James Monroe, ont refusé de reconnaître l'indépendance d'Haïti. Lors de débats au Sénat américain dans les années 1820, le sénateur Robert Haynes a déclaré : « Notre politique à l'égard d'Haïti est claire : nous ne pourrions jamais reconnaître son indépendance »<sup>29</sup>. Afin de faire reconnaître sa souveraineté aux yeux de la France et d'autres puissances mondiales, et dans l'intérêt des relations économiques et commerciales, la jeune Nation a accepté de payer à la France l'équivalent des 21 milliards de dollars actuels pour dédommager les anciens propriétaires de plantations pour la perte de leurs biens (les terres et personnes réduites en esclavage). La Nation haïtienne a payé cette dette au cours du siècle suivante<sup>29</sup>. On peut débattre sur ce que cette somme, si elle avait été investie dans le pays dès la fondation de la Nation, aurait pu apporter à Haïti. La stabilité politique a souvent été mise à mal au cours des deux siècles qui ont suivi. De plus, privée du climat maritime dont jouit la République dominicaine de l'autre côté de l'île, victime d'une déforestation importante et située à la fois dans une zone propice aux ouragans et sur une ligne de faille sismique, Haïti a dû faire face à des obstacles exceptionnels.

Malgré ces défis importants, Haïti n'a jamais fait une croix sur son identité en tant que berceau de la liberté pour tous les peuples, gagnée par les haïtiens eux-mêmes. L'esprit d'indépendance, la persévérance, la fraternité avec ses concitoyens et la croyance dans le droit aux soins de santé pour toutes et tous s'expriment avec force dans le fait qu'Haïti a été l'un des premiers pays au monde à mettre en œuvre des programmes de santé communautaire.

## LES BASES DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE EN HAÏTI

Dans les années 1980, comme dans de nombreux pays, la tuberculose (TB) était l'une des principales causes de décès en Haïti. Cette menace était aggravée par la nouvelle épidémie de virus de l'immunodéficience humaine (VIH)/syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Ces deux maladies nécessitaient un traitement complexe et un suivi régulier pour parvenir à réduire la

morbidité et la mortalité. Des responsables de la mise en œuvre novateurs comme Zanmi Lasante ont découvert que lorsque les membres de la communauté bénéficient d'une éducation sanitaire de base et sont employés pour assurer la continuité des soins, ils pouvaient très efficacement améliorer les résultats des patient·e·s, même parmi les personnes pauvres vivant dans des endroits reculés et disposant de faibles infrastructures<sup>30</sup>.

Zanmi Lasante, organisation sœur de Partners in Health (PIH) en Haïti, a été fondée au début des années 1980 pour servir la communauté rurale de Cange. Aujourd'hui, Zanmi Lasante fournit des services de santé dans tout le Plateau Central et le sud d'Artibonite. Après le Gouvernement national, Zanmi Lasante est le plus grand fournisseur de soins de santé en Haïti<sup>31</sup> et travaille en étroite collaboration avec le MSPP depuis des décennies. Servant plus de 1,3 million de personnes, l'organisation fournit des soins primaires, des soins maternels et infantiles, des services de lutte contre le VIH et la tuberculose, ainsi que des soins secondaires et tertiaires plus élaborés<sup>31</sup>.

En 1991, Zanmi Lasante a mené un projet explorant l'efficacité d'un traitement contre la tuberculose qui était efficace dans les pays disposant de davantage d'infrastructures. Ces projets sont largement appuyés par des visites quotidiennes par des agents de santé communautaires (appelés accompagnateurs) pour un suivi étroit des patientes, utilisant une thérapie sous observation directe avec un traitement antirétroviral hautement actif (TAHA). Les résultats du projet des accompagnateurs étaient aussi encourageants que ceux d'un traitement contemporain comprenant un séjour de deux mois à l'hôpital. Les résultats suggèrent que dans les contextes d'extrême pauvreté, lorsque les soins hospitaliers ne sont pas disponibles, même pour les personnes gravement malades, un traitement de qualité reste possible. L'étude a également reconnu la relation complexe entre la tuberculose et le VIH.

En 2000, le SIDA avait dépassé la tuberculose en tant que première cause infectieuse de décès chez les adultes dans le monde. Prenant en considération les leçons tirées de la lutte contre la tuberculose, Zanmi Lasante a piloté un

programme visant à fournir aux patient·e·s une traitement antirétroviral hautement actif (TAHA). Le modèle impliquait le soutien d'agents de santé communautaires (appelés accompagnateurs), car ils accompagnaient leurs patientes tous les jours avec une thérapie sous observation directe. La thérapie antirétrovirale a permis de réduire considérablement la mortalité dans les pays riches, mais jusqu'alors, le coût des médicaments et le manque d'infrastructures nécessaires faisaient que cette thérapie n'était pas largement utilisée dans les pays pauvres. L'étude pilote de Zanmi Lasante a révélé une réponse clinique favorable au traitement chez 59 sur 60 patientes. L'étude a également permis de réduire les discriminations liées au SIDA, d'améliorer le moral du personnel de santé et d'augmenter de 300 % la participation volontaire au dépistage du VIH et à l'utilisation de conseils de santé<sup>24</sup>. Lorsque les individus ont la certitude de pouvoir recevoir un traitement efficace, ils sont plus enclins à rechercher des soins qui contribuent à prévenir, détecter et lutter contre le VIH/SIDA.

Les résultats de cette étude constituent un solide contre-argument aux plus sceptiques quant à la santé communautaire, qui invoquent souvent le manque de motivation des personnels de santé, la faible rétention du personnel, le pouvoir de la discrimination culturelle à l'égard des épidémies et l'absence de changement de comportement comme arguments pour dire qu'une communauté n'est pas encore prête à recevoir des investissements. L'étude a toutefois démontré que les personnes font preuve de discernement quant aux options qui s'offrent à elles. Lorsque des soins de qualité sont disponibles, par exemple par l'intermédiaire d'agents de santé communautaires, ils peuvent générer un réel espoir dans les communautés mal desservies, ce qui peut motiver l'action et le changement de comportement.

Au cours des dernières décennies, Zanmi Lasante et d'autres organisations en Haïti ont développé différents groupes d'agents de santé communautaires, notamment des agents de santé, des agents de santé des femmes, des accompagnateurs, des moniteurs pour adolescents, des accoucheuses traditionnelles et des agents agricoles<sup>32</sup>. Ces différents cadres ont contribué à

divers projets visant à améliorer les résultats de santé dans tout le pays. Dès 1984, les agents de santé communautaires ont contribué à l'accès aux soins en Haïti<sup>33</sup>. Le recrutement d'agents de santé communautaires a d'abord été motivé par la nécessité de traiter la tuberculose, puis le VIH, qui exigeaient une adhésion quotidienne et de longue durée aux traitements. Au fil du temps, les responsables de la mise en œuvre de la santé communautaire ont piloté la délivrance par la communauté de services de santé supplémentaires, en ajoutant progressivement de nouveaux cadres de santé communautaire ou en élargissant le paquet de services pour les agents de santé communautaire existants. En fin de compte, les agents de santé communautaire en sont venus à représenter une part importante des services de soins de santé primaires.

Étant donné la multiplication de programmes de santé communautaire réussis, il est peut-être surprenant qu'Haïti n'ait pas immédiatement réussi à développer un système de santé communautaire national et uniformisé. Cependant, la faisabilité de ce projet a été sévèrement limitée par un plusieurs troubles politiques et catastrophes naturelles. De plus, des problèmes permanents tels que la déforestation et le coût élevé des produits importés, comme les produits alimentaires de base, ont continué à fragiliser les acquis en matière de santé et à aggraver les crises de courte durée. Le Gouvernement haïtien étant constamment en mode réponse face à ces ruptures, le MSPP a dû faire face à des défis majeurs pour investir dans le travail initial de construction et de renforcement sur le long terme de son système de santé.

## AVANCÉES EN MATIÈRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE AU COURS DES ANNÉES 2000

En 2002, le succès des programmes de traitement du VIH en Haïti a été reconnu par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. La subvention de 24,7 millions de dollars accordée par le Fonds mondial à Haïti était la première accordée à un pays des Caraïbes ou d'Amérique latine, et a spécifiquement reconnu « une approche pionnière s'appuyant sur les membres de la communauté pour promouvoir

l'adhésion aux traitements »<sup>34</sup>. Il s'agissait d'une collaboration historique et d'une reconnaissance précoce de la plus-value des agents de santé communautaires en Haïti et dans le monde.

Dans un effort de décentralisation des services en 2004, le MSPP a lancé le Plan Stratégique national pour la réforme du secteur de la santé. Bien que le Plan ne reconnaisse pas officiellement les agents de santé communautaires dans le système de santé national, il a pris des mesures pour étendre la structure nationale des soins de santé au niveau communautaire en introduisant des unités de santé communautaires. En tant que précurseur des unités d'arrondissement de santé (UAS), les unités de santé communautaire avaient pour mandat de garantir la fourniture de services de santé de base en gérant les installations de niveau primaire<sup>35</sup>. Malheureusement, le modèle d'unité de santé communautaire n'a pas été appliqué uniformément dans tout le pays, certaines zones étant confrontées à des défis, notamment le manque de volonté politique et de ressources pour créer et maintenir les installations.

Un paquet de services de base a été défini pour la première fois dans le Plan stratégique national pour la réforme du secteur de la santé de 2004, puis révisé en 2006. En 2010, Haïti avait défini un paquet de services essentiels (PES) ainsi qu'une liste de services de niveau secondaire<sup>35</sup>. Le Gouvernement haïtien a pris des mesures pour clarifier le rôle que le système national de santé fournit ou aspire à fournir dans la poursuite de soins plus efficaces. Les agents de santé communautaires ne fournissaient pas officiellement les PES en 2010, mais ils ne tarderaient pas à être intégrés dans le plan stratégique du système national. L'annexe 1 comprends un tableau des documents et ressources clés relatifs à la santé communautaire en Haïti.

## LE TREMBLEMENT DE TERRE DE 2010

Le 10 janvier 2010, la capitale d'Haïti, où vivait un quart de la population<sup>36</sup>, a été frappée par un important tremblement de terre, qui a tué plus de 300 000 personnes et déplacé 10 % de la population. Plus de la moitié des hôpitaux du pays (61 %) ont été détruits ou gravement

endommagés<sup>ii</sup>. Des bâtiments stratégiques, tels que le Palais présidentiel, le Parlement, le Ministère de la santé et d'autres Ministères, se sont effondrés. De nombreux fonctionnaires, professionnels de la santé et étudiants ont succombés lors de l'effondrement de ces bâtiments. Des documents publics ont été perdus. Les dommages et pertes économiques sont estimés à 8 millions de dollars (au moins 120 % du produit intérieur brut de 2009). Une épidémie de choléra a suivi, se propageant par le biais d'un mauvais drainage des eaux usées d'une base où étaient postés des casques bleus de l'Organisation des Nations Unies (ONU), en réponse au tremblement de terre<sup>17</sup>. L'épidémie de choléra a tué plus de 9 000 personnes et en a rendu plus de 340 000 autres malades. Ensemble, le tremblement de terre et l'épidémie ont eu un effet dévastateur sur l'ensemble du système de santé. La santé communautaire s'est avérée être un élément important de la réponse sanitaire d'urgence et à long terme.

Plusieurs projets d'agents de santé communautaires ont été lancés immédiatement après le tremblement de terre. Les agents de santé communautaires représentaient déjà près de la moitié des employés de Zanmi Lasante, et l'organisation en a embauché des dizaines d'autres pour fournir des soins dans les campements où les populations vivaient après le séisme<sup>37</sup>. Le MSPP a commencé à élaborer le cadre d'un modèle national d'ASCP intégré aux équipes de santé familiale (ESF). L'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) a joué un rôle de premier plan dans le pilotage de ce modèle dans la commune de Carrefour, qui avait été particulièrement touchée en raison de sa proximité avec l'épicentre du tremblement de terre<sup>22</sup>. Dans le cadre de sa réponse à l'épidémie de choléra, les Centres américains de contrôle et prévention des maladies (CDC) ont méthodiquement distribué du matériel pédagogique sur le choléra à 1 000 agents de santé communautaires<sup>38</sup>.

Le tremblement de terre a incité de nombreuses personnes à parler de « reconstruire Haïti en mieux », et de fait, certaines réformes majeures ont suivi. En 2011, le MSPP a fait des agents de santé communautaires un cadre national, et des

ii Huit hôpitaux ont été détruits et 22 ont été sérieusement endommagés<sup>16</sup>. D'après l'OPS, il y avait 49 hôpitaux dans tout le pays avant le tremblement de terre<sup>17</sup>.

politiques nationales actualisées ont suivi au cours des années suivantes. Si ces politiques, en plus des projets de reconstruction physique, ont représenté un progrès important pour Haïti, le tremblement de terre a aussi considérablement exacerbé les charges de coordination existantes entre les parties prenantes et les acteurs. Avant que le monde ne se tourne vers Haïti à la suite du tremblement de terre, le pays comptait déjà plus d'ONG par habitant·e que n'importe quel autre pays, plus de 10 000 organisations pour une population de 10 millions d'habitantes<sup>39</sup>. Après le tremblement de terre, des centaines d'acteurs (y compris un afflux d'organisations nouvellement arrivées) se sont engagés pour soutenir la reconstruction d'Haïti. La coordination entre les ONG internationales et haïtiennes locales a toujours été difficile, et ces problèmes ont été exacerbés pendant les efforts de reconstruction. Les réunions de coordination pour la réponse au tremblement de terre organisées par l'ONU se sont tenues en anglais, et non en français ou en créole haïtien (les deux langues nationales d'Haïti). Lorsqu'un comité directeur a été créé pour la coordination des ONG, 60 organisations internationales ont voté. Cependant, comme aucune ONG locale n'était présente, les haïtiennes et haïtiens n'ont pas été représentés lors du vote ou au sein du comité directeur<sup>40</sup>. L'exclusion structurelle des réunions de coordination signifiait que les ONG locales n'étaient pas en mesure de participer de manière égale à la réponse au tremblement de terre. Cette exclusion les a également empêchées de contribuer à la conception de systèmes post-séisme « reconstruire en mieux », discutés lors de ces réunions. Les problèmes de coordination et de collaboration ont continué à entraver la réforme de la santé communautaire.

Avec le temps, la réponse à la catastrophe naturelle s'est calmée et les grands efforts de reconstruction ont démarré, notamment la reconstruction physique du MSPP<sup>41</sup> et la construction d'un nouvel hôpital universitaire à l'extérieur de Port-Au-Prince. Les parties prenantes ont reconnu l'importance du moment pour donner la priorité à l'institutionnalisation de la santé communautaire dans le système de santé national.

## AVANCÉES POLITIQUES DE 2011 JUSQU'EN 2016

Pendant les cinq années qui ont suivi le tremblement de terre, Haïti a connu une réforme sans précédent de la santé communautaire, avec la nationalisation d'un cadre unifié d'agents de santé communautaire. En 2011, le MSPP a révisé le paquet de services de base au sein d'un Paquet Minimum des Services (PMS) fournissant un paquet essentiel de services de santé le plus complet d'Haïti à ce jour. La même année, le MSPP a publié la « Formation de l'Agent de Santé Communautaire Polyvalent : Cahier d'Élève », qui a été suivi d'un manuel d'accompagnement et d'un manuel de l'instructeur en 2012<sup>42</sup>. Ces textes ont défini le rôle et le travail des ASCP, par rapport à tout autre agent de santé communautaire régional ou programmatique qui les avait précédés.

Le cahier d'exercices pour les ASCP et les manuels ont été créés en collaboration avec les Ministères de la santé de Cuba et du Brésil dans le cadre des engagements pris par les deux pays pour la reconstruction après le tremblement de terre.

Dans la continuité de la réforme du système national de santé, le MSPP a également publié la Politique Nationale de Santé (PNS) en 2012 et le Plan Directeur de Santé 2012-2022 en 2013. Ces deux documents incluent les ASCP et les positionnent dans leurs ESF au sein de la structure du système national de santé. Cependant, ces ressources et politiques n'incluaient pas de plans opérationnels chiffrés ni de recommandations pour la mise en œuvre.

Les parties prenantes ont rapidement reconnu les problèmes autour de la mise en œuvre et du financement du cadre national des ASCP en Haïti, et en 2015, le MSPP a publié l'Organisation des Soins de Santé Communautaire. Il s'agissait de la première politique nationale de santé communautaire à inclure un plan chiffré pour le programme des ASCP. En 2015, le MSPP a également mis à jour le paquet de services de base au sein du Manuel du Paquet Essentiel de Services (voir l'annexe 1 qui comprend un tableau des principaux documents de politique et ressources pertinentes pour la santé communautaire en Haïti).

# Les défis de l'institutionnalisation en Haïti

Lancé à la suite du tremblement de terre de 2010, le cycle de réforme de la santé communautaire a produit des résultats marquants, notamment la création d'un cadre de santé communautaire unifié en 2011 ainsi que des réformes politiques en 2012, 2013 et 2015. Ces étapes ont représenté des réalisations majeures dans l'avancement de la santé communautaire en Haïti, mais en 2016, les progrès restaient toujours au point mort. Le plan de santé communautaire du MSPP n'a pas encore été mis en œuvre à l'échelle du pays.

Le cycle de réforme est un cadre utile pour analyser les progrès et les défis qu'entreprend d'Haïti vers l'institutionnalisation de la santé communautaire de 2010 à aujourd'hui.



## PRIORISATION DES PROBLÈMES ET CRÉATION DE COALITIONS

Alors qu'Haïti reconstruisait et renforçait son système de santé après le tremblement de terre dévastateur de 2010, le Gouvernement a reconnu que la faiblesse des infrastructures de son système de santé, l'insuffisance en personnels de santé et le manque de soins de santé primaires de qualité étaient à l'origine de certains des pires résultats sanitaires en Occident<sup>33</sup>. Le MSPP et ses partenaires ont donc donné la priorité à ces problèmes et se sont engagés à créer un cadre national unifié pour étendre les services de santé essentiels dans le pays.

La création de coalitions est reconnue comme une étape essentielle de la réforme des systèmes de santé communautaires, et elle est également liée à l'objectif 17 des Objectifs de développement durable (ODD) : « Renforcer les moyens de mettre en œuvre le Partenariat mondial pour

le développement et le revitaliser »<sup>43</sup>. Lorsque la priorisation des problèmes et la création de coalitions sont optimales, l'identification commune d'un problème impérieux au moment opportun génère une coalition gagnante. Si un tel groupe puissamment aligné est soigneusement construit et entretenu par ses membres, ils relient le problème prioritaire aux bons acteurs pour pousser le système de santé à changer. Cette boucle vertueuse peut être engagée à toutes les étapes de la réforme. Haïti dispose d'un grand nombre d'acteurs de mise en œuvre internationaux et locaux, de bailleurs de fonds et de fonctionnaires engagés, mais la création de coalitions fortes dans le domaine de la santé communautaire a été difficile.



## FRAGMENTATION

La création de coalitions en Haïti a été confrontée à des défis majeurs, avec de faibles niveaux d'engagement entre les ONG. Une recherche par méthodes mixtes sur les ONG rurales et de santé maternelle et infantile en 2017<sup>10</sup> a révélé que si un certain niveau de coopération se produisait entre elles, il demeurait relativement faible. Les participantes étaient conscientes qu'une collaboration accrue permettrait d'améliorer non seulement la diffusion des informations et des ressources, mais aussi l'apprentissage auprès d'autres organisations, ainsi que la fourniture de soins aux patientes et l'efficacité. Cependant, ils ont relevé des obstacles à la réalisation de ces avantages, tels que la concurrence entre les ONG, les egos, les limites de posées par les infrastructures, les contraintes de temps, la délinquance et le manque de ressources.

Ces défis persistent. Bien que certaines ONG partagent des informations et qu'un petit nombre d'entre elles partagent des ressources et du matériel, il y a très peu d'efforts conjoints entre elles<sup>44</sup>. Sans réseaux efficaces entre les responsables de la mise en œuvre de la santé communautaire qui permettent une action collective pour la réforme des politiques, il est très difficile pour Haïti de réduire la fragmentation ou de faire progresser l'institutionnalisation de la santé communautaire.

Ce qui est peut-être encore plus inquiétant, c'est la rare collaboration entre les ONG et le Gouvernement haïtien. Au moment même où le MSPP travaillait avec des partenaires des Gouvernements cubain et brésilien pour développer les ASCP en tant que cadre national de santé communautaire, d'autres parties prenantes menaient des recherches pour un programme de formation national sur la santé communautaire en Haïti. Les résultats de ce travail parallèle n'ont pas toujours été partagés et intégrés efficacement. Lorsque cette dissociation a été reconnue, la collaboration et la confiance entre les exécutants et les bailleurs de fonds ont été affaiblies.

Le Gouvernement haïtien s'est souvent trouvé en dehors de la sphère des décisions financières et programmatiques clés prises par les bailleurs de

fonds et les partenaires de mise en œuvre. Deux ans après le tremblement de terre, le Gouvernement haïtien n'avait reçu que 1 % de l'aide humanitaire fournie pour la réponse au tremblement de terre, et entre 15 et 21 % de l'aide de longue durée. Le reste est allé directement aux ONG et aux entrepreneurs privés<sup>45</sup>. Bien que cela soit une obligation, d'après le personnel du Ministère de la planification et de la coopération externe, la majorité des ONG (80-90 %) ne soumettent pas leurs rapports annuels au Gouvernement<sup>39</sup>. De nombreuses autres ONG ne sont d'ailleurs toujours pas enregistrées<sup>44</sup>. Le manque d'inclusion significative du Gouvernement a brouillé les lignes de responsabilité, renforçant les relations verticales entre les ONG et la société civile, excluant le Gouvernement haïtien. Cette dynamique contribue à menacer la légitimité du Gouvernement aux yeux de la population<sup>46</sup>.

## INFLUENCE HISTORIQUE

Si l'on se souvient de la position historique des dirigeants américains lors de la fondation d'Haïti (« ne jamais... reconnaître son indépendance »)<sup>29</sup>, il convient de se demander si les responsables de la mise en œuvre de l'aide et les bailleurs de fonds d'aujourd'hui, qui ne sont pas originaires d'Haïti, ont hérité de cet esprit de non-collaboration et de suprématie. Dans un rapport 2010 de Progressio, une personne déplacée vivant à Belladere, en Haïti, a témoigné anonymement : « Ces organisations internationales devraient nous parler et apprendre ce dont nous avons besoin. Elles économiseront beaucoup d'argent en faisant cela. Le développement devrait être mené par des organisations de terrain, soutenues par la communauté internationale, et non l'inverse ». Colette Lespinasse du Groupe d'Appui aux Rapatriés & Réfugiés (GARR) en Haïti a partagé un point de vue complémentaires : « Si le processus de reconstruction est mené de façon à exclure, et sans consensus ni respect, nous n'éliminerons pas la pauvreté en Haïti. Au contraire, nous ne ferons que renforcer la fragmentation et les divisions dans un processus qui exige un consensus »<sup>47</sup>. Une culture suprémaciste conduit à une allocation inefficace des ressources et davantage de fragmentation, dans la mesure où les connaissances locales sont négligées et où la responsabilité envers la population est

contournée. L'objectif de la couverture sanitaire universelle (CSU) est que chaque personne puisse bénéficier de soins de santé abordables, opportuns et de qualité. Si l'on ne démantèle pas ces inégalités structurelles, le changement systémique vers la CSU peut s'avérer impossible.

## APPEL À L'ACTION

La nécessité de renforcer la coordination dans la pratique, ainsi que le leadership du Gouvernement en matière de coordination, demeure essentielle. Les parties prenantes en Haïti peuvent réaliser de nouveaux progrès dans la création de coalitions et l'institutionnalisation de la santé communautaire en s'appuyant sur les défis et les enseignements tirés à ce jour. Un engagement renouvelé et fort pour se réunir pourrait avoir des conséquences durables importantes pour sauver des vies.



## RECUEIL DE SOLUTIONS

Pour parachever la réforme de la santé communautaire, il faut recueillir les solutions des problèmes prioritaires à partir des capacités, des pratiques, des parties prenantes et des ressources existantes au sein d'un système de santé. En s'efforçant de créer un cadre national unifié d'agents de santé communautaire en 2011, Haïti pouvait s'appuyer sur plusieurs décennies de programmes de santé communautaire.

Le MSPP et d'autres parties prenantes ont reconnu le rôle fructueux des programmes d'agents de santé communautaires, allant des accompagnateurs VIH aux agents de santé des femmes, dans la fourniture de services de soins essentiels de qualité<sup>32,24</sup>. Malgré le succès de ces programmes, il n'y avait pas d'uniformisation entre les programmes ou les organisations de mise en œuvre.

Les éléments incorporés à la stratégie nationale à partir de programmes à plus petite échelle comprennent la supervision de soutien, la formation basée sur les compétences et le versement de salaires pour les agents de santé communautaires et leurs superviseurs. En 2010, les accompagnateurs de Zanmi Lasante, par exemple, faisaient déjà partie d'une hiérarchie de supervision dans les arrondissements où ils travaillaient. La hiérarchie de supervision comprenait le chef

de la commune (ou de l'arrondissement), les infirmières de santé publique, les infirmières du programme VIH ou les travailleurs sociaux, et les accompagnateurs<sup>32</sup>. La supervision comprenait des réunions mensuelles, des sessions de formation continue, ainsi qu'une supervision sur le terrain.

Tous les différents groupes d'agents de santé communautaires de Zanmi Lasante ont reçu une formation initiale spécifique au travail de leur cadre<sup>32</sup>. Les agents de santé des femmes ont été formées à la santé reproductive et au VIH/SIDA ; les moniteurs des adolescents ont été sensibilisés aux questions et aux bonnes pratiques liées à la sexualité ainsi qu'aux infections sexuellement transmissibles (IST) ; et les accoucheuses traditionnelles ont été formées à reconnaître les signes de danger et à référer les parturientes/mères. Les agents de santé ont reçu la formation la plus large afin de fournir des services de santé de base, des vaccinations, une planification familiale et une éducation à l'hygiène, ainsi que des activités spécifiques aux régions où ils travaillent.

Zanmi Lasante payait également tous ses groupes d'agents de santé communautaires en plus d'offrir d'autres avantages sociaux, avant qu'une grille nationale de rémunération n'existe<sup>32</sup>. Les agents de santé et les agents de santé des femmes étaient payés comme des employés à temps plein. Les accompagnateurs étaient considérés comme des employés à temps partiel avec une échelle de rémunération basée sur le nombre de patientes. Les accoucheuses traditionnelles étaient payées pour chaque visite auprès de parturientes, et les moniteurs des adolescents étaient payés à la journée, en plus de voir leurs frais de scolarité pris en charge.

La supervision, la formation et la rémunération constituaient des points qui ont résolu les problèmes de qualité des soins et de motivation des employés, des défis qui avaient été reconnus ailleurs dans la santé communautaire et dans d'autres parties du système de santé en Haïti<sup>6</sup>. Les projets de Zanmi Lasante ont démontré l'efficacité de ces interventions dans les régions où ils ont travaillé<sup>24,32</sup>. Sur la base de ces résultats, les parties prenantes de la santé communautaire ont plaidé pour que la supervision, la formation et

la rémunération soient intégrées dans la politique nationale pour les ASCP.

Dans le même temps, la diversité des engagements des agents de santé communautaires devait être rationalisée afin qu'un seul cadre polyvalent puisse fournir un paquet de services essentiels de santé.

Dans un système national déjà confronté à des problèmes de fragmentation et de coordination, il serait trop difficile de mettre en œuvre toutes les différentes interventions de santé communautaire, quelle que soit leur efficacité. Comme solution, les acteurs de la santé communautaire ont donné la priorité à l'ensemble des services déjà définis par le MSPP et ont identifié des moyens de fournir ces services à un plus grand nombre de personnes en faisant appel à des agents de santé communautaire. Les groupes dépriorisés comprenaient les moniteurs et les agents agricoles (agents agricoli). Ces groupes, ainsi que d'autres, considérés comme moins essentiels au paquet des services de base, n'ont pas été étendus au niveau national.

À la suite du tremblement de terre de 2010, les programmes d'agents de santé communautaires répondant à l'épidémie de choléra ont piloté le modèle d'ASCP du MSPP. Le CDC a créé des manuels de formation au traitement du choléra en français, en créole haïtien et en anglais à l'intention des agents de santé communautaires, les qualifiant de « colonne vertébrale du système de santé dans les zones rurales d'Haïti »<sup>38</sup>. Les manuels ont été diffusés lors de sessions de formation ministérielles, avec des ONG, et lors de formations avec des agents de santé communautaires. Un millier d'agents de santé communautaires ont utilisé les manuels de formation dans les cliniques locales, pour sensibiliser à l'éducation sanitaire et mener des activités de prévention dans les communautés. Parmi les agents de santé communautaires qui ont utilisé les manuels du CDC figurent les ASCP nouvellement recrutés et formés à Carrefour, un arrondissement particulièrement proche de l'épicentre du tremblement de terre. Avec le soutien technique de l'OPS, le modèle pilote d'ASCP que le MSPP a déployé a eu un impact positif mesurable. De 2011 à 2015, la couverture vaccinale des nourrissons est passée de 37 % à 87 %, les consultations de planification familiale

ont augmenté de 20 % et les accouchements en établissements ont augmenté de 16 %<sup>22</sup>.

En 2013, lorsque les anticholériques oraux sont devenus disponibles, les agents de santé communautaires ont participé à la sensibilisation de la communauté et à leur distribution<sup>48</sup>. Ces nouvelles interventions de santé communautaire ont été développées ou lancées en même temps que le développement du programme et de la politique pour les ASCP du MSPP. Ces projets ont permis d'expérimenter la vision du MSPP, celle d'agents de santé communautaires polyvalents, capables non seulement de répondre aux épidémies et aux crises, mais aussi d'offrir des soins de santé primaires de qualité sur le long terme.



## CONCEPTION DE POLITIQUES ET DE PROGRAMMES

Lorsque le MSPP et d'autres parties prenantes de la santé communautaire ont conçu le programme national des ASCP, ils ont dû se demander comment un cadre national de santé communautaire fonctionnerait au sein du système de santé existant. D'une part, les besoins sanitaires d'Haïti étaient importants : le système de santé devait faire face à la fois à des crises aiguës comme l'épidémie de choléra et à des défis systémiques comme le manque de soins de santé primaires de qualité. D'autre part, la prudence était de mise : faire supporter trop de responsabilités sur un cadre naissant de nouveaux agents de santé pouvait les vouer à l'échec.

En 2012, le MSPP a publié deux documents politiques clés : la Politique Nationale de Santé et le Plan Directeur de Santé 2012-2022. Ils présentaient le système de santé national en intégrant les ASCP dans sa conception<sup>42,49</sup>. Au niveau national, le cadre des ASCP serait hébergé au sein de la Direction de Promotion de la Santé et de Protection de l'Environnement. Ce département a engagé des agents de santé communautaires pour l'éducation sanitaire à travers ses différentes structures depuis le début des années 1980<sup>50</sup>. Au niveau communautaire, les ASCP feraient partie d'une équipe de santé familiale (ESF). Les ESF ont été conçues pour assurer la supervision, ainsi que la mise en relation avec les autres niveaux du système de santé.

La conception d'un programme national de santé communautaire a constitué une étape importante et passionnante dans le parcours de la réforme de la santé communautaire en Haïti. Cependant, le succès de la conception du programme a été miné par le manque de collaboration de la coalition. Par exemple, quatre ans après la publication de l'Organisation des soins de santé communautaires par le MSPP, un rapport de la Banque mondiale de 2019 indique qu'il y a « une absence d'accord sur un modèle commun » pour la santé communautaire en Haïti<sup>27</sup>. Le rapport suggère que les agents de santé communautaire qui s'occupent de maladies ou de pathologies spécialisées, au lieu de suivre le modèle du MSPP, soient appelés agents de santé communautaires non polyvalents (ou NCHW). Une cinquantaine d'agences différentes financent les programmes de santé communautaire en Haïti. Près d'un quart de ces programmes limitent leur financement à certaines maladies ou pathologies, et ne suivent pas le programme conçu par le MSPP. Aussi bien intentionnés soient-ils, ces programmes compliquent la prestation des soins. Si l'on veut qu'un programme national de santé communautaire parvienne à atteindre l'échelle en Haïti, les bailleurs de fonds ainsi que les responsables de la mise en œuvre et le Gouvernement doivent pouvoir travailler ensemble pour accepter de suivre une stratégie commune. Sinon, les programmes fragmentés se poursuivront et les lignes de responsabilité envers le Gouvernement resteront brisées.

Un autre désaccord porte sur l'échelle du cadre. Dans le programme ASCP conçu par le MSPP, chaque ASCP ne devrait pas couvrir plus de 1 000 personnes. Pour étendre le plan à l'échelle nationale, il faudrait environ 10 000 ASCP<sup>iii</sup>. La Feuille de route pour la santé communautaire<sup>49</sup> fixe un objectif de 5 000 ASCP à l'échelle nationale d'ici 2021-2022. L'écart entre ces chiffres indique la persistance de problèmes d'alignement sur la conception du programme et de désaccords sur ce qui est réalisable et nécessaire pour des soins de qualité. Au fur et à mesure que le cycle de réforme se poursuivra, il sera possible de relever ces défis et d'affiner la conception du programme.

## PRÉPARATION DU PROGRAMME

En complément du besoin urgent de renforcer la construction de coalitions, l'étape de préparation du programme est peut-être celle qui a le plus à offrir aux acteurs de la santé communautaire en Haïti, alors qu'ils s'efforcent de faire avancer la réforme de la santé communautaire à travers le cycle.

En ce qui concerne les politiques et les ressources pour le cadre national de l'ASCP développées de 2011 à 2013, des éléments clés de l'étape de préparation du programme n'ont pas été réalisés. L'adhésion de nombreuses parties prenantes clés était insuffisante. Les plans opérationnels chiffrés et les recommandations de mise en œuvre n'étaient pas inclus dans les politiques. En fait, les acteurs de la santé communautaire en Haïti tireront les leçons de cette expérience et incluront des plans opérationnels chiffrés dans les politiques qu'ils ont publiées en 2015, et dans la révision des politiques de santé communautaire commencées en 2019.

## LANCEMENT

Le lancement d'une réforme ne consiste pas simplement à mettre en œuvre un nouveau plan ; les acteurs du système passent d'une réalité ou d'une identité à une nouvelle autre. En 2011, le MSPP a énoncé une vision pour un cadre de santé communautaire à l'échelle nationale afin d'étendre des services de soins de santé primaires de qualité à tous en Haïti, avec des projets pilotes et des politiques nationales développées au cours des années suivantes.

En 2014, Haïti comptait 3 161 ASCP<sup>42</sup>. Lorsque le MSPP a établi les ASCP en tant que cadre en 2011, il y avait 1 609 agents de santé communautaires dans les réseaux gérés par Zanmi Lasante<sup>33</sup> et 1 000 agents de santé communautaires ont été formés aux interventions contre le choléra par le CDC<sup>38</sup>. Ces groupes pouvaient se chevaucher, et les agents de santé communautaires de Zanmi Lasante n'étaient pas encore certifiés comme ASCP officiels par le MSPP, mais ces informations commencent à éclairer les chiffres de base pour le cadre.

En 2016, les ASCP étaient inclus dans de nombreux

<sup>iii</sup> Un ASCP pour servir un maximum de 1 000 personnes est une échelle courante dans d'autres pays de la région, tel que le Brésil. Néanmoins, certains partenaires, comme la Banque mondiale, affirment que l'échelle prévue pour le cadre des ASCP est beaucoup trop ambitieuse pour Haïti<sup>27</sup>. Ils suggèrent qu'Haïti suive l'exemple de pays comme l'Éthiopie et le Népal, où les ASC servent beaucoup plus de 1 000 personnes chacun (respectivement 2 400 et 6 900).

projets, notamment ceux de la Croix-Rouge<sup>42</sup>, du Plan d'urgence du Président américain pour la lutte contre le SIDA<sup>51</sup> et de l'USAID<sup>52</sup>. Les responsables de la mise en œuvre de la santé communautaire ont adhéré aux politiques et aux ressources ASCP du MSPP en fonction de leur financement et de leur capacité organisationnelle, mais la couverture des ASCP à travers le pays n'a pas atteint l'échelle prévue par le MSPP.

## GOUVERNANCE

L'action collective et la prise décisionnelle définissent l'étape de gouvernance. Un ensemble de règles et de relations formelles et informelles entre les acteurs permet de définir une orientation stratégique, de créer un environnement favorable et de superviser l'exécution.

Les défis des étapes précédentes du cycle de réforme, notamment la création de coalitions et la mobilisation des ressources pendant les étapes de préparation et de lancement, ont entraîné des difficultés au niveau de la gouvernance. En effet, les personnes chargées de la mise en œuvre ont identifié comme défis la concurrence pour les ressources et le manque d'informations et de partage des ressources, symptôme d'une mise en œuvre cloisonnée<sup>44</sup>.

Jusqu'à ce qu'une enquête soit menée en 2019 avec le soutien de la Banque mondiale<sup>27</sup>, le MSPP ne disposait pas d'informations systématiques et actualisées sur les différents programmes d'ASC du pays, ce qui a entravé sa capacité à anticiper les lacunes et les inefficacités en matière de financement ou de prestation de services. Par exemple, le Gouvernement n'a pas systématiquement suivi le nombre et la répartition géographique des ASCP et des autres cadres de santé communautaire, ni la durée prévue du financement du programme.

Au stade de la gouvernance, les parties prenantes de la santé communautaire en Haïti ont également reconnu la pénurie d'aiguillages réussis vers le haut et le bas du système de santé. Un rapport de l'USAID en 2016 a noté : « Le système de référence est largement considéré par les directeurs d'établissements, le personnel et les ASCP comme non fonctionnel, voire inexistant dans les zones

périphériques »<sup>53</sup>. Le rapport a recommandé que l'USAID et d'autres responsables de la mise en œuvre de la santé communautaire aient l'intention de renforcer le système de référence au niveau communautaire et à travers celui-ci dans les projets et programmes futurs.

## GESTION ET APPRENTISSAGE

Au cours de l'étape de gestion et d'apprentissage, les acteurs mettent en œuvre les politiques et programmes réformés et utilisent l'apprentissage et les données pour améliorer les performances du système. Les ASCP ont participé à une grande partie des progrès réalisés en matière de santé publique entre 2011 et 2016. Des progrès ont été réalisés dans la détection et la notification des cas de tuberculose, les efforts de surveillance clinique du VIH, le programme national d'immunisation et la lutte contre le choléra (alors que le pays se dirigeait vers son éradication)<sup>54</sup>.

Néanmoins, les acteurs de la santé communautaire reconnaissent que le cadre ASCP n'a pas été étendu à l'échelle nationale de 2011 à 2013, comme le prévoyait la politique du MSPP. Ils ont reconnu le manque de financement durable et les problèmes du système de référence, entre autres défis. Sur la base de cet apprentissage, le MSPP a publié en 2015 l'Organisation des Soins de Santé Communautaire (OSSC)<sup>42</sup>. Cette politique incluait un coût opérationnel de 257 millions de dollars sur cinq ans pour le programme. Bien que la politique ne comprenait pas de plans pour atteindre le financement nécessaire, ni d'identifier les lacunes de financement, elle a suscité une nouvelle conversation autour du financement de la santé communautaire.

La même année, le docteur Georges Dubuche, directeur général du MSPP, a fait une présentation<sup>55</sup> sur le financement du système de santé, particulièrement sur la santé communautaire. Il a reconnu que la mise en œuvre de l'ensemble des services ASCP serait progressive et augmenterait en fonction des fonds disponibles. Il a présenté un plan pour que les ASCP soient étendus à tout le pays d'ici 2025. Il a noté que le Gouvernement haïtien n'investissait pas suffisamment dans la santé (par rapport aux pays ayant un produit intérieur brut similaire ou inférieur) et que les ménages haïtiens

contribuaient pour près d'un tiers du financement de la santé en Haïti.

En 2016, Haïti avait traversé un cycle de réforme (de la priorisation des problèmes à la gestion et à l'apprentissage) pour établir un cadre national unifié d'agents de santé communautaire, les ASCP.

Cependant, certaines étapes de la réforme ont été plus abouties que d'autres, en particulier la création de coalitions et la mobilisation des ressources dans le cadre de l'étape de préparation. Au moment des élections présidentielles de 2016, le système de santé communautaire haïtien se trouvait à un moment critique. Alors que les bases du système national de santé communautaire avaient été posées, Haïti avait besoin d'investissements supplémentaires, de la création de coalitions et de l'institutionnalisation de la santé communautaire pour amener le cadre des ASCP à l'échelle nationale.

# L'investissement pour l'ICH en Haïti : un catalyseur pour la réforme

Le parcours de la réforme de la santé communautaire en Haïti a atteint un moment critique en 2015 lorsque le MSPP a publié l'Organisation des Soins de Santé Communautaire. En 2016, la plupart des personnes concernées par la prospérité et le développement d'Haïti étaient concentrées sur l'élection présidentielle, la première depuis l'élection du Président Michel Martelly l'année suivant le tremblement de terre de 2010. Personne ne savait comment le pays pourrait changer à travers cette transition de leadership.

Alors que le pays était sur le point d'étendre le cadre de l'ASCP à l'échelle nationale et d'améliorer ainsi l'accès à la santé pour les populations mal desservies, il y avait un risque important que ces opportunités soient perdues en raison du remaniement politique.

C'est dans ce contexte que Zanmi Lasante, le MSPP et l'USAID se sont réunis pour lancer l'investissement pour l'intégration de la santé communautaire (ICH) en Haïti.

## UN APERÇU DE L'INVESTISSEMENT POUR L'ICH

**PROJET :** Intensifier les Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCP) en Haïti

**PARTENAIRE D'EXÉCUTION :** Zanmi Lasante

**DATES :** 18 mars 2016 – Décembre 2020

**MONTANT :** 750 000 dollars (USAID) et 250 000 dollars (Partage des coûts)

**OBJECTIFS :**

- Aligner le réseau d'ASC de Zanmi Lasante sur les nouvelles exigences et normes du MSPP pour les ASCP.
- Renforcer la continuité des soins en développant les liens entre communautés et établissements de santé à Mirebalais.
- Renforcer les systèmes d'information sanitaire et la capacité de gestion des données afin d'améliorer les données pour la prise décisionnelle au sein du réseau ASCP.

**ZONE GÉOGRAPHIQUE CIBLÉE :**

- La commune de Mirebalais dans le département du Central Plateau d'Haïti

**ÉCHELLE :** Couverture complète par les agents de santé communautaire (ASCP) à hauteur d'un ASCP pour 1 000 habitants, travaillant au sein des équipes de santé familiale (ESF) au sein de la commune de Mirebalais

## Lancement de l'investissement pour l'ICH

Zanmi Lasante dispose d'une histoire faite d'un partenariat de confiance avec le MSPP et de mise en œuvre de programmes de santé de qualité en Haïti qui remonte à 1983. Dans les années

qui ont précédé le tremblement de terre de 2010, Zanmi Lasante a créé des emplois pour plus de 4 000 haïtiennes et haïtiens, a construit 12 hôpitaux et centres de santé, a développé une relation de travail solide avec le MSPP<sup>37</sup>, et a développé et dirigé de nombreux programmes de santé communautaire<sup>32</sup>. Une partie essentielle de l'approche de Zanmi Lasante est de ne pas se concentrer sur la capitale, Port-Au-Prince,

où les services publics et privés ont tendance à être concentré, mais plutôt de s'efforcer continuellement d'améliorer les services de santé pour toutes et tous en fournissant des services dans les zones rurales et éloignées. En tant que partenaire de confiance du MSPP et partenaire de mise en œuvre de qualité disposant d'une longue histoire d'innovation en santé communautaire en Haïti, Zanmi Lasante était un partenaire technique idéal pour faire avancer le développement de la stratégie de santé communautaire du MSPP à ce moment critique.

Grâce à l'investissement pour l'ICH, Zanmi Lasante allait étendre le cadre de l'ASCP à toute la commune de Mirebalais, où l'organisation venait d'achever la construction du nouvel hôpital universitaire de Mirebalais. La couverture sanitaire universelle (CSU) exige que tous les niveaux du système de santé travaillent ensemble, du niveau national au niveau primaire. L'hôpital universitaire de Mirebalais a permis de franchir une étape importante dans la prestation de soins tertiaires. Au cours de sa première année de fonctionnement, le service des urgences de l'hôpital a enregistré électroniquement près de 17 000 visites de patientes, et le nombre de visites n'a cessé d'augmenter<sup>56</sup>. Le moment était opportun pour favoriser un solide système de référencement et de contre-référencement entre le nouvel hôpital et les ASCP de cette commune, depuis les services de soins d'urgence jusqu'aux services de soins primaires les plus fondamentaux. Les enseignements tirés de ce projet ont pu profiter au MSPP et à l'ensemble du pays.

Afin d'atteindre une couverture totale des ASCP dans la commune de Mirebalais, conformément à l'Organisation des Soins de Santé Communautaire de 2015, et servir de modèle pour une mise à l'échelle nationale, Zanmi Lasante a été soutenu par USAID et a collaboré avec le MSPP dans le cadre de la collaboration pour l'ICH.

Bien que le projet ait eu pour objectif principal de faire progresser la réforme de la santé communautaire, il a également abordé les principaux obstacles à la santé communautaire dans la zone de mise en œuvre du projet. Le projet pour l'ICH a été conçu pour remédier aux lacunes

critiques du système de santé communautaire d'Haïti, notamment en matière de financement, de disponibilité des ressources humaines pour la santé, de référence et de supervision.

La vision du projet était que les ASCP de Mirebalais soient directement liés au système de santé dans son ensemble grâce à :

1. Un processus systématique de formation et de certification
2. Un système de référence coordonné
3. Un système de supervision de soutien
4. Un système d'information amélioré<sup>57</sup>

L'ONG internationale de recherche Population Council a collaboré avec Zanmi Lasante, le MSPP, l'USAID et l'UNICEF pour étudier l'efficacité des mécanismes de référencement existants comme mesure de la force des liens entre la communauté et le système de santé.

L'investissement pour l'ICH a rassemblé, dans une seule commune, la vision de la santé communautaire en Haïti au niveau national. Le projet a suivi la stratégie nationale de santé communautaire mise en avant par le MSPP et a été dirigé par un partenaire de mise en œuvre collaboratif et efficace. Les bailleurs de fonds internationaux ont fourni le soutien financier nécessaire pour amener le programme à l'échelle. L'investissement de l'ICH lui-même était au service d'un objectif plus grand et ultime : « le MSPP [possédait] les outils appropriés pour coordonner l'ensemble des partenaires de mise en œuvre et commencer à harmoniser les programmes d'ASC fragmentés existants en une structure ASCP unifiée, totalement intégrée dans le système de santé plus large et totalement alignée sur les politiques nationales et les plans de mise en œuvre »<sup>57</sup>.

Tout au long de la mise en œuvre du projet pour l'ICH, Haïti a connu plusieurs chocs politiques. Début 2017, Jovenel Moïse devient le nouveau Président d'Haïti et ce changement a entraîné de nombreuses transitions gouvernementales, y compris au sein du MSPP. Cela a entraîné la perte de presque toutes les relations développées entre Zanmi Lasante et les dirigeants du MSPP<sup>58</sup>. Comme l'ont décrit les membres de Zanmi Lasante,

« Zanmi Lasante continue de collaborer avec le MSPP malgré les transitions et l'instabilité politique, qui entravent souvent notre solide relation de travail. Comme cela a été dit dans le passé, cela a affecté l'intégration et la progression du projet, comme s'il fallait tout recommencer. Zanmi Lasante s'est efforcé de réengager les représentants du MSPP, car leur collaboration est essentielle, non seulement pour la mise à l'échelle du modèle, mais aussi pour la certification officielle des ASCP formés à Mirebalais »<sup>58</sup>.

Outre les problèmes de collaboration, le projet a également été confronté à des problèmes d'opérationnalisation. Quelques mois après le début de sa présidence, un rapport important a révélé l'implication du Président Moïse dans une affaire de détournement de fonds, alors que le prix de l'essence et l'inflation étaient en hausse. Des manifestations ont périodiquement entraîné la fermeture de routes et d'entreprises dans tout le pays, ce qui a entravé les déplacements et la situation sécuritaire dans tout le pays. Mirebalais étant un épicode politique, elle est aussi devenue, par moments, un centre névralgique des troubles. Au niveau national, les plus hauts niveaux du gouvernement ne fonctionnaient pas pleinement, avec un renouvellement fréquent et des postes législatifs laissés vacants pendant de longues périodes.

Malgré et tout au long de cette agitation, les 100 ASCP et leurs 10 superviseurs à Mirebalais ont poursuivi leur travail. Zanmi Lasante a rapporté que les ASCP et leurs superviseurs ont « traversé des barrages routiers brûlants » pour accéder aux fournitures nécessaires, effectuer des visites domiciliaires, fournir des services de planification familiale et administrer des vaccins. Bien que les manifestations et les troubles aient compliqué le travail sur le terrain pour les ASCP, qui devaient rester neutres, ils ont développé des stratégies pour accomplir la plupart des tâches attendues d'eux. Selon Zanmi Lasante, l'équipe de terrain « doit être félicitée pour sa loyauté, son sens du devoir et son courage », car ses actions en ces temps de troubles « témoignent de sa motivation et de son dévouement renouvelés face à des circonstances difficiles ».

Yolette Toussaint, leader communautaire et mère de cinq enfants, a partagé son point de vue personnel sur le projet : « Par le passé, les enfants de la communauté tombaient malades à cause de la diarrhée. De plus, ils devaient aller très loin pour obtenir des services de vaccination. Mais, ils peuvent maintenant recevoir de l'aide à la maison ou à proximité grâce aux ASCP. Les ASCP parlent souvent aux membres de la communauté, donnent des conseils, des informations, nous montrent comment nous protéger, protéger notre santé et celle de nos enfants contre les maladies. Ils nous parlent de la planification familiale, de l'hygiène, du lavage des mains en ce qui concerne la diarrhée et d'autres maladies transmises par l'eau, etc. Le travail que font les ASCP est vraiment formidable »<sup>58</sup>. Surtout dans des circonstances aussi extraordinaires, les résultats positifs reflètent le pouvoir des agents de santé communautaires de fournir des soins pérennes et de qualité lorsqu'ils sont bien soutenus et intégrés au système de santé.

Alors même que Zanmi Lasante mettait en place ces services ASCP pour fournir les soins de santé primaires nécessaires aux membres de la communauté, l'organisation s'efforçait également de répondre aux priorités nationales en matière de santé communautaire. Revenir au cycle de réforme de la santé communautaire fournit un cadre utile pour comprendre comment les enseignements tirés de l'investissement pour l'ICH font progresser l'institutionnalisation de la santé communautaire.



## GESTION ET APPRENTISSAGE

Tout au long de la mise en œuvre du projet, Zanmi Lasante a développé des questions clés et des enseignements appris, notamment : si les critères de sélection des ASCP empêchaient un recrutement suffisant, comment déployer au mieux les ASCP par rapport aux besoins de la communauté, et comment optimiser un modèle commun de formation, de certification et de supervision<sup>57</sup>. Pendant la mise en œuvre, Zanmi Lasante a observé l'efficacité du programme de formation et des formateurs du MSPP dans le renforcement des capacités des ASCP à Mirebalais. Zanmi Lasante a été tellement encouragé par les premiers résultats du projet que, malgré des obstacles financiers extérieurs au projet ICH, ils ont commencé à planifier les formations

MSPP et la certification des ASCP dans d'autres régions où Zanmi Lasante opérait.

Zanmi Lasante a été confronté à des défis importants dans l'opérationnalisation d'un nouveau système de référencement et de contre-référencement entre la communauté et les établissements de santé. Le faible système de référencement existant reflétait la nature fragmentée du système de santé. Cependant, le système de référencement et de contre-référencement demeure essentiel pour intégrer les ASCP dans le système de santé de manière significative. Population Council a par la suite axé son projet de recherche sur les obstacles et les pièges du système de référence à Mirebalais, dans le but de développer une approche qui pourrait éventuellement être mise à l'échelle dans toute la région<sup>59, 58</sup>.

La phase de gestion et d'apprentissage du projet pour l'ICH a permis de tirer des enseignements qui peuvent aider à améliorer le système de santé communautaire au niveau national - en ce qui concerne le processus de référence, les critères de sélection des ASCP, et le processus de leur formation et de leur certification. Le projet a également permis de tirer des leçons qui peuvent être appliquées immédiatement. Les responsables ont observé qu'ensemble, l'équipe de Zanmi Lasante et les formateurs du MSPP ont appris comment améliorer, programmer et présenter le programme d'enseignement des ASCP. Ces enseignements sont appliqués alors que le MSPP certifie des agents de santé communautaires au-delà de Mirebalais. Cependant, il reste des opportunités pour que les nombreuses leçons apprises dans le cadre du projet ICH soient intégrées dans la réforme nationale.

## L'investissement pour l'ICH comme une dynamique de la santé communautaire en Haïti

Au cours de l'investissement pour l'ICH, d'autres activités de santé communautaire ont également eu lieu. En 2016, des représentants du Gouvernement haïtien ainsi que des organisations à but non lucratif en Haïti ont participé à la Conférence sur l'intégration de la santé communautaire (ICHC) qui a eu lieu en Afrique du Sud, alimentant un élan continu pour la réforme de la santé communautaire parmi toutes les parties.

Le budget national 2017-2018 prévoyait le versement d'une rémunération pour 1 200 ASCP et 200 AIP. C'était la première fois que les salaires des ASCP et des AIP étaient inclus dans le budget national. Il s'agissait d'une étape majeure dans l'appropriation par le gouvernement et l'intégration nationale de la santé communautaire dans le système de santé national. En 2019, dans sa déclaration à l'Assemblée mondiale de la santé, le directeur général du MSPP, le docteur Lauré Adrien, a spécifiquement reconnu la contribution essentielle des ASCP et de leurs superviseurs dans la lutte contre le choléra<sup>60</sup>.

Parallèlement à l'investissement pour l'ICH, le MSPP dirige la réforme du plan stratégique pour la santé communautaire. Grâce à un financement de la Banque mondiale, de l'UNICEF et de l'USAID, le MSPP a mené d'importantes évaluations pour informer un nouveau plan stratégique pour la santé communautaire en Haïti. Cela comprend une analyse situationnelle, des études de terrain, une cartographie et des consultations avec différentes parties prenantes à tous les niveaux. Le plan stratégique réformé pour la santé communautaire comprend un guide de synthèse, un programme d'études ASCP révisé et l'évaluation des coûts de la stratégie. Profitant d'une occasion de stabilité politique avant l'arrivée de la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) en Haïti, le MSPP a mené un atelier pour partager le nouveau plan stratégique avec les parties prenantes. L'étape

finale consiste à le faire approuver officiellement par le Sénat haïtien.

En appliquant le cycle de réforme au processus de réforme du plan stratégique de santé communautaire, la réforme est passée par un certain degré de priorisation des problèmes et de création de coalitions. Le recueil de solutions est clair dans les analyses et les études qui informent la réforme de la politique. La conception de la politique et du programme est démontrée dans le guide de synthèse, le programme d'études révisé de l'ASCP et l'évaluation des coûts de la stratégie. Selon le cycle de réforme, la réforme de la politique de santé communautaire est arrivée à des étapes nouvelles et importantes : la préparation et le lancement.

### PRIORISATION DES PROBLÈMES

La feuille de route pour la santé communautaire<sup>49</sup> a réuni la Fondation Bill & Melinda Gates, la Fondation Rockefeller, l'UNICEF, le Groupe de la Banque mondiale, l'USAID et le Partenariat pour l'accélération de la santé communautaire afin d'identifier les priorités d'investissement pour étendre les soins primaires au niveau communautaire en Haïti et dans d'autres pays prioritaires. En 2019, ils ont publié leur synthèse des priorités pour Haïti, qui se rapportent aux étapes du cycle de réforme que sont la conception, la préparation du programme et la gouvernance.

En ce qui concerne la conception du programme, la Feuille de route pour la santé communautaire a donné la priorité à la nécessité d'une orientation politique plus claire pour le programme ASCP, y compris une stratégie nationale de santé communautaire plus élaborée ; un guide synthétique, des manuels et des outils de formation mis à jour ; et des protocoles et des guides de terrain définitifs pour le VIH. Comme première étape vers l'harmonisation de la gestion de la performance de la formation, et des incitations, le MSPP et les partenaires auraient besoin de cartographier les différents cadres/parties prenantes en santé communautaire. En s'appuyant sur les leçons tirées de partenaires comme Zanmi Lasante, la Feuille de route de la santé communautaire recommande au MSPP et à ses

partenaires de réviser le processus de recrutement et de développer des certifications et normes de soins pour les agents de santé communautaire de différents cadres, et pas uniquement pour les ASCP. Historiquement, Zanmi Lasante et d'autres partenaires de mise en œuvre ont utilisé différents cadres d'agents de santé communautaire axés sur différentes interventions. Ces cadres de santé communautaire ne se sont pas toujours intégrés au cadre ASCP du MSPP, en particulier lorsque les priorités de financement des bailleurs de fonds se concentrent sur des interventions clés et ne correspondent pas au mandat du cadre des ASCP. Diversifier le type d'agents de santé communautaire reconnus au niveau national pourrait contribuer à élargir les services fournis et à créer un consensus avec les bailleurs de fonds qui donnent la priorité aux interventions verticalisées.

Enfin, la Feuille de route recommande que les structures de supervision soient incluses dans la nouvelle conception. Bien que la structure de supervision existe déjà sur le papier (les ASCP sont supervisés par les AIP), une conception plus solide, peut-être avec un alignement plus fort des partenaires, pourrait augmenter l'efficacité de la supervision des ASCP, une composante nécessaire pour des soins de qualité.

Pour renforcer la préparation des programmes, la Feuille de route pour la santé communautaire a donné la priorité au recrutement de plus d'ASCP. Cette feuille de route a fixé un objectif de 5 000 ASCP, soit seulement la moitié de l'échelle recommandée par le MSPP. Néanmoins, au moment de sa publication, plus de 3 915 ASCP étaient opérationnels. La prochaine augmentation pourrait être planifiée de manière itérative. La feuille de route recommandait de déployer et de réaffecter les ASCP et leurs superviseurs (les AIP), ce qui s'alignait sur les plans pour une meilleure cartographie des différentes parties prenantes de santé communautaire à travers Haïti. La préparation du programme comprenait également la formation et le recyclage des ASCP et de leurs superviseurs 'les AIP. La feuille de route recommande également de cartographier les ressources et d'explorer des mécanismes de financement plus durables et innovants pour combler le manque de ressources.

Cela était conforme à la présentation faite par le Directeur général du MSPP en 2015, appelant à plus d'innovation et de stratégie pour augmenter le financement de la santé.

En termes de gouvernance du programme, la Feuille de route de la santé communautaire a donné la priorité au passage au système de gestion de l'information sanitaire (*Digital Health Information System-2* ou DHIS-2). Ce passage viendrait compléter les efforts prioritaires visant à renforcer la gouvernance, la coordination et le suivi aux niveaux national, départemental et communautaire. La feuille de route a donné la priorité au développement d'un système intégré de gestion des résultats, harmonisé à travers les systèmes de données pour les ASC. La priorité de toutes les autres réformes est de renforcer les capacités de leadership et de gouvernance.



## CONSTITUTION DE COALITIONS

En 2018, le MSPP a créé un Groupe des Principaux Partenaires Financiers (GPPF) afin d'accroître la collaboration et l'harmonisation entre les partenaires techniques et les bailleurs de fonds. Sous la direction du MSPP, les membres du groupe comprennent USAID, le Fonds mondial, l'OPS, l'Union européenne (UE), le CDC, la Banque mondiale, le Gouvernement canadien et l'Agence française de développement (AFD). Ce groupe soutient la planification, le suivi et le dépannage des principaux domaines d'intérêt, en fonction des priorités du ministre de la Santé<sup>61</sup>.



## CONCEPTION

En 2019, le MSPP a publié le Plan Stratégique national de santé communautaire 2019-2023 qui trace la voie vers une stratégie nationale de santé communautaire<sup>49</sup>. Dans le même temps, la Banque mondiale et les principaux bailleurs de fonds collaborent avec le MSPP à l'élaboration d'une stratégie de santé communautaire réformée et plus robuste et d'un plan de mise en œuvre<sup>27</sup>. Ceux-ci comprendraient un manuel opérationnel finalisé pour les agents de santé communautaire avec des tâches clairement définies et des allocations de temps pour les ASCP et les agents de santé communautaire spécifiques à une maladie qui

peuvent consacrer un pourcentage significatif de leur temps au mandat des ASCP<sup>27</sup>. Cela pourrait être un moyen fonctionnel d'atteindre le consensus priorisé dans la feuille de route de la santé communautaire et aider à l'alignement des partenaires de mise en œuvre sur la stratégie du MSPP.

Grâce à la feuille de route, Haïti a identifié comme priorité le développement de la stratégie nationale, la mise à jour d'un guide de synthèse, de manuels et d'outils de formation pour les ASCP, et la finalisation de protocoles et de guides de terrain pour les services communautaires de lutte contre le VIH<sup>49</sup>. Cela a créé une réelle opportunité de réforme. Par exemple, le MSPP étudie l'intérêt d'une approche de « stratification des risques », dans laquelle les ASCP identifieraient les ménages les plus à risque pour un suivi plus étroit afin de mieux utiliser leur temps<sup>27</sup>. De plus, l'optimisation du déploiement et de l'affectation des ASCP a été identifiée comme une priorité de la Feuille de route pour la santé communautaire<sup>49</sup>. En affectant les ASCP en fonction de la densité de la population, de la vulnérabilité des ménages et d'autres facteurs, le MSPP peut étudier des taux de couverture qui garantiraient un accès équitable aux soins de santé tout en réduisant potentiellement les coûts du programme<sup>27</sup>.



## PRÉPARATION DU PROGRAMME

En novembre 2017, Haïti a rejoint le Mécanisme de financement mondial (GFF) de la Banque mondiale, un partenariat de bailleurs de fonds qui collaborent avec les Gouvernements des pays pour aligner les principaux investissements mondiaux sur les priorités et les stratégies du gouvernement en matière de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente. Le processus du GFF comprend la définition des priorités nationales, l'estimation des coûts de mise en œuvre des interventions prioritaires, la cartographie des ressources existantes et des déficits de financement, ainsi que l'élaboration de stratégies à long terme pour relever les principaux défis en matière de gestion financière et de système de santé. Le GFF met fortement l'accent sur la valeur de l'investissement dans la santé communautaire

et a joué un rôle essentiel dans le renforcement des systèmes de santé communautaires dans d'autres pays.

En Haïti, le processus du GFF a débuté en avril 2019 par une cartographie des ressources. L'approche globale prévue en Haïti comprendra la hiérarchisation et l'estimation des coûts du plan de développement du secteur de la santé pour aligner les bailleurs de fonds et les partenaires de mise en œuvre. Le GFF a également l'intention de travailler avec le Gouvernement haïtien pour développer des mécanismes permettant de suivre le financement des bailleurs de fonds à des fins d'efficacité et d'identifier les possibilités de réaffecter les fonds du Gouvernement et des bailleurs de fonds pour s'aligner sur les priorités et couvrir le manque de financement<sup>62</sup>.

# Opportunités et prochaines étapes

Depuis l'une des premières mises en œuvre et sources d'apprentissage en santé communautaire dans les années 1980 jusqu'à aujourd'hui, les agents de santé communautaire en Haïti et le cadre national ASCP, en particulier, ont le potentiel d'autonomiser les communautés et d'améliorer les résultats de santé dans tout Haïti. Alors que le MSPP déploie le nouveau plan stratégique national pour la santé communautaire, il est impératif qu'un financement pérenne soit mis en place pour étendre la mise en œuvre des ASCP au niveau national. Des ASCP soutenus au sein de leurs équipes de santé familiale (ESF) renforceront les soins primaires, en mettant en relation les communautés au système de santé national par des visites régulières, la sensibilisation et la dispense de conseils. L'investissement dans les ASCP augmentera l'efficacité du système de santé dans son ensemble, en concentrant les investissements là où le système de santé a été particulièrement sous-financé<sup>6</sup>.

Tout en contribuant à étendre les services de soins de santé primaires de base, les agents de santé communautaires en Haïti ont répondu à de nombreuses crises au cours des décennies, notamment la tuberculose, le VIH/SIDA et le choléra. Ils ont travaillé à travers les conséquences du tremblement de terre de 2010 et l'instabilité politique récente. Aujourd'hui, alors que le monde répond à la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) et que les décideurs conçoivent des approches pour la recherche des contacts, la diffusion d'informations sanitaires et la distribution des vaccins, les ASCP constituent un investissement important pour la réponse aux pandémies et la préparation future<sup>63,64</sup>.

Les travaux du GFF progresseront dans le cadre d'un projet de la Banque mondiale, qui a jusqu'à présent mobilisé<sup>55</sup> des millions de dollars pour accroître l'utilisation des services de soins de

santé primaires dans des zones géographiques sélectionnées - par le déploiement d'ASCP pour améliorer la capacité de surveillance. L'un des objectifs du projet est de renforcer la conception et la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé communautaire et du plan de mise en œuvre, en partie, en comblant les lacunes des outils de mise en œuvre. S'appuyant sur les leçons tirées des pays dotés de systèmes de santé communautaire solides, notamment l'Éthiopie et le Rwanda, le projet reconnaît l'importance d'une approche nationale harmonisée utilisant des protocoles communs, de liens solides entre les ASCP et le système de santé, d'une supervision et d'une collecte de données efficaces, et de choix de conception qui améliorent la durabilité (par exemple, en ce qui concerne les ratios de couverture).

Pour atteindre les objectifs de renforcement des capacités de surveillance, un objectif notable du projet sera de « déverticaliser » les interventions en matière de maladies infectieuses, en particulier pour le traitement du choléra et les interventions communautaires visant à soutenir le contrôle des maladies<sup>27</sup>. Si elle est réussie, cette « déverticalisation » signifierait qu'un plus grand nombre d'agents de santé communautaires et de programmes de santé communautaires existants en Haïti seraient alignés sur le système de santé national dirigé par le gouvernement. Ce changement conduirait à une intégration plus forte des services de santé et à un système de santé plus solide. La « déverticalisation » des interventions pourrait permettre de relever les importants défis actuels en matière de coordination des partenaires, étant donné que de plus en plus de partenaires se joignent au soutien d'un programme de santé communautaire unifié qui couvre le pays.

Le MSPP a récemment terminé un recensement de tous les programmes d'ASC, y compris les ASCP

et autres agents de santé communautaires opérant en Haïti. Ce recensement initial est destiné à servir de tremplin à un système à plus long terme de suivi continu du nombre, de l'emplacement, des tâches et du financement de tous les agents de santé communautaire<sup>27</sup>. Le recensement initial est également conçu pour soutenir l'harmonisation de la formation, de la gestion des performances, des incitations et d'autres caractéristiques de mise en œuvre dans le large éventail d'ONG partenaires et de bailleurs de fonds en Haïti<sup>49</sup>.



## CRÉATION DE COALITIONS

Pour que la santé communautaire progresse en Haïti, les partenaires de mise en œuvre et les bailleurs de fonds doivent se conformer, autant que possible, aux orientations du MSPP. Bien que les 'besoins en capacités du MSPP évoluent, il est essentiel que le Ministère soit le leader central, fédérateur, de la santé publique dans le pays, si la santé communautaire doit devenir durable en Haïti. Le MSPP doit également être tenu responsable devant le peuple haïtien.

Historiquement, de l'indépendance au tremblement de terre de 2010 et jusqu'à aujourd'hui, de nombreuses parties prenantes n'ont pas réussi à s'aligner sur le Gouvernement haïtien ou à l'inclure de manière significative dans les efforts de santé communautaire, nuisant à la pérennité. En appliquant un point de vue discriminant dans le monde d'aujourd'hui, il faut se souvenir que les Nations voisines et les industries mondiales ont agi avec des intentions discriminatoires pour exclure, exploiter et délégitimer la Nation d'Haïti et son indépendance. Le monde se trouve à un tournant décisif dans le traitement du colonialisme et des discriminations. Il est essentiel que le partenariat avec la Nation haïtienne, son peuple et son Gouvernement, soit envisagé dans un esprit de respect, d'humilité et de réconciliation.

Il existe un potentiel non-réalisé pour une coalition plus forte du MSPP, des partenaires de mise en œuvre et des bailleurs de fonds afin d'atteindre les objectifs des ASCP à l'échelle nationale et soutenus qui pourraient renforcer les soins primaires et faire progresser la couverture sanitaire universelle (CSU). La santé communautaire en

Haïti bénéficierait énormément d'une coalition forte et active composée des parties prenantes les plus pertinentes et les plus importantes. Une telle coalition permettrait d'identifier les problèmes, les lacunes fonctionnelles et leurs relations de cause à effet, et de garantir un alignement continu grâce à des mécanismes permanents de coordination, de communication et de partenariat.

## INTENSIFIER LE CADRE DES ASCP

Davantage d'ASCP et d'AIP doivent être recrutés et formés pour assurer une couverture à l'échelle nationale. La feuille de route de la santé communautaire fixe l'objectif à court terme de faire passer le cadre des ASCP de 3 915 à 5 000, et éventuellement d'aller plus loin pour atteindre les ratios prescrits par le MSPP. Les cartographies et modélisations que le MSPP a récemment entreprises avec ses partenaires<sup>27,49</sup>, ainsi que les innovations sur la manière d'intégrer des programmes de santé communautaire auparavant verticalisés, contribueront à rendre l'investissement dans la mise à l'échelle des ASCP très efficace.



## PRÉPARATION : MOBILISATION DES RESSOURCES

Malgré les succès obtenus dans la mise en œuvre de l'ensemble de services de base par les ASCP au sein des ESF, il n'est pas certain que le financement soit suffisant pour que le travail des ASCP puisse se poursuivre. Au fil des décennies, les programmes d'agents de santé communautaires en Haïti ont prouvé leur efficacité et ont eu un impact significatif sur les services de soins primaires, même dans des contextes difficiles et sous-financés<sup>24</sup>. Il existe un élan évident pour intégrer les ASCP dans le système de santé, dans la pratique comme dans la politique. Les parties prenantes de tous bords ont renforcé leur soutien déclaré à la santé communautaire. Cela va du rapport du CDC, qui qualifie les agents de santé communautaires de « colonne vertébrale du système de santé dans les zones rurales d'Haïti »<sup>38</sup>, à la récente évaluation d'un projet de la Banque mondiale en Haïti qui affirme que « les ASC jouent un rôle essentiel dans la délivrance de soins de santé primaires dans le cadre de différents contextes à travers le monde »<sup>27</sup>.

## Pour conclure

La réforme pâtit si les parties prenantes ne sont pas en mesure de relier l'apprentissage du programme (comme les enseignements tirés de l'investissement pour l'ICH) à la réforme de la politique nationale. La réforme pâtit également lorsque de multiples parties prenantes effectuent des recherches doublons sur le développement de programmes ou d'autres aspects du renforcement des systèmes de santé. À long terme, le dur labeur d'une collaboration significative au sein d'une coalition permettra à toutes les parties prenantes impliquées d'économiser du temps et de l'argent, et conduira à une plus grande pérennité.

Les progrès réalisés en matière de santé communautaire au cours des décennies en Haïti ont atteint un moment critique. L'investissement pour l'ICH a permis de mettre à l'échelle la santé communautaire dans la commune de Mirebalais et de tirer des leçons importantes. Alors que le MSPP déploie le nouveau plan stratégique national pour la santé communautaire, l'élan de l'investissement pour l'ICH pourrait conduire à un investissement continu dans des efforts coordonnés pour poursuivre la mise à l'échelle des ASCP au sein des ESF à travers le pays. Saisir ce moment permettra d'accélérer les progrès durables vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle (CSU) en Haïti.

# Références

1. Organisation mondiale de la Santé. 2018. *Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires*. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.who.int/hrh/resources/18-254WHO\\_Guidelines-fr.pdf](https://www.who.int/hrh/resources/18-254WHO_Guidelines-fr.pdf).
2. Chen N, Raghavan M, Albert J, et al. *The Community Health Systems Reform Cycle: Strengthening the Integration of Community Health Worker Programs Through an Institutional Reform Perspective*. Glob Heal Sci Pract. 2021. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.9745/ghsp-d-20-00429>.
3. Worldometer. *Haiti Population*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.worldometers.info/world-population/haiti-population/>.
4. Worldometer. *Population by Country (2020)*. 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.worldometers.info/world-population/population-by-country/>.
5. La Banque Mondiale en Haïti. 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.banquemondiale.org/fr/country/haiti/overview>.
6. Gage AD, Leslie HH, Bitton A, et al. *Assessing the quality of primary care in Haiti*. Bull World Heal Organ. 2017. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.2471/BLT.16.179846>.
7. Cavagnero, E. D. V., Cros, M. J., Dunworth, A. J., & Sjoblom MC. *Better spending, better care: a look at Haiti's health financing*. World Bank Gr. 2017. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1596/29517>.
8. Banque mondiale. *Haïti Brief: Human Capital Index*. 2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.banquemondiale.org/fr/publication/human-capital>.
9. WHO. *Haiti: Country Profile*. 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/hac/crises/hti/background/profile/en/>.
10. CDC Global Health - Haiti. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cdc.gov/globalhealth/countries/haiti/default.htm>.
11. Cayemittes M, Placide MF, Mariko S, Barrère B, Sévère B, Alexandre C., Institut Haïtien de l'Enfance (IHE), Macro International Inc. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2005-2006*. 2007. Disponible à l'adresse suivante : <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR192/FR192.pdf>.
12. Cayemittes M, Busangu MF, Bizimana J de D, Barrere B, Severe B, Cayemittes V, Charles E, Institut Haïtien de l'Enfance, MEASURE DHS de ICF International. *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services, Haïti, 2012*. 2013. Disponible à l'adresse suivante : <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR273/FR273.pdf>.
13. Blot V, Cayemittes M, Charles E, Rousseau JH, Severe B, Barrere B, Guzman JM, Jean C, Institut Haïtien de l'Enfance, The DHS Program de ICF International. *Haïti Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI 2016-2017)*. 2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR326/FR326.pdf>.
14. Pallardy R. *2010 Haiti earthquake*, 6 janvier 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.britannica.com/event/2010-Haiti-earthquake-2020>.
15. OPS/OMS. *La réponse sanitaire à la suite du tremblement de terre en Haïti. Leçons à retenir pour la prochaine grande catastrophe soudaine*. 2010. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.paho.org/disasters/dmdocuments/HealthResponseHaitiEarthq.pdf>.
16. Cavallo EA, Powell AP, Becerra O. *Estimating the Direct Economic Damage of the Earthquake in Haiti*. SSRN Electron J. 2012. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.2139/ssrn.1817279>.
17. Ki-moon B. *United Nations Press Release: Secretary-General Apologizes for United Nations Role in Haiti Cholera Epidemic, Urges International Funding of New Response to Disease*. 2016. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.un.org/press/en/2016/sgsm18323.doc.htm>.
18. Banque mondiale : *Dépenses de santé courantes par habitant (en dollars US) - Haïti*. 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.XPD.CHEX.PC.CD?locations=HT>.
19. Health Policy Project. *Health Financing Profile Haïti*. 2016. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.healthpolicyproject.com/pubs/7887/Haiti\\_HFP.pdf](https://www.healthpolicyproject.com/pubs/7887/Haiti_HFP.pdf).
20. Cros M, Cavagnero E, Alfred JP, Sjoblom M, Collin N, Mathurin T. *Equitable realization of the right to health in Haïti: How household data inform health seeking behavior and financial risk protection*. Int J Equity Health. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1186/s12939-019-0973-7>.

21. Institut Haïtien de l'Enfance (IHE), The DHS Program de ICF. *Haïti: Évaluation de La Prestation Des Services de Soins de Santé (EPSS), 2017-2018*. 2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://reliefweb.int/report/haiti/ha-ti-valuation-des-prestations-des-services-de-soins-de-sant-epss-2017-2018-rapport>.
22. Organisation panaméricaine de la santé. *Haiti: Profile of the health services system*. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health\\_System\\_Profile-Haiti\\_2003.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health_System_Profile-Haiti_2003.pdf).
23. Martinez-Piedra R, Quintanilla GF, González MA, et al. *Health in the Americas*. 2012 Edition. PAHO; 2017. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.13140/2.1.3550.9447>.
24. Farmer P, Léandre F, Mukherjee J, Gupta R, Tarter L, Kim JY. *Community-based treatment of advanced HIV disease: Introducing DOT-HAART (directly observed therapy with highly active antiretroviral therapy)*. Bull World Health Organ. 2001. Disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/268485>.
25. USAID Maternal and Child Survival Program (MCSP): Perry H editor. *Health for the People: National Community Health Worker Programs from Afghanistan to Zimbabwe*. Disponible à l'adresse suivante : [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00WKKN.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00WKKN.pdf). Published 2020.
26. Farmer P, Robin S, Ramilus SL, Kim JY. *Tuberculosis, Poverty, and "Compliance": Lessons from Rural Haiti*. Semin Respir Infect. 1991;6(4):254-260.
27. Rajkumar AS, Dulitzky D, Evans TG, Aberu A, van Trotsenburg A. *World Bank: Strengthening Primary Health Care and Surveillance in Haiti Project*. 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/project-detail/P167512>.
28. Losonczy LI, Barnes SL, Liu S, et al. *Critical care capacity in Haiti: A nationwide cross-sectional survey*. PLoS One. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/e0218141>.
29. Sommers J. *Race, Reality, and Realpolitik: U.S.–Haiti Relations in the Lead Up to the 1915 Occupation*. United States: Lexington Books; 2015.
30. Farmer P, Léandre F, Mukherjee JS, et al. *Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings*. The Lancet. 2001. Disponible à l'adresse suivante : [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05550-7](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05550-7).
31. Zanmi Lasante - Partners in Health. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.pih.org/country/Haiti>.
32. Global Health Workforce Alliance, WHO. *Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals*. 2010. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/chwreport/en/>.
33. Jerome G, Ivers LC. *Community Health Workers in Health Systems Strengthening: A qualitative evaluation from rural Haiti*. AIDS. 2010. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1097/01.aids.0000366084.75945.c9>.
34. Global Fund. *Global Fund Money to Scale Up AIDS Treatment and Prevention Efforts in Haiti*. 2002. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.theglobalfund.org/en/news/2002-12-02-global-fund-money-to-scale-up-aids-treatment-and-prevention-efforts-in-haiti/>.
35. Wright J. *Essential Package of Health Services Country Snapshot: Haiti*. 2015. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.hfgproject.org/essential-package-of-health-services-country-snapshot-haiti/>.
36. Lu X, Bengtsson L, Holme P. *Predictability of population displacement after the 2010 Haiti earthquake*. Proc Natl Acad Sci. 2012;109(29):11576-11581. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.1073/PNAS.1203882109>.
37. Zimmerman R. *PIH: Community Health Workers Can Help Rebuild Haiti*. 2010. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.wbur.com/commonhealth/2010/02/04/pih-community-health-workers-can-help-rebuild-haiti>.
38. CDC Center for Global Health – Division of Global Health Protection. *Progress Toward Rebuilding Haiti's Health System*. 2013. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/errb/pdf/progresstowardrebuildinghaitishealthsystem.pdf>.
39. Schuller M. *Haiti's Disaster after the Disaster: The IDP Camps and Cholera*. J Humanit Assist. 13 décembre 2010.
40. Klarreich K, Polman L. *The NGO Republic of Haiti: How international relief effort after the 2010 earthquake excluded Haitians from their own recovery*. 2012. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.thenation.com/article/archive/ngo-republic-haiti/>.
41. HFG Project, USAID. *Four Years Later: Rebuilding Haiti's Health System*. 2014. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.hfgproject.org/four-years-later-rebuilding-haitis-health-system/>.
42. Devlin K, Egan KF, Pandit-Rajani T. *Community Health Systems Catalog Country Profile: Haiti*. 2016. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/apc\\_haiti\\_chs\\_catalog\\_profile\\_0\\_0.pdf](https://www.advancingpartners.org/sites/default/files/catalog/profiles/apc_haiti_chs_catalog_profile_0_0.pdf).

43. Nations Unies. *Objectif de développement durable 17*. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/globalpartnerships/>.
44. McCool S. *Collective Action among Non-Governmental Organizations (NGOs) Working in Maternal and Child Health in Haiti*. *Annals of Global Health*. 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://core.ac.uk/download/pdf/154281932.pdf>.
45. Ramachandran V, Walz J. *Haiti: Where Has All the Money Gone?* CGD Policy Paper 004. Mai 2012. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cgdev.org/publication/data-set-policy-paper-004-haiti-where-has-all-money-gone>.
46. Lessard D. *International NGOs and Statebuilding: the Case of Haiti, the Phantom State*. 2010. Disponible à l'adresse suivante : <http://lup.lub.lu.se/student-papers/record/1662345/file/1662346.pdf>.
47. Gonzalez LR. *Haiti after the Earthquake: Civil Society Perspectives on Haitian Reconstruction and Dominican-Haitian Bi-National Relations*. 2010. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.progressio.org.uk/sites/default/files/Haiti-after-the-earthquake\\_low-res.pdf](https://www.progressio.org.uk/sites/default/files/Haiti-after-the-earthquake_low-res.pdf).
48. Ivers LC, Teng JE, Lascher J, et al. *Use of oral cholera vaccine in Haiti: A rural demonstration project*. *Am J Trop Med Hyg*. 2013. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.4269/ajtmh.13-0183>.
49. Haiti Community Health Roadmap. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.communityhealthroadmap.org/haiti>.
50. La Direction de Promotion de la Santé et de la Protection de l'Environnement (DPSPE): Qui sommes-nous ? 2020. Disponible à l'adresse suivante : [https://mspp.gouv.ht/newsite/\\_direction/pagePresentation.php?IDDir=8&idpres=31](https://mspp.gouv.ht/newsite/_direction/pagePresentation.php?IDDir=8&idpres=31).
51. PEPFAR. *Haiti Country Operational Plan (COP) 2019 Strategic Direction Summary*. 2019. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/09/Haiti\\_COP19-Strategic-Directional-Summary\\_public.pdf](https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/09/Haiti_COP19-Strategic-Directional-Summary_public.pdf).
52. MCSP Haiti. *Country Program Summary*. 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2017/04/Haiti-Country-Summary-March-2017.pdf>.
53. Bennett D, Romano RM, Jones B, et al. *Services de Santé de Qualité Pour Haïti (SSQH) Evaluation Report*. 2016.
54. Lowrance DW, Tappero JW, Poncelet JL, Etienne C, Frieden TR, Delsoins D. *Public health progress in Haiti*. *Am J Trop Med Hyg*. 2017. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.4269/ajtmh.17-0347>.
55. Dubuche G. *Conférence sur le Financement de la Santé, Port-au-Prince, 28-29 avril 2015*. Le Financement des soins de santé en Haïti: Une Nouvelle Perspective. 2015. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2015/04/Le-Diagnostic-du-Financement-de-la-sant--en-Ha--ti.pdf>.
56. Marsh RH, Rouhani SA, Pierre P, Farmer PE. *Strengthening emergency care: Experience in central Haiti*. *The Lancet Glob Heal*. 2015. Disponible à l'adresse suivante : [http://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70378-X](http://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70378-X).
57. Vissieres K, Casseus A (Zanmi Lasante). *Scaling Up Agents de Santé Communautaire Polyvalent in Haiti Year 1 Annual Report (18 mars 2016 au 17 mars 2017)*. 2017. Disponible à l'adresse suivante : [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00MSV5.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00MSV5.pdf).
58. Vissieres K, Casseus A (Zanmi Lasante). *Scaling Up Agents de Santé Communautaire Polyvalent in Haiti Year 3 Annual Report*. 2019.
59. Frontline Health. *Project Overview Brief: Frontline Health: Harmonizing Metrics, Advancing Evidence, Accelerating Policy*. 2021. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2020RH\\_FrontlineHealthOverviewBrief.pdf](https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2020RH_FrontlineHealthOverviewBrief.pdf).
60. PAHO TV. Dr. Laure Adrien, Directeur Général du Ministère de la Santé Publique et de la Population, Haïti. 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.youtube.com/watch?v=62Hs8mziHEA>.
61. HFG USAID. *HFG Haiti Final Report*. 2018. Disponible à l'adresse suivante : [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00T9J9.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00T9J9.pdf).
62. Global Financing Facility - Haiti. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.globalfinancingfacility.org/Haiti>.
63. Wiah SO, Subah M, Varpilah B, et al. *Prevent, detect, respond: How community health workers can help in the fight against covid-19*. *BMJ Opin*, May 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/03/27/prevent-detect-respond-how-community-health-workers-can-help-fight-covid-19/>.
64. Luckow PW, Kenny A, White E, et al. *Implementation research on community health workers' provision of maternal and child health services in rural Liberia*. *Bull World Health Organ*. 2017. Disponible à l'adresse suivante : <http://doi.org/10.2471/BLT.16.175513>.

# Annexe 1

Documents et ressources clés relatifs à la santé communautaires en Haïti

ANNÉE DE PUBLICATION	INTITULÉS OFFICIELS (EN FRANÇAIS)	TRADUCTION DES INTITULÉS (EN ANGLAIS)	NOTES
<b>PREMIÈRES POLITIQUES</b>			
2004	<i>Plan Stratégique du Secteur de la Santé pour la Réforme</i>	<i>Strategic Plan for Health Sector Reform</i>	A étendu la structure des soins de santé nationale à l'échelon des communautaires grâce à l'introduction des Unités communales de santé
2006	<i>Paquet Minimum des Services (PMS) au sein du Plan Stratégique du Secteur de la Santé pour la Réforme 2003-2008</i>	<i>Minimum Package of Services</i>	Le premier paquet de services de santé de base
<b>SUITE AU TREMBLEMENT DE TERRE DE 2010</b>			
2011	<i>Paquet Essentiel de Services (PES)</i>	<i>Essential Package of Services</i>	Sa refonte a fourni une version plus complète que celle de 2006
2011	<i>Formation de l'agent de santé communautaire polyvalent: cahier d'élève</i>	<i>Training of the Multipurpose Community Health Worker: Student Workbook</i>	Avec le Brésil et Cuba
2011	<i>Formation de l'agent de santé communautaire polyvalent: cahier de texte</i>	<i>Training of the Multipurpose Community Health Worker: Textbook</i>	
<b>PRINCIPALES POLITIQUES NATIONALES DE SANTÉ, NOTAMMENT EN MATIÈRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE</b>			
2013	<i>Plan Directeur de Santé 2012-2022</i>	<i>Healthcare Master Plan</i>	Inclut les ASCP
2012	<i>Politique National de Santé 2012</i>	<i>National Health Policy</i>	Inclut les ASCP
<b>LES POLITIQUES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE SE FONT PLUS ÉTOFFÉES</b>			
2015	<i>Organisation des soins de santé Communautaire</i>	<i>The Organization of Community Healthcare</i>	
2015	<i>Manuel du paquet essentiel de services</i>	<i>The Essential Services Package Manual</i>	
<b>LES PARTIES PRENANTES ET LE GOUVERNEMENT TRAVAILLANT ENSEMBLE POUR UNE NOUVELLE MOUTURE SUR LA POLITIQUE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE</b>			
2019	<i>Processus d'Élaboration du plan stratégique de la santé communautaire 2019-2023</i>	<i>Processes for the Development of the Strategic Plan for Community Health</i>	