



MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION

Direction de Promotion de la Santé
et de Protection de l'Environnement

HAITI



PLAN D'ACTION ET DE FINANCEMENT POUR LE RENFORCEMENT DE L'OPERATIONNALISATION DES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES POLYVALENTS (PAFO/ASCP)



RÉPUBLIQUE D'HAÏTI

Septembre 2025

TABLE DES MATIERES

Préface :	: 5
Remerciements :	: 6
Liste des sigles et abréviations :	: 7
Liste des Tableaux, figures et graphiques :	: 8
Resumé Exécutif :	: 9
INTRODUCTION	: 11
CHAPITRE 1 : GENERALITES	: 12
1. Objet et But du PAFO.....	: 12
2. Définition de l'opérationnalisation des ASCP.....	: 12
CHAPITRE 2 : CADRE D'OPERATIONNALISATION DES ASCP	: 12
1. Cadre institutionnel	: 13
2. Cadre normatif.....	: 14
3. Plan de déploiement des ASCP.....	: 14
3.1. L'ASCP, un travailleur de santé spécifique.....	: 14
3.1.1. La singularité de l'ASCP.....	: 14
3.1.2. L'ASCP, un ouvrier budgétisé ou sous contrat ?.....	: 15
3.2. Le cadre normatif défini par le PES.....	: 17
3.3. L'expérience de la cartographie de 2019 (approche communale).....	: 17
3.4. La modélisation du placement optimal des ASCP.....	: 18
3.5. Les leçons tirées de la gestion des ASCP sur ces 5 dernières années.....	: 18
3.6. L'expérience de mise à jour de la cartographie en 2024.....	: 18
4. La mise au travail des ASCP.....	: 20

4.1.	La cartographie des secteurs de l'aire de desserte du CCS.....	: 20
4.2.	Le Registre des ménages.....	: 20
4.3.	Le Plan et calendrier de travail de l'ASCP.....	: 20
5.	Synthèse	: 20
	CHAPITRE 3 : ANALYSE DE LA SITUATION DES ASCP.....	: 21
1.	Étude pour le renforcement de l'opérationnalisation des ASCP.....	: 21
2.	Résultats de la collecte des données de l'Étude pour le renforcement de l'opérationnalisation des ASCP	: 21
2.1	Constats liés à la Gouvernance des RHSC.....	: 21
2.1.1	Un faible ancrage institutionnel du Réseau des RHSC.....	: 21
2.1.2	Une dotation en ressources humaines inadéquate	: 22
2.1.3	Le terme AIP ne se retrouve que dans la documentation relative à la Santé Communautaire.....	: 22
2.1.4	Une politique de formation de base des AI à revisiter	: 23
2.2	Conditions de travail des ASCP	: 23
2.2.1	Disponibilité dans le pays	: 23
2.2.1.1	Effectifs	: 23
2.2.1.2	Financement.....	: 24
2.2.1.3	Compétence (formation)	: 25
2.2.2	Couverture de la population	: 25
2.2.3	Disponibilité des outils de travail	: 27
2.2.4	Situation des ESF et supervision.....	: 28
2.2.5	Système de rapportage des données	: 28
3.	Synthèse des problèmes liés à l'opérationnalisation des ASCP	: 29
	CHAPITRE 4 : CADRE STRATEGIQUE DE L'OPERATIONNALISATION DES ASCP	: 37
1.	Principes directeurs	: 37
1.1.	La Recherche de la pérennité	: 37
1.2.	Priorité aux zones d'urgence sanitaire	: 37
1.3.	Recentrage des ASCP dans le réseau institutionnel du CCS	: 37
1.4.	Organisation de l'appui autour de l'ESF comme unité d'opérationnalisation des ASCP	: 37
2.	Objectifs	: 38
2.1.	Objectif général	: 38
2.2.	Objectifs spécifiques	: 38
2.3.	Résultats attendus	: 38
3.	Axe d'intervention et activités clés	: 38
	CHAPITRE 5. CADRE DE SUIVI-EVALUATION DU PAFO.....	: 42

1. Indicateurs de performance.....	: 42
2. Système de rapportage des données.....	: 43
3. Mécanisme de mise à jour de la cartographie des ASCP et du Plan de déploiement	: 43
4. Coordination des Interventions	: 43
CONCLUSION	: 44
ANNEXE : PLAN DE DEPLOIEMENT DES ASCP	: 45
Biographie	: 117



RÉPUBLIQUE D'HAÏTI

MSPP



Dr Sinal BERTRAND

Ministre de la Santé Publique et de la Population

PRÉFACE

Dans un moment où notre pays traverse l'une des périodes les plus critiques de son histoire récente, la capacité de notre système de santé à protéger chaque citoyen dépend plus que jamais de la force de son réseau communautaire. La santé communautaire, pilier fondamental et stratégique, constitue la première ligne de défense sanitaire, en particulier dans nos zones rurales, isolées ou périphériques, où les besoins sont souvent les plus pressants et les services les plus difficiles d'accès.

C'est précisément dans ce contexte que le rôle des Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCP) prend toute son importance. Depuis plusieurs années, ils se tiennent au premier rang de la réponse sanitaire, jouant un rôle vital dans la prévention, l'éducation pour la santé, le dépistage précoce, l'accompagnement des familles, ainsi que dans la surveillance épidémiologique de proximité. Ils sont le lien vivant entre les structures sanitaires et la population, agissant là où les besoins sont les plus pressants.

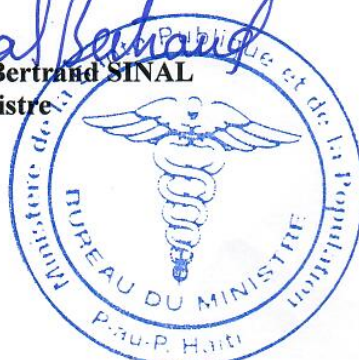
Cependant, leur mission se heurte encore à de nombreuses contraintes structurelles, techniques et financières. Parmi celles-ci figurent notamment l'absence de financement durable, le manque d'ancrage institutionnel, le faible soutien logistique, la rareté des opportunités de formation continue et un encadrement encore limité. Face à de tels défis, il devient impératif d'inscrire leur action dans une vision renforcée, cohérente et soutenue par des mécanismes opérationnels viables.

Le Plan d'Action et de Financement pour le Renforcement de l'Opérationnalisation des Agents de Santé Communautaire Polyvalents (PAFO/ASCP) trace une feuille de route claire, structurée et réaliste, destinée à doter le pays d'un cadre stratégique durable, fondé sur des objectifs précis, des investissements structurants et des mesures opérationnelles permettant de renforcer la performance, la motivation et l'ancrage institutionnel des ASCP.

Ce document est le fruit d'un engagement collectif ; celui de donner aux communautés les moyens réels d'être actrices de leur propre santé, et à l'État, avec l'appui de ses partenaires, la capacité de garantir des services de proximité équitables, adaptés et résilients.

Je souhaite que le PAFO/ASCP soit utilisé comme un outil stratégique de planification, de programmation et de plaidoyer. Il doit guider nos actions, orienter l'allocation de ressources et renforcer la synergie entre les institutions nationales, les partenaires et les communautés. Sa mise en œuvre réussie contribuera non seulement à améliorer l'accès aux soins essentiels, mais également à renforcer la surveillance communautaire, à prévenir les épidémies, à réduire les inégalités sanitaires et à consolider la confiance de la population envers son système de santé.

Sinal Bertrand
Dr Bertrand SINAL
Ministre





Dr Gabriel THIMOTHEE

Directeur Général du Ministère de la Santé Publique et de la Population

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce Plan d'Action et de Financement pour le Renforcement de l'Opérationnalisation des Agents de Santé Communautaires Polyvalents en Haïti est le fruit d'un vaste processus de consultation, de concertation et de travail collaboratif impliquant un large éventail d'acteurs nationaux et internationaux engagés dans le renforcement du système de santé communautaire.

La Direction Générale du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) adresse ses sincères remerciements à toutes les institutions, organisations, plateformes communautaires, experts techniques, représentants locaux, ainsi qu'aux ASCP eux-mêmes, pour leur disponibilité et leur engagement constant aux côtés des communautés les plus vulnérables ; et surtout, leurs contributions remarquables qui ont permis l'élaboration de ce document.

La Direction Générale exprime une gratitude particulière au Fonds Mondial, à la Banque Mondiale et au Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), dont l'appui financier et technique a rendu possible le processus d'élaboration de ce plan. Leur soutien a été déterminant non seulement pour la coordination méthodologique, mais également pour l'inclusion des priorités stratégiques nationales en matière de santé communautaire et de résilience sociale.

Ces remerciements vont également :

- Aux Directions centrales et départementales du MSPP qui ont fourni des données techniques, stratégiques et opérationnelles ;
- Aux partenaires techniques et financiers, ONG locaux pour leur accompagnement ;
- Aux institutions locales, organisations communautaires et cadres opérationnels ayant pris part aux consultations sur le terrain ;
- Aux équipes d'appui logistique, administratif et analytique ayant contribué à la finalisation de ce document.

Que tous puissent trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.


Dr Gabriel TIMOTHEE
Directeur Général

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ADA	: Auto Dépistage Assisté du VIH
AI	: Auxiliaire Infirmière
AIP	: Auxiliaire Infirmière Polyvalente
ASC	: Agent de Santé Communautaire
ASCP	: Agent de Santé Communautaire Polyvalent
BCS	: Bureau Communal Sanitaire
CCS	: Centre Communautaire de Santé
CS	: Centre de Santé
DHIS 2	: District Health Information Software 2
DFPSS	: Direction de Formation et de Perfectionnement en Science de la Santé
DPSPE	: Direction de Promotion de la Santé et de Protection de l'Environnement
DRH	: Direction des Ressources Humaines
DSA	: Département Sanitaire de l' Artibonite
DSC	: Département Sanitaire du Centre
DSGA	: Département Sanitaire de la Grande-Anse
DSI	: Direction des Soins Infirmiers
DSNi	: Départements Sanitaire des Nippes
DSN	: Départements Sanitaire du Nord
DSNE	: Département Sanitaire du Nord-Est
DSNO	: Département Sanitaire du Nord-Ouest
DSO	: Département Sanitaire de l'Ouest
DSS	: Département Sanitaire du Sud
DSSE	: Département Sanitaire du Sud-Est
ESF	: Équipe Santé Familiale
FAP	: Femme en âge de procréer
FBR	: Financement Basé sur les Résultats
GRH	: Gestion des Ressources Humaines
HCR	: Hôpital Communautaire de Référence
HG	: Hôpital Général
IC	: Infirmière Communale (Infirmière en Chef de l'Équipe Santé Familiale)
IHSD/IMA	: Integrated Health Resilience Activity - IMA World Health /Activité intégrée de résilience sanitaire-IMA Santé Mondiale
IS	: Institution Sanitaire
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
PAFO/ASCP	: Plan d'Action et de Financement pour le renforcement de l'Opérationnalisation des ASCP

PCPI	: Prise en charge des Contacts des Patients Index
PEPFAR	: President Emergency Plan for AIDS Relief
PES	: Paquet Essentiel de Service
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PLR	: Patient Linkage and Retention/ Lien et rétention des patients
PNCM	: Programme National de lutte Contre la Malaria
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PNLT	: Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNN	: Programme National de Nutrition
PNUD	: Programme des Nations Unies pour le Développement
PSSC	: Plan Stratégique de Santé Communautaire
SSC	: Stratégie de Santé Communautaire
RISS	: Réseau Intégré des services de santé
RHSC	: Ressources humaines en Santé communautaire
SIGRH	: Système d'Information et de Gestion des Ressources Humaines
SISNU	: Système d'Information Sanitaire National Unique
SR/PF	: Santé de la Reproduction et Planification Familiale
SSC	: Stratégie de Santé Communautaire
SSH	: Système Sanitaire Haïtien
SYSEP	: Système d'Évaluation de la Performance
TB	: Tuberculose
TDR	: Test de Dépistage Rapide
TPT	: Traitement Préventif de la Tuberculose
UAS	: Unité d'Arrondissement Sanitaire
UNICEF	: Fonds des Nations unies pour l'enfance
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZL	: Zanmi Lasante

LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET GRAPHIQUES

❑ Liste des Tableaux

Tableau 1 : Avantage et inconvénient de la budgétisation dans le contexte haïtien	: 16
Tableau 2 : Avantage et inconvénient de la contractualisation dans le contexte haïtien.....	: 16
Tableau 3: Besoins en ASCP, AIP et IC pour la couverture des différentes zones par départe- ment sanitaire	: 26
Tableau 4 : kit standard de l'ASCP	: 27
Tableau 5: Matériels et intrants spécifiques de l'ASCP pour la lutte contre la Malaria, le VIH et la Tu- berculose.....	: 27
Tableau 6: Synthèse des problèmes prioritaires pour l'opérationnalisation des ASCP	: 29
Tableau 7: Cadre stratégique du PAFO	: 39

❑ Liste des Figures

Figure 1: Processus d'opérationnalisation des ASCP	: 12
Figure 2 : Structure du système sanitaire haïtien et cadre d'opérationnalisation de l'ESF et des ASCP.....	: 13
Figure 3 : Programme d'opérationnalisation des ASCP	: 20
Figure 4 : Illustration du manque d'encrage institutionnel des ASCP	: 22
Figure 5 : Mécanisme de rapportage des données communautaires	: 43

❑ Liste des Graphiques

Graphique 1 : Évolution de l'effectif des ASCP de 2019 à 2024.....	: 24
Graphique 2 : Cartographie des bailleurs intervenant dans le financement des ASCP	: 24
Graphique 3 : Niveau de couverture des populations des Départements sanitaires par les ASCP	: 25
Graphique 4 : Indicateurs de performance globale des ASCP dans les domaines d'intervention du PES	: 42
Graphique 5 : indicateurs de performance du VIH/Sida/tuberculose/Malaria.....	: 42

RÉSUMÉ EXÉCUTIF



Les ASCP sont le point de convergence de toutes les interventions en matière de santé au niveau communautaire. Ils sont même au cœur de l'action multisectorielle qui caractérise l'approche 'une seule santé' intégrant la santé humaine, animale, environnementale et la sécurité sanitaire des aliments. En un tel contexte, la mise au travail effective de ces ouvriers mérite une attention particulière. Le PAFO répond à cette nécessité. Il est rédigé dans le but de créer les conditions pour rendre fonctionnel le réseau des ASCP des Centres Communautaires de Santé.

❑ Dans quel cadre s'effectue l'opérationnalisation des ASCP ?

- Au plan institutionnel, le CCS situé dans la section communale en milieu rural ou semi rural, au 1er échelon du 1er niveau de la pyramide sanitaire, à la porte d'entrée du système de soins, demeure le point d'appui de l'opérationnalisation des ASCP. Ces derniers sont en bout de chaîne de l'Équipe Santé Familiale (ESF), qui selon le modèle d'organisation des services de santé communautaire, couvre tout le 1er niveau de la pyramide sanitaire placé sous la coordination de l'UAS.
- Au plan normatif, le PES précise que la population du bassin de desserte du CCS est subdivisée en plusieurs secteurs spécifiques de 1000 individus chacun tenu par un ASCP. Il en résulte un ratio de couverture de la population qui selon la modélisation du placement optimal des ASCP varie selon le milieu de vie : 1/1000 habitants en zone rurale, 1/2500 habitants en zone urbaine et 1/4000 habitants dans la zone métropolitaine de Port-Au-Prince.

- De façon pratique, deux (2) jalons sont à prendre en considération dans l'opérationnalisation des ASCP :
 - L'élaboration du Plan de Déploiement des ASCP : Ce document est le référentiel pour le recrutement/enrôlement, la formation et la mise à disposition d'outils de travail pour rendre opérationnel les ASCP. De par sa singularité, l'ASCP déroge en plusieurs points au statut des autres travailleurs de santé : Membre d'une communauté et résident de la communauté, son choix est attesté par un PV des leaders communautaires de sa zone de résidence pour garantir sa légitimité. Sa mission consiste à assister les individus et les familles dans la satisfaction de leurs besoins en santé de façon intégrée.
 - La mise au travail effective des ASCP : Elle passe préalablement par le respect de trois (3) standards fondamentaux : (i) la délimitation du bassin de desserte du CCS en secteurs de 1000 habitants (Cartographie sectorielle du CCS) tenus chacun par un ASCP ; (ii) la constitution ou la mise à jour des registres de ménages du secteur comme première tâche de l'ASCP après sa prise de fonction ; (iii) l'élaboration du Plan de travail mensuel de l'ASCP segmenté de façon hebdomadaire. A ces trois (3) éléments de base, il faut ajouter, toujours selon les standards, au moins deux (2) sorties hebdomadaires de supervision de l'Auxiliaire-Infirmière Polyvalente et la tenue des réunions mensuelles de suivi au CCS, facilitée idéalement par l'Infirmière Communale, en vue du recueil des données dont l'analyse permettra le suivi de la performance des ASCP et le rapportage des données institutionnelles communautaires.
- Quel est l'état des lieux de la situation des ASCP au moment de l'élaboration du PAFO ?
 - En matière de gouvernance locale, l'on note un ancrage institutionnel insuffisant du réseau des ASCP pour la mise en œuvre de la Stratégie de Santé Communautaire : Rendre fonctionnel le Réseau institutionnel des ASCP dans le cadre global de l'Équipe Santé Famille (ESF) aux fins de l'atteinte des objectifs de la SSC matérialisé par les cibles des programmes prioritaires pour la population couverte par le centre de santé, est le plus grand défi de la gestion locale des ASCP
 - Au niveau de la formation des RHSC, la non appropriation, par l'État, de la formation initiale et continue des Auxiliaires-Infirmières et ASCP est à déplorer : La production des RHSC est actuellement totalement dépendante du financement de l'assistance externe. Il en est de même des interventions de renforcement de compétences.
 - Relativement à la disponibilité des RHSC, il y a une insuffisance des effectifs : Le nombre total d'ASCP disponible en Haïti est passé de 4411 en 2019 à 3716 en 2024, soit un taux de déperdition de 16%.

- La couverture de la population reste insuffisante : 13% de la population (soit plus de 1 700 000 habitants) ne bénéficient encore d'aucune couverture en ASCP. Ces populations vivent dans des zones de silence. Il faudra 749 ASCP ; 63 AIP et 9 IC à l'échelle de tout le pays pour combler les besoins de ces zones.
- Les financements des ASCP sont irrégulières et imprévisibles : 57% des effectifs sont payés par bailleurs. A l'heure actuelle, seulement le 1/3 des effectifs ont la garantie du financement par la budgétisation, à partir du Trésor Public.
- Le Mécanisme d'approvisionnement des ASCP n'est pas fonctionnel : L'approvisionnement en équipement, matériel et intrant se fait de manière aléatoire ; certaines fois, à travers l'ESF qui est encore une entité virtuelle. Il s'en suit un problème de traçabilité et aussi de suivi du matériel reçu.
- Les Supervisions des RHSC sont irrégulières et peu structurées : Cette supervision est impossible dans les CCS dotés d'une seule Auxiliaire-Infirmière ; elle est irrégulière dans les autres CCS par manque de moyens. En plus, chaque intervenant utilise son propre outil de supervision. Le contenu de la supervision n'est pas défini ; elle se résume essentiellement à accompagner les ASCP dans les postes de rassemblement. De fait, la supervision formative est pratiquement inexistante.
- Enfin, les données du niveau communautaire ne sont pas disponibles pour le suivi des résultats et de la performance des RHSC : Elles ne sont pas correctement et régulièrement enregistrées ; elles ne sont généralement pas postées dans la DHIS2. La rétro-information et l'utilisation des données ne sont pas systématiques. Dans la plupart des institutions de santé, la contribution du niveau communautaire à la performance de l'institution de santé n'est pas documentée, donc pas reconnue.

- Le cadre stratégique proposé par le PAFO en réponse à ces problèmes s'articule sur les principes de recherche de la pérennité, de priorité accordée aux zones d'urgences sanitaires (zone de silence, zone de flambées épidémiologique et les camps de Personnes Déplacées Internes) et de structuration de l'appui autour des unités d'opérationnalisation des ASCP (CCS et son Réseau d'ASCP rattaché à l'ESF). L'objectif du PAFO consiste à contribuer à sauver des vies par l'atteinte des cibles des programmes prioritaires grâce au déploiement, l'équipement et la mise au travail des ASCP. Cet objectif général se décline en cinq (5) objectifs spécifiques : (i) Renforcer la gouvernance locale des Ressources Humaines de Santé Communautaire (RHSC) ; (ii) Assurer que les RHSC disposent des compétences nécessaires pour bien remplir leurs tâches (formation initiale et continue, supervision) ; (iii) Assurer la disponibilité des RHSC, en quantité suffisante au niveau de toutes les sections communales et communes du pays ; (iv) Assurer l'approvisionnement régulier et continu des RHSC en équipements, matériels, intrants et outils de gestion des données ; (iv)

Renforcer le cadre de suivi des interventions au niveau communautaire pour assurer la disponibilité de données fiables dans le SISNU et leur utilisation pour la prise de décision. Les résultats attendus du PAFO sont : (i) Accroissement de la couverture de la population par les ASCP sur tout le territoire national ; (ii) Fonctionnement/évolution des ASCP dans un cadre structuré ; (iii) Amélioration de la performance des RHSC grâce à des mécanismes adéquats et fonctionnels de renforcement de compétences – formation initiale, formation continue, supervision, évaluation de performance ; et, (iv) Augmentation de la disponibilité de données fiables, à travers le SISNU et leur utilisation opportune pour la prise de décision à tous les niveaux.

L'atelier de validation du PAFO a recommandé, pour le statut juridique des ASCP, une modalité de contractualisation sur une durée moyenne de 3 à 5 ans, afin de garantir une certaine flexibilité et une meilleure maîtrise des effectifs dans l'exercice de fonction des ASCP, la performance étant la norme pour la reconduction des contrats. En tout état de cause, l'efficacité du travail des ASCP, que ce soit par nomination ou par contractualisation, appelle des aménagements dans le cadre réglementaire les régissant.

INTRODUCTION

Les ASCP sont au cœur de la stratégie de promotion, prévention et sensibilisation formulée par le Ministère de la Santé Publique et de la Population dans le Cadre d'Actions Prioritaires (CAP) publié en février 2025. En effet, dans un contexte de rareté de ressource, la prévention primaire, secondaire et tertiaire apparaissent comme le moyen le plus approprié pour sauver des vies.

Pour l'OMS et l'UNICEF, il faut accorder la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations¹. Pour parvenir à une couverture sanitaire véritablement universelle, il faut passer des systèmes de santé conçus autour des maladies et des établissements à des systèmes de santé conçus pour les personnes, avec les personnes. Selon les estimations de l'OMS, 75 % des progrès sanitaires prévus dans le cadre des objectifs de développement durable pourraient être réalisés grâce aux soins de santé primaires qui permettraient notamment de sauver plus de 60 millions de vies et d'augmenter l'espérance de vie moyenne de 3,7 ans d'ici à 2030².

Depuis que le Covid 19 a bouleversé le monde de la santé, une attention particulière est accordée au Règlement Sanitaire International (RSI). Il est apparu clairement que les menaces sanitaires mondiales ne connaissent pas de frontières. L'approche « Une seule santé » (One Health) préconisée aujourd'hui par l'Organisation Mondiale de la Santé repose sur l'intégration des santés humaine, animale et envi-

¹ in A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals, 2018

² OMS, Réorientation des systèmes de santé vers les soins de santé primaires, fondement de la couverture sanitaire universelle, et préparatifs d'une réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle, Rapport du Directeur général, 9 janvier 2023

ronnementale pour prévenir et contrôler les risques sanitaires émergents. Dans ce cadre, la détection précoce des maladies, la surveillance épidémiologique et la mobilisation communautaire sont essentielles. En Haïti, les Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCP) jouent un rôle pivot dans ce dispositif, en tant qu'interface entre le système de santé et les populations, surtout dans les zones rurales et difficiles d'accès. Leur mobilisation et leur renforcement constituent un levier stratégique pour la détection rapide des cas et la prévention des épidémies, contribuant ainsi à la sécurité sanitaire globale.

Le présent document trace le cadre pour l'opérationnalisation de ces travailleurs de santé, ouvriers essentiels pour la performance du système sanitaire haïtien. Il est structuré en 5 parties :

- Chapitre 1 : le cadre général du Plan d'Action et de Financement pour le renforcement de l'Opérationnalisation des ASCP ;
- Chapitre 2 : le cadre institutionnel, normatif et pratique de l'opérationnalisation des ASCP
- Chapitre 3 : l'analyse de la situation des ASCP
- Chapitre 4 : le cadre stratégique pour l'opérationnalisation des ASCP
- Chapitre 5 : le cadre de suivi-évaluation du Plan.

En annexe est rattaché le Plan de déploiement des ASCP, référentiel pour le recrutement/enrôlement, la formation et le déploiement sur le terrain des nouveaux ouvriers.

CHAPITRE 1 : GENERALITES

1. Objet et But du PAFO

Pourquoi un Plan d'Action et de Financement pour accroître les capacités opérationnelles des ASCP (PAFO/ASCP) alors que le pays dispose déjà d'une Stratégie Nationale de Santé Communautaire (SSC) valide couvrant la période 2020-2030 ?

Le PAFO/ASCP est élaboré pour répondre à un besoin unique et précis : l'opérationnalisation des ASCP. Mais, que recouvre ce concept ?

2. Définition de l'opérationnalisation des ASCP

Plus qu'un simple déploiement de relais communautaires sur le territoire national, l'opérationnalisation des ASCP est la mise au travail effective de ces derniers de sorte qu'une remontée de données issue de leurs activités soit retracée afin de rendre possible l'évaluation de leur performance. Il s'agit donc d'un processus dynamique faisant appel à des techniques et outils de GRH impliquant le recrutement, la formation, l'équipement, l'affectation à une zone de travail bien circonscrite avec des groupes cibles, le rapportage des données liées à l'exécution de la charge de travail et l'analyse de ces données pour apprécier le résultat obtenu.



Figure 1 : Processus d'opérationnalisation des ASCP

Ces points seront d'avantage développés au chapitre suivant relatif au cadre dans lequel se réalise l'opérationnalisation des ASCP.

CHAPITRE 2 : CADRE D'OPERATIONNALISATION DES ASCP

L'opérationnalisation des ASCP se réalise au 1^{er} échelon du 1^{er} niveau de la pyramide sanitaire, c'est-à-dire à la porte d'entrée du système de soins. Cette opérationnalisation est encadrée par des normes. Son approche méthodologique d'implémentation fait d'abord appel à l'élaboration d'un référentiel : le Plan de déploiement des ASCP, suivi de la mise en œuvre d'outils devant constater le travail effectif des ASCP.

1. Cadre institutionnel

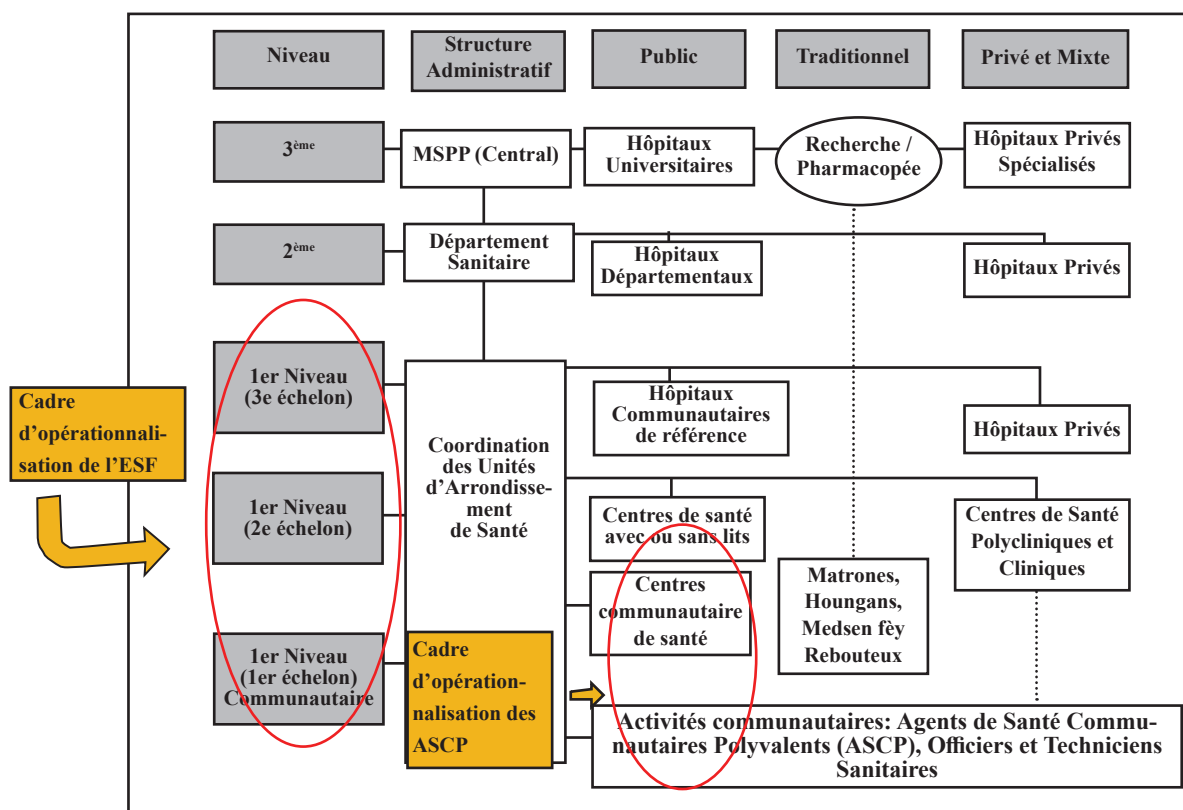


Figure 2 : Structure du système sanitaire haïtien et cadre d'opérationnalisation de l'ESF et des ASCP

L'Équipe Santé Familiale (ESF) dans laquelle se trouvent en bout de chaîne les ASCP couvre tout le 1^{er} niveau de la pyramide sanitaire placé sous la coordination de l'UAS. Il va s'en dire que la fonctionnalité des UAS est déterminante pour un meilleur encadrement des ESF dont l'architecture repose sur une interconnexion des institutions sanitaires du niveau primaire à travers le Réseau Intégré des Services de Santé (RISS). De même que le présent volume traite de l'opérationnalisation des ASCP, un second devrait être consacré à l'opérationnalisation des ESF en prenant en compte les autres piliers du modèle d'organisation des services de santé communautaire que sont le RISS et les comités santé.

Pour ce qui est des ASCP, le CCS demeure le point d'appui de leur opérationnalisation. En effet, l'histoire du SSH montre que le CCS et son bassin de desserte a toujours été le cadre d'opérationnalisation des ASCP. Depuis les années 1975 dans le cadre du premier Plan national de santé, la promotion de la santé a été retenue comme programme à réaliser³. Dans la mission assignée alors aux dispensaires (maintenant CCS) il est écrit : *“les dispensaires sont appelés non seulement à fournir les soins curatifs, mais surtout à promouvoir la santé dans leur sphère d'influence”*. Il apparaît donc clairement que le CCS est investi d'une double mission : une mission curative et une mission de promotion de la santé.

3 MSPP, Document de Politique de Promotion de la santé, 2010

Et c'est cette dernière mission qui justifie la mobilisation de relais communautaires, dénommés « col-vol » c'est-à-dire, des collaborateurs volontaires. Déjà au début des années 80, les Agents de Santé Communautaires formés étaient polyvalents; ils œuvraient dans tous les domaines liés à la promotion de la sante et la prévention des maladies. Ils faisaient l'éducation des ménages et la sensibilisation de la communauté sur la prévention et la prise en charge des maladies les plus courantes. Les “agents verticaux” ou agents de terrain ont vu le jour avec la mobilisation des ressources de la coopération externe dans le cadre des programmes TB et VIH. Le Terme “Polyvalent” a été adopté à la fin de la décennie 90 faisant ainsi évoluer le terme ASC en ASCP . il a été officialisé avec l'appui du Projet Tri-Partite autour de 2012-2013 dans le cadre du Projet Pilote ayant abouti à la formulation du modèle de soins de santé Communautaire. En 2017, une directive du MSPP a consacré la suppression des agents verticaux et l'uniformisation des compétences sur l'ensemble du territoire national en celui d'ASCP. Ceci justifie les efforts déployés à l'heure actuelle avec l'appui du Fonds Mondial pour la conversion des derniers ASC en ASCP. La mission des ASCP a été restructurée et leur curricula de formation révisé pour prendre en compte l'ensemble des interventions des programmes prioritaires. Aujourd'hui, l'atteinte des cibles des programmes est étroitement lié à leur performance.

2. Cadre normatif

L'approche qui vient d'être décrite a été reprise et explicitée par le PES⁴ qui apporte des précisions importantes tant sur les variables qui entourent l'institution sanitaire que sur le profil et l'effectif des RH à mobiliser.

- Le CCS se situe dans la section communale en milieu rural ou semi rural. La population de son bassin de desserte varierait entre 5000 et 6000 individus ;
- L'aire desservie par le CCS est à son tour subdivisée en plusieurs secteurs spécifiques de 1000 individus chacun tenu par un ASCP. C'est de là que vient le ratio de 1 ASCP/1000 habitants en milieu rural qui a servi de base à la détermination des besoins en ASCP du pays.
- Ainsi, l'équipe du CCS est formée d'un/e (1) auxiliaire-infirmière/infirmier (AI)⁵ et d'un réseau de 5 à 6 ASCP (jusqu'à 10 ASCP selon la SSC). Les ASCP font donc partie de l'effectif du CCS et sont des personnels extérieurs du CCS. A ce titre dans le SIGRH, ils devraient figurer au titre du CCS auquel ils sont rattachés.
- L'Auxiliaire-Infirmière (AI) supervise les ASCP et participe, une à deux fois par semaine, aux visites domiciliaires, aux postes de rassemblement et/ou aux réunions communautaires. Nous trouvons là un indice pour la fréquence et l'objet des supervisions des ASCP.

4 MSPP, Document de Paquet Essentiel de Service (PES), 2016

5 Auxiliaire Infirmière Polyvalente (AIP) selon la SSC. Cette allocation en RH sera discutée un peu plus loin chapitre 3/ 2.1.2

3. Plan de déploiement des ASCP

Le Plan de Déploiement des ASCP est le référentiel pour le recrutement, la formation et la mise à disposition d'outils de travail des ASCP. Son élaboration est l'aboutissement d'un processus qui a pris en compte :

- La spécificité des ASCP et leur statut de travail en Haïti
- Le cadre normatif défini par le PES
- L'expérience de la cartographie de 2019 (approche Communale)
- La modélisation du placement optimal des ASCP
- Les leçons tirées de l'expérience de travail avec les ASCP ces 5 dernières années
- L'expérience de mise à jour de la cartographie en 2024 (approche Section communale)
- La validation du Plan de déploiement des ASCP incluant les AIP et les IC

1.1. L'ASCP, un travailleur de santé spécifique

1.1.1. La singularité de l'ASCP

Plusieurs éléments font de l'ASCP une ressource humaine de santé particulière qui déroge en plusieurs points au statut des autres travailleurs de santé.

- Il est membre d'une communauté, résident de la communauté. Les leaders communautaires ont porté sur lui leur choix (PV de réunion) afin qu'il assiste les individus et les familles dans la satisfaction de leurs besoins en santé de façon intégrée. Ce choix est par la suite entériné par le Ministère. De fait, le processus de recrutement de l'ASCP part du bas vers le haut et non du haut vers le bas, comme pour les autres prestataires en santé, à la suite d'un appel à candidature.
- Ce principe de recrutement (enrôlement) fonde la légitimité de l'ASCP au sein de sa communauté. Il est primordial pour ce dernier de bénéficier de la confiance des ménages, lesquels seront invités à lui ouvrir leur porte pour les visites domiciliaires ; ce qu'ils ne feraient pas à un inconnu. Ce point justifie aussi la raison pour laquelle un ASCP ne peut être transféré tout de go dans une localité et être investi dans sa fonction, sans une période d'intégration.
- Quoique rattaché à un CCS, le poste de travail de l'ASCP n'est pas un bureau mais une aire de santé, c'est-à-dire une zone géographique bien délimitée pour éviter des empiètements. A ce titre, le point de départ de son travail consistera à enregistrer les ménages de son Secteur/Aire de travail et classer les membres par groupes cibles en utilisant le formulaire standard du MSPP (H/F, FAP,

Femmes enceintes, Enfants de 0 à 11 mois, Enfant de moins de 5 ans). Ces cibles sont déterminantes pour apprécier son volume de travail. L'ASCP est donc amené ici à tenir un registre de ménage, ce qui offre un point de contact pour la multisectorialité. Cette multisectorialité est de plus en plus affirmée avec le concept « One Health » (une seule Santé) qui intègre la santé humaine, animale, environnementale et la sécurité sanitaire des aliments.

- En raison, de ce qui a été dit plus haut, l'ASCP doit être conscient qu'il a vocation à faire carrière dans la communauté, sauf si le parcours professionnel (Profil de carrière) lui permet de faire une transition vers l'emploi d'Auxiliaire Infirmier(ière) ou tout autre emploi pour lequel il a les qualifications nécessaires.

Au terme de ce passage en revue de la situation de travail de l'ASCP, une préoccupation sollicite l'esprit : de la budgétisation ou contractualisation, quelle serait la meilleure approche pour l'enrôlement des ASCP en Haïti ?

1.1.2. L'ASCP, un travailleur de santé budgétisé ou sous contrat ?

Le cadre juridique de l'administration publique haïtienne est régi par le Décret portant révision du Statut Général de la Fonction Publique datant du 17 mai 2005. Ce texte offre deux (2) possibilités pour le recrutement des agents publics : la nomination et la contractualisation. Selon l'article 6, la nomination ou budgétisation correspond à un emploi permanent assuré par des agents publics ayant le statut de fonctionnaires. Quant à la contractualisation sur le budget de l'État, aux termes de l'article 13, elle permet d'accéder à un emploi non permanent et à un service pour une durée de temps limitée circonscrite dans l'exercice fiscal et prévue par le contrat.

Ainsi, si l'ASCP est un ouvrier à temps plein :

- Il doit globalement pouvoir justifier de 8h de travail /jour et 40h/semaine ; cependant, son horaire de travail ne peut être rigide. Il doit être flexible pour lui permettre de : (i) programmer les activités communautaires en tenant compte de la disponibilité des membres de la communauté, (ii) répondre aux sollicitations des ménages et membres de la communauté quel que soit le moment.
- D'où la nécessité de se doter d'outils pour s'assurer qu'il réalise effectivement le travail pour lequel il est payé ;
- Il consacre alors toute sa force de travail à l'État, qui doit en retour, lui garantir un salaire et des avantages sociaux

Par contre, si l'ASCP est un ouvrier sous contrat :

- Sa rémunération/motivation peut se faire sur la base d'un cahier de charge et d'une prestation à fournir

Les tableaux 1 et 2 présentent les avantages et les inconvénients de chaque forme de contrat.

Tableau 1 : Avantage et inconvénient de la budgétisation dans le contexte haïtien

BUDGETISATION		
Avantages	Inconvénients	Modalités de Contingence
Financement garanti	Risque de léthargie du fait de la garantie du salaire et de l'emploi. Exemple de déviation : Dans une localité, une fois budgétisé, l'ASCP est venu s'installer en ville et c'est à moto qu'il regagne son poste de travail les matins pour mener quelques activités	Systématiser l'évaluation de la performance assortie de sanction positive ou négative
Permanence de l'emploi	Rigidité : l'emploi reste permanent jusqu'à la retraite qui reste un acte volontaire en Haïti. Quid de sa performance et de ses capacités physiques après 50 ans ? l'ASC budgétisé le plus âgé encore en exercice est né en 1944 !	Inclure une clause réglementaire : - Pour encadrer le recrutement : 18-35 ans - Baliser l'âge de départ à la retraite Garantir à l'ASCP le Statut de travailleur particulier la Santé ?
Ouvrir une carrière	Risque de défection : Sans profil de carrière l'ASCP est "condamné" à passer toute sa vie à un poste de travail dans la communauté ce qui est improbable	Finaliser et faire adopter le Plan de carrière des emplois de la santé
Disponibilité du personnel	Les ASCP deviennent de loin le groupe professionnel le plus important du MSPP (presque 1/3 de l'effectif total). D'où risque de paralysie du Ministère en cas de mouvement de revendication souvent récurrent (un mouvement en 2023 réclamait l'équivalent d'un salaire de Médecin !)	Instaurer un cadre de dialogue permanent pour prendre en compte les préoccupations du groupe professionnel
Mobilité géographique	Inapplicable sauf réintégration dans une nouvelle communauté où il trouvera un autre ASCP déjà en poste	Encadrer la mobilité géographique dans une clause réglementaire

Tableau 2 : Avantage et inconvénient de la contractualisation dans le contexte haïtien

CONTRACTUALISATION		
Avantages	Inconvénients	Modalités de Contingence
Emploi non permanent : l'État n'est pas engagé à long terme	Impact psychologique et risque d'instabilité de l'emploi du fait de la non-reconduction de contrat pour des difficultés économiques ; pression au plan administratif pour le renouvellement des contrats	Introduire une clause réglementaire pour la durée du Contrat
Flexibilité de l'emploi selon les besoins : renforcement du nombre d'ouvrier dans les zones de flambées ou de crise	Risque de défection au sein des ouvriers en situation d'attente	Créer des conditions de travail décent et attractif
Offre la perspective du temps partiel et d'une rémunération uniquement sur le temps de travail	Risque de déperdition dans le temps de travail ; nécessite un cadre de suivi-évaluation efficace	Favoriser le FBR ou un mode de rémunération non salarial
Maintient la pression du Résultat et de la performance	Risque de protestation (grève) au cas où la performance n'est pas prise en compte dans la GRH	Prévoir les modalités de sanction positive (récompense) en cas de performance et de sanction négative (blâme) en cas de contre-performance ; Prendre en compte la performance dans le profil de carrière
Permet de corriger les écarts dans la couverture géographique	Risque de mécontentement et de trouble social en cas de non-reconduction d'un contrat	Diffuser le plan de déploiement Vulgariser le découpage en secteur du bassin de desserte des CCS

Au terme des discussions, l'atelier de validation du PAFO a fait choix de la modalité de contractualisation mais sur une durée moyenne qui garantit une certaine flexibilité et une meilleure maîtrise des effectifs dans l'exercice de leur fonction., la performance étant la norme pour la reconduction des contrats.

En tout état de cause, l'efficacité du travail des ASCP, que ce soit par nomination ou par contractualisation, appelle des aménagements tant dans le cadre réglementaire qui les régit que dans leurs outils de gestion. Ceci devrait être pris en compte dans un axe stratégique du PAFO. Ces aménagements concernent notamment :

- L'élaboration d'une description de poste standard à intégrer dans le REC+
- En ce qui concerne le recrutement/enrôlement : l'introduction d'une disposition encadrant l'âge et le niveau d'étude des aspirants/postulants ;

- Pour ce qui est des dispositions contractuelles : introduire une clause sur la durée moyenne du contrat (3 à 5 ans) et l'âge de départ à la retraite ;
- L'élaboration d'un Profil de carrière des ASCP pour compléter le projet de profil de carrière des personnels de santé existant ;
- Et enfin, la systématisation du SYSEP pour les ASCP et la définition d'indicateurs clairs de performance

Au demeurant, un contrat standard de l'ASCP, qu'il soit budgétisé ou contractuel, devrait être développé et utilisé partout dans le pays.

1.2. Le cadre normatif défini par le PES

Le cadre normatif du PES pour les ASCP a été présenté au point 2 ci-dessus et ne nécessite que l'on y revienne ici que pour quelques spécificités à relever. En effet, la réalité du terrain est que :

- Toutes les sections communales ne sont pas dotées de CCS, mais elles ont tout de même une population : dans ce cas leurs ASCP sont rattachés au CCS ou Institution Sanitaire du premier niveau de la pyramide sanitaire la plus proche ;
- Pour les ASCP rattachés au 1^{er} niveau à des institutions sanitaires autres que le CCS : Ces Institutions sanitaires (CS, HCR) doivent être considérées comme établissement de premier recours pour la population de la section communale où elles sont implantées ; de ce fait, ces institutions jouent le rôle de CCS, pour la population de cette section communale. A cet égard, un service de santé communautaire devrait y être ouvert pour prendre en charge l'organisation des services au niveau communautaire ordinairement dévolue au CCS.
- Quant aux HD ou HU, ils se trouvent au chef-lieu de Département et donc au-dessus du 1^{er} niveau de la pyramide sanitaire où évolue l'ESF. Les ASCP qui y sont rattachés sont généralement d'anciens agents verticaux (agents de terrain) du VIH ou TB dont la compétence a été élargie. Pour respecter le modèle de soins de santé communautaire, ils devraient donc être détachés de ces institutions du niveau secondaire et tertiaire pour être rattachés au Centre de Santé le plus proche.
- Enfin, certaines sections communales ont des populations qui dépassent largement la norme : dans ce cas le nombre d'ASCP et d'AIP augmente au prorata de la taille de la population. C'est pourquoi dans le Plan de déploiement des ASCP (voir annexe du PAFO), le nombre d'AIP est doublé, voire triplé ou plus par endroit.

1.3. L'expérience de la cartographie de 2019 (approche communale)

La cartographie de 2019⁶ a eu une approche communale pour la définition des besoins. Elle a abouti à un réseau de 4411 ASCP disponibles sur le territoire national.

1.4. La modélisation du placement optimal des ASCP

La modélisation du placement des ASCP a été réalisée en 2020 par le Cabinet Swiss TPH⁷. L'approche a optimisé la répartition géographique des ASCP, en donnant la priorité aux populations ayant un accès plus difficile. Ainsi, quatre (4) scénarios dénommés A, B, C, C2 ont été proposés. Le scénario retenu a été le scénario C pour :

- 1000 hbts dans les zones rurales, à plus de 60 min. d'un CCS ;
- 2500 hbts dans les zones urbaines, à plus de 60 min. d'un CCS ;
- 4000 hbts à moins de 60 min de marche d'un CCS pour la zone métropolitaine de Port-Au-Prince ;

Ceci a donné un besoin total de 4602 ASCP pour la couverture totale du pays.

1.5. Les leçons tirées de la gestion des ASCP sur ces 5 dernières années

Plusieurs faits significatifs au sujet des ASCP sont à prendre en considération dans les choix stratégiques et programmatiques pour faciliter la mise en œuvre de la SSC : dans les choix stratégiques et programmatiques pour faciliter la mise en œuvre du PSSC

- 1/4 des effectifs ont été perdus : c'est la catégorie professionnelle qui a perdu le plus de personnel sur les cinq dernières années. Il se pose donc visiblement un problème de rétention.
- De nombreuses revendications d'ordre salariale ont été enregistrées sur la période : de 12000 gourdes en 2019, le salaire brut est passé à 25000 gourdes en 2024. Les revendications continuent pour réclamer des avantages sociaux. Le groupe professionnel a un "syndicat".
- Il apparaît clairement, que le plus grand problème des ASCP sur la période a été celui de leur financement. Aujourd'hui, seul 1/3 des effectifs ont la sécurité de l'emploi par la budgétisation. Tous les autres sont soumis au cycle de vie des projets. Or, les moyens de l'État étant limités, l'on assiste à un gel des recrutements depuis 2021. De plus, le désengagement des bailleurs est de plus en plus évident. Ne faut-il pas envisager une alternative "durable" au mode de financement des ASCP ?

⁶ Voir MSPP, Rapport de Cartographie des ASCP, juin 2019

⁷ Amélioration de l'accès aux soins et expansion des soins communautaires en Haïti grâce à un positionnement optimisé des ASCP, Swiss Tropical and Public Health Institute, mai 2020

Au total, 2/3 des ASCP du pays sont encore dans une situation d'instabilité financière faisant planer le spectre d'un dysfonctionnement général sur la mise en œuvre de la stratégie de santé communautaire (SSC) et donc l'atteinte des cibles des programmes prioritaires.

En tout état de cause, la crise du Covid 19 en 2020, les catastrophes naturelles (violent tremblement de terre dans le sud en août 2021), la résurgence du choléra à partir de septembre 2022, les flambées de Malaria, la crise sécuritaire avec les camps de PDI⁸ au nombre de 108 en 2025, couplé à la crise migratoire avec les camps de déportés aux trois (3) portes d'entrée du pays (frontières terrestres avec la République Dominicaine voisine) ont démontré que les ASCP sont les ressources humaines de premier recours et que leur proximité avec la population est capitale pour sauver des vies !

C'est pourquoi, une approche de proximité (section communale) a été privilégiée pour la mise à jour de la cartographie des ASCP en 2024

1.6. L'expérience de mise à jour de la cartographie en 2024

La cartographie de 2024 a eu une approche pratique. Elle a utilisé comme référentiel la Section communale et le CCS avec la population de son bassin de desserte sachant que, selon l'orientation du PES, cette population devrait être subdivisée en groupe de 1000 habitants pour délimiter les secteurs tenus chacun par un ASCP. Par suite, un ajustement des effectifs a été effectué à partir de la topographie (le terme "Ayiti" signifie en langue primitive "Pays montagneux"). Ceci a abouti à un besoin total (sans l'Ouest qui présente une configuration à part développé ci-dessous) pour la couverture du pays, de 4086 ASCP.

Sur ces 4086 ASCP :

- 2532 sont déjà disponibles et en activité indépendamment de leur statut
- Le besoin est donc de 1554 ASCP dont :
 - 675 ASCP pour couvrir les zones de silences (Zone A)
 - 879 ASCP pour couvrir les zones insuffisamment couvertes (Zone B)
 - 185 ASCP à démobiliser dans les zones de sureffectif (Zone C)
 - 0 ASCP en renfort d'effectifs pour les zones rationnellement couvertes (Zone D)

Pour l'Ouest la configuration générale du département au plan démographique et institutionnelle a été complètement modifiée en raison de la crise sécuritaire et constitue ainsi un cas à part : les populations y compris les ASCP ont été massivement déplacées, de nombreuses institutions sanitaires, point d'encrage des ASCP ont été fermées. Par exemple au Bureau Communale Sanitaire (BCS) de Port-Au-Prince sur 33 institutions sanitaires auxquelles des ASCP sont rattachées, 24 soit 73% sont fermées

⁸ Personnes Déplacées Internes

ou inaccessibles. Dans ces conditions, les points de rencontres des ASCP avec leurs superviseurs sont délocalisés et cette situation rend difficile les visites de terrain des AIP. En tout état de cause, l'on dénombre au 1^{er} septembre 2025, un total de 1184 ASCP dans l'Ouest. Ces derniers demeurent le seul point de contact avec la population des zones qui échappent au contrôle de l'État (85% de la zone métropolitaine de Port-Au-Prince). L'analyse de la situation actuelle par zone fait état des besoins suivants :

- 74 ASCP à recruter pour couvrir les zones de silences (Zone A)
- 259 ASCP pour couvrir les zones insuffisamment couvertes (Zone B)
- 144 ASCP à démobiliser dans les zones de sureffectif (Zone C)
- 0 ASCP en renfort d'effectifs pour les zones rationnellement couvertes (Zone D)

Remarques

- 1) L'ensemble de ces décomptes n'a pas pris en compte 452 ASC résiduels (agents verticaux) encore en activité au dernier trimestre de l'année 2024 dans le pays. Il est à noter que ces derniers ne devraient être enrôlés dans le programme de mise à niveau en cours dans les départements sanitaires en vue d'une transition de l'emploi d'ASC à celui d'ASCP, que dans les 3 conditions suivantes :
 - Ils doivent correspondre à un besoin identifié par le Plan de déploiement des ASCP
 - Leur âge doit le permettre (45 ans tout au plus pour garantir au moins 10 années de travail)
 - Ils doivent bénéficier d'un financement

L'enrôlement d'un ASC dans un programme de formation continue ne devrait donc pas être automatique.

Pour l'Ouest, l'on dénombre encore 443 ASC (essentiellement des agents de terrain du VIH et de la Tuberculose) en poste dont 73% (325) sont des bénévoles.

- 2) Pour les autres membres des RHSC, le besoin pour le pays (sans l'Ouest, voir ci-dessous) est de :
 - 307 AIP dont :
 - 61 pour les zones (A)
 - 104 pour les zones (B)
 - 5 pour un meilleur encadrement des ASCP des zones (C)
 - 50 pour les zones (D)
 - 52 IC dont :
 - 8 pour les zones (A)
 - 11 pour les zones (B)
 - 0 pour les zones (C)
 - 17 pour les zones (D)

Dans le département sanitaire de l'Ouest, le besoin est de : 87 AIP dont 2 pour les zones A ; 65 pour les zones B ; 0 pour les zones C et 20 pour les zones D. En ce qui concerne les IC, le besoin est de 16 dont 1 pour les zones A ; 14 pour les zones B ; 0 pour les zones C et 1 pour les zones D.

Les détails sur toutes ces données sont présentés dans l'analyse de la situation des ASCP (Chapitre 3) au point 1.2.2 et en annexe du PAFO dans le Plan de déploiement des ASCP .

4. La mise au travail des ASCP

La mise au travail effective des ASCP passe par le renforcement de l'utilisation effective de trois (3) outils essentiels pour assurer le respect des standards établis :

- La délimitation du bassin de desserte du CCS en secteurs (Cartographie sectorielle du CCS)
- La constitution ou la mise à jour des registres de ménages au niveau de chaque secteur
- L'élaboration du Plan de travail mensuel de l'ASCP segmenté de façon hebdomadaire

1.1. La cartographie des secteurs de l'aire de desserte du CCS

Le bassin de desserte du CCS doit être subdivisé en secteurs de 1000 habitants chacun (Secteur A, B, C, D...) incluant un relevé des organisations et ressources existantes. Chaque secteur ou aire de travail est tenu par un ASCP. La Cartographie des secteurs ou des aires de travail doit être affiché au CCS avec des points représentant le positionnement (lieu de résidence) des ASCP et autres points de repère significatifs.

1.2. Le Registre des ménages

La 1ère tâche de l'ASCP consiste à enregistrer les ménages de son Secteur/Aire de travail et classer leurs membres par groupes cibles en utilisant le formulaire standard du MSPP (H/F, Femmes en âge de procréer, Femmes enceintes, enfants de 0 à 11 mois, Enfants de moins de 5 ans). Un ASCP qui n'a pas encore constitué son registre de ménages et ses registres de groupes cibles prioritaires n'est pas encore prêt pour réaliser un travail méthodique et efficient ; c'est à partir de ces registres que les cibles et indicateurs de performance d'un ASCP peuvent être définis. Ces éléments fournissent des repères pour une bonne planification de son travail.

1.3. Le Plan et calendrier de travail de l'ASCP

Selon les standards définis par la SSC le planning de travail de l'ASCP est mensuel. Pour un meilleur suivi, il serait judicieux que ce plan soit séquencé de manière hebdomadaire. Si globalement, l'ASCP devrait être en mesure de justifier de 40h de travail par semaine, son horaire ne saurait être rigide compte tenu de la nature même de sa tâche au sein de la communauté. La flexibilité dans son travail lui permet de programmer les visites domiciliaires ou les postes de rassemblement selon la disponibilité des ménages, ou répondre aux sollicitations des membres de la communauté à tout moment en cas de besoin.

Les séquences hebdomadaires du Plan de travail mensuel permettent à l'AIP/CCS, qui doit effectuer deux (2) sorties par semaine en stratégie avancée, de mieux organiser la supervision formative des ASCP sous sa responsabilité en vue d'une offre de service de qualité à la population. Au final, le planning de travail facilite le rapportage des données au cours de la réunion mensuelle de suivi et permet de mieux apprécier la performance des ASCP.

5. Synthèse

Au terme de cette analyse, l'opérationnalisation des ASCP peut être résumé de la manière suivante :



Figure 3 : Programme d'opérationnalisation des ASCP

CHAPITRE 3 : ANALYSE DE LA SITUATION DES ASCP

Le PAFO fait suite à une étude dont les résultats montrent la nécessité de renforcer les capacités opérationnelles des ASCP

1. Étude pour le renforcement de l'opérationnalisation des ASCP

Le déploiement des ASCP, tant en zone urbaine que rurale, est primordial pour le renforcement des soins de santé primaires à l'effet de tendre vers la couverture sanitaire universelle (CSU). Malheureusement, le manque d'ancrage communautaire des ASCP constitue un véritable goulot d'étranglement pour l'atteinte des cibles des programmes prioritaires. Or, Haïti est engagé vis-à-vis de la communauté internationale dans le cadre de l'ODD 3 notamment en ce qui concerne l'initiative 95-95-95 de l'ONUSIDA et le Programme Malaria zéro. Ainsi, les Programmes Nationaux tels que le PNCM, le PNLT, le PNLS, mais aussi le PEV et le Programme d'Amélioration de la Nutrition, pour ne citer que ceux-là, dépendent fondamentalement des ASCP pour atteindre leurs populations cibles à travers la mise en œuvre de leurs activités communautaires. Particulièrement, le Programme National de Contrôle de la Malaria (PNCM), a mis un focus énorme sur les ASCP pour parvenir à l'élimination de la Malaria d'ici à 2025. Mais cet objectif semble être compromis en raison du déploiement insuffisant des relais communautaires dans les aires de santé, surtout dans les communes prioritaires en strates 3 (5-49 cas) et 4 (50 cas ou plus). Le Rapport PNCM de 2020 indiquait que seulement 15 % des cas de malaria avaient été dépistés au niveau communautaire contre 85% au niveau institutionnel. En 2023, le niveau de performance pour le dépistage communautaire à travers les TDR reste faible et se situe seulement à 6.4% par rapport à la cible.

Outre le déploiement insuffisant des ASCP, ce résultat mitigé pointe vers d'autres facteurs touchant les conditions de travail notamment, la compétence (formation), la disponibilité de matériel, d'équipements et d'intrants, l'encadrement (supervision) ainsi que le mécanisme de suivi-évaluation (système de rapportage des données). C'est pourquoi le MSPP, dans le cadre d'une Étude pour le renforcement de l'opérationnalisation des ASCP, a diligenté une mission d'une Task Force Opérationnelle (TFO) pluridisciplinaire des parties prenantes du 8 septembre au 11 décembre 2024 aux fins de collecter des données sur la situation des ASCP. Cette étude devait répondre aux cinq (5) questions clés suivantes :

- Les ASCP recensés par la cartographie de 2019 sont-ils toujours à leur poste de travail ?
- Ont-ils le matériel, les équipements et les intrants qu'il faut pour travailler ?
- Couvrent-ils de façon rationnelle les aires de santé ? Quelles sont les zones de silence ?
- Sont-ils intégrés à des ESF fonctionnelles ?
- Existe-t-il un système de rapportage des données du niveau communautaire qui permette la remontée des informations dans le SISNU ? Est-il opérationnel ?

La réponse à ces questions se trouve dans les résultats de l'étude exposés ci-après.

2. Résultats de la collecte des données de l'Étude pour le renforcement de l'opérationnalisation des ASCP

2.1. Constats liés à la Gouvernance locale des RHSC

2.1.1. Un faible ancrage institutionnel du Réseau des RHSC

Les ASCP se sentent plus redevable à l'AIP qui les supervise et au bailleur qui les paie qu'à l'institution sanitaire (CCS) à laquelle ils sont rattachés. Pourtant, ils sont avant tout, le prolongement de l'Institution Sanitaire au sein de la communauté. La configuration sur le terrain d'un CCS fonctionnel avec ses ASCP est illustrée de la manière suivante.

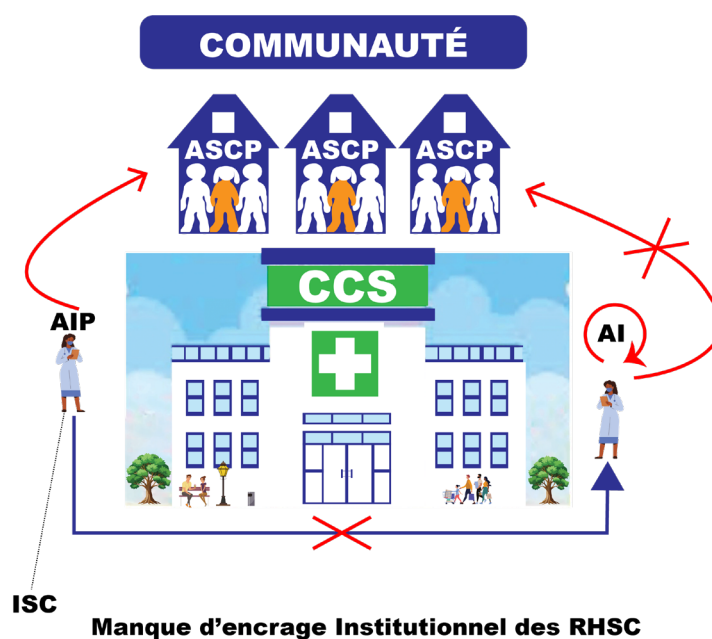


Figure 4 : Illustration du manque d'encrage institutionnel des ASCP

L'on observe qu'il existe une dualité et non une complémentarité au niveau des deux profils RH standards animant le CCS :

- L'un, l'AI est tournée vers le fonctionnement au quotidien du CCS
- L'autre, l'AIP est orientée vers la gestion des ASCP
- Entre les deux, il n'existe aucune relation hiérarchique et fonctionnelle. Bien plus, l'AIP est tournée vers l'extérieur, dans le cadre de l'ESF, avec l'infirmière communale qui la supervise.

De fait, les ASCP ont plus une relation personnalisée avec l'AIP plutôt qu'institutionnelle avec le CCS. Quand pour diverses raisons l'AIP n'est plus disponible (participation à une formation, congé administratif, défection au poste ou statut de bénévole en raison d'une prise en charge irrégulière,

abandon...) les ASCP dans la communauté ne sont plus supervisés. Pourtant, le lien avec l'Institution sanitaire aurait dû se maintenir à travers l'AI. Mais celle-ci n'est pas outillée pour le faire par manque des compétences requises.

2.1.2. Une dotation en ressources humaines inadéquate

Selon le PES, l'équipe du CCS est formée d'un/e (1) auxiliaire-infirmière/infirmier et de 5 à 6 ASCP. Il ajoute que l'AI supervise les ASCP et participe, une à deux fois par semaine, aux visites domiciliaires et/ou aux réunions communautaires. Comme il a été mentionné ci-dessus la plupart des auxiliaires-infirmières actuellement en poste dans les CCS ne disposent pas des compétences nécessaires pour assurer adéquatement cette charge d'encadrement et de supervision des ASCP. Même si c'était le cas, la réalité du terrain est qu'il est impossible à une seule AI de jouer ce rôle. Si elle doit se déplacer sur le terrain pour superviser les ASCP, le CCS sera fermé ce jour-là créant ainsi une rupture dans la continuité de l'offre de service. Il faut donc au minimum une équipe de 2 AI pour gérer un CCS de sorte qu'un programme hebdomadaire puisse permettre de couvrir concomitamment de manière alternée et impersonnelle les deux fonctions essentielles que sont la gestion au quotidien du CCS et la supervision des ASCP assurant le lien avec la communauté.

2.1.3. Le terme AIP ne se retrouve que dans la documentation relative à la Santé Communautaire

Le terme AIP ne figure pas dans les documents de référence au niveau de la DSI, ni dans le PES, ni dans le REC ; il n'est donc pas inclus dans la nomenclature des RH à recruter par la DRH. Or, un système sanitaire qui ne produit pas en formation initiale les ouvriers dont il a besoin pour ses interventions va au-devant de grandes difficultés. La DRH ne recrute que des AI, pour la plupart formées par des écoles privées qui ne tiennent pas forcément compte des besoins actuels du système de santé. En d'autres termes, le MSPP aura toujours besoin de rechercher des moyens pour dispenser des formations complémentaires aux AI recrutées pour les habilitier à remplir effectivement les tâches qui leur sont confiées dans le PES. Or, ceci sera de moins en moins évident dans un contexte où les financements s'amenuisent en raison du désengagement des bailleurs.

2.1.4. Une politique de formation de base des AI à revisiter

Avec un effectif total de 1325 travailleurs de santé en 2025⁹, les AI représentent en nombre le plus grand effectif du secteur public de la santé. Par rapport à leur situation d'activité, elles sont exclusive-

9 Rapport de partage des données sur les RHS, avril 2025

ment les professionnels de santé animant les 970 CCS sur les 1033 Institutions sanitaires que compte le pays (94%). De plus, le réseau des CCS constitue le 1^{er} échelon du niveau primaire de la pyramide sanitaire et représente ainsi la porte d'entrée du système de soins.

De fait, les AI figurent en première ligne dans le système sanitaire haïtien et sont déterminants pour la mise en œuvre de la SSC. Paradoxalement, tandis que l'État garde encore la main sur la formation des autres professionnels clés que sont les Infirmières, les Sage-Femmes et les Médecins à travers des Écoles et Facultés d'État, les Écoles Nationales des AI (ENAI) ont été fermées. Il s'ensuit que, la formation des AI relève présentement exclusivement du secteur privé. Or, il y a moins d'une dizaine d'écoles de cette filière reconnues par le MSPP sur des milliers qui fonctionnent dans le pays.

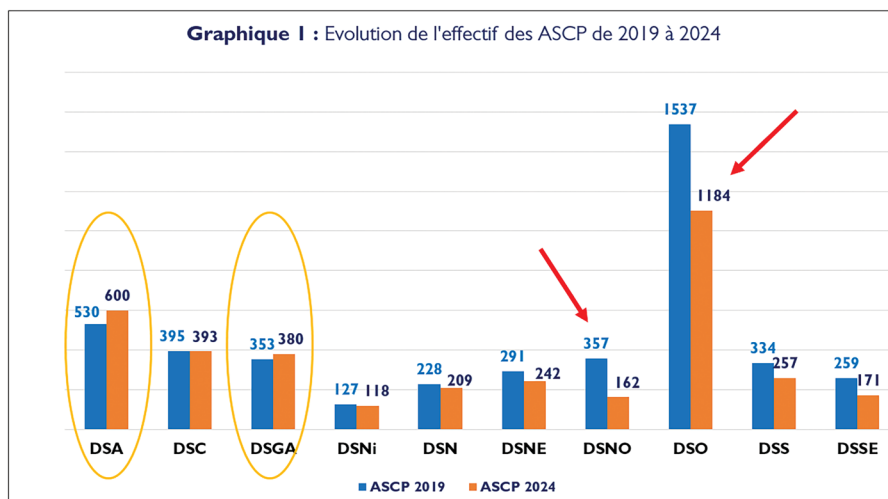
Alors, comment dans un secteur aussi sensible que la santé avec des enjeux stratégiques aussi importants a-t-on pu abandonner la formation des professionnels de premières lignes à des écoles privées, dont la plupart ne sont pas reconnues ? Il y a peu de chance que les AI issues de ces écoles qui en réalité forment des "assistants" aux infirmier(e)s pour les soins hospitaliers, affichent un profil correspondant à ce qui est attendu sur le terrain pour la mise en œuvre de la SSC. Ces AI n'ont pas été préparées à travailler en milieu communautaire. C'est ce qui explique la nécessité de dispenser aux AI des formations complémentaires les habilitant à exercer en qualité d'AIP. Alors qu'une simple révision du curricula de formation incluant un stage en milieu communautaire pourrait en amont régler durablement la question du profil des AI.

2.2. Conditions de travail des ASCP

2.2.1. Disponibilité dans le pays

2.2.1.1. Effectifs

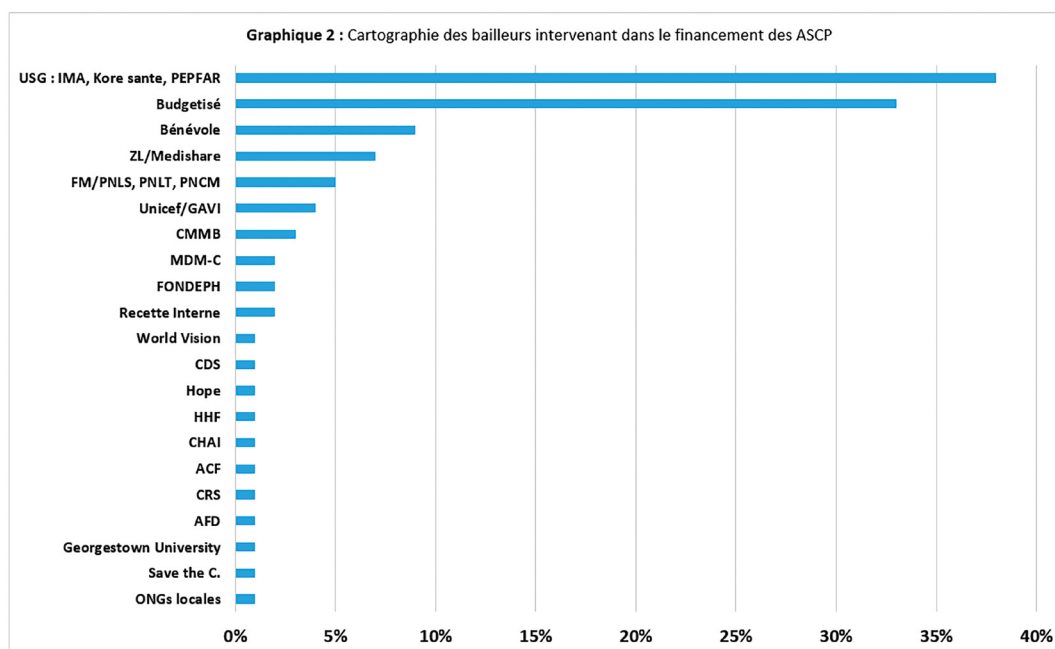
Sur ces cinq (5) dernières années, allant de la cartographie de 2019 à celle de 2024, le nombre total d'ASCP disponibles en Haïti a chuté en passant de 4411 à 3716 . Il en résulte une déperdition de 695 ASCP, ce qui correspond à 16% soit presque le 1/5 de l'effectif initial. Sans compter le salaire, ceci représente une perte financière estimée à 506 340 000 HTG (environ 4 millions de dollars) quand on sait qu'une formation initiale d'ASCP dure 4 mois avec un coût unitaire de 580 000 HTG (4 400 \$) incluant la location de salle, le matériel pédagogique, les frais de transport, la restauration et les autres coûts indirects. Il est primordial de trouver un mécanisme pour pérenniser la formation initiale des relais communautaires et les retenir actifs dans le système de santé.



En dehors de l'Artibonite (+70) et de la Grande Anse (+27), dans tous les départements sanitaires le nombre d'ASCP est en baisse. Cette baisse est plus marquée dans le Département sanitaire du Nord-ouest (DSNO) et de l'Ouest (DSO). A noter, qu'il existe encore dans l'ensemble du pays un résidu de 895 ASC contre 1089 en 2019. Mais, bon nombre de ces ASC dont la plupart sont budgétisés ont déjà atteint l'âge de la retraite fixé à 58 dans le Statut de la Fonction publique.

2.2.1.2. Financement

L'écosystème de la cartographie des bailleurs intervenant dans le financement des ASCP laisse apparaître une diversité d'acteurs avec une prédominance des fonds américains suivi du Trésor Public.



A l'échelle du pays, il apparaît que près de 40% des effectifs des ASCP sont financés par les fonds du gouvernement américain à travers notamment les Projets IMA (zone Nord), Koré Santé (Zone Sud) et PEPFAR (VIH). L'État suit avec la prise en charge du 1/3 des effectifs. Aucun autre bailleur ne dépasse les 10%. A noter la part non négligeable des bénévoles (3^{ème} rang) qui constituent 9% des cas sur le terrain. En dehors du couple ZL/Médishare qui assurent l'essentiel de la prise en charge des ASCP dans le Plateau Central et l'Artibonite, tous les autres acteurs pris individuellement couvrent moins de 5% des effectifs.

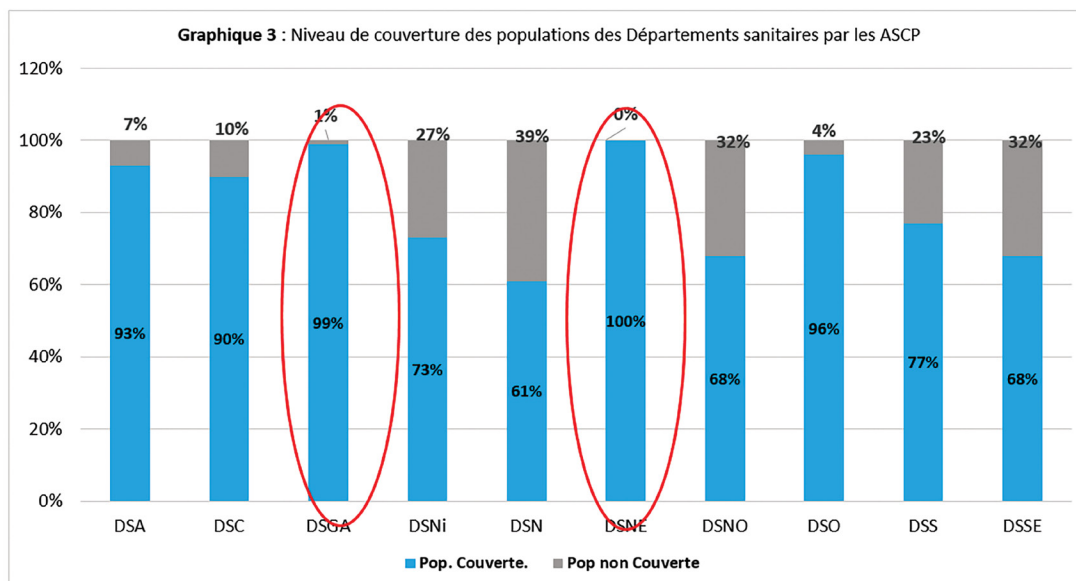
2.2.1.3. **Compétence (formation)**

Relativement à leur performance, les ASCP restent globalement focalisés sur les activités de promotion et de prévention de la santé (sensibilisation, vaccination). Même quand ils ont reçu des formations spécifiques pour offrir des services de santé de base, comme le dépistage, l'absence ou l'irrégularité dans l'approvisionnement d'intrants fait qu'ils perdent la main. La durée de rupture va parfois jusqu'à 3 ou 4 mois. Ainsi, en dehors des compétences transmises lors de la formation de base des ASCP, la plupart des ASCP ne sont pas en mesure de mettre en œuvre les nouvelles approches de travail des Programmes prioritaires tels que :

- Pour la Malaria : le TDR, le protocole de traitement d'un cas simple chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans ;
- Pour le VIH : l'Auto-dépistage assisté du VIH (ADA), la Stratégie de Prise en charge des Contacts des Patients Index (PCPI), l'approche Patient Linkage Rétention (PLR) ;
- Pour la Tuberculose : l'accompagnement des enfants sous Traitement Préventif de la Tuberculose (TPT), ainsi que la collecte et le transport des spécimens de crachats.

2.2.2. **Couverture de la population**

Avec l'effectif actuel de 3716 ASCP, le niveau national de couverture de la population est de 1 ASCP pour 3499 habitants. Globalement, dans la situation actuelle, 13% de la population haïtienne (ce qui correspond à plus de 1 700 000 habitants) ne bénéficient d'aucune couverture en ASCP : ces populations vivent dans des zones considérées comme des zones de silence (Zones A) et donc des zones prioritaires. Le point de la situation sur la proportion de la population non couverte par Département est présenté dans l'illustration ci-après.



Dans deux Départements sanitaires, la Grande Anse (1%) et le Nord-Est (0%), il n'existe pratiquement pas de zone de silence. Dans la Grande-Anse, seules les Iles Cayemittes (5912 habitants) dans la Commune de Pestel restent à couvrir. Cela signifie que dans ces deux départements, les efforts de placement optimal des ASCP ont abouti à un résultat tangible en termes de couverture de sorte que dans toutes les sections communales de ces départements, les populations peuvent compter sur l'assistance d'ASCP même si le ratio par endroit reste encore à améliorer. En revanche, la situation est préoccupante dans les Départements sanitaires du Nord (39%), Nord-Ouest (32%) et Sud-Est (32%). Ensemble, ces trois Départements totalisent plus de la moitié (56%) des populations des zones de silence ; soit un peu plus de 978 000 habitants. Il est à souhaiter que les formations d'ASC en ASCP en cours puisse contribuer à atténuer ces pourcentages défavorables.

Dans le cadre de cet exercice de mise à jour de la cartographie des ASCP, quatre (4) statuts codifiés par des couleurs ont été définis pour apprécier le nombre d'ASCP par commune ou par section communale relativement à la couverture de la population :

- Quand le nombre d'ASCP correspond au besoin pour une couverture rationnelle de l'aire géographique, la couleur est verte
- Quand le nombre d'ASCP est en deçà de l'effectif souhaité, cela correspond à une situation de sous-effectif (couleur orange)
- Quand le nombre d'ASCP est au-delà de l'effectif souhaité, cela correspond à une situation de sureffectif (couleur rouge)
- Quand il n'y a pas du tout d'ASCP pour couvrir la population de l'aire géographique, nous sommes en face d'une zone de silence (couleur grise)

Le nombre d'ASCP et le statut de chaque commune et section communale est présenté en annexe dans le Plan de déploiement des ASCP qui prend aussi en compte les AIP et les IC. Le tableau 3 ci-après fait la synthèse des besoins pour la couverture de chaque Zone.

Tableau 3 : Besoins en ASCP, AIP et IC pour la couverture des différentes zones par département sanitaire

	ASCP				AIP				IC			
	Zone	Zone	Zone	Zone	Zone	Zone	Zone	Zone	Zone	Zone	Zone	Zone
	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D
DSA	54	348	-12	0	9	51	1	24	1	0	0	1
DSC	46	88	-53	0	4	12	2	2	1	2	0	1
DSGA	3	7	-87	0	0	1	2	2	0	0	0	1
DSNi	24	44	-16	0	4	4	0	0	1	0	0	0
DSN	222	124	0	0	17	9	0	7	1	1	0	3
DSNE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DSNO	145	102	0	0	9	7	0	6	0	0	0	1
DSO	74	259	-144	0	2	65	0	20	1	14	0	1
DSS	98	99	0	0	10	16	0	6	3	5	0	9
DSSE	83	67	-17	0	8	4	0	3	1	3	0	1
ENSEMBLE	749	1138	- 329	0	63	169	5	70	9	25	0	18

Légende :

Zones	Code Couleur	Interprétation
Zone A	Gris	Zone de silence (aucune couverture)
Zone B	Orange	Zone insuffisamment couverte (sous-effectif)
Zone C	Rouge	Zone largement couverte (sur-effectif)
Zone D	Vert	Zone couverte de façon rationnelle

Bilan :

	Zone A	Zone B	Zone C	Zone D	TOTAL
ASCP	749	1138	-329	0	1887
AIP	63	169	5	70	307
IC	9	25	0	18	52

Au total, par zone, l'on aura besoin de :

- 749 ASCP, 63 AIP et 9 IC pour couvrir les zones de silence du pays
- 1138 ASCP, 169 AIP et 25 IC pour couvrir les zones insuffisamment couvertes
- -329 ASCP, 5 AIP, 0 IC pour rattraper la situation dans les zones largement couvertes
- 0 ASCP, 70 AIP et 18 IC en renforcement d'effectif des zones couvertes de manière rationnelle

Par type de RHSC, le besoin global est de : 1887 ASCP ; 307 AIP et 52 IC pour la couverture de toutes les zones du pays.

2.2.3. Disponibilité des outils de travail

Le kit standard de l'ASCP défini dans le Plan Stratégique de Santé Communautaire¹⁰ comprend une liste de 18 matériels et équipements présentée comme suit :

No	RUBRIQUES
	Par-dessus pour Adulte
	Paires de Bottes en caoutchouc
	Sac au dos
	Jacket
	Badge
	Tablette (facultatif) ¹¹
	Casquette
	Cahier de note grand format de 96 pages
	Stylo à bille bleu
	Crayon
	Aiguiseur de crayon métallique
	Marqueurs Permanents (bleu, noir, rouge)
	Balance pédiatrique à culotte
	Balance adulte portatif
	Périmètre Brachial (MUAC)
	Mégaphone
	Batteries Mégaphone
	Lampes de poches incluant des batteries

Tableau 4 : kit standard de l'ASCP

Particulièrement, pour les 3 maladies prioritaires de l'ODD 3 (Malaria, VIH, TB), le matériel et équipement spécifique de l'ASCP est constitué des éléments suivants :

LUTTE CONTRE LA MALARIA	LUTTE CONTRE LE VIH	LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE
MATÉRIEL ET ÉQUIPEMENT SPÉCIFIQUE DE L'ASCP		
Lampe de poche	Fiche de visite domiciliaire	Registre SR communautaire et registre cas communautaire
Aide-mémoire	Fiche de référence	Formulaire de rapportage
Formulaire de gestion des intrants	Tablette (voir note 10 en pieds de page)	Rapport de visite
Formulaire de rapport mensuel	-	-
Formulaire de rapport d'utilisation des intrants anti-malariques	-	-

¹⁰ Annexe 2a du PSSC

¹¹ Selon les nouveaux standards établis, ce sont les auxiliaires-infirmières qui auront à utiliser les tablettes pour le postage direct des données sur le DHIS2

INTRANTS		
Paire de Gants d'examen (GE)	Condom	Balance mobile
Test de Dépistage Rapide (TDR)	Lubrifiant	Crachoir (kits) Thermos
Chloroquine en comprimé (CQ)	Matériels de communications (pamphlets, flyers)	Sac au dos et carte de recharge
Primaquine en comprimé (PQ)	-	Matériel de sensibilisation TB

Tableau 5 : Matériels et intrants spécifiques de l'ASCP pour la lutte contre la Malaria, le VIH et la Tuberculose

En dehors des ONG financés par les bailleurs, nulle part il n'existe un mécanisme pour remplacer le matériel de travail et les intrants des ASCP de façon régulière. Même avec les ONG, les dotations ne sont pas régulières et continues en raison des ruptures de stock liées à la situation du pays. Pour le matériel non technique, la SSC prescrit un renouvellement tous les 2 ans. Les tablettes électroniques ne sont pas fonctionnelles et sont utilisées à bien des égards à des fins personnelles.

2.2.4. Situation des ESF et supervision

Deux problèmes majeurs entravent le fonctionnement de l'ESF : (i) la complétude des effectifs notamment le déficit d'AIP et d'IC, ce qui en bout de chaîne pose un problème d'encadrement des ASCP et (ii) l'irrégularité des supervisions qui a un impact sur la performance de ces derniers. En dehors de quelques cas particuliers (équipe bénéficiant de l'encadrement et de l'appui d'une ONG ou d'un Projet) où la structure de l'ESF est vraiment en place, partout ailleurs des efforts importants sont nécessaires pour rendre fonctionnelle cette entité. Comme nous l'avons mentionné en début de rapport, l'opérationnalisation des ESF prenant en compte les autres piliers du modèle d'organisation des services de santé communautaire que sont le Réseau Intégré des Services de Santé (RISS) et les Comités Santé fera l'objet d'un volume à part.

Quant aux supervisions, elles se résument essentiellement à accompagner les ASCP dans les postes de rassemblement. Elles sont impossibles quand le CCS ne dispose que d'une seule Auxiliaire infirmière au risque de fermer ce jour-là le centre de santé. En outre, il n'existe pas de guide ou d'outil standardisé pour la réalisation des supervisions. En dehors des notes prises dans le cahier de l'AIP, il n'existe pas de rapport formel de supervision. Le manque de moyen de déplacement est un frein à la conduite régulière de la supervision. Selon les standards établis, l'AIP effectue 1 à 2 visites de supervision par semaine soit 4 à 10 au maximum par mois devant lui permettre de faire le tour de tous les ASCP sous sa responsabilité. Par ailleurs, le grand nombre d'AIP bénévole fragilise la supervision. Comment peut-on confier l'encadrement des ASCP à des personnels qui n'ont pas de statut contractuel ?

Pour ce qui est de l'Infirmière Communale (IC) qui est l'Infirmière Chef d'équipe de l'ESF, elle se trouve au Bureau Communal de la Santé (BCS) quand il existe (dans l'Ouest notamment) ou dans le Centre de Santé de la Commune (dans la plupart des cas), elle devrait effectuer une sortie vers l'AIP par mois et assurer dans les conditions idéales, la facilitation de la réunion mensuelle de suivi de l'AIP avec les ASCP au CCS. En cas de problème, elle peut même accompagner l'AIP sur le terrain. Ainsi sur le trimestre, elle devrait avoir fait le tour des AIP sous sa responsabilité. Mais, pour les mêmes raisons évoquées ci-dessus, cela ne se fait pas.

2.2.5. Système de rapportage des données du niveau communautaire

En dehors des données curatives collectées dans le cadre du SISNU pour le rapport institutionnel, les activités des ASCP (données communautaires) ne sont pas rapportées. Ce qui a conduit les programmes Malaria, VIH et TB à mettre en place un système de rapportage spécifique avec des chargés de Suivi-évaluation. Ceci est dû, (i) d'une part au fait que les réunions mensuelles de suivi qui devraient permettre à l'auxiliaire infirmière de recueillir les données de travail des ASCP en vue d'établir le rapport mensuel des activités communautaire du CCS ne se tiennent pas régulièrement et, (ii) d'autre part aux faiblesses du système de rapportage qui n'a pas prévu d'espace pour collecter ces données.

3. Synthèse des problèmes liés à l'opérationnalisation des ASCP

Au terme de l'atelier de validation du PAFO, les problèmes prioritaires de l'opérationnalisation des ASCP peuvent se résumer de la manière suivante :

Tableau 6 : SYNTHESE DES PROBLEMES PRIORITAIRES POUR L'OPERATIONNALISATION DES ASCP		
CONSTATS- RESULTATS DE L'ETUDE	PROPOSITIONS DE MESURES, INTERVENTIONS	COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS DES TRAVAUX DE GROUPE (PERTINENCE, CONFORMITE, FAISABILITE)
1. Ancrage institutionnel insuffisant du réseau des ASCP pour la mise en œuvre de la Stratégie de Santé Communautaire. Les ASCP se perçoivent comme dépendants de leurs superviseurs (AIP) plutôt que comme vraiment rattachés à l'institution sanitaire – gestion du matériel, contribution à l'atteinte des objectifs de l'institution. Les interventions au niveau communautaire font partie du mandat de l'institution de santé – Promotion de la santé. Mais, dans la réalité, les institutions de santé accordent la priorité à la prestation de soins et services curatifs.	La finalité de la Gouvernance dans l'opérationnalisation des ASCP devrait être de rendre fonctionnel le Réseau institutionnel des ASCP en vue de l'atteinte des objectifs de la SSC matérialisé par les cibles des programmes prioritaires pour la population couverte par le centre de santé.	Commentaires Cette situation est aggravée par la verticalité des programmes, les contacts directs des projets, des partenaires techniques et financiers, les entités du niveau central directement avec les RHSC. Il faut aussi noter le manque de coordination entre ces différents intervenants. Suggestions - Identification des RHSC par carte digitalisée (appartenant au MSPP). - Orientation de l'ASCP sur l'organigramme du MSPP au cours des sessions de formation ou de recyclage. - Renforcement de l'intégration des ASCP dans l'institution de santé à laquelle ils sont rattachés par la mise en application des normes et standards établis dans le cadre de référence défini. - Mise en place ou renforcement des ESF en mettant à profit le concept de Réseau institutionnel des ASCP. - Renforcement de la coordination et intégration des interventions au niveau de l'équipe départementale. - Renforcement de la coordination au niveau local à travers la mise en place d'UAS fonctionnels.

2. Non appropriation, par l'État, de la formation (initiale et continue) des RHSC (Aux-Infirmière & ASCP) La production des RHSC est actuellement totalement dépendante du financement de l'assistance externe. Il en est de même des interventions de renforcement de compétences.	Il y a urgence à mettre en place un mécanisme pour prendre le relais des bailleurs et pérenniser le cycle de formation.	<u>Commentaires</u> Les interventions de formation et de recyclage des RHSC ne sont pas réalisées de manière structurée, méthodique ni continue. Elles sont planifiées et menées, le plus souvent, en tenant compte des objectifs et intérêts du bailleur sans nécessairement une pertinence avec les besoins des participants et de l'institution. <u>Suggestions</u> - Coordination de l'action au niveau central du MSPP : DRH, DSI, DPSPE, DFPSS et les Unités de coordination des programmes. - Définition d'une approche adaptée spécifique à chaque catégorie de RH. - Budgétisation des interventions de formation et de recyclage des RHSC. - Mobilisation des ressources nationales et externes – renforcement de la coordination du financement des interventions de formation. - Adaptation ou actualisation du Curriculum de formation des Auxiliaires-Infirmières. - Renforcement du respect du Curriculum standard par le contrôle et la supervision des centres de formation privés. - Établissement d'un programme de stage obligatoire de trois (3) mois pour la reconnaissance de la certification des Auxiliaires-Infirmières par le MSPP. - Renforcement du respect des normes et standards relatifs à la formation des ASCP : utilisation du Curriculum standard, formateurs reconnus par le MSPP, contrôle et documentation pour certification.
--	--	--

3. La dotation en RH des CCS, niveau institutionnel et communautaire, est inadéquate. La couverture de la population est insuffisante – 122 sections communales sur les 571 existantes ne disposent pas des services d’une institution de santé ; 21% de la population haïtienne ne bénéficient d’aucune couverture par un ASCP. Le standard défini dans le PES, 1 Auxiliaire-Infirmière par CCS est en déphasage avec les besoins en RH pour une mise en œuvre effective du PSSC. Le ratio Auxiliaire-Infirmière /ASCP n’est pas toujours respecté sur le terrain.	Renforcer les CCS en RH selon les besoins identifiés par le Plan de Déploiement	<u>Commentaires</u> Insuffisance de ressources humaines qualifiées au niveau communautaire. Une différence « virtuelle » ou « fictive » est faite entre les Auxiliaires-Infirmières, prestataires de soins de santé curatifs et les « AIP », Auxiliaire-Infirmière Polyvalente qui œuvrent principalement dans l’organisation des activités et l’offre de services au niveau communautaire. Cette catégorisation ne se retrouve dans aucun document de référence au MSPP sauf le Modèle d’Organisation des Services au niveau Communautaire. La définition des rôles, responsabilités et tâches des Auxiliaires-Infirmières n’est pas suivie de façon uniforme sur tout le territoire national. <u>Suggestions</u> - Dotation de chaque CCS d’au moins deux (2) Auxiliaires-Infirmières ; tenir compte de la population desservie par le CCS, du nombre d’ASCP existant et respecter, autant que possible, le ratio établi. - Budgétisation des ressources nécessaires pour la mobilisation effective des RHSC - Mise en place d’un mécanisme adéquat de contractualisation des ASCP, non encore budgétisés, en mettant à profit la stratégie de Financement Basé sur les Résultats (FBR) au niveau communautaire- Indicateurs de performance, évaluation périodique de la performance. Durée du contrat : 3 à 5 ans. - Mise à jour et dissémination de la description de poste de l’Auxiliaire-Infirmière avec des spécifications pour le niveau communautaire. - Maintien à jour de la cartographie des RHSC pour des informations actuelles sur les besoins réels en RH au niveau communautaire – L’institution rapporte mensuellement la disponibilité actuelle des RHSC dans son aire de desserte.
--	--	---

4. Manque de Structuration de la Formation Continue des RHSC (Aux-Infirmière & ASCP) La formation continue des RHSC n'est pas planifiée ni réalisée de manière intégrée ; les coûts ne sont pas rationalisés. L'approche traditionnelle est toujours utilisée. Le suivi de la formation n'est pas systématique et les compétences acquises ou renforcées n'étant pas mises en application, souvent par manque de matériels ou d'intrants, sont rapidement perdues	Mettre en place un mécanisme intégré de formation continue Explorer le e-learning dans les approches de formation	<u>Commentaires</u> Faibles opportunités de développement professionnel, de perfectionnement. Les activités de formation continue priorisent souvent les objectifs et activités des programmes au détriment du développement harmonieux, intégré des compétences des RH. <u>Suggestions</u> - Mise en place d'un dispositif, mécanisme, approche intégrée de développement continu des compétences. - Élaboration d'un plan intégré de formation continue tenant compte des besoins de renforcement de compétences des RHSC. - Documentation des observations et recommandations des visites de supervision pour pouvoir retracer les faiblesses communes au sein de l'équipe afin d'alimenter les activités de formation - Exploration de l'adéquation et de la faisabilité de nouvelles approches de formation continue – formation à distance, e-learning et autres. - Développement d'un programme – module, plan de session, matériel de support, pour la formation continue des RHSC.
--	---	---

5. Mécanisme d'approvisionnement des ASCP non fonctionnel L'approvisionnement des ASCP en équipement, matériel, fournitures et intrants se fait de manière aléatoire ; certaines fois, à travers l'ESF qui est encore une entité virtuelle. Il s'en suit donc un problème de traçabilité et aussi de suivi du matériel reçu.	Repositionner la chaîne d'approvisionnement institutionnelle au centre du mécanisme de mise à disposition d'outils de travail aux ASCP.	<u>Commentaires</u> Les équipements, matériels, fournitures et intrants distribués aux ASCP sont souvent utilisés à des fins personnelles, considérés comme des biens privés. Leur gestion est quasiment impossible ; pas de carte de stock, pas de contrôle au cours des visites de supervision. Les ruptures de stock sont fréquentes et durent, certaines fois, près de 3- 4 mois entraînant une discontinuité dans l'offre des services. <u>Suggestions</u> - Renforcement de la mise en application des normes et protocoles établis pour l'approvisionnement à travers le système de santé – renouvellement des équipements au niveau communautaire chaque 2 ans, comme indiqué dans le PSSC. - Renforcement de la gestion de stocks d'équipements, de matériels, de fournitures et d'intrants à tous les niveaux. - Intégration des besoins en équipement, matériel, fournitures et intrants du niveau communautaire dans les réquisitions de l'institution de santé. - Mise en place ou renforcement de mécanismes actifs d'approvisionnement des ASCP – mettant à profit les opportunités de rencontres formelles avec les ASCP : visites de supervision, réunions mensuelles de suivi, journées de travail de l'ASCP à l'institution de santé. - Vérification et suivi de l'utilisation des équipements, matériels, fournitures et intrants au cours des visites de supervision.
---	--	---

6. Supervision irrégulière et peu structurée des RHSC La supervision des ASCP est impossible dans les CCS dotés d'une seule Auxiliaire-Infirmière ; elle est irrégulière dans les autres CCS par manque de moyens. Chaque intervenant utilise son propre outil de supervision. Le contenu de la supervision n'est pas défini ; elle se résume essentiellement à accompagner les ASCP dans les postes de rassemblement. De fait, la supervision formative est pratiquement inexistante.	Développer des outils standardisés de supervision des ASCP	<u>Commentaires</u> Généralement, la supervision ne se fait pas de façon méthodique ; elle ne suit pas une approche intégrée : pas d'outil standard, pas de documentation ni de suivi de la supervision. Dans certains cas, la supervision des ASCP est assurée par un ASCP senior en raison de la disponibilité limitée des Auxiliaires-Infirmières. <u>Suggestions</u> - Adaptation ou actualisation du protocole de supervision en tenant compte des réalités spécifiques au niveau communautaire - Développement d'outils standardisés pour la conduite des visites de supervision selon une approche intégrée. - Renforcement du respect des standards établis pour la supervision des RHSC. - Adoption d'une approche méthodique et intégrée pour la supervision des RHSC - Documentation des observations et recommandations des visites de supervision pour pouvoir retracer les faiblesses communes au sein de l'équipe
---	---	--

7. Les compensations sont irrégulières, imprévisibles pour la plupart des ASCP La grande majorité des RHSC, surtout les ASCP sont payés dans le cadre de projets supportés par la coopération externe. Presque 1/4 des ASCP ont été perdus en 5 ans en raison de l'instabilité du financement. A l'heure actuelle, seulement 1/3 des ASCP ont la garantie du financement par la budgétisation, à partir du Trésor Public.	Réfléchir à un mode de financement alternatif non dépendant de salaire mais incluant des modalités de motivation financière et non financière	<u>Commentaires</u> Les conséquences de ce constat sont multiples ; on peut retenir une faible motivation du personnel, une performance non satisfaisante et une forte déperdition des RHSC. <u>Suggestions</u> - Recherche de modalités adaptées et faisables pour assurer la disponibilité des ressources financières nécessaires pour la compensation correcte des RHSC - Exploration des possibilités d'utiliser la stratégie de Financement Basé sur les Résultats (FBR) pour assurer la compensation des RHSC incluant des incitatifs et des avantages sociaux. - Exploration du cadre de la multisectorialité pour le financement de la compensation des ASCP selon l'approche « <i>Une seule santé</i> » de l'OPS/OMS intégrant la santé humaine, animale, environnementale et la sécurité sanitaire des aliments.
--	--	---

8. Les données fiables ne sont pas disponibles à temps pour le suivi des résultats et de la performance Fréquentes ruptures de stock d'outils de gestion des données – enregistrement et rapportage. Non prise en compte des données du niveau communautaire dans les rapports soumis par les institutions de santé dans le SISNU. Les réunions mensuelles de suivi ne se font pas régulièrement dans toutes les institutions : pas de vérification de la qualité des données, pas de suivi de la réalisation des activités, ni du niveau d'atteinte des objectifs.	Le volet communautaire des activités des CCS n'est pas pris en compte dans le rapport institutionnel mensuel du SISNU	<u>Commentaires</u> Les données du niveau communautaire ne sont pas correctement et régulièrement enregistrées ; elles ne sont généralement pas postées dans la DHIS2. La rétro-alimentation et l'utilisation des données ne sont pas systématiques. Dans la plupart des institutions de santé, la contribution du niveau communautaire à la performance de l'institution de santé n'est pas documentée, donc pas reconnue. <u>Suggestions</u> - Mise en place effective du SIS communautaire - Suivi de l'expérience de postage direct des données du niveau communautaire par les aux-infirmières. - Extension progressive du postage direct des données du niveau communautaire. - Exploration de la possibilité de numérisation des outils de collecte et de rapportage. - Renforcement des mécanismes de suivi, de validation et de rétro-alimentation.
--	--	---

Les discussions de l'atelier de validation du PAFO ont porté également sur **certaines questions plutôt transversales** :

- Le **statut de travailleur de santé particulier de l'ASCP** doit toujours être pris en compte dans les processus de recrutement/enrôlement, déploiement, et suivi du travail de l'ASCP.
- La **contractualisation** semble être la voie privilégiée pour l'engagement des ASCP compte tenu de son statut particulier et des leçons apprises ces 5 dernières années.
- Le renforcement de **l'implication de la communauté** pourrait permettre d'établir un véritable partenariat pour une gestion adaptée des interventions en santé communautaire.
- Il pourrait s'avérer également utile et profitable de renforcer **l'approche multisectorielle**, à partir des UAS fonctionnelles.
- Des modalités particulières ont été développées, au cas par cas, pour maintenir les activités des ASCP dans les zones dites hors de contrôle de l'État au plan sécuritaire

CHAPITRE 4 : CADRE STRATEGIQUE DE L'OPERATIONNALISATION DES ASCP

1. Principes directeurs

Quatre (4) principes directeurs guident l'élaboration du PAFO

1.1. La Recherche de la pérennité

Les activités du PAFO visent à régler durablement les problèmes d'opérationnalisation des ASCP. Aussi, les interventions identifiées visent à éviter un retour des dépenses de manière récurrente.

1.2. Priorité aux zones d'urgence sanitaire

L'opérationnalisation des ASCP concerne l'ensemble du pays. Cependant, le PAFO accorde une attention particulière à trois zones d'urgence sanitaire considérées comme des zones prioritaires :

- **Les zones de silence** : il s'agit des sections communales dont la population ne bénéficie d'aucune couverture en ASCP. Au nom du principe d'équité dans l'offre des services de santé et pour assurer la surveillance épidémiologique sur l'ensemble du territoire, tout doit être mis en œuvre pour enrôler, former et fournir les outils de travail nécessaires aux travailleurs de santé de cette zone pour offrir des services de base.
- **Les zones de flambées épidémiologiques ou d'incidence de maladie** : ce sont les zones où l'urgence sanitaire est déclarée en raison d'épidémies en cours ou d'indicateurs de santé préoccupants : Ceci concerne notamment les zones d'incidence de la Malaria classées en strate 4 et 5, des zones de flambées du choléra, d'incidence élevée du VIH/TB, de la malnutrition, de faible couverture du PEV, de taux de décès maternel et infantile préoccupants.
- **Les Zones de camps de Personnes Déplacées Internes (PDI) incluant les camps de rapatriés aux portes d'entrées pays** : Ce sont des zones à risque où il paraît urgent de fournir une assistance à des populations vivant dans la promiscuité. En juin 2025, l'on dénombre à l'échelle nationale 246 camps de PDI abritant près de 1 600 000 déplacés¹².

1.3. Recentrage des ASCP dans le réseau institutionnel du CCS

Le PAFO replace le CCS au centre de la mise en œuvre de la SSC et non les individus (AIP) afin de garantir la continuité du service. Pour cela, il est de la responsabilité de chaque CCS de faire en sorte que son réseau d'ASCP soit au complet et en place conformément aux directives du PES pour accom-

¹² Rapport OIM

plir sa mission de promotion de la santé et atteindre les cibles des programmes prioritaires qui lui sont assignées. Les sections communales non pourvues en institution sanitaire sont prises en charge par le CCS de la section communale voisine.

1.4. Organisation de l'appui autour de l'ESF comme unité d'opérationnalisation d'ASCP

Certes le PAFO se focalise sur l'opérationnalisation des ASCP ; mais il ne perd pas de vue que ces derniers font partie d'un ensemble (ESF) où les éléments sont interconnectés. La PAFO veille à la préservation d'une ESF intégrale et non à la dislocation des éléments qui la compose, c'est-à-dire, à une rupture des liens entre les RHSC. De ce fait, une unité d'opérationnalisation d'ASCP, c'est un (1) CCS avec son réseau d'ASCP fonctionnel encadré par l'AIP, mais le tout supervisé par l'IC. C'est un ensemble indissociable, s'inscrivant dans le cadre du modèle d'organisation des services de santé communautaire. C'est pourquoi, le Plan de Déploiement des ASCP prend en compte l'ensemble des RHSC entre lesquelles règne un ratio d'interdépendance pour la couverture de la population. Le PAFO s'efforce de préserver cet ensemble comme un tout cohérent.

Ainsi, les investissements du PAFO reposent sur des Unités d'appui pour l'opérationnalisation des ASCP. Cette approche combinée aux Zones prioritaires susmentionnées permet de mieux organiser le financement de l'appui sur des unités selon les fonds disponibles.

2. Objectifs

2.1. Objectif général

Contribuer à sauver des vies par l'atteinte des cibles des programmes prioritaires grâce au déploiement, l'équipement et la mise au travail des ASCP

2.2. Objectifs spécifiques

Plus spécifiquement, le PAFO vise à :

- Renforcer la gouvernance des Ressources Humaines de Santé Communautaires (RHSC)
- Assurer que les RHSC disposent des compétences nécessaires pour bien remplir leurs tâches (formation initiale et continue, supervision)
- Assurer la disponibilité des Ressources Humaines de Santé Communautaires (RHSC), en quantité suffisante au niveau de toutes les sections communales et communes du pays. (déploiement des effectifs)

- Assurer l'approvisionnement régulier et continu des RHSC en équipements, matériels, intrants et outils de gestion des données
- Renforcer le cadre de suivi des interventions au niveau communautaire pour assurer la disponibilité de données fiables dans le SISNU et leur utilisation pour la prise de décision.

2.3. Résultats attendus

Les résultats attendus du PAFO sont les suivants :

1. Accroissement de la couverture de la population par les ASCP sur tout le territoire national
2. Fonctionnement ou évolution des ASCP dans un cadre structuré :
 - a. Attachés au Centre Communautaire de Santé (CCS) tel que défini dans la pyramide sanitaire nationale ;
 - b. Encadrés par les autres membres de l'Équipe de Santé de Famille (ESF)
 - c. Approvisionnés régulièrement en matériel, fournitures, intrants et outils de gestion des données à travers les mécanismes établis pour le niveau communautaire
3. Amélioration de la performance des RHSC grâce à des mécanismes adéquats et fonctionnels de renforcement de compétences – formation initiale, formation continue, supervision, évaluation de performance
4. Augmentation de la disponibilité de données fiables, à travers le SISNU et leur utilisation opportune pour la prise de décision à tous les niveaux.

3. Axe d'intervention et activités clés

Les objectifs spécifiques susmentionnés se déclinent en axes d'intervention prioritaires sous lesquels des activités clés sont définies.

Tableau 7 : CADRE STRATEGIQUE DU PAFO	
AXES D'INTERVENTION	ACTIVITES CLÉS
1- Renforcement de la gouvernance locale des RHSC	• Appuyer l'élaboration de la cartographie sectorielle des CCS • Appuyer l'élaboration/ la mise à jour du registre des ménages des ASCP • Vulgariser le planning mensuel standard des ASCP avec une séquence hebdomadaire de travail • Élaborer un modèle de contrat standardisé des ASCP incluant les clauses spécifiques à cette catégorie de travailleurs de la santé • Réaliser au terme de chaque exercice fiscal la mise à jour du Plan de Déploiement des ASCP du Département Sanitaire, en prenant en compte les nouveaux recrutement/enrôlement et les départs • Actualiser périodiquement, chaque trimestre/semestre, la cartographie digitalisée des ASCP du département • Définir les indicateurs de performance et les cibles des activités des ASCP • Renforcer les services de santé communautaire des institutions sanitaires faisant office d'établissement sanitaire de premier recours dans les sections communales non pourvues en CCS pour leur permettre de remplir leur mission de promotion de la santé
2- Développement et renforcement des compétences des RHSC	• Réviser/Adapter/Mettre à jour, au besoin le curriculum standard de formation des Auxiliaires-Infirmières • Rendre obligatoire le respect du curriculum national par toutes les institutions de formation des Auxiliaires-Infirmières • Instaurer un programme de stage obligatoire de trois (3) mois pour la reconnaissance de la certification des Auxiliaires-Infirmières par le MSPP. • Rendre effectives les mesures de supervision et de contrôle des institutions de formation des Auxiliaires-Infirmières • Réaliser des sessions de formation de formateurs pour augmenter la disponibilité de formateurs en Santé Communautaire au niveau local (Commune, Arrondissement) • Développer des modules de formation à distance (e-learning, ...) • Doter les bureaux d'UAS de matériel didactique pour la formation des ASCP en cas de besoin • Appuyer la planification et l'organisation d'activités, de sessions de formation en tenant compte des besoins identifiés incluant la gestion des données

AXES D'INTERVENTION	ACTIVITÉS CLÉS
3- Augmentation des effectifs de RHSC disponibles	• Appuyer les CCS dans la mise en place de leur réseau d'ASCP et superviseur sur la base des résultats de la mise à jour de la cartographie à travers : - Le recrutement/enrôlement de 952 ASCP, 103 AIP et 20 IC pour couvrir les zones de silence du pays - Le recrutement/enrôlement de 1360 ASCP, 248 AIP et 84 IC pour couvrir les zones insuffisamment couvertes - La suspension de -301 ASCP et le recrutement de 4 AIP, 2 IC pour rattraper la situation dans les zones largement couvertes - Le recrutement/enrôlement de 10 ASCP, 46 AIP et 9 IC en renforcement d'effectif dans les zones couvertes de manière rationnelle • Densifier à travers le mécanisme de contrats de courte durée le réseau des ASCP des zones de flambées épidémiologiques (Malaria, Choléra) et à risques (camps de PDI, Camps de Déportés aux portes du pays) pour conduire la riposte et prévenir les problèmes de santé publique • Nommer les IC et AIP anciennement payés par bailleurs (bénévoles) ou encore payés par bailleurs pour conférer à la SSC une base durable • Développer un mécanisme de financement alternatif au paiement de salaire pour garantir aux ASCP une source de revenus dans la réalisation des activités (frais de transport, perdiem, subsides à la performance, frais de communication...)
4- Renforcement de la chaîne d'approvisionnement des ASCP	• Actualiser le kit d'équipement et de matériels de l'ASCP et déterminer son coût estimatif • Acquérir les kits d'équipement des ASCP selon les besoins identifiés • Adapter les mécanismes d'approvisionnement aux réalités spécifiques du niveau communautaire. • Doter les CCS et les ASCP de kits (matériels, fournitures, intrants, outils) à travers les mécanismes d'approvisionnement adéquats • Appuyer les CCS dans la quantification des besoins et la gestion des intrants du niveau communautaire • Opérationnaliser un circuit vert d'approvisionnement en intrant du niveau communautaire sur réquisition du CCS

AXES D'INTERVENTION	ACTIVITÉS CLÉS
5- Renforcement de la supervision des ASCP	• Élaborer le protocole et les outils de supervision selon une approche intégrée • Former les RHSC à la réalisation de la supervision suivant une approche en cascade • Évaluer les besoins (logistiques et/ou financiers) et allouer les ressources pour la conduite de la supervision selon les standards établis • Veiller à la documentation et au suivi de la supervision
6- Renforcement du cadre de suivi des interventions du niveau communautaire	• Renforcer le système d'information sanitaire du niveau communautaire en matière d'enregistrement et de rapportage incluant la mise à jour des données sur le réseau institutionnel d'ASCP • Appuyer la fonctionnalité des mécanismes de suivi des interventions au niveau communautaire (réunions mensuelles de suivi, validation des rapports, postage direct sur le DHIS2, suivi de la progression vers les objectifs) • Assurer la disponibilité continue des outils de collecte et de rapportage • Appuyer la tenue des réunions mensuelles de suivi • Renforcer les capacités des CCS pour le postage direct sur DHIS2 • Appuyer les mécanismes de retro information • Promouvoir l'utilisation de l'information pour l'amélioration continue de l'offre de services de base du niveau communautaire

CHAPITRE 5. CADRE DE SUIVI-EVALUATION DU PAFO

1. Indicateurs de performance des ASCP

1.1. Performance globale sur le PES

Le PAFO propose une série d'indicateurs de performance alignée sur les domaines d'interventions du PES. Ces indicateurs peuvent être révisés ou ajustés selon les besoins.



Graphique 4 : Indicateurs de performance globale des ASCP dans les domaines d'intervention du PES

1.2. Performance sur la Malaria, le VIH et la Tuberculose

Une attention particulière est accordée aux trois (3) maladies de l'ODD3 parce que le pays est engagé vis-à-vis de la communauté internationale par rapport aux programmes prioritaires tel que Malaria zéro, l'initiative 95-95-95 de l'ONUSIDA. Ici aussi, des indicateurs sont donnés à titre indicatif et peuvent être affinés par les programmes prioritaires pour leurs interventions.

Indicateurs de performance - VIH / Tuberculose / Paludisme

VIH

Dépistage et prévention

- % de personnes cibles sensibilisées au VIH (Population prioritaires, femmes enceintes, partenaires de PVVIH...)
- Nombre de kits ADA distribués
- Nombre de personnes orientés vers un centre pour dépistage

Femmes enceinte/PTME

- % de femmes enceintes testées VIH
- % femmes enceintes VIH+ liées aux soins PTME suivies régulièrement
- % d'enfants exposés VIH référés pour PCR

Prise en charge des cas

- Nombre de patients index suivis par l'ASCP
- % Contacts PCPI testés
- % de patients recevant au moins 1 visite de suivi ASCP/mois

Tuberculose

Détection et orientation

- Nombre de séances d'information TB réalisées
- % de présomptifs TB ayant fourni ≥ 1 échantillon (collecte réussi)
- % de spécimens transportés $\leq 24-48h$ à un centre pour dépistage
- % de présomptifs TB référés vers CCS

Observation et traitement (DOT communautaire)

- % de patients TB suivis par l'ASCP
- % de doses observées
- % de patients ayant complété le traitement

Traitement Préventif de la Tuberculose (TPT) – Focus Enfants

- Nombre d'enfants contacts identifiés
- % d'enfants éligibles initiés TPT
- % d'enfants ayant un suivi mensuel ASCP
- % d'enfants complétant le TPT

Malaria

Prévention et dépistage

- Nombre de séances de sensibilisation réalisées
- % de femmes enceintes informées sur la prévention
- % de ménage utilisant les MII
- % de cas suspects (cas fébrile) testés par TDR
- Taux de positivité des TDR

Prise en charge communautaire des cas simples

- % de cas TDR+ recevant un traitement complet
- % de cas compliqués référés correctement
- % de femmes enceintes TDR+ recevant un traitement approprié
- % de femmes enceintes traitées ayant une visite de suivi

Indicateurs transversaux et signes d'alerte

- Nombre de jours de rupture TDR, ACT le mois écoulé (seuil 7 j)
- Taux de positivité TDR > seuil historique local
- Augmentation $\geq 30\%$ des cas fébriles
- Augmentation des cas chez femmes enceintes ou enfant < 5 ans

Graphique 5 : indicateurs de performance du VIH/Sida/tuberculose/Malaria

2. Système de rapportage des données du niveau communautaire

Les données communautaires sont collectées par l'AIP au cours des réunions mensuelles de suivi. Elle en fait la compilation pour établir le Rapport mensuel de l'Institution dans son volet communautaire qui est posté sur DHIS2.

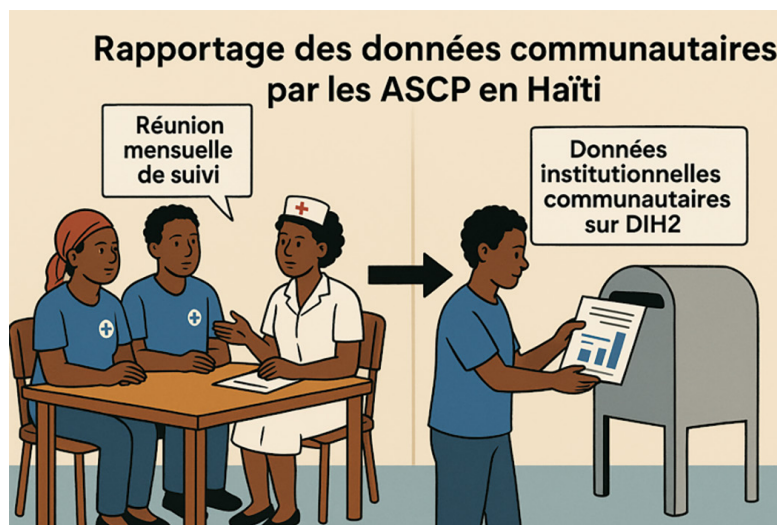


Figure 4 : Mécanisme de rapportage des données communautaires

3. Mécanisme de mise à jour de la cartographie des ASCP et du Plan de déploiement

Pour éviter la répétition de l'exercice d'actualisation de la cartographie des ASCP, il est essentiel d'instaurer une modalité de mise à jour automatique ayant un caractère institutionnel. Le principe de base est que la mise en place, la gestion et la mise à jour du réseau des ASCP relève de la responsabilité du CCS avec l'appui de la Direction Départementale et du Bureau de l'UAS.

De fait, le rapport mensuel des données communautaires susmentionné est l'occasion pour l'AIP de faire le point sur son Réseau d'ASCP. Ainsi, elle aura en charge de communiquer chaque trimestre la liste actualisée de ses ASCP en vue de la mise à jour des données de la carte sanitaire nationale digitalisée tenue par l'UEP et le SIGRH tenu par la DRH. Ceci appelle une actualisation du canevas de rapportage des données institutionnelles du CCS pour prendre en compte l'ensemble des données du niveau communautaire incluant la disponibilité des ressources humaines.

Les données de cartographie actualisée vont servir annuellement au terme de l'exercice fiscal à réaliser la mise à jour du Plan de Déploiement des ASCP.

4. Coordination des Interventions

Le comité de pilotage présidé par le DG qui a géré l'Étude pour le renforcement de l'opérationnalisation des ASCP ayant abouti à l'élaboration du PAFO demeure le cadre de coordination des interventions. Outre les Directions centrales normatives (DPSPE, DRH, UADS, UEP principalement), cet organe comprend les Programmes prioritaires (PNCM, PNLS, PNLT), fortement tributaire de la performance des ASCP pour l'atteinte de leurs cibles. Cette équipe reste ouverte et sera étendue à tout autre acteur pour autant que la problématique à adresser le nécessite. Le secrétariat est conjointement assuré par la DPSPE et la DRH.

Le Comité dispose d'un bras séculier, un organe technique pluridisciplinaire, la Task Force Opérationnelle (TFO) chargée de la mise en œuvre des interventions en collaboration avec les équipes du niveau déconcentré (DD/UAS).

Outre le PNUD qui a financé le processus du PAFO, tous les autres récipiendaires du Fonds Mondial en Haïti (UGP, World Vision) ou tout autre partenaire technique et financier peut appuyer la mise en œuvre du PAFO.

CONCLUSION

Le PAFO ne remplace pas la SSC. Il ne met en œuvre qu'un aspect de sa composante Ressource Humaine : l'opérationnalisation des ASCP. Ces derniers sont le dernier maillon de la chaîne de l'Équipe Santé Famille. En dehors des ressources humaines qui l'animent, cette entité étant virtuelle, l'opérationnalisation des ASCP appelle un ajustement dans le mode de fonctionnement actuel en recentrant les interventions sur les Institutions, indépendamment des professionnels qui les animent : les hommes passent, les institutions restent. C'est ce qui garantit la durabilité des interventions.

L'opérationnalisation des ASCP avec ses 2 composantes (Plan de déploiement et mise au travail des ASCP) est un vaste programme qui mérite une attention particulière. Toute la performance des programmes prioritaires en dépend, aussi bien que, la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International (RSI) en Haïti dans son approche "une seule santé" intégrant la santé humaine, animale, environnementale et la sécurité sanitaire des aliments. Les activités de promotion de la santé, de prévention, de sensibilisation communautaire, de surveillance et de détection rapide des maladies sont fortement tributaires des prestations des ASCP. Il ne peut y avoir de systèmes résistants et pérennes pour la santé sans investissement conséquent dans les ressources humaines ; en d'autres termes, il n'y a "pas de santé sans ressources humaines"¹³

Le fait que l'appui du PAFO peut se structurer autour d'unité d'opérationnalisation et de zone d'urgence sanitaire crée une flexibilité dans l'action et facilite la mise en œuvre progressive des interventions. En outre, cette structuration possible de l'appui permet de mieux orienter les ressources disponibles là où le besoin se fait le plus sentir.

¹³ AMPS, OMS, Une vérité Universelle : pas de santé sans ressources humaines

ANNEXE : PLAN DE DEPLOIEMENT DES ASCP

PLAN DE DEPLOIEMENT DES ASCP POUR LE DEPARTEMENT SANITAIRE DE L'ARTIBONITE										
COMMUNES	SECTIONS COMMUNALES	POPULATION ESTIMEE EN 2024	INSTITUTIONS SANITAIRES	EFFECTIFS DISPONIBLES				BESOINS		
				ASCP	ASC	AIP	IC	ASCP	AIP	IC
Anse-Rouge	Ville d'Anse Rouge	1578	CAL Anse Rouge	4			1		1	
	1ere section Plaine de l'Arbre	18365	Cs de Plaine de l'Arbre	4						
	1ere Section Tante		Cs de Tante	6					1	
	1ere Section Atrel		Cs de Atrel							
	2eme section Figuier		Cs de Figuier	4						
	2 eme Section Illodep		Cs de Illodep (Fermé)							
	2eme section Sources Chaudes Coridon	15880	Cs de Coridon	6				7	2	
	2e section Sources Chaudes	13218	Cs de Sources Chaudes							
Sous Total Anse Rouge		49041		24	0	0	1	7	4	0
Desdunes	Ville de Desdunes	37544	CSL de Saint Pierre	11			1	4	2	
	Ville de Desdunes		CS Fek Parèt							
	1er section de Desdunes	4300	CS Decahos							
	1er section de Desdunes Aux Sources		CS Aux Sources	4						
	2eme Desdunes		Cs Deux Carreaux	5					1	
Sous Total de Desdunes		41844		20	0	0	1	4	3	0

Dessalines	Ville de Dessalines		Hôpital Claire Heureuse	38				70	12	
	Ville de Dessalines	36067	CS Sainte Claire d'Assise							
	Ville de Dessalines		CS Glenn Eben-Ezer							
	1ere Section Villars		CS de Beaufort (NF)							
	1ere Section Villars	33872	CS Sanoix de Villars							
	2eme Section Fosse Naboth ou Duvallon		CS Hatte Cheveau							
	2eme Section Fosse Naboth ou Duvallon	35697	CS de Laraque (NF)							
	2eme Section Fosse Naboth ou Duvallon		CAL de Haute Feuille							
	2eme Section Fosse Naboth ou Duvallon		CCS Déséaux							
	3eme Section Ogé		CAL Centre Med. Philomène P.							
Dessalines (suite)	3eme Section Ogé	40713	CS Ogé							
	3eme Section Ogé		CS Niel							
	3eme Section Ogé		CAL Grand Bois							
	4eme Section Poste Pierrot		CSL Shekina							
	4eme Section Poste Pierrot		CAL Bois Mary							
	4eme Section Poste Pierrot		CS Poste Pierrot							
	4eme Section Poste Pierrot	24159	CS Coupe à l'Inde							
	4eme Section Poste Pierrot		CS Grande Hatte							
	5eme Section Fiéfé ou Petit Cahos		CS Sainte Rose de Lima							
	6eme Section La Croix ou Grand Cahos	12976	CS La Croix							
	6eme Section La Croix ou Grand Cahos	22086	CS Basse Cadeille							
Sous Total Dessalines		205570		38	10	0	5	70	12	0

Ennery	Ville d'Ennery	4101	HCR de Toussaint Louverture	3		1				1
	1ere Section Savan Carrée	19580	Cs de Savanne Carrée	13					1	
	2eme Section Passe-Reine	15099	CS de Passe Reine	6						
	2eme Section Passe-Reine	2099	CCS de Rouf	3		1				
	3eme Section Chemin Neuf	6112	CCS de Chemin Neuf	2						
	4eme Section Puilboreau	10894	CCS Puilboreau (Nouveau)	8		1				
Sous Total Ennery		57885		35	0	3	0	0	1	1
Gonaives	Ville de Gonaives	215115	Hôpital de la Providence	19	2	6	4	16	1	
	Ville de Gonaives		CSL de K-Soleil	20						
	Ville de Gonaives		HCR de Raboteau	23						
	Ville de Gonaives		CS de Trou Sable	6						
	1ere Section Pont Tamarin	20126	CAL Eben-Ezer							
	1ere Section Pont Tamarin		CS de Tarasse							
	1ere Section Pont Tamarin		CS de Brunette							
	1ere Section Pont Tamarin		CS Pont Gaudin	9					1	
	2eme Section Bassin	12656	CS de Bon Berger / Bassin Magnan	4					1	
	2eme Section Bassin	99715	CS de Bassin					40	4	
	2eme Section Bassin		CS de la P'ierre		1					
	3eme Section Petite Rivière de Bayonnais	2821	CS de Bayonnais	7					1	
	4eme Section Poteaux	23341	CCS de Poteaux	8					1	
	4eme Section Poteaux	16894	CS de Bardo Marchand					2		
	4eme Section Poteaux		CS de Terre Blanche		5					
	5eme Section Labranle	12016	CS de Labranle	5		1				
Sous Total de Gonaives		402684		101	8	7	4	58	9	0

Grande Saline	Ville de Grande Saline	5590	Cs de Grande Saline		1		1		2	
	1er Section Berée Drouin		CAL de Drouin							
	1er Section Berée Poteneau	20670	Cs de Poteneau							
Sous Total Grande Saline		26260		18	1	0	1	0	2	0
Gros Morne	Ville de Gros Morne		Hôpital Alma Mater	15	1	1	2		1	
	1ere Section Boucan Richard	8997	CCS SOS France	3						
	2eme Section Rivière Mancelle	16510	château	1						
	2eme Section Rivière Mancelle		Disp. Notre Dame	3						
	2eme Section Rivière Mancelle		Rivière Mancelle							
	3eme Section Rivière Blanche	16637	Disp. Corail	4						
	3eme Section Rivière Blanche	41971	Alma Mater					21	2	
	4eme Section l'Acul	20087	Treuil	1				7	1	
	4eme Section l'Acul		Verneille	2						
	4eme Section l'Acul		Clinique Anti-tuberculose							
	4eme Section l'Acul		Disp. Charbe (Fermé)							
	4eme Section l'Acul		Disp. Comm. de Dupuy	1						
	5eme Section Pendu	7497	Pendu 5e section	1				3	1	
	6eme Section Savane Carrée	27437	Clinique Jolivet	2				11	2	
	6eme Section Savane Carrée		David 6e section	3						
	7eme Section Moulin	17977	Moulin	6				4	1	
	7eme Section Moulin		Disp. Décaussière (Fermé)							
	8eme Section Ravine Gros Morne	18837	SOS France 4e section							
	8eme Section Ravine Gros Morne		Pérou	7				4	1	
Sous Total Gros Morne		175950		49	1	1	2	50	9	0

L'Estère	Ville de l'Estère	13030	HCR de l'Estère	3		1	1	4		
	1ere Section La Croix Perisse	13197	CSL New Testament	8					1	
	1ere Section Mapou Lagon		Cs de Mapou Lagon	1						
	2eme Section Petite Desdunes	12789								
	2eme Section Petite Desdunes	12018	Cs de SOSAKA	4				10	2	
Sous Total de L'Estère		51034		14	0	1	1	14	3	0
La Chapelle	Ville de la Chapelle	7254	CSL de la Chapelle	21		1	1		1	
	1ere Section Martineau	13857	Non couverte en IS							
	2eme Section Bossous	14547	Non couverte en IS							
Sous Total de la Chapelle		35658		21	0	1	1	0	1	0
Marmelade	Ville de Marmelade	10599	CAL de Marmelade	36		3	1		1	
	1ere Section Crête à Pins	8644	Non couverte en IS							
	2eme Section Bassin ou Billier	14426	CS de Bassin (Fermé)							
	3 eme Section Platon	9339	Non couverte en IS							
Sous Total de Marmelade		43008		36	0	3	1	0	1	0
Petite Rivière	Ville de Petite Rivière	47957	HCR Charles Colimon	11	3		1	36	5	
	1ere Section Bas Coursin I	46977	CCS de Jean Denis		4					
	1ere Section Bas Coursin I		CS Mauger							
	2eme Section Bas Coursin II	15468	CS Ségur		6			3	1	
	3eme Section Labady	19446	CS de Plassac		5			6	1	
	4eme Section Savane à Roche	5501	CS de Savane à Roche		6				1	1
	4eme Section Savane à Roche	21518	CS Deslandes					9	1	
	5eme Section Perodin	17870	CS de Perodin		5			5	1	
	6eme Section Médor	18216	CCS de Médor		4			6	1	
Sous Total Petite Rivière		192953		11	33	0	1	65	11	1

Saint Marc	Ville de Saint Marc	97798	HCR de Saint Nicolas							
	Ville de Saint Marc	31672	Bureau UAS de Saint Marc							
	Ville de Saint Marc	39653	CSL SSPE de Saint Marc	7		4	2	61	3	
	1er Section Delugé	15376	CCS de Gresseau							
	2eme Section Bois Neuf		CCS de Jeanton	9					1	
	2eme Section Bois Neuf	9753	CS de Montrouis							
	2eme Section Bois Neuf	29315	CAL de Pierre Payen	26					3	
	2eme Section Bois Neuf		CCS de Chadene							
	3eme Section Goyavier	12166	CCS de Goyavier	4	1				1	
	4eme Section Lalouère	17756	CCS de Saint Laurent / Barbe	3	1			7	1	
	4eme Section Lalouère		CS de Gilbert							
	5eme Section Bocozelle	37174	CS de Bertrand					15	2	
	5eme Section Bocozelle		CS Fondation Simeus							
	5eme Section Bocozelle		CS de Pont Sondé							
	5eme Section Bocozelle		CS de Bocozelle	6					1	
	5eme Section Bocozelle		CS de Gervais							
	6eme Section Charrette		CCS de Terre Blanche							
Saint Marc (suite)	6eme Section Charrette	10670	CCS de Charrette	8					1	
Sous Total Saint Marc		301333		63	2	4	2	83	13	0

Saint Michel de l'Attalaye	Ville de Saint Michel	13377								
	Ville de Saint Michel	19163	CAL de Saint Michel	6		4	3	13		
	Ville de Saint Michel	9282	CS de Bon Berger					5		
	1ere Section Platana	15629	CS de Platana	9						
	2eme Section Camathe	12578	CSL de Camathe	7					1	
	3eme Section Bas de Sault	13820	CCS de Bas de Sault	9	2	1			1	
	4eme Section Lalomas	19117	CS de Lalomas	10					1	
	5eme Section l'Ermite	11573	CCS de l'Ermite	6		1				
	6eme Section Las Cidras	16919	CCS Las Cidras	9		1				
	7eme Section Marmont	644	CS de Marmont / Nan Paul	10					1	
	7eme Section Marmont	22126	CS New Testament de Marmont					3	1	
	8eme Section l'Attalaye	15864	CS de l'Attalaye / Savanne Diane	9					1	
Sous Total Saint Michel		170092		75	0	7	3	21	6	0
Terre Neuve	Ville de Terre Neuve	1792	CS Terre Neuve	10		1	1			
	1ere Section Doland	13445	Non couverte en IS							
	2eme Section Bois Neuve	8135	Non couverte en IS					5	1	
	3eme Section Lagon	11946	CCS Lagon	6					1	
Sous Total Terre Neuve		35318		16	0	1	1	5	2	0

Verrettes	Ville de Verrettes	12159	CAL Dumarsais Estimé	10		2	3			
	1ere Section de Liancourt	20991	Hôpital Albert Schweitzer							
	1ere Section de Liancourt	22324	CS de Deschapelles	16	1				1	
	1ere Section de Liancourt		CS de Liancourt	13	2					
	2eme Section Belanger	1526	Non couverte en IS					1		
	2eme Section Belanger	28305	Non couverte en IS					16		
	3eme Section Guillaume Mogé	5374	CCS de Marin					3	2	
	3eme Section Guillaume Mogé	10803	CCS de Christan	1				5	1	
	4eme Section Desarmes	5570	CSL Bastien							
	4eme Section Desarmes	7672	CS Gabriel	10					1	
	4eme Section Desarmes	18276		13						
	4eme Section Tierne		CCS de Tierne	16					3	
	5eme Section Bastien	16845	CS Bastien							
	6eme Section Terre Natte	13809	CS de Barbe							
Sous Total de Verrettes		163654		79	3	2	3	25	8	0
TOTAL ARTIBONITE		1952287		600	58	30	27	402	85	2

BESOINS

	Zone de Silence	54 ASCP à recruter et 26 ASC déjà en poste à mettre à niveau , 9 AIP et 1 IC à recruter
	Zone de Sous-effectif	348 ASCP à recruter et 17 ASC déjà en poste à mettre à niveau , 51 AIP et 0 IC à recruter
	Zone de Sureffectif	12 ASCP à démobiliser, 1 AIP et 0 IC à recruter
	Zone Rationnelle	0 ASCP à recruter, 24 AIP et 1 IC à recruter

PLAN DE DEPLOIEMENT DES ASCP POUR LE DEPARTEMENT SANITAIRE DU CENTRE												
COMMUNES	SECTIONS COMMUNALES	POPULATION	INSTITUTIONS		EFFECTIFS DISPONIBLES				BESOINS			
		ESTIMEE EN 2024	ASCP	ASC	AIP	IC	ASCP	AIP	IC			
Belladère	1ère Section Renthe-Mathe	14803	Dispensaire de Croix de fer (NF) Fermé						9			
	1ère Section Renthe-Mathe	3145							2			
	1ère Section Renthe-Mathe	38661	Hôp. Notre Dame de la Nativité		18		1	1	4	2		
	2ème Section Roye-Sec	20047	CCS de Roy Sec		7		1		5	1		
	3eme Section Riaribes		Centre de Santé de Baptiste		7		1					
	3eme Section Riaribes	21225	CS de Dos Palais (Nou- veau)		3				1	1		
Sous Total Belladère		97881			35	0	3	1	21	4	0	
Boucan-Carré	1ère Section Petite Montage	11258	Non couverte en IS				1		7			
	2eme-Section Boucan Carré	1397							1			
	2eme-Section Boucan Carré	23696	CS de St Michel de Boucan Carré		7		1	1	6	1		
	3ème- Section Des-Bayes	24064	Hôpital Bon Sauveur de Cange		16		1	1				
	3ème- Section Des-Bayes (Dufally)	2902	CS Sans Lits Saint EsPrivét		1							
Sous-total Boucan Carré		63317			24	0	3	2	14	1	0	
Cerca Cavajal	1 ère Section -Rang	6366	Centre de Santé de Cerca Cavajal		5	7	1				1	
	2 ère Section -Rang	19914	Dispensaire Ste famille						3	1		
	3 ère Section -Rang		Dispensaire Bon Samaritain (Fermé)									
	4 ère Section -Rang		Dispensaire d’Angoman (Fermé)									
	5 ère Section -Rang		CS Farnèse Louis Jeune (Fermé)									
Sous Total Cerca Cavajal		26280			5	7	1	0	3	1	1	

Cerca La Source	1ère- Sectionm Acajou-Brulé N01	23089	Dispensaire de Saltadère			1		11		
	1ère- Sectionm Acajou-Brulé N0 1	8739	Dispensaire de Pacasse (NF) Fermé							
Cerca La Source (suite)	1ère- Sectionm Acajou-Brulé N0 2		CCS Los Cacahos	7					1	
	2ème- Section Acajou-Brulé N01	17903	CS de Cerca La Source	11		1	1			
	2ème- Section Acajou-Brulé N02		Dispensaire de Baltazar (NF) Fermé							
	3ème- Section Lamielle	14156	CS de Tilory	10		1				
Sous Total Cerca La Source		63887		28	0	3	1	11	1	0
Hinche	1ère-Section Juanaria	42232	Hôpital Sainte Thérèse	2		2	1	15		
	1ère-Section Juanaria	26145	Clinic l'incarnation de Pandiasou	4				2	1	
	1ère-Section Juanaria		CCS Abriot (NF)	1						
	1ère-Section Juanaria		Disp. Withney Clinic							
	1ère-Section Juanaria		Disp. de Montegrande	1						
	1ère-Section Juanaria		Disp. de Dos Palais (NF)							
	1ère-Section Juanaria		CCS des Abricots	2					1	
	1ère-Section Juanaria		Centre de santé Abricot (NF)							
	1ère-Section Juanaria		Clinique New Hope de Hinche							
	2ème-Section Marmont	18839	Centre de Santé de Marmont	13			1			
	3ème Section Aguahedionde	1430	Disp. de Basin Zim	2						
	3ème Section Aguahedionde	22955	Disp. de Los Palis	3		1				
	3ème Section Aguahedionde	24992	Disp. de Los Palma (NF)							
	4e Sect. Aguahedionde (rive gauche)		CCS de Caiman (nouveau)	18		1			2	
	4e Sect. Aguahedionde		Disp. la Belle Onde	3						
Sous Total Hinche		136593		49	0	4	2	17	4	0
Lascahobas	1ere Section Petit Fond	17137	Non couverte en IS			1		10		
	2ème- Section Juampas	11754	Centre Santé Fanm					1		
	2ème- Section Juampas		Cs Mount Gold (NF) / Aile de l'Espoir							
	2ème- Section Juampas	22950	Centre de sante de Lascahobas	19		1	1		1	

Sous Total Lascahobas		51841		19	0	2	1	11	1	0
Maissade	1ère- Section Savane-Grande	15408	Centre de Santé de Maissade	12		1	1			
	1ère- Section Savane-Grande	1605	Dispensaire de Selpêtre	6						
	1ère- Section Savane-Grande	23131	Dispensaire Cinquième	4					1	
	1ère- Section Savane-Grande		Dispensaire Madame Joie	4						
	2ème- Section Narang	10328	Dispensaire de Bois-Rouge	3		1		1		
	3ème- Section Hatty	16139	Dispensaire Ossenande	6		1		2		
	3ème- Section Hatty		Dispensaire Bassin Cave (NF) Fermé							
	3ème- Section Hatty		Dispensaire Hatty (NF) Fermé							
Sous Total Maissade		66611		35	0	3	1	3	1	0
Mirebalais	Ville de Mirebalais	21406	HUM / CDI	55		1	1			
	1ere- Section Gascogne	25497	CS Marché Canard	17		1			1	
	2ème- Section Sarazin	15964	Clinique Mennonite							
	2ème- Section Sarazin		CCS de Sarazin	16					1	
	3ème- Section Grand-Boucan		Dispensaire Décaussière (NF)							
	3ème- Section Grand-Boucan		Dispensaire Grand Boucan (NF)							
	3ème- Section Grand-Boucan	18529	Dispensaire Fonds Michel	11		1				
	4ème- Section Crête-Brulée		Centre de santé ODECOM							
	4ème- Section Crête-Brulée	29077	Centre de santé Trianon			1		17	1	1
Sous Total Mirebalais		110473		99	0	4	1	17	3	1
Saut d'Eau	1ère-Section Rivière-Canot	5239	CS sans Lit de Saut d'Eau	32		1				1
	1ère-Section Rivière-Canot	10251								
	2eme Section La Selle	714	Non couverte en IS							
	2eme Section La Selle	11303				1				
	3ème- Section Coupe-Mardi-Gras	9771	CCS Coupe Mardigras			1				
	4eme Section Montagne-Terrible	6873	Disp. Montagne Terrible (NF)			1				
	4eme Section Montagne-Terrible		Dispensaire Cap Anamur (NF)							
Sous Total Saut d'Eau		44151		32	0	4	0	0	0	1

Savanette	1ere Section Savanette	ND	Non couverte en IS							
	2ème Section -La-Haye	ND	Centre de Santé de Savanette	15		1	1		1	
	2ème Section -La-Haye	ND	CCS de Colombier	7		1				
Sous Total Savanette				22	0	2	1	0	1	0
Thomassique	1ere Section Matelgate	15886	Non couverte en IS					9		
	2ème- Section Lociane	26122	CS de Boc Banic			1		15	2	
	2ème- Section Lociane	29442	Clinique St Joseph	9		1		8	1	1
Sous Total Thomassique		71450		9	0	2	0	32	3	1
	1ère- Section Cabral	12698	Centre de Santé de Thomonde	24		3	1			
	1ère- Section Cabral	15581	Polyclinique commun. Thomonde							
	2eme Section Tierra Muscady	15610	Non couverte en IS							
	3eme Section Baille-Tourrible	7972	CS Baille-Tourrible					5	1	
	4eme Section La Hoyo	18070	Dispensaire la Hoyo	12	2	2				
	4eme Section La Hoyo		Dispensaire Caste (NF)							
	4eme Section La Hoyo		Dispensaire Pareidon (NF)							
Sous Total Thomonde		69931		36	2	5	1	5	1	0
TOTAL CENTRE		802415		393	9	36	11	134	21	4

BESOINS

	Zone de Silence	46 ASCP à recruter ainsi que , 4 AIP et 1 IC à recruter
	Zone de Sous-effectif	88 ASCP à recruter et 7 ASC déjà en poste à mettre à niveau , 12 AIP et 2 IC à recruter
	Zone de Sureffectif	53 ASCP à démobiliser, 2 AIP et 0 IC à recruter
	Zone Rationnelle	0 ASCP à recruter ; 2 AIP et 1 IC à recruter

PLAN DE DEPLOIEMENT DES ASCP POUR LE DEPARTEMENT SANITAIRE DE LA GRANDE-ANSE										
COMMUNES	SECTIONS COMMUNALES	POPULATION ESTIMEE EN 2024	INSTITUTIONS SANITAIRES	EFFECTIFS DISPO- NIBLES				BESOINS		
				ASCP	ASC	AIP	IC	ASCP	AIP	IC
Abricots	1ère Section Anse-du-Clerc	9451	CS Léon Coicou d'Anse du Clerc	6		1				
	2ème Section Balisiers	1529	CS St Joseph des Abricots	22		3	1			
	2ème Section Balisiers	12066	CCS Burotte (Nouveau)							
	3ème Section Danglise	7916	Non couverte en IS							
	4ème Section la Seringue	11614	Centre de Santé Saint Victor							
Sous Total Abricots		42576		28	0	4	1	0	0	0
Anse-d'Hainault	1ère Section Grandoit	15855	HCR St Jean Baptiste	7			1			
	1ère Section Grandoit	3578	Dispensaire de Sainte Hélène	16		1				
	2ème Section Boudon	8240	CCS Iceus Picard de Sicard	9		1				
	3ème Section Ilet à Pierre Joseph	9224	Non couverte en IS							
	4ème Section Mandou	4240	CCS de Mandou	8		1				
Sous Total Anse-d'Hainault		41137		40	0	3	1	0	0	0
Beaumont	1re Section Beaumont	6 800	Dispensaire la Providence	9		1	1			
	1re Section Beaumont	15 320	CS Sainte Agnès Citymed	6		1				
	2e Section Chardonnette	9 821	CCS Saint Gerard de Chardonnette	4						
	3e Section Mouline	3 749	CCS Saint Paul de Mouline	5		1				
Sous Total Beaumont		35 689		24	0	3	1	0	0	0
Bonbon	1re Section Desormeau ou Bonbon	1951	HHF de Bonbon	1						
	1re Section Desormeau ou Bonbon	7780	Chemen La vi de Bonbon	4		1	1			
Sous Total Bonbon		9731		5	0	1	1	0	0	0

Chambellan	1ère Section Déjean	5283	CS de Chambellan	12		1				1
	1ère Section Déjean	10298	CCS de Bourdon	6						
	2ème Section Boucan	14321	Dispensaire de Boucan	4					1	
	2ème Section Boucan		Dispensaire Berluce (fermé)							
	2ème Section Boucan									
Sous Total Chambellan		29902		22	0	1	0	0	1	1
Corail	1ère Section Duquillon	5073	HCR St Pierre de Corail (HSPC)	25		3	1			
	1ère Section Duquillon	7654	Dispensaire St Gérard (relève de Beaumont)							
	1ère Section Duquillon		SSPE de Moulines (relève de Beaumont)							
	2e Section Fond d'Icaque	6804	Non couverte en IS							
	3e Section Champy (Nan Campêche)	2580	Non couverte en IS							
Sous Total Corail		22111		25	0	3	1	0	0	0
Dame-Marie	1ère Section Bariadelle	6460	Sainte Anne de Bariadelle	6		1				
	2e Section Dallier	1945	Non couverte en IS							
	3ème Section Désormeau	12605	Hôp. de la Communauté DM	14		1	1			
	3ème Section Désormeau	4798	Notre Dame des Malades	1						
	3ème Section Désormeau		Saint Michel de Désormeaux	6		1				
	4e Section Petite Rivière	459	SKS Petite Rivière de Dame Marie	6		1				
	4e Section Petite Rivière	5913								
	5e Section Baliverne	11608	Non couverte en IS							
Sous Total Dame-Marie		43788		33	0	4	1	0	0	0

Jérémie	1ere Section Basse Voldrogue	7359	CCS Vieux Bourg	3		1	1			
	2ème Section Haute-Voldrogue	1278	Siloé de Léon	6		1	1			
	2ème Section Haute-Voldrogue	12406	Dispensaire Sainte Anne							
	3e Section Haute Guinaudée	23 258	HHF (Nouveau)	21		7				
	3e Section Haute Guinaudée		Bon Pasteur de Prévilé	6		1				
	4ème Section Basse-Guinaudée	10763	Centre médico-social de Gebeau	5						
	4ème Section Basse-Guinaudée		NDPS de Latibolière	2						
	5e Ravine à Charles		Localité attribuée à la nouvelle commune de Marfranc							
	6e Iles Blanches		Localité attribuée à la nouvelle commune de Marfranc							
	8eme Section Fonds-Rouge-Dahere	26128	Cs Ste Thérèse de l'Enfant Jésus / Carrefour Sanon	5				5		
	8eme Section Fonds-Rouge-Dahere	4449	Haitian Health Foundation					2		
	9eme Section Fonds-Rouge-Torberck		ND de l'Assomption de Numéro 2	2						
	9eme Section Fonds-Rouge-Torberck	21775	Hôpital Saint Antoine	10						
	9eme Section Fonds-Rouge-Torberck	8495	SSPE de Mackandal	3						
Sous Total Jérémie		115911		63	0	10	2	7	0	0
Marfranc (Nouvelle commune)	1e Section Ravine à Charles	12426	Non couverte en IS							
	2e Section Iles Blanches	14274	Haitian health foundation (HHF)/ Nouveau	8		1				
	3ème Section Marfranc/ Commune de Marfranc	3704	Immaculé Conception/ CS Ste Hélène	17						
	3ème Section Marfranc/ Commune de Marfranc	5476	SSPE de Marfranc	6			1		1	
Sous Total Marfranc		35880		31	0	1	1	0	1	0

Irois	1re Section Matador (Jorgue)	5307	Sant sante Lespwa (Nouveau)	24		1	2			
	1re Section Matador (Jorgue)	9421								
	2e Section Belair	6252	Non couverte en IS							
	3e Section Garcasse	4244	Dispensaire Carcasse	6					1	
	3e Section Garcasse	1192								
Sous Total Les Irois		26416		30	0	1	2	0	1	0
Moron	1ère Section Anote ou 1ere Tapion	3 884	Centre de Santé de Moron	18		1	1			
	1ère Section Anote ou 1ere Tapion	12 216	ND de Lourdes de Moron	2		1				
	1ère Section Anote ou 1ere Tapion		HHF de Moron	10		1				
	2e Section Sources Chaudes	263	Non couverte en IS							
	2e Section Sources Chaudes	6 002								
	3e Section l'Assise ou Chameau	12 845	Non couverte en IS							
Sous Total Moron		35 211		30	0	3	1	0	0	0
Pestel	1ère Section Bernagousse	7453	Centre de Santé de Pestel	5		1	1			
	1ère Section Bernagousse		CCS des Basses	1						
	1ère Section Bernagousse		Anse à Macon (Fermé)							
	2 eme Section Espère	6332	Centre Espoir Communautaire	6						
	2 eme Section Espère	5805								
	3ème Section Jean-Belune	4375	Dispensaire Jean Bellune	2						
	3ème Section Jean-Belune		SSPE Espwa de Pointe Sable	4					1	
	4ème Section Tozia	13791	Dispensaire de Détail	3						
	5ème Section Duchity	6802	SSPE de Duchity	2	1				1	
	5ème Section Duchity		Centre de Santé de Tozia	1						
	6e Section Les Iles Cayemittes	5912	Non couverte en IS					3		
Sous Total Pestel		50470		24	1	1	1	3	2	0

Roseaux	1ère-Carrefour-Charles	8099	CCS de Carrefour Charles	5		1				
	1ère-Carrefour-Charles									
	2ème-Fonds-Cochon (Lopineau)	13267	St Antoine de Padoue de Lopineau							
			CCS de Golbotine (nouveau)	5		1				
	3e Section Grand Vincent	9461	Centre de Santé Saint Martin de Grand Vincent	7		1				
	4ème-Les-Gommiers	2392	Bon Samaritain des Roseaux (CS Immaculée Conception des Roseaux)	4		1	1			
	4ème-Les-Gommiers	7187	HHF de Roseaux	4		1				
Sous Total Roseaux		40406		25	0	5	1	0	0	0
Grand Total Grande Anse		529 227		380	1	50	16	10	5	1

BESOINS

	Zone de Silence	3 ASCP à recruter pour la couverture des Iles Cayemittes dans la commune de Pestel
	Zone de Sous-effectif	7 ASCP à recruter , ainsi que 1 AIP et 0 IC à recruter
	Zone de Sureffectif	87 ASCP à démobiliser ; 2 AIP et 0 IC à recruter pour améliorer l'encadrement des ASCP existants
	Zone Rationnelle	0 ASCP ; 1 AIP et 1 IC à recruter

PLAN DE DEPLOIEMENT DES ASCP POUR LE DEPARTEMENT SANITAIRE DES NIPPES										
COMMUNES	SECTIONS COMMUNALES	POPULATION ESTIMEE EN 2024	INSTITUTIONS SANITAIRES	EFFECTIFS DISPONIBLES				BESOINS		
				ASCP	ASC	AIP	IC	ASCP	AIP	IC
Anse-à-Veau	1re Section Baconnois-Grand-Fond	1 857	HCR Jules Fleury	6		1	1			
	1re Section Baconnois-Grand-Fond	6 573								
	2e Section Grande-Rivière-Joly	4 861	SSPE de Felix Mathieu		1			2	1	
	2e Section Grande-Rivière-Joly	14 100						8		
	3e Section Saut du Baril	844	SSPE de Saint Yves	3		1				
	3e Section Saut du Baril	10 882	SSPE de Javel					3		
Sous Total Anse-à-Veau		39 116		9	1	2	1	13	1	0
Arnaud	1re Section Baconnois-Barreau	1 605	SSPE d'Arnaud	3	0		1		2	
	1re Section Baconnois-Barreau	8 241						2		
	2e Section Baquet	6 807	Non couverte en IS					4		
	3e Section Arnaud (Morcou)	1 649	Non couverte en IS					1		
	3e Section Arnaud (Morcou)	5 113						3		
Sous Total Arnaud		23 414		3	0	0	1	10	2	0
Baradères	1re Section Gérin ou Mouton	831	Non couverte en IS							
	1re Section Gérin ou Mouton	5 868								
	2e Section Tête d'Eau	9 705	Non couverte en IS							
	3e Section Fond Tortue	2 855	Dispensaire Ste Elisabeth (NF)							
	3e Section Fond Tortue	9 043								
	4e Section la Plaine	698	CAL Baradères		24	3		3		1
	4e Section la Plaine	8 028								
	5e Section Rivière Salée	945	Non couverte en IS							
	5e Section Rivière Salée	8 639								
Sous Total Baradères		46 611		0	24	3	0	3	0	1

Fonds-des-Nègres	1re Section Bouzi	983	SSPE Ste Catherine		2		1	2		
	1re Section Bouzi	5 923								
	2e Section Fonds-des-Nègres ou Morne Brice	5 489	CAL de Béthel	0	8		1		1	
	2e Section Fonds-des-Nègres ou Morne Brice	8 139								
	3e Section Pernerle	10 743	SSPE St Joseph de Pernerle	0	1			9	1	
	4e Section Cocoyers-Ducheine	6 483	Non couverte en IS							
Sous Total Fonds-des-Nègres		37 760		0	11	0	2	11	2	0
Grand-Boucan	1re Section Grand-Boucan	3 434	SSPE de Grand Boucan	5		1	1			
	1re Section Grand-Boucan	791								
	2e Section Eaux Basses	1 489	Non couverte en IS							
	2e Section Eaux Basses	857								
Sous Total Grand-Boucan		6 572		5	0	1	1	0	0	0
L'Asile	1re Section l'Asile ou Nan Paul	9 719	HCR de L'Asile	6	1	1	1			
	2e Section Changeux	712	Non couverte en IS							
	2e Section Changeux	10 328						6		
	3e Section Tournade	1 843	SSPE de Changieux	6		1				
	3e Section Tournade	984	SSPE Béthesda Fleurant (NF)							
	3e Section Tournade	17 547						6		
	4e Section Morisseau	1 123	SSPE de Morisseaux	2		1				
	4e Section Morisseau	4 160						1		
Sous Total L'Asile		46 417		14	1	3	1	13	0	0

Miragoâne	1re Section Chalon	15 321	SSPE de Beraca					6		
	1re Section Chalon	23 297	SSPE de Chalon		1			8	1	
	2e Section Belle Rivière	10 673	SSPE de Lhomond	1	0	1		1		
	2e Section Belle Rivière		SSPE de Belle Rivière		2		1			
	3e Section Dessources	10 741	CAL Mère Thérèse de Ravine d'argent	1	1					
	3e Section Dessources		CAL SSPE de Labrousse		3		1			
	4e Section St-Michel	3725	SSPE de St Michel du Sud		3	1				
	4e Section St-Michel	6 907								
			Hôpital Sainte Thérèse	1	10	1	1			
Sous Total Miragoâne		70 664		3	20	3	3	15	1	0
Paillant	1re Section Salagnac	10 566	SSPE de Mussotte	5		1				
	1re Section Salagnac		SSPE de Etang Rey (F)							
	2e Section Bezin II	1 402	SSPE de Jeannette	2			1			
	2e Section Bezin II	7 618	CAL de Paillant	9		1				
Sous Total Paillant		19 587		16	0	2	1	0	0	0
Petite-Rivière des Nippes	1re Section Fond des Lianes	2 395	SSPE de Petite Rivière	9		1				
	1re Section Fond des Lianes	8 567	CCS Plateau Govin (NF)	1						
	2e Section Cholette	6 860	CCS Cholette		1					
	3e Section Silègue	2 273	CAL de Madian	2			1		1	
	3e Section Silègue	8 705	Clinic de la Visitation	3				1		
	4e Section Bezin	3 468	Non couverte en IS					2		
Sous Total Petite-Rivière des Nippes		32 268		15	1	1	1	3	1	0

Petit-Trou des Nippes	1re Section Raymond	8 658	CAL de Petit Trou	28		2	1			
	2e Section Tiby	4 734	Non couverte en IS							
	2e Section Tiby	2 954								
	2e Section Tiby	8 596								
	3e Section Liève ou Vigny	1 546	Non couverte en IS							
	3e Section Liève ou Vigny	7 404								
Sous Total Petit-Trou des Nippes		33 892		28	0	2	1	0	0	0
Plaisance du Sud	1re Section Plaisance du Sud (ou ti François)	3 753	CAL de Plaisance	23	0	1	1			
	1re Section Plaisance du Sud (ou ti François)	7 703								
	2e Section Anse aux Pins	10 605	SSPE de Gauthier Civil	2		1				
	3e Section Vassal Labiche	8 729	Non couverte en IS							
Sous Total Plaisance du Sud		30 790		25	0	2	1	0	0	0
Grand Total Nippes		387 091		118	58	19	13	68	7	1

BESOINS

	Zone de Silence	24 ASCP à recruter et 36 ASC déjà en poste à mettre à niveau , 3 AIP et 1 IC à recruter
	Zone de Sous-effectif	44 ASCP à recruter et 4 ASC déjà en poste à mettre à niveau , 4 AIP et 0 IC à recruter
	Zone de Sureffectif	16 ASCP à démobiliser, 0 AIP et 0 IC à recruter
	Zone Rationnelle	0 ASCP à recruter, mais 8 ASC en poste à mettre à niveau; 0 AIP et 0 IC à recruter

PLAN DE DEPLOIEMENT DES ASCP POUR LE DEPARTEMENT SANITAIRE DU NORD										
COMMUNES	SECTIONS COMMUNALES	POPULATION ESTIMEE EN 2024	INSTITUTIONS SANITAIRES	EFFECTIFS DISPONIBLES				BESOINS		
				ASCP	ASC	AIP	IC	ASCP	AIP	IC
Acul-du-Nord	1ère-Camp-Louise	2109	Centre de Sante de Camp Louise	5		1				
	1ère-Camp-Louise	7911								
	2e-Bas-De-L'acul	12265	Dispensaire de Pilatre							
	2e-Bas-De-L'acul	12993	Centre Médical Secours Chrétien							
	2e-Bas-De-L'acul		Centre de Sante la Nativité d'Acul du Nord	7		1		7		1
	3ème-Mornet	12416	Dispensaire de Tovar	1						
	3ème-Mornet		Centre de Sante de Grison Garde	5		1				
	3ème-Mornet		Dispensaire de la Bruyère	3		1				
	3ème-Mornet		C/S Divine Miséricorde							
	3ème-Mornet		Disp. Carrefour La Chaux							
	3ème-Mornet		Dispensaire C. de Duty (NF)							
	3ème-Mornet		Délivrance (NF)							
	4emeSection Grande Ravine	4108	Non couverte en IS							
	5eme Coupe a David	3184	Non couverte en IS							
	6e Soufrière	7427						9		
	6e Soufrière	770	Disp. de Soufrière (NF)							
Sous-total Acul du Nord		63183		21	0	4	0	16	0	1

Bahon	1er Bois-Pin	7313	Non couverte en IS							
	2ème-Bailly	3211	Dispensaire. St Joseph					6		
	2ème-Bailly	12049								
	3eme Section Montagne Noire	3703	Centre de Sante de Bahon	4	2	1	1	5	1	
Sous-total Bahon		26276		4	2	1	1	11	1	0
Bas-Limbé	1erSection Garde Champetre	1914	Non couverte en IS							
	2ème-Petit-Howars	10072	Dispensaire de Bas Limbé (C2C)			1	1	7		
	2ème-Petit-Howars	11632	CS Materno Infantile Mont Carmel					7	1	
Sous-total Bas Limbé		23618		0	2	1	1	14	1	0
Borgne	1erSection Margot	13518	Non couverte en IS					8		
	2eme Boucan Michel	14488	Non couverte en IS					8		
	3ème-Petit-Bourg	4146	CCS de Petit Bourg Borgne (Bertrand)	12		1			2	
	3ème-Petit-Bourg	11108	CCS de St Jules							
	3ème-Petit-Bourg									
	4eme Trou d'Enfer	4621	Non couverte en IS							
	5eme Champagne	1788	Non couverte en IS					1		
	6eme Molas	7404	Non couverte en IS					4		
	7ème-Fond-Lagrange	9072	CAL de Borgne (Alliance Sante de Borgne)	9	2	1	1		1	
	7ème-Fond-Lagrange	9482								
Sous Total Borgne		75627		21	2	2	1	21	3	0

Cap-Haïtien	1e-Bande-Du-Nord	23846	Unité de Lutte pour la santé	4	2	1	1	6		
	1e-Bande-Du-Nord	2435	Disp. Solano SA, Labadie (NF)					1		
	2ème-Haut-Du-Cap	320	Disp. ND Lourdes Carénage							
	2ème-Haut-Du-Cap		Dispensaire de Labadie							
	2ème-Haut-Du-Cap		Disp. Sacre Coeur, Rue 2K							
	2ème-Haut-Du-Cap		FOSREF, rue 16							
	2ème-Haut-Du-Cap		Dispensaire St Jean Bosco							
	2ème-Haut-Du-Cap		DASH							
	2ème-Haut-Du-Cap		FOSREF Lakay							
	2ème-Haut-Du-Cap		Dispensaire Caritas							
	2ème-Haut-Du-Cap		CS St Jude de Cap Haïtien							
	2ème-Haut-Du-Cap		Clinic Médicale de Citée du Peuple							
	2ème-Haut-Du-Cap		CS médical Shela							
	2ème-Haut-Du-Cap	169395	Hôpital Justinien	18	4		1			
	2ème-Haut-Du-Cap	3311	CDS La Fossette	18		3		33	3	
	2ème-Haut-Du-Cap		Disp. ND Ste Philomène							
	2ème-Haut-Du-Cap		Centre de santé Ste Trinité							
	3ème-Petite-Anse		Clinic Medico-Dentaire St Joseph							
	3ème-Petite-Anse		CEMAD Petite Anse							
	3ème-Petite-Anse	110798	Fort St Michel	8	2		2	36	3	
	3ème-Petite-Anse		CS Passion du Christ							
	3ème-Petite-Anse		CS commun. De Nutrition							
	3ème-Petite-Anse		CSL Madeline							
Sous Total Cap Haïtien		310105		48	8	4	4	76	6	0

Dondon	1ère-Brostage	6585	CAL de Brostage							
	2eme Bassin Caïman	4472	Non couverte en IS							
	3emeSection Matador	7934	Non couverte en IS							
	4ème-Languille	3415	St Joseph							
	4ème-Languille	13176	CSL de Dondon	21		2				1
	5eme Haut du Trou	3524	Non couverte en IS							
Sous Total de Dondon		39106		21	0	2	0	0	0	1
Grande-Rivière	1er Grand Gilles	4424	Disp. Métho. de la Tannerie							
	2eme Solon	3987	Non couverte en IS							
	3eme Caracol	3521	Non couverte en IS							
	4eme Gambade	3936	CS de Gambade							
	5e sect. Joli-Trou	7923	CCS De Joli-Trou					14	2	
	5e sect. Joli-Trou		CCS PRODEH							
	5e sect. Joli-Trou									
	6ème-Cormiers	19971	HCR Grande Rivière du Nord	6	6	1	1	7	1	
	6ème-Cormiers	2980								
Sous Total Grande Rivière		46742		6	6	1	1	21	3	0
La Victoire	1ère-De-La-Victoire	6234	CSL La Victoire	5	1				1	
	1ère-De-La-Victoire	5679	Dispensaire Saint Joseph (NF)							
Sous Total La Victoire		11913		5	1			0	1	0
Limbé	1er Haut Limbe Accul Jeanot	5071	Dispensaire Haut Limbe			1		3		
	2eme Chabotte	3906	HCR d'Eden					2		
	2eme Chabotte	61218	Hopital St Jean du Limbe		14	1		21	2	
	2eme Chabotte		Hopital Bon Samaritain							
	3ème Camp Coq	4607	CSde Camp Coq (C2C)					7	1	

Limbé (Suite)	3ème Camp Coq	6602					1			
	4eme Soufriere	6191	Non couverte en IS					4	1	
	5eme Ravine Des-roches		Non couverte en IS							
	5eme Ravine Des-roches	6237						4		
	6ème Ilot-a-Corne	2569	Non couverte en IS					1		
Sous Total Limbé		96401		0	14	2	1	42	4	0
Limonade	1ère-Basse-Plaine	1722	CAL de Bord de mer Limonade	3		1		8		
	1ère-Basse-Plaine	5228								
	1ère-Basse-Plaine	12498								
	2e-Bois-De-Lance	12685	CAL Porte Ouverte					8	1	
	3ème-Roucous	17692	CS de Limonade	3		1	1	7		
	3ème-Roucous	12494	Centre de Santé St Charles					7	1	
	3ème-Roucous		Centre de Santé Sooring							
Sous Total Limonade		62319		6	0	2	1	30	2	0
Milot	1e-Perches-De-Bonnet	10935	CCS de Thibault							
	2e-Bonnet-A-L'Evêque	9740	HCR Sacre Coeur		14	2				1
	2e-Bonnet-A-L'Evêque	5449								
	3ème-Genipailler	7643	La Providence de Lory (NF)					4	1	
	3ème-Genipailler	2387	CCS Carrefour des Pères					2		
Sous Total Milot		36154		0	14	2	0	6	1	1
Pignon	1ère Savanette	18083	Hôp. Bienfaisance de Pignon	17	3	1			1	1
	1ère Savanette	14570	CS de Savanette (C2C)							
	1ère Savanette		St Joseph		5				1	
	2eme la Belle Mere	16239	Non couverte en IS					9		
Sous Total Pignon		48892		17	8	1	0	9	2	1

Pilote	1ère-Ballon	8927	Hôpital Esperance de Pilate		12	1	1	1	1	
	1ère-Ballon	13605								
	2eme Baudin	4975	Non couverte en IS							
	3e Ravine Trompette	8284	CS presbytéral de Ravine Trompette					10	1	
	4eme Joly	3727	Non couverte en IS							
	5eme Dubourg	2998	Non couverte en IS							
	6eme Piment	3163	Non couverte en IS							
	7eme Riviere Laporte	4501	CS Rivière Laporte					12	2	
	8eme Margot	10902	Non couverte en IS							
Sous Total Pilate		61082		0	12	1	1	23	4	0
Plaine-du-Nord	1ère-Morne-Rouge		CS CHIDA (Balan)		10					
	1ère-Morne-Rouge	16350	CM Béthesda de Vaudreuil	8						
	1ère-Morne-Rouge		Hopital St Fr.de Sales		2					
	1ère-Morne-Rouge		Hôpital Divine Mercy							
	1ère-Morne-Rouge		Hopital SAREPTA de Vaudreuil							
	1ère-Morne-Rouge		CS de Morne Rouge		2					
	1ère-Morne-Rouge		Clinique Medico Chirurgical DUGUE	7	1	1				
	2ème-Basse-Plaine	12595	New Hope Hospital	5	4	1				
	2ème-Basse-Plaine	5063	CSL Jehova Jireh							
	2ème-Basse-Plaine		Centre Médico-social							
	3e-Grand-Boucan	4143	CS Rose Merci Robillard	4	1		1		1	
	3e-Grand-Boucan	6958	CCS De Robillard							
	4eme Bassin Diamant	1513	Non couverte en IS							
Sous Total Plaine du Nord		46622		24	20	2	1	0	1	0

Plaisance	1ère-Colline-Gobert	9408	CS Gobert				1	5	1	
	2e Champagne	4201	Non couverte en IS					2		
	3e Haut Martineau	3225	Non couverte en IS					2		
	4e Mapou	7081	Non couverte en IS					4		
	5ème-La-Trouble	7185	CCS La Trouble			1		4		
	6e La ville	6960	Non couverte en IS					4		
	7ème-Bassin	22599	CMS Populorum Progressio		12	2		1		
	7ème-Bassin	4662						3		
	8e-Grande-Rivière	13315	CS. St Henry de Puilboreau			1		8		
Sous Total Plaisance		78636		0	12	4	1	33	1	0
Port-Margot	1e Grande Plaine	2138	Non couverte en IS					1		
	2e-Bas-Petit-Borgne	16418	CS de Port Margot	1	6		1	2	1	
	2e-Bas-Petit-Borgne	4650	CS Saint Malachy							
	2e-Bas-Petit-Borgne		CS Cath de Pt Bourg		6				1	
	3ème-De-Corail	9383	Clinique Méd. Dr Dorsainvil					2		
	3ème-De-Corail		CS Wesleyen de Fauché							
	4e Haut Petit Borgne	3324	Non couverte en IS					2		
	5ème-Bas-Quartier	3422	CS de Bayeux (C2C)		2	1			1	
	5ème-Bas-Quartier	7628						4		
	6eme Bras Gauche	4322						3		
	6eme Bras Gauche	5083						3		
Sous Total Port-Margot		56368		1	14	1	1	17	3	0

Quartier-Morin	1ère-Basse-Plaine	3960	CS de Quartier Morin	3	3	1	1			
	1ère-Basse-Plaine	11186	Hôpital de la Convention Baptiste d'Haïti	3	4	1				
	1ère-Basse-Plaine		CCS St Louis de Quartier Morin							
	2ème-Morne-Pelé	1426	CS Grand Pré	1		1				
	2ème-Morne-Pelé	14347	CS de Cadush	1	2					
	2ème-Morne-Pelé		CS de Morne Pelé							
Sous Total Quartier-Morin		30919		8	9	3	1	0	0	0
Ranquitte	1ère Bac-A-Soude	5600	CSL de Ranquitte	8	1	2				
	1ère Bac-A-Soude	8524	CCS Benda West							
	2e Bois de Lance	10511	Non couverte en IS					6		
	3e Cracaraille	6673	Non couverte en IS					4		
Sous Total Ranquite		31308		8	1	2	0	10	0	0
Saint-Raphaël	1er Bois neuf	5872	CS de Bois neuf					4		1
	2eme Mathurin	4162	Non couverte en IS					3		
	3eme Bouyaha	8319	Non couverte en IS					5		
	4ème-San-Yago	19833	CSL de St Raphaël	19		4		5		
	4ème-San-Yago	22563	CS Merlene							
	4ème-San-Yago		CCS St Joseph							
Sous Total Saint Raphael		60749		19	0	4	0	17	0	1
TOTAL GENERAL NORD		1206020		209	125	39	15	346	33	5

BESOINS

	Zone de Silence	222 ASCP à recruter et 50 ASC déjà en poste à mettre à niveau ; 17 AIP et 1 IC à recruter
	Zone de Sous-effectif	124 ASCP à recruter et 25 ASC déjà en poste à mettre à niveau , 9 AIP et 1 IC à recruter
	Zone de Sureffectif	Inexistant dans le Nord ; 0 ASCP à démobiliser
	Zone Rationnelle	0 ASCP à recruter, mais 35 ASC déjà en poste à mettre à niveau ; 7 AIP et 3 IC à recruter

PLAN DE DEPLOIEMENT DES ASCP POUR LE DEPARTEMENT SANITAIRE DU NORD-EST										
COMMUNES	SECTIONS COMMUNALES	POPULATION ESTIMEE EN 2024	INSTITUTIONS SANITAIRES	EFFECTIFS DISPONIBLES				BESOINS		
				ASCP	ASC	AIP	IC	ASCP	AIP	IC
Capotille	1ère Section Capotille	1471	Ville de Capotille							
	1ère Section Capotille	13524	CS de Capotille	7		1	1			
	2ème Section Lamine	6908	CS Lamine	5		1				
Sous Total Capotille		21903		12	0	2	1	0	0	0
Caracol	1ère Section Champin	3700	CS de Caracol	3	2	1	1			
	1ère Section Champin	2345	CS Sainte Elizabeth							
	2ème Sect. Glaudine ou Jacquezyl	2673	CS de Jacquezyl	1	1	1				
Sous-total Caracol		8718		4	3	2	1	0	0	0
Carice	1ère- Section Bois-Gamelle	2843	CS de Carice	10		2	1			
	1ère- Section Bois-Gamelle		CS Ste Hélène de Carice							
	2ème Section Rose Bonite	5324	CS de Rose Bonite (Non fonctionnel)							
	2ème Section Rose Bonite	7219								
Sous Total Carice		15386		10	0	2	1	0	0	0
Ferrier	1ère Section Bas-Maribahoux	10139	CS de Ferrier	6	2	3	1			
	1ère Section Bas-Maribahoux	6408	CS de Meillac	1	2	1				
	1ère Section Bas-Maribahoux		CS de Mérande		2					
Sous Ferrier		16547		7	6	4	1	0	0	0

Fort-Liberté Fort-Liberté (Suite)	1ère Section -Dumas	25332	Hôpital de Fort Liberté	17	2	2	1			
	1ère Section -Dumas	2881	CS de Derac	5	1	1				
	2eme Section Bayaha	3584	CS de Malfety							
	3ème Section -Loiseau	2285	CS de Acul Samedi	4	1	1				
	3ème Section -Loiseau	1337								
	4eme Section Haut Madeleine	2815	Non couverte en IS							
	4eme Section Haut Madeleine	680								
Sous Total Fort- Liberté		38914		26	4	4	1	0	0	0
Mombin-Crochu	1ère-Sans-Souci	2618	Ville de Mombin Crochu							
	1ère-Sans-Souci	13055	CAL de Mombin Crochu	9	2	2	1			
	2ème-Bois-Laurence	3933	CS de Bois de Laurence	12	2	2	1			
	2ème-Bois-Laurence	19608								
Sous Total Mombin-Crochu		39214		21	4	4	2	0	0	0
Mont-Organisé	1ere Savanette	5408	CS de Savanette (Non fonction- nel)	1						
	1ere Savanette	12849								
	2ème-Bois-Poux	5445	CAL de Mont-Organisé	11	2	2	1			
	2ème-Bois-Poux		CCS Bois Poux (Non fonction- nel)							
Sous Total Mont-Organisé		23702		12	2	2	1	0	0	0
Ouanaminthe	1e-Section Haut-Maribahoux	80130	CAL de Ouanaminthe	24	4	4	1			
	1e-Section Haut-Maribahoux	15110	CS de Delaire	6		1				
	1e-Section Haut-Maribahoux		Univers Centre Médical							
	2eme Section -Acul-Des-Pins	5455	CS d'Acul des Pins	7		1				
	3eme Section Savane-Longue	10807	CS Savane Longue	8	2	1	1			
	4eme Section -Savane-Au-Lait	4805	CS Savane au Lait	4		1				
	5eme Section Gens de Nantes	3630	CS de Gens de Nantes	5		1				
Sous Total Ouanaminthe		119937		54	6	9	2	0	0	0

Perches	1ere Section Haut-Des-Perches	2353	Non couverte en IS							
	2eme Section -Bas-Des-Perches	7604	CS de Perches	9		1	1			
	2eme Section -Bas-Des-Perches	3102	CS Maquillon							
Sous Total Perches		13059		9	0	1	1	0	0	0
Sainte Suzanne	1ère Section -Foulon	3631	Non couverte en IS							
	2eme Section Bois Blanc	932	CS de Sainte Suzanne	9		2	1			
	2eme Section Bois Blanc	2820								
	3eme Section Cotelette	3156	Non couverte en IS							
	4eme Section Sarazin	1195	Non couverte en IS							
	4eme Section Sarazin	3570	Non couverte en IS							
	5eme Section Moca Neuf	5566	Non couverte en IS							
	6ème Section Fond-Bleu	618	CS de Dupity	8	2	2				
	6ème Section Fond-Bleu	10190								
Sous Total Sainte Suzanne		31678		17	2	4	1	0	0	0
Terrier-Rouge	1ère-Fond-Blanc	17232	CSL de Terrier Rouge	9		1				
	1ère-Fond-Blanc	2760	Clinique Esperance et Vie							
	1ère-Fond-Blanc		CS de Phaéton	1	1					
	2ème-Grand-Bassin (Nouvelle Commune)	10405	CS de Danda	2		1				
	2ème-Grand-Bassin	3873	CSL Bethesda							
	2ème-Grand-Bassin		CSL ND de Lourdes	13		2	1			
Sous Total Terrier-Rouge		34270		25	1	4	1	0	0	0

Trou du Nord	1er Section Garcin	2652	Non couverte en IS							
	2ème-Roucou	13661	CS de Pilette	6		1				
	2ème-Roucou	29995	CDI de Trou du Nord	15		1	1			
	3ème-Roche Plate	8989	CS de Roche Plate	6		1				
	2ème-Roucou		CS Leroux Cachiman	2		1				
Sous Total Trou du Nord		55297		29	0	4	1	0	0	0
Vallières	1ère-Trois-Palmistes	2911	CS de Vallières	8		2	1			
	1ère-Trois-Palmistes	10212								
	2ème-Grosse-Roche	1718	CS de Grosse Roche	8		1				
	2ème-Grosse-Roche	6105								
	3eme Section Corosse	5653								
Sous Total Vallière		26599		16	0	3	1	0	0	0
TOTAL NORD'EST		445224		242	28	45	15	0	0	0

BESOINS

	Zone de Silence	Pas de zone de silence dans ce département
	Zone de Sous-effectif	Pas de zone de sous-effectif dans ce département
	Zone de Sureffectif	Pas de zone de sureffectif dans ce Département
	Zone Rationnelle	0 ASCP à recruter, mais 23 ASC déjà en poste à mettre à niveau ; 0 AIP et 0 IC à recruter

Le Nord-Est est le seul département du pays entièrement couvert de manière rationnelle

PLAN DE DEPLOIEMENT DES ASCP POUR LE DEPARTEMENT SANITAIRE DU NORD-OUEST										
COMMUNES	SECTIONS COMMUNALES	POPULATION ESTIMEE EN 2024	INSTITUTIONS SANITAIRES	EFFECTIFS DISPONIBLES				BESOINS		
				ASCP	ASC	AIP	IC	ASCP	AIP	IC
ANSE A FOLEUR	Centre-Ville	8591	CAL Anse-à-Foleur	5	1	1	1			
	Bas de St Anne	12654	CCS Duty					3		
			CCS Dupont	4						
	Mayance	7800	Non couverte en IS					3		
	Côte de Fer	7947	CCS Côte de Fer	6	1	1				
Sous Total Anse à Foleur		36992		15	2	2	1	6	0	0
BAIE DE HENNE	Centre-Ville	3236	CSL de Baie de Henne				1	2	1	
	Citerne Remy (1ère- Section)	1885	CCS Citerne Remy	1						
	Dos d'Âne (2ème- Section)	5812	CCS Dupre	2						
	La Reserve (3ème Section Ti Paradis)	19148	CCS Petite Rivière de Campeche	1		1		10	1	
	L'Estère Dere	3135	CCS Bassin Hardy					2		
			CCS La Source							
Sous Total Baie de Henne		33216		4	0	1	1	14	2	0
BASSIN BLEU	Centre-Ville		Bureau UAS-Bassin Bleu-Chansolme				1			
		8526	Hôpital Bon Samaritain	22		1				
	La Plate	22243	CCS de P. Dugas			1				
	Carreau Datty	13886	CCS de Labrousse			1		3		
	Haut Moustiques	32600	CCS de Haut Moustiques			1		19		
Sous Total Bassin Bleu		77255		22	0	4	1	22	0	0

BOMBARDOPOLIS	Centre-Ville	4223	Hôpital Evangélique de Bombardopolis (HEB)		9		1			
	Platte Forme	12398	CCS Platte Forme		2	1				
	Des Forges	16955	Dispensaire Rochefort			1		8		
			Dispensaire Mont des Oliviers							
	Plaine D'Orange	10294	Dispensaire Creve			1		6		
Sous Total Bombardopolis		43870		0	11	3	1	14	0	0
CHANSOLME	Centre-Ville de Chansolme	3424	CS Chansolme	6	2	2	1			
	1ère Section Chansolme	17704	Non couverte en IS					4		
	2ème Section Beauvoir	15842	Non couverte en IS					9		
Sous Total Chansolme		36970		6	2	2	1	13	0	0
JEAN RABEL	5e Section Dessources/ Centre-Ville	10980	HNDP de Jean Rabel	9	5		1		2	1
	1ere Section La Coma	30764	CCS Port à l'Ecu		1					
			Clinique Materno Infantile							
			CS de Cabaret	1	2	1				
			CCS de Dubois	1						
			CCS de Raymond	1						
			CCS Manacine	1						
			CCS Gombo	1						
	2e Section Guinaudee	28522	CCS de K Phillippe	1				12	1	
			CCS Café Paul	1						
			CCS de Guinaudee	2						
	3e Section Vieille Halte/Centre-ville	2394	CCS Boucan Patriot	2						
	3e Section Vieille Halte /Quartier	2778	CCS de Bord de Mer	1	2					
	3e Section Rurale Vieille Halte	28860	CCS Grande Falaise					16	2	
			CCS La Reserve							

JEAN RABEL (Suite)	La Montagne	14904	CCS La Montagne	2				5	1	
			CCS La Bellee	1						
	5e Section Rurale Dessources	16161	Non couverte en IS					9		
	6e Section Grande Source	29550	CCS Grann Lison		2	1		16	2	
			CCS Grande Source	1						
	7e Section Djondjon	15809	CCS Djondjon	1				8	1	
Sous Total Jean Rabel		180722		26	12	2	1	66	9	1
LA TORTUE	1e Pointe des Oiseaux/ Centre-ville	2910	Hôpital Notre Dame des Palmistes	8	2		1			
	1e Section Pointe des Oiseaux	20469	CCS Aux Plaines	4	2				1	
	2e Section Marre Rouge	23949	CCS La Vallee	5						
			CCS de Mare Rouge	7	2	1			1	
			CSL Marie Curie	4	1					
			CS Ary Bordes	2	2					
			CCS Saint-Aidant Mayance (nouveau)	5	2	1				
Sous Total La Tortue		47328		35	11	2	1	0	2	0
MOLE SAINT NICOLAS	Centre-ville	5052	CAL de Mole Saint Nicolas		2		1	1		
	1e Section Rurale Côtes de Fer	14513	CCS Dame Marie			1		8		
			CCS de Côtes de Fer							
	Mare Rouge	21046	CAL Sœur Benoit de Mare Rouge (nouveau)			2		11		
			CAL Sentrain		1					
	Dame	625	CCS Temps Perdu					1		
Sous Total Saint Nicolas		41236		0	3	3	1	21	0	0

PORT DE PAIX	1e section Beaudin/Centre-Ville	50572	HIC de Port de Paix	1	13		1	2	2	
			CCS Fatima Chalet	4		1				
			CSL Soleil			1		6		
	1e Section Rurale Baudin	16179	Non couverte en IS							
	2e Section LA Pointe des Palmistes	12092	HCR Beraca	18		2	1			
			CCS de Dolcine							
	3e Section Aubert / Centre-Ville	97034	CS des Trois Rivières		1		1	14	1	
	3e Section Rurale Aubert	11793	CCS de Fatima la Coupe			1		5		
			CCS de Monfort	1				4	1	
	6e Section Paulin la Corne	12815	Non couverte en IS							
	4e Section Baie des Moustiques	16714	CCS de Poste Metier	3		1				
			CCS Baie des Moustiques		2					
			CCS de Magrandbois (nouveau)							
			CCS de Passe-Catabois	2						
			CS de Passe-Catabois							
			CCS de Foison							
	4e Section Mahotière	31176	CSL Beauchamps	5					1	
			CCS de Pilette	9					1	
			Dispensaire de Caluc			1				
	Sous Total Port-de-Paix	248375		43	16	7	3	31	6	0

SAINT LOUIS DU NORD	Centre-Ville	33954	HCR Autrichien Haïtien	7	5	1	1			
	Rivière des Nègres/Quartier Guichard	391	CCS de Guichard	3	2					
	1e Section Rurale Rivière des Nègres	14528	Non couverte en IS					8		
	Derouvray	12671	CS Mission Chrétienne					7	2	
	3e Desgranges/Centre-Ville	10616	CCS Desgranges	1		1		5		
	3e Section Rurale Desgranges	20374	CCS La Perrière			1		12		
	Rivière des Barres	21956	CCS Jean Clair							
			CCS Zabricot			1		12		
			CCS Gaspard							
	5e section Bonneau /Quartier	3199	CS de Bonneau			1		2	1	
	5e Section Rurale Bonneau	15029	Non couverte en IS					9		
	6e Section Lafague	8960	Non couverte en IS					5		
	Sous Total St-Louis-Du-Nord	141678		11	7	5	1	60	3	0
TOTAL GENERAL		887443		162	64	31	12	247	22	1

BESOINS

	Zone de Silence	145 ASCP à recruter et 16 ASC déjà en poste à mettre à niveau ; 9 AIP et 0 IC à recruter
	Zone de Sous-effectif	102 ASCP à recruter et 17 ASC déjà en poste à mettre à niveau , 7 AIP et 0 IC à recruter
	Zone de Sureffectif	Inexistant dans le Nord-Ouest ; 0 ASCP à démobiliser
	Zone Rationnelle	0 ASCP à recruter, mais 31 ASC déjà en poste à mettre à niveau; 6 AIP et 1 IC à recruter

PLAN DE DEPLOIEMENT DES ASCP POUR LE DEPARTEMENT SANITAIRE DE L'OUEST											
UAS/BCS	COMMUNES	SECTIONS COMMUNALES	POPULATION ESTIMEE EN 2024	INSTITUTIONS SANITAIRES	EFFECTIFS DISPONIBLES				BESOINS		
					ASCP	ASC	AIP	IC	ASCP	AIP	IC
UAS Gonavienne	Anse-à-Galets	1re Section Palma	3 111	Maison Médicale JESHUA CAL					2		
		1re Section Palma		Hôpital Wesleyen (nouveau)	6		1				
		2e Section Palma	59 727	CS Bill-Rice (nouveau)	5	1	1		13		
		2e Section Petite Source	3 053	Clinique Fils Brillant					2		
		2e Section Petite Source		Clinique Espoir (nouveau)	4						
		2e Section Petite Source		Dispensaire Marsucrin	5			1			
		3e Section Grande Source	2 595	Clinique Bon Samaritain de Plaine Mapou (Nouveau)		3					
		3e Section Grande Source		CCS Grande Source (Nouveau)	1		1				
		4e Section Grand Lagon	5 154	CCS Trou-Louis-Jeune (nouveau)	1		1				
		5e Section Picmy	901	Non couverte en IS							
		6e Section Picmy	1 635	CCS Picmy (nouveau)	5		1				
		6e Section Petite Anse									
	Sous Total Anse-à-Galets		76 176		27	4	5	1	17	0	0
	Pointe-à-Raquettes	1re Section la Source	4181	Dispensaire la source	1		1		1		
		2e Section Grand Vide	4978	CCS Tamarin (nouveau)	2		1		1		
		3e Section Trou Louis	7201	CCS Dengriyen (nouveau)	2		1		2		
		4e Section Pointe à Raquette	7673	CS de Sous-a-Phillippe	1		1		1		
		4e Section Pointe à Raquette	3094	CCS Saint-Louis (nouveau)	1		1				

UAS Gonavienne (suite)	Pointe-à-Raquettes (suite)	5e Section Gros Mangle	2728	CCS Ti Palmiste (nouveau)	3		1				
		NA		Centre World Vision de Gros-Mangle	2		1				1
		NA		Clinique communautaire Nan Sema (fermé)							
		NA		Clinique de Bon samaritain de Port de Bonheur (fermé)							
	Sous Total Pointe-à-Raquettes		29855		12	0	7	0	5	0	1
Total UAS Gonavienne			106031		39	4	12	1	22	0	1
UAS Matheux	Arcahaie	1re Section Boucassin	3 957	Non couverte en IS					2		
		2e Section Fonds Baptiste	11 417	Disp. ND du Perpétuel Secours					5	1	
		3e Section des Vases	29 955	Hôpital Reforme de Saintard							
		3e Section des Vases	67 061	Carrefour Poy/ abrite le CS Cabaret délocalisé					1		1
		3e Section des Vases	16 697	CS Communautaire William-son (fermé)					7	1	
		3e Section des Vases		Centre de santé Bon Samaritain							
		3e Section des Vases		Clinique Laguerre (fermé)							
		3e Section des Vases		Mission Matana							
		3e Section des Vases		HCR Nicolas Armand	5					1	
		3e Section des Vases		SADA Matheux	32		1				
		4e Section Montrouis	9836	Centre de Santé Rousseau de Montrouis (fermé)							
		4e Section Montrouis		SADA Leger	18		1				

UAS Matheux (suite)	Arcahaie (suite)	5e Section Délices	9431	Non couverte en IS							
		6e Section Matheux	10316	SADA-AME/Délices	18		1				
		8e Section Montrouis		Clinique st Paul	17		1	1			
	Sous Total Arcahaie		158 670		90	0	4	1	15	3	1
	Cabaret	1re Section Boucassin	1034	Centre Hospitalier Veramed (fermé)					1		
		2e Section Boucassin	73007	CSL de Bélanger (SADA)	28		1			2	1
		2e Section Boucassin	3680	CS de Cabaret (délocalisé)					2		
		3e Section Source Matelas	2189	CSL de source matelas (SADA)	14		1				
		3e Section Source Matelas		CS St Antoine de Titanyen (fermé)							
		3e Section Source Matelas		CS St Gérard							
		3e Section Source Matelas		Centre de Santé Mission de l'espoir							
		3e Section Source Matelas		Centre hosp. l'Université Académique (fermé)							
		4e Section Fonds des Blanches (Casale)	3190	Centre de Sante de Casale	9		3				
				Action Globale (fermé)							
				Centre de Santé Communautaire (fermé)							
				Centre de santé de Bercy							
	Sous Total Cabaret		83101		51	0	5	0	3	2	1
	Total UAS Matheux		241770		141	0	9	1	18	5	2

UAS Goavienne	Grand-Goâve	1re Section Tête-à-Boeuf	51 730	Hôpital Georges Gauvin	3	1			17	2	1
		1re Section Tête-à-Boeuf	7 886	CS Vieux Cayes		2			1		
		2e Section Tête-à-Boeuf	12 496	CS Dufour	5	4				1	
		3e Section Moussambé	4 091	Non couverte en IS					2		
		4e Section Moussambé	8 240	CS de Dano	2	4					
		5e Section Grande Colline	6 288	CS Baudin	2	2					
		6e Section Grande Colline	5 594	CS Meyer	1	3					
		7e Section Buteau	69 891	CS Fauché	1	2			19	3	
		7e Section Buteau		CS Buteau							
	SousTotal Grand-Goâve		166 216		14	18	0	0	39	6	1
	Petit-Goâve	1re Section Bino	30759	CS Violet	1	6			5	2	1
		1re Section Bino	3858						2		
		2e Section Delatre	3866	CS Delates	2	4				1	
		2e Section Delatre		CS d'Arnoux	1	3					
		3e Section Trou Chouchou	1940	Point fixe	1	2					
		4e Section Fond Arabie	1755	Point fixe	2	1					
		5e Section Trou Canari	633	Point fixe		2					
		6e Section Trou Canari	2506	Point fixe		1					
		7e Section des Platons	838	Non couverte en IS					1		
		8e Section des Platons	4856	Point Fixe	1	1					
		9e Section des Palmes	2054	CS Olivier	1	2				1	

UAS Goavienne (suite)	Petit-Goâve (suite)	10e Section des Palmes	1269	CS Notre Dame les Palmes	1	3					
		10e Section des Palmes		CS Allegues		2					
		11e Section Ravine Sèche	130280	CS Madeleine	1	4			37	5	
		11e Section Ravine Sèche	3100	CS Gerard H Degranges	1	5					
		11e Section Ravine Sèche		CS Venus							
		11e Section Centre-Ville		Hôpital Notre-Dame de Petit-Goâve	2	1					
		11e Section Centre-Ville		Clinique Siloé		1					
		11e Section Centre-Ville		UAS Goavienne		1		1			
		12e Section des Fourques	20473	Dispensaire APV de Vallue (fermé)	1	4				1	
		12e Section des Fourques	2427	CS Durirey		2					
		12e Section des Fourques		Centre Médical Com. de Petit Goâves (CMCPG)		2					
				CS de Baudin							
		Sous Total Petit-Goâve	210612		15	47	0	1	45	10	1
	Total UAS Goavienne		376829		29	65	0	1	84	16	2
UAS Anacaona	Gressier	1e-Morne-A-Bateau	4802	Centre de Santé FOSADEC		1	1				
		1e-Morne-A-Bateau		Centre de santé Haute Sanite (fermé)							
		23e-Morne-Chandelle	19895	Centre de santé de Gressier	2		1				1
		23e-Morne-Chandelle	4243	Dispensaire de Jasmin		1	1				
		23e-Morne-Chandelle		Dispensaire Bon Berger		2	1				

UAS Anacaona (suite)	Gressier (suite)	24e-Petit-Boucan	6649	Dispensaire Solo Christus		10	1				
		24ème-Petit-Boucan		Dispensaire CS L'Union (fermé)							
		24ème-Petit-Boucan	8796	Haiti Health Ministries							
		24ème-Petit-Boucan		Centre de Santé de Christianville							
				Dispensaire Zev Atizan Lape							
				Dispensaire morne à bateau (fermé)							
				Hôpital Hope live clinic		2					
				ASDEV (fermé)							
				Centre de santé Bon Secours		1	1				
				Hôpital St Charles (fermé)							
				Dispensaire MOCMOCHAM (fermé)							
	Sous Total Gressier		44386		2	17	6	0	0	0	1
	Léogâne	1ère-Dessources	113 323	Hôpital Sainte-Croix				1	28		
		1ère-Dessources	18 014	CS Dufort	1		1		2		
		1ère-Dessources		CS Macaya Dufort	1	1	1				
		1ère-Dessources		HCMC							
		1ère-Dessources		Centre Materno-Infantile	2						
		2ème-Petite-Rivière	36 025	Hôpital Cardinal Léger					14		
		2ème-Petite-Rivière	17 096	Asile de Sigueneau							
		2ème-Petite-Rivière		Biré (new mission)							
		2ème-Petite-Rivière		Centre de santé Marie Jean (fermé)							
		2ème-Petite-Rivière		MSF Suisse (fermé)							

UAS Anacaona (suite)	Léogâne (suite)	2ème-Petite-Rivière		Centre Santé Lassalle	1		1				
		2ème-Petite-Rivière		Centre de Santé Fondation Racine							
		2ème-Petite-Rivière		CS Croix des Pères	1		1				
		2ème-Petite-Rivière		CCS Flon	2						
		2ème-Petite-Rivière		Centre de Sante de Bagadere	1		1				
		2ème-Petite-Rivière		Centre Hospitalier Hosana							
		2ème-Petite-Rivière		Centre de santé Petite Rivière (NF)							
		2ème-Petite-Rivière		Centre Marteno-Infantil (CMI) (F)							
		3e-Grande-Rivière		Help Hospital							
		3 eme Grande Riviere	18 111	CSP Darborne	7		1				
		3e-Grande-Rivière		CS Mathieu							
		3e-Grande-Rivière		Sanatorium de Léogane (Sigueneau)	4		1				
		3e-Grande-Rivière		Centre de Santé Notre Dame de Sar-bousse	2		1				
		6ème-Oranger	1 795	Dispensaire de Beauséjour		1	1				
		7e Section Parques	1 997	Non couverte en IS					1		
		8e Section Beauséjour	1 968	Non couverte en IS					1		
		9e Section Citronniers	1 531	Non couverte en IS					1		
		10ème-Fonds-D'oie	3 849	Dispensaire Tombe Gateau					2		
		10ème-Fond-D'oie		Dispensaire de Fonds d'Oie							
		11e Section Gros Morne	3 150	Non couverte en IS					2		
		12ème-Cormiers		CS de St Etienne							1
		12e Section Cormiers	2 613						1		

UAS Anacaona (suite et fin)	Léogâne (suite et fin)	13e Section Petit Harpon	2 767	Non couverte en IS					1		
		14ème-Fond-Boudin	3 069	Dispensaire de Trouin		1	1				
		14ème-Fond-Boudin	12 514	Centre Petit Harpon		4					
		15e-Palmiste-à-Vins	5 487	CS Farnèse Ls Charles Palmiste à vin					2		
				Asile St Vincent de Paul							
	Sous Total Léogâne		243 308		22	7	10	1	55	0	1
Total UAS Anacaona			287 695		24	24	16	1	55	0	2
UAS Cul-de-Sac-Frontière	Croix-des-Bouquets	1e Section des Varreux	26 680	Centre de Santé Foyer Ste Camille	15			1			
		1e Section des Varreux		Centre de Santé Lucelia Bontemps	10		1				
		1e Section des Varreux		Fondation Bon samaritain en Action	6		1				
		2e Section des Varreux	125 260	Fwaye Ti zanmi Jezi							
		2e Section des Varreux	42 955	Disp. Marie Louise de Jésus - Mixte							
		2e Section des Varreux		Eben-ezer Jumecaut							
		2e Section des Varreux		COSECO (fermé)							
		2e Section des Varreux		Sodeth Clinique Hospitalière (fermé)							
		2e Section des Varreux		Centre de Santé Bon secours							
		2e Section des Varreux		Centre Hospitalier de Santo							
		2e Section des Varreux		C. Hosp. Communautaire Lillavois (fermé)							
		2e Section des Varreux		Clinique Jésus le vrai chemin							
		2e Section des Varreux		Centre Hospitalier de Canaan							
		2e Section des Varreux		Clinique Monoville							
		2e Section des Varreux		Clinique St EsPrivét	8		1	1			

UAS Cul-de-Sac-Frontière (suite)	Croix-des-Bouquets (suite)	2e Section des Varreux		Centre de Santé Foyer Saint François d'Assise (nouveau)	1		1				
		2e Section des Varreux		Complexe Médico-Social de Bon Repos	6		1	1			
		2e Section des Varreux		CEPRENULLET	6	5	1				
		2e Section des Varreux		Centre de Santé Communautaire de Turbe		5	1	1			
		3e Section des Varreux		Centre de Santé Sainte Thérèse de l'enfant Jésus		7	1				
		4e Section des Varreux		Centre de Santé de la Croix des Bouquets	8		1	1			
		3e Section Petit Bois	44882	Centre de Santé de Double Harvest (fermé)							
		3e Section Petit Bois	11732	Shalom Clinique Médicale (fermé)							
		3e Section Petit Bois		Centre d'attention Primaire (fermé)							
		3e Section Petit Bois		CS Kampech Dumay	2		1				
		3e Section Petit Bois		Centre de Santé Life Line (fermé)							
		3e Section Petit Bois		Piscine de Bethesda (fermé)							
		3e Section Petit Bois		Help Incorporate de Vaudreuil (fermé)							
		4e Section Petit Bois	8922	Non couverte en IS							
		5e Section Petit Bois	14355	Non couverte en IS							
		6e Section Belle Fontaine	2499	Centre de Santé de Belle Fontaine	6		1	1			
		7e Section Belle Fontaine	4777	Non couverte en IS	6		1	1			
		8e Section Belle Fontaine	8731	Non couverte en IS	7		1	1			

UAS Cul-de-Sac-Frontière (suite)	Croix-des-Bouquets (suite et fin)	9e Section des Crochus	4214	Non couverte en IS		10	1	1			
		10e Section des Orangers	8957	CS 10e Section des Orangers	1	7	1	1			
				Centre de Sante Corail Cesselesse	10	7	1	1			
				CS Christ-Roi							
				SIF							
				BCS de la Croix-des-Bouquets							
				Bureau UAS Cul de sac			1	2			
				Hôp. Comm. de Référence de Bon Repos	10	4	1	1			
	Sous Total Croix-des-Bouquets		303 964		102	45	18	14	0	0	0
	Fond-Verrettes	1re Section Fonds-Verrettes	24 235	Dispensaire d'Orianie		2	1	1	8		
		1re Section Fonds-Verrettes	36 680	Clinique Confiance en Dieu		2	1	1	5		
		1re Section Fonds-Verrettes		Dispensaire Ste Croix		3	1	1			
		1re Section Fonds-Verrettes		CS de Fond Verrettes	3		1	1			
		1re Section Fonds-Verrettes		Dispensaire de Foret des Pins		2	1	1			
	Sous Total Fond-Verrettes		60 915		3	9	5	5	13	0	0
	Ganthier	1re Section Galette Chambon	7771	Centre de santé Vallée de l'Espoir (nouveau)					3		
		2e Section Balan	7568	Centre de santé Kay Hippocrate					3		
		2e Section Balan	26081	Dispensaire de Savane cabri					10	1	
		2e Section Balan		Dispensaire aux bons soins							

UAS Cul-de-Sac-Frontière (suite)	Ganthier (suite)	3e Section Fond Parisien	8265	Eau de vie	1	2	1				
		3e Section Fond Parisien	15436	Centre de santé de Thoman 1		1	1	1	5		
		3e Section Fond Parisien		Centre Hospitalier Christ pour tous							
		3e Section Fond Parisien		Love a child							
		3e Section Fond Parisien		Centre de Santé de Thoman 2							
		4e Section Mare Roseaux	5592	Non couverte en IS		7		1			
		4e Section Mare Roseaux		Non couverte en IS		5		1			
		5e Section Pays Pourri	5432	Centre de Santé de Ganthier	1	4	1	1			
				CS Bon Nouvèl							
				CS Lespwa							
	Sous Total Ganthier		76145		2	19	3	4	21	1	0
	Thomazeau	1re Section Grande Plaine	21687	Centre de Santé de Thomazeau	19	1		1		1	
		1re Section Grande Plaine		CS Beraca (nouveau)							
		1re Section Grande Plaine	13315	CS Live Birong (nouveau)						1	
		1re Section Grande Plaine		Vision Néhémie (nouveau)						1	
		2e Section Grande Plaine	6590	Non couverte en IS							
		3e Section Trou d'Eau	7826	Non couverte en IS					3		
		4e Section des Crochus	15068	Non couverte en IS					6		
	Sous Total Thomazeau		64485		19	1	0	1	9	3	0

UAS Cul-de-Sac-Frontière (suite et fin)	Cornillon	1re Section Plaine Céleste	15396									
		1e Section Boucan Bois Pin	16147	CS St Vincent de Paul	10					1		
		2e Section Plaine Céleste	3028	Centre de Santé de Cornillon	8	2	1					
		2e Section Plaine Céleste	9484	Bureau Communal Sanitaire de Cornillon				1				
		2e Section Boucan Bois Pin	18395	Dispensaire St Pierre	10					1		
		5e Section Génipailler	10194	Non couverte en IS								
	Sous Total de Cornillon		72645		28	2	1	1	0	2	0	
Total UAS Cul-de-Sac-Frontière			578154		154	76	27	25	43	6	0	
BCS Carrefour	Carrefour	1re Section Morne Chandelle	119	Non couverte en IS								
		2e Section Platon Dufréné	1175	CS Haiti Saint Rock Foundation (Meme population)	5							
		3e Section Taïfer	838	CS Taïfer	19		4	1				
				Centre de santé Procy Chauffard (fermé)								
		4e Section Procy	1128	Centre FOSREF (fermé)								
		5e Section Coupeau	1456	Non couverte en IS								
		6e Section Bouvier	961	Non couverte en IS								
		7e Section Lavalie	1620	Non couverte en IS								
		8e Section Berly	1218	Centre de Santé de Malanga (fermé)								
		9e Section Bizoton	53413	Centre de Santé Hands of Love (FCC)	11		1					
		9e Section Bizoton	425									

BCS Carrefour (suite)	Carrefour (suite)	10e Section Thor	304653	CS Béthel Mahotièr 81 (fermé)								
		10e Section Thor	312	CS Mère Térésa	10		1					
		10e Section Thor		ASAD	12		1					
		10e Section Thor		Clinique Mennomite (fermé)								
		10e Section Thor		Hôpital Maternité de Carrefour	19		16					1
		10e Section Thor		Clinique Communautaire Bertin Degand	15		1					
		10e Section Thor		Centre Multifonctionnel (CODEC)	14		1					
		10e Section Thor		Centre Hospitalier de Carrefour	3							
		10e Section Thor		Centre de Santé Médical (GRACE Medical Center)	8							
		10e Section Thor		Centre de santé Bethesda (fermé)								
		10e Section Thor		Centre de santé de Chauffard (fermé)								
		10e Section Thor		CS Fondéph Bizoton 61		6	1					
		11e Section Rivière Froide	252923	Hôpital Adventiste d'Haïti (HAH)	10		1					
		11e Section Rivière Froide		OMES	9		1					
		11e Section Rivière Froide	700	CSL OBCG		19						
		11e Section Rivière Froide		Centre de santé Berekia (fermé)								
		11e Section Rivière Froide		CSL La Barque de Pierre (fermé)								
		11e Section Rivière Froide		Clinique Pré et Post natale (fermé)								
		11e Section Rivière Froide		Centre Medico Social de Rivière Froide (CMSRF)		10						

BCS Carrefour (suite et fin)	Carrefour (suite et fin)	11e Section Rivière Froide		Centre Santé Main tendue (Nouveau)		5						
		11e Section Rivière Froide										
		11e Section Rivière Froide										
		11e Section Rivière Froide		Centre de santé Midha (fermé)								
		11e Section Rivière Froide		Hop a live clinic (fermé)								
		11e Section Rivière Froide		Centre de santé Moula (fermé)								
		11e Section Rivière Froide		Centre médical de Paloma (fermé)								
		11e Section Rivière Froide		CS Béthel (Christophe Channel) (fermé)								
		11e Section Rivière Froide		Dispensaire Marie Louise de Jésus	19		1					
		11e Section Rivière Froide		Centre Médical de Bertin	14		1					
		12e Section Malanga	1097	Centre de Sante Tkkajou	11		1					
		13e Section Corail Thor	614	HCR Arcachon 32 Dr Raoul Pierre Louis	14		40					2
				CS Communautaire A.J.RAS (fermé)								
				Çentre Cookson Hills	30		1					
				Rosaline Clinique (fermé)								
				SHEKINAH	12		1					
				Bureau Communal Sanitaire de Carrefour								
				CS Commun. doctors on Mission (fermé)								
		Sous Total Carrefour	622650		235	40	73	1	0	0	3	
		Total BCS Carrefour	622650		235	40	73	1	0	0	3	

BCS Delmas	Delmas	1ère-Saint-Martin	481296	CS Bas Fond Philomène Delmas 32	8				42	6	1
		1ère-Saint-Martin		Citymed de Delmas							
		1ère-Saint-Martin		CS commun. chrétienne Fleuriot T.							
		1ère-Saint-Martin		Hôpital Grace Children							
		1ère-Saint-Martin		Hôpital Isaïe Jeanty							
		1ère-Saint-Martin		Hôpital de l'OFATMA							
		1ère-Saint-Martin		CS de Petite Place Cazeau	10					1	
		1ère-Saint-Martin		Centre de santé St Paul	4					1	
		1ère-Saint-Martin		Bernard Mews							
		1ère-Saint-Martin		CS Fontaine							
		1ère-Saint-Martin		Centre de santé St Martin 1							
		1ère-Saint-Martin		Clinique Commun. Barthelmie							
		1ère-Saint-Martin		Maison la santé Delmas							
		1ère-Saint-Martin		Centre Médico-social de la Saline	5					1	
		1ère-Saint-Martin		Clinique santé pour tous							
		1ère-Saint-Martin		Peace's Hospital	3					1	
		1ère-Saint-Martin		Clinique St Jude							

BCS Delmas (suite)	Delmas (suite)	1ère-Saint-Martin		Rapha clinique médicale								
		1ère-Saint-Martin		MSF Hollande								
		1ère-Saint-Martin		Hôpital de Delmas 33								
		1ère-Saint-Martin		Hôpital Espoir								
		1ère-Saint-Martin		Hôpital Jude Anne (DASH)								
		1ère-Saint-Martin		CPFO								
		1ère-Saint-Martin		Fondeph	6						1	
		1ère-Saint-Martin		Haiti Med (Sicclair)								
		1ère-Saint-Martin		Centre de Sante Dieu qui donne								
		1ère-Saint-Martin		Hôpital Medicare								
		1ère-Saint-Martin		Food for the poor								
		1ère-Saint-Martin		FOSREF								
		1ère-Saint-Martin		Hôpital Dash Delmas 48								
		1ère-Saint-Martin		FOSREF Christ Roi								
		1ère-Saint-Martin		Hôpital Missionnaires de la Charité								
		1ère-Saint-Martin		Centre de Santé Armé du Salut	3							
		1ère-Saint-Martin		Centre de Santé de l'Harmonie								
		1ère-Saint-Martin		CS Delmas 30								
		1ère-Saint-Martin		Centre de santé solidarité								
		1ère-Saint-Martin		Centre de Santé Saint-Jean								

BCS Delmas (suite)	Delmas (suite et fin)	1ère-Saint-Martin		Centre de Santé Saint-Martin II	35						
		1ère-Saint-Martin		Centre Médico-Social de Delmas							
		1ère-Saint-Martin		Hôpital St François de Cazeau							
		1ère-Saint-Martin		Centre de Santé croix des missions							
		1ère-Saint-Martin		Centre de Santé Mais Gâté							
				BCS de Delmas		4	1	1			
	Sous Total Delmas		481296		74	4	1	1	42	11	1
	Cité-Soleil	1re Section des Varreux	257 657	Centre Med..Nutrition Rosalie Rendu							
		1re Section des Varreux		CHAPI	16		1	1		1	
		1re Section des Varreux		CHOSCAL	16	11	1	1		1	
		1re Section des Varreux		Clinique centrale de l'église MICECC	16	7				2	
		1re Section des Varreux		MSF Drouillard							
		1re Section des Varreux		Hands Together		16					
		1re Section des Varreux		Hôpital Ste Marie (Centre de santé Fondation st Luc)							
		2e Section des Varreux	65 114	CS de Lassaline	16					2	
		2e Section des Varreux		Centre de Santé Lumière							
		2e Section des Varreux		Centre de Santé Paolo Valle (nouveau)							
		2e Section des Varreux		Centre Hospitalier de Fontaine	16					2	
		2e Section des Varreux		Lamp for Haiti	16	7					
		2e Section des Varreux		Maternité Isaie Jeanty							

BCS Delmas (suite et fin)	Cité-Soleil (suite et fin)	2e Section des Varreux		CS de Pèlerin	16	10						
		2e Section des Varreux		CEMEPID								
				Clinique st François (CS de Wharf Jérémie)	16	9						
	Sous Total Cité-Soleil		322 770		128	60	2	2	0	8	0	
	Tabarre	3e Section Bellevue	26066	Hôpital Petit Frères et Sœurs		5			2	1		
		3e Section Bellevue	92677	Kings Hospital					10	1		
		4e Section Bellevue	39901	Hôpital de Bethesda (nouveau)								
		4e Section Bellevue		CS de Croix des Missions	8	5		1		1		
		4e Section Bellevue		CS Père Gerard Jean Juste (CS de Carradeux)	6	4	1					
	Sous Total Tabarre		158644		14	14	1	1	12	3	0	
	Total BCS Delmas			962710		216	78	4	4	54	22	1
	BCS Pétion-ville	Pétion-ville	1re Section Montagne Noire	25325								
1re Section Montagne Noire			3139									
1re Section Montagne Noire				Centre Hosptalier Eliazar Germain	8		1				1	
1re Section Montagne Noire				Centre Médico-social Thomassin 25	10					1		
2e Section Aux Cadets			1954	Afe neg Konbit	1							
2e Section Aux Cadets				CS Kalbas	1							
3e Section Etang du Jonc			111693	Non couverte en IS								
3e Section Etang du Jonc			6379									
4e Section Bellevue la Montagne			11630	CS Mossanto petit laboule 12 (Nouveau)	5	4				1		
4e Section Bellevue la Montagne				CS Mossanto petit Grenier	4	3				1		

BCS Pétion-ville (suite)	Pétion-ville (suite)	4e Section Bellevue la Montagne		CS Mossanto petit Jalou- sie (nouveau)	5	10				2	
		4e Section Bellevue la Montagne		CS Thomassin 25	11					1	
		4e Section Bellevue la Montagne		Hop Notre Dame de Lourde	5	1	1				
		5e Section Bellevue Chardonnière	287608	Hopital Notre Dame SA	3		1				
		5e Section Bellevue Chardonnière	11129	Family Center (Nouveau)	1						
		5e Section Bellevue Chardonnière		CS Retraite St Claire	4						
		7e-Bellevue-Chardo		Centre Hospital de Pernier (fermé)							
				Centre de santé de Torcel (fermé)							
				CS retraite sainte Anne	2						
				CS Morne Lazare	4	4				1	
				FONDEPH							
				Dispensaire Sainte Claire	4						
				CS Kay lavi							
				Centre de Santé Nazaréen	4						
				Centre de santé Zafè Fanm	2						
				CS Canapévert	7	4				1	
				CS Morne Hercule	4	3					
				CS L'Espoir							
				Kay pou zafè sante fanm	2						

BCS Pétion-ville (suite et fin)	Pétion-ville (suite et fin)		Centre de Santé de Jalousie	4					1	
			BCS de Pétion-Ville				1			
			CS Bienveillance	1						
			Clinique Jesula	2						
			CS Chrismene	4					1	
			CS WDA (Nouveau)	2						
			CAYMEDIC (Nouveau)	1						
			Notre Dame du Cap	4						
	Sous Total Pétion-ville		458859	105	29	3	1	0	10	1
	Kenscoff	1re Section Nouvelle Touraine	15473	Non couverte en IS	1					
		2e Section Bongars	7273	PPS Bolos/ Bongars (Mission Baptiste) (nouveau)	5	1			1	
		3e Section Sourcailles	28288	CS de Kenscoff (nouveau)	24		2	1	1	
		3e Section Sourcailles	7310							
		4e Section Belle Fontaine	4199	PPS Greffin (Mission Baptiste)	5				1	
		4e Section Belle Fontaine		PPS aux Cadets (Mission Baptiste)	1					
		5e Section Grand Fond	7394	Hop. Fermathe	11					
		5e Section Grand Fond		PPS Robin	4	1	1			
		5e Section Grand Fond		Dispensaire d'Athis (fermé)						
		5e Section Grand Fond		Disp. Dumisseau (Afè nèg kombit)		1				
	Sous Total Kenscoff		69936	51	3	3	1	0	3	0
Total BCS Pétion-ville			528795	156	32	6	2	0	13	1

BCS Port-Au-Prince	Port-Au-Prince	1e Section Turgeau de Port au Prince	89261	Centre de Santé Aurore du Bel-Air (fermé)	10	7	1		5	1	
		1e Section Turgeau de Port au Prince	44630	Centre de Santé Bon Samaritain (nouveau)	11		1				
		1ere Section Turgeau	645216	Centre de Santé Communautaire de Caravelle	1	1			52	6	
		1e Section Communale Turgeau	16736	FOSREF/ Christ- Roi (fermé)		5					
		1e Section Communale Turgeau	156207	HUEH (fermé)		18	1			1	
		1e Section Communale Turgeau		GHESKIO	45	1				5	
		2ere Section Turgeau		Centre de Santé du Portail Léogâne (fermé)	18		1			1	
		2eme Section Turgeau		Dispensaire de Saint Antoine	3		1				
		2eme Section Turgeau	27894	FOSREF/CEGYPEF		9					
		3e Section Martissant	66945	Centre de Santé ADCEF Mapou	4	3				1	
		3e Section Martissant	44630	Centre de Santé Béthanie	14	16	1			2	
				Centre de santé de Trou sable							
		3ème section fontamara 27		Dispensaire Carifont de Fontamara (fermé)	2					1	
		3eme Section Avenue Pouplard		Centre de Santé la Providence (nouveau)	5	4					
		3 eme Section Turgeau		Médecin Sans Frontière (MSF)		14				2	
		3e Section Communale Delmas 24		FOSREF/Delmas 24 Solino		6					
		6ème-Turgeau		Centre de Santé CEMEAH (fermé)	5						
		6ème-Turgeau	11157	Centre de Santé APROSIFA	7	4	1				
		6ème-Turgeau		Centre de Santé Bethesda		5	1				
		6eme Section HT Turgeau	16736	CS Cité Canada (Haut Turgeau)	4		1				
		6e Section Ht Turgeau	78103	Centre de Santé Cité Georges	3	1				1	

BCS Port-Au-Prince (suite et fin)	Port-Au-Prince (suite et fin)	6eme Section Morne Lopital		Fokal/Parc Martissant (Fermé)	8						
		7e Section Communale Tunnel Morne Lopital	78103	Centre de Santé Sainte Elizabeth (fermé)	5	4				1	
		7 eme Section Morne Lopital		Hôpital Sanatorium	1	3				1	
		8e Section Communale Martissant 7	22315	Centre de Santé GANVIH (fermé)	3						
		8eme section martissant 2 A		Centre de santé GRAN (fermé)	3						
		8ème section Fontamara 43		Centre de Santé St-Michel Barreau	3	5				1	
		8eme Section Martissant 2		Centre Santé Cité de L'Eternel	5	2	1				
		8e Section Grand Decayette		CS de St Jude	5		1				
		8e Section Petit Decayette		Centre de Santé Snelak (fermé)	8		1				
		8e Section Kay Magarette		Clinique Comm. de Martissant	3	16				1	
		8e Section Communal morne lopital	188583	Complexe Medical Vaval de Martissant (fermé)	3						
		8eme Section Morne Lopital		Hôpital Oeuvre de la Grâce (fermé)	11		1				
				BCS de Port-Au-Prince				1			4
	Sous Total Port-Au-Prince		1486516		190	124	13	1	57	25	4
Total BCS Port-Au-Prince			1486516		190	124	13	1	57	25	4
TOTAL GENERAL			5191151		1184	443	160	37	333	87	16

BESOINS

	Zone de Silence	74 ASCP à recruter ainsi que 2 AIP et 1 IC
	Zone de Sous-effectif	259 ASCP à recruter et 262 ASC déjà en poste à mettre à niveau , 65 AIP et 14 IC à recruter
	Zone de Sureffectif	144 ASCP à démobiliser
	Zone Rationnelle	0 ASCP à recruter, mais 43 ASC déjà en poste à mettre à niveau ; 20 AIP et 1 IC à recruter

PLAN DE DEPLOIEMENT DES ASCP POUR LE DEPARTEMENT SANITAIRE DU SUD										
COMMUNES	SECTIONS COMMUNALES	POPULATION ESTIMEE EN 2024	INSTITUTIONS SANI- TAIRES	EFFECTIFS DISPONIBLES				BESOINS		
				ASCP	ASC	AIP	IC	ASCP	AIP	IC
Aquin	1ère Section -Macéan	7997	Charles Pasqua	1						
	1ère Section -Macéan	2586	Vx Bourg	3					1	
	1ère Section -Macéan		Clinique Santé Familiale							
	1ère Section -Macéan		Centre de récupération de TK							
	2eme Section Bellevue (CV Aquin)	1527	Non couverte en IS					1		
	2eme Section Bellevue	2029	Non couverte en IS					1		
	2eme Section Bellevue	13514	Non couverte en IS					8		
	3ème Section Brodequin	8861	HCR d'Aquin (CDI)	3		2				
	3ème Section Brodequin	7107						4		
			CCS Boisrond (Nouveau)	1						
	4eme Section Flamands	6715	Mouillage Fouquet (NF)					3		
	5eme Section Mare-A-Coiffe	8675	Ste Hélène					4	1	
	6ème Section La-Colline	18195	CS Sunlight La Colline	2		1		8	1	
	7eme Section Frangipane	12646	Non couverte en IS							
	8eme Colline a Morgons	8223	Non couverte en IS							
	9eme Section Fonds-Des-Blancs	646	Hôpital Saint Boniface	21		2	1			
	9eme Section Fonds-Des-Blancs	8191								
	10eme Section Guirand	10865	CSL Guirand							
Sous Total Aquin		117777		31	0	5	1	29	3	0

Arniquet	1re Section Lazarre	2599	Non couverte en IS					1		
	2e Section Anse à Drick	17726	Dispensaire Chateau		1			8	1	
	3e Section d'Arniquet	2155	CSL Arniquet	4	2				1	1
	3e Section d'Arniquet	10496								
Sous Total Arniquet		32976		4	3	0	0	9	2	1
Camp-Perin	1er Section Lévy-Mersan	1378	CS St Anne Camp-Perrin	4					1	1
	1er Section Lévy-Mersan	15568	Dispensaire de Guichard	3						
	1er Section Lévy-Mersan		Mersan	2						
	2ème Section Champlois	4188	Mazenod	2						
	2ème Section Champlois	17775	Centre de Santé du Peuple Marceline (nouveau)	5				5	1	
	3eme Section Tibi-Davezac	11994	Rhé (NF) Non fonctionnelle					7		
	4ème Section Tibi-Davezac		Centre de Santé Materno-infantile (Nouveau)	2					1	
	3eme Section Tibi-Davezac		Dispensaire de Dominique (NF)							
	3eme Section Tibi-Davezac		Mouvman Peyizan 3e section							
Sous Total Camp-Perin		50903		18	0	0	0	12	3	1
Cavaillon	1ère Section Boileau	18764	Centre Materno-Infantil					11	1	
	2ème Section Martineau	2570	CS Cavaillon	3		1				1
	2ème Section Martineau	12817	Disp. ND du Bon Secours							
	2ème Section Martineau		Flamands	1						
	2ème Section Martineau		ND de La Nativité de Gros Marin	1						
	3ème Section Gros-Marin	7445	PPS La Biche	6						
	4ème Section Mare-Henri		Sudre (NF)							
	4ème Section Mare-Henri	9271	CS Bonne Fin	5		1				

Cavaillon (suite)	5èmeSection La-Roque		CCS Plaisance (nouveau)	5						
			CCS Leger (nouveau)	6					1	
	5èmeSection La-Roque	4154	PPS Sante Commun. Marc Lacet	2						
Sous Total Cavaillon		55021		29	0	2	0	11	2	1
Chantal	1ère SectionFond-Palmiste	7520	Non couverte en IS					4		
	2 eme Section Meloniere	4894	CSL Chantal	5					1	1
	2 eme Section Meloniere	13373						5		
	3eme Section Carrefour-Canon	12774	CAL Lepretre	5				2	1	
Sous Total Chantal		38561		10	0	0	0	11	2	1
Chardonieres	1ère Section Randel	3197	Dispensaire Rendel		3				1	1
	1ère Section Randel	7743						5		
	2eme Section Dejoie	6955	Non couverte en IS					4		
	3ème Section Bony	6151	Dispensaire Ste Anne		2			2	1	
	3ème Section Bony	4477						3		
Sous Total Chardonieres		28523		0	5	0	0	14	2	1
Côteaux	1re Section Condé	7501	Non couverte en IS					4		
	2e Section Despas	5344	CSL Coteaux		2			1	1	1
	2e Section Despas	2444	Dispensaire Damassin		1				1	
	2e Section Despas	4111						3		
	3e Section Quentin	4673	Non couverte en IS					3		
Sous Total Côteaux		24073		0	3	0	0	11	2	1
Île-à-Vache	1ère Section -Ile-A-Vache	15068	Dispensaire Kakòk							
	1ère Section -Ile-A-Vache	2335	CSL Madame Bernard de l'Ile à Vache	9		2				
Sous Total Île-à-Vache		17403		9	0	2	0	0	0	0

Les Anglais	1re Section Verone	6428	Non couverte en IS							
	2e Section Edelin	4413	Non couverte en IS							
	3e Section Cosse	10717	CAL Les Anglais	22		5				1
	3e Section Cosse	12222								
Sous Total Les Anglais		33780		22	0	5	0	0	0	1
Les Cayes	1ère-Bourdet	60202	Klinik Lafanmy							
	1ère-Bourdet	20739	FORSREF							
	1ère-Bourdet		Kay Timoun Bondye (CD)	2						
	1ère-Bourdet		HIC		3	1				
			Bureau Départemental					15	1	1
	1ère-Bourdet		I. O. Brenda spécialisé							
	1ère-Bourdet		Citymed							
	1ère-Bourdet		Cite Lumière	8						
	1ère Section Bourdet		Quatre Chemins	4		1				
	1ère Section Bourdet		Colette							
	1ère Section Bourdet		OFATMA							
	2ème Section Fonfrède	8463	Fonfred	9					1	
	3ème Section Laborde	1426	Laborde	11					1	
	3ème Section Laborde	11942								
	4ème Section Laurent	37869	Sacré-Cœur (Charpentier)							
	4ème Section Laurent	12264	Laurent	9		1				1
	4ème Section Laurent		Sanatorium							
	5ème Section Mercy	8526	World Vision (CCS Miserne)	1				2	1	
	6ème Section Boulmier	10003	Non couverte en IS					4		
Sous Total Les Cayes		171434		44	3	3	0	21	4	2

Maniche	1ère Section Maniche	1228	CSL Maniche	4		1				1
	1ère Section Maniche	8651								
	2ème Section Dory	6802	Dispensaire Dory	5						
	3ème Section Melon	10366	Dispensaire Melon	3						
Sous Total Maniche		27047		12	0	1	0	0	0	1
Port-à-Piment	1re Section Paricot	9536	CAL Port à Piment		5				1	1
	1re Section Paricot	4466						3		
	2e Section Balais	7382						4		
Sous Total Port-à-Piment		21384		0	5	0	0	7	1	1
Port-Salut	1ère Section Barbois	359								
	1ère Section Barbois	14479	Dispensaire Macabée							
	1ère Section Barbois		HCR de Port Salut	9					1	1
	1ère Section Barbois		Klinik timoun nou yo		3					
	2ème Section Dumont	2269	Dispensaire Dumont	2					1	
	2ème Section Dumont	4475	Dispensaire Carpentier	2						
Sous Total Port-Salut		21582		13	3	0	0	0	2	1
Roche-à-Bateau	1re Section Beaulieu	3958	Dispensaire Roche à Bateau	1	2				1	1
	1re Section Beaulieu	10915						5		
	2e Section Renaudin	2112	Non couverte en IS					1		
	3e Section Beauclos	3803	Non couverte en IS					2		
Sous Total Roche-à-Bateau		20788		1	2	0	0	8	1	1

Saint-Jean du Sud	1ère Section Tapion	11606	Dispensaire Carrefour Joute	6		1				
	2e Section Débouchette	7599	Non couverte en IS							
	3ème Section Trichet	1292	CSL St Jean	11		1				1
	3ème Section Trichet	8397	Non couverte en IS							
Sous Total Saint-Jean du Sud		28894		17	0	2	0	0	0	1
Saint-Louis du Sud	1re Section Grand Fonds	3160	Non couverte en IS							
	2ème Section Baie-Dumesle	3758	CAL Saint Louis	15		1				1
	2ème Section Baie-Dumesle	15047	CSL Centre Commun. Baie Dumesle	1						
	3ème Section Grenodière	14248	Dispensaire Saint Patrick	2		1		6	1	
	4ème Section Zanglais	9968	Non couverte en IS					6		
	5ème Section Sucrerie-Henry	5799	Dispensaire Sucrerie Henry	1				3	1	
	6ème Section Solon	9191	Non couverte en IS					5		
	7ème Section Cherette	6344	Dispensaire Cherette					4	1	
	8ème Section Corail-Henri	5856	Non couverte en IS					3		
Sous Total Saint-Louis du Sud		73371		19	0	2	0	27	3	1
Tiburon	1re Section Blactote	8390	Non couverte en IS							
	1re Section Blactote	3901	Non couverte en IS							
	2e Section Nan Sevre	2935	Non couverte en IS							
	3e Section Loby	7052	Dispensaire Roger Paradis	17		3				1
	4e Section Dalmette	2209	Non couverte en IS							
	4e Section Dalmette	1821	Non couverte en IS							
Sous Total Tiburon		26308		17	0	3	0	0	0	1

Torbeck	1ère Section Bourry	2920	Centre de Santé de Torbeck	2						1
	1ère Section Bourry	30689	Dispensaire Maillard					17	2	
	2ème Section Bérault	20855	CAL Maison de Naissance					11	1	
	2ème Section Bérault		CSL Bérault	1						
	3ème Section Solon	2127	Dispensaire Ducis	2						
	3ème Section Solon	19928	Dispensaire Ferme Leblanc	6				4	2	
	4ème Section Moreau	881	Non couverte en IS							
	4ème Section Moreau	8581	Non couverte en IS					5		
Sous Total Torbeck		85981		11	0	0	0	37	5	1
Grand Total Sud		875806		257	24	25	1	197	32	17

BESOINS

	Zone de Silence	98 ASCP à recruter et 14 ASC déjà en poste à mettre à niveau ; 10 AIP et 3 IC à recruter
	Zone de Sous-effectif	99 ASCP à recruter et 5 ASC déjà en poste à mettre à niveau , 16 AIP et 5 IC à recruter
	Zone de Sureffectif	Inexistant dans le Sud ; 0 ASCP à démobiliser
	Zone Rationnelle	0 ASCP à recruter, mais 5 ASC déjà en poste à mettre à niveau ; 6 AIP et 9 IC à recruter

PLAN DE DEPLOIEMENT DES ASCP POUR LE DEPARTEMENT SANITAIRE DU SUD-EST										
COMMUNES	SECTIONS COMMUNALES	POPULATION ESTIMEE EN 2024	INSTITUTIONS SANITAIRES	EFFECTIFS DISPONIBLES				BESOINS		
				ASCP	ASC	AIP	IC	ASCP	AIP	IC
Anse-à-Pitres	1e-Boucan-Guillaume	11065	HCR d'Anse-à-Pitres	3	4	1	1			
	1e-Boucan-Guillaume	3933	CCS de Banane	6	3	1				
	1e-Boucan-Guillaume	4325	CS Platon Cedre (Nouveau)	11	1					
	2e section Bois d'Homme	14746	CSl Jericho Mare rouge	1		1				
Sous Total Anse-à-Pitres		34069		21	8	3	1			
Bainet	1ère Section Brésilienne	12414	CCS Brésilienne	3	2	1	1	2		
	2ème Section Trou-Mahot	11450	Disp. Bahot	2	3	1		2		
	3e Section La Vallée de Bainet	11865	Non couverte en IS					7		
	4ieme Section Haut Grandou	5840	CCS Haut Grandou (NF)	3		1				
	5ème-Bas-De-Grandou	4550	CS de Bainet	8		1				
	5ème-Bas-De-Grandou	13136						2		
	6e Section Bas de Lacroix	2131	Non couverte en IS					2		
	7e Section Bras Gauche	5454	CCS Bras gauche	3		1				
	8ème Section Orangers	9730	CCS Orangers	8		1				
	8ème Section Orangers		Organisation Espoir Continu pour Haiti							
	9eme Section Bas-Des-Gris-Gris	21471	CCS Saurel	3		1		3		
	9eme Section Bas-Des-Gris-Gris		CCS Terre Rouge	1	1	1				
	9eme Section Bas-Des-Gris-Gris		CCS Chaumeille	3	1	1				
Sous Total Bainet		98041		34	7	9	1	18	0	0

Belle-Anse	1re Section Bais d'Orange	11171	Non couverte en IS	2	1			3		
	2e Section Mabriole	12322	Non couverte en IS	1	4			2		
	3e Section Callumette	6162	Non couverte en IS	3				1		
	4e Section Corail Lamothe	11458	Non couverte en IS		2			5		
	5e Section Bel Air	5095	CSL de Belle Anse	3		1				1
	5e Section Bel Air	14228	Non couverte en IS	6		1				
	6e Section Pichon	10539	Non couverte en IS	9		1				
	7e Section Mapou	500	CCS de Mapou	9		1				
	7e Section Mapou	14358								
Sous Total Belle-Anse		85833		33	7	4	0	11	0	1
Cayes-Jacmel	1ère Section Ravine-Normande	2144	HCR de Cayes Jacmel		4					1
	1ère Section Ravine-Normande	11260	CS Emmanuel Baptiste					4	1	
	2e Section Gaillard	2328						1		
	2e Section Gaillard	15497	Centre de santé Gaillard					9	1	
	2e Section Fond Melon Michineau	6816						4		
	3ème Section Haut-Cap-Rouge	7553	CS Mayance Compère (Nouveau)					4	1	
	3ème Section Haut-Cap-Rouge		CS Calvaire Bras de Jésus (Nouveau)							
	3ème Section Haut-Cap-Rouge		CCS de Cap Rouge		1					
Sous Total Cayes-Jacmel		45598		0	5	0	0	22	3	1

Côtes-de-Fer	1re Section Gris Gris	19 212	CSL de Gris-Gris	11	1	1				
	1re Section Gris Gris		Hôpital Bishop Sullivan (Nouveau)	6		1				
	1re Section Gris Gris		CSL de Côtes de Fer	5		1	1			
	2e Section Labiche	8 780	Non couverte en IS							
	3e Section Bras Gauche	3 098	Non couverte en IS							
	4e Section Amazone	4 610	CCS Amazone	8	1	1				
	5e Section Boucan Bélier	4 022	Dispensaire (CCS) Boucan Bélier	4		1				
	6e Section Jamais Vu	2 765	CAL Foie et Vie	2		1				
	6e Section Jamais Vu		Dispensaire (CCS) Ricot	5	1	1				
Sous Total Côtes-de-Fer		42 486		41	3	7	1			
Grand-Gosier	1e- Section Colline-Des-Chaines	1043	CS St Benoit de Bodarie.	5		1				
	1e- Section Colline-Des-Chaines	2014	Dispensaire (CCS) de Bodarie							
	1e- Section Colline-Des-Chaines		Union de Grand Gosier (Nouveau)							
	1e- Section Colline-Des-Chaines	16222	CS de Grand Gosier	1	1			4		1
Sous Total Grand-Gosier		19279		6	1	1	0	4	0	1
Jacmel	1ère Section Bas-Cap-Rouge	31018	Disp. La Saline (NF)					12		
	1ère Section Bas-Cap-Rouge	44218	CAL Christian Martinez					9	2	1
	1ère Section Bas-Cap-Rouge		CSL des Orangers	2						
	1ère Section Bas-Cap-Rouge		Disp. Cyvadier	1	3					
	1ère Section Bas-Cap-Rouge		CSL Lafond		3					
	1ère Section Bas-Cap-Rouge		Centre de Fosref							
	1ère Section Bas-Cap-Rouge		CAL Arreguy							
	1ère Section Bas-Cap-Rouge		CSL Beaudouin							
	1ère Section Bas-Cap-Rouge		CSL Portail Léogâne (NF)							
	1ère Section Bas-Cap-Rouge		Kay accouchement							

Jacmel (suite et fin)	1ère Section Bas-Cap-Rouge		Complexe M.C Rose Marie Paul (NF)							
	1ère Section Bas-Cap-Rouge		Breman (NF)							
	2e Section Fond Melon (Selles)	2137						1		
	3ème Section Cochon-Gras	14780	CSL Marbial		2	1		4	1	
	3ème Section Cochon-Gras		CSL. Ste Thérèse							
	4e Section La Gosseline	6027	Non couverte en IS							
	5e Section Marbial	640	Non couverte en IS							
	5e Section Marbial	2142	Non couverte en IS							
	6e Section Montagne-La-Voûte	23507	Hôpital St Michel		17	1				1
	6e Section Montagne-La-Voûte	23736	Disp. La Montagne la Voûte	1				4	2	
	6e Section Montagne-La-Voûte		CSL PROFAMIL							
	6e Section Montagne-La-Voûte		Disp. ND de Lourdes (NF)							
	7e Section Grande Rivière de Jacmel	7692	Non couverte en IS					3		
	8e Section Bas Coq Chante	12206	Non couverte en IS					5		
	9e Section Haut Coq Chante	7065	Non couverte en IS					3		
	10e Section La Vanneau	11969	Non couverte en IS					5		
	11ème Section La-Montagne	24480	Disp. Bellevue la Montagne		2			5	2	
	11ème Section La-Montagne		Disp. La Montagne la croix		2					
	12ème Section Lavaneau		Disp. La Vanneau		1					
	12ème Section Lavaneau		Felisane (Nouveau)							
	12ème Section Lavaneau		Disp. & C. Nutritionnel Bienheureux							
Sous Total Jacmel		211617		4	30	2	0	51	7	2

La Vallée	1e Sect. La Vallée de Jacmel ou Muzac	1428	CAL St Joseph la Vallée	7	1	1	1			
	1e Sect. La Vallée de Jacmel ou Muzac	16848	Dispensaire Amalia (NF)					3		
	2e Sect. La Vallée de Bainet ou Ternier	11288	Non couverte en IS					6		
	3e Section Morne à Bruler	11603	Dispensaire Morne à Brûler (NF)					7		
Sous Total La Vallée		41167		7	1	1	1	16	0	0
Marigot	1re Section Corail Soult	4678	CS de Marigot	1	7	1	1			
	1re Section Corail Soult	16767						4		
	2e Section Grande Rivière Fesles	7881	Non couverte en IS					5		
	3e Section Macary	19821	Non couverte en IS					11		
	4e Section Fond Jean Noël	928	Dispensaire Seguin		4	1		1	1	
	4e Section Fond Jean Noël	18213						7	1	
	5e Section Savane Dubois	3634	Hopital Communautaire de Peredo	4	8	1			1	
	5e Section Savane Dubois	12497								
Sous Total Marigot		84419		5	19	3	1	28	3	0
Thiotte	1re Section Thiotte	7734	CSL Sacré- Coeur	7	1	1	1			
	1re Section Thiotte		CSL de Thiotte	9	1				1	
	1re Section Thiotte	20744	Dispensaire Savane Zombi	4	2				1	
	1re Section Thiotte		Dispensaire Mare Blanche							
	2e Section Pot de Chambre	10990	Dispensaire Bleck		1					
Sous Total Thiotte		39468		20	5	1	1	0	2	0
Grand Total Sud'Est		701977		171	86	31	6	150	15	5

BESOINS

	Zone de Silence	83 ASCP à recruter et 27 ASC déjà en poste à mettre à niveau ; 8 AIP et 1 IC à recruter
	Zone de Sous-effectif	67 ASCP à recruter et 35 ASC déjà en poste à mettre à niveau , 4 AIP et 3 IC à recruter
	Zone de Sureffectif	17 ASCP à démobiliser, 0 AIP et 0 IC à recruter
	Zone Rationnelle	0 ASCP à recruter, mais 21 ASC en poste à mettre à niveau; 3 AIP et 1 IC à recruter

BIBLIOGRAPHIE



- Décret du 17 Mai 2005 portant révision du Statut Général de la Fonction Publique, Haïti
- MSPP, DPSPE, Document de Politique de Promotion de la santé, 2010
- MSPP, DOSS, Document de Paquet Essentiel de Service (PES), octobre 2015, Haïti.
- MSPP, UEP, Liste des institutions sanitaires du pays 2015, Haïti.
- OPS/OMS, Organisation des services de santé communautaires en Haïti, juillet 2017, Port-Au-Prince, Haïti.
- MSPP, DPSPE, Rapport de Cartographie des ASCP, juin 2019
- MSPP, DPSPE, Plan Stratégique de Santé Communautaire 2020-2030, mars 2021
- Amélioration de l'accès aux soins et expansion des soins communautaires en Haïti grâce à un positionnement optimisé des ASCP, Swiss Tropical and Public Health Institute, mai 2020
- AMPS, OMS, Une vérité Universelle : pas de santé sans ressources humaines
- WHO, UNICEF, A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals, 2018
- MSPP, Cabinet du Ministre, Cadre d'Actions Prioritaires (CAP), Février 2025
- OMS, Réorientation des systèmes de santé vers les soins de santé primaires, fondement de la couverture sanitaire universelle, et préparatifs d'une réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle, Rapport du Directeur général, 9 janvier 2023



REPUBLIQUE D'HAÏTI

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION**



 Le Fonds mondial